

Fatores associados ao abandono do acompanhamento nutricional ambulatorial de crianças e adolescentes

Factors associated with the abandonment of outpatient nutritional follow-up in children and adolescents

Eslen Giovana da Silva Cordeiro¹, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso¹

DOI: 10.1590/2358-28982026E110721P

RESUMO Objetivou-se identificar os fatores associados ao abandono do acompanhamento de crianças e adolescentes em um serviço público de atenção secundária à saúde. Coorte retrospectiva, analítica exploratória, com dados de prontuários de pacientes atendidos entre junho de 2019 e junho de 2022 em um ambulatório de nutrição no Paraná. Os participantes foram divididos em dois grupos conforme a finalidade do acompanhamento, considerando os dados sociodemográficos, clínicos e antropométricos como preditores e o abandono (variável dicotômica) como desfecho. Realizaram-se análise descritiva e Regressão de Poisson com variância robusta por grupo. No grupo 1, predominaram crianças menores de 6 meses (68,8%), do sexo masculino (62,8%), encaminhadas por alergias alimentares (47,9%), e o número de consultas e o histórico clínico familiar reduziram o risco de abandono. No grupo 2, composto por adolescentes (54,8%), do sexo feminino (51,9%), encaminhados por sobrepeso/obesidade (83,7%), a faixa etária e o histórico clínico familiar também reduziram o risco de abandono do acompanhamento, enquanto o estado nutricional o elevou. Os resultados evidenciam o estado nutricional, o histórico clínico familiar e o número de consultas como determinantes no desfecho do acompanhamento. É essencial observar esses fatores com atenção para desenvolver estratégias que promovam a permanência dos usuários nos serviços de saúde.

PALAVRAS-CHAVE Nutrição da criança. Pacientes desistentes do tratamento. Assistência ambulatorial. Atenção secundária à saúde.

ABSTRACT This study aimed to identify factors associated with dropout of follow-up care among children and adolescents in a public secondary health care service. This was a retrospective, exploratory analytical cohort study, using data from the medical records of patients seen between June 2019 and June 2022 at a nutrition outpatient clinic in Paraná. Participants were divided into two groups based on the purpose of follow-up, with sociodemographic, clinical, and anthropometric data as predictors and dropout (a dichotomous variable) as the outcome. Descriptive analysis and Poisson Regression with robust variance by group were performed. In group 1, children under six months of age (68.8%), males (62.8%), referred due to food allergies (47.9%) predominated, and the number of consultations and family clinical history reduced the risk of dropout. In group 2, composed of adolescents (54.8%), females (51.9%), referred for overweight/obesity (83.7%), age range, and family clinical history also reduced the risk of dropout, whereas nutritional status increased it. The results highlight nutritional status, family medical history, and the number of appointments as determinants of follow-up outcomes. Careful observation of these factors is essential for developing strategies that promote patient retention in health services.

KEYWORDS Child nutrition. Patient dropouts. Ambulatory care. Secondary care.

¹ Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) – Cascavel (PR), Brasil.
eslengeovana08@hotmail.com



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 aumentar sua eficácia. Em estudo realizado com gestores, profissionais da saúde e usuários da atenção secundária, investigando a organização das práticas de saúde nesse nível de atenção e analisando como as interações 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 contribui para um sistema de saúde mais eficaz e equitativo².

O acesso ao seguimento em ambulatórios públicos de nutrição é fundamental para garantir a continuidade do cuidado nutricional e a eficácia dos tratamentos propostos na Atenção Primária à Saúde (APS) em todas as faixas etárias. Estudos recentes, como é o caso desta pesquisa, têm investigado fatores que influenciam a continuidade do acompanhamento de pacientes nesses serviços, destacando desafios e propondo estratégias para aprimorar o atendimento.

Estudo que avaliou 489 crianças e adolescentes com obesidade em acompanhamento

multidisciplinar evidenciou uma taxa elevada de abandono do seguimento ao longo do tempo. No grupo abandono precoce do acompanhamento, 47,4% dos participantes haviam interrompido o seguimento 12 meses após o início, com ampliação para 60,7% ao final de 24 meses. Adolescentes com obesidade avançada no início do acompanhamento e histórico familiar de obesidade apresentaram maior risco de desistência, indicando que fatores clínicos e nutricionais têm influência direta na permanência dos usuários no cuidado³.

Em um estudo realizado com 1.300 pacientes com diagnóstico de obesidade, com idade média de 10,46 anos, acompanhados ambulatorialmente por até cinco anos em um hospital terciário, observou-se uma taxa expressiva de abandono precoce do seguimento. Antes de completar o primeiro ano de acompanhamento, 45,54% dos participantes haviam interrompido o tratamento, sendo que apenas 8,2% da coorte inicial manteve o seguimento até o quinto ano. Esses achados evidenciam os desafios relacionados com a retenção de pacientes em programas de tratamento, especialmente de obesidade infantil, mesmo quando conduzidos em serviços especializados, reforçando a necessidade de estratégias mais eficazes para promover a continuidade do cuidado⁴.

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, e enfatiza a necessidade de monitoramento contínuo para assegurar a recuperação e a manutenção do estado nutricional adequado⁵.

Esse acompanhamento do estado nutricional de crianças e adolescentes faz-se necessário, uma vez que a adoção de hábitos alimentares saudáveis é considerada a base para um estado de saúde adequado, especialmente na infância e adolescência, em que o processo de crescimento e desenvolvimento

ocorre de maneira intensa⁶. Os hábitos alimentares formados nessa fase da vida costumam persistir até a idade adulta e podem contribuir para a exposição prolongada aos malefícios decorrentes de uma alimentação inadequada⁷.

O padrão de consumo alimentar de crianças e adolescentes brasileiros sofreu alterações nos últimos anos, resultando na transição de uma dieta baseada em alimentos *in natura* e minimamente processados para outra baseada no alto consumo de alimentos processados e ultraprocessados⁸. 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 peso⁹. 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 demonstravam, respectivamente, sobrepeso, obesidade e obesidade grave^{10,11}.

Essa mudança no perfil nutricional de crianças e adolescentes brasileiros configura um importante problema de saúde pública, pois tem sido associada ao risco aumentado para o desenvolvimento de complicações em curto e longo prazo, como puberdade precoce, baixo rendimento escolar, alterações psicossociais e Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)¹².

O perfil nutricional existente e a influência do padrão alimentar no crescimento e desenvolvimento infantil, bem como no estado de saúde em 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^{13,14}.

No que se refere ao tratamento e acompanhamento de crianças e adolescentes, tem-se observado que, independentemente da finalidade que motiva o acompanhamento em um serviço de saúde, há elevada frequência de abandono do seguimento, percebida em condições específicas de saúde, como em crianças acompanhadas em ambulatórios de alto risco¹⁴ e, de modo mais frequente, na obesidade infantil^{3,15}.

Este estudo tem como propósito avaliar os fatores associados ao abandono do acompanhamento nutricional, sendo, portanto, fundamental a conceituação dos termos ‘não adesão’ e ‘abandono’ no contexto dos serviços de saúde. O abandono é compreendido como a interrupção do acompanhamento, voluntária ou não, sem justificativa clínica plausível. Essa condição geralmente envolve situações em que o paciente decide cessar o tratamento de forma unilateral, sendo essa decisão percebida pela equipe profissional como precipitada ou imprudente¹⁶.

A não adesão ao tratamento pode ser compreendida como o comportamento de um indivíduo que, mesmo vinculado ao serviço de saúde, não segue as recomendações terapêuticas estabelecidas pelos profissionais responsáveis¹⁷. Nesse contexto, a não adesão pode configurar um dos fatores relacionados com o abandono do acompanhamento nutricional, mas a ausência de adesão a determinado tratamento não implica, necessariamente, que o paciente tenha abandonado ou venha a abandonar o cuidado, o que requer maior investigação para analisar essa associação. Outro conceito relevante é o de alta do acompanhamento, definido no estudo como o oposto do abandono, caracterizando a conclusão do processo terapêutico, devidamente registrado em prontuário pelo profissional responsável.

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 até a alta e o abandono 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.

No ambulatório, são atendidos crianças e adolescentes encaminhados por Unidades de Saúde da Família ou Unidades Básicas de Saúde do município e que apresentam agravos relativos à nutrição, como alterações no estado nutricional, carências nutricionais, dislipidemias, DCNT 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 (abandono do acompanhamento: sim ou não), foram coletados dados sociodemográficos, clínicos e antropométricos de três momentos do seguimento nutricional: o primeiro atendimento, o atendimento intermediário do período total de acompanhamento (50%) e o último atendimento.

Estabeleceram-se, dessa forma, como critérios de inclusão: indivíduos com idade entre 0 e 18 anos incompletos que tivessem iniciado o acompanhamento no ambulatório de nutrição no período do estudo e que tivessem recebido alta (não abandono do acompanhamento) ou que tivessem abandonado o acompanhamento nutricional (este último definido como o não comparecimento por um período igual ou superior a um ano).

O desfecho principal analisado no estudo foi o abandono do acompanhamento nutricional, categorizado como sim ou não. Para isso, os participantes foram categorizados em dois grupos: 1) indivíduos que haviam abandonado o acompanhamento, definidos como aqueles que, no momento da coleta de dados, estavam há um ano ou mais sem comparecer ao ambulatório (abandono: sim); e 2) indivíduos que receberam alta formal do acompanhamento, conforme registro do profissional em prontuário (abandono: não).

A inclusão dos participantes que receberam alta como grupo comparativo em relação aos indivíduos que abandonaram o seguimento se justifica pela possibilidade de identificar características que influenciam trajetórias distintas durante o acompanhamento nutricional. Enquanto a alta representa a conclusão planejada do tratamento, geralmente associada ao alcance dos objetivos terapêuticos, o abandono indica uma interrupção precoce e não programada. Comparar esses dois grupos permite compreender quais fatores estão associados à permanência até a alta ou à desistência antes da resolução da queixa inicial.

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, totalizando 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, entre 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, coletaram-se 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 Saúde¹⁸.

Os dados foram tabulados em planilha no Microsoft Excel® e posteriormente transferidos para o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)¹⁹, versão 22.0, no qual foram submetidos à análise estatística. Foi verificado o padrão de distribuição das variáveis quantitativas (número de moradores no domicílio e número de atendimentos) 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 (variável qualitativa dicotômica abandono do acompanhamento nutricional: sim ou não), 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) em todas as variáveis. Posteriormente, realizou-se análise univariada (bruta) com todas as variáveis coletadas que apresentaram VIF menor que 10. Aquelas que apresentaram valor de $p < 0,20$ na análise univariada 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 (IMC). 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 (IMC, evolução do peso). Na análise ajustada, adotou-se apenas o IMC como padrão para avaliação do estado nutricional nos dois grupos.

Salienta-se que, para a Regressão de Poisson com variância robusta, foi realizada a recategorização das variáveis IMC 3º atendimento nos dois grupos e do histórico clínico familiar no grupo 2, justificando a diferença de categorias dessas variáveis a partir da análise descritiva.

A entrada das variáveis no modelo final foi realizada por meio do método *stepwise backward*, e a qualidade do ajuste e da 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 consulta²⁰.

O estudo seguiu os preceitos éticos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde²¹ e foi aprovado 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 Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 71424523.0.0000.0107.

Resultados

O grupo 1 foi constituído por 215 participantes, predominantemente, do sexo masculino (62,8%), com faixa etária menor de 6 meses de idade (68,8%), diagnóstico prévio de alergias e/ou intolerâncias alimentares (54,9%) e história clínica familiar de ausência de patologias (64,6%). A mediana de número de atendimentos desse grupo foi de sete, e a de número de moradores no domicílio foi de quatro. As principais finalidades para o início do acompanhamento foram alergia e/ou intolerância alimentar (47,9%) e prematuridade (29,8%), e a

condição final (desfecho) do acompanhamento mais frequentemente observada foi o abandono do seguimento (78,1%), conforme *tabela 1*.

No grupo 2, composto por 135 participantes, foi verificada frequência semelhante de indivíduos do sexo feminino (51,9%) e masculino (48,1%), maior frequência de indivíduos com faixa etária maior de 120 meses (54,8%), com ausência de patologias prévias (54,1%) e com história clínica familiar de DCNT (hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus) e estado nutricional de obesidade (74,1%). A mediana de número de atendimentos foi de cinco, e a de número de moradores no domicílio foi de quatro. A principal finalidade para o início do acompanhamento nesse grupo foi sobrepeso e obesidade (83,7%), e a condição final (desfecho) do acompanhamento mais frequentemente observada foi o abandono do seguimento (94,1%).

Tabela 1. Características demográficas e clínicas de 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	148	68,8	13	9,60
≥ 6 a ≤ 60 meses	55	25,6	15	11,10
> 60 a ≤ 120 meses	8	3,70	33	24,40
> 120 meses	4	1,90	74	54,80
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

Tabela 1. Características demográficas e clínicas de 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
Patologias prévias*				
Nenhum	71	33,00	73	54,10
Outros	26	12,10	49	36,30
Alergia e/ou intolerância alimentar	118	54,90	13	9,60
História clínica familiar*				
Nenhum	115	64,60	23	17,00
Outros	24	13,50	9	8,90
Alergia e/ou intolerância alimentar	18	10,10	0,00	0,00
DCNT e obesidade	21	11,80	100	74,10
Desfecho abandono*				
Sim	168	78,10	127	94,10
Não	47	21,90	8	5,90

Fonte: elaboração própria.

Mdn: Mediana. IIQ: Intervalo Interquartil. DCNT: Doenças Crônicas Não Transmissíveis. *Frequência absoluta (n) e relativa (%). + Mediana e intervalo interquartil.

Com relação aos indicadores antropométricos dispostos na *tabela 2*, observa-se, no grupo 1, que a maior parte das crianças e dos adolescentes apresentou antropometria de acordo com os parâmetros estabelecidos para a faixa etária, com 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 51,9% dos participantes. De modo contrário ao grupo 1, houve maior predominância de indivíduos com peso elevado (56,7%), obesidade e obesidade grave (71,9%) nos índices antropométricos de peso e IMC para a idade, respectivamente, conforme disposto na *tabela 2*.

Tabela 2. Indicadores antropométricos de 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

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

	Grupo 1		Grupo 2	
	n	%	n	%
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 apresentado na *tabela 3*, no grupo 1 (alergias e/ou intolerâncias alimentares, prematuridade e outras condições clínicas e sociais), algumas variáveis demonstraram associação com o desfecho abandono do acompanhamento na análise univariada, porém, perderam significância no modelo ajustado. Após o ajuste, apenas o número de consultas manteve associação com o desfecho ($p = 0,009$; RR: 0,97), sendo identificado como fator de proteção. O resultado indica que, para cada consulta adicional no ambulatório, houve uma redução de 3% no risco de abandono do acompanhamento nutricional.

Adicionalmente, a categoria 'outros', referente à história clínica familiar, apresentou associação significativa com o desfecho de abandono do acompanhamento ($p = 0,037$; RR = 0,82) em comparação com os participantes sem histórico familiar de patologias. Essa categoria inclui condições como anemia, asma, hipotireoidismo, entre outras de menor prevalência, sugerindo que os indivíduos dessa categoria apresentam menor risco de abandonar o acompanhamento nutricional, demonstrando que antecedentes familiares podem influenciar a continuidade do cuidado nutricional.

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		p	Análise bruta		p	Análise ajustada	
	Sim	Não		RR	IC (95%)		RR	IC (95%)
	n (%)	n (%)						
Número de consultas+	6	9	0,006	0,97	0,95-0,99	0,009	0,97	0,95-0,99
História clínica familiar								
Nenhum	114 (99,1)	1 (0,90)		1			1	
Alergia ou intolerância alimentar	15 (83,3)	3 (16,7)	0,101	0,84	0,68-1,03	0,100	0,86	0,72-1,02
Outros	19 (79,2)	5 (20,8)	0,032	0,79	0,65-0,98	0,037	0,82	0,68-0,98

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		p	Análise bruta			Análise ajustada	
	Sim	Não		RR	IC (95%)	p	RR	IC (95%)
	n (%)	n (%)						
DCNT e obesidade	19 (90,5)	2 (9,50)	0,200	0,91	0,79-1,05	0,176	0,91	0,80-1,04
Patologias prévias								
Nenhum	60 (84,5)	11 (15,5)		1			1	
Outros	24 (92,3)	2 (7,70)	0,025	1,08	1,01-1,16	0,402	1,04	0,94-1,14
Alergia alimentar	84 (71,2)	34 (28,8)	0,808	1,01	0,92-1,10	0,926	0,99	0,85-1,15
IMC (3º atendimento)								
Eutrofia	133 (76,4)	41 (23,6)		1			1	
Magreza e Magreza acentuada	5 (83,3)	1 (16,7)	0,0033	1,06	1,02-1,11	0,69	1,02	0,90-1,15
Excesso de peso e obesidade	30 (85,7)	5 (14,3)	0,981	0,99	0,90-1,10	0,90	0,99	0,89-1,10

Fonte: elaboração própria.

DCNT: Doenças Crônicas Não Transmissíveis. IMC: Índice de Massa Corporal. + Mediana. IC: Intervalo de Confiança. RR: Risco Relativo.

A *tabela 4* apresenta os fatores relacionados com o abandono do seguimento nutricional no grupo 2 (alterações nos indicadores antropométricos: baixo ganho ponderal, desnutrição, sobrepeso e obesidade). Na análise bruta, observou-se que a presença de história clínica familiar de patologias atuou como fator de proteção, enquanto o estado nutricional classificado como obesidade/obesidade grave na criança ou no adolescente foi identificado como fator de risco para o abandono do acompanhamento nutricional.

Na análise ajustada, verificou-se que crianças com idade entre 6 e 60 meses ($p = 0,034$; $RR = 0,73$), entre 60 e 120 meses ($p = 0,046$; $RR = 0,70$) e acima de 120 meses ($p = 0,049$; $RR = 0,72$) apresentaram menor risco

de abandono do acompanhamento nutricional em comparação com aquelas com menos de 6 meses de idade. Além disso, o histórico clínico familiar (DCNT/obesidade/outras) foi identificado como fator de proteção, indicando que crianças e adolescentes com tais antecedentes familiares apresentaram risco 13% menor de abandono do acompanhamento nutricional em relação àqueles sem esse tipo de histórico ($p = 0,018$; $RR = 0,87$).

Por outro lado, nesse grupo, o estado nutricional classificado como obesidade e obesidade grave em crianças e adolescentes foi identificado como fator de risco para o abandono do acompanhamento nutricional, com risco 1,45 vez superior de interrupção do seguimento em comparação aos indivíduos eutróficos ($p = 0,036$; $RR = 1,45$).

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

	Abandono		p	Análise bruta			Análise ajustada	
	Sim	Não				p		
	n (%)	n (%)		RR	IC (95%)		RR	IC (95%)
Número de consultas	5,00	7,00	0,359	0,99	0,97-1,01	0,111	0,98	0,96-1,00
Faixa etária								
0 a < 6 meses	11 (84,6)	2 (15,4)		1			1	
≥ 6 a ≤ 60 meses	12 (80,0)	3 (20,0)	0,158	0,83	0,64-1,07	0,034	0,73	0,55-0,97
> 60 a ≤ 120 meses	31 (93,9)	2 (6,10)	0,157	0,93	0,84-1,02	0,046	0,70	0,49-0,99
> 120 meses	73 (98,6)	1 (1,40)	0,317	0,98	0,95-1,01	0,049	0,72	0,52-0,99
História clínica familiar								
Nenhuma	23 (100)	0 (0,00)		1			1	
DCNT obesidade e outros	104 (95,4)	5 (4,60)	0,025	0,95	0,91-0,99	0,018	0,87	0,77-0,97
IMC (3º atendimento)								
Eutrofia	20 (74,1)	7 (25,9)		1			1	
Sobrepeso e RSP	24 (96,0)	1 (4,0)	0,174	1,15	0,93-1,42	0,085	1,35	0,95-1,90
Obesidade e OB grave	83 (100)	0 (0,0)	0,046	1,21	1,00-1,46	0,036	1,45	1,02-2,06
Evolução do peso								
Manutenção	4 (100)	0 (0,0)		1			1	
Perda de peso	44 (95,7)	2 (4,30)	0,157	0,95	0,89-1,01	0,164	0,84	0,66-1,07
Ganho de peso	78 (92,9)	6 (7,1)	0,083	0,95	0,91-1,00	0,139	0,83	0,66-1,07

Fonte: elaboração própria.

DCNT: Doenças Crônicas Não Transmissíveis. IMC: Índice de Massa Corporal. RSP: Risco de Sobrepeso. OB: Obesidade. + Mediana. IC: Intervalo de Confiança. RR: Risco Relativo.

Discussão

A partir dos resultados obtidos neste estudo, foram identificados fatores de risco e de proteção relacionados com o abandono do acompanhamento nutricional. No grupo 1, destacam-se como fatores protetores a presença de história clínica familiar de patologias e o maior número de consultas, ambos associados à redução do risco de abandono. Já no grupo 2, a faixa etária superior a 6 meses e o histórico clínico familiar de DCNT, obesidade e outras condições menos frequentes também se mostraram fatores que contribuem para a

permanência no acompanhamento até a alta. Contudo, nesse grupo, destaca-se o estado nutricional da criança e do adolescente, mais especificamente a obesidade e a obesidade grave, como fator de risco, aumentando a probabilidade de interrupção precoce do seguimento nutricional.

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. Ademais, os padrões e comportamentos alimentares estabelecidos nessas fases da vida apresentaram implicações significativas para a saúde

em curto e longo prazo, especialmente no que se refere à prevenção de doenças na vida adulta^{6,22}.

Apesar de estabelecida a relevância do acompanhamento desse público em serviços de saúde, as taxas de desistência nesses locais são elevadas, especialmente em situações de alterações no estado nutricional, mas também observadas em outras condições clínicas que não apenas por desvios no perfil antropométrico. Neste estudo, 78,1% dos participantes encaminhados por diagnóstico de alergias e/ou intolerâncias alimentares, prematuridade e outras condições clínicas e sociais em menor frequência não mantiveram o acompanhamento nutricional até a alta.

Em dois centros de referência de alto risco vinculados ao programa Rede Mãe Paranaense, que atendem crianças encaminhadas por condições como prematuridade, malformações ou atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, foi registrada uma taxa de interrupção precoce do acompanhamento de 55,9% dos casos. Os autores apontam uma tendência de redução na vinculação ao seguimento infantil em ambulatorios de alto risco, evidenciada pelo número crescente de crianças que não concluem o acompanhamento de saúde, atribuindo tal condição a aspectos individuais, sociodemográficos e organizacionais, como a distância entre o domicílio e o local de atendimento, o tempo prolongado de espera, a falta de informação sobre a importância do acompanhamento, a percepção de que a criança está saudável e o receio de contaminação pelo vírus da covid-19, visto que o estudo foi realizado durante o período pandêmico¹⁴.

De modo contrário, neste estudo, no grupo composto por indivíduos com faixa etária semelhante, foram evidenciados fatores que reduziram o risco de abandono do acompanhamento. A manutenção até a alta foi associada ao número de consultas realizadas no ambulatório, aspecto identificado como fator protetor, em que, para cada consulta adicional, houve redução de 3% no risco de abandono do seguimento. Esse aspecto pode estar associado

a diversos fatores, como o fato de que um maior número de atendimentos pode refletir uma participação mais ativa e recorrente no serviço, contribuindo para que as crianças e seus responsáveis que comparecem com mais frequência demonstrem maior vínculo com o cuidado. Além disso, esse grupo é composto majoritariamente por crianças menores de 6 meses de idade encaminhadas predominantemente por alergias alimentares, condição que exige um seguimento ambulatorial prolongado. Nesse contexto, o acompanhamento regular e as orientações fornecidas pelos profissionais de saúde contribuem para o empoderamento dos cuidadores, principais responsáveis pela decisão de continuidade do acompanhamento, oferecendo maior segurança no manejo da doença e, possivelmente, fortalecendo o vínculo com o serviço de saúde²³.

Nota-se, a partir da literatura, que, à medida que ocorre o aumento do tempo do acompanhamento em um serviço de saúde, 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 seguimento antes de completar 1 ano e apenas 8,2% mantiveram o seguimento após 5 anos de acompanhamento⁴. Neste estudo, não se analisou a duração do acompanhamento, mas sim a quantidade de atendimentos realizados, fator identificado como protetor ao abandono do acompanhamento no grupo 1. Enquanto o tempo pode indicar uma exposição prolongada ao serviço sem necessariamente refletir a frequência, o número de atendimentos pode representar uma participação mais ativa e recorrente, reforçando a suposição de que crianças, adolescentes e seus responsáveis que comparecem com maior regularidade tendem a estabelecer vínculos mais sólidos com o cuidado e com o próprio serviço, o que pode contribuir para a diminuição do risco de abandono do acompanhamento.

Destaca-se, ainda, 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 DCNT, obesidade e outras condições clínicas, presentes em menor frequência. Resultado semelhante foi observado em estudo de coorte retrospectivo, realizado com crianças e adolescentes obesos em acompanhamento especializado em nível ambulatorial, encaminhados por outros níveis de atenção à saúde para atendimento em um hospital terciário. Neste, a presença de histórico familiar de diabetes mellitus tipo 2 atuou como fator protetor contra o abandono precoce do acompanhamento, sugerindo que os distúrbios metabólicos presentes nos pais podem contribuir para ampliar o conhecimento dos filhos sobre a doença e promover maior conscientização da família quanto aos prejuízos em longo prazo, favorecendo, assim, maior vinculação ao acompanhamento e às orientações recebidas durante o seguimento⁴.

A faixa etária também foi identificada como fator protetor contra o risco de abandono do acompanhamento no grupo de crianças e adolescentes encaminhados por alterações nos indicadores antropométricos (grupo 2). Nesse caso, indivíduos com idade acima de 6 meses apresentaram menor risco de abandonar o acompanhamento quando comparados aos menores de 6 meses. Esse achado pode ser atribuído ao fato de que, em crianças e adolescentes com idade mais avançada, os sinais de comprometimento nutricional tendem a ser mais evidentes, não somente para os responsáveis, mas também para a criança e o adolescente, o que pode favorecer o engajamento com o serviço. Por outro lado, em crianças menores, em que a decisão sobre a continuidade do acompanhamento depende exclusivamente dos responsáveis, pode haver a interpretação errônea de que a criança está aparentemente saudável, podendo contribuir para a interrupção precoce do acompanhamento, conforme apontado em um estudo realizado analisando a adesão, a não adesão e o abandono de crianças encaminhadas para atendimento em centros de referência de alto risco da Rede Mãe Paranaense¹⁴.

O estado nutricional da criança e do adolescente também foi identificado como fator associado ao abandono do acompanhamento ambulatorial. Especificamente, indivíduos do grupo 2, com obesidade e obesidade grave, apresentaram risco 1,45 vez maior de interromper o acompanhamento nutricional em comparação aos eutróficos. A relação entre o perfil antropométrico e a desistência do seguimento em serviços de saúde é corroborada por outros estudos, que destacam maior probabilidade de abandono entre crianças com sobrepeso e obesidade²⁴. Neste, a frequência de crianças e adolescentes encaminhados por alterações nos indicadores antropométricos que não mantiveram acompanhamento nutricional até a alta foi de 94,1%.

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 participantes¹⁵. 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 acompanhados 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 de 24 meses de acompanhamento³.

Um dos fatores possivelmente associados à influência da obesidade na interrupção do acompanhamento em serviços de saúde é a baixa percepção, por parte de 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 vinculação ao longo tratamento^{25,26}. Estudo sugere que pacientes com obesidade grave, que apresentam redução do IMC durante o acompanhamento nutricional apresentam seguimento mais extenso e persistente³, destacando-se que a obtenção de resultados

satisfatórios durante o acompanhamento nutricional, especialmente no início, poderia contribuir para a continuidade do seguimento.

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. Um estudo realizado em 2020, que avaliou a estrutura disponível e a adequação dos processos de trabalho voltados ao manejo da obesidade na atenção básica, revelou que 61% das equipes de APS não realizam o registro dos usuários obesos encaminhados para outros níveis da atenção, apesar de o encaminhamento ocorrer em 77,9% dos casos²⁷. Esse cenário indica uma alta probabilidade de que os pacientes que abandonam precocemente o acompanhamento em serviços especializados permaneçam desassistidos na Rede de Atenção à Saúde, reforçando a urgência de um monitoramento mais atento dos casos de evasão nos serviços especializados.

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 podem comprometer a saúde do indivíduo e piorar o quadro que motivou o seu atendimento. Ademais, podem impactar negativamente a organização dos serviços ao reduzir efetivamente o acesso à atenção especializada, gerar perda de oportunidades de cuidado, ampliar as filas de espera e provocar desperdícios financeiros para a gestão pública²⁸.

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, haja vista que dependem exclusivamente do registro do profissional e, por serem retrospectivos, não permitem adequações no instrumento pelo pesquisador, podendo ser

incompletos ou inconsistentes e impactar os resultados observados.

Além disso, a exclusão de indivíduos que compareceram a até duas consultas e não retornaram ao serviço após esses atendimentos pode ser entendida como uma limitação metodológica do estudo, visto que a ausência de retorno às consultas após poucos atendimentos poderia refletir dificuldades iniciais de adesão, como barreiras de acesso ou falta de vínculo com o serviço, fatores que podem estar associados ao abandono do acompanhamento. A inclusão ou caracterização desses indivíduos no estudo poderia contribuir para melhor compreensão dos fatores associados ao abandono do acompanhamento e colaborar para o estabelecimento de estratégias iniciais mais eficazes para permanência dos usuários nos serviços de saúde.

Apesar das limitações observadas, 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 vinculação ao acompanhamento.

Considerações finais

O estudo identificou aspectos relevantes que influenciam a manutenção até a alta e o abandono do acompanhamento nutricional de crianças e adolescentes em um serviço público especializado. No grupo de participantes encaminhados por patologias e outras condições específicas de saúde, destacam-se, como fatores protetores, a presença de história clínica familiar de patologias e o maior número de consultas, ambos associados à redução do risco de abandono. Já no grupo de crianças e adolescentes encaminhados por alterações nos indicadores antropométricos, a faixa etária superior a 6 meses e o histórico clínico familiar

de DCNT e obesidade também se mostraram fatores que contribuem para a permanência no acompanhamento até a alta. Contudo, o estado nutricional da criança ou do adolescente, mais especificamente a obesidade e a obesidade grave, foi identificado como fator de risco, aumentando a probabilidade de interrupção precoce do seguimento nutricional.

A elevada frequência de abandono do acompanhamento nutricional entre crianças e adolescentes, independentemente da finalidade do seguimento, evidencia a importância de um cuidado integral. Os resultados mostram que a presença de obesidade e obesidade grave está associada a maior interrupção do acompanhamento, refletindo a complexidade do tratamento, que exige mudanças significativas no estilo de vida da criança ou do adolescente e de seus familiares. Em contrapartida, o histórico clínico familiar de DCNT e outras condições menos prevalentes atuaram como fator de proteção, sugerindo, nesses casos, maior conscientização dos riscos que promovem maior vínculo com o serviço de saúde. Além disso, a maior frequência de atendimentos demonstrou reduzir o risco de abandono, reforçando a relevância da vinculação ao serviço de saúde ao longo do acompanhamento.

Diante desses achados, torna-se evidente a necessidade de estabelecer estratégias que fortaleçam o vínculo entre os usuários e os serviços de saúde, especialmente no contexto do acompanhamento nutricional na infância e adolescência. A compreensão dos fatores que favorecem a permanência, como o histórico clínico familiar e a maior frequência de atendimentos, pode orientar ações intersetoriais e adaptação de processos de trabalho, voltados ao acolhimento contínuo desses indivíduos. Tais medidas são fundamentais para enfrentar os desafios impostos pelo tratamento da obesidade infantil, identificada como fator de risco para o abandono, e para garantir que crianças e adolescentes recebam suporte adequado durante o acompanhamento em serviços de saúde especializados, como é o caso do ambulatório de nutrição.

Contribuições de autoria

Cordeiro EGS (0000-0002-2507-3420)* contribuiu para concepção do trabalho, coleta, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica e aprovação final do manuscrito. Toso BRGO (0000-0001-7366-077X)* contribuiu para a concepção do trabalho, redação e revisão crítica e aprovação final do manuscrito. ■

Referências

1. Erdmann AL, Andrade SR, Mello ALSF, et al. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2013;21(Esp):131-139. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000700017>
2. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc saúde de coletiva*. 2010;15(5):2297-305. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>
3. Luppino G, Wasniewska M, Casto C, et al. Treating Children and Adolescents with Obesity: Predictors

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- of Early Dropout in Pediatric Weight-Management Programs. *Children*. 2024;11(2):205. DOI: <https://doi.org/10.3390/children11020205>
4. Auñón AZ, Alonso BG, Esteban EMA, et al. Predictores de adherencia al seguimiento y éxito terapéutico em obesidade infantil. *An Pediatr*. 2024;100(6):428-37. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2024.04.005>
 5. Ministério da Saúde (BR), 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. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016.
 6. Neri LCL, Guglielmetti M, Fiorini S, et al. Nutritional counseling in childhood and adolescence: a systematic review. *Front Nutr*. 2024;11:1270048. DOI: <https://doi.org/10.3389/fnut.2024.1270048>
 7. Beserra, JB, Soares NIS, Marreiros CS, et al. Crianças e adolescentes que consomem alimentos ultraprocessados possuem pior perfil lipídico? Uma revisão sistemática. *Ciênc saúde coletiva*. 2020;25(12):4979-89. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.29542018>
 8. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. Guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019.
 9. Martins KPS, Santos VG, Leandro BBS, et al. Transição nutricional no Brasil de 2000 a 2016, com ênfase na desnutrição e obesidade. *Ask Inf Saúde*. 2022;1(2):113-32. DOI: <https://doi.org/10.21728/asklepion.2021v1n2.p113-132>
 10. Pelegrini A, Bim MA, Souza U, et al. Prevalence of overweight and obesity in Brazilian children and adolescents: a systematic review. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum*. 2021;23(s.n):1-19. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-0037.2021v23e80352>
 11. Castro IRR, Anjos LA, Lacerda EMA, et al. Nutrition transition in Brazilian children under 5 years old from 2006 to 2019. *Cad Saúde Pública*. 2023;39(Supl 2):1-15. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XEN216622>
 12. 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. p. 3-16.
 13. Nascimento MO, Belo RMO, Araujo TLLS, et al. Fatores associados à adesão ao tratamento não medicamentoso da hipertensão na atenção primária. *Rev Bras de Enferm*. 2021;74(6):1-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0173>
 14. Shibukawa BMC, Uema RTB, Oliveira NN, et al. Monitoring of high-risk children in health services: a geospatial mixed-methods study. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2022;30:e3777. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5806.3777>
 15. Hassan H, Henkemans SS, Teeffelen JV, et al. 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):345-51. DOI: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmac100>
 16. Gastaud MB, Nunes MLT. Abandono do tratamento na psicoterapia psicanalítica: em busca de definição. *J Bras Psiquiatr*. 2010;59(3):247-54. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0047-20852010000300012>
 17. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action [Internet]. Geneva: WHO; 2003 [acesso 2025 jul 14]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf>
 18. World Health Organization. Organization releases new Child Growth Standards [Internet]. Geneva: WHO; 2006 [acesso 2025 jul 14]. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/27-04-2006-world-health-organization-releases-new-child-growth-standards>
 19. IBM Corp: IBM SPSS Statistics for Windows. Versão 22.0. Armonk, NY: IBM Corp; 2013.

20. Vandenberg JP, Von Elm E, Altman DG, et al. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE): explanation and elaboration. *Epidemiology*. 2007;18(6):805-35. DOI: <https://doi.org/10.1097/ede.0b013e3181577511>
21. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União: Brasília, DF*. 2013 jun 13; Edição 112; Seção I:59-62.
22. Scaglioni S, Cosmi V, Ciappolino V, et al. Factors Influencing Children's Eating Behaviours. *Nutrients*. 2018;10(6):706. DOI: <https://doi.org/10.3390/nut10060706>
23. Pinto FL, Frutuoso MFP, Speridião PGL. Tratamento dietético da alergia às proteínas do leite de vaca: um estudo da percepção de mães. *Rev Ped SOPERJ*. 2021;21(4):176-82. DOI: <http://dx.doi.org/10.31365/issn.2595-1769.v21i4p176-182>
24. Langeheine M, Pohlabeln H, Lauria F, et al. Attrition in the European Child Cohort IDEFICS/I.Family: Exploring Associations Between Attrition and Body Mass Index. *Front Pediatr*. 2018;6:212. DOI: <https://doi.org/10.3389/fped.2018.00212>
25. Ribeiro PAS, Souza AS, Godinho JSL, et al. As dificuldades no cotidiano da família e da enfermagem para o combate da obesidade infantil. *Rev Pró-UniversUS*. 2022;13(1):103-7. DOI: <https://doi.org/10.21727/rpu.v13i1.3121>
26. Baggio MA, Alves KR, Cavalheiro RF, et al. Obesidade infantil na percepção de crianças, familiares e profissionais de saúde e de educação. *Texto Contexto – Enferm*. 2021;30:e20190331. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0331>
27. Brandão AL, Reis EC, Silva CVC, et al. Estrutura e adequação dos processos de trabalhos no cuidado à obesidade na Atenção Básica brasileira. *Saúde Debate*. 2020;44(126):678-93. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012607>
28. Beltrame SM, Oliveira AE, Santos MAB, et al. Absenteísmo de usuários como fator de desperdício: desafios para a sustentabilidade em sistema universal de saúde. *Saúde Debate*. 2019;43(123):1015-30. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912303>

Recebido em 01/06/2025

Aprovado em 28/10/2025

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito

Suporte financeiro: não houve

Editor responsável: Raphael Mendonça Guimarães, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Centro de Estudos Estratégicos Antônio Ivo de Carvalho (CEE) e Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8356846640489575>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1225-6719>, e-mail: raphael.guimaraes@fiocruz.br