

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - CAMPUS DE CASCAVEL
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOCÊNCIAS E SAÚDE – MESTRADO

ESLEN GIOVANA DA SILVA CORDEIRO

**ATENÇÃO NUTRICIONAL AMBULATORIAL À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE:
FATORES QUE INFLUENCIAM NO SEGUIMENTO**

CASCAVEL-PR
(Fevereiro/2025)

ESLEN GIOVANA DA SILVA CORDEIRO

**ATENÇÃO NUTRICIONAL AMBULATORIAL À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE:
FATORES QUE INFLUENCIAM NO SEGUIMENTO**

DISSERTAÇÃO apresentada ao Programa De Pós-Graduação em Biociências e Saúde – Mestrado, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Biociências e Saúde.

Área de concentração: Biologia, processo saúde-doença e políticas de saúde

ORIENTADOR: Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso

CASCADEL-PR
(Fevereiro/2025)

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data 21 / 05 / 2025

O presente estudo foi realizado com auxílio da CAPES através do Programa de Apoio à Pós-Graduação (PROAP) pelo Auxílio Financeiro a Projeto Educacional ou de Pesquisa (AUXPE), com processo de número 88881.594204/2020-01, com auxílio número 1359/202.

Giovana da Silva Cordeiro, Eslen
Atenção nutricional ambulatorial à criança e ao
adolescente: fatores que influenciam no seguimento / Eslen
Giovana da Silva Cordeiro; orientadora Beatriz Rosana
Gonçalves de Oliveira Toso. -- Cascavel, 2025.
185 p.

Dissertação (Mestrado Acadêmico Campus de Cascavel) --
Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Centro de Ciências
Biológicas e da Saúde, Programa de Pós-Graduação em
BioCiências e Saúde, 2025.

1. Atenção secundária à saúde. 2. Assistência integral à
saúde da criança e do adolescente. 3. Recomendações
nutricionais. 4. Pacientes desistentes do tratamento. I.
Rosana Gonçalves de Oliveira Toso, Beatriz , orient. II.
Título.



unioeste

Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Reitoria
CNPJ 78.680.337/0001-84
Rua Universitária, 1619, Jardim Universitário
Tel.: (45) 3220-3000 - www.unioeste.br
CEP: 85819-110 - Cx. P.: 701
Cascavel - PARANÁ



ESLEN GIOVANA DA SILVA CORDEIRO

Atenção nutricional ambulatorial à criança e ao adolescente: fatores que influenciam no seguimento.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde em cumprimento parcial aos requisitos para obtenção do título de Mestra em Biociências e Saúde, área de concentração Biologia, processo saúde-doença e políticas de saúde, linha de pesquisa Práticas e políticas de saúde, APROVADO(A) pela seguinte banca examinadora:

Documento assinado digitalmente
gov.br BEATRIZ ROSANA GONÇALVES DE OLIVEIRA TOSO
Data: 28/02/2025 09:38:08-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Orientador(a) - Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso

Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Campus de Cascavel (UNIOESTE)

Documento assinado digitalmente
gov.br ROSA MARIA RODRIGUES
Data: 27/02/2025 11:12:11-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Rosa Maria Rodrigues

Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Campus de Cascavel (UNIOESTE)

Documento assinado digitalmente
gov.br ELOA ANGELICA KOEHNLEIN
Data: 27/02/2025 13:30:51-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Eloa Angelica Koehnlein

Universidade Federal da Fronteira Sul - campus de Realeza (UFFS)

Cascavel, 27 de fevereiro de 2025

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a Deus, por iluminar meu caminho; aos meus pais, por acreditarem em mim; e ao meu companheiro, por me apoiar incondicionalmente em cada passo da minha jornada.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar minha gratidão a todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para a realização desta pesquisa.

Agradeço, primeiramente, a Deus, por ser meu alicerce, por guiar meus passos e me permitir chegar até aqui.

Aos meus pais, Regina e Valdir, por sempre acreditarem em mim e me incentivarem a buscar meus sonhos.

Ao meu companheiro, Christian, pelo apoio incondicional em todos os momentos ao longo desta jornada, oferecendo palavras de incentivo e motivação.

À minha orientadora, Professora Beatriz, por compartilhar seu conhecimento, pela paciência e dedicação ao longo de toda a orientação.

À banca examinadora, pelo aceite de participação e por todas as valiosas contribuições.

E, por fim, minha gratidão à equipe do ambulatório de nutrição do Ceacri e aos participantes deste estudo, que generosamente doaram seu tempo para contribuir com a pesquisa.

RESUMO

CORDEIRO, E.G.S. **Atenção nutricional ambulatorial à criança e ao adolescente: fatores que influenciam no seguimento**. 185p. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Campus Cascavel, Unioeste, 2025.

Introdução: O processo de crescimento e desenvolvimento infantil é considerado complexo e multifatorial, bem como recebe influência genética, hormonal, psicossocial e nutricional. O acompanhamento nutricional, de maneira precoce, visando à adoção de hábitos alimentares saudáveis na infância, faz-se necessário, considerando sua atuação na prevenção de agravos nutricionais nos diferentes ciclos da vida. A adesão à terapêutica proposta durante o acompanhamento nutricional é influenciada por diferentes fatores e sua compreensão por parte dos profissionais pode proporcionar melhorias à adesão ao tratamento. **Objetivo:** Identificar os fatores que influenciam a manutenção e/ou a desistência do acompanhamento nutricional, bem como o efeito do seguimento ou do abandono para crianças e adolescentes de um serviço público de atendimento ambulatorial especializado. **Metodologia:** Estudo com abordagem quantiquantitativa, desenvolvido em duas etapas. A primeira foi quantitativa, do tipo coorte retrospectiva analítica exploratória, cujos dados foram obtidos em prontuários, relativos aos atendimentos de crianças e adolescentes que iniciaram o acompanhamento entre junho de 2019 e junho de 2022, os quais receberam alta ou abandonaram o acompanhamento em um ambulatório de nutrição, pertencente a um serviço de atendimento especializado da atenção secundária à saúde do município de Cascavel-PR. A segunda foi qualitativa, cujos participantes foram selecionados por meio de amostragem aleatória simples, dentre os prontuários avaliados na primeira etapa. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas presenciais. Os participantes foram crianças e adolescentes, bem como seus respectivos responsáveis que acompanharam pelo menos um atendimento no ambulatório. Paralelamente, realizou-se avaliação antropométrica e avaliação do consumo alimentar das crianças e adolescentes participantes, com aplicação de inquéritos alimentares já utilizados no ambulatório mencionado. A análise descritiva das variáveis categóricas foi realizada por meio das frequências absolutas e relativas; as variáveis numéricas foram efetivadas por meio das medidas de tendência central (mediana) e de dispersão (intervalo interquartil), indicadas conforme sua distribuição por meio do Teste de Normalidade de Shapiro-Wilk. Para verificar associação entre as variáveis preditoras (sociodemográficas, clínicas e antropométricas) e o desfecho (abandono do seguimento nutricional), utilizou-se Regressão de Poisson com variância robusta. Os dados qualitativos foram submetidos à análise de conteúdo temática indutiva. **Resultados:** observou-se elevada frequência (84,3%) de abandono do acompanhamento nutricional, que foi associado a fatores de risco, como dislipidemia, obesidade e obesidade grave infantil. Foram identificados como fatores de proteção: a frequência nas consultas, histórico familiar de doenças crônicas e obesidade, estado nutricional de magreza acentuada e faixa etária. Aspectos organizacionais, relacionados ao serviço de saúde e individuais, no que se refere à criança/adolescente e seu ambiente familiar foram reconhecidos como desafios para a manutenção do seguimento nutricional. Contudo, foram observadas mudanças

satisfatórias no consumo alimentar, mesmo quando não ocorreu o seguimento nutricional até a alta. **Conclusão:** O estudo evidenciou que a manutenção e/ou a desistência do acompanhamento nutricional por crianças e adolescentes é multifatorial e envolve aspectos relacionados ao próprio indivíduo, à família e ao serviço de saúde, dessa forma, sublinhou a necessidade de intervenções focadas nesse público de maneira integral.

Palavras-Chaves: Atenção secundária à saúde; Assistência integral à saúde da criança e do adolescente; Recomendações nutricionais; Hábitos alimentares; Pacientes desistentes do tratamento.

ABSTRACT

CORDEIRO, E.G.S. **Outpatient nutritional care for children and adolescents: factors that influence follow-up.** 185p. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Campus Cascavel, Unioeste, 2025.

Introduction: The process of child growth and development is considered complex and multifactorial and is influenced by genetics, hormones, psychosocial and nutritional factors. Early nutritional monitoring, aimed at the adoption of healthy eating habits in childhood, is necessary, considering its role in preventing nutritional problems in the different stages of life. Adherence to the proposed therapy during nutritional monitoring is influenced by different factors and its understanding by professionals can lead to improvements in treatment adherence. **Objective:** To identify the factors that influence the maintenance and/or abandonment of nutritional monitoring, as well as the effect of following up or abandoning it for children and adolescents in a public specialized outpatient service. **Methodology:** A study with a quantitative and qualitative approach, developed in two stages. The first was a quantitative, exploratory analytical retrospective cohort, whose data was obtained from medical records, relating to the care of children and adolescents who began follow-up between June 2019 and June 2022, and who were discharged or abandoned follow-up at a nutrition outpatient clinic, belonging to a specialized secondary health care service in the municipality of Cascavel-PR. The second stage was qualitative and participants were selected by simple random sampling from the medical records assessed in the first stage. Semi-structured face-to-face interviews were carried out. The participants were children and adolescents and their respective guardians who had attended at least one outpatient clinic. At the same time, an anthropometric assessment was carried out and the food consumption of the participating children and adolescents was evaluated, using food surveys already used in the aforementioned clinic. Descriptive analysis of categorical variables was carried out using absolute and relative frequencies and numerical variables using measures of central tendency (median) and dispersion (interquartile range), indicated according to their distribution using the Shapiro-Wilk Normality Test. Poisson regression with robust variance was used to verify the association between the predictor variables (sociodemographic, clinical and anthropometric) and the outcome (abandonment of nutritional follow-up). The qualitative data was subjected to inductive thematic content analysis. **Results:** There was a high frequency (84.3%) of abandonment of nutritional monitoring, which was associated with risk factors such as dyslipidemia, obesity and severe childhood obesity. The following were identified as protective factors: attendance at appointments, family history of chronic diseases and obesity, nutritional status of marked thinness and age group. Organizational aspects related to the health service and individual aspects related to the child/adolescent and their family environment were recognized as challenges to maintaining nutritional follow-up. Despite the challenges and the high frequency of abandonment of follow-up, satisfactory changes in food consumption were observed, even when there was no nutritional follow-up until discharge. **Conclusion:** The study showed that the maintenance and/or withdrawal of nutritional monitoring by children

and adolescents is multifactorial and involves aspects related to the individual, the family and the health service, thus highlighting the need for interventions focused on this public in a comprehensive manner.

Keywords: Secondary Care; Comprehensive Child and Adolescent Healthcare; Recommended Dietary Allowances; Feeding Behavior; Patient Dropouts.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 - Fluxograma do delineamento metodológico da primeira etapa do estudo. Cascavel PR, 2025. 40
- Figura 2 - Fluxograma do delineamento metodológico da segunda etapa do estudo. Cascavel PR, 2025. 48

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1 - Temas definidores do seguimento ambulatorial nutricional. 108
- Quadro 2 - Variáveis da etapa quantitativa e códigos atribuídos. 148

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Características sociodemográficas e de atendimento de crianças e adolescentes atendidos em um ambulatório de nutrição do Oeste do Paraná. (Artigo 1)	64
Tabela 2 -	Características clínicas e relativas ao aleitamento materno e introdução alimentar de crianças e adolescentes atendidos em um ambulatório de nutrição do Oeste do Paraná. (Artigo 1)	65
Tabela 3 -	Frequência de consumo de itens alimentares ultraprocessados por crianças e adolescentes atendidos em um ambulatório de nutrição do Oeste do Paraná. (Artigo 1)	67
Tabela 4 -	Indicadores antropométricos de crianças e adolescentes em três momentos do acompanhamento nutricional. (Artigo 1)	68
Tabela 5 -	Avaliação do consumo alimentar pelo recordatório alimentar de 24 horas, comparativo entre os três momentos do acompanhamento nutricional avaliados. (Artigo 1)	70
Tabela 1 -	Características demográficas e clínicas das crianças e adolescentes atendidos no ambulatório, identificados por grupo conforme finalidade do encaminhamento. (Artigo 2)	83
Tabela 2 -	Indicadores antropométricos das crianças e adolescentes no primeiro atendimento no ambulatório, identificados por grupo conforme finalidade do encaminhamento. (Artigo 2)	85
Tabela 3 -	Fatores associados ao abandono do acompanhamento no ambulatório de nutrição por crianças e adolescentes pertencentes ao grupo 1 (alergias e/ou intolerâncias alimentares, prematuridade e outras condições clínicas e sociais). (Artigo 2)	87
Tabela 4 -	Fatores associados ao abandono do acompanhamento no ambulatório de nutrição por crianças e adolescentes pertencentes ao grupo 2 ((baixo ganho ponderal, desnutrição, sobrepeso e obesidade). (Artigo 2)	88
Tabela 1 -	Descrição das características sociodemográficas dos participantes das entrevistas semiestruturadas. (Artigo 3)	103
Tabela 2 -	Descrição do perfil antropométrico de crianças e adolescentes. (Artigo 3)	105
Tabela 3 -	Frequência de consumo de itens alimentares ultraprocessados pelas crianças e adolescentes. (Artigo 3)	106
Tabela 4 -	Descrição do consumo alimentar pelo Recordatório alimentar de 24 horas entre os grupos alta e abandono. (Artigo 3)	107

LISTA DE ABREVIATURAS

AMB	Área Muscular do Braço
AGB	Área de Gordura do Braço
APS	Atenção Primária à Saúde
BNCC	Base Nacional Comum Curricular
CA	Circunferência Abdominal
CB	Circunferência do Braço
CEACRI	Centro Especializado de Atenção à Saúde do Neonato, Criança e Adolescente
CFN	Conselho Federal de Nutricionistas
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COREQ	Consolidated Criteria for the Reporting of Qualitative Research
DCT	Dobra Cutânea Tricipital
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ENANI	Estudo Nacional da Alimentação e Nutrição Infantil
IMC	Índice de Massa Corporal
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade
QFCA	Questionário de Frequência de Consumo Alimentar
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
STROBE	Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNIOESTE	Universidade Estadual do Oeste do Paraná
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
2. OBJETIVOS.....	21
2.1 Objetivo Geral	21
2.2 Objetivos Específicos.....	21
3. REVISÃO DE LITERATURA	22
3.1 Rede de Atenção à Saúde (RAS)	22
3.1.1 A Atenção Ambulatorial Especializada.....	25
3.2 Atenção Nutricional na RAS	27
3.3 Nutrição da Criança e do Adolescente	31
3.3.1 Adesão de crianças e adolescentes ao seguimento nutricional	37
4. METODOLOGIA	40
4.1 Primeira etapa	40
4.1.1 Delineamento do estudo	41
4.1.2 Local e Período do estudo	42
4.1.3 População e Amostra	44
4.1.4 Coleta de dados	45
4.1.4.1 Instrumentos utilizados.....	45
4.1.5 Processamento e Análise de dados	47
4.2 Segunda etapa	47
4.2.1 Delineamento do estudo	49
4.2.2 Local e Período do estudo	50
4.2.3 População e Amostra	50
4.2.4 Coleta de dados	52
4.2.4.1 Instrumentos utilizados.....	52
4.2.5 Processamento e Análise de dados	54
4.3 Aspectos éticos	56
5. ARTIGOS CIENTÍFICOS	58
Artigo 1 – Perfil nutricional de crianças e adolescentes atendidos em ambulatório especializado de nutrição.....	59

Artigo 2 - Fatores associados ao (não) seguimento nutricional ambulatorial de crianças e adolescentes	78
Artigo 3 - Desafios para o seguimento nutricional ambulatorial: percepção de crianças, adolescentes e responsáveis.....	98
CONSIDERAÇÕES FINAIS	131
REFERENCIAS GERAIS	133
APÊNDICE.....	145
Apêndice 1 – Matriz de coleta de dados e codificação das variáveis	145
Apêndice 2 – Instrumento de coleta de dados das entrevistas qualitativas	157
Apêndice 3 - Termo de consentimento Livre e Esclarecido	162
Apêndice 4 - Termo de Assentimento.....	165
ANEXOS	167
Anexo 1 – Anamnese nutricional	167
Anexo 2. Parecer Consubstanciado do CEP	169
Anexo 3. Comprovante de submissão do artigo “Perfil nutricional de crianças e adolescentes atendidos em ambulatório especializado de nutrição” para a revista Revista da Associação Brasileira de Nutrição – RASBRAN.....	171
Anexo 4 – Normas para submissão na Revista da Associação Brasileira de Nutrição (RASBRAN).....	172
Anexo 5 – Normas para submissão na Revista Saúde em Debate.....	177

1. INTRODUÇÃO

A alimentação e a nutrição constituem requisitos básicos para a promoção e proteção da saúde, sendo a alimentação compreendida como um direito social e considerada um fator determinante e condicionante de saúde, que contribui para a garantia do pleno crescimento e desenvolvimento humano (Brasil, 1990; Sociedade Brasileira de Pediatria, 2009).

Nos primeiros anos de vida, o crescimento e o desenvolvimento infantil, bem como a formação de hábitos e a manutenção da saúde sofrem influências de múltiplos fatores, que incluem aspectos genéticos, hormonais, psicossociais e nutricionais (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2009).

Dentre os aspectos nutricionais, durante a infância, as demandas de cada faixa etária devem ser levadas em consideração para que a oferta alimentar e nutricional seja adequada, de maneira que o crescimento e desenvolvimento ocorram de acordo com o esperado para cada fase. Nesse período, as experiências relacionadas à alimentação são moldadas, em sua maioria, pelo comportamento parental e pelo meio escolar. Na adolescência, as escolhas alimentares costumam ser determinadas pelo ambiente social e por aspectos socioeconômicos, psicológicos e culturais. Nesse período, o rápido crescimento e desenvolvimento, bem como as intensas transformações corporais, destacam a importância de um bom suporte alimentar e nutricional (Menezes; Meirelles; Weffort, 2011; Corrêa *et al.*, 2017).

Nos últimos anos, o perfil alimentar das crianças e dos adolescentes brasileiros sofreu alterações, representadas pela redução do consumo de alimentos *in natura* e minimamente processados, além do aumento do consumo de alimentos ultraprocessados, caracterizando uma alimentação de baixa qualidade e pouco variada (Brasil, 2019).

Os alimentos citados anteriormente classificam-se de acordo com o método empregado em seu processo de produção, sendo denominados de alimentos *in natura* e minimamente processados aqueles que sofreram pequenas alterações em sua composição inicial. Quando recebem a adição de sal, açúcar ou outro ingrediente culinário passam a denominar-se processados; ademais, os alimentos ultraprocessados são aqueles cujos ingredientes consistem em aditivos que

apresentam a função de aumentar a palatabilidade do produto final (Monteiro *et al.*, 2019).

Essas mudanças no padrão alimentar, associadas às transformações nas condições de habitação e saneamento, níveis de ocupação e renda, dinâmica demográfica, acesso a serviços de saúde e aquisição de novos estilos de vida promoveram alterações no perfil nutricional da população brasileira, caracterizando o processo denominado de transição nutricional, que reflete também a realidade das crianças e adolescentes brasileiros (Lamounier; Rego; Weffort, 2019).

Nessa população, tem se observado uma tendência temporal de diminuição dos casos de desnutrição e eutrofia, concomitantes ao aumento dos casos de sobrepeso e obesidade, sendo constatadas distintas prevalências em diferentes regiões do país (Moreira *et al.*, 2020; Pitanga *et al.*, 2021).

Essa elevação de casos de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes configura um importante problema de saúde pública, pois têm sido associados ao risco aumentado para o desenvolvimento de complicações a curto e longo prazo, como puberdade precoce, baixo rendimento escolar, alterações psicossociais, dislipidemias, hipertensão arterial sistêmica e intolerância à glicose (Lamounier; Rego; Weffort, 2019).

Além disso, ressalta-se que ainda persistem, em grupos considerados vulneráveis da população brasileira, elevadas prevalências de desnutrição crônica, déficit estatural e carências nutricionais, com destaque para as crianças pertencentes às populações indígenas, quilombolas e residentes na região Norte do país, bem como aquelas pertencentes às famílias beneficiadas por programas de transferência de renda e as afetadas pelo aumento da insegurança alimentar decorrente da pandemia por Covid-19. Contudo, mesmo que ainda apresentem esse perfil nutricional, tem sido observada uma tendência para o aumento do risco de excesso de peso também nessas populações nos últimos anos (Brasil, 2013; Fávaro *et al.*, 2019; Brasil, 2022).

O desenvolvimento de ações de prevenção e tratamento das alterações no perfil nutricional, desnutrição e obesidade, assim como a prevenção e o tratamento das carências nutricionais e das doenças crônicas não transmissíveis relacionadas à alimentação e nutrição, é considerado prioritário na atenção nutricional no Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, diversos agravos podem ocasionar alterações

nas necessidades nutricionais dos indivíduos e na sua forma de se alimentar, o que também constitui demandas importantes de cuidado no SUS (Brasil, 2013).

Nesse aspecto, mencionam-se as necessidades alimentares especiais, definidas como demandas alimentares de indivíduos portadores de alterações metabólicas ou fisiológicas que resultam em mudanças no aproveitamento de nutrientes ou na via de consumo alimentar. Assim, citam-se os indivíduos acometidos pelos erros inatos do metabolismo, doença celíaca, intolerâncias alimentares, alergias alimentares e transtornos alimentares, além de outras condições que influenciam o estado nutricional e que também demandam cuidados relacionados à alimentação e nutrição, como a prematuridade, nefropatia, câncer, dentre outros (Brasil, 2013).

Esse complexo perfil nutricional e a existência das condições de saúde, relacionadas à alimentação e nutrição supracitadas, reforçam a importância do desenvolvimento de ações de alimentação e nutrição nos distintos níveis de atenção à saúde no país. Nessa perspectiva, a atenção nutricional desenvolvida no SUS compreende ações direcionadas a indivíduos, famílias e comunidades, voltadas à proteção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos relacionados à alimentação e nutrição, de forma que dialoga com as necessidades de saúde de cada território. Diante disso, compõe o cuidado integral na Rede de Atenção à Saúde (RAS) (Bortolini *et al.*, 2020).

Em qualquer ponto de atenção à saúde, faz-se necessária a disponibilidade de serviços essenciais que busquem a resolução das demandas de saúde de cada faixa etária, seja na atenção básica ou na atenção especializada ambulatorial ou hospitalar, tendo como princípio o olhar ao indivíduo como um todo, de modo que o profissional possua uma visão global das dimensões da vida do sujeito que buscou o cuidado (Brasil, 2018a).

Por ser considerado o primeiro nível de assistência no sistema de saúde e caracterizar-se pelo desenvolvimento de ações pautadas na longitudinalidade e integralidade, bem como pela coordenação do cuidado, preconiza-se que as ações de alimentação e nutrição sejam inicialmente desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde (APS) e, a depender das demandas observadas, pode haver a necessidade do acionamento de outros pontos de atenção da rede, como os serviços de atenção secundária de atendimento ambulatorial (Brasil, 2013, Bortolini *et al.*, 2020).

No que se refere ao cuidado à saúde infantil no SUS, para que ocorra de maneira integral, conforme preconizado, faz-se necessário que seja realizado o seguimento da saúde da criança e do adolescente, por meio de ações direcionadas à promoção, proteção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde. Isso permite a detecção de problemas que possam interferir no processo de crescimento e desenvolvimento infantil e, dessa forma, reduzir o risco da ocorrência e a gravidade de doenças na vida adulta (Mello *et al.*, 2012).

Nesse aspecto, a abordagem da criança e do adolescente nos serviços de saúde deve ocorrer voltada para a importância da promoção de hábitos alimentares saudáveis e a promoção da saúde. Essa prática possibilita o controle de desvios alimentares e nutricionais, assim como a prevenção de doenças a curto, médio e longo prazo, dentre as quais, as deficiências nutricionais e as doenças crônicas não transmissíveis. Por esse motivo, destaca-se a importância da realização do acompanhamento nutricional desde os primeiros anos de vida (Palombo *et al.*, 2017).

Para que o processo de acompanhamento nutricional de crianças e adolescentes apresente resultados satisfatórios, faz-se necessário o seguimento desses sujeitos à terapêutica estipulada, processo considerado multifatorial que se estabelece mediante a parceria entre o profissional de saúde e o sujeito que busca o cuidado. Ademais, engloba aspectos que vão desde a frequência aos atendimentos, desenvolvimento do autocuidado e a manutenção da busca pela saúde, por meio de atitudes, hábitos e práticas alimentares saudáveis (Estrela *et al.*, 2017).

É estabelecida, na literatura, a existência de dificuldade de adesão dos indivíduos a tratamentos não farmacológicos. No que se refere ao tratamento nutricional de crianças e adolescentes, diversos fatores influenciam esse processo, podendo-se mencionar condições individuais da própria criança ou adolescente, fatores relacionados a doenças, crenças, culturas e hábitos de vida, bem como aspectos relacionados ao tratamento, à instituição e à equipe de saúde que o acompanha (Bueno *et al.*, 2011; Estrela; *et al.*, 2017). Além desses, é importante considerar o ambiente familiar no tratamento nutricional, pois as escolhas alimentares, especialmente na infância, são influenciadas pela família e pelo responsável no cuidado do indivíduo. Nesse contexto, faz-se necessário levar em conta aspectos culturais e econômicos familiares (Verga *et al.*, 2022).

Para melhorar a adesão e minimizar a ocorrência de abandono do tratamento, faz-se necessário que fatores sociodemográficos e ambientais sejam considerados no momento do planejamento da assistência realizada pelos profissionais de saúde que atuam no atendimento nutricional de crianças e adolescentes. A realização do acolhimento adequado pode contribuir para a percepção sobre a importância da manutenção do acompanhamento. Além disso, a mudança de hábitos e a regularidade de comportamentos é multifatorial, bem como influenciada por aspectos, a exemplo da motivação para a ação, a percepção dos benefícios, adaptação às necessidades pessoais e a satisfação com a atividade realizada, os quais são fatores cruciais para a adesão e a manutenção do tratamento (Mariz *et al.*, 2016).

Em suma, o seguimento de crianças e adolescentes na atenção nutricional ambulatorial sofre a influência de múltiplos fatores que fazem com que esses indivíduos abandonem ou mantenham o acompanhamento nutricional até a alta. Portanto, tem-se, como pressuposto, neste estudo, que as condições para o seguimento nutricional de crianças e adolescentes sofrem interferência multifatorial e, nesse sentido, o estudo busca identificar esses fatores, além de perceber como se relacionam com a manutenção ou abandono do seguimento nutricional ambulatorial.

Salienta-se que, no presente estudo, o termo seguimento refere-se ao acompanhamento ambulatorial das crianças e adolescentes no serviço especializado, que inclui o atendimento nutricional voltado às ações de promoção, proteção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde na infância, bem como o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil.

Dessa forma, a pesquisa pretende responder aos seguintes questionamentos: quais fatores influenciam a manutenção e/ou desistência do acompanhamento nutricional de crianças e adolescentes em um serviço público de atendimento ambulatorial especializado e quais são os resultados obtidos no perfil nutricional dos pacientes durante e após o período de acompanhamento?

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Identificar os fatores associados à manutenção e/ou à desistência do acompanhamento nutricional, bem como a influência do desfecho (alta ou abandono) do seguimento para crianças e adolescentes de um serviço público de atendimento ambulatorial especializado.

2.2 Objetivos Específicos

Descrever o perfil (antropométrico e de consumo alimentar) das crianças e dos adolescentes atendidos no ambulatório de nutrição de um serviço público de atenção especializada à saúde.

Identificar a influência do acompanhamento nutricional no consumo alimentar de crianças e adolescentes, bem como no seu perfil nutricional.

Caracterizar o estado nutricional durante o seguimento do cuidado até o desfecho (alta ou abandono) do acompanhamento nutricional em um serviço público de atenção especializada à saúde.

Verificar os fatores sociodemográficos, clínicos e antropométricos relacionados à manutenção e à desistência do acompanhamento nutricional em um serviço público de atenção especializada à saúde.

Compreender a percepção de crianças, adolescentes e responsáveis acompanhantes de crianças e adolescentes sobre o acompanhamento nutricional em um serviço público de atenção especializada.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Rede de Atenção à Saúde (RAS)

As intensas transformações nos padrões demográficos, econômicos, ambientais e sociais do país provocaram alterações em seu perfil epidemiológico, com o aumento da morbimortalidade por doenças crônicas degenerativas, associada a fatores de risco, como sedentarismo, tabagismo, alimentação inadequada e obesidade, que coexistem com a presença de doenças infectocontagiosas e com o aumento expressivo de mortalidade por causas externas (Martins *et al.*, 2022).

No contexto nutricional, as mudanças no padrão alimentar da população brasileira resultaram em alterações em seu perfil nutricional. De maneira geral, essas alterações têm sido representadas por um declínio nos casos de desnutrição e carências nutricionais, concomitantemente ao aumento das taxas de obesidade e patologias associadas. Esse cenário tem se demonstrado ainda mais complexo em virtude da ocorrência de uma dupla carga de desfechos nutricionais, em que a desnutrição ainda é considerada um problema de saúde pública em povos tradicionais e devido ao aumento da insegurança alimentar e nutricional, decorrente da pandemia por Covid-19 (Martins *et al.*, 2022; Pereira, 2022).

Para enfrentar esse complexo quadro epidemiológico e nutricional existente, torna-se necessário um sistema de saúde estruturado e organizado, que responda adequadamente às exigências de saúde impostas (Lavras, 2011).

No ano de 2010, foi publicada, pelo Ministério da Saúde, a Portaria nº 4.279, que estabelece as diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS). A organização em redes no âmbito do SUS surgiu como uma possibilidade de superar o arranjo fragmentado dos serviços, modelo caracterizado por operar de maneira reativa, em que suas ações e práticas clínicas são voltadas, principalmente, ao atendimento das condições agudas e às agudizações das condições crônicas de saúde de sua população. Ademais, essa organização em redes surgiu como uma oportunidade para aperfeiçoar a gestão nas regiões de saúde, bem como estruturar a sua dinâmica político-institucional, com o intuito de assegurar ao usuário do

sistema um conjunto de serviços e ações desenvolvidas com eficiência e efetividade (Brasil, 2010).

A RAS é caracterizada por uma ordenação contínua de atenção à saúde, que, ao se opor ao sistema fragmentado, tem suas ações voltadas ao atendimento dos eventos agudos e das condições crônicas de saúde. Dessa maneira, remete suas ações a uma população adscrita, em que o sujeito é o agente de sua própria saúde e os profissionais atuam como colaboradores, por meio do desenvolvimento de ações baseadas nos determinantes sociais e condicionantes de saúde, com enfoque no trabalho multiprofissional e interdisciplinar (Mendes, 2011; Mendes; Lavras, 2018).

Essa rede é entendida como uma malha, que organiza os estabelecimentos e serviços de saúde de determinado território, integrando-os de maneira sistemática, de modo que os diferentes níveis e densidades tecnológicas estejam articulados e adequados para o atendimento integral ao usuário, por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão (Brasil, 2010; Silva, 2011).

Para compreender a operacionalização da RAS, faz-se necessário discorrer sobre seus três elementos constitutivos: a população e a região de saúde, a estrutura operacional e o sistema lógico de funcionamento, que é determinado pelo modelo de atenção à saúde (Brasil, 2017a).

A região de saúde é definida como um espaço territorial complexo, estruturado a partir das identidades culturais, econômicas e sociais de uma população. Esse elemento constitutivo é considerado o elemento central da rede, pois, uma vez que sejam reconhecidas e mapeadas as necessidades socio sanitárias do território, é garantido o tempo de resposta necessário à demanda de saúde apresentada (Mendes, 2011; Brasil, 2017a).

A estrutura operacional é composta pelos diferentes pontos de atenção à saúde, entendidos como lugares institucionais interligados, onde são ofertados serviços de saúde à população. Essa estrutura é composta pela Atenção Primária à Saúde (APS), pelos pontos de atenção secundária e terciária e pelos sistemas de apoio técnico, logístico e de governança, que promovem a interação entre os diferentes pontos de atenção à saúde (Brasil, 2017a).

A APS é descrita como o centro de comunicação e coordenadora do cuidado, em virtude de sua capacidade resolutive, atendimento contínuo e integral, cuidado multiprofissional e por centralizar as necessidades de saúde da população.

Considera-se uma APS qualificada quando há oferta de cuidado profissional abrangente e universal, acesso facilitado ao serviço, continuidade do cuidado e resolução da maior parte dos problemas de saúde de sua população adscrita, dispondo de recursos políticos, financeiros e humanos. Isso possibilita o acionamento e a coordenação dos cuidados especializados prestados no SUS, quando necessário (Brasil, 2010; Ribeiro; Cavalcanti, 2020).

Os níveis de atenção secundária e terciária, também conhecidos como de média e alta complexidade, compreendem a atenção especializada no SUS. A atenção secundária é composta por serviços de atendimento em nível ambulatorial e hospitalar. Além disso, dispõe de densidade tecnológica intermediária e visa atender aos problemas e agravos de saúde da população que apresentam complexidade de assistência clínica e que demandem a disponibilidade de profissionais especializados, bem como o uso de recursos tecnológicos para auxiliar o diagnóstico e a terapêutica necessária (Brasil, 2007; Almeida; Campos, 2021).

A atenção terciária refere-se ao conjunto de procedimentos que envolvem tecnologia e custo elevados, a qual é executada por municípios, hospitais públicos de ensino e prestadores contratados do setor privado e financiados pelo SUS. Diante disso, visa fornecer à população o acesso a serviços qualificados, atuando de maneira integrada aos demais níveis de atenção à saúde (Brasil, 2007; Almeida; Campos, 2021).

A comunicação entre os pontos de atenção à saúde é facilitada pelos sistemas de apoio técnico, logístico e de governança. Os sistemas de apoio técnico contribuem para o suporte diagnóstico e terapêutico, assistência farmacêutica e os sistemas de informação em saúde. Os sistemas logísticos referem-se aos sistemas de identificação e acompanhamento dos usuários, centrais de regulação, registro eletrônico em saúde e sistema de transporte sanitário. E, por fim, para que ocorra o planejamento, monitoramento e avaliação do desempenho da organização, há o sistema de governança, entendido como a capacidade de intervenção que envolve distintos sujeitos, mecanismos e estratégias, para a gestão regional compartilhada (Brasil, 2010; Mendes, 2014).

Para que ocorra a integralidade e a continuidade do cuidado, a comunicação entre os diferentes pontos de atenção à saúde na rede é considerada primordial, garantindo que os sujeitos acometidos por condições complexas de saúde tenham acesso a recursos terapêuticos adequados. Um dos elementos-chave para a

garantia da comunicação entre os diferentes pontos de atenção à saúde é o sistema de referência e contrarreferência, presente no sistema logístico e que atua como um mecanismo para o estabelecimento da comunicação entre os diferentes níveis de atenção. Isso permite a troca de informações ao longo dos pontos de atenção, garantindo a qualidade da atenção prestada e possibilitando a continuidade do cuidado (Tesser; Poli Neto, 2017; Oliveira; Silva; Souza, 2021).

Oliveira, Silva e Souza (2021), em seu estudo sobre a referência e contrarreferência para a integralidade do cuidado na RAS, observaram que gestores e trabalhadores compreendem esse mecanismo como o encaminhamento e a visão ampliada dos usuários, bem como o cuidado não fragmentado e o cuidado integral. No entanto, os autores observaram inexistência de falas dos usuários do sistema sobre esse mecanismo, o que permite sugerir que não possuem compreensão sobre esse sistema; assim, isso pode influenciar negativamente a busca pelo cuidado integral.

A estruturação do funcionamento da RAS é estipulada pelo modelo de atenção à saúde vigente, que atua por meio da articulação das relações entre a população e os grupos estratificados por riscos, da definição dos focos de intervenções e como serão desenvolvidas, considerando a situação demográfica, epidemiológica e dos determinantes sociais de saúde do local (Brasil, 2010).

Apesar de diferenciar-se pelas respectivas densidades tecnológicas que apresentam, todos os pontos de atenção à saúde são considerados relevantes e devem ser organizados de forma que ocorra a comunicação entre eles, o que contribui para a garantia da integralidade e da continuidade do cuidado à saúde do usuário do sistema (Mendes, 2011).

3.1.1 A Atenção Ambulatorial Especializada

A atenção ambulatorial especializada, pertencente ao ponto de atenção secundária à saúde, recebe distintas denominações, como ambulatório de especialidades médicas, núcleo de especialidades de saúde ou centro de referência especializada. Nesse contexto, é constituída por um conjunto de ações e serviços planejados e disponibilizados à população, a partir da identificação de problemas e

agravos de saúde que demandem um nível de complexidade elevado de prática clínica, da disponibilidade de profissionais especializados, bem como do uso de recursos tecnológicos para auxiliar o diagnóstico e a terapêutica necessária (Solla; Chioro, 2012).

Por serem considerados sistemas fechados, sem possibilidade de acesso direto pelo usuário, o ingresso a esses serviços é regulado diretamente pela APS. Dessa forma, os indivíduos que chegam de maneira eletiva à atenção ambulatorial especializada, normalmente, apresentam condições crônicas de saúde que demandam ações coordenadas por uma equipe multiprofissional, por meio do desenvolvimento do trabalho clínico conjunto (Mendes, 2011).

Na atenção ambulatorial especializada, os atendimentos devem possuir enfoque multiprofissional e interdisciplinar, sendo realizados por equipes compostas por diferentes categorias profissionais, como médicos especialistas, assistentes sociais, cirurgiões dentistas, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, profissionais de educação física, psicólogos, terapeutas ocupacionais e nutricionistas (Brasil, 2016).

Há experiências relevantes de atuação de equipes multiprofissionais em ambulatórios especializados, como os Centros Hiperdia Minas, que são centros de referência secundária de atendimento a indivíduos hipertensos e diabéticos, os quais apresentam, como pilares de cuidado, a atenção multiprofissional e programada, incluindo um plano de cuidado individualizado, interdisciplinar e compartilhado com a APS, bem como a responsabilização do usuário com o autocuidado. Esse ambulatório especializado apresenta equipe formada por enfermeiro, nutricionista, assistente social, psicólogo e médico endocrinologista, angiologista, oftalmologista, nefrologista e/ou cardiologista (Alves Junior, 2011).

Equipe semelhante atua no atendimento às pessoas idosas no serviço de atenção especializada Centro Mais Vida de Belo Horizonte, com equipe composta por enfermeiro, nutricionista, assistente social, psicólogo, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, farmacêutico, médico geriatra e neurologista (Moraes, 2012).

Apesar de constituírem um serviço integrado, com acesso regulado pela APS, alguns obstáculos podem ser citados nesse ponto de atenção à saúde, como a dificuldade para a garantia do acesso aos serviços em virtude do modelo de atenção à saúde adotado, o dimensionamento e a organização dos serviços ofertados, a

disponibilidade de profissionais e o financiamento em saúde, bem como a falta de comunicação entre os pontos de atenção na rede, decorrente da insuficiência de sistemas de informação (Silva *et al.*, 2017).

Salienta-se que, apesar das dificuldades enfrentadas, o cuidado ambulatorial especializado é relevante e se faz necessário para efetivar e dar sequência aos cuidados da APS, provendo assistência especializada aos que dela necessitam e complementando-a, para que a integralidade almejada pelo sistema seja alcançada (Tesser; Poli Neto, 2017).

3.2 Atenção Nutricional na RAS

A alimentação e a nutrição são reconhecidas como aspectos importantes na determinação do processo saúde doença e devem ser parte integrante da RAS por meio da Atenção Nutricional, que apresenta seu conceito fundamentado no conjunto vigilância alimentar e nutricional, promoção da alimentação adequada e saudável, bem como prevenção de agravos nutricionais. Por ser considerada um fator determinante e condicionante de saúde, as ações relacionadas a essa temática devem ser voltadas à promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos nutricionais, de forma integrada às outras ações desenvolvidas no sistema, para que se contribua com a integralidade, buscando a resolutividade e a humanização do cuidado (Brasil, 2013; Jaime *et al.*, 2018).

As ações de alimentação e nutrição desenvolvidas no âmbito da Atenção Nutricional no SUS são organizadas por meio da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), que tem como intuito promover a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira. Dessa maneira, é possível contribuir ao enfrentamento da complexa situação alimentar e nutricional existente no país, por meio da promoção de práticas alimentares saudáveis e da vigilância alimentar e nutricional, favorecendo o cuidado integral aos agravos relacionados à alimentação e nutrição (Brasil, 2013).

Sobre a situação alimentar e nutricional do país, ao longo dos últimos anos, a população brasileira experimentou transformações sociais que resultaram em mudanças no seu padrão de consumo alimentar, de nutrição e saúde, ocasionando o processo denominado de transição nutricional. Trata-se do resultado de uma

complexa rede de mudanças nos padrões demográfico, socioeconômico, ambiental, agrícola e de saúde da população, que resultaram em mudanças na urbanização, crescimento econômico, distribuição de renda, incorporação de tecnologias e mudanças culturais. Além disso, os sistemas alimentares, que englobam os processos de produção, distribuição, marketing e consumo de alimentos, também apresentaram grande influência para a mudança do perfil nutricional da população brasileira (Jaime *et al.*, 2018).

As trajetórias de baixo peso e obesidade nos brasileiros nos últimos 45 anos marcam esse processo de transição, de maneira que refletem a situação alimentar e nutricional existente. O declínio das taxas de desnutrição infantil é considerado um marco importante para o SUS e tem sido acompanhado pelo aumento expressivo de outros agravos nutricionais, como o sobrepeso, obesidade e as doenças crônicas não transmissíveis (Conde; Silva; Ferraz, 2022).

Essa trajetória é caracterizada pela redução dos casos de baixo peso e o aumento dos casos de obesidade em ambos os sexos. Entre 1975 e 2019, os casos de baixo peso, entre homens, reduziram de 9,1% a 2,5% e, entre as mulheres, de 12,2% a 3,4%. De maneira oposta, houve um aumento expressivo dos casos de obesidade, passando de 3% a 22%, entre os homens, e de 9% a 30%, entre as mulheres, no mesmo período (Conde; Silva; Ferraz, 2022).

A modificação do estado nutricional também inclui o público infantil, seguindo o mesmo padrão de redução acentuada dos casos de desnutrição e elevação da incidência de excesso de peso. Contudo, em povos tradicionais brasileiros, como os indígenas, carências nutricionais, a exemplo da anemia, baixo peso e déficit estatural, ainda são considerados importantes problemas de saúde pública, mesmo que se observe uma tendência para o aumento do risco de excesso de peso nessa população nos últimos anos. Em 2016, 9,2% das crianças indígenas apresentavam déficit de peso e 31,3% foram identificadas com déficit de estatura (Caisan, 2016; Ferreira *et al.*, 2017; Fávaro *et al.*, 2019).

Conforme citado anteriormente, a alteração do padrão de consumo alimentar da população brasileira nos últimos anos relaciona-se à ocorrência da transição nutricional e tem-se destacado como um de seus fatores desencadeantes, a insegurança alimentar e nutricional. Tal realidade consiste na falta de acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, para uma vida saudável e pode ser identificada por meio de diversas manifestações, como a

presença de desnutrição e carências nutricionais, além do excesso de peso e doenças associadas (Morais *et al.*, 2014).

Essa associação entre o atual perfil nutricional e a insegurança alimentar e nutricional pode ser explicada por haver, nesta última, a adoção de um padrão alimentar inadequado, caracterizado por um baixo consumo de vegetais e elevado consumo de carboidratos refinados e gorduras. Ademais, há os momentos de escassez e outros de fartura de alimentos que ocasionam comportamentos compensatórios, o que resulta no aumento da ocorrência de riscos cardiometabólicos, tais como obesidade, estresse e desordens metabólicas em crianças e adolescentes, os quais estejam em situação de insegurança alimentar e nutricional (Rocha *et al.*, 2016).

Além da ocorrência de obesidade, a insegurança alimentar e nutricional também pode ser observada em situações de desnutrição. Moraes *et al.* (2014), em estudo de revisão sistemática, constataram que existe uma associação entre a insegurança alimentar e a prevalência de baixo peso e baixa estatura em crianças e adolescentes. Além disso, os autores observaram menor consumo de alimentos construtores e reguladores e um maior consumo de glicídios, bem como uma maior frequência de omissão de refeições ao longo do dia em famílias que enfrentam algum grau de insegurança alimentar. Em relação aos indicadores sociais, a insegurança alimentar foi associada a famílias de menor renda, maior número de moradores na casa, condições inadequadas de saneamento básico e residência localizada em áreas rurais.

Salienta-se, portanto, que, tanto a desnutrição quanto o excesso de peso estão presentes em famílias em situação de insegurança alimentar, que pode ser gerada por desigualdades sociais, as quais, para serem superadas, demandam mudanças econômicas, políticas e sociais importantes. Desse modo, ressalta-se que o estado nutricional dos indivíduos não se reduz apenas ao aspecto biomédico, mas deve ser considerada a influência de fatores sociais e políticos, associados inclusive ao sistema de produção alimentar, com produção e consumo de alimentos acessíveis, porém, de baixa qualidade nutricional. Ademais, o advento da pandemia por Covid-19 acarretou repercussões negativas nos campos social e econômico, especialmente em populações mais vulneráveis. Em decorrência disso, verificou-se que as taxas de famílias que se encontram em situação de insegurança alimentar e nutricional se agravaram no período (Abreu *et al.*, 2021).

Diante disso, para enfrentar a atual situação epidemiológica e nutricional no país, faz-se necessário um amplo leque de ações que inicialmente devem ser organizadas e desenvolvidas de maneira prioritária na APS, devido à sua capacidade de identificação das necessidades de saúde de sua população adscrita, bem como por ser considerada a porta de entrada para o sistema (Brasil, 2013).

Sobre a caracterização das ações de alimentação e nutrição realizadas na APS, majoritariamente, as ações desenvolvidas são direcionadas ao diagnóstico (52,4%) e à assistência, tratamento, atenção integral e prevenção de doenças (31,1%); menor frequência é observada no desenvolvimento de ações de promoção da saúde, além de práticas alimentares adequadas e saudáveis (16,5%) (Pereira; Monteiro; Santos, 2018).

Na linha de cuidado a indivíduos com obesidade, 75,5% das equipes de APS participantes do 3º ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (Pmaq-AB) desenvolvem ações voltadas à temática alimentação saudável e 72,2% acionam o apoio matricial, entendido como uma estratégia que permite o diálogo entre distintas especialidades atuantes nos diferentes pontos de atenção à saúde (Brasil, 2017b).

Quanto à atenção nutricional prestada nos diferentes níveis de atenção à saúde, estudo realizado por Neves; Zangirolani e Medeiros (2017), em 28 serviços de atenção básica e 4 serviços de atenção secundária no município de Santos (SP), demonstrou que, na APS, a atenção nutricional é praticada por meio de atendimento clínico individualizado em 42,9% dos serviços avaliados. Assim, ações de promoção à saúde foram observadas em 21,4% de atividades em grupos, 3,6% de salas de espera e 14,3% de projetos terapêuticos específicos. Na atenção secundária, o atendimento clínico individualizado foi observado em todos os serviços e as atividades de educação em saúde realizadas em grupo foram observadas em 75% dos serviços avaliados.

Embora a APS seja considerada a porta de entrada para o acesso ao sistema de saúde e se recomende que as ações de alimentação e nutrição iniciem por ela, podem ser identificadas demandas nutricionais a serem atendidas por outros pontos da rede, por meio de encaminhamentos para serviços especializados (Brasil, 2013), com destaque ao estudo para a atenção secundária em nível ambulatorial. Esse encaminhamento a serviços especializados é considerado uma prática comum na

APS, que ocorreu em 80,2% das equipes participantes do 3º ciclo do Pmaq, em 2017 (Brasil, 2017b).

O atendimento em serviços especializados que constituem pontos da atenção secundária na RAS é realizado por equipes multiprofissionais, geralmente compostas por médicos especialistas e por profissionais de outras áreas no âmbito da saúde, dentre eles, o nutricionista (Brasil, 2016).

As áreas de atuação do profissional nutricionista são regulamentadas pela Resolução nº 600 do Conselho Federal de Nutricionistas (CFN), de 2018, e a atuação do profissional na assistência nutricional e dietoterápica em ambulatórios e consultórios é descrita como uma subárea da nutrição clínica (CFN, 2018).

Vários documentos estabelecem a relevância da temática alimentação e nutrição no SUS e, conseqüentemente, reforçam a importância da inserção do profissional nutricionista na rede (Sousa, 2013). Têm-se observado, nos últimos anos, avanços no que se refere à inserção dessa categoria profissional no SUS, contudo, o quantitativo de nutricionistas que atuam na atenção primária, bem como na alta complexidade e na gestão ainda é considerado insuficiente (Rigon; Schmidt; Bógus, 2016).

A atuação desse profissional nos serviços de saúde é relevante para atuar diretamente com indivíduos, famílias e comunidades e em atividades de educação continuada com outros profissionais que atuam na rede, com vistas à promoção da alimentação saudável, do direito humano à alimentação adequada e da segurança alimentar e nutricional. Dessa forma, deve estar inserido em todos os pontos de atenção à saúde, contribuindo para a promoção, proteção, tratamento e manutenção da saúde, bem como para a garantia da oferta da atenção nutricional de maneira qualificada, foco do processo de trabalho dessa categoria profissional (Azevedo; Jesus; Reis, 2021).

3.3 Nutrição da Criança e do Adolescente

O Ministério da Saúde define criança como o indivíduo com idade entre 0 e 9 anos incompletos e adolescente com idade entre 10 e 19 anos (Brasil, 2015, 2017b). O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) considera criança a pessoa até 12 anos de idade incompletos e adolescente o indivíduo com idade entre 12 e 18 anos

(Senado Federal, 2017). Para fins do presente estudo, considera-se a definição proposta pelo Ministério da Saúde.

O período da infância até a adolescência é considerado complexo, em decorrência do intenso processo de crescimento e desenvolvimento que ocorre nessa fase, visto que se trata de um momento influenciado por múltiplos fatores, incluindo aspectos hormonais, nutricionais, psicossociais e genéticos. No âmbito dos aspectos nutricionais, essa fase é considerada importante para a formação e o estabelecimento de hábitos alimentares saudáveis e um estilo de vida ativo, que podem permanecer até a vida adulta (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2009).

Assim como o crescimento e o desenvolvimento, a formação de hábitos alimentares na infância também sofre influência multifatorial, podendo ser determinada por aspectos fisiológicos, econômicos e ambientais, como fatores relacionados à gestação e amamentação, a alimentação dos pais, contexto social da oferta do alimento, elevada oferta de produtos industrializados no mercado e exposição a propagandas de alimentos; por fim, pode ser influenciada pelo estilo de vida familiar (Brasil, 2009).

Tipicamente, o crescimento na infância é presumível, contudo, o acompanhamento do estado nutricional e a avaliação do padrão adequado de crescimento infantil podem indicar a necessidade de intervenções importantes por parte de profissionais de saúde, uma vez que problemas nutricionais nessas fases podem desencadear atrasos no desenvolvimento cognitivo, aumento do risco de adquirir doenças na infância e elevação da mortalidade infantil, além de estar associado a elevação do risco de agravos na vida adulta, como as doenças crônicas não transmissíveis. Em situações de alterações no padrão nutricional esperado, a intervenção nutricional precoce torna-se fundamental, pois minimiza o risco de complicações futuras (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2009; Mrejen; Cruz; Rosa, 2023).

No Brasil, em decorrência da melhoria das condições de moradia, acompanhada do aumento da escolaridade dos pais, saneamento básico e do tempo de aleitamento materno, verificou-se redução dos agravos à saúde da população infantil, em especial, da desnutrição que, em contrapartida, vem sendo substituída pelo risco nutricional associado a padrões alimentares inadequados, com diminuição do consumo de alimentos *in natura* e aumento do consumo de alimentos ultraprocessados, majoritariamente, ricos em sal, açúcar ou gorduras e aditivos

alimentares. Tais modificações na forma de se alimentar acarretaram o aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade e dos indicadores de doenças crônicas não transmissíveis (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2009).

O sobrepeso e a obesidade têm sido considerados importantes problemas de saúde pública, devido ao aumento de sua prevalência nos últimos anos em diferentes fases da vida. O estado nutricional e o consumo alimentar das crianças e adolescentes atendidos nos serviços de APS no SUS podem ser acompanhados pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). No ano de 2022, em crianças menores de 5 anos, a prevalência de muito baixo peso e baixo peso para a idade era de 1,38% e 2,69%, respectivamente; além disso, 7,72% das crianças avaliadas apresentavam peso elevado. Quanto aos adolescentes, 1,03% e 3,19% apresentavam magreza e magreza acentuada; 18,87%, 9,73% e 2,61% apresentavam, respectivamente, estado nutricional classificado como sobrepeso, obesidade e obesidade grave (Pelegrini *et al.*, 2021; Brasil, 2022).

Dados do Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI) de 2019 indicam prevalência de peso elevado para a idade em 5% das crianças menores de 5 anos e de 2,9% de baixo peso para a idade, na mesma faixa etária. Quanto à avaliação do índice de massa corporal (IMC) em menores de 5 anos, 18,3% das crianças avaliadas apresentavam risco de sobrepeso, 7% sobrepeso e 3% obesidade (UFRJ, 2022).

Pelegrini *et al.* (2021), em revisão sistemática, verificaram que a prevalência de excesso de peso em crianças e adolescentes variou de 8,8% a 22,2% e de obesidade entre 3,8% e 24% entre os estudos analisados, sendo observada a influência de aspectos socioeconômicos, hereditários, genéticos e comportamentais como influenciadores no desfecho encontrado.

Outro estudo de revisão sistemática, realizado por Pitanga *et al.* (2021), corrobora o estudo anterior, pois verificou prevalência elevada de sobrepeso (17,1%) e de obesidade (10,7%) em crianças e adolescentes brasileiros, destacando ocorrência maior em escolares da região Sul do país.

A tendência temporal observada de queda da prevalência de desnutrição e elevação da prevalência de obesidade no território brasileiro corrobora estudos que demonstram o processo de transição nutricional vivenciado atualmente no país. Dessa forma, a compreensão do estado nutricional de crianças e adolescentes é fundamental para o incentivo à realização de intervenções de saúde voltadas

especificamente para esse público, uma vez que a intervenção precoce é capaz de reduzir complicações à saúde futura (Moreira *et al.*, 2020).

Além dos agravos nutricionais citados anteriormente, também devem constituir demandas de cuidado, na atenção nutricional de crianças e adolescentes no SUS, as necessidades alimentares especiais. Esse grupo de agravos inclui indivíduos portadores de alterações metabólicas ou fisiológicas que resultam em mudanças relacionadas ao aproveitamento de nutrientes ou a via de consumo alimentar; nesse aspecto, mencionam-se os erros inatos do metabolismo, doença celíaca, HIV/AIDS, intolerâncias alimentares, alergias alimentares, transtornos alimentares, além de prematuridade, nefropatias, dentre outros agravos ou condições de saúde que se relacionam à alimentação e nutrição (Brasil, 2013).

No que se refere às alergias alimentares, nos últimos anos, observou-se uma elevação no número de doenças alérgicas desencadeadas por alimentos em crianças e jovens. A prevalência desse agravo varia de acordo com a idade e as características da população avaliada, além do mecanismo imunológico, o método diagnóstico e o tipo de alimento envolvido. No Brasil, os dados referentes à prevalência de alergias alimentares ainda são considerados escassos e limitados a grupos populacionais. Na infância, os alimentos mais responsabilizados pelo desencadeamento de alergias alimentares são leite de vaca, ovo, trigo e soja e, em geral, costumam ser alergias transitórias, em que apenas 10% dos casos persistem até a vida adulta (ASBAI, 2018).

Estudo sobre apresentação clínica e o estado nutricional de lactentes com suspeita de alergia à proteína do leite de vaca apontou incidência dessa alergia em 2,2% e prevalência de 5,4% nas crianças avaliadas. Nesse mesmo estudo, as alterações do estado nutricional em crianças alérgicas também foram observadas, com déficit de peso para a idade, peso para a altura e altura para idade presentes, respectivamente, em 15,1%, 11,3% e 23,9% das crianças avaliadas (Vieira *et al.*, 2010).

O acometimento por alergias alimentares em crianças pode representar impacto negativo para o seu consumo alimentar; ademais, tende a ocasionar prejuízos ao estado nutricional, o que impacta de forma negativa o seu crescimento e desenvolvimento. Isso reflete negativamente na qualidade de vida dessa população, tornando-se um importante problema de saúde pública. Diante disso, salienta-se a importância da abordagem multidisciplinar, inclusive com

acompanhamento nutricional, como forma de possibilitar a garantia do crescimento e da saúde de crianças alérgicas. Além disso, a exclusão dietética de alimentos ou grupos de alimentos imposta nas alergias e intolerâncias alimentares, em conjunto com os sintomas apresentados nessas situações, pode resultar em mudanças no comportamento alimentar e preferências alimentares dos indivíduos (Gomes; Silva; Yonamine, 2018).

Em especial na adolescência, o comportamento alimentar é influenciado não somente pelos hábitos familiares, como é característico na infância, mas também pela interação social que ocorre no ambiente escolar, pela imagem corporal e pela influência da mídia, que apresentam papel importante nas escolhas alimentares durante a adolescência. Determinados comportamentos nessa fase da vida podem ser cruciais para o desencadeamento de transtornos alimentares, que são considerados a terceira doença crônica mais comum nessa faixa etária. Em estudo de revisão sistemática e metanálise, com o objetivo de identificar a proporção global de transtornos alimentares em crianças e adolescentes, os autores verificaram uma proporção geral desse público com transtornos alimentares de 22,3%, sendo as meninas significativamente mais propensas a relatar transtornos, com 30,03%. Os resultados encontrados são considerados relevantes e preocupantes do ponto de vista da saúde pública (Alvarenga; *et al.*, 2019; López-Gil *et al.*, 2023).

A atenção nutricional no SUS também deve estar presente em outras condições não relacionadas diretamente a agravos nutricionais, mas que também demandam atenção e acompanhamento nutricional, por exemplo, a prematuridade. Crianças prematuras apresentam condições que as predispõem ao risco nutricional, como o estoque reduzido de nutrientes, necessidade aumentada de energia para o metabolismo e o adequado crescimento, motilidade intestinal imatura, incoordenação ou ausência de reflexos de sucção ou deglutição e outras condições associadas, levando ao risco aumentado para desnutrição, que é inversamente proporcional à idade gestacional e ao peso de nascimento. Isso contribui para a ocorrência de uma imunodeficiência secundária que favorece o acometimento por infecções e associa-se com morbidade e mortalidade nesse público (Oliveira *et al.*, 2014).

Diante disso, o acompanhamento nutricional na infância e adolescência faz-se necessário para auxiliar o adequado crescimento e desenvolvimento, evitar

carências nutricionais, prevenir agravos à saúde e garantir o desenvolvimento de hábitos e atitudes alimentares saudáveis (Alvarenga *et al.*, 2019).

A compreensão do estado nutricional e da situação alimentar de uma população deve ter início na APS; ademais, a depender da individualidade e demanda de saúde do usuário, outros pontos da RAS podem ser acionados, como os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, serviços especializados, hospitais, atenção domiciliar, dentre outros, no âmbito do SUS, de modo que a atenção nutricional seja realizada dentro de uma rede integrada de cuidados, de maneira transversal e com a participação de equipes multidisciplinares (Brasil, 2013).

Ofertar atendimento integral à saúde da criança significa prover todos os serviços necessários para que ocorra uma resposta que seja resolutiva às demandas de saúde apresentadas, seja no contexto da APS ou da atenção especializada ambulatorial ou hospitalar (Brasil, 2015).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) estabelece, como uma de suas diretrizes, a organização das ações e dos serviços em redes de atenção à saúde, por meio da articulação de profissionais e serviços de saúde, com base no estabelecimento de linhas de cuidado, troca de informações e tomada horizontal de decisões, garantindo a continuidade do cuidado e a completa resolução das demandas de saúde apresentadas pelo público infantil (Brasil, 2015).

Sobre o atendimento integral de crianças e adolescentes nos serviços de saúde e a garantia da continuidade do cuidado, estudo sobre o manejo do sobrepeso e da obesidade, voltado a crianças e adolescentes por profissionais da enfermagem, verificou que 85,6% e 58,2% dos profissionais participantes realizavam, respectivamente, orientações sobre alimentação e atividade física. Além disso, 86,6% realizavam o encaminhamento para outros profissionais, como o nutricionista ou outra categoria do setor de assistência à saúde. Nesse quesito, é importante destacar que, no estudo, de maneira geral, o profissional que realizava o encaminhamento a outros pontos de atenção na rede não mantinha o acompanhamento do percurso e o desfecho terapêutico da criança ou adolescente, tampouco, havia diálogo entre os profissionais dos diferentes pontos de atenção, o que, se fosse praticado, poderia proporcionar melhor seguimento do cuidado do indivíduo (Oliveira *et al.*, 2022).

Ao realizar o atendimento ambulatorial de nutrição voltado ao público de crianças e adolescentes, é fundamental que o profissional realize sua abordagem de

acordo com a realidade do indivíduo atendido, considerando suas reais demandas e de sua família, o que inclui os aspectos sociais e psicológicos que influenciam a sua alimentação. Ademais, também é essencial acolher dúvidas e preocupações, possibilitando a formação do vínculo e a continuidade do cuidado, além de buscar promover a reflexão na criança ou adolescente, bem como em seus familiares, sobre como e por que se alimentar de maneira adequada (Rosa; Sales; Andrade, 2017).

3.3.1 Adesão de crianças e adolescentes ao seguimento nutricional

O processo de adequação no consumo alimentar e estado nutricional promovido durante o acompanhamento nutricional é considerado complexo e a não adesão ou o abandono dos pacientes à reeducação alimentar é frequente. Múltiplos fatores podem influenciar a não adesão ou o abandono de acompanhamentos em serviços de saúde, como fatores associados a doenças, demandas pessoais e obrigações domésticas, além do tempo de consulta, deslocamento até o serviço de saúde, disponibilidade de agendamento nos serviços e postura dos profissionais também serem importantes influenciadores da manutenção do acompanhamento (Shibukawa *et al.*, 2022).

Shibukawa *et al.* (2022) analisaram a adesão, não adesão e abandono do acompanhamento de crianças de alto risco em serviços de saúde, de maneira que observaram que a adesão ao acompanhamento estava relacionada a sentimentos de medo e preocupação, bem como do compromisso com a manutenção do bem-estar e saúde da criança. Para o grupo não adesão e abandono do acompanhamento, a impressão de que a criança estava aparentemente saudável e, portanto, não precisava ser acompanhada representava uma das motivações para a não adesão ao acompanhamento. Além disso, o uso de convênios de saúde, falta de rede de apoio, ausência de entendimento da importância do acompanhamento infantil, acesso a informações sem evidência científica, distância entre o serviço de saúde e o domicílio, longo tempo de espera e receio de contaminação pelo vírus da Covid-19 complementam as motivações para a não adesão e o abandono do acompanhamento.

A adesão de crianças ao acompanhamento em serviços de saúde encontra-se em decréscimo e as taxas de não adesão e abandono encontram-se em elevação. A baixa adesão e a perda de acompanhamento também têm sido

observadas no público infantil com obesidade. Dificuldades em adaptar os horários das consultas às atividades das crianças e responsáveis, recusa das crianças em seguir o tratamento, insatisfação com o resultado e, em menor proporção, a dificuldade de agendamento e a demora no atendimento caracterizam-se como motivações para o abandono do acompanhamento nutricional. Além disso, dificuldades estruturais, como a distância, tempo despendido para as consultas e o custo, também são fatores relevantes no abandono do acompanhamento (Nogueira; Zambon, 2013).

Outros fatores, como maior renda e maior escolaridade materna, cor branca e obesidade, também estão associados à maior frequência de abandono do acompanhamento nutricional em crianças com sobrepeso e obesidade, uma vez que se sugere que o maior nível de empregabilidade e inserção no mercado de trabalho podem influenciar o padrão alimentar das famílias, assim como a eventual contratação de planos em detrimento do serviço público de saúde (Mariz *et al.*, 2016).

Aspectos relacionados à insatisfação com a equipe de saúde e o foco do tratamento também podem ser citados como fatores relacionados ao abandono do acompanhamento nutricional de crianças (Barlow; Ohlemeyer, 2006).

Quanto ao aspecto influenciador da obesidade, resultado semelhante foi observado em outro estudo, em que 65,5% dos desistentes do acompanhamento eram indivíduos obesos (Bueno *et al.*, 2011).

Outro estudo avaliando a adesão de pacientes pediátricos ao tratamento da obesidade verificou que 30% dos participantes compareceram apenas no primeiro atendimento e apenas 18,3% mantiveram o acompanhamento até o final. Além desses, 14 participantes que haviam abandonado o tratamento retornaram ou consultaram por outro motivo após período superior a 6 meses. Nesse grupo, observou-se que as crianças obesas que não aderiram à terapêutica proposta apresentaram piora no quadro de obesidade, o que eleva a probabilidade de perpetuação do excesso de peso na vida adulta (Barja *et al.*, 2005).

Pacientes com doenças crônicas, inclusive indivíduos com obesidade, apresentam elevadas taxas de não adesão à terapêutica proposta, uma vez que, muitas vezes, as terapias são complexas e requerem acompanhamento contínuo do indivíduo. Além disso, há a necessidade do desenvolvimento de intervenções

educativas e terapêuticas mais efetivas, que promovam a adesão ao tratamento, fator necessário para a melhora nutricional (Barja *et al.*, 2005; Fidelix, *et al.*, 2015).

Sabe-se que a manutenção de hábitos saudáveis que persistem da infância até a vida adulta é importante para uma vida saudável, contudo, o quantitativo de indivíduos que mantêm seu padrão alimentar, seja ele positivo ou negativo, ao longo da vida, é considerado variável de acordo com o grupo populacional. Portanto, considerando a possibilidade de padrões alimentares se manterem estáveis da infância e adolescência até a vida adulta, medidas de incentivo a uma alimentação saudável devem ser priorizadas nessas fases, para que hábitos alimentares saudáveis sejam mantidos ao longo do ciclo da vida (Madruga *et al.*, 2012).

A fim de melhorar a adesão e minimizar a ocorrência de abandono do tratamento, faz-se necessário que os profissionais de saúde atuantes no atendimento nutricional de crianças e adolescentes considerem fatores sociodemográficos e ambientais no momento do planejamento da assistência. A realização do acolhimento adequado pode contribuir para a percepção de pacientes e familiares sobre a importância da manutenção do acompanhamento. Além disso, a mudança de hábitos e a regularidade de comportamentos é multifatorial, sendo influenciado por aspectos, como a motivação para a ação, a percepção dos benefícios, adaptação às necessidades pessoais e a satisfação com a atividade realizada, sendo esses fatores cruciais para a adesão e manutenção do tratamento (Mariz *et al.*, 2016).

Mediante o exposto, apresenta-se, a seguir, a metodologia proposta para responder à pergunta de pesquisa e seus objetivos.

4. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo com abordagem quantiquantitativa, dividido em duas etapas.

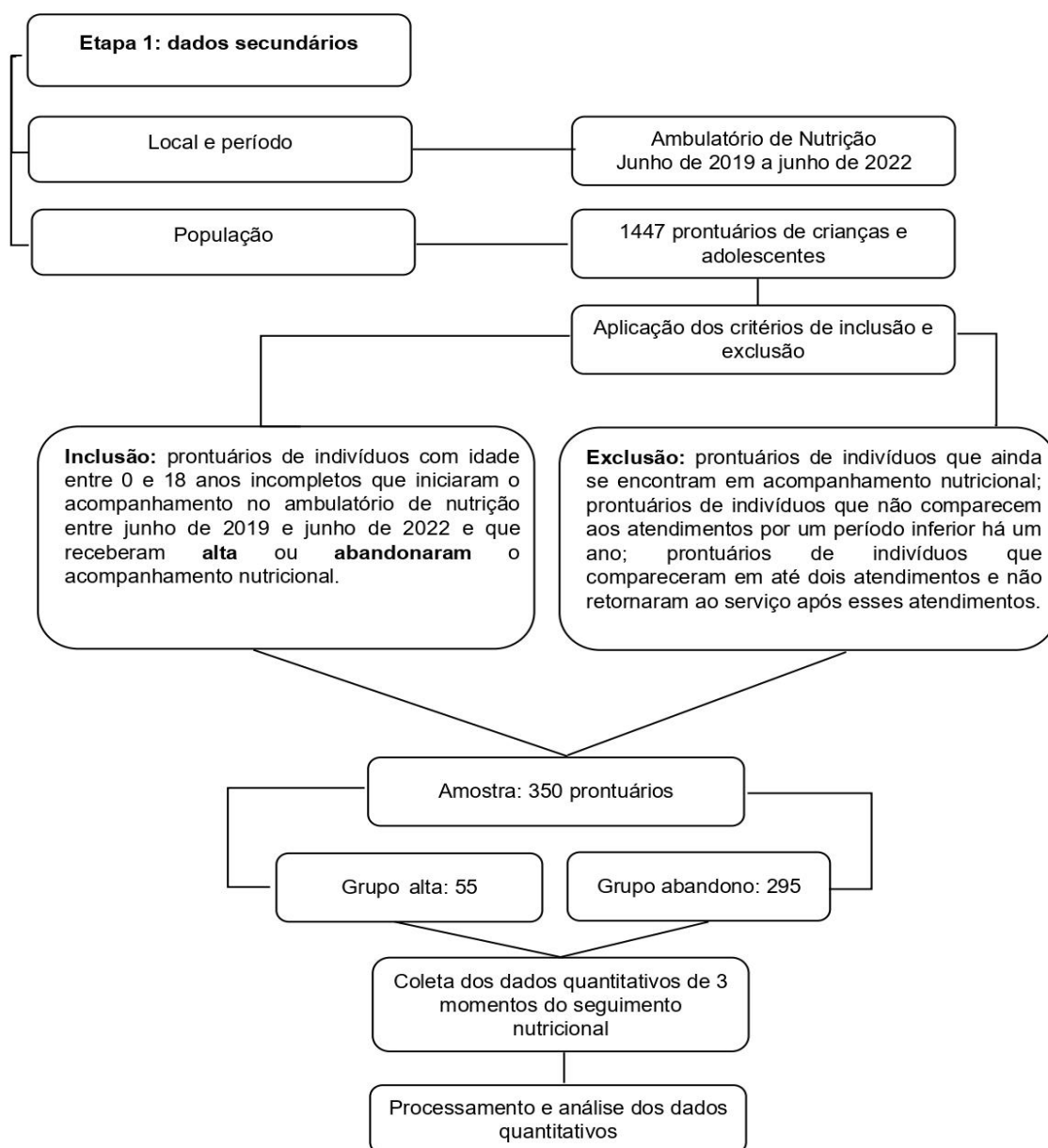
A etapa quantitativa da pesquisa atende às recomendações do Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology (STROBE), indicado para estudos quantitativos observacionais (Elm *et al.*, 2008).

A etapa qualitativa da pesquisa atende às recomendações do Consolidated Criteria for the Reporting of Qualitative Research (COREQ) (Tong; Sainsbury; Craig, 2007).

4.1 Primeira etapa

A primeira etapa apresenta abordagem quantitativa e refere-se a um estudo do tipo coorte retrospectivo analítico exploratório. A Figura 1 sintetiza a metodologia proposta para a realização desta etapa da pesquisa.

Figura 1. Fluxograma do delineamento metodológico da primeira etapa do estudo. Cascavel PR, 2025.



Fonte: elaborado pelo autor, 2025.

4.1.1 Delineamento do estudo

Na primeira etapa de abordagem quantitativa, do tipo coorte retrospectivo analítico exploratório, foram coletados dados secundários disponíveis em prontuários físicos.

Pesquisas quantitativas centram-se na objetividade e são influenciadas pelo pensamento positivista lógico, portanto, consideram que a realidade só pode ser

compreendida por meio da análise de dados brutos, obtidos com o auxílio de instrumentos padronizados e neutros. Esse tipo de estudo caracteriza-se por utilizar amostras grandes e representativas da população, por obter resultados que podem ser quantificados e por constituir-se como um retrato real da população alvo da pesquisa. A finalidade de estudos quantitativos é explicar e prever os fenômenos pesquisados, buscando regularidades e relações causais entre os elementos (Gerhardt; Silveira, 2009; Marconi; Lakatos, 2022).

Quanto ao delineamento desta etapa, optou-se por um estudo de coorte retrospectivo analítico exploratório em razão da análise do seguimento dos participantes durante o acompanhamento nutricional. Em epidemiologia, uma coorte refere-se a um grupo de indivíduos pertencentes a uma mesma população, acompanhados durante um determinado período, com o intuito de avaliar a ocorrência de um ou mais desfechos. Estudos desse tipo iniciam-se com a observação de dois grupos extraídos de uma mesma população, que, inicialmente, não apresentam o desfecho a ser estudado e que se diferenciam apenas pela exposição ao fator de risco de interesse, ou seja, os participantes são acompanhados ao longo do tempo e, posteriormente, avaliados quanto à ocorrência do desfecho (Rouquayrol; Gurgel, 2018).

Estudos de coorte do tipo retrospectivos são assim denominados, pois todas as informações sobre a exposição e o desfecho já ocorreram antes do início do estudo; por esse motivo, apresentam, como vantagem, menor tempo e recursos financeiros para sua realização, pois não há necessidade de acompanhamento dos sujeitos ou do uso de insumos específicos. Contudo, apresenta, como limitações, o fato de haver um controle limitado sobre a amostragem, a natureza e qualidade das variáveis, estando sujeito ao viés de registro (Rouquayrol; Gurgel, 2018; Oliveira; Verllarde; Sá, 2015).

4.1.2 Local e Período do estudo

A primeira etapa do estudo foi realizada utilizando dados secundários, provenientes de prontuários de indivíduos que iniciaram o acompanhamento nutricional, no período de junho de 2019 a junho de 2022, os quais foram atendidos

exclusivamente no ambulatório de nutrição de um serviço público de atendimento ambulatorial especializado, pertencente à atenção secundária à saúde do município de Cascavel, localizado na região Oeste do estado do Paraná.

No município, a divisão de atenção especializada constitui o departamento de atenção à saúde, que colabora com a divisão de atenção básica no que se refere ao diagnóstico e tratamento de patologias, por meio de exames e consultas com especialistas de diversas áreas. Dentre os serviços integrantes da atenção especializada, encontra-se o Centro Especializado de Atenção à Saúde do Neonato, da Criança e do Adolescente (Ceacri) (Cascavel, 2018).

O Ceacri, fundado no ano de 1992, inicialmente, era administrado pela Secretaria Municipal de Educação, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, com o objetivo de prestar atendimento aos alunos da educação infantil, de primeira até quarta séries e crianças com necessidades educacionais especiais. No ano de 2005, o Ceacri foi reestruturado pela Secretaria Municipal de Saúde e, desde então, passou a prestar atendimento ambulatorial em diferentes especialidades, como medicina, fonoaudiologia, psicologia, enfermagem, serviço social, nutrição, fisioterapia e odontologia ao neonato, criança e adolescente, ampliando e complementando a rede de assistência à saúde desse público no município (Cascavel, 2020).

Em julho de 2007, foi criado o ambulatório de nutrição no Ceacri, com o objetivo de prestar atendimento nutricional aos neonatos, às crianças e aos adolescentes portadores de agravos associados à alimentação, como desnutrição e carências nutricionais, sobrepeso, obesidade e suas complicações associadas. Dessa forma, são exemplos as dislipidemias, diabetes mellitus, bem como alergias e intolerâncias alimentares ou outros agravos relacionados à alimentação e nutrição. São atendidos no ambulatório de nutrição crianças com idade entre 0 e 9 anos incompletos e adolescentes de 10 a 18 anos incompletos, mas, para casos de indivíduos portadores de paralisia cerebral, a idade de atendimento segue até 20 anos incompletos (Cascavel, 2020).

O público atendido é composto por crianças e adolescentes usuários do SUS, encaminhados pela APS, provenientes das Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades de Saúde da Família (USF) ou ainda pelos serviços de atenção secundária do município, desde que previamente avaliados por enfermeiro, médico ou nutricionista (Cascavel, 2020).

4.1.3 População e Amostra

Compuseram a primeira etapa do estudo crianças com idade entre 0 e 9 anos incompletos e prontuários de adolescentes com idade entre 10 e 18 anos incompletos, que foram atendidos no ambulatório de nutrição no período estabelecido para a realização do estudo.

Conforme citado anteriormente, as crianças e adolescentes atendidos no ambulatório são usuários do SUS, encaminhados pela APS e provenientes da UBS, USF ou ainda dos serviços de atenção secundária do município de Cascavel, os quais apresentam algum agravo nutricional, como desnutrição, carências nutricionais, sobrepeso, obesidade, dislipidemias, diabetes mellitus, alergias e intolerâncias alimentares, dentre outros.

O primeiro atendimento no ambulatório é agendado por uma Central de regulação de consultas existente do município. O agendamento dos retornos aos atendimentos no ambulatório fica sob a responsabilidade dos usuários, que devem contatar o serviço e efetuar o agendamento no período solicitado pelo profissional.

As crianças e adolescentes realizam o acompanhamento nutricional no ambulatório sempre com o mesmo profissional. O padrão de atendimento realizado segue uma anamnese previamente definida, no entanto, existem especificidades de atendimento de cada profissional e usuário, de maneira que a conduta varia de acordo com o nutricionista atuante. O período de solicitação para o retorno aos atendimentos varia de acordo com a evolução nutricional do indivíduo no último atendimento, mas prioriza-se que os primeiros encontros sejam realizados mensalmente; assim, conforme evolução do quadro, são programados retornos a cada 2 ou 3 meses, no máximo.

Os critérios de inclusão para a primeira fase do estudo foram: 1) prontuários de indivíduos com idade entre 0 e 18 anos incompletos que tenham iniciado o acompanhamento nutricional no ambulatório de nutrição no período de junho de 2019 a junho de 2022 e que tenham recebido alta do ambulatório; 2) prontuários de indivíduos com idade entre 0 e 18 anos incompletos que tenham iniciado o acompanhamento nutricional no período de junho de 2019 a junho de 2022 e que tenham abandonado o acompanhamento nutricional. Esses foram definidos como indivíduos que não compareciam aos atendimentos, no período estipulado para o

estudo, por um período igual ou superior a um ano, sendo a última data de captação de amostras do grupo abandono definida como 30 de junho de 2023 (considerando a necessidade de 1 ano de ausência nos atendimentos).

Os critérios de exclusão para a primeira fase do estudo foram: 1) prontuários de indivíduos que ainda se encontram em acompanhamento nutricional no ambulatório de nutrição (conflito ético com a pesquisadora); 2) prontuários de indivíduos que não comparecem aos atendimentos no ambulatório de nutrição por um período inferior há um ano (ainda não caracterizado como abandono); 3) prontuários de indivíduos que compareceram em até dois atendimentos no ambulatório de nutrição e não retornaram ao serviço após esses atendimentos (escassez de atendimentos para avaliar as variáveis do estudo).

Ao realizar a busca por todos os prontuários de crianças e adolescentes atendidos no ambulatório de nutrição no período estipulado para o estudo, obteve-se um montante de 1.447 arquivos. Desses, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, definidos para a primeira etapa da pesquisa, somou-se um total de 350 prontuários, sendo 295 pertencentes ao grupo abandono do acompanhamento e 55 pertencentes ao grupo alta do acompanhamento. A partir daí, foram analisados todos os prontuários que compreenderam os critérios de inclusão para o estudo.

4.1.4 Coleta de dados

A coleta de dados desta etapa foi documental, realizada por meio de prontuários físicos utilizados no ambulatório de nutrição, conforme descrito a seguir.

4.1.4.1 Instrumentos utilizados

Conforme citado anteriormente, nesta etapa do estudo, a coleta de dados ocorreu por meio de pesquisa documental, que possuiu como fonte de dados os prontuários físicos utilizados exclusivamente no ambulatório de nutrição, contendo a

anamnese nutricional aplicada aos pacientes nos atendimentos no ambulatório, disponível no Anexo 1.

A anamnese nutricional utilizada no ambulatório de nutrição é composta por 9 tópicos, sendo eles: 1) Dados de identificação; 2) Hábitos diários; 3) Antecedentes Familiares; 4) Dados antropométricos; 5) Exames laboratoriais; 6) Doença atual; 7) Questionário de Frequência de Consumo Alimentar; 8) Recordatório alimentar de 24 horas; 9) Conduta Nutricional e Evolução.

A coleta de dados, a partir dos prontuários físicos, ocorreu no próprio ambulatório de nutrição do serviço especializado. Os dados coletados compreenderam três momentos do seguimento nutricional, sendo eles: o primeiro atendimento, o atendimento do meio do período total de acompanhamento nutricional e o último atendimento. Foram coletados dados sociodemográficos, clínicos e antropométricos considerados relevantes para atender aos objetivos de identificar o perfil, descrever o seguimento do cuidado e a mudança do consumo alimentar, bem como do perfil nutricional dos indivíduos ao longo do acompanhamento nutricional.

Para avaliação do estado nutricional nesta etapa do estudo, foi realizada a coleta dos dados antropométricos de peso e estatura; a classificação do estado nutricional ocorreu por meio dos índices antropométricos de peso para a idade, peso para a estatura, comprimento ou altura para a idade e Índice de Massa Corporal (IMC) para a idade, considerando a indicação por faixa etária, por meio das curvas de crescimento da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2006; 2007), preconizadas pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2011). Para crianças nascidas pré-termo, foram utilizadas as curvas de crescimento pós-natal do Intergrowth (Villar *et al.*, 2015), preconizadas pela Sociedade Brasileira de Pediatria (2017).

Os dados coletados foram organizados em uma matriz eletrônica previamente elaborada, contendo as variáveis consideradas relevantes para responder aos objetivos propostos no estudo. A planilha do Microsoft Excel® encontra-se disponível no Apêndice 1.

Para a coleta dos dados quantitativos, foi realizado um teste piloto com a matriz elaborada, utilizando 10 prontuários de pacientes que iniciaram o acompanhamento nutricional entre os anos de 2017 e 2018 no ambulatório de nutrição; esses não compõem a amostra da pesquisa, pois não correspondem ao período estipulado para o estudo. Os dados coletados foram analisados e enviados

para avaliação estatística profissional para verificar a adequabilidade do instrumento e se precisaria receber qualquer modificação; após a matriz ter sido aprovada, foi adotada para a coleta de dados.

4.1.5 Processamento e Análise de dados

Os dados quantitativos obtidos nesta etapa do estudo foram inicialmente tabulados em planilhas no Microsoft Excel® e, posteriormente, transferidos para planilhas do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22.0, em que foram submetidos à análise estatística.

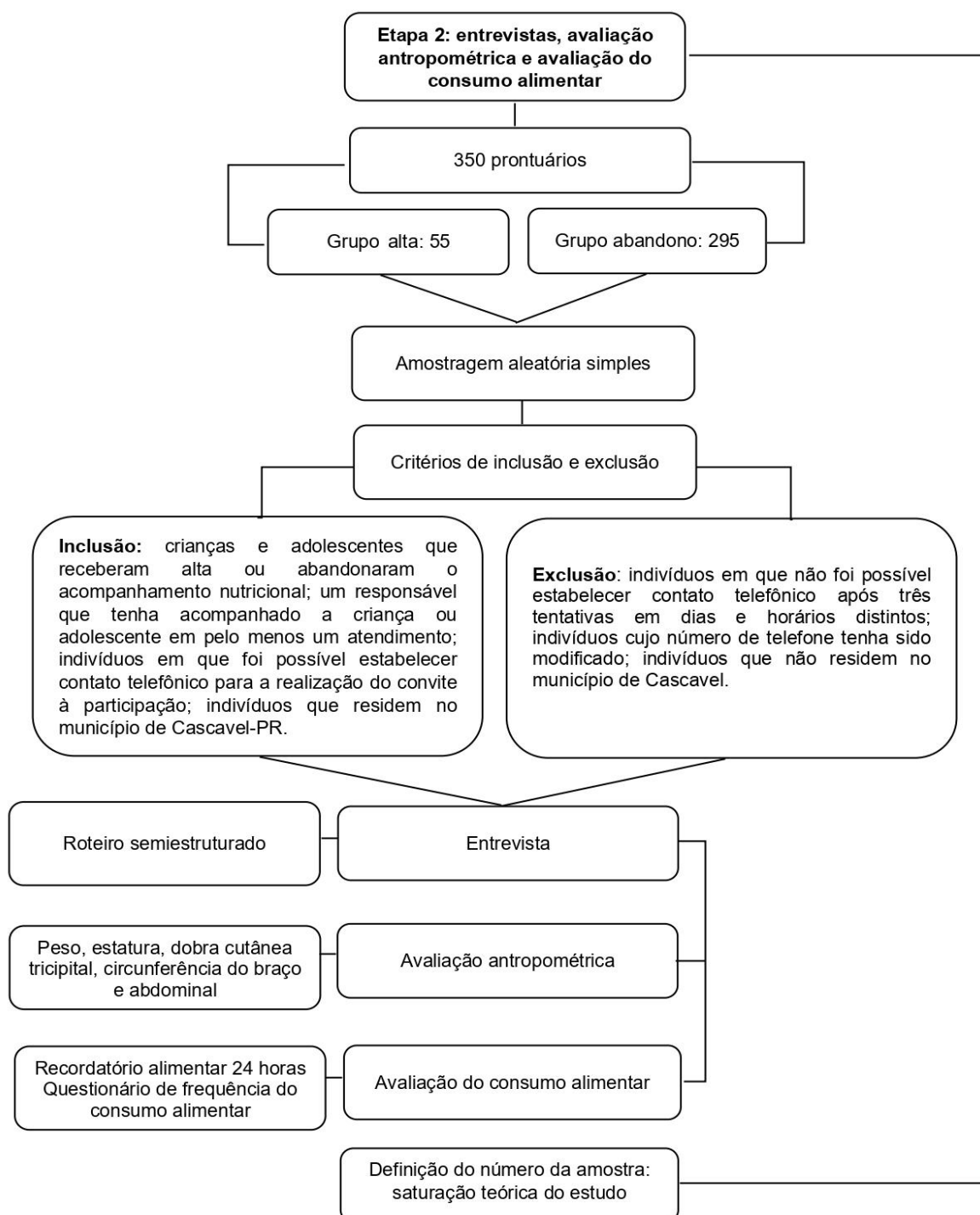
A análise descritiva das variáveis categóricas foi realizada por meio do cálculo das frequências absolutas e relativas. Para as variáveis quantitativas, foram calculadas as medidas de tendência central (média ou mediana) e medidas de dispersão (desvio padrão ou intervalo interquartílico), a depender da distribuição das variáveis. O padrão de distribuição das variáveis numéricas foi verificado por meio do teste de normalidade de Shapiro-Wilk.

Para verificar as associações entre as variáveis preditoras (sociodemográficas, clínicas e antropométricas) e o desfecho (abandono do seguimento nutricional), utilizou-se a Regressão de Poisson com variância robusta. Verificou-se inicialmente a ocorrência de multicolinearidade por meio do fator de inflação da variância (VIF); posteriormente, realizou-se análise univariada (bruta) e foram inseridas, na análise múltipla (ajustada), todas as que apresentaram valor de $p < 0,20$ na análise univariada. A entrada das variáveis no modelo foi realizada por meio do método *stepwise backward* e a qualidade do ajuste foi verificada com base no critério de informações de Akaike (AIC). Foi calculado o risco relativo ajustado, adotando Intervalo de confiança de 95% como medida de precisão e considerando um nível de significância de 5% para definição do modelo final.

4.2 Segunda etapa

A segunda etapa refere-se a um estudo com abordagem qualitativa. O fluxograma, a seguir, sintetiza a metodologia proposta para a realização desta etapa da pesquisa.

Figura 2. Fluxograma do delineamento metodológico da segunda etapa do estudo. Cascavel PR, 2025.



Fonte: elaborado pelo autor, 2025.

4.2.1 Delineamento do estudo

A segunda etapa do estudo apresenta abordagem com enfoque qualitativo, no entanto, para caracterização da amostra, também foram coletados dados quantitativos.

A etapa qualitativa foi realizada por meio de entrevistas, que foram analisadas pelo método de análise de conteúdo temática indutiva, seguindo o referencial metodológico proposto pelos autores Braun e Clarke (2006).

A abordagem de pesquisa qualitativa caracteriza-se por estudar o significado da vida das pessoas nas condições que realmente vivenciam e difere da pesquisa quantitativa por representar as perspectivas dos participantes, abrangendo as condições sociais, institucionais e ambientais em que estão inseridos. Dessa forma, contribuem com revelações sobre conceitos existentes ou emergentes que possibilitam a compreensão do comportamento social humano (Yin, 2016).

O uso de entrevistas para a obtenção de informações em uma pesquisa qualitativa é uma forma de buscar compreender a subjetividade de um indivíduo por meio de seu depoimento, ou seja, trata-se de compreender a maneira como o sujeito observa e vivencia sua realidade, permitindo entender as relações que se estabelecem ou se estabeleceram no interior dos grupos sociais dos quais o entrevistado participa ou participou, em um determinado período e local. Considera-se um bom entrevistador o pesquisador que sabe ouvir de forma ativa, demonstrando interesse na fala do entrevistado, realizando novos questionamentos, ouvindo atentamente e compreendendo suas palavras, com aprofundamento do relato do participante e demonstrando atenção aos detalhes importantes de sua fala (Batista; Matos; Nascimento, 2017).

A análise temática, utilizada na percepção das entrevistas, é reconhecida como um método analítico, que apresenta, como benefícios, a sua flexibilização, por meio da liberdade teórica, além de fornecer uma ferramenta de pesquisa versátil e útil, que dispõe de um conjunto de dados complexo, porém, rico e detalhado. Na análise temática, os temas ou padrões existentes dentro dos dados podem ser

identificados por meio de indução ou dedução. A análise indutiva, utilizada no estudo, é guiada pelos dados, sem encaixar-se previamente em códigos preexistentes e sem ser influenciada pelos preconceitos analíticos do pesquisador (Rosa; Mackedanz, 2021).

4.2.2 Local e Período do estudo

A segunda etapa do estudo ocorreu após a coleta dos dados secundários nos prontuários. As entrevistas, bem como a avaliação antropométrica e avaliação do consumo alimentar foram realizadas no domicílio dos participantes e no ambulatório da Unioeste, *Campus* de Cascavel, a depender da preferência dos participantes do estudo.

4.2.3 População e Amostra

A população da segunda etapa do estudo foi constituída de crianças de 0 a 9 anos incompletos, adolescentes de 10 a 18 anos incompletos e um responsável pela criança ou adolescente que tivesse acompanhado no mínimo um atendimento, preferencialmente, o responsável que o acompanhou em um maior número de atendimentos no ambulatório de nutrição no período estipulado para o estudo.

Nessa etapa, aconteceram as entrevistas, a avaliação antropométrica e a avaliação do consumo alimentar. As entrevistas foram realizadas com três perfis de indivíduos: 1) crianças ou adolescentes que abandonaram o acompanhamento nutricional; 2) um responsável por cada criança ou adolescente que recebeu alta do acompanhamento nutricional; e 3) um responsável por cada criança ou adolescente que abandonou o acompanhamento nutricional.

A avaliação antropométrica e a avaliação do consumo alimentar foram realizadas com dois perfis de indivíduos, sendo eles: 1) crianças ou adolescentes que receberam alta do acompanhamento nutricional; 2) crianças ou adolescentes que abandonaram o acompanhamento nutricional.

Foram incluídos, nesta etapa da pesquisa, os participantes que integraram a amostra da primeira fase do estudo. Portanto, foram definidos, como critérios de inclusão, para a etapa das entrevistas: 1) crianças e adolescentes que receberam alta do acompanhamento nutricional; 2) crianças e adolescentes que abandonaram o acompanhamento nutricional; 3) um responsável que tenha acompanhado a criança ou adolescente em pelo menos um atendimento no ambulatório de nutrição; 4) indivíduos em que foi possível estabelecer contato telefônico para a realização do convite à participação do estudo; 5) indivíduos que residem no município de Cascavel-PR.

Para definição da idade das crianças e adolescentes, participantes das entrevistas, utilizou-se, como referência, a idade de 8 anos, considerando o proposto na Base Nacional Comum Curricular (BNCC), que estabelece que, nos dois primeiros anos do ensino fundamental, entre 6 e 8 anos de idade, ocorre o processo de alfabetização, com o desenvolvimento da leitura e escrita (Brasil, 2018b). Portanto, aquelas crianças com idade inferior a 8 anos e/ou sem capacidade cognitiva (sem capacidade de leitura, escrita e compreensão de texto, ou seja, pré-alfabetizadas), para responder à entrevista semiestruturada, participaram somente das etapas de avaliação antropométrica, avaliação do consumo alimentar; com relação à etapa de entrevistas, participaram apenas seus respectivos responsáveis. Nesses casos, a avaliação do consumo alimentar da criança também foi respondida por seu responsável.

Foram definidos como critérios de exclusão para esta etapa do estudo: 1) indivíduos com quem não foi possível estabelecer contato telefônico após três tentativas em dias e horários distintos; 2) indivíduos cujo número de telefone tenha sido modificado; 3) indivíduos que não residem no município de Cascavel, uma vez que as entrevistas foram realizadas de modo presencial; 4) indivíduos que realizaram acompanhamento nutricional no ambulatório de nutrição com a pesquisadora (para evitar o viés de resposta).

Os participantes da segunda fase da pesquisa foram selecionados por meio de amostragem aleatória simples (sorteio), utilizando o aplicativo Randomizer versão 3.10.1, dentre os 295 prontuários pertencentes ao grupo abandono do acompanhamento e os 55 prontuários pertencentes ao grupo alta, avaliados na primeira etapa do estudo. O número de entrevistas foi definido por meio da estratégia de saturação teórica do estudo, ou seja, a suspensão da inclusão de

novos participantes em cada grupo ocorreu quando os dados obtidos passaram a apresentar, na avaliação do pesquisador, redundância ou repetição (Fontanella; Ricas; Turato, 2008).

4.2.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas associadas à avaliação antropométrica e avaliação do consumo alimentar, conforme descrito a seguir.

4.2.4.1 Instrumentos utilizados

Para a realização das entrevistas, foram utilizados os roteiros semiestruturados disponíveis no Apêndice 2. Foi realizado teste piloto com o roteiro semiestruturado utilizado nesta etapa para verificar a adequabilidade do instrumento e se precisaria receber qualquer modificação. O teste piloto foi realizado com indivíduos que receberam alta ou abandonaram o acompanhamento nutricional após o período estipulado para o estudo, portanto, não fizeram parte da amostra. O instrumento foi considerado apto para utilização após duas rodadas de teste piloto.

Para o contato com os participantes, foram efetuadas até três tentativas de contato telefônico em diferentes dias e horários, utilizando o registro de telefone disponível no prontuário físico do provável participante. Esse contato foi realizado com o intuito de convidar a criança ou adolescente e seu responsável para participarem do estudo. Mediante aceitação do convite de participação, foi realizado o agendamento do dia e horário, que fossem convenientes para ambos, para que a entrevista, a avaliação antropométrica e a avaliação do consumo alimentar fossem efetuadas.

Ainda no primeiro contato telefônico, foi questionada a preferência do participante para que a entrevista, a avaliação antropométrica e do consumo alimentar ocorressem no ambulatório da Unioeste (para evitar viés de respostas se

ocorressem no serviço ambulatorial ao qual a pesquisadora pertence) ou se preferiam que a pesquisadora fosse até o seu domicílio.

Após agendamento do horário e definição do local, foi efetuada a coleta de dados. As perguntas norteadoras, conforme disposto nos roteiros semiestruturados, foram realizadas e o áudio das entrevistas foi gravado na íntegra, utilizando o aplicativo Microsoft Teams Classic e, posteriormente, foi realizada a transcrição e análise dos dados.

A dimensão quantitativa dessa etapa, para realizar a caracterização da amostra, aconteceu por meio de avaliação antropométrica e avaliação do consumo alimentar. Os dados antropométricos coletados foram peso, estatura, circunferência abdominal, circunferência do braço e dobra cutânea tricipital. Para a aferição do peso corporal, os participantes foram pesados em balança digital Multilaser®, com capacidade para 180 kg. Para a aferição da estatura, foi utilizado um estadiômetro PrimeMed® e, para aferição da circunferência abdominal e circunferência do braço, foi utilizada uma fita métrica inextensível; para medição da dobra cutânea tricipital, foi utilizado um adipômetro científico Cescorf®.

O procedimento de coleta de dados antropométricos foi realizado de acordo com o Manual de orientação: obesidade na infância e adolescência (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2019) e o Manual de orientação: avaliação nutricional da criança e do adolescente (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2021). Para a classificação do estado nutricional, foram utilizados os índices antropométricos de peso para a idade, peso para a estatura, comprimento ou altura para a idade e IMC para a idade, considerando a indicação por faixa etária, por meio das curvas de crescimento da OMS (2006, 2007), preconizadas pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2011).

A aferição da circunferência abdominal (CA) foi realizada nos participantes com idade acima de 5 anos. Essa medida reflete de maneira indireta a adiposidade central em crianças e adolescentes, de maneira que apresenta boa correlação com o desenvolvimento de doenças associadas à obesidade, quando acima do percentil 90, como dislipidemia, hipertensão arterial e resistência à insulina, assim como a relação circunferência abdominal/estatura, quando acima de 0,5 (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2021).

A aferição da dobra cutânea tricipital (DCT) de maneira isolada também foi utilizada para estimar adiposidade, sendo considerados elevados valores acima do percentil 90 (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2019).

A medida de circunferência do braço (CB) associada à DCT foi utilizada para o cálculo da Área Muscular do Braço (AMB) e da Área de Gordura do Braço (AGB), sendo bons indicativos da reserva de tecido muscular e de gordura corporal, com a AMB abaixo do percentil 5. Isso significa um bom indicador de risco de distúrbios associados à desnutrição, bem como AGB abaixo do percentil 5 é um indicativo de déficit acentuado de gordura corporal e, acima do percentil 95, representa risco de doenças associadas ao excesso de gordura corporal (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2021).

Para avaliação do consumo alimentar, foram aplicados os inquéritos alimentares: Questionário de frequência do consumo alimentar e o Recordatório alimentar de 24 horas, ambos já utilizados no ambulatório de nutrição e disponíveis na anamnese nutricional utilizada no serviço (Anexo 1).

4.2.5 Processamento e Análise de dados

Os dados quantitativos obtidos nesta etapa do estudo foram inicialmente tabulados em planilhas no Microsoft Excel® e posteriormente transferidos para planilhas do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22.0, onde foram submetidos à análise estatística descritiva.

A análise descritiva das variáveis categóricas foi realizada por meio do cálculo das frequências absolutas e relativas. Para as variáveis quantitativas, foram calculadas as medidas de tendência central (média ou mediana) e medidas de dispersão (desvio padrão ou intervalo interquartílico), a depender da distribuição das variáveis. O padrão de distribuição das variáveis numéricas foi verificado por meio do teste de normalidade de Shapiro-Wilk.

Os dados qualitativos foram submetidos à análise de conteúdo temática indutiva, utilizando, como referencial, o proposto por Braun e Clarke (2006). Para Braun e Clarke, um dos benefícios da análise temática é sua característica de flexibilização. Esse tipo de análise possibilita ao pesquisador realizar a descrição

detalhada e diferenciada sobre determinado tema específico ou grupo de temas, dentro da análise de dados. Dessa forma, busca, por meio de um conjunto de dados, encontrar padrões repetidos de significados, sendo um constante movimento para frente e para trás pelo conjunto de dados (Braun; Clarke, 2006).

A análise temática proposta por Braun e Clarke é dividida em seis fases:

- Fase 1: Familiarização com os dados: envolve a leitura repetida dos dados, levando a uma procura por significados e padrões. É um exercício de leitura e releitura e fornece a base para a realização do restante da análise. Em suma, os dados são transcritos, lidos e relidos e as ideias iniciais são anotadas.
- Fase 2: Geração dos códigos iniciais: envolve a produção dos códigos iniciais por meio da codificação das características interessantes dos dados de forma sistemática em todo o conjunto de dados, reunindo dados relevantes para cada código.
- Fase 3: Busca por temas: inicia após a codificação, o agrupamento de todos os dados e elaboração de uma lista de códigos diferentes previamente identificados no conjunto de dados. Envolve a triagem de códigos reunindo todos os dados relevantes para cada tema potencial, podendo gerar temas e subtemas.
- Fase 4: Revisão dos temas: envolve duas etapas, a revisão dos extratos codificados nos dados e o refinamento dos temas. Nessa fase, ocorre a releitura do conjunto de dados e a verificação se os temas apresentam relação com o conjunto de dados ou se há necessidade de codificação adicional dentro dos temas; ao final, essa etapa gera um mapa temático de análise.
- Fase 5: Definição e denominação dos temas: surge quando há um mapa temático dos dados considerado satisfatório, passando para os refinamentos finais, ou seja, ainda pode ser realizado nesta etapa maior refinamento dos temas que serão apresentados ao final da análise. Também é nesta etapa que ocorrerá a denominação dos temas, que deverão ser concisos e diretos.
- Fase 6: Produção do relatório: inicia quando o conjunto de dados foi totalmente trabalhado, de forma que contempla a análise final e a escrita do relatório. Relaciona um retrocesso na análise dos dados da pesquisa e a literatura disponível sobre o tema.

A análise temática indutiva é aquela guiada pelos dados, sem tentar se encaixar em um modelo de codificação preexistente ou preconceitos analíticos do pesquisador.

Para a citação dos depoimentos, cada participante recebeu um pseudônimo indicando o grupo a que pertence (EA= Entrevista Alta; EAb= Entrevista Abandono; EAbc= Entrevista Abandono Criança ou Adolescente) seguido do número correspondente à sua entrevista. Não foram realizadas entrevistas com crianças e adolescentes que receberam alta do acompanhamento nutricional, devido ao critério de idade estabelecido ser acima de 8 anos e não haver amostra que pudesse ser incluída na coleta.

4.3 Aspectos éticos

Inicialmente, por utilizar dados presentes em prontuários físicos do ambulatório de nutrição de um serviço de atendimento ambulatorial especializado, pertencente à atenção secundária à saúde do município de Cascavel, buscou-se autorização para a realização do estudo na Escola de Saúde Pública da Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel-PR.

Após obtenção do consentimento para a realização do estudo por meio da Escola de Saúde Pública, o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste), com parecer favorável nº 6.286.988 e CAAE 71424523.0.0000.0107, em 06 de setembro de 2023 (Anexo 2).

Os dados foram coletados mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (apêndice 3) pelos responsáveis e o Termo de Assentimento (TA) (apêndice 4) pelas crianças e adolescentes participantes.

Os participantes do estudo foram informados sobre o caráter voluntário de participação na pesquisa, sobre o anonimato e sigilo das informações e sobre a autonomia para desistir do estudo em qualquer momento que interessar. Os dados coletados foram utilizados estritamente para fins do desenvolvimento da pesquisa. Além disso, na etapa de coleta documental de dados, a obtenção dos dados ocorreu

no próprio local onde se encontram armazenados os prontuários físicos, não sendo retirados do serviço.

A realização do estudo atendeu às normas estabelecidas na Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e Pesquisa envolvendo seres humanos.

5. ARTIGOS CIENTÍFICOS

Os resultados serão apresentados no formato de artigos científicos, conforme apresentado a seguir:

Artigo 1: Perfil nutricional de crianças e adolescentes atendidos em ambulatório especializado de nutrição.

Este artigo foi submetido à Revista da Associação Brasileira de Nutrição (RASBRAN), com comprovante de submissão disponível no anexo 2 e contempla os objetivos abaixo:

Descrever o perfil (antropométrico e de consumo alimentar) das crianças e dos adolescentes atendidos no ambulatório de nutrição de um serviço público de atenção especializada à saúde.

Caracterizar o estado nutricional durante o seguimento do cuidado até o desfecho (alta ou abandono) do acompanhamento nutricional em um serviço público de atenção especializada à saúde.

Artigo 2: Fatores associados ao (não) seguimento nutricional ambulatorial de crianças e adolescentes.

Este artigo será submetido à revista Saúde em Debate e contempla o objetivo abaixo:

Verificar os fatores sociodemográficos, clínicos e antropométricos relacionados à manutenção e à desistência do acompanhamento nutricional em um serviço público de atenção especializada à saúde.

Artigo 3: Desafios para o seguimento nutricional ambulatorial: percepção de crianças, adolescentes e responsáveis.

Este artigo contempla os objetivos descritos abaixo:

Identificar a influência do acompanhamento nutricional no consumo alimentar de crianças e adolescentes, bem como no seu perfil nutricional.

Compreender a percepção de crianças, adolescentes e responsáveis acompanhantes de crianças e adolescentes sobre o acompanhamento nutricional em um serviço público de atenção especializada.

Artigo 1 – Perfil nutricional de crianças e adolescentes atendidos em ambulatório especializado de nutrição

Nutritional profile of children and adolescents treated at a specialized nutrition outpatient clinic

Resumo

Objetivo: descrever o perfil e caracterizar as condições nutricionais de crianças e adolescentes atendidos em um ambulatório de nutrição de um serviço público especializado, do acompanhamento nutricional até o seu desfecho. **Método:** estudo quantitativo, do tipo coorte retrospectiva, com dados secundários de prontuários, relativos aos atendimentos nutricionais de crianças e adolescentes, de junho de 2019 a junho de 2022, em um ambulatório de nutrição da atenção secundária à saúde de um município do Oeste do Paraná. Foram coletados dados sociodemográficos, clínicos, antropométricos e de consumo alimentar das crianças e adolescentes em três momentos do acompanhamento nutricional, os quais foram analisados por meio de estatística descritiva. **Resultados:** A população do estudo foi constituída por 350 crianças e adolescentes sendo a maioria do sexo masculino (57,1%), menor de 6 meses (45,7%), encaminhados por sobrepeso ou obesidade (32,3%) e alergia ou intolerância alimentar (29,4%). 84,3% apresentaram, como desfecho, o abandono do acompanhamento nutricional. Foram observadas mudanças satisfatórias no consumo alimentar, com redução da ingestão de açúcares, doces, bebidas adoçadas, frituras; além disso, houve aumento do consumo de frutas e verduras entre o primeiro e o último atendimento no ambulatório; mudanças discretas foram observadas nos índices antropométricos. **Conclusão:** Houve mudança no consumo alimentar e no estado nutricional ao longo do período, demonstrando que o acompanhamento nutricional apresentou resultados benéficos, especialmente quanto ao consumo alimentar, mesmo quando não ocorre o seguimento até a alta.

Palavras-chave: Alimentação infantil. Recomendações nutricionais. Perfil nutricional. Serviços ambulatoriais de saúde.

Abstract

Objective: to describe the profile and characterize the nutritional conditions of children and adolescents treated at a nutrition outpatient clinic of a specialized public service, from nutritional follow-up to its outcome. **Method:** this is a quantitative, retrospective cohort study using secondary data from medical records on nutritional care for children and adolescents from June 2019 to June 2022 at a secondary health care nutrition clinic in a municipality in western Paraná. Sociodemographic, clinical, anthropometric and food consumption data were collected from the children and adolescents at three points during the nutritional follow-up and analyzed using descriptive statistics. **Results:** The study population consisted of 350 children and adolescents, the majority of whom were male (57.1%), younger than 6 months (45.7%), referred for overweight or obesity (32.3%) and food allergy or intolerance (29.4%). 84.3% had abandonment of nutritional monitoring as an

outcome. Satisfactory changes in food consumption were observed, with a reduction in the intake of sugars, sweets, sweetened drinks and fried foods and an increase in the consumption of fruit and vegetables between the first and last visits to the outpatient clinic. Conclusion: There were changes in food consumption and nutritional status over the period, showing that nutritional monitoring had beneficial results, especially in terms of food consumption, even when there was no follow-up until discharge.

Keywords: *Child nutrition. Recommended dietary allowances. Nutritional status. Ambulatory health services.*

1 INTRODUÇÃO

A nutrição infantil é compreendida como substrato para que o crescimento e o desenvolvimento humano ocorram de maneira satisfatória. Diante disso, o estabelecimento da má nutrição na infância e adolescência pode repercutir de maneira negativa para a saúde desses indivíduos a curto e longo prazo, uma vez que é durante a infância que o desenvolvimento de habilidades motoras, sociais e psicológicas, bem como a formação de hábitos e comportamentos alimentares se acentuam¹.

Nos últimos anos, o consumo alimentar das crianças e dos adolescentes brasileiros sofreu alterações, especialmente representadas pela redução do consumo de alimentos in natura e minimamente processados, que deveriam compor a base da alimentação da população brasileira, e pelo aumento do consumo de alimentos ultraprocessados, que apresentam composição nutricionalmente desbalanceada².

Os alimentos citados anteriormente classificam-se de acordo com o método empregado em seu processo de produção, sendo denominados de alimentos in natura e minimamente processados aqueles que sofreram pequenas alterações em sua composição inicial. Quando recebem a adição de sal, açúcar ou outro ingrediente culinário, passam a denominar-se processados e os alimentos ultraprocessados são aqueles cujos ingredientes consistem em aditivos que apresentam a função de aumentar a palatabilidade do produto final³.

Essas mudanças no consumo alimentar contribuíram para a ocorrência de alterações no perfil nutricional da população brasileira, caracterizadas por uma tendência de redução dos casos de desnutrição, carências nutricionais e aumento dos casos de sobrepeso e obesidade⁴.

O acompanhamento do estado nutricional e a avaliação do padrão adequado de crescimento infantil são necessários, uma vez que podem auxiliar a detecção de desvios alimentares e nutricionais, bem como indicar a necessidade de intervenções por parte de profissionais de saúde. Isso tendo em vista que problemas nutricionais nessas fases podem desencadear outros agravos, como atrasos no desenvolvimento cognitivo, aumento do risco de adquirir doenças na infância e elevação da mortalidade infantil, além de estar associado à elevação do risco de agravos na vida adulta, como o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis^{2,5}.

Em situações de alterações no padrão nutricional esperado, a intervenção nutricional precoce torna-se fundamental, pois contribui para a adoção de hábitos e atitudes alimentares saudáveis, bem como minimiza o risco de complicações futuras⁶.

Considerando-se a organização dos serviços no sistema público de saúde, é estabelecido, na Política Nacional de Alimentação e Nutrição, que as ações voltadas a ela sejam organizadas e desenvolvidas inicialmente na atenção primária à saúde, por caracterizar-se como porta de entrada para o sistema. Assim, a depender das demandas nutricionais apresentadas, outros pontos da rede podem ser acionados, destacando-se, nesse aspecto, a atenção secundária em nível ambulatorial⁷.

Assim, este estudo teve como objetivo descrever o perfil e caracterizar as condições nutricionais de crianças e adolescentes atendidos em um ambulatório de nutrição de um serviço público especializado, do início do acompanhamento nutricional até o seu desfecho.

2 MÉTODO

Trata-se de um estudo de coorte retrospectivo, com coleta de dados secundários a partir dos prontuários de crianças e adolescentes que efetuaram acompanhamento em um ambulatório de nutrição de um serviço público de atendimento especializado. Esse serviço é pertencente à atenção secundária à saúde de um município da região Oeste do Paraná, o que foi efetivado no período de junho de 2019 a junho de 2022.

O público atendido no ambulatório é composto por crianças e adolescentes encaminhados pela Atenção Primária à Saúde (Unidades de Saúde da Família ou Unidades Básicas de Saúde) do município e que apresentam agravos relacionados à alimentação e nutrição, como alterações no estado nutricional, carências nutricionais, dislipidemias,

doenças crônicas não transmissíveis e necessidades alimentares especiais, a exemplo das alergias e intolerâncias ou outros agravos de saúde relacionados à alimentação e nutrição.

Foram estabelecidos, como critério de inclusão para a definição da população do estudo, prontuários de indivíduos com idade entre zero e dezoito anos incompletos que tivessem iniciado o acompanhamento no ambulatório de nutrição no período de junho de 2019 a junho de 2022, os quais tivessem recebido alta ou abandonado o acompanhamento nutricional, sendo esse último definido como o indivíduo que não compareceu aos atendimentos por um período igual ou superior a um ano.

Foram definidos, como critérios de exclusão, prontuários de indivíduos que ainda se encontravam em acompanhamento no ambulatório de nutrição no período de coleta de dados, por impossibilitar a avaliação de seguimento; prontuários de indivíduos que não compareciam aos atendimentos no ambulatório por um período inferior há um ano, por ainda não caracterizar abandono do acompanhamento; prontuários de indivíduos que compareceram em até duas consultas e não retornaram ao serviço após esses atendimentos, devido à escassez de dados.

Para o desenvolvimento da pesquisa, não foi realizado cálculo amostral, sendo incluídos todos os prontuários que atendiam aos critérios estabelecidos; dessa forma, no período estipulado, obteve-se inicialmente um montante de 1.447 arquivos, que, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, resultou em uma população de 350 prontuários físicos de crianças e adolescentes.

A coleta de dados ocorreu por meio de pesquisa documental, no próprio ambulatório de nutrição, e utilizou como fonte de dados os prontuários físicos utilizados exclusivamente no serviço, contendo a anamnese nutricional aplicada aos indivíduos durante os atendimentos. Os dados coletados compreenderam três momentos do acompanhamento nutricional; o primeiro atendimento, o atendimento intermediário do período total de acompanhamento (50%) e o último atendimento.

Foram coletados dados (sociodemográficos, clínicos, antropométricos e de consumo alimentar) das crianças e adolescentes nos três momentos do acompanhamento.

Para a avaliação do estado nutricional, foram coletadas as medidas antropométricas de peso e estatura registradas no prontuário e calculou-se o Índice de Massa Corporal (IMC). A partir dos índices antropométricos de peso para a idade, peso para a estatura,

comprimento ou altura para a idade e IMC para a idade, realizou-se a classificação por meio das curvas de crescimento da Organização Mundial da Saúde⁸.

Para a avaliação do consumo alimentar, foram utilizados os seguintes inquéritos alimentares: recordatório alimentar de 24 horas e questionário de frequência do consumo alimentar (QFCA), ambos utilizados no ambulatório de nutrição e disponíveis na anamnese nutricional utilizada no serviço. O recordatório alimentar de 24 horas aplicado a todos os atendimentos realizados no ambulatório avaliou a ocorrência do consumo dos seguintes itens no dia anterior ao atendimento: aleitamento materno exclusivo, aleitamento materno complementado, fórmula infantil exclusiva, leite de vaca, sal, açúcar, fruta, verdura, legume, bebida adoçada, doce e fritura.

O QFCA é aplicado no primeiro atendimento realizado no ambulatório e avalia as seguintes frequências de consumo alimentar: diariamente, semanalmente, mensalmente, nunca ou raramente; os seguintes itens alimentares ultraprocessados: refrigerantes, sucos artificiais, doces, frituras e biscoitos e salgados industrializados.

Os dados foram tabulados em planilha no Microsoft Excel[®] e, posteriormente, transferidos para planilha do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22.0, em que foram submetidos à análise estatística descritiva. A análise descritiva das variáveis categóricas foi realizada por meio do cálculo das frequências absolutas e relativas. O padrão de distribuição das variáveis quantitativas foi verificado por meio do teste de normalidade de Shapiro-Wilk, considerando-se o nível de significância de 5%; posteriormente, foi calculada a medida de tendência central (mediana) e a medida de dispersão (intervalo interquartilico).

Para a realização da pesquisa, obteve-se o consentimento da Escola de Saúde Pública da Secretaria Municipal de Saúde do município ao qual o serviço pertence e posteriormente foi submetida à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), com parecer favorável nº 6.286.988 e CAAE 71424523.0.0000.0107.

3 RESULTADOS

A população de estudo foi constituída, predominantemente, por indivíduos do sexo masculino (57,1%), com faixa etária menor de seis meses de idade (45,7%). A mediana de

frequência aos atendimentos foi de seis e de número de moradores no domicílio foi de quatro.

As principais finalidades para o início do acompanhamento foram sobrepeso ou obesidade (32,3%) e alergia ou intolerância alimentar (29,4%).

Quanto ao desfecho do seguimento nutricional, observou-se maior predominância de crianças e adolescentes que não mantiveram o acompanhamento até a alta, ou seja, que abandonaram o seguimento nutricional (84,3%), conforme observa-se na Tabela 1.

Tabela 1 - Características sociodemográficas e de atendimento de crianças e adolescentes atendidos em um ambulatório de nutrição do Oeste do Paraná.

Variável	n ou Mdn	% ou IIQ
Sexo*		
Feminino	150	42,9
Masculino	200	57,1
Faixa etária*		
0 a < 6 meses	160	45,7
≥ 6 a ≤ 24 meses	54	15,4
> 24 a ≤ 60 meses	17	4,9
> 60 a ≤ 120 meses	41	11,7
> 120 meses	78	22,3
Número de moradores no domicílio⁺	4	2
Finalidade do encaminhamento*		
Alergia e/ou intolerância alimentar	103	29,4
Prematuridade	64	18,3
Desnutrição ou baixo ganho ponderal	22	6,3
Sobrepeso ou obesidade	113	32,3
Outros	48	13,7
Número de atendimentos⁺	6	4
Desfecho*		
Alta	55	15,7
Abandono	295	84,3

Mdn: Mediana. IIQ: intervalo interquartilico. *Frequência absoluta (n) e relativa (%). ⁺ Mediana e intervalo interquartilico.

Sobre o histórico clínico e nutricional das crianças e adolescentes, acompanhados no ambulatório, observou-se de modo mais prevalente a ausência de diagnóstico de patologias prévias (41,1%) e o diagnóstico de alergia e/ou intolerância alimentar (37,4%).

Resultado semelhante observa-se no histórico clínico familiar, em que também predominou a ausência de patologias (44,5%); ressalta-se, no entanto, a frequência observada de histórico de obesidade (8,4%), doenças crônicas não transmissíveis (diabetes mellitus e hipertensão arterial isoladas ou associadas) (19,4%) e, ainda, a frequência de história clínica familiar de doenças crônicas não transmissíveis associadas à obesidade (11,3%).

No que se refere ao histórico de nascimento, a maior parte das crianças e adolescentes nasceram a termo (65,9%) e com peso adequado (72%).

A ocorrência do aleitamento materno foi predominante na população estudada (86,1%), independentemente do período de duração. A manutenção do aleitamento materno foi mais frequente até os 3 meses de idade (44,9%), no entanto, somados os períodos posteriores a este, obtiveram-se 44,4% de frequência de duração do aleitamento materno. A introdução alimentar ocorreu de maneira mais prevalente entre os 6 e 7 meses de idade (75,1%), mas 22,8% iniciaram a introdução alimentar no período de 4 até 6 meses, conforme disposto na Tabela 2.

Tabela 2 – Características clínicas e relativas ao aleitamento materno e introdução alimentar de crianças e adolescentes atendidos em um ambulatório de nutrição do Oeste do Paraná.

Variável	n*	%*
Idade gestacional de nascimento		
Pré-termo	75	24,4
Termo	203	65,9
Pós-termo	30	8,6
Peso ao nascer		
Extremo baixo peso	7	2,3
Muito baixo peso	13	4,2
Baixo peso	52	16,7
Peso adequado	224	72,0
Macrossômico	15	4,8
Recebeu aleitamento materno		

Sim	199	86,1
Não	9,1	13,9
Duração do aleitamento materno		
Mantém aleitamento materno	20	10,2
< 3 meses	88	44,9
≥ 3 e < 6 meses	32	16,3
≥ 6 e < 12 meses	33	16,8
≥ 12 e < 24 meses	17	8,7
≥ 24 meses	6	3,1
Início da introdução alimentar		
< 4 meses	1	0,5
≥ 4 e < 6 meses	44	22,8
≥ 6 a < 7 meses	145	75,1
≥ 7 meses	3	1,6
Patologias prévias		
Alergia e/ou intolerância alimentar	131	37,4
Dislipidemia	11	3,1
Doenças respiratórias	16	4,6
Outros	48	13,7
Nenhum	144	41,1
História clínica familiar		
Obesidade	26	8,4
Alergia ou intolerância alimentar	18	5,8
Doenças crônicas não transmissíveis	60	19,4
Doenças crônicas não transmissíveis e obesidade associada	35	11,3
Outros	33	10,6
Nenhum	138	44,5

*Frequência absoluta (n) e relativa (%).

A avaliação do consumo de itens alimentares ultraprocessados por crianças e adolescentes atendidos no ambulatório de nutrição demonstrou que refrigerantes e doces foram consumidos com maior frequência semanal (60,5%; 46,8%, respectivamente), sucos artificiais diariamente (42,6%), frituras, biscoitos e salgados industrializados semanalmente (37,6; 29,6%, respectivamente), conforme exposto na Tabela 3.

Tabela 3 - Frequência de consumo de itens alimentares ultraprocessados por crianças e adolescentes atendidos em um ambulatório de nutrição do Oeste do Paraná.

Variável	N	%
Refrigerante		
Diariamente	13	11,4
Semanalmente	69	60,5
Mensalmente	5	4,4
Nunca ou raramente	27	23,7
Suco artificial		
Diariamente	46	42,6
Semanalmente	27	25,0
Mensalmente	0	0,0
Nunca ou raramente	35	32,4
Doces		
Diariamente	32	28,8
Semanalmente	52	46,8
Mensalmente	8	7,2
Nunca ou raramente	19	17,1
Frituras		
Diariamente	13	11,9
Semanalmente	41	37,6
Mensalmente	3	2,8
Nunca ou raramente	52	47,7
Biscoitos e salgados industrializados		
Diariamente	2	2,0
Semanalmente	29	29,6
Mensalmente	12	12,2
Nunca ou raramente	55	56,1

*Frequência absoluta (n) e relativa (%).

No que se refere ao estado nutricional das crianças e adolescentes acompanhados no ambulatório, observou-se que, para os desvios do estado nutricional: baixa estatura (primeiro 4,6% - intermediário 4,3% - último 2,3%) e baixo peso para a idade houve redução das frequências (primeiro 6,6% - intermediário 3,0% - último 2,6%) ao longo do acompanhamento.

Ainda, notou-se a redução dos casos de magreza no peso para a estatura (primeiro 8,1% - intermediário 2,2% - último 1,3%), assim como os casos de obesidade (primeiro 5,1% - intermediário 1,3% - último 0,4%). Variação semelhante foi observada no índice de massa

corporal para a idade, em que se verificou redução da frequência de magreza (primeiro 5,6% - intermediário 2,3% - último 1,1%), obesidade (primeiro 16,6% - intermediário 15,2% - último 13,1%) e obesidade grave (primeiro 15,4% - intermediário 12,9% - último 11,4%) ao longo do seguimento nutricional.

Tabela 4 – Indicadores antropométricos de crianças e adolescentes em três momentos do acompanhamento nutricional.

Variável	Primeiro (1)	Intermediário (2)	Último (3)
	n (%)	n (%)	n (%)
Altura para a idade			
Estatura adequada	330 (94,3)	333 (95,1)	341 (97,4)
Baixa estatura	16 (4,6)	15 (4,3)	8 (2,3)
Muito baixa estatura	4 (1,1)	1 (0,3)	1 (0,3)
Peso para a idade			
Peso adequado	210 (77,5)	223 (83,2)	220 (82,7)
Baixo peso	18 (6,6)	8 (3,0)	7 (2,6)
Muito baixo peso	5 (1,8)	2 (0,7)	1 (0,4)
Peso elevado	38 (14)	35 (13,1)	38 (14,3)
Peso para a estatura			
Eutrofia	154 (77,8)	189 (84,4)	184 (82,1)
Magreza	16 (8,1)	5 (2,2)	3 (1,3)
Magreza acentuada	2 (1,0)	0 (0,0)	1 (0,4)
Risco de sobrepeso	12 (6,1)	26 (11,6)	33 (14,7)
Sobrepeso	4 (2,0)	1 (0,4)	2 (0,9)
Obesidade	10 (5,1)	3 (1,3)	1 (0,4)
IMC para a idade			
Eutrofia	163 (51,1)	201 (57,8)	201 (57,4)
Magreza	18 (5,6)	8 (2,3)	4 (1,1)
Magreza acentuada	3 (0,9)	1 (0,3)	2 (0,6)
Risco de sobrepeso	13 (4,1)	23 (6,6)	31 (8,9)
Sobrepeso	20 (6,3)	17 (4,9)	26 (7,4)
Obesidade	53 (16,6)	53 (15,2)	46 (13,1)
Obesidade grave	49 (15,4)	45 (12,9)	40 (11,4)

A avaliação comparativa do consumo alimentar entre três momentos do acompanhamento nutricional (primeiro atendimento; atendimento intermediário; último atendimento), com o objetivo de verificar mudanças na frequência do consumo alimentar

durante o acompanhamento até o desfecho (alta ou abandono), pode ser observada na Tabela 5.

Observaram-se mudanças na frequência de aleitamento materno exclusivo (primeiro 6,3% - intermediário 2,0% - último 1,4%) e aleitamento materno complementado (primeiro - 21,4%; intermediário - 10,3%; último - 4,6%) com redução ao longo do seguimento nutricional; por conseguinte, o uso exclusivo de fórmula infantil (primeiro 30,2% - intermediário 47% - último 36,8%) apresentou elevação ao longo do seguimento, especialmente, ao comparar o primeiro e o último atendimento; além disso, observam-se mudanças na frequência do consumo do leite de vaca (primeiro 48,2% - intermediário 27% - último 44,9%), com redução do primeiro ao atendimento intermediário e elevação no último.

Quanto ao consumo dos demais itens alimentares, o uso do açúcar variou ao longo do seguimento, observando-se redução da ingestão durante os atendimentos, com discreta elevação no último, mas ainda inferior ao consumo inicial (primeiro 65,2% - intermediário 30,4% - último 37,6%).

O consumo do grupo dos vegetais apresentou variação semelhante entre seus componentes. No que se refere à ingestão das frutas, houve aumento em todos os atendimentos (primeiro 62,3% - intermediário 87,3% - último 85,4%), destacando-se a leve redução do consumo no último, mas ainda assim superior ao consumo inicial. O consumo de verduras seguiu com elevação ao longo de todo o acompanhamento nutricional (primeiro 35,4% - intermediário 49,1% - último 64,2%).

Quanto ao consumo de bebidas adoçadas, destaca-se a redução da ingestão, mesmo com discreta elevação no último atendimento, mas ainda inferior ao consumo inicial (primeiro 57,9% - intermediário 25,4% - último 30,3%). Variação semelhante pode ser observada ao avaliar-se a ingestão de doces (primeiro 41,4% - intermediário 12,1% - último 18,8%) e cita-se a redução importante do consumo de frituras (primeiro 30,2% - intermediário 8,1% - último 6,1%). Destaca-se que, de maneira geral, foram observadas mudanças favoráveis no consumo alimentar da população de estudo.

Tabela 5 - Avaliação do consumo alimentar pelo recordatório alimentar de 24 horas, comparativo entre os três momentos do acompanhamento nutricional avaliados.

Variável	Primeiro	Intermediário	Último
----------	----------	---------------	--------

	(1)	(2)	(3)
	n (%) *	n (%)	n (%)
Aleitamento materno exclusivo			
Sim	22 (6,3)	7 (2,0)	5 (1,4)
Não	329 (93,7)	344 (98)	346 (98,6)
Aleitamento materno complementado			
Sim	75 (21,4)	36 (10,3)	16 (4,6)
Não	276 (78,6)	315 (89,7)	335 (95,4)
Fórmula infantil exclusiva			
Sim	106 (30,2)	165 (47)	129 (36,8)
Não	245 (69,8)	186 (53)	222 (63,2)
Introdução alimentar			
Sim	196 (55,8)	285 (81,2)	340 (96,9)
Não	155 (44,2)	66 (18,8)	11 (3,1)
Leite de vaca			
Sim	95 (48,2)	62 (27)	127 (44,9)
Não	102 (51,8)	168 (73)	156 (55,1)
Sal			
Sim	157 (85,8)	129 (65,5)	191 (79,3)
Não	26 (14,2)	68 (34,5)	50 (20,7)
Açúcar			
Sim	120 (65,2)	59 (30,4)	88 (37,6)
Não	64 (34,8)	135 (69,6)	146 (62,4)
Fruta			
Sim	119 (62,3)	207 (87,3)	245 (85,4)
Não	72 (37,7)	30 (12,7)	42 (14,6)
Verdura			
Sim	64 (35,4)	104 (49,1)	167 (64,2)
Não	117 (64,6)	108 (50,9)	93 (35,8)
Legume			
Sim	107 (57,5)	152 (70,4)	197 (84,2)
Não	79 (42,5)	63 (29,2)	37 (15,8)
Bebida adoçada			
Sim	106 (57,9)	50 (25,4)	73 (30,3)
Não	77 (42,1)	147 (74,6)	168 (69,7)
Doce			
Sim	75 (41,4)	24 (12,1)	45 (18,8)

Não	106 (58,6)	174 (87,9)	194 (81,2)
Fritura			
Sim	55 (30,2)	16 (8,1)	14 (6,1)
Não	127 (69,8)	181 (91,9)	217 (93,9)

*Frequência absoluta (n) e relativa (%).

4 DISCUSSÃO

O perfil da população mostrou predominância de indivíduos do sexo masculino, com faixa etária de até 6 meses e acima de 120 meses. A maioria foi encaminhada por alterações no estado nutricional, mais especificamente sobrepeso, obesidade e acometimento por alergias e/ou intolerâncias alimentares, as quais apresentaram como desfecho predominante o abandono do seguimento. Os resultados obtidos demonstraram que houve evolução favorável nos índices antropométricos e no consumo alimentar das crianças e adolescentes ao longo do seguimento nutricional, mesmo quando não foi mantido até a alta. Apesar de discreta, verificou-se redução dos casos de baixo peso ou magreza, obesidade e obesidade grave; da mesma forma, mudanças no consumo alimentar também foram observadas, com a redução da ingestão de açúcares, bebidas adoçadas, doces e frituras, além de aumento do consumo de frutas e verduras ao longo do acompanhamento.

A maior frequência de atendimentos nutricionais a crianças e adolescentes do sexo masculino também pode ser observada em outros estudos, quando realizados com a mesma faixa etária^{9,10}. Quanto à idade dos indivíduos avaliados, houve maior frequência de atendimento a crianças menores de 6 meses, período em que a realização do acompanhamento nutricional faz-se necessária por ser um momento de intenso crescimento e em que a má nutrição pode repercutir no surgimento de doenças que ocasionam efeitos negativos ao desenvolvimento infantil⁵.

Salienta-se ainda que uma das principais finalidades citadas para o início do acompanhamento no ambulatório foram as alergias ou intolerâncias alimentares, também identificadas como uma das patologias prévias mais frequentes na população de estudo e comumente observadas na população infantil.

Segundo a Associação Brasileira de alergia e Imunologia (ASBAI)¹¹, no Brasil, os dados referentes à prevalência de alergias alimentares ainda são considerados escassos e limitados a grupos populacionais, contudo, sabe-se que essa patologia acomete frequentemente crianças e apresenta prevalência de aproximadamente 6% em menores de 3 anos¹² ou

incidência de 12,8% quando diagnosticada por meio do teste de provocação oral¹³. Nesse aspecto, ressalta-se que a frequência superior de alergias e intolerâncias alimentares observada na pesquisa pode estar relacionada ao fato de que a única terapia comprovadamente eficaz para alergias alimentares é a exclusão dietética do alérgeno implicado nas manifestações clínicas. Por esse motivo, o tratamento nutricional em um ambulatório especializado faz-se necessário, uma vez que auxilia a prevenção do desencadeamento dos sintomas, a progressão da doença e evita a piora das manifestações alérgicas, além de proporcionar o crescimento e desenvolvimento adequados, bem como prevenir distúrbios nutricionais¹¹.

Além das alergias e intolerâncias alimentares, a principal motivação observada para o início do acompanhamento foi o estado nutricional classificado como sobrepeso e obesidade. O excesso de peso tem sido identificado como um importante problema de saúde pública em virtude do seu aumento considerável nos últimos anos em diferentes ciclos da vida; em crianças menores de 5 anos, a prevalência de excesso de peso entre 2005 e 2019 aumentou de 6% para 10,1%¹⁴. O manejo nutricional de crianças e adolescentes com obesidade é necessário e pode apresentar resultados satisfatórios, contudo, é altamente influenciado por altas taxas de abandono do acompanhamento. Melhores resultados com relação ao estado nutricional são observados no primeiro ano de intervenção, mas podem ser preservados se o acompanhamento nutricional for mantido¹⁵.

No presente estudo, o desfecho abandono do seguimento nutricional foi frequente e sabe-se que a adesão de crianças e adolescentes ao acompanhamento em serviços de saúde varia de acordo com o tipo e a finalidade do acompanhamento realizado; no entanto, taxas elevadas de abandono têm sido observadas em situações de obesidade infantil (45,54%), principalmente no primeiro ano de acompanhamento¹⁶ ou antes mesmo de completar três atendimentos (43,7%) nos serviços¹⁵. Além disso, esse acompanhamento descontinuado é observado em situações de crianças acompanhadas por outras condições clínicas, como em ambulatórios de alto risco pertencentes à Rede Mãe Paranaense¹⁷, o que demonstra que o abandono do seguimento em serviços de saúde pode ocorrer independentemente da finalidade do acompanhamento nesses serviços.

No que diz respeito à história alimentar das crianças e adolescentes acompanhados no estudo, a frequência de indivíduos que foram amamentados ao menos uma vez foi de 86,1%; quanto à duração do aleitamento materno, foi de 44,9% até os 3 meses de idade. De

maneira geral, a duração do aleitamento varia de acordo com a população estudada, mas, entre os anos de 2006 e 2019, tem-se observado aumento de sua prevalência, que passou de 38,6% para 45,6% em menores de 6 meses¹⁴. Em crianças residentes na região amazônica, 33% receberam aleitamento materno até completarem 3 meses de idade¹⁸; frequência superior foi observada em um município da região Sul do país, onde o aleitamento materno foi mantido até os 6 meses para 58% das crianças¹⁹, o que é uma frequência acima da observada no estudo, considerando que o local da realização da pesquisa também se encontra na região Sul do país.

Outro aspecto relevante sobre a história alimentar dos participantes foi a ocorrência da introdução alimentar de maneira precoce em 22,8% dos casos, o que não atende ao recomendado pelo Ministério da Saúde², em que se orienta que a introdução alimentar ocorra aos 6 meses de idade, quando o desenvolvimento neuropsicomotor e os sistemas digestivo e renal da criança encontram-se prontos para o recebimento de novos alimentos. A introdução de alimentos realizada de maneira precoce na dieta do lactente é considerada inadequada, pois pode resultar no desmame precoce e oferecer riscos à saúde da criança, como o desenvolvimento de obesidade na infância e na fase adulta, maior propensão a alergias alimentares, doenças gastrointestinais e diarreia, infecções respiratórias e dermatológicas e ainda influenciar negativamente a absorção de nutrientes, o que pode ocasionar deficiências nutricionais, impactando negativamente a saúde infantil²⁰. Dentre os riscos à saúde citados, destaca-se que obesidade e as alergias alimentares foram as principais finalidades de acompanhamento observadas e, portanto, já apresentam elevadas frequências na população de estudo.

Quanto ao consumo alimentar, houve ingestão frequente de produtos com alto teor de açúcar, como refrigerantes, doces e sucos artificiais. O consumo desse tipo de produto tem sido cada vez mais frequente nos diferentes estratos de idade da população brasileira, observando-se que, conforme há o aumento da idade, o consumo desse tipo de produto também tende a aumentar²¹. Em pesquisa realizada com crianças de 24 meses, também foi verificado um consumo habitual elevado de sucos artificiais (65,8%), doces (64,4%), refrigerantes (37,4%) e biscoitos industrializados (64,5%)²². Em crianças menores, de 12 a 23 meses, o consumo de refrigerantes (16,2%), sucos artificiais (25,6%) e doces (29,6%) no dia anterior à coleta dos dados foi menor²³, mas ainda assim considerado elevado e com possibilidade de impactar negativamente a saúde desses indivíduos.

No estudo, o consumo alimentar também foi avaliado ao longo de três momentos do seguimento nutricional, sendo observada redução da frequência da ingestão de açúcar, bebidas adoçadas, doces e frituras, bem como aumento do consumo de frutas e verduras durante o acompanhamento no ambulatório. Em estudo realizado com crianças e adolescentes com obesidade, acompanhados em consultas de nutrição em uma unidade de cuidado de saúde primário, foi verificado resultado semelhante, com melhora dos hábitos alimentares dos participantes a partir do acompanhamento nutricional, sendo verificada adequação do consumo de produtos hortícolas e frutas²⁴, assim como observado no estudo. Essas mudanças representam que ocorreu a adoção de práticas adequadas de alimentação na população de estudo, possivelmente resultante da intervenção nutricional realizada.

No que diz respeito ao comparativo das frequências dos índices antropométricos, foi possível observar que grande parte das crianças e adolescentes participantes do estudo apresentavam índices antropométricos de acordo com o esperado para a idade no primeiro atendimento; ademais, foi observada discreta redução das frequências de baixo peso ou magreza, obesidade e obesidade grave ao longo do acompanhamento nutricional. A modificação do índice de massa corporal de crianças e adolescentes é observada de modo mais intenso em outros estudos¹, especialmente no primeiro ano de intervenção nutricional¹⁵.

Apesar de satisfatórios para a descrição do perfil e a caracterização das condições nutricionais das crianças e adolescentes atendidos no ambulatório de nutrição, os resultados obtidos devem ser interpretados considerando a limitação do uso de dados secundários, coletados por meio de prontuários físicos e também a limitação pelo uso de dados retrospectivos, registrados durante os atendimentos pelos profissionais que atuaram no ambulatório no período estipulado para o estudo, devendo-se considerar, portanto, que algumas variáveis possam estar sujeitas ao viés de registro.

5 CONCLUSÃO

As crianças e adolescentes acompanhadas apresentaram mudanças no consumo alimentar ao longo do acompanhamento nutricional, marcadas pela redução da ingestão de açúcares, doces, bebidas adoçadas e frituras e o aumento do consumo de frutas e verduras. Além disso, mudanças no estado nutricional por meio da avaliação antropométrica também

foram observadas; houve predominância de indivíduos com estado nutricional adequado no início do acompanhamento e modesta melhora dos índices antropométricos ao longo do seguimento, o que sugere que o acompanhamento influenciou positivamente os parâmetros avaliados no estudo, mesmo que a maioria dos participantes não tenham mantido o seguimento nutricional até a alta.

Sobre a frequência de indivíduos que abandonaram o acompanhamento, salienta-se a importância de que estudos sejam realizados identificando o perfil desses indivíduos e os fatores associados a esse aspecto, de modo que sejam identificadas as motivações para o abandono e estabelecidas estratégias para minimizar essa prática. Isso pode contribuir para a melhor adesão ao acompanhamento nutricional e, conseqüentemente, a melhora mais significativa dos índices antropométricos e de consumo alimentar das crianças e adolescentes que necessitam de acompanhamento nutricional.

REFERÊNCIAS

1. Almeida MS, Linhares IC, Brum LS, Coelho LS, Machado MS, Pinto PM. O impacto da má alimentação infantil à longo prazo na saúde do adulto. *Revista eletrônica acervo científico*. 2021;39:1-12.
2. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. Guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.
3. Monteiro CA, Cannon G, Levy RB, Mourabac JC, Louzada ML, Rauber F, et al. Alimentos ultraprocessados: o que são e como identificá-los. *Saúde Pública Nutr*. 2019; 22(5):936-941.
4. Moreira NF, Soares CA, Junqueira TS, Martins RCB. Tendências do estado nutricional de crianças no período de 2008 a 2015: dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). *Cadernos de Saúde Coletiva*. 2020; 28(3):447–454.
5. Sociedade Brasileira de Pediatria. Guia prático de alimentação da criança de 0 a 5 anos. Departamentos de Nutrologia e Pediatria Ambulatorial. São Paulo: SBP; 2021.
6. Alvarenga M, Figueiredo M, Timerman F, Antonaccio C, *Nutrição Comportamental*. 2ª ed. Barueri: SP: Manole; 2019.
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
8. WHO. World Health Organization. Organization releases new Child Growth Standards [internet]. Geneva, 2006. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/27-04-2006-world-health-organization-releases-new-child-growth-standards>.

9. Rompate ACS, Cruz DVC, Souza DR, Silva JQ, Kawakami RMSA, Lara HCAA. Perfil nutricional de crianças atendidas em uma Unidade de Saúde da Família. *Revista eletrônica Univag*. 2019; 20: 22-34.
10. Barbosa GCND, Costa FPM, Menezes KG, Antunes SJAR, Lemos RCF. Perfil nutricional de crianças atendidas pelo Centro de Recuperação e Educação Nutricional. *Brazilian Journal of Development*. 2023; 9(7):22652-22674.
11. Associação Brasileira de Alergia e Imunologia. Consenso Brasileiro sobre Alergia Alimentar: 2018 – Parte 1 – Etiopatogenia, clínica e diagnóstico. Documento conjunto elaborado pela sociedade Brasileira de Pediatria e Associação Brasileira de Alergia e Imunologia. *Arquivos de Asma, Alergia e Imunologia*. 2018; 2(1): 7-38.
12. Sicherer SH, Sampson HA. Food allergy: a review and update on epidemiology, pathogenesis, diagnosis, prevention, and management. *J Allergy Clin Immunol*. 2018;(141):41-58.
13. Senna SN, Scalco MF, Azalim SP, Guimarães LL, Filho WR. Achados epidemiológicos de alergia alimentar em crianças brasileiras: análise de 234 testes de provocação duplo-cego placebo controlado (TPDCPCs). *Arquivos de Asma, Alergia e Imunologia*. 2018, 2(3): 344-350.
14. Castro IRR, Anjos LA, Lacerda EMA, Boccolini CS, Farias DR, Alves-Santos NH, Normando P, Freitas MB, Andrade PG, Bertoni N, Schincaglia RM, Berti TL, Carneiro LBV, Kac G. Nutrition transition in Brazilian children under 5 years old from 2006 to 2019. *Cad. Saúde Pública*. 2023;(Supl 2):1-15.
15. Martos-Moreno GA, Fernandez JMV, Frias-Herrera A, Martín-Rivada A, Argente J. Conservative Treatment for Childhood and Adolescent Obesity: Real World Follow-Up Profiling and Clinincal Evolution in 1300 Patients. *Nutrients*. 2021; 13(3487):1-16.
16. Auñón AZ, Alonso BG, Esteban EMA, Argente J, Martos-Moreno GA. Predictores de adherencia al seguimiento y éxito terapêutico em obesidade infantil. *Anales de Pedíatria*. 2024;100:428-437.
17. Shibukawa BMC, Uema RTB, Oliveira NN, Oliveira RR, Santos JLG, Higarashi IH. Monitoring of high-risk children in health services: a geospatial mixed-methods study. *Rev Latino-Am. Enfermagem*. 2022; 30: 1-12.
18. Mosquera OS, Lourenço BH, Matijasevich A, Castro MC, Cardoso MA. Prevalência e preditores do aleitamento materno na coorte MINA-Brasil. *Ver Saude Publica*. 2023; 57 (Supl 2): 1-13.
19. Amaral AS, Bielemann RM, Del-Ponte B, Valle NCJ, Costa CS, Oliveira MS, Santos IS. Intenção de amamentar, duração do aleitamento materno e motivos para o desmame: um estudo de coorte, Pelotas, RS, 2014. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2019; 29(1): 1-14.
20. Pires PLS, Romão RS, Souza RC, Pereira LA, Rinaldi AEM, Azevedo VMGO. Introdução da alimentação complementar e fatores associados em recém-nascidos pré-termo e com baixo peso: um estudo de coorte prospectivo. *Cad. Saúde Pública*. 2024; 40(8):1:12.

21. Silva PF. Avaliação da frequência do consumo de alimentos ultraprocessados por crianças menores de 2 anos. *Brazilian Journal of Health Review*. 2023; 6(1):607-620.
22. Pereira AM, Buffarini R, Domingues MR, Barros FCFL, Silveira MF. Consumo de alimentos ultraprocessados por crianças de uma Coorte de Nascimentos de Pelotas. *Rev Saúde Pública*. 2022: 56-79.
23. Flores TR, Neves RG, Wendt A, Costa CS, Bertoldi AD, Nunes BP. Padrões de consumo alimentar em crianças menores de dois anos: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2021; 26(2):625-636.
24. Almeida C, Moraes G, Pinto E. Resultados do acompanhamento nutricional de crianças e adolescentes com sobrecarga ponderal nos cuidados de saúde primários. *Acta Portuguesa de Nutrição*. 2018; 15:12-18.

Artigo 2 - Fatores associados ao (não) seguimento nutricional ambulatorial de crianças e adolescentes

Factors associated with (non) outpatient nutritional follow-up of children and adolescents

Resumo

Objetivou-se identificar os fatores associados à manutenção e à desistência do acompanhamento nutricional de crianças e adolescentes em um serviço público especializado. Trata-se de um estudo de coorte retrospectivo, analítico exploratório, com dados de prontuários de pacientes atendidos entre junho de 2019 e junho de 2022 em um ambulatório de nutrição no Paraná. Os indivíduos foram divididos em dois grupos conforme a finalidade do acompanhamento, considerando dados sociodemográficos, clínicos e antropométricos como preditores e o abandono como desfecho. Realizou-se análise descritiva e as associações foram avaliadas pelo teste de Regressão de Poisson com variância robusta. No grupo 1, predominavam crianças menores de seis meses (68,4%) do sexo masculino (62,8%), encaminhadas por alergias alimentares (47,9%). No grupo 2, predominavam adolescentes do sexo feminino (51,9%) acima de 120 meses (57,8%), encaminhados por sobrepeso ou obesidade (83,7%). O abandono foi associado a fatores como dislipidemia, obesidade e obesidade grave, a manutenção do acompanhamento foi associada à frequência nas consultas, histórico familiar de obesidade e doenças crônicas, estado nutricional de magreza acentuada e faixa etária de 24 a 120 meses. Os resultados reforçam a importância de um acompanhamento nutricional integrado e da participação familiar, para melhorar a adesão e os desfechos no cuidado nutricional.

Palavras-chave: Nutrição infantil. Desistência do tratamento. Serviços ambulatoriais de saúde. Atenção secundária à saúde.

Abstract

The objective was to identify the factors associated with maintaining and withdrawing from nutritional monitoring of children and adolescents in a specialized public service. This is a retrospective, analytical, exploratory cohort study with data from the medical records of patients seen between June 2019 and June 2022 at a nutrition outpatient clinic in Paraná. Individuals were divided into two groups according to the purpose of follow-up, considering sociodemographic, clinical and anthropometric data as predictors and dropout as the outcome. A descriptive analysis was carried out and associations were assessed using the Poisson Regression test with robust variance. In group 1, there was a predominance of male children under six months (68.4%) (62.8%), referred for food allergies (47.9%). In group 2, there was a predominance of female adolescents (51.9%) over 120 months old (57.8%), referred for overweight or obesity (83.7%). Dropping out was associated with factors such as dyslipidemia, obesity and severe obesity, while maintaining follow-up was associated with attending appointments, a family history of obesity and chronic diseases, a markedly thin nutritional status and an age range of 24 to 120 months. The results reinforce the importance of integrated nutritional monitoring and family participation to improve adherence and outcomes in nutritional care.

Keywords: *Infant Nutrition. Patient Dropouts. Ambulatory Care. Secondary Care.*

Introdução

A atenção secundária no Sistema Único de Saúde (SUS) desempenha um papel crucial ao fornecer serviços especializados que complementam a atenção primária, garantindo continuidade e integralidade no cuidado. Estudos recentes têm explorado aspectos fundamentais desse nível de atenção, destacando desafios e propondo melhorias para sua eficácia. Em estudo realizado com gestores, profissionais da saúde e usuários da atenção secundária, investigando a organização das práticas de saúde na atenção secundária e analisando como as interações nesse nível contribuem para o desenvolvimento de melhores práticas, os autores evidenciaram que a ampliação do acesso às consultas especializadas e a articulação eficiente entre os pontos da rede são essenciais para a resolutividade e integralidade do cuidado¹.

Além disso, ao analisar a importância da atenção secundária, como componente intermediário entre a atenção primária e terciária, destaca-se que a efetiva integração dos serviços especializados é fundamental para a conformação de redes de atenção que atendam às necessidades de saúde da população de forma coordenada e eficiente². Esses estudos sublinham a importância de fortalecer a atenção secundária no SUS, promovendo a integração dos serviços e assegurando recursos adequados para atender às demandas da população, o que contribuiu para um sistema de saúde mais eficaz e equitativo².

O acesso ao seguimento ambulatorial em ambulatórios públicos de nutrição é fundamental para garantir a continuidade do cuidado nutricional e a eficácia dos tratamentos propostos, em todas as faixas etárias. Estudos recentes, como é o caso desta pesquisa, têm investigado fatores que influenciam a adesão dos pacientes a esses serviços, destacando desafios e propondo estratégias para aprimorar o atendimento. Para padronizar e qualificar o atendimento nos ambulatórios de nutrição, o Ministério da Saúde disponibiliza manuais e protocolos que orientam os profissionais na condução do cuidado nutricional, fornecendo diretrizes sobre a triagem nutricional, avaliação e acompanhamento dos pacientes; ademais, enfatiza a necessidade de monitoramento contínuo para assegurar a recuperação e manutenção do estado nutricional adequado³.

Além disso, a adoção de hábitos alimentares saudáveis é considerada a base para um adequado estado de saúde, especialmente na infância e adolescência, em que o processo de crescimento e desenvolvimento ocorrem de maneira intensa⁵. Os hábitos alimentares formados nessa fase da vida costumam persistir até a vida adulta e podem contribuir para a exposição prolongada aos malefícios proporcionados por uma alimentação inadequada⁶.

O padrão de consumo alimentar das crianças e adolescentes brasileiros sofreu alterações nos últimos anos, resultando na transição de uma dieta baseada em alimentos *in natura* e minimamente processados para uma dieta baseada no alto consumo de alimentos processados e ultraprocessados⁷. Essas mudanças alimentares têm sido acompanhadas por transformações no perfil nutricional desses indivíduos, resultando na instalação de uma dupla carga de má nutrição, marcada pela redução dos casos de desnutrição, que permanece frequente em determinadas populações do país, bem como no aumento dos casos de excesso de peso⁸. No ano de 2022, 7,72% das crianças menores de 5 anos apresentavam peso elevado para a idade e 18,87%, 9,73% e 2,61% dos adolescentes apresentavam, respectivamente, sobrepeso, obesidade e obesidade grave^{9,10}.

Essa mudança no perfil nutricional das crianças e adolescentes brasileiros configura um importante problema de saúde pública, pois tem sido associada ao risco aumentado para o desenvolvimento de complicações a curto e longo prazo, como puberdade precoce, baixo rendimento escolar, alterações psicossociais e doenças crônicas não transmissíveis¹¹.

O perfil nutricional existente e a influência do padrão alimentar no crescimento e desenvolvimento infantil, bem como no estado de saúde a curto e longo prazo reforçam a importância do acompanhamento do estado nutricional desses indivíduos nos serviços de saúde; no entanto, o processo de reformulação de escolhas alimentares promovido durante o acompanhamento nutricional é considerado complexo e a não adesão ou o abandono dos pacientes à reeducação alimentar é frequente, sendo bem estabelecida na literatura a existência de dificuldade de adesão a tratamentos não farmacológicos^{12,13}.

No que se refere ao tratamento e acompanhamento de crianças e adolescentes, tem-se observado que, independentemente da finalidade que motiva o acompanhamento, há elevada frequência de abandono do seguimento, observada em condições específicas de saúde para crianças acompanhadas em ambulatorios de alto risco¹³ e de modo mais frequente na obesidade infantil^{14,15}.

Diante disso, considerando a importância do acompanhamento nutricional de crianças e adolescentes na atenção secundária à saúde e a elevação das taxas de abandono do seguimento desses indivíduos em serviços de saúde, o presente estudo tem como objetivo verificar os fatores associados à manutenção e à desistência do acompanhamento nutricional de crianças e adolescentes em um serviço público de atenção especializada à saúde.

Material e métodos

Estudo com abordagem quantitativa, de coorte retrospectiva, analítica e exploratória, realizado em um ambulatório de nutrição de um serviço público de atendimento especializado, pertencente à atenção secundária à saúde de um município no Oeste do Paraná, com crianças e adolescentes atendidos entre junho de 2019 e junho de 2022.

São atendidos, no ambulatório, crianças e adolescentes encaminhados por Unidades de Saúde da Família ou Unidades Básicas de Saúde do município e que apresentam agravos relacionados à nutrição, como alterações no estado nutricional, carências nutricionais, dislipidemias, doenças crônicas não transmissíveis e necessidades alimentares especiais, a exemplo de alergias e intolerâncias alimentares ou outros agravos.

A coleta de dados foi documental, utilizando dados secundários dos prontuários físicos do ambulatório, contendo a anamnese nutricional aplicada aos indivíduos nos atendimentos. Para identificar os fatores associados ao desfecho investigado, foram coletados dados sociodemográficos, clínicos e antropométricos de três momentos do seguimento nutricional, no caso, o primeiro atendimento, o atendimento intermediário do período total de acompanhamento (50%) e o último atendimento.

Estabeleceu-se, dessa forma, como critérios de inclusão: indivíduos com idade entre zero e dezoito anos incompletos que tivessem iniciado o acompanhamento no ambulatório de nutrição no período do estudo e que tivessem recebido alta ou abandonado o acompanhamento nutricional (definido como o não comparecimento por um período igual ou superior a um ano).

Foram definidos como critérios de exclusão: indivíduos que ainda se encontravam em acompanhamento no ambulatório de nutrição no período de coleta de dados, por impossibilitar a avaliação de seguimento; indivíduos que não compareciam aos atendimentos no ambulatório por um período inferior há um ano, por ainda não caracterizar abandono do acompanhamento; indivíduos que compareceram em até duas consultas e não retornaram ao serviço após esses atendimentos, devido à escassez de dados.

Para definição da população do estudo, foram incluídos todos os participantes que atendiam aos critérios estabelecidos, os quais somaram 1.447. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, a amostra final foi constituída por 350 indivíduos.

Os participantes foram divididos em dois grupos para análise, conforme a finalidade do acompanhamento no ambulatório: grupo 1 - composto por indivíduos encaminhados por patologias ou outras condições específicas (alergias e/ou intolerâncias alimentares e prematuridade em maior frequência e aleitamento materno contraindicado, vulnerabilidade

social, dentre outros em menor frequência); grupo 2 - composto por indivíduos encaminhados por alterações nos indicadores antropométricos (baixo ganho ponderal, desnutrição, sobrepeso e obesidade).

Para a avaliação do estado nutricional, foram coletadas as medidas antropométricas de peso e estatura registrados no prontuário e calculou-se o Índice de Massa Corporal (IMC). A partir dos índices antropométricos de peso para a idade, peso para a estatura, comprimento ou altura para a idade e IMC para a idade, realizou-se a classificação por meio das curvas de crescimento da Organização Mundial da Saúde¹⁶.

Os dados foram tabulados em planilha no Microsoft Excel[®] e posteriormente transferidos para o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22.0, onde foram submetidos à análise estatística. Foi verificado o padrão de distribuição por meio do teste de normalidade de Shapiro-Wilk, considerando-se o nível de significância de 5% e calculadas as medidas de tendência central (mediana) e de dispersão (intervalo interquartilico).

Para verificar as associações entre as variáveis preditoras (sociodemográficas, clínicas e antropométricas) e o desfecho (abandono do seguimento nutricional), utilizou-se a Regressão de Poisson com variância robusta. Verificou-se inicialmente a ocorrência de multicolinearidade por meio do fator de inflação da variância (VIF). Posteriormente, realizou-se análise univariada (bruta) com todas as variáveis coletadas; aquelas que apresentaram valor de $p < 0,20$ foram testadas na análise múltipla (ajustada).

No grupo 1, as variáveis que apresentaram valor de $p < 0,20$ e que foram testadas na análise múltipla incluem: sociodemográficas (sexo, faixa etária, acompanhante e ano de início do atendimento, número de consultas, protocolo de disponibilização de fórmulas infantis, número de moradores no domicílio), clínicas (finalidade do acompanhamento, patologias prévias, história clínica familiar, diagnóstico de alergias e intolerâncias alimentares, previsão de teste de provocação oral, idade gestacional de nascimento, aleitamento materno), antropométricas (índice de massa corporal). No grupo 2, as variáveis incluem: sociodemográficas (acompanhante e ano de início do acompanhamento, sexo, faixa etária, número de consultas e número de moradores no domicílio), clínicas (finalidade do acompanhamento, patologias prévias, história clínica familiar) e antropométricas (índice de massa corporal, evolução do peso).

A entrada das variáveis no modelo final foi realizada por meio do método *stepwise backward* e a qualidade do ajuste e definição das variáveis que foram mantidas no modelo final foi realizada por meio do critério de informações de Akaike (AIC). Foi calculado o risco

relativo ajustado, adotando Intervalo de confiança de 95% como medida de precisão e considerando um nível de significância de 5% para definição do modelo final.

Este estudo foi desenvolvido seguindo as recomendações do checklist *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE), disponível como material suplementar para consulta.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, com parecer favorável nº 6.286.988 e CAAE 71424523.0.0000.0107.

Resultados

O grupo 1 foi constituído por 215 participantes, predominantemente, do sexo masculino (62,80%), com faixa etária menor de seis meses de idade (68,40%), diagnóstico prévio de alergias e/ou intolerâncias alimentares (54,90%) e história clínica familiar de ausência de patologias (64,60%). A mediana de número de atendimentos desse grupo foi de sete e de número de moradores no domicílio foi de quatro. As principais finalidades para o início do acompanhamento foram alergia e/ou intolerância alimentar (47,90%) e prematuridade (29,80%) e o principal desfecho observado para o acompanhamento foi o abandono do seguimento (78,10%), conforme Tabela 1.

No grupo 2, composto por 135 participantes, foi verificado frequência semelhante de indivíduos do sexo feminino (51,90%) e masculino (48,10%), maior frequência de indivíduos com faixa etária maior de 120 meses (57,80%), com ausência de patologias prévias (54,10%) e história clínica familiar de doenças crônicas não transmissíveis, mais especificamente hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus (30,30%), as quais estão associadas à obesidade (25,80%). A mediana de número de atendimentos foi de cinco e de número de moradores no domicílio foi de quatro. A principal finalidade para o início do acompanhamento nesse grupo foi sobrepeso e obesidade (83,70%) e o principal desfecho observado para o acompanhamento no ambulatório foi o abandono do seguimento (94,10%).

Tabela 1. Características demográficas e clínicas das crianças e adolescentes atendidos no ambulatório, identificados por grupo conforme finalidade do encaminhamento.

Grupo 1 (n=215)		Grupo 2 (n=135)	
n ou Mdn	% ou IIQ	n ou Mdn	% ou IIQ

Sexo*				
Feminino	80	37,20	70	51,90
Masculino	135	62,80	65	48,10
Faixa etária*				
0 a < 6 meses	147	68,40	13	9,60
≥ 6 a ≤ 24 meses	47	21,90	7	5,20
> 24 a ≤ 60 meses	9	4,20	8	5,90
> 60 a ≤ 120 meses	8	3,70	33	24,40
> 120 meses	4	1,90	74	57,80
Número de moradores no domicílio⁺	4,00	2,00	4,00	1,00
Número de atendimentos⁺	7,00	5,00	5,00	4,00
Finalidade do acompanhamento*				
Outros	48	22,30	0	0,00
Prematuridade	64	29,80	0	0,00
Alergia e/ou intolerância alimentar	103	47,90	0	0,00
Desnutrição e/ou baixo ganho ponderal	0	0,00	22	16,30
Sobrepeso ou obesidade	0	0,00	113	83,70
Patologias prévias*				
Nenhum	71	33,00	73	54,10
Outros	4	1,90	27	20,00
Alergia e/ou intolerância alimentar	118	54,90	13	9,60
Dislipidemia	4	1,90	7	5,20
Doenças respiratórias	1	0,50	15	11,10
História clínica familiar*				
Ausência de patologias	115	64,60	23	17,40
Outros	24	13,50	9	6,80
Alergia e/ou intolerância alimentar	18	10,10	0	0,00
Obesidade	0	0,00	26	19,70
DCNT	20	11,20	40	30,30
DCNT e obesidade	1	0,60	34	25,80
Desfecho abandono*				
Sim	168	78,10	127	94,10
Não	47	21,90	8	5,90

Fonte: elaboração própria. Legenda: Mdn: Mediana. IIQ: intervalo interquartilico. DCNT: doenças crônicas não transmissíveis. * Frequência absoluta (n) e relativa (%). ⁺ Mediana e intervalo interquartilico.

Em relação aos indicadores antropométricos dispostos na Tabela 2, observa-se no grupo 1 que a maior parte das crianças e adolescentes apresentaram antropometria de acordo com os parâmetros estabelecidos para a faixa etária, apresentando altura e peso adequados para a idade (93% e 90,5%, respectivamente) e peso adequado para estatura (81,9%). Além disso, 79,3% dos participantes foram classificados como eutróficos a partir da avaliação do IMC para a idade.

O grupo 2 apresentou resultado semelhante para o índice antropométrico de altura para a idade, adequado em 96,3% dos casos e peso para a estatura identificado como eutrofia para 51,90% dos participantes. De modo contrário ao grupo 1, houve maior predominância de indivíduos com peso elevado (56,7%), obesidade e obesidade grave (71,90%), nos índices antropométricos de peso e IMC para a idade, respectivamente, conforme disposto na Tabela 2.

Tabela 2. Indicadores antropométricos das crianças e adolescentes no primeiro atendimento no ambulatório, identificados por grupo conforme finalidade do encaminhamento.

	Grupo 1		Grupo 2	
	n	%	n	%
Altura para a idade				
Estatura adequada	200	93,00	130	96,3
Baixa e muito baixa estatura	15	7,00	5	3,70
Peso para a idade				
Peso adequado	191	90,50	19	31,70
Baixo e muito baixo peso	16	7,60	7	11,6
Peso elevado	4	1,90	34	56,70
Peso para a estatura				
Eutrofia	140	81,90	14	51,90
Magreza e magreza acentuada	14	8,20	4	14,80
Risco de sobrepeso e sobrepeso	15	8,70	1	3,70
Obesidade	2	1,20	8	29,60
IMC para a idade				
Eutrofia	146	79,30	17	12,60
Magreza e magreza acentuada	15	8,20	6	4,40
Risco de sobrepeso e sobrepeso	18	9,80	15	11,10
Obesidade e obesidade grave	5	2,70	97	71,90

Fonte: elaboração própria.

Conforme se observa na Tabela 3, no que se refere aos fatores associados ao abandono do seguimento nutricional no grupo 1 (alergias e/ou intolerâncias alimentares, prematuridade, dentre outros), verificou-se na análise bruta que o número de consultas foi identificado como um fator de proteção para o desfecho abandono do seguimento, sendo observado que, para cada consulta adicional no ambulatório, houve uma redução de 6% no risco de abandono do acompanhamento nutricional ($p=0,000$; RR: 0,94).

A finalidade do acompanhamento no ambulatório também se associou à manutenção do seguimento, com indivíduos que apresentavam alergias e/ou intolerâncias alimentares apresentando menor risco de abandonar o acompanhamento ($p=0,008$; RR: 0,81) quando comparados àqueles encaminhados por outras finalidades.

Além disso, ter alergias e/ou intolerâncias alimentares, como patologias prévias, também se associou como um fator de proteção ao desfecho investigado, pois crianças ou adolescentes com essa condição apresentaram risco 16% menor de abandonar o acompanhamento nutricional quando comparados a indivíduos que não apresentavam patologias prévias ($p=0,027$; RR: 0,84). Ao contrário, o diagnóstico de doenças respiratórias foi fator de risco para o abandono do acompanhamento no ambulatório ($p=0,001$; RR: 1,18).

No que tange ao estado nutricional avaliado por meio do IMC para a idade, verificou-se que apresentar magreza acentuada ($p=0,000$; RR: 1,30), obesidade ($p=0,000$; RR: 1,30) ou obesidade grave ($p=0,000$; RR: 1,30) foi fator de risco para o abandono do acompanhamento nutricional. Indivíduos pertencentes a esses grupos apresentaram risco 1,30 vezes maior de abandonar o seguimento nutricional quando comparados a crianças e adolescentes eutróficos, na análise bruta dos dados.

Quanto à análise ajustada, a variável número de consultas permaneceu identificada como um fator de proteção para o abandono do seguimento nutricional ($p=0,004$; RR: 0,97). Além dessa, a história clínica familiar de doenças crônicas não transmissíveis e obesidade também foi identificada como um fator de proteção, indicando que indivíduos que apresentam esse histórico possuem risco 7% menor de abandonar o acompanhamento nutricional quando comparados a indivíduos que não apresentam histórico familiar de patologias ($p=0,006$; RR: 0,93). Crianças e adolescentes que apresentam estado nutricional de magreza acentuada apresentaram, na análise ajustada, risco 11% menor de abandonar o acompanhamento nutricional quando comparados a indivíduos eutróficos ($p=0,006$; RR: 0,89).

Foi identificado, como um fator de risco para o abandono do acompanhamento nutricional, crianças e adolescentes que apresentaram dislipidemia como patologia prévia, os

quais possuem risco 1,16 vezes maior de abandonar o acompanhamento quando comparados a indivíduos que não apresentam essa condição ($p = 0,031$; RR: 1,16).

Tabela 3. Fatores associados ao abandono do acompanhamento no ambulatório de nutrição por crianças e adolescentes pertencentes ao grupo 1 (alergias e/ou intolerâncias alimentares, prematuridade e outras condições clínicas e sociais).

	Abandono		Análise bruta			Análise ajustada		
	Sim	Não	p	RR	IC (95%)	p	RR	IC (95%)
	n (%)	n (%)						
Número de consultas⁺	6	9	0,000	0,94	0,92-0,97	0,004	0,97	0,95-0,99
Finalidade do acompanhamento								
Outros	43 (89,6)	5 (10,4)		1			1	
Prematuridade	50 (78,1)	14 (21,9)	0,097	0,87	0,74-1,02	0,255	1,06	0,95-1,18
Alergia e/ou intolerância	75 (72,8)	28 (27,2)	0,008	0,81	0,69-0,94	0,532	1,05	0,89-1,24
História clínica familiar								
Ausência de patologias	114 (99,1)	1 (0,90)		1			1	
Outros	19 (79,2)	5 (20,8)	0,032	0,79	0,65-0,98	0,057	0,85	0,72-1,00
Alergia e/ou intolerância	15 (83,3)	3 (16,7)	0,101	0,84	0,68-1,03	0,086	0,84	0,70-1,02
DCNT	18 (90,0)	2 (10,0)	0,198	0,90	0,78-1,05	0,181	0,89	0,75-1,05
DCNT e obesidade	1 (100,0)	0 (0,00)	0,317	1,00	0,99-1,02	0,006	0,93	0,88-0,98
Patologias prévias								
Nenhum	60 (84,5)	11 (15,5)		1			1	
Outros	20 (95,2)	1 (4,80)	0,090	1,12	0,98-1,29	0,270	1,05	0,95-1,16
Alergia e/ou intolerância	84 (71,2)	34 (28,8)	0,027	0,84	0,72-0,98	0,871	0,98	0,85-1,14
Dislipidemia	3 (75,0)	1 (25,0)	0,684	0,88	0,50-1,57	0,031	1,16	1,01-1,34
Doenças respiratórias	1 (100,0)	0 (0,00)	0,001	1,18	1,07-1,30	0,691	1,02	0,92-1,13
IMC								
Eutrofia	133 (76,4)	41 (23,6)		1			1	
Magreza acentuada	2 (100,0)	0 (0,00)	0,000	1,30	1,20-1,42	0,006	0,89	0,82-0,96
Magreza	3 (75,0)	1 (25,0)	0,948	0,98	0,55-1,73	0,078	1,11	0,98-1,25
Risco de sobrepeso	23 (82,1)	5 (17,9)	0,461	1,07	0,88-1,30	0,714	0,97	0,86-1,10
Sobrepeso	4 (100,0)	0 (0,00)	0,000	1,30	1,20-1,42	0,267	0,95	0,87-1,03
Obesidade	3 (100,0)	0 (0,00)	0,000	1,30	1,20-1,42	0,324	1,07	0,92-1,24

Fonte: elaboração própria. Legenda: DCNT: doenças crônicas não transmissíveis. IMC: Índice de massa corporal. ⁺ Mediana. IC: intervalo de confiança. RR: risco relativo.

Na Tabela 4, estão apresentados os fatores associados ao abandono do seguimento nutricional no grupo 2 (baixo ganho ponderal, desnutrição, sobrepeso e obesidade). Na análise bruta, foram identificados, como fatores de risco para o abandono do acompanhamento, participantes que apresentaram IMC acima do esperado para a idade, sendo observado que indivíduos com IMC de risco de sobrepeso ($p=0,008$; RR: 1,35), obesidade ($p=0,008$; RR: 1,35) e obesidade grave ($p=0,008$; RR: 1,35) apresentam risco 1,35 vezes maior de abandonar o seguimento nutricional quando comparados a indivíduos eutróficos. Para os que apresentaram sobrepeso, o risco de abandonar o acompanhamento foi 1,28 vezes maior quando comparados àqueles eutróficos ($p=0,039$; RR: 1,28).

Foi identificado, como fator de proteção para o abandono do acompanhamento nutricional, crianças e adolescentes que apresentaram ganho de peso no último atendimento realizado no ambulatório ($p=0,014$; RR: 0,92).

Na análise ajustada, verificou-se que crianças com faixa etária entre 24 e 60 meses ($p=0,021$; RR: 0,52) e 60 e 120 meses ($p=0,034$; RR: 0,62) apresentam menor risco de abandonar o acompanhamento nutricional quando comparadas às crianças menores de 6 meses. Além disso, nesse grupo, o histórico clínico familiar de obesidade também foi identificado como um fator de proteção para o abandono do acompanhamento, indicando que, quando há o histórico de obesidade na família, as crianças e adolescentes pertencentes a esse grupo apresentam risco 14% menor de abandonar o acompanhamento nutricional quando comparados a crianças que não apresentam histórico de doenças ou excesso de peso na família ($p=0,026$; RR: 0,86).

Por outro lado, o estado nutricional das crianças e adolescentes foi identificado como um fator associado ao abandono do seguimento nutricional. Foi observado que a obesidade ($p=0,045$; RR: 1,54) e a obesidade grave ($p=0,027$; RR: 1,63) são fatores de risco para a desistência do acompanhamento, sendo identificado um risco 54% e 63% maior de indivíduos com obesidade e obesidade grave, respectivamente, os quais podem abandonar o seguimento em comparação a indivíduos eutróficos.

Tabela 4. Fatores associados ao abandono do acompanhamento no ambulatório de nutrição por crianças e adolescentes pertencentes ao grupo 2 ((baixo ganho ponderal, desnutrição, sobrepeso e obesidade).

Abandono			
Sim	Não	Análise bruta	Análise ajustada

	n (%)	n (%)	p	RR	IC (95%)	p	RR	IC (95%)
Número de consultas	5,00	7,00	0,053	0,97	0,94-1,00	0,146	0,98	0,97-1,00
Faixa etária								
0 a < 6 meses	11 (84,60)	2 (15,40)		1			1	
≥ 6 a ≤ 24 meses	6 (85,70)	1 (14,30)	0,000	1,00	1,00-1,00	0,375	0,93	0,80-1,08
> 24 a ≤ 60 meses	6 (75,00)	2 (25,00)	0,159	0,71	0,44-1,14	0,021	0,52	0,30-0,90
> 60 a ≤ 120 meses	31 (93,90)	2 (6,10)	0,157	0,93	0,86-1,02	0,034	0,62	0,40-0,96
> 120 meses	73 (98,60)	1 (1,40)	0,317	0,98	0,96-1,01	0,056	0,66	0,44-1,01
História clínica familiar								
Ausência de patologias	23 (100,0)	0 (0,0)		1			1	
Outros	9 (100,0)	0 (0,0)	1,000	1,00	1,00-1,00	0,455	0,96	0,87-1,06
Obesidade	24 (92,3)	2 (7,7)	0,157	0,92	0,82-1,03	0,026	0,86	0,76-0,98
DCNT	38 (95,0)	2 (5,0)	0,157	0,92	0,82-1,03	0,058	0,92	0,84-1,00
DCNT e obesidade	33 (97,1)	1 (2,9)	0,317	0,97	0,91-1,02	0,342	0,95	0,86-1,05
IMC								
Eutrofia	20 (74,1)	7 (25,9)		1			1	
Risco de sobrepeso	3 (100,0)	0 (0,00)	0,008	1,35	1,08-1,68	0,152	1,40	0,88-2,25
Sobrepeso	21 (95,5)	1 (4,50)	0,039	1,28	1,01-1,64	0,077	1,47	0,95-2,26
Obesidade	43 (100,0)	0 (0,00)	0,008	1,35	1,08-1,68	0,045	1,54	1,01-2,37
Obesidade grave	3 (100,0)	0 (0,00)	0,008	1,35	1,08-1,68	0,027	1,63	1,05-2,53
Evolução do peso								
Manutenção	4 (100,0)	0 (0,00)		1			1	
Perda	44 (95,7)	2 (4,30)	0,157	0,95	0,89-1,01	0,178	0,82	0,62-1,09
Ganho	78 (92,9)	6 (7,10)	0,014	0,92	0,87-0,98	0,168	0,82	0,62-1,08

Fonte: elaboração própria. Legenda: DCNT: doenças crônicas não transmissíveis. IMC: Índice de massa corporal. * Mediana. IC: intervalo de confiança. RR: risco relativo.

Discussão

Fatores de risco e de proteção foram evidenciados a partir dos resultados obtidos nesse estudo. Dentre os fatores associados ao seguimento, destaca-se o papel protetor da história clínica familiar na redução do risco de abandono do acompanhamento nutricional, bem como a influência do estado nutricional da criança e do adolescente na manutenção ou abandono do seguimento.

O seguimento nutricional de crianças e adolescentes em serviços de saúde é essencial, uma vez que o conhecimento obtido durante o acompanhamento nutricional pode influenciar diretamente as escolhas alimentares dos indivíduos. Ademais, os padrões e comportamentos alimentares estabelecidos durante a infância e adolescência apresentam implicações significativas para a saúde a curto e longo prazo, especialmente no que se refere à prevenção de doenças na vida adulta^{5,17}.

Apesar de estabelecida a relevância do acompanhamento do estado nutricional na infância e adolescência em serviços de saúde, as taxas de desistência de acompanhamento nesses serviços são elevadas, sendo frequentemente observadas em situações de crianças e adolescentes com alterações no estado nutricional, especialmente sobrepeso e obesidade. Nesse estudo, 94,10% das crianças e adolescentes encaminhadas por alterações nos indicadores antropométricos não mantiveram o acompanhamento nutricional até a alta.

Em estudo realizado por um período de 12 semanas em um programa multidisciplinar para crianças com sobrepeso e obesidade, residentes em áreas socialmente desfavorecidas, os autores identificaram a interrupção do acompanhamento por 33,9% dos participantes¹⁴. Altas taxas de desistência do tratamento nutricional também são identificadas quando o acompanhamento é realizado por um período superior, sendo observado que crianças e adolescentes acompanhadas em um programa pediátrico de controle do peso apresentaram 47,4% de taxa de abandono após 12 meses e aumento para 60,7% ao final do período de 24 meses de acompanhamento¹⁵.

Nota-se, a partir da literatura, que, à medida que ocorre o aumento do tempo do acompanhamento, há a elevação das taxas de abandono do seguimento, sendo verificado que 45,54% das crianças e adolescentes atendidos em consultas especializadas em nível ambulatorial interromperam o acompanhamento antes de completar um ano e apenas 8,2% mantiveram o seguimento após 5 anos de acompanhamento¹⁸. Nesse estudo, o tempo de acompanhamento no ambulatório não foi considerado, sendo avaliado apenas o número de atendimentos realizados. Esse aspecto foi identificado como um fator protetor contra o abandono do seguimento para os indivíduos pertencentes ao grupo 1, sendo constatado que, para cada consulta adicional no ambulatório, ocorre a redução de 3% no risco de abandono do seguimento. Esse resultado diverge da literatura existente e sugere possivelmente que a educação alimentar e nutricional, desenvolvida à medida que o indivíduo frequenta os atendimentos, pode contribuir para mudanças no estilo de alimentação e melhorar a adesão ao acompanhamento.

A alta frequência de indivíduos com excesso de peso que interrompem o acompanhamento nutricional em serviços especializados é alarmante, uma vez que a APS atua como coordenadora do cuidado. Estudo realizado no ano de 2020, analisando a disponibilidade de estrutura e adequação do processo de trabalho no cuidado à obesidade na Atenção Básica, identificou que 61% das equipes de APS não mantêm registros dos usuários obesos encaminhados a outros pontos de atenção, embora o encaminhamento seja realizado em 77,9% dos casos¹⁹, o que aumenta a probabilidade de os indivíduos que interrompem o acompanhamento de maneira precoce ficarem desassistidos na RAS.

As altas taxas de desistência em serviços de saúde também são observadas em outras condições clínicas que não apenas por desvios no perfil antropométrico. Nesse estudo, 78,10% das crianças e adolescentes encaminhados por diagnóstico de alergias e/ou intolerâncias alimentares, prematuridade e outras condições não mantiveram o acompanhamento nutricional até a alta. Em dois centros de referência de alto risco pertencentes ao programa Rede Mãe Paranaense, onde são atendidas crianças encaminhadas por prematuridade, malformações ou atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, também foi identificada taxa elevada de interrupção precoce do acompanhamento, que ocorreu em 55,9% dos casos. Os autores identificaram que a adesão ao seguimento infantil em ambulatórios de alto risco encontra-se em redução e tem-se observado que cada vez menos o público infantil tem concluído seus acompanhamentos de saúde¹³.

A atenção especializada no SUS contribui para o bom desempenho e o avanço da qualidade do sistema de saúde. No entanto, as altas taxas de ausência em consultas nesse nível de atenção à saúde pode resultar em comprometimento à saúde do indivíduo e piora do quadro que motivou o atendimento, bem como pode gerar malefícios à organização dos serviços, pois, na prática, contribui para a redução do acesso à atenção especializada, evidenciando oportunidades de assistência perdidas e contribuindo para o aumento das filas de espera, além de gerar desperdício financeiro à gestão²⁰.

Quanto aos fatores associados ao desfecho do seguimento, destaca-se, no presente estudo, o papel protetor da história clínica familiar na redução do risco de abandono do acompanhamento nutricional em ambos os grupos avaliados, podendo-se mencionar a história de doenças crônicas não transmissíveis associadas à obesidade ou apenas o histórico isolado de obesidade na família. Resultado semelhante foi observado em estudo realizado com crianças e adolescentes obesos em acompanhamento especializado em nível ambulatorial, no qual foi identificado que a história familiar de diabetes mellitus tipo 2 foi um fator de proteção para o abandono precoce do acompanhamento, o que sugere que a presença de distúrbios metabólicos nos pais poderia

aumentar o conhecimento dos filhos sobre a doença e determinar a melhor adesão ao acompanhamento e às orientações efetuadas durante o seguimento¹⁸.

Em outro estudo realizado com crianças e adolescentes obesos, acompanhados de modo multidisciplinar, foi observado que o estado nutricional dos pais se associou à manutenção do seguimento dos filhos no tratamento, sendo verificado que crianças e adolescentes com pais com sobrepeso apresentaram probabilidade significativamente menor de abandonar o tratamento quando comparados a crianças e adolescentes com pais eutróficos ou obesos¹⁴. Com isso, destaca-se que o histórico familiar pode prever a manutenção do acompanhamento em serviços de saúde e contribuir para a melhoria da adesão ao tratamento.

De maneira oposta ao histórico familiar, a presença de dislipidemia na criança ou adolescente foi identificada como um fator de risco para o abandono do acompanhamento ambulatorial. Os resultados obtidos nesse estudo divergem do observado por outros autores, em que se verificou que alterações relativas ao metabolismo dos carboidratos foram identificadas como fatores de proteção para o abandono do acompanhamento^{15, 18}. Embora a dislipidemia seja um importante fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, ao ser comparada com outras condições clínicas, como as alterações no metabolismo de carboidratos, sugere-se que possa haver a percepção de impactos, a curto prazo, menos relevantes à saúde do indivíduo, o que pode explicar a divergência observada entre a literatura existente e os resultados obtidos neste estudo.

Diante disso, o estado nutricional da criança e adolescente, avaliado por meio do IMC para a idade, também se associou ao desfecho do acompanhamento nutricional, a depender do público avaliado. No grupo 1, o estado nutricional de magreza acentuada foi identificado como um fator de proteção ao abandono do acompanhamento; por outro lado, no grupo 2, obesidade e obesidade grave foram identificadas como fatores de risco ao abandono.

A associação do perfil antropométrico ao abandono do acompanhamento em serviços de saúde também foi identificada em outros estudos, especialmente no que se refere à maior probabilidade de desistência de acompanhamento em serviços de saúde por crianças com sobrepeso e obesidade²¹.

Um dos fatores possivelmente associados à influência da obesidade na interrupção do acompanhamento em serviços de saúde é a falta de percepção por parte das crianças, adolescentes e familiares sobre a obesidade infantil como etiologia de doenças crônicas na idade adulta, além de o tratamento para essa condição normalmente ser longo, complexo e multifatorial, o que pode dificultar a motivação e a adesão ao tratamento. Estudo sugere que pacientes com obesidade grave, que apresentam redução do IMC, durante o acompanhamento

nutricional, apresentam seguimento mais extenso e persistente¹⁵, destacando-se, portanto, que a obtenção de resultados satisfatórios durante o acompanhamento nutricional, especialmente no início, contribui para melhor adesão e continuidade do acompanhamento.

No que se refere às crianças e adolescentes com magreza acentuada apresentarem menor probabilidade de abandonar o acompanhamento, sugere-se que esse aspecto possa estar associado ao fato de a desnutrição ser entendida como um estado mais crítico de saúde, o que promove maior conscientização e engajamento no acompanhamento, além de o tratamento nutricional normalmente apresentar resultados positivos mais rápidos, o que proporciona maior incentivo à adesão ao acompanhamento.

O presente estudo apresenta limitações referentes à metodologia proposta para a coleta de dados. Foram coletados dados secundários, obtidos por meio de registros nos prontuários físicos efetuados por diferentes profissionais nutricionistas atuantes no ambulatório participante. Esse aspecto pode influenciar a qualidade dos dados coletados, uma vez que dependem exclusivamente do registro do profissional e, por serem dados retrospectivos, não permitem adequações no instrumento pelo pesquisador, podendo ser incompletos ou inconsistentes e impactar os resultados observados. Apesar das limitações observadas no estudo, os resultados encontrados são significativos e podem subsidiar discussões sobre os fatores associados à alta frequência de abandono do acompanhamento nos serviços de saúde, especialmente no seguimento de crianças e adolescentes com agravos relacionados à alimentação e nutrição, o que pode contribuir para a adequação dos fatores associados e a melhoria na adesão do tratamento.

Considerações finais

O estudo identificou aspectos relevantes que influenciam a manutenção e a desistência do acompanhamento nutricional de crianças e adolescentes em um serviço público especializado, destacando-se o papel do histórico clínico familiar, bem como do estado nutricional da criança e adolescente no desfecho do seguimento nutricional.

A frequência elevada de abandono do seguimento nutricional das crianças e adolescentes participantes, identificada no estudo, independentemente da finalidade do acompanhamento, reforça a importância do acompanhamento integral ao indivíduo. Os resultados obtidos evidenciam que, no público infantil, a presença de sobrepeso e obesidade influencia negativamente a manutenção do acompanhamento nutricional. Nesse aspecto, destaca-se a complexidade do tratamento dessa condição, normalmente caracterizado por ser

um processo longo, que demanda mudanças significativas no estilo de vida da criança e dos familiares.

De maneira oposta, o histórico clínico familiar de obesidade associado ou não a doenças crônicas não transmissíveis foi identificado como um fator de proteção ao abandono do acompanhamento, o que sugere que esse histórico pode proporcionar maior conscientização dos riscos associados ao excesso de peso a longo prazo e, portanto, aumentar o comprometimento da criança e dos familiares em seguir o tratamento nutricional para evitar agravos de saúde na vida adulta.

Esses achados podem incentivar reflexões sobre o atendimento prestado a crianças e adolescentes em ambulatórios de nutrição, o que pode ocasionar a adaptação dos processos de trabalho, especialmente no atendimento na obesidade infantil, considerando a determinação social na influência dessas condições, o que também envolve outros setores da rede de atenção para o cuidado integral.

Referências

1. Erdmann AL, Andrade SR, Mello ALSF, Drago LC. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. jan.-fev. 2013 21(Spec):[08 telas].
2. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2010Aug;15(5):2297–305. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Manual de terapia nutricional na atenção especializada hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
4. Pereira AYK, Ozela CMS, Ribeiro NM, Almeida ACV, Souza GTP. Seguimento ambulatorial de prematuros: acompanhamento nutricional. *Pará Research Medical Journal*. 2017;1(2): e17.
5. Neri LCL, Guglielmetti M, Fiorini S, Quintiero F, Tagliabue A, Ferraris C. Nutritional counseling in childhood and adolescence: a systematic review. *Frontiers in Nutrition*, 2024; 11.
6. Beserra, J. B., Soares, N. I. S., Marreiros, C. S., Carvalho, C. M. R. G. de, Martins, M. do C. de C. e, Freitas, B. de J. e S. de A., & Santos, M. M. dos. (2020). Crianças e adolescentes que consomem alimentos ultraprocessados possuem pior perfil lipídico? Uma revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(12), 4979-4989.
7. Brasil. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. Guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.

8. Martins KPS, Santos VG, Leandro BBS, Oliveira OMA. Transição nutricional no Brasil de 2000 a 2016, com ênfase na desnutrição e obesidade. *ASKLEPION: Informação em saúde*, Rio de Janeiro. 2022; 1(2):113-132.
9. Pelegrini A, Bim MA, Souza U, Kilim KSS, Pinto AA. Prevalence of overweight and obesity in Brazilian children and adolescents: a systematic review. *Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano*, Florianópolis. 2021; 23.
10. Castro IRR, Anjos LA, Lacerda EMA, Boccolini CS, Farias DR, Alves-Santos NH, Normando P, Freitas MB, Andrade PG, Bertoni N, Schincaglia RM, Berti TL, Carneiro LBV, Kac G. Nutrition transition in Brazilian children under 5 years old from 2006 to 2019. *Cad. Saúde Pública*. 2023;(Supl 2):1-15.
11. Lamounier JV, Rego MAS, Weffort VRS. Nutrição materna e saúde fetal: prevenção das doenças crônicas do adulto. In: Weffort VRS, Lamounier JA. *Nutrição em pediatria: da neonatologia à adolescência*. Barueri: Manole, 2019; 3-16.
12. Nascimento MO, Belo RMO, Araujo TLLS, Silva KGNM, Barros MFFN, Figueiredo TR, Bezerra SMMS. Fatores associados à adesão ao tratamento não medicamentoso da hipertensão na atenção primária. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2021; 74(6):1-8.
13. Shibukawa BMC, Uema RTB, Oliveira NN, Oliveira RR, Santos JLG, Higarashi IH. Monitoring of high-risk children in health services: a geospatial mixed-methods study. *Rev Latino-Am. Enfermagem*. 2022; 30: 1-12.
14. Hassan, Henkemans SS, Teeffelen JV, Kornelisse K, Bindels PJE, Koes BW, Middelkoop MV. Determinants of dropout and compliance of children participating in a multidisciplinary intervention programme for overweight and obesity in socially deprived areas. *Family Practice*. 2023; 40:2, 345-351.
15. Luppino G, Wasniewska M, Casto C, Ferraloro C, Pomi AL, Pepe G, Morabito LA, Alibrandi A, Corica D, Aversa T. Treating Children and Adolescents with Obesity: Predictors of Early Dropout in Pediatric Weight-Management Programs. *Children*. 2024; 11(2), 205.
16. WHO. World Health Organization. Organization releases new Child Growth Standards [internet]. Geneva, 2006. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/27-04-2006-world-health-organization-releases-new-child-growth-standards>.
17. Scaglioni S, Cosmi V, Ciappolino V, Parazzini F, Brambilla P, Agostoni C. Factors Influencing Children's Eating Behaviours. *Nutrients*. 2018; 10(6), 706.
18. Auñón AZ, Alonso BG, Esteban EMA, Argente J, Martos-Moreno GA. Predictores de adherencia al seguimiento y éxito terapêutico em obesidade infantil. *Anales de Pedíatria*. 2024;100:428-437.
19. Brandão AL, Reis EC, Silva CVC, Seixas CM, Casemiro JP. Estrutura e adequação dos processos de trabalhos no cuidado à obesidade na Atenção Básica brasileira. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro. 2020; 44(126), 678-693.
20. Beltrame SM, Oliveira AE, Santos MAB, Neto ETS. Absenteísmo de usuários como fator de desperdício: desafios para a sustentabilidade em sistema universal de saúde. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro. 2019; 43(123), 1015-1030.
21. Langeheine M, Pohlabeln H, Lauria F, Veidebaum T, Tornaritis M, Molnar D, Eiben G, Henauw S, Moreno LA, Williams G, Ahrens W, Rach S. Attrition in the European Child Cohort IDEFICS/I.Family: Exploring Associations Between Attrition and Body Mass Index. *Frontiers in Pediatrics*. 2018; 6, 212.

Anexo 1. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE). 2007.

Item	N ^o	Recomendação	Página
Título e Resumo	1	Indique o desenho do estudo no título ou no resumo, com termo comumente utilizado	77
		Disponibilize no resumo um sumário informativo e equilibrado do que foi feito e do que foi encontrado	77
Introdução			
Contexto/Justificativa	2	Detalhe o referencial teórico e as razões para executar a pesquisa.	79
Objetivos	3	Descreva os objetivos específicos, incluindo quaisquer hipóteses pré-existentes.	80
Métodos			
Desenho do estudo	4	Apresente, no início do artigo, os elementos-chave relativos ao desenho do estudo.	80
Contexto (setting)	5	Descreva o contexto, locais e datas relevantes, incluindo os períodos de recrutamento, exposição, acompanhamento (follow-up) e coleta de dados	80
Participantes	6	Estudos de Coorte: Apresente os critérios de elegibilidade, fontes e métodos de seleção dos participantes. Descreva os métodos de acompanhamento. Estudos de Caso-Controlle: Apresente os critérios de elegibilidade, as fontes e o critério-diagnóstico para identificação dos casos e os métodos de seleção dos controles. Descreva a justificativa para a eleição dos casos e controles Estudo Seccional: Apresente os critérios de elegibilidade, as fontes e os métodos de seleção dos participantes. Estudos de Coorte: Para os estudos pareados, apresente os critérios de pareamento e o número de expostos e não expostos. Estudos de Caso-Controlle: Para os estudos pareados, apresente os critérios de pareamento e o número de controles para cada caso.	80
Variáveis	7	Defina claramente todos os desfechos, exposições, preditores, confundidores em potencial e modificadores de efeito. Quando necessário, apresente os critérios diagnósticos.	81-82
Fontes de dados/ Mensuração	8	Para cada variável de interesse, forneça a fonte dos dados e os detalhes dos métodos utilizados na avaliação (mensuração). Quando existir mais de um grupo, descreva a comparabilidade dos métodos de avaliação.	81
Viés	9	Especifique todas as medidas adotadas para evitar potenciais fontes de vies.	80
Tamanho do estudo	10	Explique como se determinou o tamanho amostral.	81
Variáveis quantitativas	11	Explique como foram tratadas as variáveis quantitativas na análise. Se aplicável, descreva as categorizações que foram adotadas e porque.	81-82
Métodos estatísticos	12	Descreva todos os métodos estatísticos, incluindo aqueles usados para controle de confundimento. Descreva todos os métodos utilizados para examinar subgrupos e interações. Explique como foram tratados os dados faltantes ("missing data") Estudos de Coorte: Se aplicável, explique como as perdas de acompanhamento foram tratadas. Estudos de Caso-Controlle: Se aplicável, explique como o pareamento dos casos e controles foi tratado. Estudos Seccionais: Se aplicável, descreva os métodos utilizados para considerar a estratégia de amostragem. Descreva qualquer análise de sensibilidade.	81-82
Resultados Participantes	13	Descreva o número de participantes em cada etapa do estudo (ex: número de participantes potencialmente elegíveis, examinados de acordo com critérios de elegibilidade, elegíveis de fato, incluídos no	82

		estudo, que terminaram o acompanhamento e efetivamente analisados) Descreva as razões para as perdas em cada etapa. Avalie a pertinência de apresentar um diagrama de fluxo	
Dados descritivos	14	Descreva as características dos participantes (ex: demográficas, clínicas e sociais) e as informações sobre exposições e confundidores em potencial. Indique o número de participantes com dados faltantes para cada variável de interesse. Estudos de Coorte: Apresente o período de acompanhamento (ex: média e tempo total	82-83
Desfecho	15	Estudos de Coorte: Descreva o número de eventos-desfecho ou as medidas-resumo ao longo do tempo Estudos de Caso-Controlle: Descreva o número de indivíduos em cada categoria de exposição ou apresente medidas-resumo de exposição. Estudos Seccionais: Descreva o número de eventos-desfecho ou apresente as medidas-resumo.	85-86
Resultaos principais	16	Descreva as estimativas não ajustadas e, se aplicável, as estimativas ajustadas por variáveis confundidoras, assim como sua precisão (ex: intervalos de confiança). Deixe claro quais foram os confundidores utilizados no ajuste e porque foram incluídos. Quando variáveis contínuas forem categorizadas, informe os pontos de corte utilizados Se pertinente, considere transformar as estimativas de risco relativo em termos de risco absoluto, para um período de tempo relevante.	85-86
Outras análises	17	Descreva outras análises que tenham sido realizadas. Ex: análises de subgrupos, interação, sensibilidade.	87-88
Discussão			
Resultados principais	18	Resuma os principais achados relacionando-os aos objetivos do estudo.	89
Limitações	19	Apresente as limitações do estudo, levando em consideração fontes potenciais de viés ou imprecisão. Discuta a magnitude e direção de vieses em potencial.	92
Interpretação	20	Apresente uma interpretação cautelosa dos resultados, considerando os objetivos, as limitações, a multiplicidade das análises, os resultados de estudos semelhantes e outras evidências relevantes.	89-92
Generalização	21	Discuta a generalização (validade externa) dos resultados.	9 2
Outras informações			
Financiamento	22	Especifique a fonte de financiamento do estudo e o papel dos financiadores. Se aplicável, apresente tais informações para o estudo original no qual o artigo é baseado.	NA

Fonte: Revista de Saúde Pública. 2010;44(3):559-65.

Artigo 3 - Desafios para o seguimento nutricional ambulatorial: percepção de crianças, adolescentes e responsáveis

Challenges for outpatient nutritional monitoring: perception of children, adolescents and guardians

Resumo

Objetivou-se identificar a influência do acompanhamento nutricional nos hábitos alimentares e perfil nutricional de crianças e adolescentes, bem como compreender a percepção de crianças, adolescentes e responsáveis acompanhantes sobre o seguimento nutricional. Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, realizado com crianças e adolescentes e seus familiares, atendidos no período de junho de 2019 a junho de 2022, em um serviço público de atenção especializada de nutrição no Paraná. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas com base em um roteiro semiestruturado, avaliação antropométrica e avaliação do consumo alimentar. A análise dos dados quantitativos foi realizada por meio de estatística descritiva e das entrevistas com base em análise de conteúdo temática indutiva. Foram realizadas 29 entrevistas, sendo 13 responsáveis do grupo alta, 11 responsáveis e 5 crianças e adolescentes do grupo abandono do seguimento. A maioria dos participantes pertence ao grupo alta (56%), com faixa etária de 24 a 60 meses (76%) e é do sexo masculino (64%). A mediana de idade dos responsáveis é de 37 anos, do sexo feminino (100%) e com ensino superior completo (56%). A maioria dos participantes apresentou perfil antropométrico adequado e o consumo alimentar do grupo alta apresentou-se qualitativamente mais satisfatório. Foram identificados, como desafios, questões organizacionais, relacionadas ao serviço de saúde e questões individuais, relacionadas à criança/adolescente e seu ambiente familiar. O estudo evidenciou que a mudança de consumo alimentar e perfil antropométrico é complexa e destacou a necessidade de intervenções voltadas à criança/adolescente de forma integral, compreendendo os múltiplos fatores que influenciam as escolhas alimentares e a manutenção do acompanhamento em serviços de saúde.

Palavras-chave: Pacientes desistentes do tratamento. Assistência integral à saúde. Nutrição da criança. Assistência ambulatorial.

Abstract

The aim was to identify the influence of nutritional monitoring on the eating habits and nutritional profile of children and adolescents, as well as to understand the perception of children and adolescents and accompanying guardians about nutritional monitoring. This is a qualitative, descriptive study, carried out with children and adolescents and their families, attended from June 2019 to June 2022, in a public specialized nutrition

care service in Paraná. Data collection took place through interviews using a semi-structured script, anthropometric assessment and assessment of food consumption. The analysis of quantitative data was carried out using descriptive statistics and the interviews using inductive thematic content analysis. 29 interviews were conducted, with 13 guardians from the discharge group, 11 guardians and five children and adolescents from the dropout group. The majority of participants belong to the high group (56%), with an age range of 24 to 60 months (76%) and are male (64%). The median age of those responsible is 37 years, female (100%) and with completed higher education (56%). Most participants had an adequate anthropometric profile and the food consumption of the high group was qualitatively more satisfactory. Organizational issues related to the health service and individual issues related to the child/adolescent and their family environment were identified as challenges. The study showed that changes in food consumption and anthropometric profile are complex and highlighted the need for interventions aimed at children/adolescents in a comprehensive manner, understanding the multiple factors that influence food choices and the maintenance of monitoring in health services.

Keywords: Patient dropouts. Comprehensive health care. Child nutrition. Ambulatory care.

Introdução

A adoção de hábitos alimentares saudáveis é fundamental para a garantia do pleno crescimento e desenvolvimento infantil. O acompanhamento nutricional de crianças e adolescentes de maneira precoce faz-se necessário por contribuir para escolhas alimentares adequadas e adoção de padrões alimentares saudáveis. Sabe-se que o estado nutricional e o padrão alimentar desenvolvido na infância contribuem para a prevenção ou o desenvolvimento de doenças a curto e longo prazo, reduzindo a qualidade de vida desses sujeitos na idade adulta¹.

Diferentes estudos retratam os aspectos envolvidos no estabelecimento de hábitos alimentares na infância, incluindo o papel da família nas escolhas alimentares infantis e sua associação com outros aspectos do contexto familiar, como cultura alimentar, condições socioeconômicas e grau de instrução².

Apesar de ser reconhecida a importância do acompanhamento do perfil nutricional na infância e adolescência, em diferentes níveis de atenção à saúde, a baixa adesão ao acompanhamento ou o abandono do seguimento são frequentes e

identificadas em diferentes condições de saúde, como distúrbios no perfil antropométrico ou condições clínicas relacionadas à alimentação^{3,4}.

A atenção especializada no SUS complementa os serviços prestados na atenção primária, de maneira que contribui para o bom desempenho e o avanço da qualidade do sistema de saúde. O abandono do tratamento realizado em serviços de saúde nesse nível de atenção pode resultar em comprometimento à saúde do indivíduo e piora do quadro que motivou o atendimento, bem como pode prejudicar a organização dos serviços, que causa a redução do acesso à atenção especializada, gerando oportunidades de assistência perdidas e contribuindo para o aumento das filas de espera⁵.

Diante disso, a pesquisa teve como objetivo identificar a influência do acompanhamento nutricional nos hábitos alimentares e perfil nutricional de crianças e adolescentes, bem como compreender a percepção de crianças, adolescentes e responsáveis acompanhantes sobre o seguimento nutricional.

Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, realizado com crianças e adolescentes que efetuaram acompanhamento em um ambulatório de nutrição de um serviço público de atendimento especializado, pertencente à atenção secundária à saúde de um município da região Oeste do Paraná, no período de junho de 2019 a junho de 2022.

O local da pesquisa foi um ambulatório de nutrição, onde se realiza o atendimento de crianças e adolescentes que apresentam alterações no estado nutricional, carências nutricionais, dislipidemias, doenças crônicas não transmissíveis e necessidades alimentares especiais ou outros agravos de saúde relacionados à alimentação e nutrição. Elas são encaminhadas pela Atenção Primária à Saúde (Unidades de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde) do município.

Os participantes foram selecionados por amostragem aleatória simples, utilizando o aplicativo Randomizer versão 3.10.1, a partir de uma amostra prévia de dois perfis de prontuários, sendo 295 pertencentes ao grupo abandono e 55 pertencentes ao grupo alta do acompanhamento. O número de entrevistas foi definido por meio da estratégia de saturação teórica.

Como critérios de inclusão, foram consideradas as crianças e adolescentes que receberam alta ou abandonaram o acompanhamento nutricional e um responsável por cada criança ou adolescente que o tenha acompanhado em pelo menos um atendimento no ambulatório. Nessa situação, foi optado, preferencialmente, pelo responsável que acompanhou um maior número de atendimentos, bem como foram considerados indivíduos que residem no município em que fica localizado o ambulatório.

Foram excluídos indivíduos com os quais não foi possível estabelecer contato telefônico após três tentativas em dias e horários distintos; indivíduos que não residem no município em que fica localizado o ambulatório, uma vez que as entrevistas foram realizadas de modo presencial; indivíduos que tivessem realizado acompanhamento no ambulatório de nutrição com o pesquisador (para evitar o viés de resposta).

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas, avaliação antropométrica e avaliação do consumo alimentar. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com crianças e adolescentes pertencentes ao grupo abandono do seguimento e com um responsável por cada criança ou adolescente pertencente ao grupo alta e ao grupo abandono do seguimento.

Para definição da faixa etária dos participantes das entrevistas, utilizou-se, como referência, a idade de 8 anos; portanto, aquelas com idade inferior à estipulada e/ou sem capacidade cognitiva (sem capacidade de leitura, escrita e compreensão de texto, ou seja, pré-alfabetizadas), para responder à entrevista semiestruturada, tiveram participação somente nas etapas de avaliação antropométrica e avaliação do consumo alimentar, bem como participaram da etapa de entrevistas apenas seus respectivos responsáveis. Nesses casos, a avaliação do consumo alimentar da criança também foi respondida por seu responsável.

Não foi possível realizar entrevistas com crianças e adolescentes pertencentes ao grupo alta, em decorrência da ausência de participantes que atendessem ao critério de idade estabelecido.

A coleta de dados ocorreu no ano de 2024. As entrevistas foram realizadas individualmente, de forma presencial, em horário marcado, no domicílio do participante ou no ambulatório da instituição de ensino, após contato telefônico para agendamento. Foram utilizados três roteiros semiestruturados (um para as crianças e adolescentes do grupo abandono e outros para os responsáveis do grupo alta e do

grupo abandono), contendo 10 (criança e adolescente) e 12 (responsáveis) perguntas norteadoras relativas ao processo de encaminhamento, fluxo do serviço, dificuldades, facilidades para adesão ao tratamento nutricional, para frequentar os atendimentos, motivações para o abandono e manutenção do seguimento até a alta. O instrumento de coleta foi submetido a um teste piloto em duas rodadas para verificar sua adequabilidade e visando ao treinamento do entrevistador para a coleta. O áudio das entrevistas foi gravado na íntegra, utilizando o aplicativo Microsoft Teams Classic. As entrevistas foram transcritas ao longo do processo para confirmação da saturação dos dados, o que foi alcançado, ao realizar 29 entrevistas, sendo 24 responsáveis, 5 crianças e adolescentes.

Os dados foram submetidos à análise de conteúdo temática indutiva, utilizando, como referencial, Braun e Clarke⁶; assim, ao final, foram definidos três temas e seus subtemas. Para a citação dos depoimentos, cada participante recebeu um pseudônimo indicando o grupo a que pertence (EA= Entrevista Alta; EAb= Entrevista Abandono; EAbc= Entrevista Abandono Criança ou Adolescente), seguido do número correspondente à sua entrevista.

Para a avaliação do perfil antropométrico dos participantes, foram coletadas as medidas de peso e estatura. A partir disso, calculou-se o Índice de Massa Corporal (IMC) e os índices antropométricos de peso para a idade (P/I), peso para a estatura (P/E), comprimento ou altura para a idade (A/I) e IMC para a idade (IMC/I), de maneira que foram classificados por meio das curvas de crescimento da Organização Mundial da Saúde.⁷ Também, foram coletadas as medidas de circunferência abdominal, circunferência do braço e dobra cutânea tricipital, com o objetivo de estimar as reservas de tecido muscular e adiposo das crianças e adolescentes participantes.

Para a avaliação do consumo alimentar, foram utilizados os inquéritos alimentares, recordatório alimentar de 24 horas e questionário de frequência do consumo alimentar (QFCA), ambos utilizados no ambulatório de nutrição e disponíveis na anamnese nutricional do serviço. O recordatório alimentar de 24 horas avaliou a ocorrência do consumo dos seguintes itens, no dia anterior à entrevista: leite de vaca, açúcar, fruta, verdura, legume, leguminosa, carne, ovo, cereal e/ou tubérculo, bebida adoçada, doce e fritura. O QFCA avaliou as frequências (diariamente, semanalmente, mensalmente, nunca ou raramente) de

consumo alimentar dos seguintes itens alimentares ultraprocessados: refrigerantes, sucos artificiais, doces, frituras e salgados industrializados.

Os dados quantitativos foram inicialmente tabulados em planilhas no Microsoft Excel® e, posteriormente, transferidos para planilhas do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22.0, onde foram submetidos à análise estatística descritiva.

A análise descritiva das variáveis categóricas foi realizada por meio do cálculo das frequências absolutas e relativas. Para as variáveis quantitativas, foi verificado o padrão de distribuição por meio do teste de normalidade de Shapiro-Wilk, considerando-se o nível de significância de 5% e, posteriormente, calculadas as medidas de tendência central (mediana) e de dispersão (intervalo interquartilico).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, com parecer favorável nº 6.286.988 e CAAE 71424523.0.0000.0107.

Resultados

Quanto às características sociodemográficas dos participantes das entrevistas, observa-se que a maioria das crianças e adolescentes participantes pertence ao grupo alta do acompanhamento nutricional (56%), com faixa etária de 24 a 60 meses (76%), acima de 120 meses (20%) e do sexo masculino (64%). A mediana de idade dos responsáveis é de 37 anos, todos do sexo feminino (100%); a maioria apresenta escolaridade definida como ensino superior completo (56%). As entrevistas foram realizadas majoritariamente no domicílio dos participantes (95,8%) e o principal responsável participante foi a mãe da criança ou adolescente (95,8%), conforme disposto na Tabela 1.

Tabela 1. Descrição das características sociodemográficas dos participantes das entrevistas semiestruturadas.

	n ou Mdn	% ou IIQ
Grupo (crianças ou adolescentes)		
Alta	14	56,0
Abandono	11	44,0
Faixa etária (criança ou adolescente)		
0 a < 6 meses	0	0

≥ 6 a ≤ 24 meses	0	0
> 24 a ≤ 60 meses	19	76,0
> 60 a ≤ 120 meses	1	4,0
> 120 meses	5	20,0
Sexo (criança ou adolescente)		
Feminino	9	36,0
Masculino	16	64,0
Idade (responsável)	37	8,5
Sexo (responsável)		
Masculino	0	0
Feminino	25	100
Escolaridade (responsável)		
Educação Infantil	0	0
Ensino Fundamental	1	4,0
Ensino Médio	10	40,0
Ensino Superior	14	56,0
Local de realização da entrevista		
Domicílio	23	95,8
Ambulatório (Universidade)	1	4,20
Familiar participante da entrevista		
Mãe	23	95,8
Avó/avô	1	4,20

Fonte: elaborado pelos autores, 2025. Legenda: Mdn: Mediana. IIQ: intervalo interquartilico.

Quanto ao perfil antropométrico das crianças e adolescentes, observa-se que a maioria apresentou estado nutricional classificado como adequado, destacando-se que 90% das crianças e adolescentes apresentaram peso adequado para a idade, 61,1% peso adequado para a estatura e 95,8% estatura adequada. No que se refere ao índice de massa corporal (IMC) para a idade, 41,7% dos participantes apresentaram eutrofia, no entanto, destaca-se que, quando somados o sobrepeso (8,3%), obesidade (12,5%) e obesidade grave (16,7%), há elevada frequência de participantes com excesso de peso (37,5%).

A dobra cutânea tricipital foi considerada adequada em 87,5% dos participantes, no entanto, no que se refere à avaliação da circunferência abdominal, 100% dos participantes acima de 5 anos apresentaram risco de doenças associadas

ao excesso de gordura corporal, 79,2% apresentaram área muscular do braço adequada e 75% apresentaram área de gordura do braço adequada, medidas que, quando alteradas, se associam ao risco aumentado para doenças, conforme descrito na Tabela 2.

Tabela 2. Descrição do perfil antropométrico de crianças e adolescentes.

	N	%
Peso para idade		
Muito baixo peso	0	0,0
Baixo peso	0	0,0
Peso adequado	18	90,0
Peso elevado	2	10,0
Peso para estatura		
Magreza acentuada	0	0,0
Magreza	0	0,0
Eutrofia	11	61,1
Risco de sobrepeso	4	22,2
Sobrepeso	1	5,6
Obesidade	2	11,1
Altura para a idade		
Muito baixa estatura	0	0,0
Baixa estatura	1	4,2
Estatura adequada	23	95,8
Índice de massa corporal (IMC)		
Magreza acentuada	0	0,0
Magreza	1	4,2
Eutrofia	10	41,7
Risco de sobrepeso	4	16,7
Sobrepeso	2	8,3
Obesidade	3	12,5
Obesidade grave	4	16,7
Dobra cutânea tricipital		
Adequado	21	87,5
Elevado	3	12,5
Circunferência abdominal		

Risco	6	100
Sem risco	0	0,0
Área muscular do braço		
Adequado	19	79,2
Baixo	5	20,8
Área de gordura do braço		
Adequado	18	75,0
Elevado	5	20,8

Fonte: elaborado pelos autores, 2025.

Quanto à avaliação do consumo alimentar, obtida por meio do QFCA, observa-se que a frequência mais observada de consumo de itens alimentares ultraprocessados foi a semanal, mais predominante no consumo de refrigerantes (52%), doces (68%), frituras (40%) e salgados industrializados (44%). O produto consumido em menor frequência pelos participantes, ou seja, mais predominantemente nunca ou raramente, foram os sucos artificiais (44%).

Tabela 3. Frequência de consumo de itens alimentares ultraprocessados pelas crianças e adolescentes.

	N	%
Refrigerante		
Diariamente	1	4,0
Semanalmente	13	52,0
Mensalmente	3	12,0
Nunca ou raramente	8	32,0
Suco artificial		
Diariamente	2	8,0
Semanalmente	9	36,0
Mensalmente	3	12,0
Nunca ou raramente	11	44,0
Doces		
Diariamente	7	28,0
Semanalmente	17	68,0
Mensalmente	1	4,0
Nunca ou raramente	0	0,0
Frituras		
Diariamente	1	4,0

Semanalmente	10	40,0
Mensalmente	5	20,0
Nunca ou raramente	9	36,0

Salgados industrializados

Diariamente	1	4,0
Semanalmente	11	44,0
Mensalmente	8	32,0
Nunca ou raramente	5	20,0

Fonte: elaborado pelos autores, 2025.

Por meio do Recordatório alimentar de 24 horas, aplicado durante a entrevista, observa-se que o consumo de leite de vaca (66,7%), frutas (66,3%), verduras (80%), legumes (62,5%), leguminosas (72,2%), ovos (66,7%), cereais e tubérculos (56%) foi superior no grupo alta do acompanhamento; de maneira oposta, o consumo de açúcar (63,6%), doces (61,5%) e frituras (60%) foi maior entre as crianças e adolescentes do grupo abandono do seguimento, o que demonstra que, com base nesse inquérito alimentar, o padrão alimentar qualitativamente mais adequado foi o observado nos participantes que receberam alta do acompanhamento. O consumo de bebidas adoçadas foi igual entre os dois grupos (50%), conforme descrito na Tabela 4.

Tabela 4. Descrição do consumo alimentar pelo Recordatório alimentar de 24 horas entre os grupos alta e abandono.

Alimento	Alta	Abandono
	n (%)	n (%)
Leite de vaca		
Sim	10 (66,7)	5 (33,3)
Não	4 (40,0)	6 (60,0)
Açúcar		
Sim	4 (36,4)	7 (63,6)
Não	10 (71,4)	4 (28,6)
Fruta		
Sim	10 (66,7)	5 (33,3)
Não	4 (40,0)	6 (60,0)
Verdura		
Sim	8 (80,0)	2 (20,0)

Não	6 (40,0)	9 (60,0)
Legume		
Sim	5 (62,5)	3 (37,5)
Não	9 (52,9)	8 (47,1)
Leguminosa		
Sim	13 (72,2)	5 (27,8)
Não	1 (14,3)	6 (85,7)
Carne		
Sim	12 (54,5)	10 (45,5)
Não	2 (66,7)	1 (33,3)
Ovo		
Sim	2 (66,7)	1 (33,3)
Não	12 (54,5)	10 (45,5)
Cereal e tubérculo		
Sim	14 (56,0)	11 (44,0)
Não	0 (0,0)	0 (0,0)
Bebida adoçada		
Sim	7 (50,0)	7 (50,0)
Não	7 (63,6)	4 (36,4)
Doce		
Sim	5 (38,5)	8 (61,5)
Não	9 (75,0)	3 (25,0)
Fritura		
Sim	2 (40,0)	3 (60,0)
Não	12 (60,0)	8 (40,0)

Fonte: elaborado pelos autores, 2025.

Os dados das 29 entrevistas foram submetidos à análise de conteúdo temática indutiva, sendo definidos três temas e seus subtemas, conforme o Quadro 1, abaixo. Para a redução de texto de cada tema, após sua organização, foi utilizada a inteligência artificial.

Quadro 1. Temas definidores do seguimento ambulatorial nutricional.

Categoria	Subcategoria	Conteúdo
Características do acompanhamento	Profissional que encaminhou a criança	Neste tema são descritos os dados de encaminhamento da criança para

nutricional.	para o acompanhamento nutricional; Recordação da criança e do adolescente sobre os atendimentos no ambulatório de nutrição; Finalidade do encaminhamento ao acompanhamento nutricional; Fluxo do encaminhamento ao serviço Descrição do acompanhamento no ambulatório de nutrição.	o acompanhamento nutricional, abrangendo quem foi o profissional que efetuou o encaminhamento, o tempo de espera para ser incluído no serviço, a duração do acompanhamento e a periodicidade dos atendimentos dos participantes dos grupos alta e abandono do seguimento.
Seguimento nutricional das crianças e adolescentes no ambulatório.	Orientações nutricionais realizadas no acompanhamento nutricional; Fatores que dificultaram a adesão às orientações no seguimento nutricional; Fatores facilitadores da adesão às orientações nutricionais no seguimento nutricional; Resolução (ou não) da queixa inicial e papel do acompanhamento nutricional; Fatores associados à manutenção do acompanhamento nutricional até a alta; Fatores associados à interrupção do acompanhamento nutricional; Percepção de mudanças nos hábitos alimentares da criança ou adolescente e familiares devido ao acompanhamento	Neste tema, é apresentada a descrição do seguimento nutricional, abordando as orientações fornecidas, as dificuldades e facilidades para adesão às orientações, a resolutividade do acompanhamento em relação à queixa inicial e os fatores associados à interrupção ou manutenção do acompanhamento até a alta no ambulatório de nutrição.

	nutricional.	
Compreensão sobre o seguimento no ambulatório de nutrição e percepção sobre o estado nutricional durante o acompanhamento.	Percepção dos responsáveis pelas crianças ou adolescentes sobre o seguimento nutricional; Percepção das crianças e adolescentes sobre o seu estado nutricional e o seguimento do acompanhamento nutricional.	Neste tema são abordados aspectos relacionados à compreensão sobre o acompanhamento nutricional e o estado nutricional das crianças e adolescentes durante o seguimento nutricional e o desejo de retornar ao acompanhamento após sua interrupção.

Fonte: elaborado pelos autores, 2025.

Características do acompanhamento nutricional

Neste tema, foram descritos os dados de encaminhamento da criança ou adolescente para o acompanhamento nutricional, abrangendo quem foi o profissional que efetuou o encaminhamento, o tempo de espera para ser incluído no serviço, a duração e a periodicidade dos atendimentos dos participantes dos grupos alta e abandono do seguimento.

Finalidade do encaminhamento ao acompanhamento nutricional

O início do acompanhamento nutricional ocorreu em função do diagnóstico de alergia à proteína do leite de vaca (APLV) e possíveis complicações decorrentes dela: *“Ele tem alergia a lactose ou a proteína (...) quando deu os 3 meses que desandou ele parou o crescimento e não se desenvolveu, ele ficou desnutrido”* (EA11); ademais, ressaltam-se as alterações no estado nutricional, como a desnutrição e o excesso de peso: *“Ela tem problemas de alergia a alimentos e ela estava um pouco acima do peso, ela começou a chegar em casa chorando da escola porque ela dizia que ela era feia, que ela era gorda e que as crianças não queriam ser amigas dela”*. (EAb7)

Além disso, também foram citados prematuridade e gemelaridade, com necessidade de complementação do aleitamento materno ou uso exclusivo de fórmula infantil; em menor proporção, constipação, histórico de transplante de medula óssea, seletividade alimentar e dificuldade alimentar escolar, embora, neste último caso, o responsável tivesse dúvidas sobre o objetivo do encaminhamento.

Por conta da prematuridade e porque eu precisava suplementar elas (...) eu não dava conta de amamentar as duas. (EA7)

Primeiro porque eles davam o leite e ele sempre estava meio abaixo do peso, (...) ele nasceu prematuro, ele nasceu e não estava ganhando peso. (EAb8)

Justamente por causa do intestino dele, porque era bem preso e por causa da seletividade também. (EAb10)

Porque ele é transplantado de medula óssea. (EA13)

Dentre os motivos para o início do acompanhamento nutricional no ambulatório, conforme a percepção das crianças e adolescentes, a maior parte citou o excesso de peso como fator motivador: *“Provavelmente porque eu era acima do peso”* (EAbc2); apenas um participante citou o consumo alimentar excessivo: *“Porque eu estava comendo muito pão. Eu estava exagerando bastante”* (EAbc3); e outro indicou uma condição de saúde específica, porém, também associada ao excesso de peso: *“Eu quebrar muitas partes do corpo por causa do meu peso”*. (EAbc5)

Fluxo do encaminhamento ao serviço

Os depoimentos revelaram que o acesso ao serviço especializado ocorreu via APS, com médicos e enfermeiros, ou diretamente pela atenção hospitalar, sem necessidade de atendimento prévio na APS. Em alguns casos, o tempo de espera para consulta foi curto, chegando a uma semana, devido à priorização do encaminhamento e à referência direta do hospital ao ambulatório de nutrição.

Foi rápido, (...) eu fui no posto e a pediatra encaminhou com urgência, eu acho que foi questão de uma semana para outra. (EA2)

Já veio direto lá do hospital, ela (pediatra) fez o encaminhamento de lá direto para o [nome do serviço], não precisei ir no posto. Foi coisa rápida, uma ou duas semanas, porque no caso dele era preferencial (...). (EAb9)

Em alguns casos, foi relatada demora para a realização da consulta no ambulatório, sendo o período de espera de dois anos o mais longo observado para o início do acompanhamento nutricional: *“Não sei o motivo porque eles não falam, só me mandaram a cartinha (da escola), eu fui no posto e ela (pediatra) encaminhou, demorou 2 anos quase para sair”*. (EAb3)

Os entrevistados associaram a demora no início do acompanhamento a aspectos relacionados ao desconhecimento do fluxo e funcionamento do serviço especializado: *“A pediatra e eu não sabíamos que existia a oportunidade do [serviço], sabia que existia, mas não o acompanhamento que eles faziam lá, (...) no posto de saúde eu vejo que eles demoram muito para procurar, depois para conseguir marcar, para ir, a população tem dificuldade para chegar lá.”* (EA5); também, à necessidade de inserção em fila de espera: *“Eu não sei se ela (pediatra) não acreditou, eu achei que foi um descaso com a gente. (...) ali não sei, falaram que iam ver, que ia ter que entrar na fila, a gente não entendia muito bem, só que a gente ficou esperando, esperando, até que falei, não, vamos atrás de outro posto.”* (EA9)

Descrição do acompanhamento no ambulatório de nutrição

As dificuldades relatadas para a realização do acompanhamento ambulatorial incluíram horários e reagendamentos frequentes devido à ausência do profissional *“Por conta dos horários, (...) isso dificultou um pouco a questão do atendimento, porque tinha que ficar remarcando, pelo fato de o profissional não estar disponível na unidade”*. (EAb1), deslocamento (dependência de transporte público ou privado, ausência ou insegurança para dirigir veículo próprio), distância do serviço de saúde e vínculo empregatício do responsável: *“Sim, porque na época eu tinha que pegar [aplicativo de transporte particular] para ir, (...) eu tinha dificuldade por não ter um veículo próprio para levar (...) e o trabalho, porque eu comecei a trabalhar e eu não consegui ninguém para levar ele nos atendimentos”*. (EAb 10)

Por outro lado, alguns aspectos foram vistos de forma positiva por outros participantes, como questões relacionadas à organização do serviço, logística e deslocamento com veículo próprio. Além disso, vínculo empregatício e uso de transporte público ou privado também não foram identificados como empecilhos ao comparecimento às consultas.

Não, não tinha dificuldade, eles sempre muito acessíveis com horário (...) agendava, se a gente não podia ir, ligava e remarcava. (EA7)

Não, é bem pertinho daqui de casa. (EA12)

Não, porque a gente pegava ônibus, às vezes a gente pegava [aplicativo de transporte particular], às vezes o meu marido levava (...) era tranquilo. (EAb 3)

Eu não tinha porque eu dirijo e tenho carro (...), a única coisa que me atrapalhava é que era dia de semana e eu tinha que faltar no serviço, (...) eles sempre deram a declaração quando eu fui lá, então não tive dificuldade. (EAb 6)

Era semanal (...), eu tenho a liberação para sair do trabalho, se eu tiver a declaração médica eu posso sair a qualquer horário. Acho que isso facilita. (EA2)

Seguimento nutricional das crianças e adolescentes no ambulatório

Neste tema, foi realizada a apresentação do seguimento nutricional, por meio da descrição das orientações efetivadas durante os atendimentos; as dificuldades e facilidades citadas pelos participantes para ocorrer a adesão às orientações repassadas pelo profissional nutricionista; a resolutividade do acompanhamento nutricional no que se refere à queixa inicial apresentada; e os fatores associados à interrupção do acompanhamento nutricional ou à manutenção do seguimento até a alta no ambulatório de nutrição.

Orientações nutricionais realizadas no acompanhamento nutricional

As orientações nutricionais realizadas durante os atendimentos variaram conforme o objetivo do acompanhamento, com foco na alimentação restrita em proteína do leite de vaca, para as crianças com alergia alimentar, e o fornecimento da fórmula infantil, conforme o protocolo de fórmulas infantis e dietas especiais do município: *“Sim, porque eu fiz a dieta também, meus talheres todos, todos os meus eram separados deles, leite aqui era raro entrar e iogurte (...). Eu acredito que só isso e o leite, porque ela fez o pedido do leite especial”*. (EAb4)

Outras orientações incluíram organização da rotina alimentar, mudança de hábitos e comportamentos alimentares, além do fornecimento de cardápios e receitas.

De tudo, desde água (...) do leite, (...) a introdução alimentar (...) os primeiros alimentos (...) receitinhas, ela passava cardápios. (EA6)

Sim, primeiro nós estávamos na hidratação, a diminuição da questão do óleo nos alimentos, a questão de comer e não beber água ao mesmo tempo e nem após a refeição. A mastigação, (...) tirar ou evitar coisas industrializadas, bolachas recheadas, doces, chocolates (...), eu acredito que logo na sequência ela ia nos falar da questão da redução de porção. (EAb7)

Fatores que dificultaram a adesão às orientações no seguimento nutricional

As principais dificuldades relatadas pelos responsáveis para a adesão às orientações nutricionais foram a resistência das crianças ou adolescentes em consumir os alimentos sugeridos, especialmente em casos de excesso de peso e seletividade alimentar: *“Porque ele não queria comer os alimentos, porque já tinha uma certa rotina ali.”* (EAb1).

Também, foram mencionadas dificuldades com a rotina familiar, falta de tempo, poucas idas ao supermercado, questões financeiras e vergonha de falar sobre dificuldades econômicas durante os atendimentos: *“Um pouco, porque às vezes a gente não tem financeiro para manter aquela coisa mais light, comprar os ingredientes certos, a gente come só o básico do básico (...). Eu não gostava muito de comentar porque a gente sente vergonha.”* (EAb3). *“Na verdade, a gente vai pouco no mercado (...). Eu acho que foi só mesmo a preguiça de fazer, porque a gente trabalha o dia inteiro, a gente quer fazer uma coisa mais corrida, não tinha tempo.”* (EAb2)

Uma dificuldade mencionada foi o preparo de refeições lúdicas para a criança com seletividade alimentar. Também, foi destacado o ambiente familiar como obstáculo e a inserção da mulher no mercado de trabalho, que dificultou a adesão às orientações nutricionais.

Eu tinha dificuldade em questão de fazer esses desenhos que ela falava, (...) eu não consegui fazer esses desenhos, essas coisas lúdicas. (EAb 10)

Todo dia tem refrigerante dentro de casa por causa da irmã, então para ela (adolescente) é uma tentação. E o fato de eu ter começado a trabalhar e ela não ter voltado a andar, a fazer caminhada. (EAb7)

Para as crianças com APLV, as dificuldades mais relatadas foram a adesão à dieta restrita, bem como a influência de familiares ou outras pessoas no cuidado alimentar.

É difícil, porque a gente tem um hábito não saudável, comia qualquer coisa, então foi difícil, a gente cortou, a partir do momento que a gente descobriu (diagnóstico de APLV) (...) quando ele tinha 4 meses eu parei de amamentar justamente por conta disso. (EA10)

Foi mais difícil por que as pessoas começam a querer oferecer e muitas vezes as pessoas não sabem e ele ficava ruim, ele tinha mais

diarreia, às vezes vomitava, ficava com a barriga bem estufada (...), as pessoas ficavam achando que a gente é chato, que a gente é enjoado, que é frescura, é coisa da nossa cabeça. (EA4)

Para as crianças e adolescentes, as dificuldades incluíram a aversão aos alimentos sugeridos e mudanças de comportamentos alimentares: *“Sim, passar a gostar de coisas que você não gostava. (...) eu tinha dificuldade porque eu não gostava, não gostava de comer salada, tinha que comer a salada sozinha.”* (EAbc4).

Também, foi mencionada a adesão da família às mudanças, com um participante destacando que, embora tenha seguido a recomendação de fazer as refeições à mesa, fez isso sozinha, enquanto os outros familiares comiam em frente à TV. Por outro lado, outro participante relatou que a presença da mãe durante as refeições ajudou na adesão aos hábitos alimentares adequados: *“Ela (nutricionista) falava para eu moderar, (...) naquela época eu acho que eu comia bem. Hoje minha mãe trabalha de manhã até a tarde e não faz almoço (...), porque (antes) minha mãe me chamava, brigava comigo e hoje como minha mãe não está, eu acho que eu sempre dou uma escapada do almoço, como alguma besteira.”* (EAbc2). *“Só não assistir com telas que não mudou, (...) aqui em casa eles comem assistindo TV (...) eu ficava sozinha comendo na mesa.”* (EAbc5)

Fatores facilitadores da adesão às orientações nutricionais no seguimento nutricional

Nos depoimentos de familiares de crianças com APLV, os fatores que influenciaram positivamente a adesão às orientações nutricionais incluíram o desejo de melhorar a saúde da criança, a expectativa de vê-la consumindo alimentos antes restritos e o compromisso com a dieta restrita para o bem-estar do filho. O apoio familiar e a compreensão sobre a doença e seu tratamento também foram mencionados como aspectos que contribuíram para a adesão ao tratamento nutricional.

Era só pensando nele mesmo, na melhora dele, que eu queria que ele curasse (...) pudesse comer todos os alimentos sem nenhuma restrição (...) isso fez com que eu fizesse adesão à dieta. (EA5)

Acho que o apoio, apoio do meu marido eu acho. Eu acho que ele entrou no negócio junto, ele também não comia nada, eu acho que isso ajudou bastante. (EA2)

O que facilitou, eu queria aprender o que significava APLV, eu entrei em grupos, fiz todo mundo aqui em casa aprender o que era para não acontecer (reação alérgica). (EA8)

Para as crianças e adolescentes com outros objetivos no acompanhamento nutricional, as sugestões do profissional foram fatores que ajudaram na adesão às mudanças: *“Todas que ela (nutricionista) passava, ela passava sempre o mais simples possível (...) às vezes tem coisa que é muito caro e ela dava sugestões que poderia colocar no lugar.”* (EA4). Um depoimento destacou que o isolamento social durante a pandemia facilitou a adesão ao tratamento, pois limitou a interferência de outras pessoas na rotina alimentar da criança: *“Eu estava em casa, não estava trabalhando fora, então eu tinha todo o tempo e a disponibilidade para cuidar dele. E ele foi um bebê de época de pandemia, então não tinha palpites alheios (...) foi uma época que colaborou comigo (...) a gente não teve visitas, ficou isolado.”* (EA3)

Além disso, o desejo de ver a criança crescer e se desenvolver bem, considerando seu histórico de prematuridade, foi mencionado como motivação para seguir as orientações nutricionais: *“Eu acho que a força de vontade para poder ver ele crescer e se desenvolver, porque ele já nasceu prematuro (...) o que nós queríamos era que ele se desenvolvesse, então a gente ia fazer o possível e o impossível para que ele se desenvolvesse, crescesse, ficasse forte.”* (EAb 9)

Resolução (ou não) da queixa inicial e papel do acompanhamento nutricional

A maioria dos participantes relatou a resolução da demanda que motivou o acompanhamento nutricional. A melhora foi geralmente observada em casos de APLV, baixo peso ou recebimento de fórmula infantil, que impactou positivamente o aspecto financeiro familiar.

A gente começou a fazer o TPO (teste de provocação oral) via leite materno (...) foi tranquilo, não reagiu e depois começamos nele, ele comeu um bolo assado e foi tranquilo, não teve nenhum sintoma. (EAb4)

Sim, e a questão da prematuridade a doutora falou a última vez que eu fui que ele estava bem nos quadros lá que ela fez, estava se desenvolvendo (EA4)

Com certeza, o objetivo inicial lá era pegar o leite, porque era muito caro, mas eu gostei muito do acompanhamento porque eu mesma

não sabia que existia tanta restrição (...) e eu fui orientada por ela (nutricionista). (EA5)

Sim, por ele ter atingido a idade e por ele já não estar mais usando a fórmula, ela (nutricionista) falou que eu já poderia estar ofertando leite de vaca. (EAb6)

A maioria dos casos sem melhora da queixa inicial ocorreu com crianças ou adolescentes encaminhados por excesso de peso ou seletividade alimentar. Os participantes associaram a não resolução à falta de conscientização da família: *“Não, não resolveu, (...) faltou um pouco de conscientização.”* (EAb2), e à frustração por não conseguir seguir as orientações: *“Às vezes para falar era muito fácil, a você tem que cortar isso, você tem que introduzir isso, você tem que fazer desse jeito e a gente tinha dificuldades de colocar em prática, (...) então a gente se sentia frustrado de não conseguir e a cobrança, porque parecia que era a gente que não insistia em dar para ele.”* (EAb10).

Um depoimento mencionou que o seguimento com o nutricionista funcionava como um "policiamento" no processo de emagrecimento e a importância do apoio de alguém instruído para melhorar os hábitos alimentares: *“É um estimulador (o acompanhamento), porque você vai ter que falar para a pessoa que está te acompanhando que você não emagreceu, (...) é um policiamento mesmo, é uma orientação de uma pessoa instruída.”* (EAb7)

Quanto à resolução da queixa inicial, relacionada ao consumo alimentar, do ponto de vista das crianças e adolescentes, dois participantes mencionaram mudanças na alimentação, relacionadas à organização da rotina: *“Acho que sim por mudar minha alimentação, ter mais refeições diariamente, tomar café da manhã (...) O peso ficou a mesma coisa”.* (EAbc1); e inserção de novos alimentos: *“Sim, eu comecei a comer menos pão, eu estava ficando muito gorda, eu não comia arroz, nem feijão (...), mas agora eu como”.* (EAbc3)

Quanto ao excesso de peso, quatro participantes citaram não ter observado melhora nesse aspecto, fator citado como associado à rotina de trabalho da mãe e à indisponibilidade de refeições saudáveis no domicílio; e outro relacionado à falta de vontade da própria criança.

Eu acho que não, (...) porque eu fiz durante um tempo, mas daí acabei esquecendo, não fazendo e voltou ao normal, voltei a ficar acima do peso. (EAbc2)

Não, porque eu continuo gorda. Eu acho que a minha falta de vontade. (EAbc4)

Como minha mãe não está mais ficando em casa, a minha irmã ficou responsável e minha irmã não faz muita comida saudável, às vezes ela nem faz e eu como que eu quiser, (...) geralmente não tem comida, um arroz, um feijão, uma carne, não tem. (EAbc5)

Fatores associados à manutenção (ou não) do acompanhamento nutricional até a alta

A manutenção do acompanhamento nutricional até a alta do ambulatório foi influenciada por diferentes aspectos, com sensações de medo e insegurança relacionados ao diagnóstico e tratamento da alergia alimentar e às complicações decorrentes da prematuridade.

Então, primeiro o medo, a gente tem medo de não fazer as coisas certas e Deus o livre acontecer alguma coisa. (...) ela nasceu prematura, ela foi gerada naquelas porcarias daquelas drogas, isso pode contribuir para alguma coisa, (...) eu fiquei com medo. (EA1)

Se ele tinha melhorado, (...) porque eu era bem insegura, (...) eu esperei ela (nutricionista) avaliar para ver se ele poderia voltar porque eu tinha muito medo (...) eu fui até o final para esperar esse parecer dela, de que não, ele está curado. (EA5)

A expectativa de melhora nas alergias alimentares e o fornecimento de fórmula infantil foram fatores que contribuíram para a manutenção do acompanhamento nutricional, assim como o aprendizado adquirido durante os atendimentos.

A gente sabia que tem cura, é uma coisa assim e eu não ia parar sem saber que meu filho estivesse 100% bem e que ele não ia ter problemas futuros, então foi para o bem estar dele. (EA10)

Primeiro porque a gente conseguia latas gratuitas e o atendimento da nutricionista também, nossa, era um aprendizado em toda consulta que a gente ia. (EA9)

Todos os participantes que abandonaram o seguimento citaram motivos para a interrupção, sendo o principal a perda de vínculo com o serviço devido à demora no agendamento das consultas. Isso exigiu retorno à APS para solicitar novo encaminhamento: *“Eu esqueci e depois quando eu voltei lá não podia mais, daí*

perdeu a vaga”. (EAb3); “Foi falta de comunicação, nós esperamos ligar, mas não ligaram”. (EAb5)

Outras razões para a interrupção incluíram o reagendamento frequente das consultas, a distância entre a casa e o local de atendimento e a melhora da queixa inicial, especialmente nos casos de APLV: *“É por causa das mudanças dos horários”. (EAb1); “Porque era longe e porque era só eu e eu tinha muito medo naquela época para dirigir”. (EAb2); “Porque eu fiz o teste e a gente interrompeu o acompanhamento por conta própria, (...) ele já tinha adquirido a tolerância (à proteína do leite de vaca)”. (EAb4)*

A interrupção do acompanhamento nutricional também foi associada à repetição das mesmas orientações em diferentes atendimentos no ambulatório: *“Porque ela sempre insistia na questão da orientação e parecia que nunca era suficiente, (...) a gente se sentia frustrada por não conseguir fazer, então a gente até pensava assim ir lá de novo para ela falar a mesma coisa, (...) então a gente se sentia desmotivado pela questão de não conseguir, pela dificuldade.” (EAb10)*

Percepção de mudanças nos hábitos alimentares da criança ou adolescente e familiares devido ao acompanhamento nutricional

A maioria dos depoimentos dos responsáveis indicou mudanças nos hábitos alimentares após o acompanhamento nutricional.

É porque, principalmente no sal, no sal e açúcar porque eles falaram que até um ano não precisava de sal e açúcar na comida. (EA1)

Sim, porque não só de restrição do leite, mas eu penso muito na qualidade do alimento que a gente consome. (...) eu acabei levando as orientações lá para a vida mesmo, (...) era meu foco mais o APLV e acabei levando a parte do açúcar, menos industrializados, mais alimentos naturais. (EA5)

As mudanças nos hábitos alimentares envolveram não apenas as crianças ou adolescentes, mas também seus familiares e ocorreram devido à compreensão da necessidade de adotar hábitos saudáveis por questões de saúde ou para incentivar o consumo saudável pela criança, além de evitar consumir certos alimentos para não despertar a curiosidade da criança.

Ajudou até para nós também, eu fui descobrir que eu tenho colesterol (...) não como carne gorda, nós comíamos mais grelhada,

mais na chapa, sem banha, tudo a (nutricionista), eu não sou atendida lá, mas ela me ensinou. (EA1)

No nosso sim, que a gente se controlava para não comer as coisas que a gente não dava para ele, para que ele não ficasse com aquela curiosidade. (EA13)

A gente também não tinha o hábito de comer frutas todos os dias em casa ou na semana (...), repolho, brócolis, couve flor, alface, porque a gente também não tinha o hábito de comer, então a gente começou a comer para estimular ele a comer. (EAb10)

A maioria dos participantes do grupo de crianças e adolescentes relatou mudanças nos hábitos alimentares relacionadas à rotina alimentar, qualidade da alimentação e atividade física: *“Sim, comer antes do treino. Para eu comer coisas diferentes, algumas verduras como batata, cenoura (...) eu comecei a comer feijão. (EAbc1)”*. *“Eu comecei a comer algumas frutas de manhã, praticar mais exercícios, fazer caminhadas, (...) eu mudei em praticar exercício físico, porque antes eu não praticava.” (EAbc5)*

Outro aspecto mencionado foi a falta de apoio familiar na mudança de hábitos alimentares. Uma participante destacou a ausência de apoio da irmã e a responsabilidade da criança/adolescente no preparo de sua alimentação: *“Não, (...) porque minha irmã bebe bastante refrigerante, eu parava de beber refrigerante por um tempo, só que daí eu esquecia (...) e minha irmã falava bebe um pouquinho, não vai fazer diferença (...), então a parte da alimentação, não ter mais comidas saudáveis. (...) quando minha mãe estava em casa quando eu chegava da escola já tinha arroz, feijão, comidas assim, só que quando eu chego em casa agora (...) às vezes eu não como ou às vezes eu procuro alguma coisa para comer”. (EAbc5)*

Compreensão sobre o seguimento no ambulatório de nutrição e percepção sobre o estado nutricional durante o acompanhamento

Neste tema, foram abordados aspectos relacionados à compreensão sobre o acompanhamento nutricional, o estado nutricional das crianças e adolescentes durante o seguimento nutricional e o desejo de retornar ao acompanhamento após sua interrupção.

Percepção dos responsáveis pelas crianças ou adolescentes sobre o seguimento nutricional

Nos depoimentos dos responsáveis, destacaram-se aspectos positivos e negativos do seguimento nutricional, envolvendo o serviço, equipe, criança/adolescente e familiar. Entre os pontos positivos, foram citados o atendimento focado na criança, a atenção da profissional e a busca, por parte do responsável, pela compreensão da doença da criança, o que contribuiu para uma melhor adesão ao tratamento nutricional.

A atenção deles, ela sempre foi bem atenciosa, sempre com um olhar ali para a criança, totalmente para a criança, adaptando também as coisas, a fala, conforme a realidade de todos que iam (...). EU acho que se esse sistema fosse um pouco mais rápido, não sei se falta de profissional, não sei se é o sistema mesmo que é lento. (EAb 9)

Foi tranquilo, no começo foi difícil porque a gente não entendia nada, (...) e eu pesquisei, estudei. (EAb4)

Como aspectos a serem melhorados no seguimento nutricional, mencionou-se a não solicitação de exames laboratoriais, considerando o histórico clínico familiar, e a necessidade de tornar as orientações mais lúdicas e voltadas para a criança, facilitando o entendimento sobre a importância do cuidado alimentar.

Não sei se caberia na parte nutricional, mas como a gente tem alguns históricos de problemas de saúde, eu acho que não foi levado em consideração, investigado isso, (...) para ver como que estava para a gente poder, às vezes focar em algo. (EAb1)

Na verdade, eu acho que foi mais não por ela, hoje eu olho assim algumas coisas eu não sei o que poderia ter sido feito diferente de orientações, talvez às vezes alguma coisa mais lúdica, alguma coisa mais voltada para trabalhar com a criança, (...) para que ele conseguisse também entender o processo de alimentação dele. (EAb10)

Além disso, a dificuldade financeira para o acesso ao padrão alimentar, recomendado durante o seguimento, foi destacada, assim como o retorno da genitora ao trabalho e o longo tempo de espera por consultas no SUS, bem como o desconhecimento sobre o serviço e a sua localização.

O que pode ter pesado um pouco é porque nem toda semana a gente consegue comprar uma quantidade de frutas baratas (...) no início assim foi essa dificuldade, e o fato de eu ter saído de casa (para trabalhar), foi um peso para ela. (EAb7)

Eu vejo que eles demoram muito para procurar, depois para conseguir marcar, para ir, a população tem dificuldade para chegar lá, dependendo do bairro que você está, não tem condições de ir, mas todos têm direito ao acesso, inclusive quem pode pagar e mesmo essas pessoas não sabem, desconhecem o serviço e a oportunidade. (EA5)

Destaca-se em depoimento do grupo criança/adolescente, a percepção sobre seu estado nutricional e a aceitação do peso corporal: *“Acho que eu também não dei muita bola, (...) não dei muita importância. Eu não me interesso muito pelo meu peso, só se algum dia alguém falar, quando eu ver que eu estou realmente extremamente gorda, que eu me deteste tanto, daí eu acho que eu mudo, mas eu não me detesto assim, eu me aturo. Eu estou tranquila com meu corpo. (...) É que os outros têm muito ódio com o corpo dos outros, eu não me importo com a opinião dos outros, se eu estou de boa com meu corpo eu acho que eu não preciso disso, se eu estiver tranquila eu acho que é o que importa”*. (EAbc2)

Por fim, outro participante referiu não gostar de frequentar os atendimentos também por não gostar de falar sobre seu peso e sentir-se inseguro sobre isso: *“Eu não gostava muito (de ir aos atendimentos) porque eu tinha que falar um pouco do meu peso e eu não gosto, eu não gosto muito disso. Eu me sinto muito insegura sobre isso, sobre eu estar nessa idade acima do peso, porque desde quando eu era pequena eu era gordinha e quando eu fiquei mais velha eu ainda continuo gorda”*. (EAbc5)

Quando questionados sobre o interesse em retornar ao acompanhamento nutricional, dois participantes expressaram vontade de retornar. Um buscava melhorar seu peso, apesar de não gostar de falar sobre isso, e o outro reconheceu a necessidade de ajuda para mudar seus hábitos alimentares, destacando que agora vê o acompanhamento nutricional de forma diferente. Um terceiro participante também mencionou que teria uma mudança mais eficaz agora, pois entende melhor seu estado nutricional.

Eu retornaria, por mais que eu não gostasse eu retornaria para tentar melhorar essa questão do meu peso. (EAbc5)

Agora faz falta, agora eu enxergo de uma forma diferente. (...) Se fosse hoje eu ia tentar seguir todas as orientações, tudo que ela falasse, porque antes eu não me via na situação que eu me encontro hoje, agora eu me vendo hoje eu tenho noção que eu preciso de ajuda nesse sentido. (EAbc4)

Como eu era muito pequeno acho que não, agora teria uma mudança por que agora eu entendo melhor. (EAbc1)

Discussão

O perfil antropométrico das crianças e adolescentes participantes foi, majoritariamente, classificado como adequado, no entanto, faz-se necessário destacar a alta frequência observada de indivíduos com excesso de peso, identificado por meio das categorias sobrepeso, obesidade e obesidade grave e a elevada frequência de crianças com risco de doenças cardiovasculares, identificado por meio da avaliação da circunferência abdominal. A obesidade infantil é considerada um problema de saúde pública e sua elevada prevalência é reconhecida como um fator de risco para obesidade na idade adulta, um importante preditor de doenças cardiovasculares e do aumento da morbimortalidade a longo prazo^{8,9}.

A avaliação do consumo alimentar das crianças e adolescentes participantes destacou o consumo frequente de itens alimentares ultraprocessados. Esse padrão alimentar pode contribuir para o agravamento das frequências de excesso de peso nessa população¹⁰ e resultar em doenças relacionadas a esse distúrbio na infância, que podem perdurar ao longo da vida adulta, reduzindo a qualidade de vida e a expectativa de longevidade¹.

Ao comparar o consumo alimentar entre as crianças e adolescentes pertencentes ao grupo abandono e alta do acompanhamento, identificou-se que, neste último, o consumo alimentar foi qualitativamente mais satisfatório, com ingestão predominante de alimentos identificados como *in natura* ou minimamente processados; por outro lado, indivíduos que abandonaram o acompanhamento apresentaram consumo superior de itens alimentares ricos em açúcares e gorduras. Estudo que analisa o impacto de uma intervenção nutricional por seis meses no estado nutricional, consumo alimentar de ultraprocessados e na qualidade de vida de adolescentes com excesso de peso identificou redução significativa no consumo de refrigerantes, macarrão instantâneo e bolacha recheada no grupo intervenção¹¹,

demonstrando que o acompanhamento nutricional influencia positivamente os hábitos alimentares de crianças e adolescentes; ademais, reforça a importância de ser realizado de maneira precoce.

Apesar do consumo frequente de itens alimentares considerados não nutritivos, especialmente nas crianças e adolescentes que abandonaram o acompanhamento, na percepção da maioria dos entrevistados, houve mudanças nos hábitos alimentares decorrentes do acompanhamento nutricional, que envolveram mudanças da criança/adolescente e dos familiares, possivelmente associadas à compreensão da necessidade de adotar hábitos saudáveis.

O fluxo de encaminhamento ao serviço ocorreu mediante atendimento prévio na APS ou na atenção secundária em nível hospitalar, conforme preconizado no modelo regulatório adotado, em que a APS atua como porta de acesso ao sistema e como ordenadora do cuidado; assim, a atenção especializada o complementa, visando à garantia da integralidade. Isso busca atender às demandas específicas e reduzir os riscos à saúde dos usuários do sistema^{12,13}.

Para o alcance da integralidade, faz-se necessário que os indivíduos tenham acesso breve aos atendimentos, alcançado no estudo somente mediante priorização do atendimento. Nesse aspecto, destaca-se o longo tempo de espera pelas consultas, associado à inserção dos indivíduos em fila de espera e o desconhecimento sobre o fluxo do serviço. No Brasil, o longo tempo de espera por consultas especializadas é reconhecido como uma das principais barreiras para o acesso à atenção integral à saúde da população, o que impacta negativamente a evolução do estado de saúde dos indivíduos, a qualidade de vida e o prognóstico, além de estar associado à ocorrência de absenteísmo em serviços de saúde¹³.

Em relação ao comparecimento às consultas e à interrupção do acompanhamento no ambulatório, foram apontadas, como barreiras, questões relacionadas à organização do serviço de saúde, incluindo agendamentos, disponibilidade de profissionais, perda de vínculo e retorno à APS, fatores individuais como vínculo empregatício dos responsáveis e aspectos logísticos, a exemplo da distância entre o domicílio e o serviço de saúde. Estudo realizado identificou que as barreiras enfrentadas por usuários para acessar serviços de saúde englobam fatores político-estruturais e, assim como no estudo, fatores organizacionais relacionados ao horário de funcionamento, disponibilidade de profissionais, qualidade dos serviços prestados e inserção em fila de espera, bem como aspectos individuais, incluindo

características sociodemográficas e dificuldade de transporte, conhecimento e motivação para o tratamento¹⁴. O longo tempo de espera e a distância entre o domicílio e o serviço de saúde também foram identificados em um ambulatório para atendimento de crianças de alto risco¹⁵ como fatores associados ao abandono do acompanhamento.

No que concerne à perda de vínculo e retorno à APS, destaca-se a falha na prática do sistema logístico de referência e contrarreferência, elemento importante de comunicação na Rede de Atenção à Saúde. Ademais, também foi citado o atendimento fragmentado ao indivíduo, uma vez que, havendo a comunicação entre os diferentes pontos de atenção na rede, aumentam as possibilidades de o indivíduo manter o vínculo com o serviço especializado, a fim de que não precise retornar à fila de espera¹².

A adesão ao tratamento nutricional e manutenção do seguimento até a resolução da queixa inicial, independentemente da demanda que o motivou, é influenciada por múltiplos fatores e, no estudo, os participantes citaram aspectos relacionados ao indivíduo, à família, ao profissional e ao serviço de saúde. O tratamento nutricional, especialmente de crianças e adolescentes, é complexo e exige mudanças na organização da rotina alimentar do indivíduo e familiares; diante disso, aspectos relacionados a essa mudança, bem como disponibilidade de tempo, inserção da mulher no mercado de trabalho e limitação financeira foram identificados como barreiras no tratamento nutricional.

Quanto ao papel da família no cuidado alimentar, sabe-se que o ambiente familiar desempenha papel crucial no desenvolvimento de padrões alimentares na infância, por meio do comportamento, atitudes e escolhas alimentares. No tratamento de qualquer agravo nutricional na infância, faz-se necessário que o sistema familiar identifique a necessidade de mudanças em sua prática alimentar, para que, de fato, a criança também consiga modificar a sua prática, visto que as escolhas alimentares da criança não são exclusivas a ela, mas dependem de sua família e de quem é responsável pelo seu cuidado. Essas mudanças alimentares no contexto familiar podem correlacionar-se também com o grau de instrução, a cultura alimentar e, conforme também identificado no estudo, a posição socioeconômica ou limitação financeira².

Em estudo de revisão sistemática, os autores verificaram que o estilo e o comportamento alimentar dos pais associaram-se a hábitos saudáveis da criança,

como predefinição dos horários às refeições, o tipo dos alimentos ofertados e a abordagem parental mediante os pedidos de guloseimas por parte das crianças¹⁶. Na obesidade, realizar as refeições em família durante a adolescência é compreendido como um fator protetor para o desenvolvimento de obesidade na vida adulta¹⁷.

Estudo de revisão que buscou investigar a influência do ambiente obesogênico e dos estilos de vida parentais no comportamento alimentar infantil verificou que os pais são, em sua maioria, responsáveis pelo comportamento alimentar não saudável apresentado pelos filhos e, para que esse comportamento se modifique, faz-se necessário mudar o comportamento da família. Por isso, os adultos devem fornecer um bom modelo de comportamento para as crianças, considerando ainda a contribuição do ambiente físico, da cultura, da escola e da mídia no comportamento alimentar¹⁸.

Observou-se que uma das dificuldades para a adesão ao tratamento nutricional foi a mudança de hábitos alimentares e a inserção de novos alimentos na rotina alimentar infantil, aspectos também identificados em outro estudo, em que os autores verificaram a dificuldade dos pais em introduzir mudanças nos hábitos alimentares de crianças obesas, bem como o custo elevado para adoção de um padrão alimentar considerado saudável¹⁹. Além disso, o difícil acesso ao acompanhamento por um profissional nutricionista também pode ser citado; quando ocorre, menciona-se a dificuldade dos familiares e da criança a fim de seguir o cardápio prescrito, especialmente pela necessidade de mudança de hábitos alimentares²⁰.

Aspectos relacionados às dificuldades em lidar com as mudanças alimentares propostas à criança e a falta de tempo para o preparo dos alimentos também foram observados em outro estudo com pais ou responsáveis de crianças e adolescentes com obesidade²¹. No estudo, a inserção da mulher no mercado de trabalho foi citada como uma barreira para a evolução do acompanhamento nutricional e das mudanças nos hábitos alimentares. A identificação da figura materna como a principal responsável pelo preparo das principais refeições e a falta de tempo para o preparo de uma refeição saudável contribuem para a busca pela praticidade, levando comumente à utilização de alimentos industrializados²⁰.

Para as crianças com alergias alimentares, as dificuldades mais relatadas foram a adesão à dieta restrita, especialmente em casos de aleitamento materno,

quando a mãe também precisa seguir a restrição; ademais, também foram citadas as dificuldades financeiras para acessar alimentos específicos a essa condição. Essas dificuldades também foram observadas em outro estudo, em que os autores identificaram as dificuldades associadas a condições financeiras e emocionais, à manutenção da dieta materna e à falta de apoio familiar no manejo dietético²².

A resolução da demanda que motivou o início do acompanhamento nutricional foi citada com maior frequência em situações de alergias alimentares, desnutrição e requerimento de fórmulas infantis, que foram evidenciadas de maneira positiva no aspecto financeiro familiar. Nesses casos, a manutenção do acompanhamento nutricional até a alta do ambulatório foi influenciada pelas sensações de medo e insegurança devido a complicações decorrentes da prematuridade e ao diagnóstico de alergia alimentar, assim como à expectativa de recuperação da saúde.

As sensações de medo e insegurança também foram identificadas em estudo avaliando a percepção de mães sobre o processo diagnóstico e o tratamento da alergia alimentar. Essas sensações eram decorrentes especialmente do próprio diagnóstico da doença e da não compreensão das informações fornecidas por profissionais dos serviços especializados. Apenas em alguns casos, foi citado o custo elevado para realizar o tratamento dietético, possivelmente, justificados em razão da existência de políticas públicas governamentais que garantem a substituição do leite de vaca na dieta, por meio do fornecimento regular de fórmulas infantis para o tratamento da alergia²³, assim como ocorre no estudo; isso possivelmente contribuiu para uma melhor adesão ao tratamento e manutenção do acompanhamento até a alta ambulatorial.

Observou-se que a maioria dos casos sem melhora da queixa inicial ocorreu em situações de excesso de peso. Nesse aspecto, quanto à percepção da criança ou adolescente sobre o acompanhamento, destaca-se o desconforto e insegurança em falar sobre o peso corporal durante o tratamento nutricional, bem como a percepção sobre o seu estado nutricional e aceitação do peso corporal, o que pode ter influenciado a adesão ao tratamento. Um aspecto relevante a ser mencionado é que, com o passar do tempo, identificou-se, por parte das crianças e adolescentes, a melhor compreensão do seu estado nutricional, o que pode colaborar para o desejo de mudança relacionado ao peso e à imagem corporal.

É válido ressaltar que, além do reconhecimento da criança ou adolescente, é fundamental que os familiares também identifiquem a presença do excesso de peso, o que não foi identificado em estudo realizado com crianças e adolescentes, em que foi identificada a discordância de familiares sobre a condição de obesidade apresentada pela criança²⁰. A tendência a minimizar o problema da obesidade infantil ou apresentar dificuldade em reconhecê-la, especialmente quando há inexistência de alterações bioquímicas, ou ainda atribuir a obesidade ao histórico familiar também foi identificada em outro estudo²¹. O não reconhecimento da obesidade infantil como um problema de saúde influencia a adesão ao tratamento nutricional, uma vez que, dessa forma, não são reconhecidas as necessidades de mudança; ademais, a dificuldade de percepção pode influenciar a manutenção do acompanhamento até a resolução do problema¹⁹.

Como limitação do estudo, destaca-se a realização de entrevistas somente com crianças e adolescentes que tenham abandonado o acompanhamento nutricional, devido ao critério de idade estipulado para o estudo (acima de 8 anos). A realização da coleta de dados por meio de entrevistas com crianças e adolescentes que receberam alta do acompanhamento permitiria compreender melhor a percepção deles sobre os desafios e facilidades do tratamento nutricional.

Conclusão

A realização do estudo permitiu conhecer e compreender a percepção de crianças e adolescentes e seus responsáveis sobre o acompanhamento nutricional ambulatorial, possibilitando identificar os desafios enfrentados para a mudança de hábitos alimentares, propostos durante os atendimentos, além das barreiras enfrentadas para a continuidade do acompanhamento nutricional.

Em suma, os resultados obtidos permitiram verificar que o comparecimento aos atendimentos é influenciado por questões organizacionais, relacionadas ao serviço de saúde, e questões individuais, relacionadas à criança/adolescente e seu ambiente familiar. Além disso, a mudança nos hábitos alimentares, proposta durante o acompanhamento nutricional, é complexa e influenciada por diferentes aspectos, que devem ser considerados pelo profissional durante o atendimento à criança ou adolescente. Dessa forma, enfatiza-se a necessidade de intervenções voltadas à

criança/adolescente de forma integral, compreendendo os múltiplos fatores relacionados às suas escolhas alimentares.

Além disso, o estudo destacou a importância da APS na continuidade do cuidado das crianças e adolescentes referenciados a serviços especializados, bem como a importância do conhecimento do fluxo de atendimentos dos serviços existentes na rede de atenção à saúde, o que contribui para a redução do tempo de espera por consultas e para a melhora do cuidado em saúde.

Referências bibliográficas

1. Silva TD, Morais GF, Almada LB, Agostinho PAG, Cota AR. Obesidade infantil e hábitos alimentares: as consequências na vida adulta. *Revista Brasileira de Fisiologia do Exercício*. 2022;21(5):1-10.
2. Verga SMP, Mazza VA, Teodoro FC, Girardon-Perlini NMO, Marcon SS, Rodrigues ETAF, et al. O sistema familiar buscando a transformação do seu comportamento alimentar diante da obesidade infantil. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2022;75(4):1-9.
3. Hassan, Henkemans SS, Teeffelen JV, Kornelisse K, Bindels PJE, Koes BW, Middelkoop MV. Determinants of dropout and compliance of children participating in a multidisciplinary intervention programme for overweight and obesity in socially deprived areas. *Family Practice*. 2023; 40:2, 345-351.
4. Luppino G, Wasniewska M, Casto C, Ferraloro C, Pomi AL, Pepe G, Morabito LA, Alibrandi A, Corica D, Aversa T. Treating Children and Adolescents with Obesity: Predictors of Early Dropout in Pediatric Weight-Management Programs. *Children*. 2024; 11(2), 205.
5. Beltrame SM, Oliveira AE, Santos MAB, Neto ETS. Absenteísmo de usuários como fator de desperdício: desafios para a sustentabilidade em sistema universal de saúde. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro. 2019; 43(123), 1015-1030.
6. BRAUN V, CLARKE V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 2006, [s. l.], v. 3, n. 2, p. 77-101.
7. WHO. World Health Organization. Organization releases new Child Growth Standards. Geneva, 2006. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/27-04-2006-world-health-organization-releases-new-child-growth-standards>.
8. Santos EGR, Pereira PY, Sekiya DRU, Goulart MM. Prevalência de risco cardiovascular a partir de parâmetros antropométricos em crianças e adolescentes. *Revista Atenção à Saúde*, São Caetano do Sul. 2019; 17(60):54-62.
9. Simão MCSA, Silva AF, Silveira AAD, Alonso IAF, Godoy LMD, Santos MBR, et al. Aumento da obesidade em crianças e adolescentes: risco de complicações cardíacas futuras. *Rev Eletrônica Acervo Saúde*. 2020, (57):1-8.
10. Neves SC, Rodrigues LM, Bento PAS, Minayo MCS. Os fatores de risco envolvidos na obesidade no adolescente: uma revisão integrativa. *Ciênc Saúde Colet*. 2021;26(Suppl 3):4871-4884.

11. Poll FA, Miraglia F, D'avila HF, Reuter CP, Mello ED. Impacto da intervenção no estado nutricional, consumo de alimentos processados e qualidade de vida de adolescentes com excesso de peso. *J Pediatr (Rio J)*. 2020;96(5):621-629.
12. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.
13. Farias CML, Giovanella L, Oliveira AE, Santos Neto ET. Tempo de espera e absenteísmo na atenção especializada: um desafio para os sistemas universais de saúde. *Saúde Debate*. 2019;43(Spe5):190-204.
14. Farias CML, Moraes L, Esposti CDD, Santos Neto ET. Absenteísmo de usuários: barreiras e determinantes no acesso aos serviços de saúde. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2020;15(42):2239-2240.
15. Shibukawa BMC, Uema RTB, Oliveira NN, Oliveira RR, Santos JLG, Higarashi IH. Monitoring of high-risk children in health services: a geospatial mixed-methods study. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2022; 30: 1-12.
16. Shloim N, Edelson LR, Martin N, Hetherington MM. Parenting styles, feeding styles, feeding practices, and weight status in 4–12 year-old children: A systematic review of the literature. *Frontiers in Psychology*. 2015;6:1849.
17. Berge JM, Wall M, Hsueh TF, Fulkerson JA, Larson N, Neumark-Sztainer D. The protective role of family meals for youth obesity: 10-year longitudinal associations. *J Pediatr*. 2015;166(2):296-301.
18. Dantas RR, Silva GAP. O papel do ambiente obesogênico e dos estilos de vida parentais no comportamento alimentar infantil. *Revista Paulista de Pediatria*. 2019;37(3):363-371.
19. Ribeiro PAS, Souza AS, Godinho JSL, Silva GSV, Gomes ENF, Silva EA. As dificuldades no cotidiano da família e da enfermagem para o combate da obesidade infantil. *Revista Paulista de Pediatria*. 2022;13(1):103-107.
20. Baggio MA, Alves KR, Cavalheiro RF, Matias L, Hirano AR, Machineski GG, Caldeira S. Obesidade infantil na percepção de crianças, familiares e profissionais de saúde e de educação. *Texto Contexto Enfermagem*. 2021;30: 1-13.
21. Alarcón M, Marin NS, Pinheiro OL, Passos AHR, Bracciali LAD. Criança e adolescente com obesidade: vivências e percepção dos pais. *RBONE - Revista Brasileira de Obesidade Nutrição e Emagrecimento*. 2022;16(103):670-680.
22. Ulmann GR, Faria DPB, Zihlmann KF, Speridião PGL. Atitudes e práticas de cuidadores sobre a alergia ao leite de vaca segundo estágios de mudanças do comportamento. *Revista Paulista de Pediatria*. 2022;40:1-8.
23. Pinto FL, Frutuoso MFP, Speridião PGL. Tratamento dietético da alergia às proteínas do leite de vaca: um estudo da percepção de mães. *Revista de Pediatria SOPERJ*. 2021;21(4):176-182.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo evidenciou que o seguimento nutricional ambulatorial de crianças e adolescentes é influenciado por múltiplos fatores, que contribuem para a manutenção ou a desistência do acompanhamento; ademais, possibilitou identificar os desafios enfrentados por esses indivíduos durante o tratamento nutricional, independentemente da finalidade que motivou o acompanhamento.

Identificou-se que as crianças e adolescentes acompanhadas no ambulatório de nutrição apresentaram mudanças no consumo alimentar e no perfil antropométrico ao longo do acompanhamento ambulatorial, o que sugere que o acompanhamento influenciou positivamente os parâmetros avaliados, mesmo quando não ocorre a manutenção do seguimento até a alta.

Ademais, destaca-se a elevada frequência de indivíduos que abandonaram o seguimento nutricional ambulatorial. Nesse aspecto, menciona-se a influência do estado nutricional da criança e adolescente no desfecho do acompanhamento, sendo identificado que o excesso de peso influenciou negativamente a manutenção; e, de modo contrário, a magreza acentuada influenciou positivamente. O tratamento para a obesidade infantil normalmente é considerado longo, complexo e multifatorial e a falta de compreensão dos prejuízos à saúde a curto e longo prazo decorrentes do excesso de peso na infância e adolescência pode colaborar para o maior risco de abandono do seguimento em indivíduos com essa condição.

Além disso, a influência do ambiente familiar no seguimento nutricional foi identificada por meio do histórico clínico de obesidade e doenças não transmissíveis, compreendidos no estudo como fatores que reduziram o risco de abandono do acompanhamento. Isso sugere que o histórico de patologias ou obesidade na família pode colaborar para maior conscientização dos riscos associados ao excesso de peso a longo prazo, além de aumentar o comprometimento da criança ou adolescente e dos familiares em seguir o tratamento nutricional.

Somado ao ambiente familiar, aspectos relacionados à organização do serviço de saúde, como agendamentos, disponibilidade de profissionais, perda de vínculo; fatores individuais, a exemplo do vínculo empregatício dos responsáveis; e aspectos logísticos, a saber, a distância, foram mencionados como barreiras para a manutenção do acompanhamento nutricional.

Esses achados incentivam reflexões sobre o atendimento oferecido a crianças e adolescentes em ambulatórios de nutrição, além de possibilitar discussões sobre a influência social nos acompanhamentos realizados nos serviços de saúde. A adesão ao tratamento nutricional e a continuidade do seguimento foram influenciados por fatores não apenas individuais, mas também sociais e organizacionais da rede de atenção à saúde. Isso reforça a importância do envolvimento de outros setores da rede de atenção para proporcionar um cuidado integral a essa população, contribuindo para uma melhor adesão ao acompanhamento nutricional.

REFERENCIAS GERAIS

ABREU, A. M.; PALAZZO, C. C.; BARBOZA, B. P.; WAZLAWIK, E.; DIEZ-GARCIA, R. W.; VASCONCELOS, F. A. G. Conjunctural hunger and structural obesity in the global cenario: reflections on what Covid-19 masks reveal. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 34, Jun. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1678-9865202134e200221>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rn/a/gfCZkdTQr9PwfyYBtVC89NG/?lang=en>. Acesso em: 23 maio 2023.

ALMEIDA, J. F. F.; CAMPOS, F. C. C. A two-step planning method to increase accessibility to medium complexity procedures for public secondary healthcare. **Ciência e Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 26, n. 9, p. 4287 – 4298, Jul. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.18382020>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JSvyq3spjwbtdLN4H7mWpb/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 15 maio 2023.

ALVARENGA, M.; FIGUEIREDO, M.; TIMERMAN, F.; ANTONACCIO, C. **Nutrição comportamental**. 2ª ed. Barueri – SP: Manole, 2019.

ALVES JUNIOR, A. C. **Consolidando a rede de atenção às condições crônicas: experiência da rede Hiperdia de Minas Gerais**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011. Disponível em: <https://www.conass.org.br/liacc/wp-content/uploads/2014/10/CENTRO-HIPERDIA-DE-SANTO-ANTONIO-AILTON.pdf>. Acesso em: 25 maio 2023.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALERGIA E IMUNOLOGIA. Consenso Brasileiro sobre Alergia Alimentar: 2018 – Parte 1 – Etiopatogenia, clínica e diagnóstico. Documento conjunto elaborado pela sociedade Brasileira de Pediatria e Associação Brasileira de Alergia e Imunologia. **Arquivos de Asma, Alergia e Imunologia**, v. 2, n. 1, 2018. Disponível em: http://aaai-asbai.org.br/detalhe_artigo.asp?id=851. Acesso em: 24 fevereiro 2024.

AZEVEDO, L. B.; JESUS, T. R.; REIS, E. C. Tendência temporal da inserção de nutricionistas no Sistema Único de Saúde segundo regiões do Brasil no período de 2009 a 2018. **Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 1, n. 45, p. 24–33, Jan. 2021. DOI: 10.15343/0104-7809.202145024033. Disponível em: <https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/view/1020/1027>. Acesso em: 20 maio 2023.

BARLOW, S. E.; OHLEMEYER, C. L. Parent reasons for nonreturn to a pediatric weight management program. **Clinical Pediatrics**, [s. l.], v. 45, n. 4, p. 355-360, 2006. DOI: 10.1177/000992280604500408. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16703159/>. Acesso em: 05 julho 2023.

BARJA, Y. S.; ERWIN, N. N.; VELANDIA, S. A.; PASCUALA, U. N.; HODGON, B. Adherencia y efectividad a mediano plazo del tratamiento de la obesidad infantil: compliance and outcome over medium term. **Revista chilena de pediatria**, Santiago, v. 76, n. 2, p. 151-158, 2005. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062005000200005>. Disponível em:

https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062005000200005. Acesso em: 04 julho 2023.

BATISTA, E. C.; MATOS, L. A. L.; NASCIMENTO, A. B. A entrevista como técnica de investigação na pesquisa qualitativa. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada**, Blumenau, v. 11, n. 3, p. 23 – 38, 2017. Disponível em: <https://portaldeperiodicos.animaeducacao.com.br/index.php/rica/article/view/17910/11692>. Acesso em: 04 junho 2023.

BORTOLINI, G. A.; OLIVEIRA, T. F. V.; SILVA, S. A.; SANTIN, R. C.; MEDEIROS, O. L.; SPANIOL, A. M.; PIRES, A. C. L.; ALVES, M. F. M.; FALLER, L. A. Ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, [s. l.], v. 44, p. 1 – 8, 2020. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.39>. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52018/v44e392020.pdf?sequence=5&isAllowed=y>. Acesso em: 15 maio 2023.

BRASIL. **Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em 18 de maio de 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de média e alta complexidade no SUS**. Brasília: CONASS, 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro9.pdf. Acesso em: 18 de maio de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Escola. **Cadernos de Atenção Básica nº 24**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_24.pdf. Acesso em: 11 de junho de 2023.

BRASIL. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Presidência da República, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/anexos/anexos_prt4279_30_12_2010.pdf. Acesso em: 11 de junho de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf. Acesso em: 18 maio 2023.

BRASIL. **Portaria Nº 1.130, de 5 de agosto de 2015**: Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html. Acesso em: 31 maio 2023.

BRASIL. **Inovação na Atenção Ambulatorial Especializada**. Brasília: CONASS, 2016. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/CONASS-Debate-N-5.pdf>. Acesso em: 18 maio 2023.

BRASIL. **Portaria de consolidação nº 3**. Dispõe sobre a consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 11 de junho de 2023.

BRASIL. **Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pmaq>. Acesso em: 11 junho 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas e estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/494643/>. Acesso em: 31 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Educação. **Base Nacional Comum Curricular**. Brasília, 2018. Disponível em: http://basenacionalcomum.mec.gov.br/images/BNCC_EI_EF_110518_versaofinal_site.pdf. Acesso em: 15 fevereiro 2024.

BRASIL. **Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <http://sisaps.saude.gov.br/sisvan/>. Acesso em: 11 junho 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Insegurança alimentar na atenção primária à saúde: manual de identificação dos domicílios e organização da rede** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRAUN, V.; CLARKE, V.) Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, [s. l.], v. 3, n. 2, p. 77-101. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/8135502/mod_resource/content/1/Braun%20e%20Clarke%20-%20Traducao-do-artigo-Using-thematic-analys.pdf. Acesso em: 11 de julho de 2023.

BUENO, J. M; LEAL, F. S.; SAQUY, L. P. L.; SANTOS, C. B.; RIBEIRO, R. P. P. Educação alimentar na obesidade: adesão e resultados antropométricos. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 24, n. 4, p. 575–584, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-52732011000400006>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rn/a/jPKQWwryjPYt4x6RvvRN3ZH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 maio 2023.

CAISAN - CÂMARA INTERMINISTERIAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL. **Estudo Técnico CAISAN: Mapeamento da insegurança alimentar e nutricional com foco na desnutrição a partir da análise do cadastro único, do Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) e do**

Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI). Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/seguranca_alimentar/caisan/Publicacao/Caisan_Nacional/Estudo_tecnico_Mapalnsan_2018.pdf. Acesso em: 10 junho 2023.

CASCAVEL. Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel. Conselho Municipal de Saúde. **Plano Municipal d Saúde 2018 - 2021.** Cascavel: [s.n.], 2018. Disponível em: http://www.cascavel.pr.gov.br/arquivos/12042018_planomunicipalsaude_livreto.pdf. Acesso em: 15 maio 2023.

CASCAVEL. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Atendimento do ambulatório de Nutrição – CEACRI.** Cascavel, [s.n.], 2022. Acesso em: 15 maio 2023.

CFN. Conselho Federal de Nutricionistas. **Resolução CFN nº 600, de 25 de fevereiro de 2018.** Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do Nutricionista e suas atribuições, indica parâmetros numéricos mínimos de referência, por área de atuação, para a efetividade dos serviços prestados à sociedade e dá outras providências. [s. l.]: Conselho Federal de Nutricionistas, 2018. Disponível em: <http://sisnormas.cfn.org.br:8081/viewPage.html?id=600>. Acesso em: 10 junho 2023.

CONDE, W. L.; SILVA, I. V.; FERRAZ, F. R. Undernutrition and obesity trends in Brazilian adults from 1975 to 2019 and its associated factors. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, p. 1–11, 2022. Supl. 1. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311Xe00149721>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/dcJ9rdDZFshNfYmbkXSG9vL/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 07 junho 2023.

CORRÊA, R. S.; VENCATO, P. H.; ROCKETT, P. H.; BOSA, V. L. Padrões alimentares de escolares: existem diferenças entre crianças e adolescentes? **Ciência e Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 22, n. 2, p. 553 – 562, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017222.09422016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/4KmNSLrZBSbt49K5pPb9Wjj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 junho 2023.

UFRJ. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil – ENANI, 2019. **Estado nutricional antropométrico da criança e da mãe: prevalência de indicadores antropométricos de crianças menores de 5 anos de idade e suas mães biológicas.** Rio de Janeiro: UFRJ, 2022. Disponível em: https://enani.nutricao.ufrj.br/wp-content/uploads/2022/02/Relatorio_Estado_Nutricional-5.pdf. Acesso em: 04 junho 2023.

ESTRELA, K. C. A.; ALVES, A. C. D. C.; GOMES, T. T.; ISOSAKI, M. Adesão às orientações nutricionais: uma revisão de literatura. **Demetra: alimentação, nutrição & saúde**, [s. l.], v. 12, n. 1, p. 249-274, Jan. 2017. DOI: <https://doi.org/10.12957/demetra.2017.22407>. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/demetra/article/view/22407/20083>. Acesso em: 04 julho 2023.

FÁVARO, T. R.; FERREIRA, A. A.; CUNHA, G. M.; COIMBRA JUNIOR, C. E. A. Excesso de peso em crianças indígenas Xukuru do Ororubá, Pernambuco, Brasil: magnitude e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, p. 1–14, 2019. Supl. 3. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00056619>.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/CdWGDjWvfzxrFWv7TNvMrv/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 08 junho 2023.

FERREIRA, A. A.; SANTOS, R. V.; SOUZA, J. A. M.; WELCH, J. R.; COIMBRA JUNIOR, C. E. A. Anemia e níveis de hemoglobina em crianças indígenas Xavante, Brasil Central. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s. l.], v. 20, n. 1, p. 102–114, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700010009>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/bxY8zVDs5BZXzPCcxc4kxRF/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 08 junho 2023.

FIDELIX, Y. L. FARIAS JUNIOR, J. C.; LOFRANO-PRADO, M. C.; GUERRA, R. L. F.; CARDEL, M.; PRADO, W. L. Intervenção multidisciplinar em adolescentes obesos: preditores de desistência. **Revista Einstein**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 388–394, 2015. DOI: [10.1590/S1679-45082015AO3339](https://doi.org/10.1590/S1679-45082015AO3339). Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/eins/a/XN37CpHsvcPYtwZ8sMCskxM/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 04 julho 2023.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17–27, Jan. 2008. DOI:

<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/Zbfsr8DcW5YNWVvkymVByhrN/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 04 de julho de 2023.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de Pesquisa**. 1. ed. Porto Alegre: UFRGS, 2009.

GOMES, R. N.; SILVA, D. R.; YONAMINE, G. H. Impacto psicossocial e comportamental da alergia alimentar em crianças, adolescentes e seus familiares: uma revisão. **Arquivos de Asma, Alergia e Imunologia**, [s. l.], v. 2, n. 1, p. 95 – 100, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/2526-5393.20180007>. Disponível em:

http://aaai-asbai.org.br/detalhe_artigo.asp?id=854. Acesso em: 24 de fevereiro de 2024.

JAIME, P. C.; DELMUE, D. C. C.; CAMPELLO, T.; OLIVEIRA E SILVA, D.; SANTOS, L. M. P. A look at the food and nutrition agenda over thirty Years of the Unified Health System. **Ciência e Saúde Coletiva**, [s. l.], v.23, n. 6., p.1829-1836, Mar. 2018. DOI: [10.1590/1413-81232018236.05392018](https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05392018). Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/8qdxFgTZdX8TZKqqyGZL36R/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 11 de junho de 2023.

LAMOUNIER, J. V.; REGO, M. A. S.; WEEFFORT, V. R. S. Nutrição materna e saúde fetal: prevenção das doenças crônicas do adulto. In: WEEFFORT, V. R. S.;

LAMOUNIER, J. A. **Nutrição em pediatria: da neonatologia à adolescência**.

Barueri: Manole, 2017. p. 3-16.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, p. 367–374, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/CrHzJyRTkBmxLQBttmX9mtK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 maio 2023.

LÓPEZ-GIL, J. F.; GARCIA-HERMOSO, A.; SMITH, L.; FIRTH, J.; TROTT, M.; MESAS, A. E.; JIMÉNEZ-LOPEZ, E.; GUTIÉRREZ-ESPINOZA, H.; TÁRRAGA-LOPEZ, P. J.; VICTORIA-MONTESINOS, D. V. Proporção global de transtornos alimentares em crianças e adolescentes: uma revisão sistemática e meta-análise. **Jama Pediatrics**, [s. l.], v. 177, n. 4, p. 363-372, Abr. 2023. DOI:10.1001/jamapediatrics.2022.5848. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/article-abstract/2801664>. Acesso em: 21 de fevereiro de 2024.

MADRUGA, S. W.; ARAUJO, L. P.; BERTOLDI, A. D.; NEUTZLING, M. B. Tracking of dietary patterns from childhood to adolescence. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 46, n. 2, p. 376-386, Out. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012005000016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/F3BQcJqxyxmQcxfqVZCj5Zp/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 21 maio 2023.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia científica**. 8 ed. Barueri: Atlas, 2022.

MARIZ, L. S. MEDEIROS, C. C. M.; ENDERS, B.C.; VIEIRA, C. E. N. K.; MEDEIROS, K. K. A. S.; COURA, A. S. F. Risk factors associated with treatment abandonment by overweight or obese children and adolescents. **Investigación y Educación en Enfermería**, [s. l.], v. 34, n. 1, p. 378-386, 2016. DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.iee.323273>. Disponível em: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/323273/20780489>. Acesso em: 21 maio 2023.

MARTINS, K. P. S.; SANTOS, V. G.; LEANDRO, B. B. S.; OLIVEIRA, O. M. A. Transição nutricional no Brasil de 2000 a 2016, com ênfase na desnutrição e obesidade. **ASKLEPION: Informação em saúde**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 113–132, Mar. 2022. DOI: <https://doi.org/10.21728/asklepion.2021v1n2.p113-132>. Disponível em: <https://asklepionrevista.info/asklepion/article/view/22/53>. Acesso em: 07 junho 2023.

MELLO, D. F.; FURTADO, M. C. C.; FONSECA, L. M. M.; PINA, J. C. Seguimento da saúde da criança e a longitudinalidade do cuidado. **Reben: Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 4, p. 675-679, Ago. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000400018>. Disponível em: REBEN_65-4_miolo.indd (scielo.br). Acesso em: 15 janeiro 2024.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

MENDES, E. V. Comentários sobre as Redes de Atenção à Saúde no SUS. **Divulgação em Saúde para debate**, Rio de Janeiro, n. 52, p. 38–49, Out. 2014.

Disponível em: <https://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>, Acesso em: 17 maio 2023.

MENDES, E. V.; LAVRAS, C. C. C. Entrevista: A abordagem das condições crônicas pelo Sistema Único de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 431–435, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018232.16152017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/cdNGmPZ6qRFKzRn4qZLXWRB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 maio 2023.

MENEZES, S. P. M.; MEIRELLEST, M.; WEFFORT, V. R. S. A alimentação na infância e adolescência: uma revisão bibliográfica. **Revista médica de Minas Gerais**, [s. l.], v. 21, n. 3. Supl 1, 2011. Disponível em: <https://www.rmmg.org/artigo/detalhes/863>. Acesso em: 15 de junho de 2023.

MORAES, E. N. **Atenção à saúde do idoso: aspectos Conceituais**. 1. ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2012.

MORAIS, D. C; DUTRA, L. V.; FRANCESCHINI, S. C. C.; PRIORE, S. E. Insegurança alimentar e indicadores antropométricos, dietéticos e sociais em estudos brasileiros: uma revisão sistemática. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 19, n. 5, p. 1475 - 1488, Maio 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014195.13012013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/hTDB7QSGT5f6P9smKXkC3HR/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 de fevereiro de 2024.

MOREIRA, N. F.; SOARES, C. A.; JUNQUEIRA, T. S.; MARTINS, R. C. B. Tendências do estado nutricional de crianças no período de 2008 a 2015: dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 447–454, Jul-Set. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202028030133>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/9NDTShcgP8TL3ZLSjHFHxq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 maio 2023.

MREJEN, M.; CRUZ, M. V.; ROSA, L. O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) como ferramenta de monitoramento do estado nutricional de crianças e adolescentes no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 1, p. 1–12, Fev. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT169622>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/YQDs3QhStVk9qVnZjNCPWyK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 maio 2023.

NEVES, J. A.; ZANGIROLANI, L. T. O.; MEDEIROS, M. A. T. Evaluation of nutritional care of overweight adults from the perspective of comprehensive health care. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 30, n. 4, p. 511–524, Jul-Ago. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1678-98652017000400010>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rn/a/3bjJdqYy6bGNQMFFm3nVrJ/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 04 junho 2023.

NOGUEIRA, T. F. D.; ZAMBON, M. P. Razões do abandono do tratamento de obesidade por crianças e adolescentes. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 338-343, Set. 2013. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rpp/a/pBLRNctX8tXLbqhFswHMYCh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 maio 2023.

OLIVEIRA, C. C. R. B.; SILVA, E. A. L.; SOUZA, M. K. B. Referência e contrarreferência para a integralidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 1 – 23, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310105>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/3vhh4QL7xRM8tkRzZdcHZhK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 maio 2023.

OLIVEIRA, R. C.; SOUTO, R. Q.; SANTOS, J. L. G.; REICHERT, A. P. S.; RAMALHO, E. L. R.; COLLET, N. Manejo do sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes por enfermeiras: estudo de métodos mistos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 30, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6294.3790>. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/204776/188402>. Acesso em: 04 junho 2023.

OLIVEIRA, F. L. C.; LEITE, H. P.; SARNI, R. O. S.; PALMA, D. Manual da terapia nutricional pediátrica. Barueri-SP: Manole, 2014.

OLIVEIRA, M. A.; VELLARDE, G. C.; SÁ, R. A. M. Entendendo a pesquisa clínica III: estudos de coorte. **Femina**, [s. l.], v. 43, n. 3, p.105-110, Maio-Jun. 2015. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2015/v43n3/a5116.pdf>. Acesso em: 20 fevereiro 2024.

PALOMBO, C. N. T.; FUJIMORI, E. TORIYAMA, A. T. M.; DUARTE, L. S.; BORGES, A. L. V. Dificuldades no aconselhamento nutricional e acompanhamento do crescimento infantil: perspectiva de profissionais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 70, n. 5. p. 1000-1008, Set-Out, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0527>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/yMwtmcNMkxFqPd8TLvSqNDd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 04 junho 2023.

PELEGRINI, A.; BIM, M. A.; SOUZA, U.; KILIM, K. S. S.; PINTO, A. A. Prevalence of overweight and obesity in Brazilian children and adolescents: a systematic review. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, Florianópolis, v. 23, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-0037.2021v23e80352>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcdh/a/L8bhQ4mjW5vdKnFYhtVV3Q/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 11 junho 2023.

PEREIRA, R. A. **Evolução da Má Nutrição na população brasileira**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2022. Disponível: https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2022/03/Pereira-RA-Yokoo-EM-Araujo-MC_Evolucao-da-ma-nutricao-na-populacao-brasileira_TD_80_versao-final-1.pdf. Acesso em: 05 junho 2023.

PEREIRA, T. N.; MONTEIRO, R. A.; SANTOS, L. M. P. Alimentación y nutrición en atención primaria en Brasil. **Gaceta Sanitaria**, Barcelona, v. 32, n. 3, p. 297 – 303, Maio-Jun. 2018. DOI: 10.1016/j.gaceta.2017.08.004. Disponível em:

<https://scielo.isciii.es/pdf/gsv32n3/0213-9111-gs-32-03-297.pdf>. Acesso em: 08 junho 2023.

PITANGA, F. H.; SOUZA, A. S.; BATISTA, G. D. S.; ROCHA, R. E. R. Estado nutricional de crianças e adolescentes do Brasil: uma revisão bibliográfica sistemática. **Brazilian Journal of Development**, [s. l.], n. 5, p. 46676–46695, Jun. 2021. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n5-194>. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/29546/23294>. Acesso em: 20 maio 2023.

RIBEIRO, S. P.; CAVALCANTI, M. L. T. Atenção Primária e coordenação do cuidado: dispositivo para ampliação do acesso e a melhoria da qualidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1799–1808, Maio 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34122019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/VJ9syfhhdCSqVHH4TbyxTJh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 14 maio 2023.

RIGON, S. A.; SCHMIDT, S. T.; BÓGUS, C. M. Desafios da nutrição no Sistema Único de Saúde para construção da interface ente a saúde e a segurança alimentar e nutricional. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, Mar. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00164514>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/vNtV8z7bVn9JNm9RLzRhQQz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2024.

ROCHA, N. P.; MILAGRES, L. C.; NOVAES, J. F.; FRANCESCHINI, C. C. Associação de insegurança alimentar e nutricional com fatores de risco cardiometabólicos na infância e adolescência: uma revisão sistemática. **Revista Paulista de Pediatria**, [s. l.], v. 34, n. 2. p. 225-233, Fev. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rppede.2016.01.006>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/VJPytyvhFNGtz59xhqF6GMt/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 14 de fevereiro de 2024.

ROSA, L. S.; MACKEDANZ, L. F. A análise temática como metodologia na pesquisa qualitativa em educação em ciências. **Atos de Pesquisa em Educação**, Blumenau, v. 16, p. 1-23, 2021. DOI: <https://doi.org/10.7867/1809-0354202116e8574>. Disponível em: <https://proxy.furb.br/ojs/index.php/atosdepesquisa/article/view/8574/4963>. Acesso em: 04 junho 2023.

ROSA, V. S.; SALES, C. M. M.; ANDRADE, M. A. C. Acompanhamento nutricional por meio de avaliação antropométrica de crianças e adolescentes em uma Unidade Básica de Saúde. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, v. 19, n. 1, p. 28–33, Jan-Mar. 2017. Disponível: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/17713/12139>. Acesso em: 21 maio 2023.

ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. **Epidemiologia e Saúde**. 8 ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2018. Acesso em: 20 de fevereiro de 2024.

SANTOS, A. M. **Redes regionalizadas de atenção à saúde: desafios à integração assistencial e à coordenação do cuidado**. Salvador: EDUFBA, 2018. DOI: <https://doi.org/10.7476/9788523220266>. Disponível em:

<https://books.scielo.org/id/r7wwf/pdf/santos-9788523220266.pdf>. Acesso em: 11 junho 2023.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Avaliação Nutricional da Criança e do Adolescente: Manual de Orientação**. Rio de Janeiro: Departamento de Nutrologia, 2009. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/pdfs/MANUAL-AVAL-NUTR2009.pdf. Acesso em: 20 maio 2023.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Nutrologia Pediátrica: Temas da Atualidade em Nutrologia Pediátrica - 2021**. / Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Nutrologia. São Paulo: SBP, 2021. Disponível em; https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Manual_de_atualidades_em_Nutrologia_2021_-_SBP_SITE.pdf. Acesso em 24 fevereiro 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Monitoramento do crescimento de RN pré-termos**. Documento científico. Departamento científico de neonatologia. Nº 1. 2017. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2017/03/Neonatalogia-Monitoramento-do-cresc-do-RN-pt-270117.pdf. Acesso em: 21 fevereiro 2024.

SENADO FEDERAL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília: Coordenação de edições técnicas, 2017. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/534718/eca_1ed.pdf. Acesso em: 11 junho 2023.

SHIBUKAWA, B M. C.; UEMA, R. T. B.; OLIVEIRA, N. N.; OLIVEIRA, R. R.; SANTOS, J. L. G.; HIGARASHI, I. H. Acompanhamento de crianças de alto risco em serviços de saúde: estudo de método misto geoespacial. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 30, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5806.3778>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/q5jjMtf9xjv3TLb6KkkFhky/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 maio 2023.

SILVA, C. R.; CARVALHO, B. G.; CORDONI JUNIOR, L.; NUNES, E. F. P. A. Dificuldade de acesso à serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1109–1120, Abr. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.27002016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/3KbQ6vf9sMcCkQHsbz6RG5K/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 06 junho 2023.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2753–2762, Jun. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Nr8zSpfMvdVMzZdb7DFXNSv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 junho 2023.

SOLLA, J.; CHIORO, A. Atenção ambulatorial especializada. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. L. **Políticas e sistema de saúde no Brasil [online]**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 547–576,

2012. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/c5nm2/pdf/giovanella-9788575413494-24.pdf>. Acesso em: 02 junho 2023.

SOUSA, L. R. M. **Atuação do Nutricionista no SUS: proposta de um modelo organizacional-funcional para Pinhais/PR**. Dissertação (Pós-Graduação em Gestão em Saúde) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/57387>. Acesso em: 20 maio 2023.

ELM, E. V.; ALTMAN, D. G.; EGGER, M.; POCKOCK, S. J.; GOTZCHE, P. C.; ANDENBROUCKE, J. P. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. **Journal of Clinical Epidemiology**, [s. l.], v. 68, p. 344-349, 2008. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2007.11.008. Disponível em: <https://www.jclinepi.com/action/showPdf?pii=S0895-4356%2807%2900436-2>. Acesso em: 21 fevereiro 2024.

TESSER, C. D.; POLI NETO, P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 941–951, 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017223.18842016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/8cJkgnzmkvGCFPVXQwxPdgl/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 06 junho 2023.

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **International Journal for Quality in Health Care**. [s. l.], v. 19, n. 6, p. 349-357, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>. Disponível em: <https://academic.oup.com/intqhc/article/19/6/349/1791966>. Acesso em: 21 fevereiro 2024.

VIEIRA, M. C.; MORAIS, M. B.; SPOLIDORO, J. V. N.; TOPOROVSKI, M. S.; CARDOSO, A. L.; ARAUJO, G. T. B.; NUDELMAN, V.; FONSECA, M. C. M. A survey on clinical presentation and nutritional status of infants with suspected cow' milk allerg. **BMC Pediatrics**, v. 10, n. 25, Abr. 2010. Disponível em: <https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2431-10-25>. Acesso em: 24 fevereiro 2024.

VILLAR, J.; GIULIANI, F.; BHUTTA, Z. A.; BERTINO, E.; OHUMA, E. O.; ISMAIL, L. C.; BARROS, G. A.; VICTORA, C.; GRAVETT, M. G.; PURWAR, M.; PANG, R.; LAMBERT, A.; PAPAGEORGHIO, A. T.; OCHIENG, R.; JAFFER, Y. A.; KENNEDY, S. H. Postnatal growth standards for preterm infants: the Preterm Postnatal Follow-up Study of the INTERGROWTH-21(st) Project. **Lancet Global Health**, [s. l.], v. 3, n. 11, p. 681-691, 2015. DOI: 10.1016/S2214-109X(15)00163-1. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(15\)00163-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(15)00163-1/fulltext). Acesso em: 21 fevereiro 2024.

YIN, R. K. **Pesquisa qualitativa do início ao fim**. Porto Alegre: Penso, 2016.

WHO. World Health Organization. **Organization releases new Child Growth Standards**. Geneva, 2006. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/27-04->

2006-world-health-organization-releases-new-child-growth-standards. Acesso em: 20 de maio de 2023.

APÊNDICE

Apêndice 1 – Matriz de coleta de dados e codificação das variáveis

[illegible][illegible][illegible][illegible]

FY	FZ	GA	GB	GC	GD	GE	GF	GG	GH	GI

JP	JQ	JR	JS	JT	JU	JV	JW	JX
Questionário de frequência de consumo alimentar (1º atendimento)								
Refrigerantes	Doces	Frituras	Salgados de pacote	Sucos de pacote	Se pertencente ao grupo abandono, há previsão de alta (sim ou não)	Previsão de TPO (se alérgico)	Recebe FI via protocolo de dietas da prefeitura	Previsão de não receber mais protocolo de FI

Quadro 2. Variáveis da etapa quantitativa e códigos atribuídos.

Variável		Códigos
Grupo	Alta	0
	Abandono	1
Sexo	Feminino	0
	Masculino	1
Idade	0 a < 6 meses	0
	6 a < 12 meses	1
	≥12 a < 24 meses	2
	≥2 a < 10 anos	3
	≥ 10 a ≤ 18 anos	4
Classificação de idade gestacional	Pré-termo	1
	Termo	0
	Pós – termo	2
	Dado indisponível	999
Idade gestacional em semanas	< 28	0
	29 a ≤ 32	1
	33 a ≤ 36	2
	≥ 37 a ≤ 41	3
	≥ 42	4
	Dado indisponível	999
	Não se aplica	888
Peso ao nascer	≤ 999 g	3
	< 1499 e ≥ 1000 g	2
	< 2499 g e ≥ 1500 g	1
	< 3999 e ≥ 2500 g	0
	≥ 4000 g	4
	Dado indisponível	999
Classificação de peso ao nascer	Extremo baixo peso	3
	Muito baixo peso	2
	Baixo peso	1
	Peso adequado	0
	Macrossômico	4
	Dado indisponível	999
Finalidade principal do encaminhamento	Alergia alimentar	0
	Intolerância alimentar	1
	Prematuridade	2
	Desnutrição	3
	Sobrepeso	4
	Obesidade	5
	Constipação	6
	Transtorno alimentar (compulsão alimentar, anorexia, bulimia)	7
	Anemia	8
	Seletividade/dificuldade alimentar	9
	Hiperinsulinemia/ cardiopatia	10
	Dislipidemia	11
	Baixo ganho de peso	12
	Outros: aleitamento materno contra-indicado (HTLV, HIV, usuária de drogas), óbito materno, risco social,	13

	Síndrome de Wiskott-aldrich, uso de gastrostomia, Síndrome de Down, esteatose hepática, encefalopatia crônica, tumor de Wilms, hipotireoidismo.	
	Dado indisponível	999
	Não se aplica	888
Patologias prévias	Alergia alimentar	0
	Autismo	1
	Síndrome de down	2
	Diabetes Mellitus	3
	Hipertensão arterial	4
	Doença renal	5
	Hipercolesterolemia	6
	Doenças respiratórias (asma, bronquite)	7
	Outros: refluxo gastroesofágico, anemia, fenda palatina, síndrome de turner, esteatose hepática, dermatite atópica, encefalopatia crônica, tumor de Wilms, Síndrome do ovário policístico, hipotireoidismo, TDAH.	8
	Intolerância alimentar	9
	Nenhum	10
	Cardiopatía	11
	Ansiedade, depressão	12
	Dado indisponível	999
	Não se aplica	888
Alergias e/ou intolerâncias alimentares	Sim	1
	Não	0
	Dado indisponível	999
Tipo de alergia ou intolerância alimentar	Glúten	0
	Lactose	1
	Leite de vaca	2
	Ovo	3
	Soja	4
	Trigo	5
	Peixe	6
	Frutos do mar	7
	Castanhas	8
	Amendoim	9
	Múltiplas alergias (Leite de vaca, ovo, soja)	10
	Dado indisponível	999
	Não se aplica	888
Manifestação da alergia e/ou intolerância alimentar	Cutâneas	0
	Respiratórias	1
	Gastrointestinais	2
	Sistêmicas	3
	Outras	4
	Múltiplas manifestações (cutâneas, gastrointestinais)	5

	Dado indisponível	999
	Não se aplica	888
Adquiriu tolerância ao alimento até o final do acompanhamento nutricional	Sim	0
	Não	1
	Dado indisponível	999
	Não se aplica	888
Tempo até alcançar tolerância ao alimento desde o início dos sintomas	< 6 meses	0
	≥ 6 meses a < 1 ano	1
	≥ 1 ano a < 2 anos	2
	≥ 2 anos	3
	Dado indisponível	999
	Não se aplica	888
Histórico clínico familiar	Obesidade	0
	Desnutrição	1
	Diabetes mellitus	2
	Hipertensão arterial	3
	Alergia/intolerância alimentar	4
	Anemia	5
	Hipercolesterolemia	6
	Hipertensão arterial + Diabetes Mellitus	7
	Hipertensão arterial + Diabetes Mellitus + obesidade	8
	Outros: depressão, HIV, HTLV, toxoplasmose, asma, síndrome de Down, hipotireoidismo, epilepsia, câncer	9
	Nenhum	10
	Dado indisponível	999
	Não se aplica	888
Recebeu aleitamento materno	Sim	1
	Não	0
	Dado indisponível	999
Idade de finalização do aleitamento materno	Mantém aleitamento materno	0
	< 3 meses	1
	≥ 3 e < 6 meses	2
	≥ 6 e < 9 meses	3
	≥ 9 meses e < 12 meses	4
	≥ 12 meses < 18 meses	5
	≥ 18 meses < 24 meses	6
	≥ 24 meses	7
	Dado indisponível	999
	Não se aplica	888
Idade de início da introdução alimentar em meses	< 4	0
	≥ 4 a < 6	1
	≥ 6 a < 7	2
	≥ 7	3
	Dado indisponível	999
	Não se aplica	888
Acompanhante do atendimento	Mãe	0
	Pai	1
	Avó, avô	2

	Mãe, pai	4
	Família acolhedora	7
	Sozinha (o)	8
	Outros: vizinha(o), madrinha, padrinho, irmã, irmão, tios,	9
	Dado indisponível	999
	Não se aplica	888
Uso de medicamentos	Sim	1
	Não	0
	Dado indisponível	999
Classe de medicamento	Antimicrobiano/Antibiótico	0
	Anti-hipertensivo	1
	Anti-inflamatório	2
	Anti-histamínico	3
	Corticóide	4
	Laxativos	5
	Antipsicótico e ansiolíticos	6
	Antiflatulência e antiemético	7
	Diurético	8
	Broncodilatador	9
	Outros: quimioterápico, antiepilético, antiobesidade, moderador de apetite, terapia de reposição hormonal,antigotoso	10
	Antidiabético	11
	Dado indisponível	999
	Não se aplica	888
Uso de suplementos vitamínicos e minerais	Sim	1
	Não	0
	Dado indisponível	999
Tipo de suplementos vitamínicos e minerais	Vitamina A+D	0
	Sulfato ferroso	1
	Sulfato ferroso e vitamina A+ D	2
	Polivitamínico	3
	Outros: vitamina E	4
	Dado indisponível	999
	Não se aplica	888
Atividade física	Sim	1
	Não	0
	Dado indisponível	999
	Não se aplica	888
	≤ 3	0
	≥ 5	1
	≥ 7	2
	Dado indisponível	999
	Não se aplica	888
Tipo de atividade física	Educação física escolar	0
	Bicicleta	1
	Futebol	2
	Vôlei	3
	Dança	4
	Ginástica	5

	Luta	6
	Caminhada/corrida	7
	Outros: brincadeira em casa, natação, musculação	8
	Dado indisponível	999
	Não se aplica	888
Frequência de evacuações por semana	Diário	1
	1 vez a cada 2 e 3 dias	2
	1 vez a cada 4 e 5 dias	3
	1 vez a cada 6 e 7 dias	4
	1 vez a cada 8 e 10 dias	5
	1 vez a cada > 10 dias	6
	Dado indisponível	999
Característica das evacuações	Pastosa	0
	Seca	1
	Líquida	2
	Dado indisponível	999
	Não se aplica	888
Ingestão hídrica	Sim	1
	Não	0
	Dado indisponível	999
Volume hídrico (ml/dia)	< 150	0
	≥ 150 a < 500	1
	≥ 500 a < 1000	2
	≥ 1000 a < 1500	3
	≥ 1500 a < 2000	4
	≥ 2000	5
	Não há oferta	6
	Dado indisponível	999
	Não se aplica	888
Evolução do peso: ganho, perda ou manutenção	Ganho	2
	Perda	1
	Manutenção	0
	Dado indisponível	999
	Não se aplica	888
Altura para a idade	Muita baixa estatura	2
	Baixa estatura	1
	Estatura adequada	0
Peso para a idade (0 a 10 anos)	Muito baixo peso para a idade	2
	Baixo peso para a idade	1
	Peso adequado	0
	Peso elevado para a idade	3
IMC para a idade (0 a < 5 anos)	Magreza acentuada	2
	Magreza	1
	Eutrofia	0
	Risco de sobrepeso	6
	Sobrepeso	3
	Obesidade	4
IMC para a idade (5 a 10 anos)	Magreza acentuada	2
	Magreza	1
	Eutrofia	0

	Sobrepeso	3
	Obesidade	4
	Obesidade grave	5
IMC para a idade (> 10 anos)	Magreza acentuada	2
	Magreza	1
	Eutrofia	0
	Sobrepeso	3
	Obesidade	4
	Obesidade grave	5
Peso por estatura (0 a 5 anos)	Magreza acentuada	2
	Magreza	1
	Eutrofia	0
	Risco de Sobrepeso	3
	Sobrepeso	4
	Obesidade	5
Ganho, perda ou manutenção do peso entre os atendimentos	Manutenção	0
	Perda	1
	Ganho	2
Aleitamento materno exclusivo	Sim	1
	Não	0
	Dado indisponível	999
	Não se aplica	888
Aleitamento materno complementado	Sim	1
	Não	0
	Não se aplica	888
	Dado indisponível	999
Complemento do aleitamento materno	Leite de vaca	1
	Fórmula infantil	2
	Não se aplica	888
	Dado indisponível	999
Uso exclusivo de fórmula infantil	Sim	1
	Não	0
	Não se aplica	888
	Dado indisponível	999
Tipo de fórmula infantil	Fórmula infantil de partida	1
	Fórmula infantil de seguimento	2
	Fórmula infantil sem lactose	3
	Fórmula infantil de soja	4
	Fórmula extensamente hidrolisada com lactose	5
	Fórmula extensamente hidrolisada sem lactose	6
	Fórmula elementar de aminoácidos	7
	Fórmula infantil hipercalórica	8
	Fórmula infantil anti refluxo	9
	Fórmula infantil de primeira infância (1 a 3 anos)	10
	Fórmula infantil de arroz	11
	Outros	12
	Fórmula infantil para prematuros	13
	Dado indisponível	999
	Não se aplica	888

Uso de suplemento/complemento alimentar	Sim	1
	Não	0
	Dado indisponível	999
	Não se aplica	888
Tipo de suplemento/complemento alimentar	Dieta Nutricionalmente Completa	0
	Módulo de carboidratos	1
	Módulo de proteínas	2
	Módulo de triglicerídeos de cadeia média	3
	Outros	4
	Não se aplica	888
Iniciou introdução alimentar	Sim	1
	Não	0
Inquérito alimentar aplicado no atendimento	Recordatório alimentar de 24 horas	2
	Questionário de frequência de consumo alimentar (QFCA)	1
	Nenhum	0
	R24h e QFCA	3
	Não se aplica (<6 meses)	888
	Dado indisponível (≥ 6 meses)	999
Consumo de leite de vaca	Sim	1
	Não	0
	Dado indisponível	999
	Não se aplica	888
Consumo de sal	Sim	1
	Não	0
	Dado indisponível	999
	Não se aplica	888
Consumo de açúcar	Sim	1
	Não	0
	Dado indisponível	999
	Não se aplica	888
Consumo de óleos e gorduras (milho, girassol, soja, banha, azeite de oliva)	Sim	1
	Não	0
	Dado indisponível	999
	Não se aplica	888
Consumo de chás	Sim	1
	Não	0
	Dado indisponível	999
	Não se aplica	888
Consumo de frutas	Sim	1
	Não	0
	Dado indisponível	999
	Não se aplica	888
Consumo de sucos naturais	Sim	1
	Não	0
	Dado indisponível	999
	Não se aplica	888
Consumo de verduras	Sim	1
	Não	0
	Dado indisponível	999

	Não se aplica	888
Consumo de legumes	Sim	1
	Não	0
	Dado indisponível	999
	Não se aplica	888
Consumo de leguminosas (feijão, lentilha, grão de bico, ervilha)	Sim	1
	Não	0
	Dado indisponível	999
	Não se aplica	888
Consumo de carnes (frango, bovina, suína, peixe)	Sim	1
	Não	0
	Dado indisponível	999
	Não se aplica	888
Consumo de ovos	Sim	1
	Não	0
	Dado indisponível	999
	Não se aplica	888
Consumo de cereais, raízes, tubérculos (batatas, mandioca, arroz, macarrão, polenta)	Sim	1
	Não	0
	Dado indisponível	999
	Não se aplica	888
Consumo de derivados lácteos (queijo, iogurte natural, requeijão, nata, manteiga).	Sim	1
	Não	0
	Dado indisponível	999
	Não se aplica	888
Consumo de bebidas açucaradas (refrigerantes, sucos artificiais, achocolatados, energéticos)	Sim	1
	Não	0
	Dado indisponível	999
	Não se aplica	888
Consumo de doces (balas, pirulitos, gomas, chocolates, sorvetes)	Sim	1
	Não	0
	Dado indisponível	999
	Não se aplica	888
Consumo de ultraprocessados (salgados de pacote, biscoitos recheados e sem recheio, macarrão instantâneo, queijo petit suisse, iogurtes aromatizados e adoçados, cereais matinais, margarina, maionese)	Sim	1
	Não	0
	Dado indisponível	999
	Não se aplica	888
Consumo de frituras	Sim	1
	Não	0
	Dado indisponível	999
	Não se aplica	888
Consumo de refrigerantes, doces, frituras, salgados de pacote, sucos artificiais	Nunca ou raramente	0
	Semanalmente (1 a 3 vezes)	1
	Diariamente	4
	Mensalmente	6
Se grupo abandono do acompanhamento, há previsão de alta	Sim	1
	Não	0
Se alérgico alimentar, previsão de realizar Teste de Provocação Oral	Sim	1
	Não	0

(TPO)	Alergia alimentar resolvida	2
Recebe ou recebia fórmula infantil ou dieta especial via protocolo de dispensação de fórmulas infantis e dietas especiais da prefeitura	Sim	1
	Não	0
Previsão de não receber mais fórmula infantil ou dieta especial via protocolo de dispensação de fórmulas infantis e dietas especiais da prefeitura	Sim	1
	Não	0

Fonte: elaborado pelos autores, 2024.

As planilhas para coleta de dados são iguais para avaliar o seguimento do acompanhamento nutricional nos três momentos estipulados para o estudo, sendo eles: o primeiro atendimento, o atendimento do meio do período de acompanhamento e o último atendimento nutricional.

Apêndice 2 – Instrumento de coleta de dados das entrevistas qualitativas

ROTEIRO SEMI ESTRUTURADO DE ENTREVISTA

Grupo: alta do acompanhamento nutricional

Familiar acompanhante dos atendimentos

Nome:

Idade:

Sexo:

Profissão:

Escolaridade:

Nº de pessoas que residem no domicílio:

Grau de parentesco com a criança ou adolescente:

Acompanhou a criança ou adolescente nos atendimentos nutricionais: () Sim () Não

1. Você se recorda quem realizou o encaminhamento da criança ou adolescente para o acompanhamento nutricional?
2. Você se recorda que motivos levaram a criança ou adolescente a passar pelo acompanhamento nutricional no ambulatório de nutrição? Me conte como foi a trajetória desde a realização do encaminhamento pelo profissional que o realizou até chegar ao atendimento nutricional, quanto tempo levou, qual foi o motivo do encaminhamento. E como foi realizado esse encaminhamento (diretamente no CEACRI, pela UBS ou fila de espera)?
3. Você se recorda que idade a criança ou adolescente tinha quando foi encaminhada para o acompanhamento nutricional?
4. Você se recorda quanto tempo vocês mantiveram o acompanhamento no ambulatório de Nutrição?
5. Com que frequência o profissional nutricionista solicitava que vocês retornassem aos atendimentos? Você se recorda de ter enfrentado dificuldades para comparecer aos atendimentos de nutrição ou para manter o acompanhamento? Se sim, cite que dificuldades você observou.
6. Durante o acompanhamento nutricional, você observou dificuldades para aderir às orientações propostas pelo profissional durante os atendimentos? Se sim, que dificuldades observou? Se não observou dificuldades, fale um pouco se observou facilidades durante os atendimentos.
7. Em sua opinião, a queixa inicial que motivou o acompanhamento nutricional foi solucionada? Você considera que o acompanhamento nutricional contribuiu de alguma forma para solucionar o motivo que levou a criança ou adolescente a ser encaminhado para o atendimento? Sim ou não e por que?
8. Que motivos levaram a criança ou adolescente e sua família a manterem o acompanhamento nutricional até a alta?
9. Em sua opinião, o acompanhamento nutricional realizado resultou em mudanças nos hábitos alimentares da criança/adolescente e de sua família? Se sim, fale um pouco mais sobre essas mudanças que ocorreram no período do acompanhamento. Se não observou mudanças, qual motivo acredita ter influenciado nesse aspecto?

10. Se ocorreram mudanças, você considera que essas permanecem sendo praticadas atualmente? Se sim, fale um pouco mais sobre isso. Você observa se ainda há esses cuidados que você mudou lá na época do acompanhamento?
11. Após a alta do acompanhamento, a criança ou adolescente recebeu novo encaminhamento para realizar acompanhamento nutricional? Se sim, por qual motivo e por qual profissional?
12. Gostaria que você recordasse a vivência que teve durante o atendimento no ambulatório de Nutrição do Ceacri, como foi este período, para além das perguntas realizadas durante a entrevista? Me fale como foi para você vivenciar esse acompanhamento até a alta.

ROTEIRO SEMI ESTRUTURADO DE ENTREVISTA
Grupo: Abandono do acompanhamento nutricional
Familiar acompanhante dos atendimentos

Nome:

Idade:

Sexo:

Profissão:

Escolaridade:

Nº de pessoas que residem no domicílio:

Grau de parentesco com a criança ou adolescente:

Acompanhou a criança ou adolescente nos atendimentos nutricionais: () Sim () Não

1. Você se recorda quem realizou o encaminhamento da criança ou adolescente para o acompanhamento nutricional?
2. Você se recorda que motivos levaram a criança ou adolescente a passar pelo acompanhamento nutricional no ambulatório de nutrição? Me conte como foi a trajetória desde a realização do encaminhamento pelo profissional que o realizou até chegar ao atendimento nutricional, quanto tempo levou, qual foi o motivo do encaminhamento. E como que foi realizado esse encaminhamento (diretamente no CEACRI, pela UBS ou fila de espera)?
3. Você se recorda que idade a criança ou adolescente tinha quando foi encaminhada para o acompanhamento nutricional?
4. Você se recorda quanto tempo vocês mantiveram o acompanhamento no ambulatório de Nutrição?
5. Com que frequência o profissional nutricionista solicitava que vocês retornassem aos atendimentos? Você se recorda de ter enfrentado dificuldades para comparecer aos atendimentos de nutrição ou para manter o acompanhamento? Se sim, cite que dificuldades você observou.
6. Durante o acompanhamento nutricional, você observou dificuldades para aderir às orientações propostas pelo profissional durante os atendimentos? Se sim, que dificuldades observou? Se não observou dificuldades, fale um pouco se observou facilidades durante os atendimentos.
7. Em sua opinião, a queixa inicial que motivou o acompanhamento nutricional foi solucionada? Você considera que o acompanhamento nutricional contribuiu de alguma forma para solucionar o motivo que levou a criança ou adolescente a ser encaminhado para o atendimento? Sim ou não e por que?
8. Que motivos os levaram a descontinuar o acompanhamento nutricional? Existe algum acontecimento que contribuiu para que vocês decidissem interromper o acompanhamento? Se sim, fale um pouco mais sobre isso.
9. Em sua opinião, o acompanhamento nutricional realizado resultou em mudanças nos hábitos alimentares da criança/adolescente e de sua família? Se sim, fale um pouco mais sobre essas mudanças que ocorreram no período do acompanhamento. Se não observou mudanças, qual motivo acredita ter influenciado nesse aspecto?
10. Se ocorreram mudanças, você considera que essas permanecem sendo praticadas atualmente? Se sim, fale um pouco mais sobre isso. Você observa se ainda há esses cuidados que você mudou lá na época do acompanhamento?

11. Após a desistência do acompanhamento, a criança ou adolescente recebeu novo encaminhamento para realizar acompanhamento nutricional? Se sim, por qual motivo e por qual profissional?
12. Gostaria que você recordasse a vivência que teve durante o atendimento no ambulatório de Nutrição do Ceacri, como foi este período, para além das perguntas realizadas durante a entrevista? Me fale como foi para você vivenciar esse acompanhamento até decidir interromper o acompanhamento.

ROTEIRO SEMI ESTRUTURADO DE ENTREVISTA
Grupo: Abandono do acompanhamento nutricional
Criança e adolescente

Nome:

Idade:

Sexo:

- 1) Você se recorda de ter frequentado os atendimentos no ambulatório de Nutrição do CEACRI?
- 2) Você se recorda quem realizou o seu encaminhamento para o ambulatório de nutrição?
- 3) No seu entendimento, que motivos levaram o profissional a encaminhá-lo para iniciar o acompanhamento nutricional no ambulatório de nutrição? Você se recorda por que você passava por acompanhamento nutricional?
- 4) Na sua opinião, o motivo que o levou a ser encaminhado para acompanhamento nutricional foi resolvido? Sim ou não? Por que?
- 5) Você considera que o acompanhamento nutricional contribuiu de alguma forma para resolver o motivo que o levou a ser encaminhado para o atendimento? Sim ou não e por que? Se o motivo não foi resolvido, no seu ponto de vista, que fator contribuiu para que não fosse resolvido? No seu entendimento, poderia ter sido realizado algo diferente durante os atendimentos para resolver.
- 6) Durante o acompanhamento nutricional, você teve dificuldades para aderir (*ou adaptar-se ou habituar-se ou colocar em prática*) às orientações propostas pelo profissional durante os atendimentos? Se sim, que dificuldades observou? Se não observou dificuldades, você observou facilidades? Fale um pouco sobre isso. (*o que você acredita que contribuiu para que você não tivesse dificuldades para aderir às orientações propostas?*)
- 7) Em sua opinião, o acompanhamento nutricional realizado resultou em mudanças em seus hábitos alimentares? Se sim, fale um pouco mais sobre essas mudanças que ocorreram no período do acompanhamento. Se não observou mudanças, qual motivo acredita ter influenciado nesse aspecto?
- 8) Se ocorreram mudanças, você considera que essas permanecem sendo praticadas atualmente? Fale um pouco mais sobre isso. Você observa se ainda há esses cuidados que você mudou lá na época do acompanhamento? Que cuidados você mantém atualmente?
- 9) Você se recorda que motivos os levaram a descontinuar (*não frequentar mais*) o acompanhamento nutricional? Existe algum acontecimento que contribuiu para que vocês decidissem interromper o acompanhamento? Se sim, fale um pouco mais sobre isso.
- 10) Gostaria que você recordasse a vivência que teve durante o atendimento no ambulatório de Nutrição do Ceacri, como foi este período, para além das perguntas realizadas durante a entrevista? Me fale como foi para você vivenciar esse acompanhamento até o abandono do acompanhamento.

Apêndice 3 - Termo de consentimento Livre e Esclarecido**Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação****Comitê de Ética em Pesquisa – CEP****CONEP em 04/08/2000****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE**

Título do Projeto: **Atenção nutricional ambulatorial à criança e ao adolescente: fatores que influenciam no seguimento**

Certificado de Apresentação para Apreciação Ética – “CAAE” N°: 71424523.0.0000.0107

Pesquisador para contato: Eslen Giovana da Silva Cordeiro

Telefone: (46) 99907 – 2242

Endereço de contato (Institucional): eslen.cordeiro@unioeste.br

Convidamos você e seu filho(a) a participar da pesquisa: Atenção nutricional à criança e ao adolescente: fatores relacionados à manutenção e à desistência do acompanhamento nutricional. Os objetivos estabelecidos para o estudo são de identificar o perfil das crianças e dos adolescentes atendidos no ambulatório de nutrição de um serviço público de atenção especializada, analisar se o acompanhamento nutricional resulta em mudanças nos seus hábitos alimentares e perfil nutricional, descrever o seguimento do cuidado durante o acompanhamento e após a alta do acompanhamento nutricional e verificar os fatores relacionados à manutenção e a desistência do acompanhamento nutricional.

O estudo tem o propósito de reforçar a importância da assistência nutricional voltada às crianças e adolescentes, além disso, busca permitir a compreensão dos fatores relacionados à manutenção e à desistência do acompanhamento nutricional e a partir disso, sugerir que reflexões possam ser realizadas e processos de trabalho possam ser adaptados, contribuindo para a melhoria e a garantia do cuidado nutricional da criança e do adolescente. Para que isso ocorra você e seu filho(a) participarão de uma entrevista que será gravada e transcrita na íntegra, respeitando o anonimato e preceitos éticos. Além disso, para avaliação do consumo alimentar serão aplicados um Questionário de frequência de consumo alimentar e um Recordatório alimentar de 24 horas. Para permitir a avaliação do estado nutricional, seu filho (a) ainda participará de uma avaliação antropométrica, onde serão coletados seu peso e estatura.

Durante a execução da entrevista, você poderá se sentir cansado em responder aos questionamentos, assim como, poderá sentir-se constrangido ou desconfortável durante a gravação de áudio, portanto, se ocorrer algum transtorno decorrente de sua participação ou de seu filho (a) em qualquer etapa desta pesquisa, nós pesquisadores, providenciaremos acompanhamento e a assistência imediata, integral e gratuita. Havendo a ocorrência de danos, previstos ou não, mas decorrentes de sua participação nesta pesquisa, caberá a você, na forma da Lei, o direito de solicitar a respectiva indenização.

Também você e seu filho (a) poderá a qualquer momento desistir de participar da pesquisa sem qualquer prejuízo. Para que isso ocorra, basta informar, por qualquer modo que lhe seja possível, que deseja deixar de participar da pesquisa e qualquer informação que tenha prestado será retirada do conjunto dos dados que serão utilizados na avaliação dos resultados.

Você não receberá e não pagará nenhum valor para participar deste estudo, no entanto, terá direito ao ressarcimento de despesas decorrentes de sua participação.

Nós pesquisadores garantimos a privacidade e o sigilo de sua participação em todas as etapas da pesquisa e de futura publicação dos resultados. O seu nome e de seu filho (a), endereço, voz e imagem nunca serão associados aos resultados desta pesquisa, exceto quando você desejar. Nesse caso, você deverá assinar um segundo termo, específico para essa autorização e que deverá ser apresentado separadamente deste.

As informações que você e seu filho (a) fornecerem serão utilizadas exclusivamente nesta pesquisa. Caso as informações fornecidas e obtidas com este consentimento sejam consideradas úteis para outros estudos, você será procurado para autorizar novamente o uso.

Este documento que você vai assinar contém 3 páginas. Você deve vistar (rubricar) todas as páginas, exceto a última, onde você assinará com a mesma assinatura registrada no cartório (caso tenha). Este documento está sendo apresentado a você em duas vias, sendo que uma via é sua. Sugerimos que guarde a sua via de modo seguro.

Caso você precise informar algum fato decorrente da sua participação na pesquisa e se sentir desconfortável em procurar o pesquisador, você poderá procurar pessoalmente o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UNIOESTE (CEP), de segunda a sexta-feira, no horário de 08h00 as 15h30min, na Reitoria da UNIOESTE, sala do Comitê de Ética, PRPPG, situado na rua Universitária, 1619 – Bairro Universitário, Cascavel – PR. Caso prefira, você pode entrar em contato via Internet pelo e-mail: cep.prppg@unioeste.br ou pelo telefone do CEP que é (45) 3220-3092.

Declaro estar ciente e suficientemente esclarecido sobre os fatos informados neste documento.

Nome do sujeito de pesquisa ou responsável:

Assinatura:

Eu, Eslen Giovana da Silva Cordeiro, declaro que forneci todas as informações sobre este projeto de pesquisa ao participante.

Assinatura do pesquisador:

Cascavel, _____ de _____ de 20____.

Apêndice 4 - Termo de Assentimento



Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Aprovado na
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP
CONEP em 04/08/2000

TERMO DE ASSENTIMENTO – TA

Título do Projeto: Atenção nutricional ambulatorial à criança e ao adolescente: fatores que influenciam no seguimento

Pesquisador responsável e colaboradores com telefones de contato:

Eslen Giovana da Silva Cordeiro

Telefone para contato: (46) 99907 – 2242

Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso

Telefone para contato: (45) 99971 – 1791

Convidamos você a participar de nossa pesquisa pois pretendemos identificar o perfil das crianças e dos adolescentes que são atendidos no ambulatório de Nutrição de um serviço público de atenção especializada e analisar se o acompanhamento nutricional resultou em mudanças nas suas escolhas alimentares no seu estado nutricional, também pretendemos descrever como foi o seu seguimento durante as consultas no ambulatório e como foi a manutenção dos cuidados alimentares após a alta ou abandono do seu acompanhamento nutricional. Nossa pesquisa também pretende verificar os fatores relacionados à manutenção do acompanhamento até o recebimento da alta e a desistência do acompanhamento nutricional. Para que isso aconteça você participará de uma entrevista que será gravada e transcrita na íntegra, respeitando o anonimato e preceitos éticos. Além disso, para avaliar a sua alimentação serão aplicados dois Inquéritos alimentares, sendo um questionário de frequência de consumo alimentar e um recordatório alimentar de 24 horas. Para permitir a avaliação do seu estado nutricional, você ainda participará de uma avaliação antropométrica, onde serão coletados seu peso e altura.

Para participar deste estudo, um de os seus pais ou responsável legal deverá autorizar a sua participação por meio da assinatura de um Termo de Consentimento. A não autorização do seu responsável legal invalidará este Termo de Assentimento e você não poderá participar do estudo.

Durante a execução da entrevista, você poderá se sentir cansado em responder às perguntas, assim como, poderá se sentir constrangido ou desconfortável durante a gravação de áudio e a coleta de seus dados de peso e altura.

Para questionamentos, dúvidas ou relatos de acontecimentos os pesquisadores poderão ser contatados a qualquer momento pelo telefone 46 999072242.

Declaro estar ciente do exposto e **desejo participar do projeto Atenção nutricional ambulatorial à criança e ao adolescente: fatores que influenciam no seguimento**

Nome do participante:

Assinatura:

Eu, **Eslen Giovana da Silva Cordeiro**, declaro que forneci todas as informações do projeto ao participante e seu responsável.

Cascavel, _____ de _____ de 20____.

ANEXOS

Anexo 1 – Anamnese nutricional

ANAMNESE ALIMENTAR

1. Dados de Identificação

Data da consulta: ____/____/____ Telefone: _____ Acompanhante: _____

Nome: _____ Sexo: _____

DN: ____/____/____ Idade cronológica: _____ Idade corrigida: _____

SG: _____ PN: _____ () EN: _____ () PC: _____ () Apgar: _____

Motivo da consulta/Indicação: _____

Diagnósticos: _____

2. Hábitos Diários

Mastigação: () Lenta () Rápida Tempo gasto nas refeições? _____

Refeições em frente à TV: () Sim () Não () Às Vezes Água/dia: _____ copos

Flatulência: _____ Hábito intestinal: _____ Hábito urinário: _____

Uso de medicamentos: _____

Alergia / alimentar: _____ Nº de moradores no domicílio: _____

Atividade Física: _____ Horas de TV/PC/Celular: _____

3. Antecedentes Familiares

() Hipertensão () Diabetes () Hipercolesterolemia
() Anemia () Obesidade () Outros _____

4. Dados Antropométricos

Peso atual: _____ () Peso habitual: _____ (Kg) Peso ideal: _____ (Kg) Altura: _____ ()

PC: _____ (cm) PT: _____ (cm) PA: _____ (cm) FA: _____ (pd) FP: _____ (pd)

P/I _____ A/I _____ P/A _____ IMC/I _____ Classificação: _____

IMC _____ PCT _____ PCS _____ Classificação: _____

Peso Atual - TMB: _____ GET: _____ Kcal

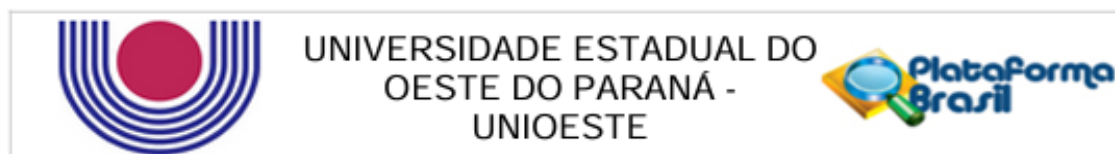
Peso Ideal - TMB: _____ GET: _____ Kcal

Ganho de Peso: _____

5. Exames Laboratoriais (Glicose, Colesterol, Triglicerídeos e outros)

6. Doença atual: _____

Anexo 2. Parecer Consubstanciado do CEP

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: ATENÇÃO NUTRICIONAL AMBULATORIAL À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE: FATORES QUE INFLUENCIAM NO SEGUIMENTO

Pesquisador: Eslen Giovana da Silva Cordeiro

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 71424523.0.0000.0107

Instituição Proponente: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde CCBS - UNIOESTE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.286.988

Apresentação do Projeto:

Os pesquisadores visam identificar o perfil, os resultados obtidos e os fatores que influenciam na manutenção e/ou na desistência do acompanhamento nutricional de crianças e adolescentes em um serviço público de atendimento ambulatorial especializado

Objetivo da Pesquisa:

Identificar o perfil, os resultados obtidos e os fatores que influenciam na manutenção e/ou na desistência do acompanhamento nutricional de crianças e adolescentes em um serviço público de atendimento ambulatorial especializado

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Descritos com clareza no projeto e no TCLE.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Atende aos critérios CEP e CONEP.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos apresentados.

Recomendações:

Divulgar os resultados e prestar relatório final ao CEP.

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 1619

Bairro: UNIVERSITARIO

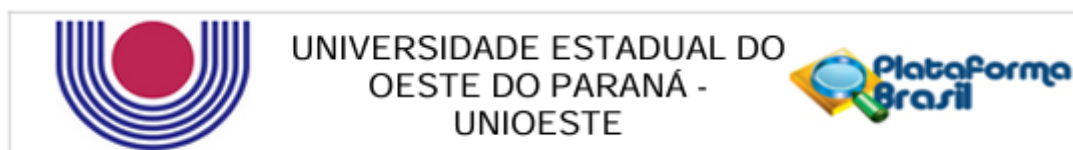
UF: PR

Município: CASCAVEL

Telefone: (45)3220-3092

CEP: 85.819-110

E-mail: cep.prpgg@unioeste.br



Continuação do Parecer: 6.286.988

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências e ou inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_2180678.pdf	18/07/2023 20:42:13		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	18/07/2023 20:38:32	Eslen Giovana da Silva Cordeiro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_consentimento_e_termo_de_ assentimento.pdf	18/07/2023 20:34:41	Eslen Giovana da Silva Cordeiro	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.pdf	18/07/2023 20:34:16	Eslen Giovana da Silva Cordeiro	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	18/07/2023 20:34:03	Eslen Giovana da Silva Cordeiro	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracoes.pdf	18/07/2023 20:33:49	Eslen Giovana da Silva Cordeiro	Aceito
Cronograma	Cronograma_de_execucao.pdf	18/07/2023 20:25:15	Eslen Giovana da Silva Cordeiro	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CASCADEL, 06 de Setembro de 2023

Assinado por:
José Carlos da Costa
(Coordenador(a))

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 1619

Bairro: UNIVERSITARIO

UF: PR

Município: CASCADEL

Telefone: (45)3220-3092

CEP: 85.819-110

E-mail: cep.prppg@unioeste.br

Anexo 3. Comprovante de submissão do artigo "Perfil nutricional de crianças e adolescentes atendidos em ambulatório especializado de nutrição" para a revista Revista da Associação Brasileira de Nutrição – RASBRAN

[Rasbran] Agradecimento pela submissão



Ana Paula Ferreira da Silva via Revista da Associação Brasileira de Nutrição - RASBRAN <pen-bounces@emnuvens.com.br>

Para: Você



Dom, 05/01/2025 11:59

Sinalizado

Eslen Giovana da Silva Cordeiro,

Agradecemos a submissão do trabalho "Perfil nutricional de crianças e adolescentes atendidos em ambulatório especializado de nutrição" para a revista Revista da Associação Brasileira de Nutrição - RASBRAN.

Acompanhe o progresso da sua submissão por meio da interface de administração do sistema, disponível em:

URL da submissão: <https://www.rasbran.com.br/rasbran/authorDashboard/submission/3476>

Login: eslencordeiro

Em caso de dúvidas, entre em contato via e-mail.

Agradecemos mais uma vez considerar nossa revista como meio de compartilhar seu trabalho.

Ana Paula Ferreira da Silva

Revista da Associação Brasileira de Nutrição - RASBRAN <https://rasbran.com.br>

Anexo 4 – Normas para submissão na Revista da Associação Brasileira de Nutrição (RASBRAN)

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

- A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, deve-se justificar em "Comentários ao editor".
- O arquivo da submissão está em formato Microsoft Word, OpenOffice ou RTF.
- O autor é responsável pelo trabalho e responde pela co-autoria incluída no trabalho. Os co-autores devem ser inseridos nos metadados do trabalho no processo de submissão.
- O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em Diretrizes para Autores, na página Sobre a Revista.
- Em caso de submissão a uma seção com avaliação pelos pares (ex.: artigos), as instruções disponíveis em Assegurando a avaliação pelos pares cega foram seguidas.

Diretrizes para Autores

Agradecemos pela escolha de publicar seu trabalho em nossa revista. A **RASBRAN** não cobra dos autores qualquer tipo de taxa ou contribuição financeira para a publicação de artigos, resenhas ou qualquer outro texto publicado.

Para submissão é necessário atender os critérios abaixo:

1) Quanto ao envio do documento

- a) A revista é aberta à submissão de pesquisadores e profissionais no Brasil e no exterior, cujos trabalhos podem ser submetidos no idioma português, inglês ou espanhol;
- b) Os artigos devem ser originais, relatos de caso, revisões sistemáticas e integrativas não sendo aceita submissão simultânea a outras publicações;
- c) Possíveis conflitos de interesse devem ser informados durante o preenchimento dos dados na submissão. Uma vez que o artigo seja aceito para publicação, o(s) autor (es) deve(m) imprimir e assinar os termos de cessão de direitos autorais e de responsabilidade e incluir como documento suplementar na submissão do artigo;
- d) O(s) autor(es) é(são) responsável(eis) pelo conteúdo do texto e imagens e deve(m) informar a não publicação anteriormente em outra revista científica no país e no exterior. Ao inserir figuras, tabelas e quadros compilados da internet, estes deverão ser acompanhados de permissão escrita ou comprovação de que se trata de portal de livre acesso;
- e) No momento da submissão pela plataforma preencha as informações do(s) autor(es) nome(s), biografia, vínculo institucional, e-mail e ORCID (<https://orcid.org/>),

pois são estes dados que constarão no artigo quando publicado. Não serão incluídos outros autores após a submissão;

A identificação dos autores, bem como as propriedades do arquivo devem ser removidas do texto do artigo submetido.

f) O arquivo do documento deve ser encaminhado em formato “.doc” ou “.docx.” (Word for Windows). **Não serão aceitos arquivo em PDF;**

g) Ao encaminhar os originais, os autores cedem os direitos de primeira publicação para a **Revista da Associação Brasileira de Nutrição** e aceitam que seu trabalho seja publicado de acordo com nossa Declaração de Direito Autoral;

h) A RASBRAN não se responsabiliza ou endossa as opiniões emitidas pelos autores dos artigos, salientando que as opiniões são de sua exclusiva responsabilidade;

i) As submissões devem ser preparadas de acordo com o modelo para a formatação do documento. Os artigos que não usarem o modelo não serão encaminhados para avaliação.

2) Quanto a ética e legalidade

Artigos envolvendo ensaios clínicos e demais estudos com seres humanos devem ser enviados acompanhados do número do registro e da Comissão de Ética Institucional onde foi aprovado. Não serão aceitos estudos realizados ilegalmente.

Pesquisas com animais deverão seguir as diretrizes do Conselho Nacional de Controle de Experimentação Animal – CONSEA. A legislação pode ser encontrada no website do Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações <http://www.mctic.gov.br/mctic/opencms/institucional/concea/>. A adesão a esses princípios deve constar no artigo, por meio do número de registro e identificação da comissão de ética institucional onde foi aprovado.

Autores estrangeiros de artigos envolvendo pesquisas em humanos ou animais devem consultar a legislação de seu país e citar no artigo a adequação às normas e princípios éticos aplicáveis, bem como a fonte desses. Recomenda-se adequação à Declaração de Helsinque (<http://www.wma.net/e/policy/>) e/ou às regras previstas pelo OLAW – EUA (Office of Laboratory Animal Welfare - <http://grants.nih.gov/grants/olaw/olaw.htm>).

As revisões sistemáticas deverão utilizar e estar adequadas os critérios do PRISMA (Principais Itens para Relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises).

O periódico RASBRAN segue o padrão estabelecido pelo ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors). Para mais informações úteis à boa preparação de um artigo, leia o documento “Requirements for manuscripts submitted to biomedical journals”, na íntegra no site <http://www.icmje.org>. As principais diretrizes do documento original estão contidas neste manual.

Para artigos sobre estudos clínicos, sugerimos seguir as diretrizes estabelecidas pelo CONSORT (www.consort-statement.org). O CONSORT estabelece uma lista de checagem de itens, que facilita aos autores verificar se seu estudo está sendo feito e relatado de forma clara, precisa, ética e cientificamente válida.

3) Quanto a estrutura e formatação do documento

Abaixo seguem as orientações quanto a formatação do documento submetido:

a) tipo de papel: tamanho A4;

- b) margens: margens superior e inferior 1,5 cm, margens esquerda e direita de 2 cm;
- c) espaço entre linhas: 1,5, exceto resumo em espaço simples;
- d) fonte: *calibri* tamanho 12;
- e) As imagens deverão estar em extensão JPEG ou TIF, com resolução mínima de 150 dpi;
- f) As figuras e quadros são identificadas na parte inferior com título designativo, número de ordem no texto, hífen e título (Exemplo: Quadro 1 – Tipos de deficiências nutricionais). Não são mencionadas as fontes de figuras e quadros quando elaboradas pelo próprio autor do artigo;
- g) As tabelas são identificadas na parte superior com título designativo, número de ordem no texto, hífen e título (Exemplo: Tabela 1 – Índice de deficiências nutricionais). Não são mencionadas as fontes das tabelas quando elaboradas pelo próprio autor do artigo;
- h) As citações e referências deverão atender ao estilo Vancouver.

Segue a estrutura de apresentação do **artigo**:

a) Título;

O título do artigo deve vir primeiramente em português e, em seguida, em inglês. Use caixa-alta (letra maiúscula) apenas para a primeira letra do título do artigo, exceto para palavras onde o uso de caixa-alta e caixa-baixa (letras maiúsculas e minúsculas) se faz gramaticalmente necessário (por exemplo, siglas, nome de pessoas, cidades etc.).

b) Nome(s) do(s) Autor(es);

O(s) nome(s) do(s) autor(es), bem como os seus dados, deve(m) ser cadastrado(s) durante o processo de submissão do artigo no portal da revista. Se o artigo possuir mais de um autor, clicar em INCLUIR AUTOR e preencher os campos. Não serão incluídos outros autores após a submissão.

O(s) nome(s) do(s) autor(es) deve(m) ser omitido(s) no corpo de texto. Para garantir que seu artigo seja revisado às cegas, não inclua em sua redação seu nome, instituição ou qualquer outra menção que possa identificá-lo como autor.

c) Resumo (Português e Inglês);

O resumo deve ser estruturado (Objetivo, Método, Resultados e Conclusão), com no mínimo 150 e no máximo 250 palavras. Assim como o título do artigo, o resumo deve ser apresentado primeiramente em português e em seguida, em inglês.

d) Palavras-chave/Keywords;

As palavras-chave, que definem o tema do estudo, devem vir após o resumo, incluindo no mínimo 3 e no máximo 6 termos de indexação, sempre no idioma da publicação e em inglês separadas por ponto entre si. Padronize seus descritores em Ciências da Saúde, preferencialmente, nos websites: <http://decs.bvs.br> ou www.nlm.nih.gov/mesh.

As palavras-chave e keywords deverão ser colocadas logo abaixo do resumo e abstract respectivamente.

e) Texto do artigo;

Os textos do artigo devem ser divididos em Introdução, Método, Resultados, Discussão e Conclusão. O artigo não deverá ultrapassar 25 páginas. Deve ser iniciado na mesma página dos resumos e das palavras-chave (keywords).

f) Seções;

O artigo não deve ter mais de três níveis de subseções.

g) Figuras, quadros e tabelas;

As figuras, tabelas e quadros devem receber numeração sequencial, seguindo a ordem de citação. Recomenda-se que sejam colocados perto do parágrafo a que se referem.

h) Considerações sobre direitos autorais;

Para evitar violação das leis de direitos autorais, não utilize longas e muitas citações de uma mesma fonte, ou figuras publicadas previamente sem um documento de autorização de uso dos direitos autorais. Isto também se refere a imagens produzidas por você autor, mas que já tenham sido publicadas em outro veículo, caso o seu direito autoral tenha sido transferido à editora. Autores que não fornecerem a autorização de uso de direitos autorais terão seus artigos devolvidos. Trataremos rigorosamente violações de direitos autorais.

i) Agradecimento;

O agradecimento às contribuições ou apoios recebidos no desenvolvimento do artigo deve ser acrescentado ao final do texto principal, **após a seção “Referências”**, sob o título “Agradecimento” (no singular). Incluído na versão final após aprovação para publicação.

j) Referências;

As referências devem seguir o estilo Vancouver. Os periódicos devem ser abreviados segundo o “Catálogo NLM” (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>). As referências deverão ser numeradas consecutivamente segundo a ordem de citação no texto. A seguir seguem exemplos de como as referências de acordo com estilo Vancouver:

Artigos

1. Baladia E, Basulto J. Sistema de clasificación de los estudios en función de la evidencia científica. Dietética y nutrición aplicada basadas en la evidencia (DNABE): una herramienta para el dietista-nutricionista del futuro. Rev Esp Nutr Hum Diet. 2008;12(1):11-9.
2. Machado WM, Capelar SM. Avaliação da eficácia e do grau de adesão ao uso prolongado de fibra dietética no tratamento da constipação intestinal funcional. Rev. Nutr. [Internet]. 2010 [acesso em 2020 Fev 14];23(2). Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732010000200006&lng=isso&nrm=isso&tlng=pt

Referenciando livros e teses

3. Gil A. Tratado de Nutrición. 2a ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2010.
4. Silva CLM. Características do suporte nutricional como preditores de sobrevida em pacientes graves [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2008.

Referenciando websites

5. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa da Incidência de câncer em 2008 no Brasil e nas cinco regiões (Estimates of cancer incidence in Brazil and the five regions) [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; c1996-2007 [acesso em 2017 Dec 10]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=1793/.
6. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação

de risco nos serviços de urgência [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. [acesso em 2020 Jul 10]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf

Deve-se utilizar o padrão convencionado pela Biblioteca Nacional de Medicina dos EUA. Para outros tipos de referências, consulte <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?rid=citmed> ou https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html (manual simplificado).

Declaração de Direito Autoral

A Revista se reserva no direito de efetuar, se necessário, alterações de ordem normativa, ortográfica e gramatical, com vistas a manter o padrão culto da língua, respeitando, porém, o estilo dos autores.

Ao encaminhar os originais, os autores cedem os direitos de primeira publicação para a Revista da Associação Brasileira de Nutrição e aceitam que seu trabalho seja publicado de acordo com nossa Declaração de Direito Autoral.

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

Anexo 5 – Normas para submissão na Revista Saúde em Debate

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

- A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista.
- O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos (Vancouver) descritos em Diretrizes para Autores.
- A primeira página do arquivo com o texto do manuscrito deve conter: TÍTULO/RESUMO/PALAVRAS-CHAVE, com as devidas traduções para o inglês. No caso de artigos escritos em inglês as traduções devem ficar em português. Não submeter em arquivo separado.
- A identificação dos autores não consta no arquivo com o texto.
- O número de autores/coautores não excede sete.
- O nome dos autores deve ficar registrado no formulário de cadastro do artigo, em 'Inserir Metadados – Lista de Coautores – Incluir coautor'. Informações imprescindíveis: NOME – E-MAIL – Nº ORCID – INSTITUIÇÃO DE VÍNCULO.
- O arquivo da submissão está no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato doc ou docx.
- O texto está em folha padrão A4 (210X297mm), margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5.
- Não utilizou sublinhados e negritos como grifo no texto.
- Utilizou aspas simples para chamar a atenção de expressões ou títulos de obras.
- Utilizou palavras em outros idiomas em itálico, com exceção de nomes próprios.
- Enviou figuras, gráficos, quadros e tabelas em formato aberto ou em alta resolução, em preto e branco ou escala de cinza e submetidos em arquivos separados do texto, um a um, seguindo a ordem que aparecem no estudo.
- O manuscrito contém no máximo cinco ilustrações, entre figuras, gráficos, quadros ou tabelas com no máximo duas laudas cada.
- No caso de resenha, foi encaminhado capa do livro em alta resolução.
- Encaminhou em arquivos separados a Declaração de Responsabilidade e Cessão de Direitos Autorais (obrigatória), o Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP (quando pertinente) e o Formulário sobre Conformidade com a Ciência Aberta – SciELO (obrigatório).
- Citou artigos publicados pela revista Saúde em Debate ou justificou a não inclusão.

- O autor principal é associado ao Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes). Recomendável.

Diretrizes para Autores

SAÚDE EM DEBATE

Diretrizes para autores

Instruções para preparação e submissão de artigos

ATUALIZADAS EM MAIO DE 2023

POLÍTICA EDITORIAL

A revista 'Saúde em Debate', criada em 1976, é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) que tem como objetivo divulgar estudos, pesquisas e reflexões que contribuam para o debate no campo da saúde coletiva, em especial os que tratem de temas relacionados com a política, o planejamento, a gestão, o trabalho e a avaliação em saúde. Valorizamos os estudos feitos a partir de diferentes abordagens teórico-metodológicas e com a contribuição de distintos ramos das ciências.

A periodicidade da revista é trimestral, e, a critério dos editores, são publicados números especiais que seguem o mesmo processo de submissão e avaliação dos números regulares.

A 'Saúde em Debate' aceita trabalhos originais e inéditos que apórtam contribuições relevantes para o conhecimento científico acumulado na área.

Os trabalhos submetidos à revista são de total e exclusiva responsabilidade dos autores e não podem ser apresentados simultaneamente a outro periódico, na íntegra ou parcialmente.

A revista 'Saúde em Debate' conta com um Conselho Editorial que contribui para a definição de sua política editorial, revista periodicamente. Seus membros integram o Comitê Editorial e o banco de pareceristas em suas áreas específicas.

O título abreviado do periódico é **Saúde debate**, que deve ser usado em bibliografias, notas de rodapé, referências e legendas bibliográficas.

POLÍTICA DE PROPRIEDADE INTELECTUAL

Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma Licença Creative Commons do tipo atribuição CC-BY 4.0. Esta informação está disponível na *homepage* do *site* e na primeira página de todos os artigos.

DIREITOS AUTORAIS

Em caso de aprovação e publicação do artigo no periódico, os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade da revista. Os autores devem, no ato da submissão, preencher e assinar a Declaração de Responsabilidade e Cessão de Direitos Autorais conforme modelo: <https://saudeemdebate.org.br/sed/libraryFiles/downloadPublic/147>.

CUSTOS

É cobrada taxa de publicação no valor de R\$ 600,00 (atualizado em junho de 2023) para os artigos aprovados em qualquer seção da revista. Não cobramos taxas de

submissão. Após a aprovação dos artigos os autores receberão *e-mail* orientando os procedimentos para o pagamento da taxa de publicação.

Artigo aprovado para editoração, em qualquer modalidade, fica sob a responsabilidade dos autores a revisão de línguas (obrigatória) e a tradução para a língua inglesa (opcional), com base em uma lista de revisores e tradutores indicados pela revista.

POLÍTICA DE ACESSO ABERTO

A revista 'Saúde em Debate' oferece acesso livre ao seu conteúdo, sem custos, seguindo o princípio de que disponibilizar gratuitamente o conhecimento científico ao público proporciona maior democratização deste conhecimento, adotando a Licença Creative Commons do tipo atribuição CC-BY 4.0.

Todo o conteúdo da revista está disponível para que qualquer pessoa leia, baixe, copie, imprima, compartilhe, reutilize e distribua, com a devida citação da fonte e autoria. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores. A reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, deve ter a prévia autorização dos editores da revista.

POLÍTICA DE INCENTIVO À CIÊNCIA ABERTA

Preprint

A 'Saúde em Debate' aceita artigos em *preprints* de bases de dados nacionais e internacionais reconhecidas academicamente como o SciELO preprints. Não é obrigatória a submissão do artigo em *preprint* e isso não impede a submissão concomitante à revista 'Saúde em Debate'. No caso de submissão em *preprint* o autor deve informar à revista o número DOI atribuído e o nome do servidor onde foi depositado.

Compartilhamento de dados

A revista 'Saúde em Debate' incentiva o compartilhamento de dados. Para efetuar o depósito de Dados de Pesquisa, os autores devem escolher o repositório de Acesso Aberto que considerarem mais adequado para compartilhar seus dados e fazer o depósito. Informações sobre compartilhamento de dados em repositórios públicos podem ser encontradas em: <https://data.scielo.org/>.

Com base nos critérios da Ciência Aberta, solicitamos aos autores o preenchimento do Formulário sobre Conformidade com a Ciência Aberta – SciELO (modelo anexo), que deve ser anexado ao sistema da revista no momento da submissão do manuscrito como 'Componentes do artigo – Documento complementar'.

POLÍTICA DE ÉTICA E INTEGRIDADE EM PESQUISA

A revista adota as 'Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas' – International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), 'Princípios de Transparência e Boas Práticas em Publicações Acadêmicas' recomendadas pelo Committee on Publication Ethics (COPE): www.publicationethics.org. Essas recomendações, relativas à integridade e padrões éticos na condução e no relatório de pesquisas, estão disponíveis em http://www.icmje.org/urm_main.html. A 'Saúde em Debate' segue o 'Guia de Boas Práticas para o Fortalecimento da Ética na Publicação Científica' do SciELO. Recomenda-se a leitura pelos autores.

Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

A publicação de artigos com resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki, de 1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008, da Associação Médica Mundial; além de atender às legislações específicas do país no qual a pesquisa foi realizada, quando houver.

Os artigos com pesquisas que envolveram seres humanos devem deixar claro, no último parágrafo, na seção de 'Material e métodos', o cumprimento dos princípios éticos, número da aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e encaminhar cópia do parecer de aprovação no ato da submissão.

Política anti-plágio

A revista 'Saúde em Debate' adota as diretrizes, orientações e fluxos recomendados pelo Committee on Publication Ethics – COPE <http://publicationethics.org/>.

Ao serem recebidos os manuscritos passam por *softwares* detectores de plágio. É possível que os autores sejam questionados sobre informações identificadas pela ferramenta para que garantam a originalidade dos manuscritos, referenciando todas as fontes de pesquisa utilizadas. O plágio é um comportamento editorial inaceitável, dessa forma, caso seja comprovada a existência de semelhanças com outros textos já publicados o manuscrito será excluído do processo de avaliação.

Conflito de interesses

Os autores devem informar sobre relações que podem estabelecer conflito de interesses financeiro e/ou de filiação ao assinarem a Declaração de Responsabilidade e Cessão de Direitos Autorais.

Autoria e contribuição

A revista aceita, no máximo, sete autores por artigo. As informações de todos os autores devem ser incluídas no formulário de submissão em: 'Inserir Metadados – Lista de Coautores – Incluir coautor', contendo: nome completo, instituições de vínculo com até três hierarquias, código Orcid (Open Researcher and Contributor ID) e e-mail. As pessoas designadas como autores devem ter participado substancialmente da elaboração do manuscrito e assumir responsabilidade pelo seu conteúdo.

Na submissão do manuscrito, todos os autores devem preencher e assinar a Declaração de Responsabilidade e Cessão de Direitos Autorais colocando o nome por extenso e a sua contribuição detalhada conforme recomendado pelo International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE):

- a) para concepção ou desenho do trabalho;
- b) para coleta, análise e interpretação dos dados;
- c) para redação do artigo ou em sua revisão crítica;
- d) para aprovação final da versão a ser publicada.

As informações sobre a participação de cada autor, com respectivo Orcid, constarão no artigo, no item 'Colaboradores', localizado antes das referências.

Financiamento

Em trabalhos científicos financiados, os autores devem enviar a informação à revista sobre a fonte de financiamento, com registro do número do processo. A revista

‘Saúde em Debate’ atende à Portaria nº 206 de 2018 do Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre citação obrigatória da Capes para obras produzidas ou publicadas, em qualquer meio, decorrentes de atividades financiadas total ou parcialmente pela Capes.

PROCESSO DE AVALIAÇÃO

O processo de avaliação dos textos científicos submetidos à revista ‘Saúde em Debate’, em qualquer das modalidades previstas, é submetido a revisão por pares (*peer review*), sendo o mérito acadêmico o critério utilizado em todas as fases da avaliação. Procuramos promover a inclusão, diversidade e equidade. Nenhum artigo será liminarmente recusado com base em características dos autores como raça, religião, orientação sexual, crença política ou qualquer outro aspecto depreciativo.

Todo original recebido pela revista ‘Saúde em Debate’ é submetido à análise técnica prévia para identificar cumprimento das normas da revista. Os trabalhos não conformes às normas de publicação da revista são devolvidos aos autores para adequação e nova submissão.

Uma vez cumpridas integralmente as normas da revista, os originais são apreciados pelo editor-chefe e por editores associados, que avaliam a originalidade, abrangência, atualidade e atendimento à política editorial da revista. Os trabalhos aprovados nesta etapa de pré-avaliação, são encaminhados ao editor associado que indicará dois pareceristas, levando em consideração o tema do trabalho e sua *expertise*, os quais poderão aprovar, recusar e/ou fazer recomendações de alterações aos autores. Caso haja divergência de pareceres, o trabalho será encaminhado a um terceiro parecerista. Da mesma forma, os editores podem, a seus critérios, emitir um terceiro parecer. Cabe aos pareceristas recomendar a aceitação, recusa ou reformulação dos trabalhos. No caso de solicitação de reformulação, os autores devem devolver o trabalho revisado dentro do prazo estipulado. Não havendo manifestação dos autores no prazo definido, o trabalho será excluído do sistema.

O Comitê Editorial possui plena autoridade para decidir sobre a aceitação final do trabalho, bem como sobre as alterações efetuadas.

Não serão admitidos acréscimos ou modificações depois da aprovação final do trabalho. Eventuais sugestões de modificações de estrutura ou de conteúdo por parte da editoria da revista serão previamente acordadas com os autores por meio de comunicação por *e-mail*.

A versão diagramada (prova de prelo) será enviada, por *e-mail*, aos autores para revisão final, que deverão devolver no prazo estipulado.

Ao final do artigo constará informações sobre: data de recebimento, data de aprovação, suporte financeiro e conflito de interesses.

ORIENTAÇÕES PARA A PREPARAÇÃO E SUBMISSÃO DOS TRABALHOS

Os trabalhos devem ser submetidos pelo site: www.saudeemdebate.org.br. Após seu cadastramento, o autor responsável pela submissão criará seu *login* e senha, para o acompanhamento do trâmite.

Modalidades de textos aceitos para publicação

Artigo original: resultado de investigação empírica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter no máximo 6.000 palavras.

Importante: em todos os casos, o número máximo de palavras inclui o corpo do artigo e as referências. Não inclui título, resumo, palavras-chave, tabelas, quadros, figuras e gráficos.

Preparação e submissão do texto

O texto pode ser escrito em português, espanhol ou inglês. Deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato doc ou docx, para ser anexado no campo correspondente do formulário de submissão. Não deve conter qualquer informação que possibilite identificar os autores ou instituições a que se vinculem.

Digitar em folha padrão A4 (210X297mm), margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5.

O texto deve conter

Na primeira página:

Título: que expresse clara e sucintamente o conteúdo do texto, contendo, no máximo, 15 palavras. O título deve ser escrito em negrito, apenas com iniciais maiúsculas para nomes próprios. O texto em português e espanhol deve ter título na língua original e em inglês. O texto em inglês deve ter título em inglês e português.

Resumo: em português e inglês ou em espanhol e inglês com, no máximo 200 palavras, no qual fiquem claros os objetivos, o método empregado e as principais conclusões do trabalho. Deve ser não estruturado, sem empregar tópicos (introdução, métodos, resultados etc.), citações ou siglas, à exceção de abreviaturas reconhecidas internacionalmente.

Palavras-chave: ao final do resumo, incluir de três a cinco palavras-chave, separadas por ponto (apenas a primeira inicial maiúscula), utilizando os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), disponíveis em: www.decs.bvs.br.

Registro de ensaios clínicos: a 'Saúde em Debate' apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo, assim, sua importância para o registro e divulgação internacional de informações sobre ensaios clínicos. Nesse sentido, as pesquisas clínicas devem conter o número de identificação em um dos registros de ensaios clínicos validados pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis em: <http://www.icmje.org>. Nestes casos, o número de identificação deverá constar ao final do resumo.

No corpo do texto:

Respeita-se o estilo e a criatividade dos autores para a composição do texto, no entanto, este deve contemplar elementos convencionais, como:

Introdução: com definição clara do problema investigado, justificativa e objetivos.

Material e métodos: descritos de forma objetiva e clara, permitindo a reprodutibilidade da pesquisa. Caso ela envolva seres humanos, deve ficar registrado o número do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Resultados e discussão: podem ser apresentados juntos ou em itens separados.

Conclusões ou considerações finais: que depende do tipo de pesquisa realizada.

Referências: devem constar somente autores citados no texto e seguir os Requisitos Uniformes de Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas, do ICMJE, utilizados para a preparação de referências (conhecidos como 'Estilo de Vancouver'). Para maiores esclarecimentos, recomendamos consultar o 'Manual de Normalização de Referências' elaborado pela editoria do Cebes.

Para contribuir com a qualificação e divulgação da revista recomendamos que sejam utilizados artigos publicados pela própria revista.

OBSERVAÇÕES

A revista não utiliza sublinhados e negritos como grifo. Utilizar aspas simples para chamar a atenção de expressões ou títulos de obras. Exemplos: 'porta de entrada'; 'Saúde em Debate'. Palavras em outros idiomas devem ser escritas em itálico, com exceção de nomes próprios.

Evitar o uso de iniciais maiúsculas no texto, com exceção das absolutamente necessárias.

Depoimentos de sujeitos deverão ser apresentados em itálico e entre aspas duplas no corpo do texto (se menores que três linhas). Se forem maiores que três linhas, devem ser escritos em itálico, sem aspas, destacados do texto, com recuo de 4 cm, espaço simples e fonte 11.

Não utilizar notas de rodapé no texto. As marcações de notas de rodapé, quando absolutamente indispensáveis, deverão ser sobrescritas e sequenciais.

Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes que compõem o texto.

O número de figuras, gráficos, quadros ou tabelas deverá ser de, no máximo, cinco por texto (com no máximo duas laudas cada). As figuras, gráficos, quadros e tabelas devem estar em formato aberto/editável, não retirar de outros arquivos. No caso de figuras como por exemplo, fotografias, desenhos e mapas, enviar em alta resolução (no mínimo 300 DPIs), em preto e branco ou escala de cinza. Devem ser submetidos em arquivos separados do texto, um a um, seguindo a ordem que aparecem no estudo (devem ser numerados e conter título e fonte). No texto, apenas identificar o local onde serão inseridos.

Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.

ERRATA:

Após a publicação do artigo, caso haja necessidade de retratações, erratas ou modificações o autor deve entrar em contato por meio do e-mail da revista (revista@saudeemdebate.org.br). A revista segue os procedimentos indicados no 'Guia para registro e publicação de errata' do SciELO.

RECLAMAÇÕES E RECURSOS:

Os autores têm direito de pedir explicações, se perceberem má conduta em quaisquer políticas que envolvam éticas de publicação da revista. A reclamação deve ser feita por meio de carta, enviada ao editor pelo e-mail revista@saudeemdebate.org.br. Recebida a reclamação, inicia-se processo de

investigação, pela equipe executiva da revista, sob orientação do editor-chefe. Ao final da apuração, elabora-se relatório e encaminha-se, por *e-mail*, a resposta ao interessado com a decisão tomada.

Acreditamos que as reclamações contribuem para a melhoria do processo de avaliação, tempo de processamento e publicação dos manuscritos submetidos à revista.

DOCUMENTOS RELACIONADOS A SEGUIR DEVEM SER DIGITALIZADOS E ENVIADOS PELO SISTEMA DA REVISTA NO MOMENTO DO CADASTRO DO ARTIGO

1. Declaração de Responsabilidade e Cessão de Direitos Autorais

Todos os autores devem preencher e assinar a declaração conforme modelo disponível em: <https://saudeemdebate.org.br/sed/libraryFiles/downloadPublic/147>.

2. Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

No caso de pesquisas que envolvam seres humanos, realizadas no Brasil, anexar documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o trabalho foi realizado. No caso de instituições que não disponham de um CEP, deverá ser apresentado o documento do CEP pelo qual ela foi aprovada. Pesquisas realizadas em outros países, anexar declaração indicando o cumprimento integral dos princípios éticos e das legislações específicas.

3. Formulário sobre Conformidade com a Ciência Aberta – SciELO

Os autores devem preencher o formulário: <https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Formulario-de-Conformidade-Ciencia-Aberta.docx>, e anexar ao sistema da revista como 'Componentes do artigo – Documento complementar'.

DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA A SER ENVIADA APÓS A APROVAÇÃO DO ARTIGO

1. Declaração de revisão ortográfica e gramatical

Os artigos aprovados deverão passar por revisão ortográfica e gramatical feita por profissional qualificado, com base em uma lista de revisores indicados pela revista. O artigo revisado deve vir acompanhado de declaração do revisor.

2. Declaração de tradução

Os artigos aprovados poderão ser traduzidos para o inglês a critério dos autores. Neste caso, a tradução será feita por profissional qualificado, com base em uma lista de tradutores indicados pela revista. O artigo traduzido deve vir acompanhado de declaração do tradutor.

POLÍTICA DE PRIVACIDADE

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

A revista utiliza o *software* OJS (Open Journal Systems) para avaliação de seus manuscritos. Este sistema prevê o *backup* de todo conteúdo registrado. Além disso, a 'Saúde em Debate' encontra-se disponível nos acervos digitais da empresa Docpro desde seu primeiro número, lançado em 1976 <http://www.docvirt.com/asp/saudeemdebate/default.asp>.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Avenida Brasil, 4.036, sala 802. Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil – CEP 21040-361. *E-mail*: revista@saudeemdebate.org.br

Artigo Original

Resultado de investigação empírica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter no máximo 6.000 palavras.

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.