



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

FERNANDA BORGES

**A OBESIDADE ENTRE ESCOLARES: VIVÊNCIA DAS CRIANÇAS E SUAS
FAMÍLIAS**

**MARINGÁ
2014**

FERNANDA BORGES

**A OBESIDADE ENTRE ESCOLARES: VIVÊNCIA DAS CRIANÇAS E SUAS
FAMÍLIAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem e o processo de cuidado.

Linha de pesquisa: O cuidado à saúde nos diferentes ciclos de vida.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Sonia Silva Marcon

**MARINGÁ
2014**

FERNANDA BORGES

**A OBESIDADE ENTRE ESCOLARES: VIVÊNCIA DAS CRIANÇAS E SUAS
FAMÍLIAS**

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profª. Drª. Sonia Silva Marcon
Universidade Estadual de Maringá (UEM)

Profª. Drª. Maria das Neves Decesaro
Universidade Estadual de Maringá (UEM)

Profª. Drª. Cláudia Silveira Viera
Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE)

Dedico este trabalho aos meus pais Tânia e Antônio Carlos, e à minha irmã Carolina – pilares da minha vida, meu refúgio e minha alegria.
Amo vocês.

AGRADECIMENTOS

Durante a nossa vida, Deus coloca em nossos caminhos diferentes desafios, estes certamente são rodeados de obstáculos que contribuem para o nosso crescimento pessoal e profissional. Chegar à etapa final de um grande desafio me proporciona a agradável sensação de vitória e dever cumprido. Porém, para que isso acontecesse, Ele também foi muito generoso em colocar pessoas tão maravilhosas que contribuíram de maneira expressiva para que esse objetivo fosse alcançado.

Por isso, primeiro agradeço a DEUS pelo dom da vida, pela saúde e pela oportunidade de realizar este estudo. Agradeço, também, a toda a minha família pela torcida e encorajamento, em especial aos meus pais Tânia Borges e Antônio Carlos Name Borges, por estarem sempre ao meu lado, me apoiando em todos os sentidos, além do incentivo e dedicação diária para a concretização desta etapa; e a minha irmã Carolina Borges pela amizade e companheirismo.

Agradeço àqueles a quem tenho a honra de poder chamar de amigos, que estiveram sempre ao meu lado, nos bons momentos e também naqueles mais difíceis, dando-me forças e proporcionando momentos de alegria que me motivaram nesta caminhada. Especialmente aquelas que ocupam um lugar especial em minha vida, Michele Silvino, Viviane Sousa, Amanda Zampieri, Mayara Rosalen e Leticia Migliorini, verdadeiras amigas, irmãs.

Agradeço à minha orientadora, Profa. Dra. Sonia Silva Marcon, que me recebeu de braços abertos em seu grupo de pesquisa. Obrigada por todos os ensinamentos, dedicação e carinho durante o desenvolvimento deste estudo.

Às professoras Dra. Maria das Neves Decesaro e Dra. Cláudia Silveira Viera pelas contribuições desde o período da qualificação, e a todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UEM, em especial à Profa. Dra. Ieda Harumi Higarashi que me incentivou na pesquisa científica e contribuiu significativamente para esta caminhada.

Aos funcionários da Secretária de Saúde de Maringá, que me forneceram informações preciosas com empenho e agilidade.

Por fim, a todas as famílias e crianças que me receberam em suas casas e se dispuseram a compartilhar as suas experiências com a obesidade infantil de maneira enriquecedora e essencial para a elaboração deste estudo.

Como os pássaros, que cuidam de seus filhos ao fazer um ninho no alto das árvores e nas montanhas, longe de predadores, ameaças e perigos, e mais perto de Deus, deveríamos cuidar de nossos filhos como um bem sagrado, promover o respeito a seus direitos e protegê-los.

Zilda Arns Neumann

BORGES, F. **A obesidade entre escolares**: vivência das crianças e suas famílias. 2014. 124 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)–Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2014. Orientadora: Sonia Silva Marcon.

RESUMO

A obesidade nos últimos anos tem sido diagnosticada com frequência na população infantil, configurando-se em um problema de saúde pública. A aproximação com a realidade dessas crianças e de suas famílias constitui importante estratégia para subsidiar ações de prevenção e promoção da saúde. Assim, o objetivo deste estudo foi apreender o modo como crianças obesas e suas famílias vivenciam, compreendem e lidam com a obesidade infantil. O estudo foi realizado no município de Maringá, Paraná, com crianças entre seis e dez anos de idade e suas mães. Para a seleção dos participantes utilizou-se o relatório de avaliação nutricional das crianças cadastradas no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) do município, no ano de 2013. Foram identificadas 86 crianças obesas, sendo a maioria (59,3%) do sexo masculino, com idade média de oito anos. Os dados foram coletados no período entre janeiro e maio de 2014 e a coleta envolveu duas vertentes metodológicas: na quantitativa foram entrevistadas 55 crianças, sendo utilizado parte do instrumento da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), abordando dados sociodemográficos, padrão alimentar, prática de exercícios físicos e percepção da imagem corporal; e na qualitativa foi realizada entrevista semiestruturada com 14 crianças e suas mães. Para isto, foram selecionadas as famílias em que a mãe e/ou a criança apresentavam maior facilidade de comunicação, disponibilidade de tempo e abertura para compartilhar suas experiências com a obesidade. Para análise dos dados quantitativos utilizou-se a análise descritiva por meio da frequência simples e relativa, e a análise de conteúdo, modalidade temática, para a análise dos dados qualitativos. Os resultados mostraram que a maioria das crianças obesas entrevistadas era do sexo masculino, da classe econômica C1, tinha idade média de oito anos e 67,3% de seus responsáveis estavam com excesso de peso. O ambiente escolar mostrou-se um dos principais locais de refeição das crianças e favorável ao desenvolvimento de exercícios físicos. A análise dos dados qualitativos revelou que todas as crianças se identificam obesas e quase todas desejam reduzir o peso, pois, em decorrência da obesidade, são expostas a brincadeiras constrangedoras e desconfortáveis por parte de colegas e familiares. Mostrou, ainda, que, de forma geral, elas têm algum conhecimento sobre obesidade infantil e reconhecem atitudes que contribuem para o seu desenvolvimento e para sua prevenção. Do mesmo modo, as mães reconhecem o excesso de peso do filho, porém, nem sempre isso é percebido como um problema de saúde ou doença. Naqueles casos em que a criança vivencia alguma dificuldade decorrente do excesso de peso, são notadas iniciativas por parte da mãe em prol da redução de peso da criança. Destaca-se que a maioria das mães deseja que o filho consiga reduzir o peso, porém considera que essa redução não necessita ser expressiva para ser satisfatória. Conclui-se que as crianças e as suas famílias necessitam do suporte do profissional de saúde para, em conjunto, articularem ações que as auxiliem no enfrentamento da obesidade infantil, incentivando a participação e o apoio da família na adoção de hábitos saudáveis.

Palavras-chave: Obesidade Pediátrica. Saúde da Criança. Família. Estilo de Vida. Enfermagem Pediátrica. Imagem Corporal.

BORGES, F. **Obesity among schoolchildren**: the experience by children and their families. 2014. 124 f. Dissertation (Master's Degree in Nursing)–State University, Maringá, 2014. Advisor: Sonia Silva Marcon.

ABSTRACT

Obesity has been frequently diagnosed among children in recent years, making it a public health problem. Learning more about the reality of these children and their families represents an important strategy to support health promotion and prevention actions. Thus, the objective of this study was to gather how obese children and their families experience, comprehend and deal with childhood obesity. The study was carried out in the city of Maringá, Paraná, among children between six and ten years old, as well as their mothers. Participants were selected from the nutritional evaluation report of children enrolled in the city's Food and Nutrition Surveillance System (SISVAN) in 2013. A total of 86 obese children were identified, most of whom (59.3%) were male, averaging eight years of age. The data were collected between January and May 2014, involving two methodological fronts: quantitative analysis involved interviewing 55 children, using part of the National Schoolchildren Health Survey (PeNSE), involving sociodemographic data, eating patterns, practice of physical exercise and body image perception; qualitative analysis consisted semi-structured interviews with 14 children and their mothers. To that end, the study selected families in which the mother and/or child showed greater ease of communication, time availability and openness to share their experiences with obesity. To analyze the quantitative data, descriptive analysis was used through simple and relative frequency, while thematic modality content analysis was used to analyze qualitative data. The results showed that most interviewed obese children were male, from the C1 income class, averaged eight years of age and 67.3% of their guardians were overweight. The school environment was one of the main meal locations for the children and was favorable for the development of physical exercise. Qualitative data analysis revealed that all children identified themselves as obese and almost all wished to lose weight, given that as a result of obesity they are exposed to awkward and uncomfortable jokes from friend and family. It also showed that, overall, they have some knowledge of childhood obesity and acknowledge actions that contribute to its development and prevention. Likewise, the mothers recognize their children's overweight, but it is not always seen as a health problem or disease. In those cases in which a child experiences any difficulty resulting from overweight, initiatives by the mother are seen in order to reduce the child's weight. It is emphasized that most mothers wish for their children to be able to lose weight, but consider that this reduction does have to be considerable in order to be satisfactory. It is concluded that children and their families need support from health professionals in order to, together, articulate actions to help them face childhood obesity, encouraging family participation and support in adopting healthy habits.

Keywords: Pediatric Obesity. Child Health. Family. Life Style. Pediatric Nursing. Body Image.

BORGES, F. **La obesidad entre escolares**: experiencia de los niños y sus familias. 2014. 124 f. Disertación (Maestría en Enfermería)–Universidad Estadual de Maringá, 2014. Orientadora: Sonia Silva Marcon.

RESUMEN

La obesidad en los últimos años ha sido diagnosticada con frecuencia en la población infantil, configurándose en un problema de salud pública. La aproximación con la realidad de estos niños y de sus familias constituye importante estrategia para auxiliar acciones de prevención y promoción de la salud. Así, el objetivo de este estudio fue reflexionar el modo como niños obesos y sus familias viven, comprenden y lidian con la obesidad infantil. El estudio fue realizado en el municipio de Maringá, Paraná, con niños entre seis y diez años de edad y sus madres. Para la selección de los participantes se utilizó el informe de evaluación nutricional de los niños registrados en el Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN) del municipio, en el año de 2013. Fueron identificados 86 niños obesos, siendo la mayoría (59,3%) del sexo masculino, con edad media de ocho años. Los datos fueron recolectados en el período entre enero y mayo de 2014 y la recolección involucró dos vertientes metodológicas: en la cuantitativa fueron entrevistados 55 niños, siendo utilizado parte del instrumento de la *Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar* (PeNSE), abarcando datos sociodemográficos, patrón alimentario, práctica de ejercicios físicos y percepción de la imagen corporal; y en la cualitativa fue realizada entrevista semiestructurada con 14 niños y sus madres. Para ello, fueron seleccionadas las familias en las que la madre y/o el niño presentaban mayor facilidad de comunicación, disponibilidad de tiempo y abertura para compartir sus experiencias con la obesidad. Para el análisis de los datos cuantitativos se utilizó el análisis descriptivo por medio de la frecuencia simple y relativa, y el análisis de contenido, modalidad temática, para el análisis de los datos cualitativos. Los resultados mostraron que la mayoría de los niños obesos entrevistados era del sexo masculino, de la clase económica C1, tenía edad media de ocho años y el 67,3% de sus responsables estaban con exceso de peso. El ambiente escolar se mostró uno de los principales locales de comida de los niños y favorable para el desarrollo de ejercicios físicos. El análisis de los datos cualitativos reveló que todos los niños se identifican obesos y casi todos desean reducir el peso, pues, como consecuencia de la obesidad, son expuestos a bromas constrictivas e incómodas por parte de colegas y familiares. Mostró, aun, que, de forma general, ellos tienen algún conocimiento sobre obesidad infantil y reconocen actitudes que contribuyen para su desarrollo y para su prevención. Del mismo modo, las madres reconocen el exceso de peso del hijo, aunque, ni siempre esto es percibido como un problema de salud o enfermedad. En aquellos casos en que el niño vive alguna dificultad originada del exceso de peso, son notadas iniciativas por parte de la madre en pro de la reducción de peso del niño. Se destaca que la mayoría de las madres desea que el hijo consiga reducir el peso, sin embargo considera que esa reducción no necesita ser expresiva para ser satisfactoria. Se concluye que los niños y sus familias necesitan del apoyo del profesional de salud para que, en conjunto, articulen acciones que les auxilien en el enfrentamiento de la obesidad infantil, incentivando la participación y el apoyo de la familia en la adopción de hábitos saludables.

Palavras clave: Obesidad pediátrica. Salud del niño. Familia. Estilo de vida. Enfermería pediátrica. Imagen corporal.

LISTA DE SIGLAS

ACS	–	Agente Comunitário de Saúde
ALC	–	América Latina e Caribe
AME	–	Aleitamento Materno Exclusivo
AVC	–	Acidente Vascular Cerebral
CAAE	–	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CECAPS	–	Centro de Capacitação Permanente em Saúde
CIS	–	Centro de Informação em Saúde
CMEI	–	Centro Municipal de Educação Infantil
CNS	–	Conselho Nacional de Saúde
COPEP	–	Comitê Permanente de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos
DCNT	–	Doença Crônica Não Transmissível
DCV	–	Doenças Cardiovasculares
DM	–	<i>Diabetes Mellitus</i>
ECA	–	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	–	Estratégia Saúde da Família
EUA	–	Estados Unidos da América
HAS	–	Hipertensão Arterial Sistêmica
HDL	–	<i>High Density Lipoproteins</i>
HURM	–	Hospital Universitário Regional de Maringá
IBGE	–	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	–	Índice de Massa Corporal
IOTF	–	<i>International Obesity Task Force</i>
LDL	–	<i>Low Density Lipoproteins</i>
MS	–	Ministério da Saúde
NEPAAF	–	Núcleo de Estudos, Pesquisa, Assistência e Apoio à Família
OMS	–	Organização Mundial da Saúde
ONU	–	Organização das Nações Unidas
PA	–	Pressão Arterial
PAB	–	Piso de Atenção Básica
PDF	–	<i>Portable Document Format</i>
PeNSE	–	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PNAB	–	Política Nacional de Atenção Básica
PNAN	–	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
POF	–	Pesquisa de Orçamentos Familiares
SAOS	–	Síndrome da Apnéia Obstrutiva do Sono
SASC	–	Secretaria Municipal de Assistência Social e Cidadania
SBC	–	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SBP	–	Sociedade Brasileira de Pediatria
SISVAN	–	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
TCLE	–	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	–	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1:	Diagrama dos fatores etiológicos da obesidade.....	24
Figura 2:	Alvos potenciais para a prevenção da obesidade na infância e na adolescência – Sociedade Brasileira de Pediatria, 2012.....	35

LISTA DE TABELAS

Tabela 1:	Avaliação nutricional das crianças entre seis e dez anos cadastradas no SISVAN no ano de 2013. Maringá (PR), 2014.....	43
-----------	--	----

MANUSCRITO 1

Tabela 1:	Distribuição das crianças em estudo quanto à faixa etária e sexo. Maringá (PR), 2014	52
Tabela 2:	Recordatório alimentar da última semana das crianças de seis a dez anos. Maringá (PR), 2014.....	53

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO.....	13
	APROXIMAÇÃO COM O TEMA.....	14
1	INTRODUÇÃO.....	16
2	QUADRO TEÓRICO.....	19
2.1	CONTEXTUALIZANDO A OBESIDADE.....	19
2.2	CLASSIFICANDO O EXCESSO DE PESO E CONHECENDO OS FATORES ENVOLVIDOS EM SUA GÊNESE.....	22
2.3	COMPLICAÇÕES/CONSEQUÊNCIAS DA OBESIDADE INFANTIL.....	30
2.4	MEDIDAS PARA A PREVENÇÃO DO GANHO EXCESSIVO DE PESO.....	33
3	OBJETIVOS.....	38
3.1	GERAL.....	38
3.2	ESPECÍFICOS.....	38
4	PERCURSO METODOLÓGICO.....	39
4.1	DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	39
4.2	LOCAL E CONTEXTO DO ESTUDO.....	39
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	40
4.4	COLETA DE DADOS.....	41
4.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	45
4.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	46
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	47
5.1	MANUSCRITO 1.....	47
5.2	MANUSCRITO 2.....	62
5.3	MANUSCRITO 3.....	80
6	IMPLICAÇÕES DO ESTUDO PARA O ENSINO, A PESQUISA E A PRÁTICA DA ENFERMAGEM.....	95
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	97
	REFERÊNCIAS.....	99
	APÊNDICES.....	109
	ANEXOS.....	121

APRESENTAÇÃO

Em atenção à formatação proposta pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá-PR, os resultados desta dissertação são apresentados no formato de três manuscritos:

Manuscrito 1: “**Hábitos de crianças obesas cadastradas no SISVAN de um município do Paraná**”, que tem o objetivo de caracterizar o perfil e os hábitos alimentares de crianças obesas de seis a dez anos incompletos.

Manuscrito 2: “**A obesidade infantil na perspectiva da família e suas formas de enfrentamento**”, que tem o objetivo identificar de que modo a família percebe o estado de saúde da criança com obesidade e qual as formas de atuação frente a essa problemática.

Manuscrito 3: “**Percepções e atitudes de crianças que vivenciam a obesidade**”, que tem o objetivo de descrever a autopercepção das crianças obesas sobre o seu estado nutricional, e apreender o conhecimento que elas têm a respeito da obesidade na infância.

As demais seções desta dissertação estão organizadas em: Aproximação com o tema, Introdução, Quadro teórico, Objetivos, Percurso Metodológico, Implicações do estudo para a enfermagem, Considerações Finais, Referências, Apêndices e Anexos, comuns a todos os estudos.

APROXIMAÇÃO COM O TEMA

O conhecimento sobre o universo infantil me atrai e desperta o interesse pela maneira encantadora, peculiar e sincera com que as crianças reagem nas diferentes situações cotidianas. As crianças têm atitudes que combinam esperteza e inocência, o que as ajuda em cada etapa de suas descobertas sobre o mundo. Contudo, ao mesmo tempo em que a criança transmite a ideia de vida, também se mostra um ser frágil que necessita de cuidados e amparo.

No período da graduação tive a oportunidade de me inserir nesse universo infantil durante os estágios – no Centro Municipal de Educação Infantil (CMEI), nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nas unidades pediátricas do Hospital Universitário Regional de Maringá (HURM). Em algumas dessas ocasiões, as crianças, encontravam-se em situação de extrema fragilidade, em que as dúvidas, as mudanças na rotina e o afastamento dos colegas e familiares ocorriam devido a uma internação, que parecia ser tão injusta com aquele ser que estava no início da sua vida. E, a partir dessa experiência, no último ano da graduação, me despertou o desejo pela pesquisa, com o objetivo de conhecer as estratégias de promoção da saúde da criança para realizar o trabalho de conclusão de curso. Assim, foi prazerosa a realização de uma pesquisa com profissionais de saúde sobre o conhecimento e a valorização das consultas de puericultura, nas quais, se realizadas com comprometimento do profissional e da família, pode-se diagnosticar precocemente doenças e fatores de risco que podem interferir sobremaneira na saúde da criança, entre as quais a obesidade infantil.

No ano seguinte, com as leituras feitas para o processo seletivo do mestrado, tive a oportunidade de me aproximar ainda mais de pesquisas relacionadas à saúde da criança. E percebi que, na enfermagem, eram recorrentes os estudos que abordavam a criança doente, principalmente no contexto hospitalar. Mas, eu buscava algo diferente que pudesse contribuir para a prevenção de doenças nas crianças e, por conseguinte, evitasse sua internação.

Nesse contexto, a obesidade — doença crônica não transmissível — despertou meu interesse por ser de causa multifatorial e pela possibilidade de que as intervenções realizadas, hoje, com a criança, tendem a se refletir em melhora da qualidade de vida do futuro adulto.

Acredito que o conhecimento sobre as vivências de crianças e famílias com a obesidade é fundamental para o início de qualquer intervenção de educação em saúde que tenha como objetivo a promoção e a recuperação da saúde e a prevenção de doenças e agravos, o que me motivou a realizar o presente estudo. Assim, inicialmente, ative-me ao estado nutricional das crianças inscritas no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) do município. A seguir, centrei o estudo, particularmente em crianças obesas e

suas famílias, com o intuito de conhecer aspectos relacionados à sua rotina, especialmente em relação aos hábitos alimentares, atividade física e o modo com que a criança e sua família lidam com a obesidade e como a enfrentam no dia a dia.

1 INTRODUÇÃO

A palavra “obesidade” tem a sua origem etimológica no latim *obesitas*, *âtis* que significa gordura excessiva (RIBEIRO, 2008). Desse modo, o sobrepeso e a obesidade são definidos como uma doença em que há o acúmulo anormal ou excessivo de tecido adiposo regionalizado ou em todo organismo que pode prejudicar a saúde do indivíduo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013a). Dentre as etiologias da obesidade e do sobrepeso pode-se citar as alterações nutricionais, em que há o desequilíbrio entre a oferta de calorias associada e a diminuição do gasto energético (FERRIANI; DIAS; SILVA; MARTINS, 2005), os distúrbios genéticos, endócrinos e metabólicos (FISBERG, 2006).

Ser gordo, ou estar acima do peso, pode apresentar diferentes significados ao se considerar as questões culturais e o período da história (CHÁVEZ, 2013). Atualmente, no mundo globalizado, a obesidade é considerada uma doença estigmatizante, principalmente na infância. Ademais, o ritmo crescente de diagnósticos de obesidade infantil aponta como uma doença grave, constituindo-se em um importante problema de saúde pública do século XXI. A sua prevalência é global, e deixou de ser uma característica apenas dos países desenvolvidos, pois, a maioria das crianças afetadas pelo excesso de peso atualmente reside em países em desenvolvimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013b).

Associado ao crescente índice de obesidade infantil há, também, o aumento das complicações decorrentes dessa patologia, por exemplo, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) — diabetes *mellitus*, hipertensão arterial sistêmica (HAS) e dislipidemias —, que até então eram diagnosticadas quase que estritamente na população adulta, passando a se manifestar com maior frequência também na população infantil (SBC, 2013).

As chances de uma criança com obesidade permanecer acima do peso na vida adulta são elevadas (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA, 2009a), predispondo-a, também, a maior probabilidade de morte prematura e incapacidades no futuro (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013b). Essa criança também leva consigo consequências físicas, emocionais, metabólicas e sociais que têm potencial para interferir em seu estado de saúde e afetar sua qualidade de vida em todas as fases da vida (TENORIO; COBAYASHI, 2011).

Os diferentes fatores que podem influenciar o desenvolvimento da obesidade e o crescente número de diagnósticos da doença vêm sendo investigados, entre os quais pode-se citar: a influência dos fatores ambientais, a redução da atividade física diária, o tempo

despendido com atividades sedentárias – assistir televisão, jogos no computador e celular, além do aumento do consumo de alimentos de baixo valor nutritivo e ricos em açúcares e gorduras. Também é preciso considerar a influência das características genéticas que predisõem alguns indivíduos ao desenvolvimento da doença (TENORIO; COBAYASHI, 2011).

Desse modo, a família possui potencial para interferir na gênese obesidade não apenas pelas suas características genéticas, mas também pelo contexto familiar em que esta criança está inserida. A família transmite muito mais do que fatores hereditários; transmite o seu estilo de vida – os hábitos alimentares, de atividades físicas, o enfrentamento das adversidades, as relações interpessoais –, e, ainda, a contribuição familiar pode ocorrer por outros fatores, como as suas condições socioeconômicas e a escolaridade dos pais. Porém, a relação entre obesidade e influência familiar pode não se restringir apenas à gênese dessa doença, mas também em sua permanência na vida adulta. Assim, da mesma forma que os fatores desencadeadores da obesidade estão sendo estudados, os fatores que levam a sua continuação também são válidos para a investigação científica, possibilitando o desenvolvimento de ações abrangentes e eficazes para a saúde da criança.

Nesse contexto, existe, ainda, a necessidade de realização de mais estudos que discutam a prevalência da obesidade na infância, sendo indispensável que os diferentes segmentos da sociedade, especialmente a escola e o serviço de saúde, se articulem na busca da elaboração conjunta de estratégias para a prevenção, diagnóstico precoce e o tratamento adequado da obesidade infantil (MELLO; MARCON; HULSMEYER; CATTAI; AYRES; SANTANA, 2010). Do mesmo modo, os governos, parceiros internacionais, sociedade civil, organizações não governamentais e do setor privado também têm papel essencial e devem contribuir para as estratégias de prevenção da obesidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013b), pois o seu diagnóstico e prevenção desde idades precoces constituem-se em alternativas relevantes para reverter o aumento acelerado dessa doença e suas consequências (TENORIO; COBAYASHI, 2011).

Ressalta-se, ainda, que, para o êxito dessas estratégias de prevenção e controle da obesidade, se faz necessária a participação efetiva da família, atribuindo-lhe o papel de fortalecedora das ações propostas, e também de incentivadora na adesão ao tratamento e participante nas mudanças de hábitos.

Nesse contexto, a realização do presente estudo permitirá conhecer as vivências das crianças e de suas famílias com a obesidade infantil, e se justifica no contexto da enfermagem porque os diferentes modos de enfrentamento dessa doença – ou mesmo a sua ausência –

poderão constituir informações essenciais para o planejamento e implementações da equipe de saúde. Seus resultados também poderão contribuir para a formação dos futuros profissionais de enfermagem e também para com a prática daqueles que estão intimamente ligados à saúde da criança e da família.

Ademais, a realidade encontrada nesse contexto de pesquisa também pode despertar o interesse de pesquisadores para a realização de outros estudos que objetivem aprofundar as discussões sobre a obesidade na infância. Isto porque a formação de um profissional crítico e comprometido com a promoção da saúde e a prevenção de doenças pode ser re assistência de enfermagem eficaz e de qualidade para as crianças e suas famílias.

2 QUADRO TEÓRICO

2.1 CONTEXTUALIZANDO A OBESIDADE

Possivelmente, a obesidade seja uma das enfermidades mais antigas da humanidade. Os registros com indicações para cuidados relacionados ao peso corporal são encontrados desde os escritos de Hipócrates (460 a.C - 379 a.C) e Platão (428 a.C - 348 a.C) (SETIAN, 2007).

Por muito tempo, na história da humanidade, as formas arredondadas e roliças eram vistas como sinônimo de saúde, prosperidade e beleza. O belo estava intimamente ligado ao que, à época, se considerava fundamental e valorizado — a capacidade reprodutiva da mulher, a maternidade. Para tanto, a sociedade antiga tradicional valorizava a boa alimentação e, em consequência, a boa saúde, o que proporcionava maior aceitação da obesidade naquele contexto (RIBEIRO, 2008).

Com o passar do tempo, o que era estimado atraente e sinal de poder socioeconômico passou a ser algo fora dos padrões na sociedade atual. O conceito de estética passou por mudanças radicais ao longo do tempo, e o excesso de gordura tornou-se algo inverso ao conceito de beleza (RIBEIRO, 2008). Desse modo, além de não ir ao encontro dos padrões de beleza estabelecidos pela sociedade, a obesidade que, até os anos 1960, era associada principalmente às classes sociais e econômicas mais abastadas passou a atingir, e de modo significativo, também as classes menos favorecidas, em todo o mundo, e deixou de fazer parte apenas dos problemas dos países desenvolvidos, atingindo aqueles em desenvolvimento (FISBERG, 2006; MORAES; DIAS, 2013).

Ainda hoje, no século XXI, é possível encontrar, no mundo, grupos sociais que celebram e valorizam o perfil da mulher obesa, por exemplo, a Mauritânia, país localizado no noroeste da África (CHÁVEZ, 2013), que ocupa o primeiro lugar na lista dos países que celebram a obesidade feminina (OULDZEIDOUNE; KEATING; BERTRAND; RICE, 2013).

Nesses grupos, durante a infância, meninas são obrigadas a comer muito além da sua vontade e da capacidade que seus corpos possam suportar, prática conhecida por *Gavage*, um termo francês que significa, literalmente, “alimentação forçada”. Na Mauritânia, a *Gavage* é conhecida como “*leblouh*” (OULDZEIDOUNE; KEATING; BERTRAND; RICE, 2013).

O *leblouh* está cercado de fatores culturais que sustentam essa prática. Nessas regiões existem as “casas de engorda”, frequentadas por mulheres que pretendem conseguir um casamento no curto prazo. Porém, essa prática, quando realizada sem o consentimento da mulher

ou menina, representa uma violação dos direitos humanos, e é caracterizada como um problema de saúde pública devido às consequências psicológicas e físicas do excesso de peso para a saúde do indivíduo (OULDZEIDOUNE; KEATING; BERTRAND; RICE, 2013).

Essas normas estabelecidas pela sociedade na Mauritânia para o casamento favorecem as jovens que têm grande quantidade de gordura corporal, e as famílias, muitas vezes, as forçam a consumir grandes quantidades de alimentos e leite de camelo para aumentar o seu peso e, conseqüentemente, aumentar as suas chances de um bom casamento. Nessa cultura, as mulheres magras são consideradas insalubres, enquanto as mulheres com excesso de peso são vistas como desejáveis. Essa percepção pode ter relação com a prevalência da subnutrição e da fome no país, caracterizando, assim, a mulher obesa como sinônimo de beleza e riqueza (OULDZEIDOUNE; KEATING; BERTRAND; RICE, 2013).

Ainda em consideração ao aspecto cultural, outro contribuinte para a manutenção da obesidade entre as crianças de determinadas localidades é o conceito de “fatalismo” presente em algumas comunidades negras e de cultura latina. Esse termo se refere à aceitação de uma doença crônica porque foi determinada por Deus. Dessa forma, os pais que estão inseridos nesses grupos sociais podem se recusar a buscar um tratamento para a obesidade dos filhos (TENORIO; COBAYASHI, 2011).

No Brasil, um estudo realizado na região nordeste do país evidenciou que crianças com excesso de peso são consideradas possuidoras de boa saúde, sendo que este também pode representar a qualidade do cuidado dos pais (BOA-SORTE; NERI; LEITE; BRITO; MEIRELLES; LUDUVICE; SANTOS; VIVEIROS; RIBEIRO, 2007). Porém, esse ponto de vista não deve ser generalizado na realidade brasileira, pois, o Brasil, sendo um país de extensão continental, acolhe, em um mesmo território, diferentes povos, culturas e crenças. Por outro lado, em relação às estatísticas da obesidade, estima-se que meio bilhão de pessoas (12% da população global) são consideradas obesas (Índice de Massa Corporal (IMC) > 30) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008), sendo que a estimativa mundial da *International Obesity Task Force* (IOTF) é de que haja 155 milhões de escolares com excesso de peso (sobrepeso e obesidade), e, destes, 40-50 milhões são classificados como obesos (INTERNATIONAL OBESITY TASKFORCE, 2005).

A obesidade infantil começa a ser percebida como doença, inicialmente, nos Estados Unidos da América (EUA) e depois na Europa, com os primeiros casos na Itália e em Portugal, sendo que este, atualmente, é considerado o país europeu com a maior prevalência da doença (PRAZERES; FONSECA, 2010). Diante desse crescente número de diagnósticos de obesidade infantil, no ano de 2009 o governo dos EUA a declarou como uma epidemia

nacional (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2013). Porém, há alguns anos, estudos já indicavam as proporções alarmantes da obesidade no mundo, e o aumento desse número era discutido nos países industrializados e nos grandes centros urbanos (VON KRIES; KOLETZKO; SAUERWALD; VON MUTIUS; BARNERT; GRUNERT, 1999).

Atualmente, o sobrepeso e a obesidade deixaram de ser um problema exclusivo dos países desenvolvidos e ambos estão em constante ascensão também em países de média e baixa renda. No ano de 2010, a estimativa era de que mais de 42 milhões de crianças com idade inferior a cinco anos estavam com excesso de peso, destas, aproximadamente 35 milhões vivem em países em desenvolvimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013a).

Dentre os locais que já sentem o impacto da obesidade infantil pode-se ressaltar a região da América Latina e o Caribe (ALC). Os países que compõem essa região são considerados de renda média e com grande nível de desigualdade em termos de poder aquisitivo (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2013).

Na região da ALC, a obesidade na infância atinge de maneira particular os centros urbanos, o que se tornou um dos mais graves desafios de saúde pública da região. No ano de 2010, no México, o Presidente Calderón traçou uma estratégia nacional para o combate à obesidade no país (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2013). Já, em Cuba, a realidade dos pré-escolares e adolescentes está muito próxima daquela observada nos países desenvolvidos, em que o número de crianças com excesso de peso vem crescendo significativamente no país (PÉREZ; GARCIA; HERRERA, 2013). A prevalência de crianças obesas menores de cinco anos na região do ALC pode atingir a marca dos 7% a 12%, o que representa seis vezes a porcentagem atual de subnutrição para o mesmo grupo etário (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2013).

No Brasil, a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), realizada em 2008 e 2009 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em parceria com o Ministério da Saúde (MS), mostrou o retrato do excesso de peso infantil no país. Naquele período, uma em cada três crianças de cinco a nove anos, ou seja, 33,5% das crianças dessa faixa etária estavam com excesso de peso e 14,3% com obesidade. A pesquisa também revelou que 16,6% do total de meninos, entre cinco e nove anos, eram considerados obesos, e entre as meninas a obesidade apareceu em 11,8% nessa mesma faixa etária. A partir dessa pesquisa pode-se observar, nos últimos anos, o aumento significativo de crianças entre cinco e nove anos com excesso de peso, sendo que em 1974 o índice era de 10,9%, aumentando para 15% em 1989, e chegando a 34,8% nos anos de 2008 e 2009 (IBGE, 2010a).

O aumento de peso também foi demonstrado na faixa etária entre 10 e 19 anos, e foi contínuo nos últimos 34 anos, sendo mais perceptível no sexo masculino, quando o índice passou de 3,7% para 21,7%, o que representa um acréscimo de seis vezes. Já, entre o sexo feminino, as estatísticas triplicaram, passando de 7,6% para 19% entre 1974-75 e 2008-09. Destarte, fica nítido que o excesso de peso e a obesidade são encontrados, com frequência, a partir dos cinco anos de idade, em todos os estratos sociais e em todas as regiões do Brasil (IBGE, 2010a).

No estado do Paraná, foi realizado um mapeamento do estado nutricional de 17 mil jovens, entre 12 e 18 anos, por meio do Programa Paraná Saudável. Esses alunos estavam matriculados em 361 escolas públicas, dentre 94 municípios, de todos os 32 Núcleos Regionais de Educação do Estado. Nesse contexto, constatou-se que 22,8% dos estudantes paranaenses estavam com excesso de peso, sendo que 16% estavam com sobrepeso e 6,8% foram considerados obesos (PARANÁ, 2014).

Diante dessas preocupantes estatísticas relacionadas à obesidade infantil, também são discutidos os efeitos da doença para a criança, entre os quais que a obesidade infantil está associada à maior probabilidade de morte prematura e incapacidade na vida adulta. Além disso, as crianças obesas experimentam dificuldades que podem ser verificadas em curto e médio prazo — problemas respiratórios, aumento do risco de fraturas, HAS, marcadores precoces de doenças cardiovasculares (DCV), resistência à insulina, incluindo-se efeitos psicológicos potenciais que interferem em seu desenvolvimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013b).

2.2 CLASSIFICANDO O EXCESSO DE PESO E CONHECENDO OS FATORES ENVOLVIDOS EM SUA GÊNESE

O excesso de peso pode ser classificado em sobrepeso e obesidade. Para tal classificação se faz necessária a avaliação pondero-estatural do indivíduo, que pode ser realizada por meio do cálculo do IMC. Quando o excesso de peso está entre 10% e 20% daquele considerado ideal, remete-se ao quadro de sobrepeso, e quando ultrapassa os 20% do peso ideal, o indivíduo é classificado como obeso (CHÁVEZ, 2013).

O método do IMC ou Índice de Quetelet foi desenvolvido pelo matemático belga Adolphe Quetelet (1796-1874) e consiste em um cálculo que permite avaliar a adequação entre o peso e a altura de um indivíduo. Para obter esse índice é empregada a seguinte

fórmula: $IMC = \text{Peso (kg)} / \text{Altura}^2 \text{ (m)}$. Trata-se de um método fácil e rápido para estimar o nível de gordura de cada indivíduo (RIBEIRO, 2008).

Entretanto, esse método possui algumas restrições de uso, não sendo válido para atletas ou para indivíduos com edema ou ascite, pois fatores como a elevada porcentagem de massa magra (ou muscular) ou acúmulo de líquidos no organismo podem influenciar o resultado. Para os demais indivíduos, este é o método utilizado internacionalmente para avaliar a obesidade, sendo adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para tal finalidade (RIBEIRO, 2008).

Para as crianças e adolescentes é difícil desenvolver um índice simples para a classificação do sobrepeso e obesidade, pois em seus corpos ocorre uma série de alterações fisiológicas à medida que crescem (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013a). Embora a fórmula para o cálculo do IMC seja a mesma para crianças, adolescentes e adultos, os critérios empregados para interpretar o significado dos resultados são diferentes (CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2014).

Para crianças e adolescentes são utilizados percentis, ou seja, indicação da posição relativa do valor do IMC da criança ou adolescente entre as outras crianças ou adolescentes da mesma idade e sexo. Os percentis de IMC por idade e sexo específicos são usados por duas razões: a primeira é que a quantidade de gordura corporal muda com a idade, e a segunda é que a quantidade de gordura corporal difere entre meninos e meninas. Para os adultos, por outro lado, o IMC é interpretado por meio de categorias que não consideram o sexo ou a idade (CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2014).

Nesse contexto, a IOTF define a condição de sobrepeso para crianças que tenham a curva de percentil de IMC entre os valores de 85% a 95% para a faixa etária, e a classificação de obesidade corresponde aos valores acima de 95% na curva de avaliação do crescimento (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA, 2009a).

Ao ser diagnosticado um indivíduo com sobrepeso ou obesidade é essencial considerar os fatores que o levaram a essa condição e investigar as possíveis morbidades associadas (ABESO, 2009a). A combinação entre o desequilíbrio no balanço energético, fatores genéticos, ambientais, comportamentais, socioculturais e emocionais, além dos efeitos psicossociais e consequências médicas, tornam a obesidade uma doença notadamente complexa e de etiologia multifatorial (LUIZ; GORAYEB; LIBERATORE JÚNIOR; DOMINGOS, 2005; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA, 2009a).

Para o diagnóstico de obesidade na prática clínica deve-se levar em consideração a história clínica e nutricional (quantitativa e qualitativa) da criança e de sua família, além da realização do exame físico detalhado, a fim de buscar sinais relacionados a distúrbios nutricionais e em dados antropométricos (SBP, 2012). Nessa perspectiva, a avaliação clínica da criança ou adolescente que esteja com excesso de peso é fundamental, pois, a partir de tal avaliação torna-se possível investigar a(s) causa(s) desse excesso ponderal e as possíveis patologias associadas (FISBERG, 2006; RIBEIRO, 2008).

A obesidade pode ser classificada de duas maneiras quanto à sua causalidade (Figura 1). A primeira consiste na obesidade de causa nutricional, simples ou exógena. Esse é o tipo de obesidade mais frequente (> 95% dos casos) e está associada ao desequilíbrio entre a ingestão e o gasto calórico, ou seja, à má alimentação, ao sedentarismo e também pode abranger problemas emocionais. O segundo tipo é a obesidade por causa endógena, sendo este um tipo menos frequente de obesidade (< 5% dos casos), relacionada às disfunções no organismo, às patologias hormonais ou endocrinopatias, relacionadas à tireoide, pâncreas e suprarrenal. A descoberta da causa se torna fundamental para o início do tratamento adequado porque as causas endógenas devem ser tratadas no sentido de corrigir o distúrbio de base (RIBEIRO, 2008).

Figura 1. Diagrama dos múltiplos fatores etiológicos da obesidade.



Fonte: Adaptado de Sousa (2006, p. 6).

Dentre os fatores endógenos, as causas genéticas são as colaboradoras da predisposição à obesidade. A criança que tem o pai e a mãe obesos apresenta 80% de chance de também se tornar obesa. Essa chance diminui para 50% quando apenas um dos pais é obeso e para 9% quando os pais não são obesos (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA, 2009b).

É notável a influência dos fatores genéticos na susceptibilidade individual para a obesidade, porém, de forma isolada esses não são suficientes para explicar o aumento expressivo de diagnósticos da doença (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA, 2009a). A herança genética aponta a inclinação para a obesidade, mas sozinha ela não determina o seu desenvolvimento. Então, mesmo aquele indivíduo marcado pela herança genética pode evitar a manifestação da obesidade ao adotar um estilo de vida saudável. Em relação aos fatores endócrinos e metabólicos, a obesidade pode ser desencadeada também por doenças relacionadas à glândula suprarrenal, pâncreas e tireóide (CHÁVEZ, 2013).

É preciso considerar, também, que a obesidade possui relação direta com fatores sociais e ambientais, sendo que a criança não herda apenas a propensão genética para a doença, mas também os hábitos e comportamentos que reforçam essa tendência, resultando em uma complexa associação de fatores (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA, 2009b).

Para além dos fatores endógenos, o hábito alimentar inadequado constitui um dos principais fatores para o desenvolvimento da obesidade infantil. O desequilíbrio energético entre a quantidade de calorias consumidas em relação à quantidade de calorias gastas pode favorecer o desenvolvimento da doença. Mundialmente é possível verificar que há um aumento significativo na ingestão de alimentos altamente energéticos e ricos em gordura, e também a diminuição da atividade física em decorrência das formas de trabalho, modos de transporte e a crescente urbanização (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013b).

Diante disso, é importante destacar a diferença conceitual entre inatividade física e sedentarismo. A primeira se refere a um estado mínimo de movimentos do corpo – dormir, comer, falar, assistir televisão, trabalhar no computador – (CÔRTEZ; PAULA; MENDONÇA; TORRES; ARANTES; LEAL et al., 2010), enquanto que a segunda apresenta um conceito mais amplo, definindo como sedentário o indivíduo que dispensa menos do que 10% do seu gasto energético diário em atividades de intensidade moderada ou alta (BERNSTEIN; MORABIA; SLOUTSKIS, 1999).

Os conceitos de atividade física e exercício físico também devem estar claros, de modo que atividade física é todo movimento do corpo que resulta em um gasto energético. Quando essa atividade passa a ser planejada, estruturada e com objetivo de condicionamento físico, é denominada de exercício físico. Por vezes, pessoas podem ser consideradas sedentárias erroneamente pelo fato de não realizarem uma atividade física planejada e regular, porém, deve-se levar em consideração algumas profissões que, em sua rotina, têm elevado

gasto calórico – carteiros, pedreiros, entre outros – ou mesmo aquelas pessoas que optam por substituir o elevador por escadas no seu dia a dia (CÔRTEZ; PAULA; MENDONÇA; TORRES; ARANTES; LEAL et al., 2010).

O estilo de vida sedentário se encontra associado a diversas doenças prevalentes na população – HAS, dislipidemias, diabetes *mellitus* tipo 2 – e, talvez, por isso, tenha se tornado um assunto tão estudado no meio científico. As facilidades proporcionadas pela era tecnológica contribuem para a adoção desse estilo de vida, em que, muitas vezes, se exclui parcial ou totalmente a prática de atividades físicas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013).

O estilo de vida sedentário pode ser encontrado em todas as faixas etárias, inclusive entre as crianças e os adolescentes, constituindo-se um dos principais fatores causais quando se discute a obesidade infantil mundial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013). Ao longo dos anos, as brincadeiras também foram se modificando em decorrência do desenvolvimento tecnológico aplicado a essas atividades que antes proporcionavam maior gasto energético. Atualmente, o uso de games, computadores e celulares têm se constituído nos meios mais utilizados pelas crianças para se divertirem (MORAES; DIAS, 2013).

A utilização desses recursos tecnológicos como forma de lazer para a criança pode receber a aprovação dos pais por se caracterizar em uma atividade em que a criança pode permanecer dentro da residência. Essa permanência em casa diminui a exposição da criança à violência nas ruas, seja pelo trânsito intenso que não viabiliza as brincadeiras – como ocorriam em outros tempos –, ou, também, pela violência nos bairros em decorrência do tráfico de drogas e assaltos. O entretenimento da criança com os jogos eletrônicos dentro de casa permite que os pais possam se ocupar com outras atividades: os afazeres domésticos e o exercício da sua ocupação profissional.

Existem, ainda, apontamentos de que as crianças mais ativas tendem a ser mais magras do que aquelas que se movimentam pouco. A frequência das atividades podem se relacionar de forma inversa com o número de horas por dia dispensado pela criança a assistir televisão ou jogar videogame. Tal fato se torna relevante ao se considerar que a televisão representa uma das formas mais comuns de passatempo, em todas as faixas etárias, inclusive a infantil (BORGES; KÖHLER; LEITE; SILVA; CAMARGO; KANUNFRE, 2007).

Quanto aos hábitos alimentares, às vezes se considera erroneamente que o excesso de peso é produto exclusivo da qualidade da alimentação, mas não se nota que a forma como se come também é fator relevante para o desenvolvimento ou não da obesidade. Ensinar a comer certo ou errado é tarefa que cabe aos pais, que devem estabelecer regras desde cedo no que

tange à alimentação da criança, por exemplo, estipular e fazer cumprir os horários para as refeições (HELLER; SOUZA; SCUR; PINTO; CASTILHO, 2004). Além do horário, o local onde são realizadas as refeições também deve ser considerado quando se aborda a qualidade da alimentação. É papel dos pais determinar que as refeições sejam feitas à mesa e não no sofá em frente à televisão ou ao computador. Permitir esse tipo de atitude faz com que a criança tenha maior dificuldade para reconhecer o sabor do alimento e a quantidade ingerida, por isso a tendência de comer em maior quantidade, o que se constitui em atitude favorável ao desenvolvimento da obesidade (HELLER; SOUZA; SCUR; PINTO; CASTILHO, 2004).

Dessa maneira, a família assume importante influência sobre o desenvolvimento da obesidade infantil, por ser considerada a geradora de hábitos que são transmitidos às crianças, incluindo os alimentares. Os pais são os primeiros educadores nutricionais dos seus filhos, e os filhos os veem como exemplo, isto porque a criança busca imitar o comportamento daquelas pessoas a quem aprecia (HELLER; SOUZA; SCUR; PINTO; CASTILHO, 2004; MORAES; DIAS, 2013).

Aqueles pais que possuem uma alimentação equilibrada tendem a repassar esses hábitos para seus filhos, estabelecendo uma relação positiva com o alimento, de forma que este seja utilizado a favor do desenvolvimento da criança. No caso oposto, em que a família possui o hábito da superalimentação, há maior incentivo para uma dieta desequilibrada, e a comida passa a ser associada a diferentes fins e situações (HELLER; SOUZA; SCUR; PINTO; CASTILHO, 2004).

É necessário, para tanto, saber reconhecer a diferença entre comer e ter fome para iniciar o estabelecimento de rotinas alimentares. A criança, quando é estimulada à superalimentação, aos poucos desaprende a reconhecer a sensação fisiológica da fome, desencadeada a partir da privação de alimento, e a sensação de saciedade. Passa, então, a responder pela sensação psicológica da vontade de comer, que pode ser desencadeada por diferentes fatores externos – raiva, tédio, solidão e medo. Isso pode ocorrer de diferentes formas para cada pessoa, levando em consideração a sua história de vida (HELLER; SOUZA; SCUR; PINTO; CASTILHO, 2004).

Outro aspecto que deve ser considerado no desenvolvimento e manutenção da obesidade infantil é a percepção inadequada que pais e mães têm em relação ao peso do filho. Essa situação é descrita com frequência na literatura, em especial naqueles casos em que a criança apresenta excesso de peso (BOA-SORTE; NERI; LEITE; BRITO; MEIRELLES; LUDUVICE; SANTOS; VIVEIROS; RIBEIRO, 2007; GIACOMOSSI; ZANELLA; HOFELMANN, 2011; CAMARGO; BARROS FILHO; ANTONIO; GIGLIO, 2013). Nessas circunstâncias, o reconhecimento – ou não – do sobrepeso e da obesidade constitui-se em

importante passo para o processo de prevenção, diagnóstico e tratamento da obesidade na infância (BOA-SORTE; BARROS FILHO; ANTONIO; GIGLIO, 2007).

O desconhecimento da obesidade infantil como uma doença, e a gravidade das suas consequências, contribui para a sua manutenção. Assim, a ajuda profissional para confirmar o diagnóstico e iniciar um tratamento adequado tende a ser postergada, acarretando, certamente complicações para a saúde da criança (OLIVEIRA; CERQUEIRA; OLIVEIRA, 2003; BOA-SORTE et al., 2007; GIACOMOSSI; ZANELLA; HOFELMANN, 2011; MORAES; DIAS, 2013).

Nesse sentido, deve-se considerar o sentimento de culpa dos pais, pois, reconhecer o excesso de peso do filho consiste em assumir a sua responsabilidade nesse processo. Além do mais, sabe-se que o tratamento da obesidade é lento e não apresenta resultados instantâneos, exigindo para o seu êxito o engajamento de toda a família no que diz respeito às modificações no estilo de vida, constituindo-se em um tratamento que pode ser árduo e que nem sempre responde às expectativas da criança e de sua família (HELLER; SOUZA; SCUR; PINTO; CASTILHO, 2004).

A dinâmica familiar também pode contribuir para o ganho excessivo de peso, pois a rotina de trabalho dos responsáveis pela criança pode reduzir o tempo disponível para se dedicarem ao cuidado e à observação do processo de crescimento e desenvolvimento da criança, agravado, ainda, em alguns casos, pelo medo e negação da doença por parte da família (OLIVEIRA; CERQUEIRA; OLIVEIRA, 2003).

O trabalho materno fora de casa já foi considerado um possível fator de risco para o desenvolvimento da obesidade na infância quando comparado às crianças cujas mães não possuem atividade laboral remunerada extradomiciliar. Esse fato pode se relacionar a um desencontro nos horários das refeições. Em geral, essa criança realiza suas refeições — almoço e jantar — na própria escola, porém, ao final do dia ou da manhã essa criança já teria se alimentado, mas seus pais não. Isso pode levar a criança a realizar uma nova refeição com a sua família em casa, aumentando o valor calórico diário da dieta (SIMON; SOUZA; SOUZA, 2009).

Outra situação relacionada à má alimentação da criança é que as mães que trabalham fora, por exemplo, costumam compensar sua ausência levando guloseimas aos filhos, agradando-os com alimentos que chamam mais a atenção da criança, os quais, geralmente, possuem altos valores energéticos – salgadinhos, bolachas recheadas, chocolates, balas, pirulitos, entre outros (SIMON; SOUZA; SOUZA, 2009; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2012).

Assim, o núcleo familiar tem potencial para interferir no processo de obesidade de diferentes maneiras, desde as predisposições genéticas, ambientais, até mesmo as psicológicas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012; MORAES; DIAS, 2013). O tipo de vínculo existente entre a criança e a sua família, e as interações familiares conflituosas geram, principalmente nos filhos, ansiedade que pode se manifestar em um comer excessivo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012; MORAES; DIAS, 2013).

A ansiedade apresentada pela criança, que a induz à compulsão por comida, pode ser considerada um sintoma-comunicação, pois, a criança faz uso do ato de comer para deixar transparecer os conflitos e sofrimentos vivenciados em sua relação familiar, que são ingeridos por ela de maneira simbólica, além da sua dificuldade para expressar e compreender esses acontecimentos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012).

Já, a criança que reconhece na família ligações estáveis e solidificadas possui maior segurança para enfrentar as adversidades do mundo, pois sabe que possui um refúgio emocional seguro. O mesmo não ocorre com aquelas crianças que convivem em famílias com vínculos frágeis e estressantes, pois não possuirá um refúgio emocional quando se sentir ameaçada (MORAES; DIAS, 2013).

As questões emocionais também podem influenciar a obesidade infantil, porém, se faz necessário diferenciar as desordens psíquicas que decorrem da vivência da obesidade na infância daquelas que levam a criança a ter compulsão por comida e, em consequência, à obesidade. A partir do conhecimento desse aspecto desencadeador, o profissional pode atuar de maneira efetiva sobre a sua causa e propor o tratamento e acompanhamento adequado, que atenda as necessidades dessa criança (MORAES; DIAS, 2013).

A associação entre a obesidade e a depressão tem sido evidenciada. Estudo demonstrou que as crianças com excesso de peso possuem um risco elevado para o desenvolvimento de problemas psicológicos. Tais observações têm recebido apoio de estudos epidemiológicos para sua constatação, o que sugere a relação entre excesso de peso e sintomas psicológicos e psiquiátricos (LUIZ; GORAYEB; LIBERATORE JÚNIOR; DOMINGOS, 2005).

Alguns dos sintomas mais comuns que podem ser indicativos de quadros depressivos em crianças são os sentimentos de tristeza, irritabilidade, agressividade e as súbitas mudanças de comportamento, e esses sintomas podem variar de intensidade e frequência (LUIZ; GORAYEB; LIBERATORE JÚNIOR; DOMINGOS, 2005).

Desse modo, o estresse é algo evidente na vida daquele que vivencia a obesidade (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME

METABÓLICA, 2009a), pois, o indivíduo carrega consigo prejuízos à sua vida social, por sofrer com a discriminação e a estigmatização que também prejudicam seu desenvolvimento físico e psíquico. Esses sintomas depressivos e de estresse podem interferir intensamente no cotidiano da criança de maneira a prejudicar o seu rendimento escolar e seu relacionamento interpessoal familiar e social. Nesse contexto, a criança possui maior dificuldade para ser aceita em um grupo, a menos que encontre alguém que vivencie o mesmo problema. Do contrário, ela tende a se isolar, ter uma autoestima baixa e variação de humor (LUIZ; GORAYEB; LIBERATORE JÚNIOR; DOMINGOS, 2005; MORAES; DIAS, 2013).

Por fim, destaca-se a obesidade infantil como uma patologia multifatorial e complexa, considerando a sua interação com os fatores psicológicos, familiares e sociais aos fatores biogênicos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012), tornando o seu tratamento e prevenção uma ação intersetorial e multiprofissional que deve ser centrada na criança e na sua família.

2.3 COMPLICAÇÕES/CONSEQUÊNCIAS DA OBESIDADE INFANTIL

Os estudos sobre a obesidade infantil são pertinentes porque o surgimento de efeitos prejudiciais à saúde podem se manifestar precocemente. Há, também, a relação já conhecida entre a obesidade infantil e a sua persistência durante a vida adulta. A probabilidade de uma criança obesa permanecer obesa na idade adulta varia de 20% a 50% antes da puberdade e 50% a 70% após a puberdade. Esse risco de obesidade na fase adulta irá predispor o indivíduo a complicações que poderiam ser evitadas (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA, 2009a). Dentre esses efeitos prejudiciais está o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis – DCV, diabetes, lesões musculoesqueléticas e alguns tipos de câncer (endométrio, mama e cólon) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013b).

Algumas dessas doenças, como a HAS, a dislipidemia e o diabetes, anteriormente eram diagnosticadas com maior frequência apenas na população adulta. Atualmente, o seu diagnóstico tem crescido significativamente entre crianças e adolescentes, e uma criança obesa possui chances oito vezes maiores de desenvolver a HAS quando comparada a outra não obesa (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013).

A HAS possui alta prevalência entre os brasileiros, sendo que alguns inquéritos populacionais apontam uma prevalência acima de 30% (CESARINO; CIPULLO; MARTIN; CIORLIA; GODOY; CORDEIRO et al., 2008; ROSARIO; SCALA; FRANCA; PEREIRA; JARDIM, 2009). Esta doença traz consigo a influência sobre o desenvolvimento de doenças

cerebrovasculares, coronarianas, doença de retina, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doenças vasculares. Segundo dados do MS, a HAS é responsável por 40% dos infartos, 80% dos Acidentes Vascular Cerebral (AVC) e 25% dos casos de insuficiência renal terminal (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2013). Diante disso, a identificação precoce de casos de HAS entre crianças e jovens se faz necessária para a prevenção de doenças crônicas, em especial as cardiovasculares, e suas complicações na vida adulta (ARAÚJO; LOPES; CAVALCANTE; GUEDES; MOREIRA; CHAVES; SILVA, 2008).

A HAS na infância e na adolescência tem assumido proporção tão relevante que, em 2013, tornou-se o foco da campanha da SBC no dia Nacional de Prevenção e Combate à Hipertensão Arterial. De acordo com a SBC, 6% das crianças e adolescentes brasileiros são hipertensos, e esses índices tendem a aumentar devido ao crescente número de crianças obesas no país, pois o excesso de peso está associado à maior prevalência de HAS desde idades jovens (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013).

Considerando-se a questão cultural do Brasil, surge um quadro preocupante, pois não é comum a aferição da pressão arterial (PA) de crianças e adolescentes durante as consultas de rotina, porém, esse procedimento é recomendado em toda a avaliação clínica após os três anos de idade ou pelo menos anualmente, como parte do atendimento pediátrico primário (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Em relação às dislipidemias, estas são definidas como alterações no metabolismo lipídico, decorrentes do estilo de vida, do uso de medicamentos, ou mesmo de origem genética. Dentre as suas principais causas, ressalta-se a má alimentação e diminuição das atividades físicas diárias, porém, o histórico familiar também pode contribuir para o desenvolvimento da doença.

A hipercolesterolemia em crianças não está necessariamente relacionada ao excesso de peso ou aos fatores genéticos, ou seja, nem toda criança com peso adequado e sem histórico familiar da doença está imune a essa doença silenciosa. Tratando-se de uma doença assintomática se faz necessária a realização periódica de exames, como lipidograma – uma vez ao ano – para que se possa diagnosticar precocemente e realizar o tratamento adequado.

Estima-se que 20% das crianças e adolescentes entre dois e 19 anos apresentem altas taxas de colesterol, sendo que 8% têm altos valores de *Low Density Lipoproteins* (LDL) e

45% apresentam baixos níveis de *High Density Lipoproteins* (HDL). Essas crianças possuem risco maior de sofrer um infarto, podendo ser acometidas por esta morbidade até dez anos mais cedo na vida adulta (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013).

Considerando-se o diabetes *mellitus*, este decorre da ausência ou produção insuficiente do hormônio insulina pelo organismo, que é o responsável pela regulação dos níveis glicêmicos. A doença pode ser diagnosticada em qualquer idade, porém, o diabetes *mellitus* (DM) tipo 1 é mais comum entre crianças e adolescentes até os 14 anos, e o diabetes *mellitus* tipo 2, entre adultos obesos. Nos últimos anos, o número de crianças diagnosticadas com DM 1 é crescente, porém, o número de diagnósticos de DM 2 também vem aumentando entre as crianças, possivelmente em decorrência da alimentação inadequada e do sedentarismo, os quais contribuem para o aumento do peso (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013).

Atualmente, 2,8 milhões de adultos morrem a cada ano em decorrência do excesso de peso. Conforme apontam as estatísticas, 44% da carga de diabetes, 23% do total de doença isquêmica do coração e entre 7% e 41% de determinados tipos de câncer são atribuídos ao excesso de peso e obesidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013b).

A obesidade ainda pode provocar alterações ortopédicas em decorrência da modificação do eixo de equilíbrio habitual. Isso pode resultar no aumento da lordose lombar, com protrusão do abdome e inclinação anterior da pelve, cifose torácica e aumento da lordose cervical. Ainda, com a evolução da obesidade, podem ocorrer encurtamentos e alongamentos excessivos que, associados à inclinação anterior da pelve, levam à rotação interna dos quadris resultando em joelhos valgus e pés planos. Os indivíduos obesos também estão mais suscetíveis ao desenvolvimento de lesões inflamatórias graves e também lesões necróticas nas articulações. Ao aparecerem, essas doenças precisam ser imediatamente relatadas ao ortopedista (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013).

Por fim, dentre as complicações mais comuns que o indivíduo acometido pela obesidade está propenso tem-se a Síndrome da Apnéia Obstrutiva do Sono (SAOS), que acomete de 0,7% a 3% de crianças e adolescentes com excesso de peso. Nessa síndrome, ocorre a obstrução total ou parcial – apnéia ou hipopnéia respectivamente – das vias aéreas superiores durante o sono. O diagnóstico da SAOS requer atenção, pois esta síndrome pode promover impacto em distúrbios neurocognitivos agudos e crônicos, e influenciar alterações que aumentam o risco de desenvolvimento de DCV futuras (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013).

2.4 MEDIDAS PARA A PREVENÇÃO DO GANHO EXCESSIVO DE PESO

Considerando-se os dados alarmantes do crescimento do número de diagnósticos da obesidade entre as crianças, torna-se essencial a discussão de medidas que busquem reverter esse complexo problema social e de saúde. As DCNT representam um problema de saúde pública de impacto direto no desenvolvimento social e econômico. Dentre elas, a obesidade, necessita de uma ação global urgente para o seu controle e prevenção (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012).

A maneira mais segura de controlar essa doença crônica grave é a prevenção, que pode iniciar desde a vida intrauterina. Assim, os primeiros anos de vida e a adolescência são caracterizados como períodos críticos para o desenvolvimento e a manutenção da obesidade. As medidas preventivas podem ser iniciadas desde as consultas de pré-natal, a fim de identificar os fatores de risco familiar, realizar o acompanhamento do estado nutricional da gestante, com o incentivo à alimentação saudável e à prática de exercícios (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012). E, após o nascimento da criança, o acompanhamento profissional deve ocorrer a partir da consulta de puericultura, momento em que se verifica e se registram as curvas de crescimento e desenvolvimento da criança por meio do cálculo do IMC. O momento da puericultura também deve ser utilizado para orientar as mães, incentivando o Aleitamento Materno Exclusivo (AME) até os seis meses e continuando com alimentos complementares até os dois anos de idade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012).

Os pais também devem ser orientados quanto ao reconhecimento da saciedade da criança, sem forçar a ingestão total ou excessiva de alimentos. Vale ressaltar aos pais que nem todo o choro da criança é sinônimo de fome, e que é necessário reconhecer os diferentes tipos de choros, e deve-se orientar aos pais que a alimentação não deve ser tratada como forma de punição ou barganha com a criança durante o processo educacional de formação (SBP, 2012).

Em relação às práticas alimentares saudáveis, essas precisam ser adotadas por toda a família para que sejam eficientes para a saúde da criança. Para os filhos, os pais são os seus modelos para tudo, e eles tendem a imitá-los inclusive nos hábitos. Dessa maneira, não há como cobrar da criança um hábito alimentar diferente daquele que ela tem como exemplo em casa. Assim, é importante que os pais estejam envolvidos com a educação alimentar dos filhos, de modo a estabelecer e fazer cumprir os horários para as refeições, sem pular alguma ou substituí-la por lanche. As refeições devem ser realizadas em locais adequados e calmos,

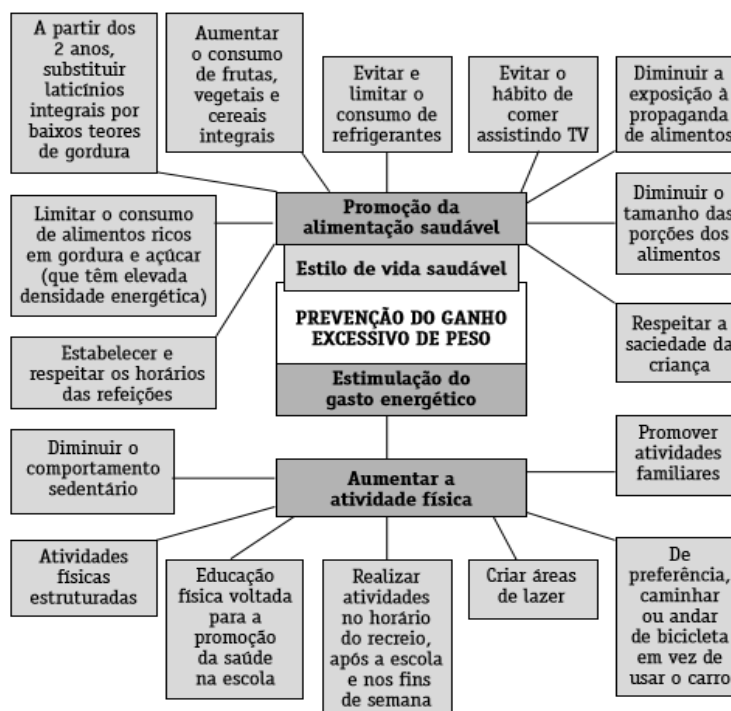
mastigando bem cada alimento e incentivando o consumo regular de frutas, verduras e legumes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012).

Outra medida de prevenção do ganho excessivo de peso é o afastamento de comportamentos sedentários. Nesse sentido, as crianças devem ser estimuladas e orientadas a prática do lazer ativo, levando em consideração as diferenças físicas e motoras de cada faixa etária, além da preferência da criança e do adolescente. Para os lactentes são válidas as atividades práticas — rolar, engatinhar e andar (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012). Os pré-escolares podem ser incentivados a passeios ao ar livre, andar de bicicleta, brincadeiras, jogar bola e pular corda. E os escolares e adolescentes podem buscar a prática de esportes em geral e programada, incluindo exercícios de força e resistência muscular (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA 2012; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012).

A recomendação da OMS é de que a criança, a partir dos cinco anos de idade, e o adolescente até os 17 anos de idade, devem acumular ao menos 60 minutos de atividade física de intensidade moderada ou alta diariamente. Essas atividades podem ser desempenhadas no contexto da família, da escola ou na comunidade, de maneira que as diretrizes nacionais possam garantir espaços seguros e instalações desportivas adequadas para a prática da atividade recreativa e programada, especialmente para as crianças (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012).

No intuito de subsidiar a prática dos profissionais de saúde que lidam diretamente com a criança, a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) vem elaborando guias de conduta para a prevenção de distúrbios nutricionais e também sobre a prática de atividade física na infância. A Figura 2 representa, de forma resumida, os alvos potenciais que devem ser considerados para a prevenção da obesidade entre crianças e adolescentes:

Figura 2. Alvos potenciais para a prevenção da obesidade na infância e na adolescência.



Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), 2012.

Para o sucesso dessas intervenções se faz necessário o apoio às políticas intersetoriais – de planejamento urbano, educação, esporte e transporte, que possam promover um ambiente de apoio para a atividade física (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012).

Nesse contexto, a escola e a comunidade também exercem papel importante. A escola deve prever a educação nutricional no currículo escolar e a promoção de exercícios físicos programados com metas, além de controlar os alimentos oferecidos na merenda e nas cantinas. A comunidade deve ser incentivada a reivindicar áreas de lazer e de esporte disponíveis no bairro, visando à promoção de eventos de lazer ativo e esportivo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012).

Nessa perspectiva, diferentes ações têm sido adotadas em todo o país em prol da redução da obesidade infantil. No estado do Paraná, em 2011, iniciou-se o programa Paraná Saudável: Prevenção e Controle da Obesidade Infanto-Juvenil, como iniciativa da Secretaria de Estado do Esporte.

Entre os objetivos do Programa estão os de estabelecer a prevalência de excesso de peso entre escolares do ensino público do Estado, elaborar e distribuir material pedagógico relacionado à educação alimentar e à prática atividade física, capacitar os professores dessas instituições para atuação no projeto e incluir no projeto ações intervencionistas direcionadas

ao controle do peso corporal para aqueles escolares que apresentam sobrepeso e obesidade. Além de propor melhorias na saúde e na autoestima desta e das próximas gerações paranaenses, o Programa Paraná Saudável pode fazer com que a prática de exercícios físicos faça parte da rotina da população (PARANÁ, 2011).

Ainda no Paraná, no município de Paranaguá, litoral do estado, foi instituída a campanha permanente denominada Obesidade Zero, por meio da Lei 3.326, de 25 de abril de 2013. A campanha tem como público-alvo as crianças das escolas públicas do município, e como objetivo a promoção do conhecimento sobre os prejuízos da obesidade, a importância da educação alimentar saudável e a necessidade da realização de exercícios físicos regularmente. As ações devem ser realizadas de maneira sucinta e de fácil entendimento para as crianças.

De maneira geral, para o êxito da prevenção da obesidade na infância, é preciso haver o engajamento das pessoas nas diferentes esferas da sociedade, desde a comunidade científica — na realização e divulgação de trabalhos —, passando pela indústria alimentícia e pela mídia, a fim de evitar a fabricação e a propaganda de alimentos não nutritivos, pela saúde, educação, chegando aos órgãos governamentais, com a responsabilidade de investir em centros recreativos e parques com maior segurança e maior espaço para o transporte ativo e ciclovias seguras (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012).

A prevenção da obesidade na infância se torna importante em decorrência da associação dessa doença com outras doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) do adulto, embora essas doenças também possam surgir já na infância. Portanto, a prevenção é mais viável financeiramente e mais eficiente do que o tratamento de suas morbidades (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012). Além disso, são encontradas evidências que sugerem que as estratégias de intervenção na comunidade têm o potencial de obter ganhos de saúde maiores do que as intervenções individuais, e muitas vezes com maior custo-benefício (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012).

Por fim, também deve ser mencionada a utilização de sistemas de informação que permitem monitorar as condições de saúde da população. Esses sistemas constituem-se em ferramentas fundamentais que contribuem para o direcionamento das intervenções no setor da saúde. A partir do conhecimento do estado nutricional, do aspecto ambiental, e da prática de atividade física de crianças e adultos, é possível observar, por exemplo, a tendência dessa população à obesidade. Dentre essas ferramentas, o *Global School Student Health Survey* da OMS é utilizado internacionalmente com o objetivo de fornecer dados precisos sobre os

comportamentos de saúde e fatores de proteção entre os alunos. A utilização desses sistemas de informação para monitorar a saúde da população também deve ser garantida pelos governos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012).

Por fim, faz-se necessário que a equipe multiprofissional de saúde valorize, utilize e interprete as informações obtidas nesses sistemas de informação, a fim de que estes possam contribuir para o seu planejamento. A partir disso, é possível que esses dados sejam amplamente aproveitados, ressaltando-se a relevância dessas fontes de informação para as ações de prevenção e promoção da saúde.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

- Aprender o modo com que crianças obesas e suas famílias vivenciam, compreendem e lidam com a obesidade infantil.

3.2 ESPECÍFICOS

- Caracterizar a prevalência de sobrepeso e obesidade infantil entre crianças de seis a 10 anos, cadastradas no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional de Maringá-Paraná;
- Identificar de que modo a família percebe o estado de saúde da criança com obesidade e qual a participação familiar no processo de ganho e perda de peso;
- Verificar o conhecimento das crianças e seus familiares em relação à gênese, tratamento e aos demais aspectos envolvidos na obesidade infantil;
- Conhecer os hábitos de vida das crianças com obesidade;
- Descrever a autopercepção das crianças sobre o seu estado nutricional.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

A presente pesquisa é descritiva exploratória, de natureza quanti-qualitativa. A pesquisa descritiva é aquela que descreve as características de populações ou fenômenos, tendo como peculiaridade a utilização de técnicas padronizadas para a coleta de dados (GIL, 2008). Já, a pesquisa exploratória se preocupa em observar, registrar, correlacionar e descrever fatos ou fenômenos da realidade do indivíduo sem manipulá-los, além de trabalhar com dados referentes à atualidade para explicar determinado objeto e o fenômeno relacionado à problemática da pesquisa (BALBI, 2009).

Nesse contexto, a pesquisa de natureza quantitativa se faz necessária neste estudo para a caracterização da população pesquisada, pois, a partir desse método, é possível apropriar-se da análise estatística para a interpretação dos dados obtidos (FIGUEIREDO, 2004).

A pesquisa de natureza qualitativa propõe um conjunto de técnicas, as quais permitem ao pesquisador penetrar em uma realidade, revelando suas formas escondidas ou dissimuladas, além do aprofundamento nas questões subjetivas dos fatos, de maneira a não generalizar os resultados (VÍCTORA, 2011). Esse tipo de pesquisa centra-se no indivíduo e na sociedade, aprofundando questões relacionadas ao cotidiano das pessoas, considerando as interpretações que elas fazem de suas vivências (MINAYO, 2013). Nesse contexto, o pesquisador estará voltado para o significado das coisas, buscando entender o que os fenômenos, manifestações, ocorrências, fatos, vivências, ideias e sentimentos representam e o significado atribuído passa a ser compartilhado culturalmente (TURANO, 2005).

4.2 LOCAL E CONTEXTO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada na cidade de Maringá, região noroeste do estado do Paraná, sul do Brasil. A cidade possui área total de 487,7 km² e tem população de 357.077 habitantes. Dessa população, aproximadamente 6% são crianças de cinco a nove anos, 6,9% são adolescentes entre 10 e 14 anos, e 8,2% adolescentes entre 15 e 19 anos (IBGE, 2010b).

Os dados da pesquisa são originários de 28 Unidades Básicas de Saúde (UBS) da cidade, as quais fazem o registro das avaliações ponderoestatural das crianças no SISVAN.

O monitoramento da condição alimentar e nutricional contempla uma das diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde - Portaria nº 710, de 10 de junho de 1999, que compõe o conjunto das políticas de governo voltadas ao direito humano universal à Alimentação e Nutrição. Dentre as diretrizes da PNAN estão a garantia da qualidade dos alimentos colocados para o consumo no país, a promoção de práticas alimentares saudáveis e a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais, sendo que esta última ação está centrada no SISVAN (BRASIL, 2006; BRASIL, 2012).

Esse sistema de informação tem o objetivo principal de gerar conhecimento contínuo sobre as condições nutricionais da população e os fatores que as influenciam. Essas informações sobre o estado nutricional e a alimentação da população subsidiam tomadas de decisões, no médio e longo prazo, que visam melhorias necessárias para o crescimento adequado das crianças, além de incentivar a alimentação saudável precocemente, contribuindo para a qualidade de vida de todo o município (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2010).

A principal base do SISVAN corresponde ao sistema informatizado, o SISVAN Web, que pode ser acessado via internet pela Atenção Básica à Saúde, em nível municipal, para o registro dos dados, por exemplo, peso, altura e indicadores do consumo alimentar provenientes dos atendimentos realizados pela Estratégia Saúde da Família (ESF). A responsabilidade sobre a vigilância deve ser uma atribuição de todos os profissionais das equipes de Saúde da Família, incluindo os agentes comunitários de saúde (ACS), os quais devem atuar de forma intensa nesse processo, pois também são responsáveis pela ampliação da cobertura de acompanhamento do SISVAN em sua área de abrangência (UNICEF, 2010).

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A definição cronológica de criança e adolescente possui variações e, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1986), criança é todo indivíduo até os dez anos de idade. Esse parâmetro também é adotado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Já, os limites cronológicos da adolescência definidos pela OMS compreendem o período entre 10 e 19 anos, e pela Organização das Nações Unidas (ONU), entre 15 e 24 anos. Considerando-se, ainda, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei n.8.069 de 1990, criança é a pessoa até 12 anos incompletos; e adolescente aquela entre 12 e 18 anos de idade (BRASIL, 1990). O sistema de classificação

cronológico adotado pelo SISVAN considera crianças os indivíduos menores de 10 anos de idade, e adolescentes aqueles com idade maior ou igual a 10 anos e menor que 20 anos (BRASIL, 2011).

Apesar da variabilidade e da diversidade dos parâmetros biológicos e psicossociais que ocorrem durante o crescimento e desenvolvimento infantil, as quais podem influenciar essa classificação, a idade cronológica é o quesito mais utilizado na estratificação populacional para investigações científicas (EISENSTEIN, 1999).

Nesse sentido, neste estudo utilizou-se a classificação da OMS, pois a população pesquisada é composta por crianças entre seis e 10 anos e por seu principal cuidador – mãe, pai ou outro familiar. A idade inferior limite de seis anos foi estabelecida de modo a possibilitar a avaliação de indivíduos com maior domínio de comunicação verbal e escrita e que, usualmente, já possuem hábitos alimentares estabelecidos. Ademais, considera-se que crianças dessa faixa etária possuem autonomia relativa, principalmente no que diz respeito à escolha alimentar, tanto no ambiente doméstico quanto no escolar.

Para participar deste estudo a criança deveria possuir registro de avaliação ponderoestatural referente ao ano de 2013, no SISVAN, o qual foi utilizado para a seleção dos potenciais sujeitos de pesquisa. Vale ressaltar que neste cadastro todas as crianças estavam na faixa etária entre seis e dez anos incompletos. Porém, a coleta de dados foi realizada no ano de 2014, e algumas dessas crianças já haviam completado dez anos, mas tal fato não inviabilizou a participação das mesmas na pesquisa.

Considerando-se a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instituída pela Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, o SISVAN é apontado como um dos sistemas que devem ser alimentados regularmente para que não seja suspenso o repasse de recursos do Piso da Atenção Básica (PAB) aos municípios (BRASIL, 2006; UNICEF, 2010). A alimentação regular do sistema desperta o interesse em utilizá-lo como fonte de informação para a captação dos sujeitos da pesquisa. Entretanto, quando se trabalha com informações oriundas de bancos de dados há que se ponderar que existe o viés de falha ou ausência de preenchimento, o que, por sua vez, não viabiliza a sua utilização como fonte de coleta de dados.

4.4 COLETA DE DADOS

A pesquisa foi realizada em três etapas distintas. A primeira etapa consistiu no levantamento de informações relativas a todas as crianças entre seis e dez anos incompletos que realizaram a avaliação ponderoestatural em 2013, registradas no SISVAN Web do

município de Maringá. Para esse levantamento foram despendidas três horas para a busca de informações e dados no sistema. Também foi necessária a colaboração dos funcionários do Centro de Informação em Saúde (CIS) da Secretaria Municipal de Saúde de Maringá.

Nessa primeira etapa, foi obtido o relatório de avaliação ponderoestatural de 1.672 crianças registradas no SISVAN Web do município, no ano de 2013. Os dados de todas as crianças foram gerados em uma planilha no programa computacional *Microsoft Excel*[®], contendo o nome da criança, o nome da mãe, data de nascimento da criança, endereço, bairro e estado nutricional, sendo que este pode ser classificado em: magreza acentuada, magreza, eutrofia, risco de sobrepeso, sobrepeso e obesidade.

A partir desse relatório geral foi realizada uma busca minuciosa, a fim de encontrar cadastros duplicados no sistema. Foram identificados 69 casos (4,12%) de duplicidade, totalizando 1.603 crianças avaliadas na faixa etária de seis a dez anos incompletos.

As ocorrências de duplicidade de cadastros se constituíram principalmente em endereços diferentes, com 39 ocorrências, possivelmente devido à mudança de endereço e UBS de referência, fazendo com que o usuário fosse registrado novamente no sistema ao invés de fazer a atualização do endereço.

O segundo fator para a causa de duplicidade foi o erro na escrita de nomes e sobrenomes. A busca pelo usuário geralmente é feita pelo nome e data de nascimento. Com as divergências na escrita por se tratar de nomes e sobrenomes estrangeiros ou em que há a duplicação de letras e a utilização de letras como: H, K, W e Y, dificultam a escrita correta quando apenas é pronunciado o nome, dificultando a busca do usuário no sistema. Nesse caso, foram identificadas 15 ocorrências com diferença na escrita do nome da criança e 15 ocorrências no nome da mãe. Por fim, também foram identificadas divergências na data de nascimento da criança, com quatro ocorrências, e a presença de quatro cadastros idênticos.

A escrita correta e completa dos dados pessoais do usuário durante o cadastro no sistema gestor é de suma importância para evitar a duplicidade de cadastros, o que pode gerar dificuldades na busca do usuário no sistema. Por isso, é importante que o profissional que efetua esse cadastro solicite um documento do usuário, pois assim é possível verificar a escrita correta de nomes e da data de nascimento, facilitando a busca do usuário no sistema.

Verificadas as duplicidades, os dados das crianças foram organizados em seis grupos, conforme o estado nutricional. O SISVAN Web classifica as avaliações em magreza acentuada, magreza, eutrofia, risco de sobrepeso, sobrepeso e obesidade. Vale dizer que as avaliações antropométricas podem ter sido obtidas pelo atendimento na atenção básica ou em consulta médica ou de enfermagem.

Considerando-se o relatório emitido pelo SISVAN Web do município, das 1.603 crianças com idade entre seis e dez anos incompletos, cadastradas no ano de 2013, 15,3% estavam com excesso de peso, sendo que 9,9%, com sobrepeso, e 5,4%, com obesidade (Tabela 1).

Tabela 1. Avaliação nutricional das crianças entre seis e dez anos, cadastradas no SISVAN, no ano de 2013. Maringá (PR), 2014.

Estado Nutricional	Sexo		Total	%
	M	F		
Magreza acentuada	25	17	42	2,6
Magreza	20	16	36	2,2
Eutrofia	464	530	994	62,0
Risco de sobrepeso	140	146	286	17,9
Sobrepeso	65	94	159	9,9
Obesidade	51	35	86	5,4
Total	767	840	1603	100

Fonte: Banco de dados da dissertação.

A partir da planilha contendo os dados apenas das crianças obesas, foram despendidas mais três horas para a busca dos números de telefone das famílias no sistema gestor do município, pois o SISVAN Web não fornece esse dado no relatório. Em continuidade, fez-se a análise estatística referente à obesidade infantil nesse sistema de informação do município.

Na segunda etapa da coleta de dados tentou-se realizar o contato telefônico ou a visita domiciliar a todas as famílias de crianças obesas. Para isso, o município foi dividido em cinco regiões – central, sudoeste, noroeste, sudeste e nordeste – conforme a padronização Cadastro Único para programas Sociais do Governo Federal, o CadÚnico (MARINGÁ, 2010). A divisão possibilitou a organização dos agendamentos das entrevistas, buscando-se agendar as entrevistas com famílias pertencentes a uma mesma região no mesmo dia.

Ao serem localizadas, as famílias foram informadas sobre os objetivos da pesquisa e a forma de participação da criança e do familiar. Nesse momento, foram percorridos 1.242 quilômetros no perímetro urbano e realizadas 236 chamadas telefônicas. Dentre as famílias das 86 crianças classificadas como obesas, 23 não foram localizadas e oito não aceitaram participar do estudo. Desse modo, foi possível entrevistar, nessa etapa, 55 crianças, utilizando-se, como referência, a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) (IBGE, 2009). Esse instrumento foi disponibilizado em *Portable Document Format* (PDF) para a

pesquisadora e em seguida foi redigido no programa computacional *Microsoft Word*[®] no intuito de selecionar apenas as sessões do instrumento pertinentes à pesquisa.

O instrumento adaptado (Apêndice A) é composto por quatro sessões: identificação, alimentação, atividade física e imagem corporal. A parte inicial desse instrumento objetiva a identificação e a caracterização socioeconômica da família em questão, e a caracterização é pautada no Critério de Classificação Econômica Brasil (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA, 2012). Esse critério tem a função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas brasileiras, deixando de lado o termo “classes sociais” para a classificação da população, optando-se por uma divisão de mercado que é definida através de classes econômicas. Nessa classificação considera-se: a posse de alguns eletrodomésticos, eletroeletrônicos, automóveis, quantidade de banheiros no domicílio, presença de empregada doméstica mensalista e o grau de instrução do chefe da família.

A segunda sessão do instrumento é composta por cinco questões relacionadas aos hábitos alimentares da criança. Dentre estas, utilizou-se o recordatório alimentar dos últimos sete dias. Para o seu preenchimento, solicitou-se aos responsáveis que auxiliassem a criança. Na terceira sessão, foram incluídas sete questões sobre a atividade física da criança. Na quarta e última sessão utilizaram-se quatro questões relacionadas à autopercepção corporal da criança, duas delas relacionadas à escala visual de nove níveis, elaborada por Tiggemann e Wilson-Barret (1998). As entrevistas quantitativas foram realizadas com as crianças na presença dos pais para auxiliarem-nas nas respostas, com duração média de 20 minutos.

Por fim, a terceira e última etapa do estudo teve como objetivo obter discursos mais aprofundados sobre a vivência da obesidade infantil no seio familiar. Para tanto, foram abordadas as famílias que demonstraram maior interesse na pesquisa, serem mais acessíveis e possuírem maior disponibilidade de tempo para a realização da entrevista qualitativa com os pais e com a criança.

A entrevista com o responsável foi realizada a partir de um instrumento semiestruturado, composto por cinco questões norteadoras (Apêndice B). O instrumento possui o objetivo central de identificar de que modo a família percebe o atual estado de saúde da criança com obesidade e o que conhece sobre essa doença.

Para a entrevista com as crianças também foi utilizado um roteiro semiestruturado, composto por quatro questões norteadoras (Apêndice C). Essa entrevista teve como principal objetivo levantar o conhecimento da criança sobre a obesidade infantil e como ela vivenciava essa experiência. Ambos os instrumentos foram elaborados pela pesquisadora e apreciados pelo Núcleo de Estudos, Pesquisa, Assistência e Apoio à Família (NEPAAF).

Todas as entrevistas foram realizadas na residência da família e gravadas com o auxílio de um gravador de voz MP3 Recording da Panasonic® RR-US300, com autorização prévia dos responsáveis e consentimento do menor. As mães puderam optar sobre a presença ou não da criança no momento da sua entrevista. Porém, as crianças, em sua totalidade, foram acompanhadas pelo responsável no momento em que foram entrevistadas.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados quantitativos obtidos no SISVAN foram inseridos em uma planilha do programa Microsoft Excel®. Em seguida, foi realizada a análise estatística descritiva por frequência absoluta e relativa, a fim de caracterizar a população e auxiliar o processo de compreensão do fenômeno estudado.

Os dados oriundos da abordagem qualitativa do estudo foram organizados e posteriormente submetidos à Análise de Conteúdo Modalidade Temática (MINAYO, 2013). A análise de conteúdo permite a verificação de hipóteses e/ou à descoberta do que sugere o conteúdo manifesto:

[...] o que está escrito, falado, mapeado, figurativamente desenhado e/ou simbolicamente explicitado sempre será o ponto de partida para a identificação do conteúdo manifesto (seja ele explícito e/ou latente). A análise e a interpretação dos conteúdos obtidos enquadram-se na condição dos passos (ou processos) a serem seguidos (MINAYO, 2003. p.74).

A Análise de Conteúdo Modalidade Temática envolve três etapas. Na primeira, de pré-análise, ocorre a organização do material a partir da leitura exaustiva dos relatos obtidos nas entrevistas. Nesse momento, depois de transcritas, todas as entrevistas foram impressas e iniciou-se a leitura dos relatos das mães e posteriormente o das crianças. Todas as entrevistas foram lidas ao menos três vezes nesse primeiro momento. Para a segunda etapa, em que há a exploração do material por meio de recortes de unidades de registro, utilizaram-se canetas coloridas para identificação dos eixos temáticos a serem trabalhados. Também foi registrada a frequência com que cada um dos eixos era mencionado nos discursos a fim de verificar aquele mais recorrente, porém, mesmo aqueles relatados com menor frequência foram considerados como informações importantes. Por fim, na terceira etapa, realizou-se a interpretação dos resultados, momento em que foram selecionados os discursos que contemplavam os objetivos do estudo, os quais foram confrontados com a literatura científica. Para tanto, buscaram-se

outros estudos em plataformas *on-line* que puderam favorecer a compreensão sobre as vivências das crianças e das famílias com a obesidade infantil (MINAYO, 2013).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Para o acesso aos dados do SISVAN obteve-se autorização do Centro de Capacitação Permanente em Saúde (CECAPS) da Secretaria Municipal de Saúde de Maringá (Anexo A). Posteriormente, houve a apreciação do projeto pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – COPEP, da Universidade Estadual de Maringá, em conformidade às prerrogativas fixadas pela Resolução n° 466 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), com Parecer n° 500.380, de 09 de dezembro de 2013 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) n° 25368613.2.0000.0104 (Anexo B).

No que tange aos cuidados relativos à abordagem dos sujeitos do estudo, e ao se obter a autorização dos responsáveis pelos menores de idade para a realização da pesquisa e participação no estudo, as crianças também foram devidamente informadas e orientadas em relação aos procedimentos da pesquisa. Vale ressaltar que, além da anuência dos pais/responsáveis ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), houve o registro de assentimento do menor (Apêndice D). Todas as entrevistas foram realizadas na residência da família em horário e data previamente agendados, e a entrevista com a criança foi realizada na presença de um responsável.

No intuito de respeitar o anonimato dos participantes do estudo, os registros foram devidamente armazenados e os sujeitos da pesquisa identificados por codinomes: os familiares foram identificados com o grau de parentesco com a criança, em número indicativo de ordem de realização da entrevista, a idade do participante e, em seguida, a identificação da criança e sua idade, conforme o exemplo: *Mãe 1, 42 anos – Filha, 9 anos*. Já, as crianças foram identificadas com nomes de princesas para as meninas e com nomes de super-heróis para os meninos.

Contudo, também será feita a devolutiva dos resultados obtidos neste estudo ao serviço de saúde do município por meio de uma cópia impressa, entregue ao CECAPS na secretaria municipal de saúde. Espera-se também que esses resultados cheguem até os profissionais de saúde das UBS de modo que possam contribuir para a sua rotina com essas famílias e crianças.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Visando a uma melhor organização e a posterior publicação dos dados, os resultados foram construídos e estão apresentados no formato de três manuscritos científicos.

5.1 MANUSCRITO 1

HÁBITOS DE CRIANÇAS OBESAS CADASTRADAS NO SISVAN DE UM MUNICÍPIO DO PARANÁ

HABITS OF OBESE CHILDREN ENROLLED IN SISVAN AT A CITY OF PARANÁ STATE

HÁBITOS DE NIÑOS OBESOS REGISTRADOS EN EL SISVAN DE UN MUNICIPIO DE PARANÁ

RESUMO

A obesidade é uma patologia de causa multifatorial, diagnosticada com frequência na população infantil, constituindo-se em um agravamento de forte impacto na saúde pública. O objetivo deste estudo foi caracterizar o perfil e os hábitos alimentares de crianças obesas. Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva, de natureza quantitativa, realizada com 55 crianças com idade de seis a dez anos. Para a coleta de dados utilizou-se um questionário adaptado da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). A maioria dos entrevistados (60%) era de meninos, com nove anos de idade, e brancos. Constatou-se, em relação ao consumo alimentar, que alguns alimentos marcadores de uma alimentação saudável são bem aceitos por algumas crianças, porém não o suficiente para a caracterização de uma dieta equilibrada. Além disso, alimentos não saudáveis são consumidos semanalmente. Quanto à prática de atividades físicas, esta geralmente se associa às aulas de educação física na escola, caminhada, corrida ou algum tipo de atividade com professor instrutor ou familiar. Por fim, observa-se que é necessário que hábitos alimentares saudáveis e de atividade física sejam incorporados na rotina dessas crianças, sendo que o ambiente escolar se apresentou como potencial para o incentivo dos mesmos.

Palavras-chave: Obesidade pediátrica; Sobrepeso; Enfermagem pediátrica; Doença crônica; Saúde pública.

ABSTRACT

Obesity is a disease with multifactor causes, frequently diagnosed among children, making it a condition with strong impact on public health. The objective of this study was to characterize the profile and feeding habits of obese children. It consists of an exploratory descriptive research study, of a quantitative nature, conducted among 55 children between six and ten

years of age. Data collection used a questionnaire adapted from the National Schoolchildren Health Survey (PeNSE). Most interviewed subjects (60%) were boys, nine years of age, and white. With regard to food intake, it was detected that certain food items regarded as markers of a healthy diet are well accepted by some children, but not enough to characterize a balanced diet. Moreover, non-healthy foods are consumed weekly. With regard to the practice of physical activities, they are usually associated with physical education classes in school, walking, running or another type of activities with a teacher, instructor or family member. Lastly, it is observed that healthy eating habits and physical activity must be incorporated into the routine of these children, with the school environment showing potential to promote these practices.

Keywords: Pediatric obesity; Overweight; Pediatric nursing; Chronic disease; Public health.

RESUMEN

La obesidad es una patología de causa multifactorial, diagnosticada con frecuencia en la población infantil, constituyéndose en un agravio de fuerte impacto en la salud pública. El objetivo de este estudio fue caracterizar el perfil y los hábitos alimentarios de niños obesos. Se trata de una investigación exploratoria descriptiva, de naturaleza cuantitativa, realizada con 55 niños con edad de seis a diez años. Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario adaptado de la *Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar* (PeNSE). La mayoría de los niños entrevistados (60%) era del sexo masculino, con nueve años de edad, y blancos. Se constató, con relación al consumo alimentario, que algunos alimentos marcadores de una alimentación saludable son bien aceptados por algunos niños, pero no lo suficiente para la caracterización de un dieta equilibrada. Además, alimentos no saludables son consumidos semanalmente. En cuanto a la práctica de actividades físicas, esta generalmente se asocia a las clases de educación física en la escuela, caminata, carrera o algún tipo de actividad con profesor instructor o familiar. Por fin, se observa que es necesario que hábitos alimentarios saludables y de actividad física sean incorporados en la rutina de estos niños, siendo que el ambiente escolar se presentó como potencial para su incentivo.

Palabras-clave: Obesidad pediátrica; Sobrepeso; Enfermería pediátrica; Enfermedad crônica; Salud pública.

INTRODUÇÃO

A situação nutricional das crianças de um país pode ser reflexo do seu sistema de educação, alimentação, saneamento básico e saúde. No Brasil, a situação nutricional das crianças vai da desnutrição à obesidade, e o uso de indicadores antropométricos tem sido eficaz para que se reflita sobre as condições do meio em que a criança vive (PINHO et al., 2010)⁽¹⁾.

Considerando-se a realidade brasileira, o índice de excesso de peso entre as crianças de cinco a nove anos era de 10,9%, em 1974, aumentando para 15%, em 1989, e para 34,8%, em 2008-9. A Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), realizada no ano de 2008-2009, apontava que uma em cada três crianças brasileiras encontravam-se acima do peso recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (IBGE, 2010a)⁽²⁾.

A criança que vivencia a obesidade tende a enfrentar maiores dificuldades de relacionamento por sofrer com brincadeiras e apelidos decorrentes do seu excesso de peso. Essas atitudes fazem com que ela se exclua ou se sinta inferior às demais pessoas, e esse sentimento pode ser o precursor de transtornos psicossomáticos – entre os quais a bulimia e a anorexia. Uma alternativa que pode melhorar o relacionamento das crianças obesas com as outras pessoas é o estímulo por parte dos pais ou responsáveis para a prática de exercícios físicos, os quais favorecem não só a redução do peso, mas também a socialização e o lazer (NEVES et al., 2010)⁽³⁾.

Assim, a obesidade entre as crianças tem se tornado um tema cada vez mais discutido e estudado no Brasil, considerando-se não somente o aumento da sua prevalência, mas as consequências para o futuro da saúde individual e coletiva (SCHUCH, 2013)⁽⁴⁾.

A obesidade é uma patologia de causa multifatorial, podendo ser influenciada por fatores genéticos, sociais, econômicos e ambientais. Destaca-se que a mudança dos hábitos alimentares da sociedade, a inserção da mulher no mercado de trabalho, a diminuição da prática de exercícios físicos e o aumento no número de horas despendidas em frente à televisão e outros equipamentos eletrônicos, são os fatores sociais contemporâneos que mais fortemente têm cooperado para que a obesidade infantil atinja patamares nunca antes alcançados (MORAES; DIAS, 2012)⁽⁵⁾.

Face ao exposto, o presente estudo se justifica em função da importância crescente do problema da obesidade infantil, enquanto agravo, com forte impacto na saúde pública. Isto porque as crianças obesas apresentam maiores chances de se tornarem adultos obesos, além disso, estão mais vulneráveis às complicações de saúde associadas à obesidade, as quais podem se manifestar no curto, médio e longo prazo (BALABAN; SILVA, 2004; GIACOMOSSI; ZANELLA; HOFELMANN, 2011)^(6,7).

Estudos que abordem esse tema são relevantes e podem subsidiar a prática dos profissionais de saúde que se deparam com diagnósticos de obesidade infantil em sua rotina de trabalho. Conhecer a rotina alimentar e de atividade física de crianças obesas permite que sejam identificadas fragilidades e potencialidades que viabilizem a ação do profissional no sentido da promoção da saúde e prevenção de agravos. Desse modo, o presente estudo tem como objetivo caracterizar o perfil e os hábitos alimentares de crianças obesas.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, de natureza quantitativa, realizada em Maringá, Paraná. A cidade possui população de 357.077 habitantes, dos quais, aproximadamente, 6% é constituída por crianças com idade entre cinco a nove anos (IBGE, 2010b)⁽⁸⁾.

Como fonte de informação da pesquisa utilizou-se o SISVAN Web, sistema utilizado pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) para o registro de dados da população de sua área de abrangência. A inclusão contínua de dados nesse sistema de informação potencializa a geração de dados confiáveis para pesquisas e despertou o interesse em utilizá-lo como fonte de informação para a captação dos sujeitos desta investigação.

As informações registradas no SISVAN Web podem ser captadas durante o atendimento médico ou de enfermagem na Unidade Básica de Saúde (UBS); na chamada nutricional que ocorre concomitante à Campanha Nacional de Imunização (para crianças menores de cinco anos), ou no Programa Saúde na Escola, em que as crianças da rede municipal de ensino, matriculadas em escolas localizadas na área de abrangência da UBS, são avaliadas anualmente pela equipe de saúde. Nesse sistema é registrado o nome da criança e da mãe, data de nascimento, endereço e o resultado da antropometria.

Para o presente estudo considerou-se a faixa etária de corte utilizada pelo SISVAN Web (plataforma *on-line* do sistema) para a emissão de relatórios. Assim, participaram do estudo crianças com idade mínima de seis anos e máxima de dez anos incompletos até o último dia do ano de 2013. O SISVAN Web classifica automaticamente o estado nutricional das crianças em seis categorias: magreza acentuada, magreza, eutrofia, risco de sobrepeso, sobrepeso e obesidade. Apenas os dados das crianças obesas foram compilados em uma lista, contendo: nome da criança, idade, nome da mãe, endereço e telefone.

De acordo com o relatório emitido pelo SISVAN Web do município, das 1.603 crianças com idade entre seis e dez anos incompletos cadastradas no ano de 2013, 286 (17,9%) estavam com risco de sobrepeso; 245 (15,3%), com excesso de peso; 159 (9,9%), com sobrepeso; e 86 (5,4%), com obesidade.

A partir dessa listagem tentou-se fazer o contato inicial por telefone com as famílias das 86 crianças classificadas como obesas, a fim de convidá-las para participar do estudo. Nessa ocasião foram esclarecidos os objetivos da pesquisa e para aquelas que manifestaram interesse foi agendada a entrevista na residência da família, conforme disponibilidade da criança e do responsável. Nas situações cujo número de telefone não estava disponível realizou-se a visita domiciliar, conforme o endereço cadastrado no sistema.

Dentre as 86 crianças classificadas como obesas, de 23 não foram localizados os pais e oito não aceitaram participar do estudo. Desse modo, serão apresentados dados referentes a 55 crianças e suas famílias. Os dados foram coletados no período de janeiro a maio de 2014, utilizando-se um roteiro estruturado, composto de cinco partes: Caracterização do Respondente/Responsável; Caracterização da Criança; Caracterização da família; Alimentação da criança e Atividade física da criança.

A seção de caracterização do respondente foi composta por questões objetivas, abordando o parentesco com a criança, altura e peso autorreferidos, idade e profissão. Já, para a caracterização da criança foram coletados dados referentes à (ao): cor, idade, sexo, série na escola, turno de estudo, número de refeições por dia e com quem ela passa a maior parte do dia. Na seção de caracterização da família questionou-se sobre o número de moradores na casa e como são, em relação ao peso, fisicamente, o pai e a mãe da criança. Nessa ocasião, também foi utilizado o Critério de Classificação Econômica Brasil (ABEP, 2012)⁽⁹⁾, que tem como função estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas brasileiras. Nas seções quatro e cinco, relacionadas às rotinas alimentares e prática de atividade física da criança, foram utilizadas questões contidas na PeNSE (IBGE, 2009)⁽¹⁰⁾.

O questionário da PeNSE é constituído por 15 seções: aspectos socioeconômicos; contexto familiar; hábitos alimentares; prática de atividade física; hábitos sedentários; experimentação e consumo de cigarro, álcool e outras drogas; saúde sexual e reprodutiva; violências, segurança; percepção da imagem corporal; trabalho; higiene; acidentes; saúde mental; uso de serviço de saúde e prevalência de asma (IBGE, 2009; IBGE, 2013)^(10,11). Para este estudo foram utilizadas apenas quatro seções: hábitos alimentares, prática de atividades físicas, hábitos sedentários e percepção da imagem corporal.

Para a análise, os dados foram inseridos em uma planilha do programa Microsoft Excel[®]. Em seguida, foi realizada a análise estatística descritiva por frequência absoluta e relativa a fim de caracterizar a população e auxiliar o processo de compreensão do fenômeno estudado.

O desenvolvimento do estudo foi autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Maringá, e, posteriormente, aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, da Universidade Estadual de Maringá, em conformidade com as prerrogativas fixadas pela Resolução n° 466 do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2012)⁽¹²⁾ (CAAE n° 25368613.2.0000.0104). Os pais ou responsáveis pelas crianças assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias e as crianças também registraram seu assentimento.

RESULTADOS

A maioria das famílias abordadas neste estudo possui poder de compra que as classifica na classe C1 (43,6%) ou B2 (34,5%). Destaca-se que três famílias foram classificadas na classe B1 e nove (16,4%) na C2.

Na maioria dos casos (85,5%), a pessoa que participou da entrevista foi a mãe da criança; em três casos foi o pai; e nos outros cinco (9,1%) foram outros familiares — avós ou irmãs. A maioria dos familiares respondentes (71,0%) tinha vínculo empregatício formal e os demais (29,0%) se intitularam “do lar”.

Em relação ao estado nutricional dos familiares, a partir de informações autorreferidas, 15 (27,3%) deles foram classificados como eutróficos; 15 (27,3%), com sobrepeso; 22 (40,0%) com obesidade e três (5,5%) não souberam informar peso e/ou altura. Desse modo, 67,3% dos familiares de crianças obesas apresentavam excesso de peso.

No que se refere às crianças obesas, a maior parte (60,0%) era do sexo masculino, sendo que 29 (52,7%) consideravam-se brancas, 23 (41,8%) pardas e três (5,5%) pretas. Em relação à idade, a moda foi de nove anos, conforme a Tabela 1:

Tabela 1. Distribuição das crianças em estudo quanto à faixa etária e sexo. Maringá (PR), 2014.

Idade	Sexo		TOTAL	
	Masculino	Feminino	N	%
	N	N	N	
6 anos	06	01	07	12,7
7 anos	07	07	14	25,5
8 anos	08	04	12	21,8
9 anos	10	06	16	29,1
10 anos	02	04	06	10,9
Total	33	22	55	100

Fonte: Banco de dados da dissertação.

Quanto ao turno de estudo, 22 crianças (40,0%) estudavam no período matutino; 20 (36,4%), no período vespertino; e 13 (23,6%); em período integral. Quando não estão na escola, 35 (63,3%) crianças referiram passar a maior parte do tempo com a mãe; 13 (23,6%), com os avós; três (5,5%), com o pai; e quatro (7,3%), com irmãos.

Quanto ao número de refeições realizadas por dia, a maioria das crianças (85,4%) relatou fazer, pelo menos, quatro refeições, seguido pela frequência de cinco refeições

(29,1%), duas e três refeições (7,3% cada), e, por fim, seis refeições (1,8%). Desse modo, nenhuma criança relatou fazer menos de duas refeições por dia. Todas as crianças relataram fazer, pelo menos, uma dessas refeições na escola, e as que estudam em período integral disseram que fazem quase todas as refeições na escola, dividindo esse momento com a família apenas aos finais de semana.

A frequência da ingestão de alguns alimentos pela criança também foi investigada a partir do recordatório (Tabela 2), tendo sido identificado que dois alimentos saudáveis são consumidos diariamente por grande parte das crianças entrevistadas: leite (61,8%) e feijão (47,3%). Outros alimentos saudáveis consumidos pelo menos três vezes na semana por mais da metade das crianças são as frutas e verduras cruas, 61,8% e 56,4%, respectivamente.

Por outro lado, os demais alimentos incluídos na categoria dos nutritivos — legumes, verduras cozidas e sopas — possuem baixa frequência de consumo pela maioria das crianças.

Tabela 2. Recordatório alimentar da última semana das crianças de seis a dez anos. Maringá (PR), 2014.

Alimento	Frequência de consumo na última semana				
	<i>Não comi</i>	<i>1 a 2</i>	<i>3 a 4</i>	<i>5 a 6</i>	<i>Todos os dias</i>
Alimentos marcadores de alimentação saudável					
Feijão	03	09	09	08	26
Frutas frescas ou salada de frutas	08	09	24	08	06
Leite	04	08	06	03	34
Legumes crus	36	11	03	05	00
Legumes, verduras cozidos ou sopa	41	12	00	02	00
Verduras cruas	11	13	14	13	04
Alimentos marcadores de alimentação não saudável					
Biscoitos ou bolachas salgados	27	13	06	04	05
Biscoitos ou bolachas doces	23	17	06	04	05
Guloseimas	03	20	09	08	15
Batata frita/Chips	25	22	05	00	03
Salgados fritos	27	26	01	00	01
Refrigerante	04	18	17	07	09
Hambúrguer, salame, <i>nuggets</i> , presunto, mortadela, linguiça, salsicha	19	27	03	02	04

Fonte: Banco de dados da dissertação.

Entre os alimentos de baixo valor nutritivo, os referidos como os mais consumidos foram os refrigerantes e as guloseimas — balas, chicletes, chocolates, entre outros. O consumo de refrigerantes três ou mais vezes por semana foi relatado por 60,0% das crianças e o de guloseimas por 58,2% delas.

As crianças também foram questionadas sobre o consumo de frutas no dia anterior ao da entrevista, e os resultados mostraram que quase metade delas (45,4%), disse não tê-las ingerido, 49,1% referiram que comeram pelo menos uma fruta e somente três relataram ter consumido mais de uma porção de frutas no dia anterior.

Em relação ao modo como são realizadas as refeições, 11 (20,0%) crianças disseram que nunca ou raramente comem assistindo televisão. Enquanto 32 (58,2%) sempre comem assistindo TV, e outras 12 (21,8%) relataram que isso ocorre apenas em alguns dias da semana.

A prática de atividade física foi investigada a partir de sete questões. Inicialmente, abordou-se o meio de transporte utilizado nos últimos sete dias para ir e voltar da escola, sendo que 30 (54,5%) crianças referiram que vão todos os dias a pé para a escola e 36 (65,4%) voltam da escola todos os dias a pé. Destaca-se que, do total de 55 crianças entrevistadas, 24 (43,6%) delas nunca vão a pé e 18 (32,7%) nunca voltam a pé.

Quanto às atividades físicas realizadas periodicamente, dez crianças (18,2%) mencionaram que praticam alguma atividade física semanal com professor instrutor, incluindo aulas de futebol, dança e lutas; 23 crianças (41,8%) praticam alguma atividade física durante a semana sem professor instrutor, sendo as caminhadas e as corridas com os pais as mais referidas.

Em relação ao tempo despendido com atividades sedentárias, 31 (56,4%) crianças não utilizam o computador e 18 (32,7%) o utilizam por, pelo menos, uma ou duas horas por dia. Por outro lado, apenas três crianças (5,4%) relataram não assistir televisão durante o dia, 21 (38,2%) assistem por uma ou duas horas; 16 (29,1%), de três a quatro horas, e 15 (27,3%) por mais de cinco horas por dia.

Por fim, 26 (47,3%) crianças relataram que estão tentando perder peso e outras 29 (52,7%) disseram não estar fazendo nada para favorecer a perda de peso.

DISCUSSÃO

Dentre as limitações encontradas para a realização do estudo destaca-se a desatualização do endereço e outros dados cadastrais importantes para a localização das

crianças e sua família. Em decorrência, não foi possível o contato com todas aquelas classificadas como obesas, reduzindo, assim, o número da amostra e impossibilitando a generalização dos resultados para a realidade do município.

Estudos relacionados à prevalência da obesidade entre escolares são crescentes, e são realizados em diferentes regiões do Brasil (MORAES; OLIVEIRA; MOLENA-FERNANDES, 2007; FARIAS; GUERRA-JUNIOR; PETROSKI, 2008; VIEIRA, 2008; MACÊDO et al., 2009; MELLO et al., 2010; NASCIMENTO; FERREIRA; MOLINA, 2010; PINHO et al., 2010; SCHUCH, 2013)^(1, 4, 13-18) e do mundo (PEREIRA; LOPES, 2012)⁽¹⁹⁾. No presente estudo, a prevalência de excesso de peso nas crianças com idade entre seis e dez anos incompletos foi de 15,3%, sendo 9,9% de sobrepeso e 5,4% de obesidade. Além disso, 17,9% das crianças apresentava risco de sobrepeso. Em estudo realizado em Fortaleza, com 727 crianças com idade entre seis e 11 anos, constatou-se que 159 (21,9%) apresentaram excesso de peso, sendo que desses 15,3% tinham sobrepeso, e 6,6% obesidade (MACÊDO et al., 2009)⁽¹⁶⁾.

No presente estudo constatou-se que a porcentagem de meninos acometidos pela obesidade é maior do que das meninas, corroborando resultados de estudo realizado em município vizinho do presente estudo em que a prevalência de obesidade entre os meninos foi maior em todas as faixas etárias, dos seis aos dez anos de idade (MELLO et al., 2010)⁽¹⁷⁾. Por outro lado, em escolares de uma capital do Norte do país, a obesidade infantil predominou entre as meninas com idade média de dez anos e de famílias de baixo nível socioeconômico (FARIAS; GUERRA-JUNIOR; PETROSKI, 2008)⁽¹⁴⁾. Em estudo realizado em Maringá, Paraná, com 109 alunos do ensino fundamental, também foi constatada prevalência maior de obesidade entre as meninas (13,7%) quando comparada aos meninos (3,4%) (MORAES; OLIVEIRA; MOLENA-FERNANDES, 2007)⁽¹³⁾. Já, em Pelotas, Rio Grande do Sul, a prevalência da obesidade foi maior em meninos da rede privada de ensino, e em meninas da rede pública (VIEIRA, 2008)⁽¹⁵⁾.

Desse modo, a relação entre a obesidade infantil com o sexo da criança ainda não está esclarecida. Considerando-se os diferentes achados na literatura e também o do presente estudo, se torna necessário considerar as variáveis que podem interferir nessa prevalência: a região do país, porte da cidade, classe social e mesmo a época de realização do estudo.

A preocupação com o avanço da obesidade em crianças tem levado diferentes instâncias governamentais a proporem estratégias visando ao seu controle. Desse modo, na perspectiva de integrar as redes de Educação Básica pública com a rede de Atenção Básica à Saúde nas áreas de abrangência das equipes da Estratégia Saúde da Família, foi instituído, a

partir do Decreto nº 6.286, de 05 de dezembro de 2007⁽²⁰⁾, o Programa Saúde na Escola. E a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE — é uma das estratégias propostas para gerar informações aos gestores e dar sustentabilidade ao sistema de vigilância de escolares.

Os dados da PeNSE fornecem informações sobre os hábitos alimentares e a prática de atividades físicas dos escolares, o que é imprescindível para o diagnóstico precoce da obesidade e para a implementação de medidas de prevenção, pois a obesidade é uma Doença Crônica Não Transmissível (DCNT) que pode gerar repercussões negativas para a saúde do indivíduo no curto, médio e longo prazo (BALABAN; SILVA, 2004)⁽⁶⁾.

As DCNT, e seus fatores de risco e proteção, têm recebido atenção especial por parte da comunidade científica que assevera que as mesmas podem ser evitadas por meio de ações que não necessitam da utilização de tecnologias sofisticadas, pelo contrário, as mudanças de comportamentos e hábitos são consideradas fundamentais nesse processo (DUARTE, 2010)⁽²¹⁾.

Nesse contexto de mudanças de hábitos, o consumo de alimentos saudáveis é uma atitude efetiva para o controle e manutenção do peso ideal. Para tanto, o consumo de alimentos que são marcadores de alimentação saudável na frequência de cinco dias ou mais na semana foi relatado por 61,8% das crianças considerando o consumo de feijão, 43,6% para hortaliças, 25,4% para frutas frescas, e 67,3% para o leite. Por outro lado, os alimentos marcadores de alimentação não saudável, o consumo de guloseimas – balas, chicletes, bolos, chocolates, entre outros – foi relatado por 41,8% das crianças na frequência de cinco dias ou mais na semana.

Esses valores estão bem próximos daqueles encontrados na PeNSE realizada no ano de 2012, com 109.104 escolares do 9º ano. Dentre os alimentos marcadores da alimentação saudável – consumidos cinco ou mais dias na semana –, encontrou-se prevalência de 69,9% para o feijão, 43,4% para hortaliças, 30,2% para frutas frescas e 51,5% para o leite. Quanto às guloseimas, o consumo destas por cinco ou mais dias foi relatado por 41,3% dos escolares entrevistados (IBGE, 2013)⁽¹¹⁾.

Observou-se que as frequências encontradas em 2012 são melhores para todos os alimentos, com exceção das frutas, em que o consumo foi ligeiramente menor (31,5%). Em pesquisa realizada em 2009 esses valores variaram para 62,6% para o consumo de feijão, 31,3% para o consumo de hortaliças, 53,6% para leite e 50,9% para guloseimas (IBGE, 2009)⁽¹⁰⁾.

Vale dizer que frutas, verduras e feijão são alimentos encontrados com frequência na merenda escolar, a qual constitui pelo menos uma das refeições do dia de todas as crianças

entrevistadas no presente estudo. A realização dessa refeição na escola permite que a criança seja incentivada a consumir esses alimentos tanto pela oferta quanto pelo exemplo ao verem seus colegas consumindo esses alimentos.

Em relação ao consumo de leite, este se apresentou mais elevado nesta pesquisa em comparação à PeNSE de 2009 e 2012. Esse fato pode ser decorrente da diferença na faixa etária da população em estudo, sendo que nos dois anos da PeNSE foram abordados alunos do nono ano do ensino fundamental, pois as crianças mais novas tendem a consumir leite com maior frequência em relação àquelas de faixas etárias mais velhas.

Considerando-se os hábitos alimentares de 50 crianças da cidade de Viseu - Portugal, com idade entre seis e dez anos, foi possível notar que aquelas com obesidade tendem a almoçar com mais frequência na escola do que em suas casas, além de frequentarem mais os *fast-food* e ingerirem menos vegetais e sopas quando comparadas às crianças não obesas. Contudo, elas consomem menos doces, o que talvez esteja relacionado às restrições impostas pelos pais ou responsáveis (PEREIRA; LOPES, 2012)⁽¹⁹⁾.

Quanto ao local e à forma de realização das refeições, em outro estudo constatou-se que 64,0% dos escolares referiram realizar alguma refeição assistindo televisão ou estudando (IBGE, 2013)⁽¹¹⁾, valor inferior ao encontrado no presente estudo, em que esse hábito foi referido por 80,0% das crianças entrevistadas.

O hábito de realizar as refeições fora da mesa tem sido cada vez mais comum, constituindo-se em uma atitude que tem potencial para interferir na qualidade e na quantidade dos alimentos consumidos. Nesses casos, ocorre com maior frequência a ingestão de alimentos hipercalóricos e de baixo teor nutritivo, abrindo-se as portas para o desenvolvimento da obesidade (PEREIRA; LOPES, 2012)⁽¹⁹⁾.

A proporção de crianças que referiram assistir televisão duas ou mais horas por dia durante a semana foi menor (56,6%) do que a proporção encontrada na PeNSE (2012) que foi de 78,0% (IBGE, 2013)⁽¹¹⁾. A literatura aponta que a exposição excessiva à televisão, na infância e na adolescência, pode ter associação com o tabagismo, baixa aptidão física, sobrepeso e hipercolesterolemia na vida adulta (HANCOX; MILNE; POULTON, 2004)⁽²²⁾.

Em relação ao uso do computador, mais da metade das crianças (56,4%) relatou não utilizá-lo durante a semana. No entanto, faz-se necessário considerar que o uso de computadores como passatempo tem sido substituído pelo uso de telefones celulares de alta tecnologia, que oferecem entretenimento para todas as faixas etárias por ter seu uso facilitado e maior aceitação entre as crianças.

Dessa maneira, o sedentarismo é caracterizado pelo uso cada vez mais frequente de computadores e jogos eletrônicos, o qual, associado às propagandas que influenciam o consumo de alimentos e produtos pouco nutritivos e hipercalóricos, tem contribuído para que a obesidade se instale mais facilmente na vida dessas crianças (MACEDO et al., 2009)⁽¹⁶⁾.

Nesse contexto, a promoção de atividade física entre os escolares é uma intervenção que precisa ser implementada com urgência, pois essa prática é reduzida drasticamente durante a adolescência e na vida adulta (HALLAL et al., 2010b)⁽²³⁾. Os resultados relacionados à prática de atividades físicas entre as crianças deste estudo corroboram com os de estudo que identificou que a inatividade ou a prática insuficiente de atividades físicas é uma realidade na rotina de vida de jovens de todas as regiões do país (HALLAL et al., 2010b)⁽²³⁾. Porém, estudo realizado com 50 crianças entre seis e dez anos não constatou relação entre os hábitos de atividade física e obesidade (PEREIRA; LOPES, 2012)⁽¹⁹⁾.

A prevenção e o tratamento da obesidade na infância são fundamentais para a prevenção de doenças na vida adulta. Como alternativa, o acompanhamento regular das medidas de peso e estatura são importantes para identificar a obesidade em crianças, as variações nutricionais e as características do ambiente socioeconômico em que se encontram (MACÊDO et al., 2009)⁽¹⁶⁾. Para tanto, a identificação precoce dessas crianças em risco de sobrepeso e obesidade se torna essencial para a elaboração de estratégias de prevenção porque a obesidade exige ações multidisciplinares e intersetoriais.

Nesse contexto de prevenção e promoção da saúde, as consultas de enfermagem devem se constituir em um espaço oportuno para realização da avaliação antropométrica da criança. O enfermeiro precisa estar atento para identificação precoce de alterações de peso que extrapolem a curva de normalidade, além de buscar o desenvolvimento de ações de educação em saúde, com monitoramento e avaliação, tanto no âmbito individual quanto coletivo, promovendo a saúde a partir de intervenções nos hábitos de vida da criança e de seus familiares (MARCHI-ALVES et al., 2011)⁽²⁴⁾.

Os programas escolares extraclasse também podem se constituir em um espaço importante para estimular a prática de atividades físicas e se tornarem uma alternativa eficaz para afastar os comportamentos sedentários (HALLAL et al., 2010b)⁽²³⁾. Contudo, esse estímulo deve estar associado ao incentivo de uma alimentação saudável. Desse modo, é possível aproveitar ainda mais o tempo dos profissionais e os recursos disponíveis e tornar a promoção da saúde, no âmbito escolar, uma atividade multiprofissional (HALLAL, 2010a)⁽²⁵⁾.

O profissional de saúde também deve estar atento aos determinantes que extrapolam o comportamento individual, e que têm potencial para interferir no processo saúde-doença: os

aspectos políticos, a condição socioeconômica, o ambiente e as relações familiares. É importante, portanto, ressaltar que a esfera da promoção da saúde é muito mais ampla do que a ação preventiva de doenças (HALLAL, 2010a)⁽²⁵⁾.

Considerando-se, ainda, que a obesidade pode predispor o indivíduo ao desenvolvimento de DCNT, o profissional de enfermagem deve possuir conhecimento sobre a patologia e estar habilitado para fornecer orientações em relação ao controle do peso e a instituição de uma alimentação saudável. Desse modo, e como membro da equipe multiprofissional de saúde, deve atuar na promoção da saúde, seja em escolas ou em quaisquer outros espaços de uso coletivo das crianças, incentivando a prática de atividades físicas, da alimentação saudável e a promoção do bem-estar psicológico (LUGÃO et al., 2010)⁽²⁶⁾.

Por fim, deve-se ressaltar, ainda, a importância dos dados contidos no SISVAN, pois estes são fundamentais para o planejamento estratégico da atenção primária à saúde (APS), e podem subsidiar ações das equipes da ESF e das UBS. Para isso, é necessário que os dados sejam valorizados pelos gestores, pois, a partir da sua análise, é possível conhecer a realidade de determinada população, favorecendo ações eficazes que correspondam à necessidade da mesma.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo mostram que a prevalência da obesidade infantil encontrada nos registros do SISVAN Web do município está próxima de outros estudos encontrados na literatura. Considerando-se, ainda, o número elevado de crianças classificadas com risco de sobrepeso e obesidade, observa-se o quanto a utilização dessas informações pode subsidiar as ações da APS e prevenir que o número de crianças diagnósticas com obesidade se eleve.

Com este estudo foi possível conhecer a rotina alimentar das crianças obesas, tendo sido identificado que alguns alimentos essenciais para uma dieta equilibrada, como o feijão, leite e frutas frescas são consumidos com frequência pelas crianças, porém, não em quantidade suficiente. Também aponta o ambiente escolar como potencial para incentivar o consumo de alimentos saudáveis entre as crianças, pois, todas elas fazem, pelo menos, uma das refeições diárias na escola.

No que se refere à prática de atividade física, esta ficou restrita quase que exclusivamente ao ambiente escolar e ao deslocamento a pé até a escola. Porém, algumas

crianças também relataram a prática de atividades com professor instrutor fora do ambiente escolar, além de atividades praticadas na companhia dos pais — corridas e caminhadas.

REFERÊNCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales una Mina de Información sobre Salud Pública Mundial. 2014 [acesso em 2014 out. 15]. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112817/1/WHO_HIS_HSI_14.1_spa.pdf>
2. World Health Organization – WHO. World Health Statistics. 2014 [acesso em 2014 out. 15]. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/world-health-statistics-2014/en/>>.
3. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes Brasileiras de Obesidade. 3. ed. São Paulo: Abeso; 2009 [acesso em 2014 out 15]. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/pdf/diretrizes_brasileiras_obesidade_2009_2010_1.pdf>.
4. Fisberg M. Obesidade na Infância e adolescência. Rev. bras. Educ. Fís. Esp. 2006; 20(supl. 5):163-164.
5. Sociedade Brasileira de Pediatria - SBP. Departamento Científico de Nutrologia. Manual de orientação: Obesidade na infância e adolescência. 2. ed. São Paulo: SBP; 2012.
6. Boa-Sorte N, Neri LA, Leite MEQ, Brito SM, Meirelles AR, Ludovice FBS, Santos JP, Viveiros MR, Ribeiro Júnior, HC. Percepção materna e autopercepção do estado nutricional de crianças e adolescentes de escolas privadas. J. Pediatr. (Rio J.). 2007;83(4):349-56.
7. Chuproski P, Mello DF. Percepção materna do estado nutricional de seus filhos. Rev Nutr. 2009;22(6):929-36.
8. Molina MCB, Faria CP, Montero P, Cade NV. Correspondence between children's nutritional status and mothers' perceptions: a population- based study. Cad Saúde Pública. 2009; 25(10):2285-90.
9. Giacomossi MC, Zanella T, Hofelmann DA. Percepção materna do estado nutricional de crianças de creches de cidade do Sul do Brasil. Rev. Nutr. [online]. 2011 [acesso em 2014 out. 5]; 24(5):689-702.
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Abrasco; 2013.
11. Tiggemann M, Wilson-Barret E. Childrens's figure ratings: relationship to self-esteem and negative stereotyping. Internacional Journal of Eating Disorders. 1998;23(3):83-8.
12. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. [acesso em: 04 de outubro de 2014]. Disponível em: <http://andromeda.ensp.fiocruz.br/etica/sites/default/files/documentos/Res%20466_2012.pdf>.

13. Moraes PM, Dias CMSB. Nem só de pão se vive: a voz das mães na obesidade infantil. *Psicol. cienc. prof.*[online]. 2013;33(1):46-59.
14. Camargo APPM, Barros Filho AA, Antonio MARGMA, Giglio JS. A não percepção da obesidade pode ser um obstáculo no papel das mães de cuidar de seus filhos. *Ciênc. saúde coletiva*. 2013;18(2):323-33.
15. Santos LRC, Rabinovich EP. Situações Familiares na Obesidade Exógena Infantil do Filho Único. *Saúde Soc*. 2011;20(2):507-21.
16. World Health Organization. Obesity and overweight. Atualizado em mar. 2013 [acesso em 2013 set 20]. Fact Sheet nº 311. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>>.
17. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretoria de Promoção de Saúde Cardiovascular. Cartilha informativa. Campanhas temáticas: Criança. 2013 [acesso em 2014 set 20]. Disponível em: <http://prevencao.cardiol.br/campanhas/pdf/gibi_colesterol2013.pdf>.
18. Costanzi CB, Halpern R, Rech RR, Bergmann MLA, Alli LR, Mattos AP. Fatores associados a níveis pressóricos elevados em escolares de uma cidade de porte médio do sul do Brasil. *J. Pediatr. (Rio J.)* [online]. 2009;85(4):335-40.
19. Passos-Santos JP, Prati ARC, Molena-Fernandes CA. Associação entre pressão arterial e indicadores de obesidade geral e central em escolares. *Cienc Cuid Saude*. 2013;12(1):146-154.
20. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica - ABESO. Dicas: 10 erros que não devemos cometer na educação alimentar da criança [online]. 2013 [acesso em 2014 ago 13]. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/pagina/27/::+10+erros+que+nao+devemos+cometer+na+educacao+alimentar+da+crianc.shtml>>.
21. Rossi A, Moreira EAM, Rauen MS. Determinantes do comportamento alimentar: uma revisão com enfoque na família. *Rev. Nutr.* [online]. 2008;21(6):739-48.
22. Lindsay AC, Ferarro M, Franchello A, Barrera RL, Machado MMT, Pfeiffer ME, Peterson KE. Child feeding practices and household food insecurity among low-income mothers in Buenos Aires, Argentina. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012;17(3):661-9.
23. Melo MM, Lopes VP. Associação entre o índice de massa corporal e a coordenação motora em crianças. *Rev. bras. educ. fís. esporte* [online]. 2013;27(1):7-13.
24. Mishima FKT, Barbieri V. O brincar criativo e a obesidade infantil. *Estud. psicol. (Natal)* [online]. 2009;14(3):249-55.
25. Bayer AAA, Vasco CC, Lopes SRA, Teixeira CJC. Intervenção grupal em pacientes com obesidade e seus familiares: relato de experiência. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2010;30(4):200-11.
26. Oliveira F, Soares L. Programa piloto de intervenção para pais de crianças com problemas de obesidade. *Psic., Saúde & Doenças* [online]. 2011 [acesso em 2014 out 15];12(2):197-211.

5.2 MANUSCRITO 2

A OBESIDADE INFANTIL NA PERSPECTIVA DA FAMÍLIA E SUAS FORMAS DE ENFRENTAMENTO

CHILDHOOD OBESITY UNDER THE FAMILY'S PERSPECTIVE AND WAYS OF ADDRESSING IT

LA OBESIDAD INFANTIL EN LA PERSPECTIVA DE LA FAMILIA Y SUS FORMAS DE ENFRENTAMIENTO

RESUMO

Neste estudo teve-se o objetivo de identificar de que modo a família percebe o estado de saúde da criança com obesidade e as estratégias para enfrentar essa problemática. Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória de natureza qualitativa, realizada com 14 mães de crianças obesas em uma cidade de médio porte da região sul do Brasil. As crianças obesas foram localizadas no relatório anual de avaliação nutricional do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) do município. As entrevistas foram realizadas a partir de um roteiro semiestruturado na residência das famílias. Após, foram transcritas na íntegra e submetidas à Análise de Conteúdo Modalidade Temática, identificando-se três categorias temáticas: Reconhecendo o estado de saúde da criança; As consequências da obesidade infantil; O papel da família no desenvolvimento, manutenção e tratamento da obesidade infantil, as quais mostram que algumas famílias não reconhecem a obesidade como um problema de saúde, o que as leva a negar a sua presença. Outras categorias identificam alguns efeitos negativos como: dificuldades respiratórias, apneia e cansaço durante atividade física. Dentre as estratégias de enfrentamento adotadas pelas famílias, algumas envolvem o estímulo aos hábitos saudáveis, porém outras não contribuem efetivamente para a redução do peso, além de poderem prejudicar a saúde da criança. Concluiu-se que o enfrentamento da obesidade infantil tende a ser peculiar a cada família e envolve desde o seu reconhecimento como uma patologia que necessita de tratamento até a busca por alternativas que tenham como objetivo a redução do peso da criança.

Palavras-chave: Obesidade Pediátrica. Relações Familiares. Enfermagem Pediátrica. Estilo de vida. Saúde Pública.

ABSTRACT

The objective of this study was to identify how families perceive the health status of children with obesity, as well as strategies employed to face this problem. It consists of a descriptive exploratory research study of a qualitative nature, conducted among 14 mothers of obese children from a mid-size city in southern Brazil. The obese children were located from the annual nutrition evaluation report for the city's Food and Nutrition Surveillance System (SISVAN). The interviews took place based on a semi-structured script at the homes of the families. They were then transcribed in full and subjected to content analysis, theme modality, identifying three thematic categories: Acknowledging the child's health status; The consequences of childhood obesity; The role of the family in the development, maintenance

and treatment of childhood obesity. These categories show the family's role in developing, maintaining and treating childhood obesity, showing that some families do not recognize obesity as a health problem, leading them to deny its existence. Other categories identify certain negative effects such as: respiratory difficulties, apnea and tiredness during physical activity. Some of the coping strategies adopted by the families involve stimulating healthy habits, but others do not effectively contribute to reduce weight, and can actually be harmful to the child's health. It is concluded that facing childhood obesity tends to be unique to each family and goes from acknowledging it as a disease that requires treatment to searching for alternatives that aim to reduce the child's weight.

Keywords: Pediatric Obesity. Family Relation. Pediatric Nursing. Life Style. Public Health.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue el de identificar de qué modo la familia percibe el estado de salud del niño con obesidad y las estrategias para enfrentar esta problemática. Se trata de una investigación descriptiva exploratoria de naturaleza cualitativa, realizada con 14 madres de niños obesos en una ciudad de tamaño mediano de la región sur de Brasil. Los niños obesos fueron localizados en el informe anual de evaluación nutricional del Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN) del municipio. Las entrevistas fueron realizadas a partir de un guión semiestructurado en la residencia de las familias. Después, fueron transcritas en la íntegra y sometidas al Análisis de Contenido Modalidad Temática, identificándose tres categorías temáticas: Reconociendo el estado de salud del niño; Las consecuencias de la obesidad infantil; El papel de la familia en el desarrollo, mantenimiento y tratamiento de la obesidad infantil, las cuales muestran que algunas familias no reconocen la obesidad como un problema de salud, lo que las lleva a negar su presencia. Otras categorías identifican algunos efectos negativos como: dificultades respiratorias, apnea y cansancio durante la actividad física. Entre las estrategias de enfrentamiento adoptadas por las familias, algunas involucran el estímulo a los hábitos saludables, aunque otras no contribuyen efectivamente para la reducción del peso, además de poder perjudicar la salud del niño. Se concluye que el enfrentamiento de la obesidad infantil tiende a ser peculiar a cada familia e involucra desde su reconocimiento como una patología que necesita de tratamiento hasta la búsqueda por alternativas que tengan como objetivo la reducción del peso del niño.

Palabras-clave: Obesidad Pediátrica. Relaciones Familiares. Enfermería Pediátrica. Estilo de vida. Salud Pública.

INTRODUÇÃO

O aumento expressivo do número de crianças com sobrepeso e obesidade pode ser verificado nas estatísticas mundiais, sendo que entre as crianças menores de cinco anos de idade, 31 milhões (5%) estavam acima do peso em 1990, passando para 44 milhões (6,7%) no ano de 2012 (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2014)⁽¹⁾.

A obesidade que, em alguns momentos, foi considerada um problema apenas dos países de alta renda, também tem adquirido proporções significativas em países de média e baixa renda, nos quais o baixo peso e a desnutrição eram mais evidentes. Dessa maneira, hoje,

alguns países enfrentam uma dupla carga de má nutrição, com os dois extremos: o baixo peso e a obesidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014)⁽²⁾.

O reconhecimento da obesidade infantil como um problema de saúde é ponto de partida para o início de ações preventivas e tratamento. É sabido que as crianças acometidas pela obesidade possuem maiores chances de se tornarem adultos obesos (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA, 2009)⁽³⁾, além do que a obesidade na infância está associada com uma diversidade de complicações graves para a saúde e a um risco aumentado de doença prematura (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2014)⁽¹⁾.

O diagnóstico da obesidade ainda na infância é importante para o tratamento da criança, pois a detecção precoce permite que as variações ponderais sejam estudadas desde o seu início, levando em consideração os antecedentes neonatais, familiares e alimentares (FISBERG, 2006)⁽⁴⁾.

Nesse sentido, a detecção precoce da obesidade, o seu controle e tratamento, devem envolver todos os espaços sociais em que a criança está inserida, reforçando o envolvimento familiar nesse processo. Os pais exercem papel de destaque na educação alimentar dos filhos, isto porque estes são considerados modelos e todas as suas atitudes são passíveis de imitação. E é certo, ainda, que não se pode cobrar da criança um hábito alimentar diferente daquele que ela tem como exemplo em casa (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012)⁽⁵⁾.

Nos últimos anos, algumas pesquisas foram realizadas no Brasil abordando a percepção da família em relação ao estado nutricional infantil (BOA-SORTE et al., 2007; CHUPROSKI; MELLO, 2009; MOLINA et al., 2009; GIACOMOSSI; ZANELLA; HOFELMANN, 2011)⁽⁶⁻⁹⁾, porém, ainda existem lacunas sobre a sua compreensão a respeito dessa patologia e também em relação às alterações que são realizadas na dinâmica familiar para o enfrentamento da obesidade.

Diante do exposto surge o seguinte questionamento: A família percebe a obesidade infantil como um problema de saúde? E caso a perceba como um problema, modifica algo em sua dinâmica ou rotina a fim de facilitar o seu enfrentamento? Para responder esse questionamento definiu-se como objetivo do estudo identificar de que modo a família percebe o estado de saúde da criança com obesidade e qual as formas de atuação frente a essa problemática.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória, de natureza qualitativa, realizada com 13 mães e uma avó de crianças obesas em um município de médio porte da região sul do Brasil. Nesse tipo de pesquisa o foco está direcionado ao indivíduo e à sociedade, com o objetivo de aprofundar as questões relacionadas ao cotidiano das pessoas, considerando-se as interpretações que elas fazem de suas vivências (MINAYO, 2013)⁽¹⁰⁾.

Para a seleção dos sujeitos da pesquisa utilizou-se o banco de dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) do município, o qual permitiu a localização de crianças com idade entre seis e dez anos incompletos e classificadas como obesas. Nesse banco constam dados das avaliações nutricionais de crianças e adolescentes realizadas pelas 63 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), atuantes nas 28 Unidades Básicas de Saúde (UBS) existentes no município, no ano de 2013. Essas avaliações são realizadas durante as consultas médicas e de enfermagem na UBS, ou nas escolas da rede municipal de ensino, localizadas na área de abrangência de cada equipe da ESF.

A partir das informações contidas nesse relatório foi possível entrar em contato com os responsáveis pela criança para que fossem convidados a participar do estudo. Nessa ocasião, os mesmos foram informados sobre os objetivos do estudo e a forma de participação desejada. O contato com a família ocorreu inicialmente por meio telefônico, e as com aquelas que concordaram em participar foi agendada a visita domiciliar, com data e horário preestabelecidos que lhes fosse mais conveniente. Porém, algumas famílias não foram localizadas por meio telefônico, e, nesses casos, fez-se a visita domiciliar como forma de contato inicial.

É necessário esclarecer que este estudo integra uma pesquisa maior, a qual localizou 86 crianças obesas cadastradas no SISVAN do município, das quais foi possível contatar e entrevistar 55 famílias para o estudo de vertente quantitativa. Dentre as 55 entrevistadas, 14 foram convidadas a participar do presente estudo, a partir da facilidade de comunicação e da disponibilidade para relatar suas experiências com a obesidade infantil.

Para a realização das entrevistas foi utilizado um roteiro constituído de cinco questões. A primeira e a segunda questões abordavam a percepção do estado de saúde atual da criança, e, as demais, a rotina alimentar da família e da criança, as atitudes da família que acreditam contribuir para a redução e aumento de peso da criança, e o conhecimento sobre o tema obesidade infantil. Também foi utilizada uma escala visual com nove figuras (TIGGEMAN; WILSON-BARRET, 1998)⁽¹¹⁾, representativa da condição ponderal da criança, sendo que a

figura um correspondia ao baixo peso extremo e a figura nove a uma criança com o maior grau de obesidade.

A escala foi utilizada em dois momentos: no primeiro foi solicitado ao familiar que apontasse qual das nove figuras representava melhor o corpo da criança e, no segundo, com qual figura gostaria que a criança se assemelhasse.

Obtendo-se a anuência dos familiares, as entrevistas foram gravadas com o auxílio de um gravador de voz MP3. Para tratamento, as entrevistas foram transcritas na íntegra e, em seguida, submetidas à Análise de Conteúdo Modalidade Temática (MINAYO, 2013)⁽¹⁰⁾ envolvendo três etapas. Na primeira, a de pré-análise, ocorreu a organização do material a partir da leitura exaustiva dos relatos obtidos nas entrevistas. Na segunda etapa, a da exploração do material, foram recortadas as unidades de registro com a utilização de canetas coloridas para a identificação dos temas trabalhados. Por fim, na terceira etapa – interpretação dos resultados – os discursos foram confrontados com a literatura científica, de modo a favorecer maior compreensão do fenômeno.

O desenvolvimento do estudo ocorreu em conformidade com as prerrogativas fixadas pela Resolução n° 466 do Conselho Nacional de Saúde (2012)⁽¹²⁾ (Parecer n° 500.380) e foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, e para preservar suas identidades, seus discursos estão identificados com o grau de parentesco com a criança, com número indicativo de ordem de realização da entrevista, a idade do participante e, em seguida, a identificação da criança e sua idade, conforme o exemplo: *Mãe 1, 28 anos – Filho, 9 anos*.

RESULTADOS

A partir do contato com o cuidador principal da criança foram informantes do estudo 13 mães e uma avó, com idade variando de 28 a 63 anos. Na identificação dos discursos, todas as respondentes foram consideradas mães, pois a única avó participante da pesquisa também exercia essa função para a criança.

Considerando-se os objetivos do estudo foram identificadas três categorias temáticas: “Reconhecendo o estado de saúde da criança”; “Evidenciando as consequências da obesidade infantil”; e “O papel da família no desenvolvimento, manutenção e tratamento da obesidade infantil”.

Reconhecendo o estado de saúde da criança

Ao conceituarem o atual estado de saúde da criança, algumas mães demonstraram reconhecer que a obesidade pode interferir na saúde de seus filhos, porém, para outras, isto não é considerado. Em seus discursos também citam outras patologias como obstáculos para atingir o estado de saúde desejável.

Então se a gente for parar para ver a saúde dele, é óbvio, que por causa da obesidade não está legal. (Mãe 1, 28 anos – Filho, 9 anos)

Ela está bem, graças a Deus. Só tirando o problema da tireoide. Mas isso vai no controle. Ela tinha um problema de rinite, mas também já operou há três anos e as amígdalas também. (Mãe 3, 42 anos – Filha, 9 anos)

Ela sempre foi saudável, agora é que ela está com diabetes, mas ela sempre foi uma criança assim, que nunca teve anemia e que não vivia doente. (Mãe 12, 30 anos - Filha, 7 anos)

A subjetividade da pergunta para algumas mães fez com que a questão de ter ou não saúde fosse relacionada a diferentes condições fisiológicas. Foram recorrentes aqueles discursos em que eram consideradas doenças apenas as patologias sintomáticas que necessitam de tratamento farmacológico, acompanhamento médico ou de intervenção cirúrgica.

Eu não considero [a obesidade] uma doença, mas é crítico. Não é uma coisa assim normal, de dizer que não é nada. Mas, eu acho que não chega a ser uma doença, porque se você tiver uma mudança de comportamento você emagrece. Agora a doença não é só mudança de hábito, você tem que tomar remédio, fazer um tratamento. (Mãe 5, 31 anos – Filho, 9 anos)

Dessa maneira, percebe-se que a obesidade passa a ser associada à doença quando atinge um grau mórbido, e de forma especial quando as consequências ou complicações começam a se manifestar.

Eu não considero a obesidade uma doença não. Sinceramente há casos e casos. Eu conheço criança da idade dela que é assim [demonstra com os braços a forma da cintura da criança obesa], ai sim, está transformando em uma doença. (Mãe 12, 30 anos – Filha, 7 anos)

Em outras famílias, esses reflexos negativos do excesso de peso ainda não foram manifestados, o que tende a ofuscar o reconhecimento do real estado de saúde da criança.

Assim, a patologia está sendo encoberta pelo bom estado geral de saúde: apetite, prática de atividades físicas sem dificuldades, ausência de patologia aguda ou crônica associada.

Com a utilização da escala visual de Tiggeman e Wilson-Barret (1998) pode-se identificar que as mães reconhecem o excesso de peso. Porém, isso não significa necessariamente que elas considerem-no um problema de saúde.

Vale ressaltar que a escala utilizada varia do indivíduo de baixo peso – número um – para o indivíduo obeso – número nove. Quando questionadas sobre qual das nove figuras melhor representava o corpo da criança, nove mães selecionaram a figura sete, e cinco a figura seis. Em relação à qual daquelas figuras a mãe gostaria que a criança se assemelhasse, quatro apontaram a figura anterior àquela selecionada como o status corporal atual, quatro desejavam que a criança diminuísse duas figuras na escala, quatro desejavam três figuras anteriores à selecionada e outras duas referiram que desejavam que a criança permanecesse como estava.

Esses resultados demonstram que a maioria das mães em estudo desejava que a criança reduzisse o peso, sendo que algumas almejavam uma grande redução, enquanto outras consideravam que a redução não precisava ser exagerada para ser satisfatória.

Dentre as 14 mães incluídas no estudo, 12 reconheceram o excesso de peso da criança. Os relatos das outras duas mães mostraram a tendência que elas têm de minimizar a problemática da obesidade na infância e, ao mesmo tempo, a dificuldade para aceitar que o filho está obeso, mesmo após o alerta de profissionais de saúde.

O peso dela está bom para altura dela, graças a Deus. Mas se passar um pouquinho do peso a doutora já tem o encaminhamento para nutricionista porque no posto tem. Ela é a minha fofinha. (Mãe 3, 42 anos – Filha, 9 anos)

Ela está acima do peso uns quilos, mas eu não a enxergo gorda. Eu não a vejo tão obesa que nem falavam. Porque eu ia levar ela no posto para pesar e diziam “Mãe, ela está obesa!”, quando vai ao pediatra ele fala “sua filha está obesa!”, mas eu nunca enxerguei a minha filha obesa não. (Mãe 12, 30 anos – Filha, 7 anos)

A mãe 13, por exemplo, revelou ainda em seu discurso, a crença de que a criança gordinha é sinônimo de saúde:

Ele nasceu magrinho, com três quilos e pouquinho. Mas a verdade é que eu dei aquelas vitaminas para ele. Ai ele começou a engordar, engordar, engordar... É que ele não comia muito bem, ai minha mãe e minha vó diziam: “Esse menino está muito magro!”, e eu comecei a dar [as vitaminas] para ele e ele começou a engordar. (Mãe 13, 29 anos – Filho, 9 anos)

Também foi identificada, além dessa associação entre obesidade e saúde, a percepção de que a obesidade tende a regredir com o início da puberdade:

Agora também ele já está crescendo aí parece que já vai diminuindo, já vai espalhando mais, né? (Mãe 7, 63 anos – Filho, 9 anos)

Nesse sentido, são evidenciadas nos discursos as diferentes percepções das mães em relação à obesidade na infância, sendo que a quase a totalidade delas consegue reconhecer que o filho está acima do peso, e deseja que este seja reduzido, mesmo que em pequena proporção. Por outro lado, também foram evidenciados discursos em que a obesidade não é reconhecida como um problema de saúde da criança, pelo contrário, constitui indicativo de uma boa nutrição e, conseqüentemente, de um bom estado de saúde.

Reconhecendo as conseqüências da obesidade infantil

Os receios quanto às possibilidades de prejuízos para a saúde na vida adulta em decorrência da obesidade na infância também foram relatados por aquelas mães que reconhecem a obesidade em seus filhos.

Eu sei que com a obesidade ele pode desenvolver um diabetes, colesterol, pressão alta... tudo! E até no futuro dele. E para ele pode trazer problemas tanto no psicológico quanto no físico. (Mãe 1, 28 anos – Filho, 9 anos)

Embora algumas mães não considerem a obesidade infantil uma doença, ou tenham dúvidas em relação a isto, elas conseguem reconhecer que alguns sintomas ou problemas que a criança apresenta são decorrentes do excesso de peso:

Se a obesidade é uma doença eu não sei, mas que ela acarreta um monte de doença, isso sim. Porque eu acho que assim, até se ela não estivesse gordinha como está, talvez até o probleminha dela de não conseguir dormir e do ronco melhorava. Ela é fadigada, para ela fazer as coisas ela cansa, assim como alguém que tivesse a minha idade. (Mãe 4, 34 anos – Filha, 10 anos)

Dessa maneira, elas também percebem que as dificuldades decorrentes do excesso de peso são vivenciadas pela criança durante o desenvolvimento de atividades que fazem parte de seu cotidiano:

A obesidade priva a criança de muita coisa, de correr principalmente, na hora de dormir fica roncando. Ela não ronca, tem apneia só. Porque às vezes eu vejo, ela segura, aí tem que ficar mexendo nela e ela volta. (Mãe 3, 42 anos – Filha, 9 anos)

Às vezes ele reclama: “Mãe, vem me ajudar a colocar a bermuda?”, “Vem me ajudar a colocar a cueca e a bermuda mãe, porque eu não estou conseguindo!”. Mas por quê? Eu falo para ele, que ele está gordinho e que fica mais difícil de vestir a bermuda, porque ela para nas dobrinhas. Ele fica bravo. (Mãe 14, 31 anos – Filho, 7 anos)

Algumas vezes ele já falou para mim que ele cansa. Porque tem bastante coisa que as irmãs fazem e ele não consegue fazer, fala que está cansado. É só um pouquinho que ele já cansa e já vai sentar ou deitar. (Mãe 6, 28 anos – Filho, 6 anos)

Na prática de atividades físicas, as limitações não estão relacionadas apenas à fadiga, mas também em conseguir acompanhar o ritmo das outras crianças, especialmente quando o exercício exige coordenação motora. Isso desmotiva a criança a continuar realizando algumas atividades.

Eu o coloquei na aula de dança [street dance], só que ele é meio devagar, e o professor não tinha muita paciência com ele, porque tinha outras pessoas que já estavam dançando, já sabiam. Então ele não acompanhava o ritmo da turma. (Mãe 14, 31 anos – Filho, 7 anos)

Observa-se, portanto, que algumas mães conseguem reconhecer os prejuízos que o excesso de peso promove no âmbito físico, psicológico e social da doença.

O papel da família no desenvolvimento, manutenção e tratamento da obesidade infantil

Ao fazerem referência às condutas e estratégias utilizadas pela família para ajudar no controle da obesidade infantil, sobressaíram as tentativas relacionadas à mudança de hábitos, principalmente em relação à alimentação e à prática de atividades físicas. Contudo, observa-se que, em alguns casos, as mudanças são ainda incipientes e incluem a inserção de alimentos considerados saudáveis e a exclusão dos não saudáveis na rotina da criança, além da redução da quantidade de cada alimento servido na refeição.

Quando ele janta é só uma vez, não deixa repetir. Agora às vezes como eu sei que ele vai querer repetir, eu coloco um pouco menos no prato que aí pode [...] E eu nunca fui de perguntar para ele o que ele quer comer, eu coloco no prato e ele come. Então se eu colocar um refogadinho, o que for ele come. (Mãe 14, 31 anos – Filho, 7 anos)

Ela era bem mais gordinha, acho que foi o refrigerante que nós paramos, porque era direto. (Mãe 10, 39 anos – Filha, 8 anos)

A busca e a implementação de alternativas que possam contribuir para a redução de peso é frequente, porém, é possível observar que nem sempre as estratégias adotadas são corretas ou benéficas, como é o caso de pular ou substituir as principais refeições.

Hoje depois que eu busquei ele na escola [16:30] nós passamos na minha cunhada e ele comeu três coxinhas pequenas de mandioca. Então hoje ele não vai jantar, se ele quiser comer alguma coisa, come banana. [...] Tem outros dias também que ele não janta. Então eu sempre compro bolacha de sal e dou para ele antes de dormir, bolacha integral. Dou com um copo de leite, ou um copo de suco e ele come. Mas ele não é muito chegado em bolacha não, e eu falo para ele que tem que comer bolacha integral porque eu compro e não falta. (Mãe 14, 31 anos – Filho, 7 anos)

Por outro lado, algumas mães conseguiram apontar fragilidades nos hábitos familiares, especialmente em relação à alimentação, os quais, além de não contribuírem para a redução de peso da criança, ainda concorrem para piorar a sua condição.

A alimentação como eu posso te dizer, ela não é muito saudável não. É mais pão, batata frita, essas coisas. E doce! A gente come bastante doce. (Mãe 2, 28 anos – Filho, 6 anos)

Tem o outro lado que são muitos pães, bolachinhas, agora a gente cortou a bolacha, mas pão e doces, né filho? Doces é o problema aqui de casa, é o doce! E também aqui em frente de casa nós temos, pizzaria, lanche, pastel, sorvete... tudo! (Mãe 1, 28 anos – Filho, 9 anos)

Outras mães demonstraram ter dificuldade para identificar as fragilidades na alimentação da criança. Nesses casos, acreditam que a alimentação oferecida à criança quando comparada à alimentação de outras crianças, é saudável.

De onde vem isso [a obesidade]? Porque na minha casa não tem essas bobearas de comida, tem criança que toma refrigerante todos os dias, que come doce, chocolate, salgadinhos... Essas coisas. Aqui a gente não tem isso. Porque para falar a verdade, eu não tenho condições financeiras para ficar entupindo ele de coisas. (Mãe 8, 33 anos – Filho, 8 anos)

Nessa direção, o relato da Mãe 3 complementa o relato anterior mostrando que, de modo geral, as famílias possuem algum conhecimento sobre quais alimentos são saudáveis e quais devem ser consumidos com moderação, mas, muitas vezes, não têm condições financeiras que lhes possibilite a aquisição de alguns alimentos.

Na verdade de uns tempos para cá está meio apurado. Fruta quando tem come, quando não tem [Silêncio]. De duas semanas para cá, a gente só está comendo arroz branco. A salsicha e a cenoura que a minha filha te falou foi porque a vizinha aqui deu. Mas fruta, verdura, essas coisas é só quando dá mesmo. (Mãe 3, 42 anos – Filha, 9 anos)

Outra estratégia utilizada para favorecer a redução de peso é a busca por uma atividade física que seja percebida pela criança como prazerosa, de modo que ela se sinta motivada a desenvolvê-la.

Eu o coloquei na dança, se você perguntar ele vai falar, eu fiz a inscrição na dança de rua e na luta que era o que ele queria. Só consegui vaga na dança e depois ele não gostou. Fui até ver se tinha outros tipos de dança ou mesmo da luta que ele queria, mas não tinha saído vaga de nada. (Mãe 14, 31 anos – Filho, 7 anos)

Nesse quesito, porém, também foram mencionadas algumas dificuldades para a manutenção da atividade, as quais podem ser financeiras ou proveniente da falta de estrutura nos bairros.

Eu comecei a pagar para ele fazer aula de natação, R\$158,00 para fazer duas vezes na semana só e já fica puxado no bolso da gente. (Mãe 14, 31 anos – Filho, 7 anos)

O duro é que para praticar esportes aqui para nós, é tudo longe, aqui pertinho não tem. Então para a gente é complicado ficar indo. Tinha que ter aqui no bairro alguma coisa para as crianças. Eu sei que tem uns grupos de criança lá no centro, mas como que a gente fica indo? É complicado, né? (Mãe 6, 28 anos – Filho, 6 anos)

Até o ano passado ele fazia capoeira, mas na hora de voltar já estava de noite, e era a minha mais velha [13 anos] que ia buscar ele. E para pegar essa subida toda só os dois eu ficava com medo, e é muito escuro aqui na rua. Agora esse ano ele parou. (Mãe 11, 42 anos – Filho, 9 anos)

É válido salientar que as mudanças na rotina foram mencionadas pelas mães que reconhecem a obesidade infantil como um problema de saúde, e, em especial, nos casos em que a criança já manifesta alguma dificuldade decorrente do excesso de peso.

Para além de mudanças na rotina familiar em prol da redução de peso da criança, a família pode se inserir no desenvolvimento e na manutenção da obesidade na infância de outras maneiras. Casos em que a família possui um vínculo estressante, ou mesmo aqueles em que a criança é reprimida e desmotivada pelos pais também foram identificados:

O pai dela é muito ignorante, é tudo nos gritos. Aqui é meio complicado sabe [silêncio]. Mas eu falo que ela tem a mãe, a irmã, então a gente pode ajudar. Têm os coleguinhas e os vizinhos que ajudam. Sempre tem onde pedir uma ajuda, porque o pai não tem paciência [...] de vez em quando ele a chama de gorda, ou então ela coloca alguma roupa e ele fala “Credo!”, ela fica chateada. [...] Tem outra coisa, ela vai da escola para casa e só, nem sair aqui do portão ele deixa. Ela queria fazer capoeira, mas o pai não deixa. (Mãe 3, 42 anos – Filha, 9 anos)

Outra mãe, por sua vez, relatou o esforço que faz na tentativa de ajudar a filha a aceitar sua condição:

Eu falo para ela que ser gordinha não é saúde, mas também não é uma doença, que ela não tem que se sentir pior do que os amiguinhos, porque não existe só ela de gorda, existe muita gente que é assim. O problema é que o pai e a avó também são obesos, é hereditário isso, não tem para onde ela correr, infelizmente. Por mais que ela feche a boca, ela nunca vai ser uma menina magrinha. É isso que eu tento passar pra ela, sabe? (Mãe 9, 41 anos – Filha, 8 anos)

Por outro lado, outras atitudes das famílias foram identificadas. No discurso a seguir é demonstrado como a família pode apoiar e incentivar a criança diariamente nas mudanças de hábitos:

Então a gente sabe que infelizmente é uma luta nossa diária. Eu falo assim: “filho! Vamos tentar?” (Mãe 1, 28 anos – Filho, 9 anos)

Os relatos apresentados nessa categoria mostram a importância do envolvimento da família como um todo no processo de reeducação alimentar da criança, e de forma particular no estímulo às atividades físicas, sem que ela se sinta diminuída ou única culpada por seu excesso de peso.

DISCUSSÃO

Reconhecer que a criança está com excesso de peso não é uma tarefa simples para os pais, como foi identificado neste e em outros estudos (GIACOMOSSI; ZANELLA; HOFELMANN, 2011; MORAES; DIAS, 2013)^(9,13).

Em pesquisa realizada com responsáveis de pré-escolares de creches públicas e privadas do município de Balneário Camboriú, litoral de Santa Catarina, constatou-se que as mães de crianças com estado nutricional extremo – desnutrição ou sobrepeso –, podem

apresentar prevalência próxima a cinco vezes maior de classificar o estado nutricional da criança de maneira incorreta (GIACOMOSSI; ZANELLA; HOFELMANN, 2011)⁽⁹⁾.

Outro estudo realizado com mães de crianças e adolescentes com idade de seis a 19 anos, matriculados em quatro escolas privadas em Salvador – Bahia, observou que mais de 55% delas não conseguiram reconhecer o excesso de peso dos filhos (BOA-SORTE et al., 2007)⁽⁶⁾. Do mesmo modo, estudo qualitativo realizado com pais de oito crianças obesas mostrou que cinco deles enxergavam a criança mais magra do que ela realmente era (CAMARGO et al., 2013)⁽¹⁴⁾.

A dificuldade em considerar o excesso de peso dos filhos está frequentemente associada ao não reconhecimento da obesidade como doença ou dos problemas de saúde que ela pode acarretar. Associado a isso, também se pode encontrar famílias que acreditam que a obesidade na infância tende a ser um problema de resolução espontânea por ocasião do início da adolescência (SANTOS; RABINOVICH, 2011)⁽¹⁵⁾.

Percepções semelhantes também foram verificadas no presente estudo, sendo que as repercussões negativas da obesidade vivenciada por algumas crianças serviram como alerta para os pais, levando-os a buscar alternativas para redução de peso, com destaque para as mudanças na alimentação e o incentivo para o início da prática de alguma atividade física.

A negação ou o desconhecimento sobre os efeitos deletérios da obesidade para a saúde são fatores que podem postergar a busca por ajuda profissional e o início do tratamento (BOA-SORTE et al., 2007; MORAES; DIAS, 2013)^(6,13). Deveras, essa ajuda é necessária, pois a obesidade pode provocar dificuldades respiratórias, disfunções ortopédicas, aumento do risco para fraturas, hipertensão arterial sistêmica, marcadores precoces de DCV, resistência à insulina, entre outros (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013b)⁽¹⁶⁾.

Cabe salientar que a incidência cada vez maior de obesidade entre as crianças tem possibilitado que essas patologias também sejam diagnosticadas em faixas etárias cada vez mais jovens da população (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013)⁽¹⁷⁾. Exemplo disso é o aumento de casos de hipertensão arterial entre os escolares com sobrepeso e obesidade (COSTANZI et al., 2009; PASSOS-SANTOS; PRATI; MOLENA-FERNANDES, 2013)^(18,19).

O reconhecimento pela mãe da criança da associação entre excesso de peso corporal e problemas de saúde que a criança já apresenta ou a possibilidade de vir a apresentar, constitui motivação para mudanças no estilo de vida, principalmente em relação à rotina alimentar (CAMARGO et al., 2013)⁽¹⁴⁾.

Contudo, foi observado o incentivo a substituição de refeições ou mesmo de pular alguma refeição. Essa atitude não é recomendada e pode trazer prejuízos para a saúde e o desenvolvimento da criança. O mais recomendado é incentivar a criança a comer pouco, mas várias vezes ao dia, ao invés de comer grandes quantidades poucas vezes ao dia (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013)⁽¹⁷⁾. A substituição de refeições por leite ou lanches quando solicitado pela criança, também constitui um erro comum e, uma vez cedido, a criança tenderá a repetir essa estratégia sempre (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA, 2013)⁽²⁰⁾. A falta de conhecimento das mães sobre o fracionamento das refeições e a importância da realização de cada uma delas pode se refletir na manutenção da obesidade infantil.

Também é preciso considerar a influência dos pais nas práticas alimentares dos filhos no longo prazo, pois a família é considerada a principal influência ambiental para a criança. Desse modo, o conhecimento das crianças sobre os alimentos não advém apenas de suas experiências, mas também da observação do comportamento alimentar do outro, e, nesses casos, dado a proximidade, sobressaem as escolhas alimentares da família (ROSSI; MOREIRA; RAUEN, 2008)⁽²¹⁾.

Nesse sentido, a atuação do profissional de saúde também deve ser evidenciada. Este, a partir do seu conhecimento, deve sensibilizar as famílias quanto à necessidade de modificações do seu padrão alimentar. Para isso, é necessário que o profissional conheça a rotina familiar e ofereça informações que atendam a necessidade de cada família.

Os relatos mostraram, ainda, que os obstáculos para estabelecer uma rotina saudável de alimentação para a criança podem extrapolar as questões disciplinares e envolver as condições financeiras da família. Destarte, a dificuldade para aquisição de alimentos já fora relatada em outro estudo, em que as mães descreveram o alto preço de frutas e legumes como um empecilho para a aquisição desses produtos pela família (LINDSAY et al., 2012)⁽²²⁾.

Extrapolando as questões alimentares, outro aspecto importante a ser considerado no desenvolvimento e na manutenção da obesidade é a quantidade de atividade física realizada. Isto porque com o aumento do peso corporal surgem obstáculos que fazem com que a criança não se sinta motivada a praticar atividade física, agravando ainda mais o quadro de obesidade.

Deveras, as crianças com excesso de peso são notoriamente as que apresentam os níveis mais baixos de coordenação motora quando comparadas às crianças de peso adequado, sendo que as crianças que possuem maior coordenação motora tendem a apresentar mais facilidade para a prática de atividade física, o que as motiva a se dedicarem à mesma (MELO; LOPES, 2013)⁽²³⁾.

As dificuldades enfrentadas pelas crianças durante a prática de atividades físicas são, em alguns casos, reconhecidas pelas mães, sendo que, além da deficiência de coordenação motora, a fadiga também foi mencionada. Contudo, as mães que reconhecem a importância dessa prática para a saúde de seus filhos buscam alternativas para motivá-los e incentivá-los a praticar exercício físico regularmente.

A família também pode interferir no desenvolvimento e na manutenção da obesidade na infância de outras maneiras. O tipo de vínculo estabelecido entre os membros da família e a criança constitui fator que pode interferir nesse processo, seja no desencadeamento ou na manutenção da doença. Quando são evidenciadas relações conflituosas na família, com vínculos frágeis e estressantes, transmite-se às crianças a insegurança emocional, de tal modo que a família deixa de ser reconhecida como um ambiente acolhedor e seguro (MISHIMA; BARBIERI, 2010; MORAES; DIAS, 2013)^(13,24). Assim, quando a interação entre pais e filhos não é efetiva forma-se uma lacuna na função parental, que pode repercutir negativamente no desenvolvimento da criança e refletir no surgimento de doenças alimentares (BAYER; VASCO; LOPES; TEIXEIRA, 2010; MORAES; DIAS, 2013)^(13,25).

Também é necessário levar em consideração as características genéticas da criança que podem predispor à obesidade. Nesse sentido, uma das mães reconhece a predisposição genética da filha para a obesidade e estimula a criança a se aceitar dessa maneira. Apesar de ser uma atitude positiva, em que a mãe preza pelo bem-estar do filho, ao mesmo tempo a mãe pode desencorajá-lo a buscar alternativas para a redução do peso, por acreditar que, sendo um fator hereditário, não existe solução para o seu problema relacionado à obesidade.

Por fim, para o êxito das intervenções que têm por objetivo reverter o quadro de obesidade na infância, se faz necessária a participação efetiva e o envolvimento de toda a família, principalmente dos pais, que são os principais cuidadores e educadores da criança nos primeiros anos de vida (OLIVEIRA; SOARES, 2011; MORAES; DIAS, 2013)^(13,26).

Destarte, a influência exercida pelos pais é significativa para que a criança se aproprie de práticas mais saudáveis (OLIVEIRA; SOARES, 2011)⁽²⁶⁾, mas, além disso, também é muito importante o apoio que a família transmite para que a criança se sinta segura e encorajada para o enfrentamento da obesidade. Para tanto, faz-se necessário que as relações familiares sejam sólidas, constituindo um ambiente acolhedor e seguro (MORAES; DIAS, 2013)⁽¹³⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados da pesquisa revelaram que a maioria das mães reconhece o excesso ponderal dos filhos, porém, nem sempre esse excesso é considerado um problema capaz de interferir em seu processo saúde-doença. Desse modo, em geral a obesidade é percebida como doença apenas quando atinge o grau mórbido. Ademais, algumas mães demonstraram não reconhecer a obesidade da criança, o que é preocupante, pois isso atrasa o diagnóstico da doença e o início do tratamento. Por outro lado, é notório o número de crianças que já enfrentam algum efeito negativo da obesidade, principalmente na execução de tarefas simples do dia a dia e durante as práticas esportivas e, nestes casos, as famílias reconhecem mais facilmente a obesidade como doença se comparadas com aquelas crianças em que os reflexos negativos ainda não se manifestaram.

As diferentes estratégias adotadas pelas mães que reconhecem que o excesso de peso é prejudicial para a saúde da criança nem sempre são benéficas para o emagrecimento; pelo contrário, podem, inclusive, ser prejudiciais à saúde. Porém, outras alternativas descritas, entre as quais estímulo à prática de atividades físicas, a busca por uma alimentação saudável e o apoio emocional, e a busca de um estilo de vida saudável tem potencial contributivo para a redução da obesidade infantil.

Dessa maneira, compreende-se que o enfrentamento da obesidade infantil tende a ser particular para cada mãe, e as suas formas de atuação, quando não orientadas por um profissional da saúde, podem ser radicais e não contribuir para a efetiva redução de peso e até mesmo prejudicar a saúde da criança.

Assim, espera-se que os resultados deste estudo possam contribuir para a prática profissional daqueles que lidam com as crianças e com as famílias que vivenciam a obesidade infantil. E sugere-se ao profissional de saúde que indague a família sobre as possíveis mudanças já realizadas ante o problema da obesidade, contribuindo, assim, para a elaboração de novas estratégias.

Por se tratar de um estudo de natureza qualitativa não é possível fazer generalizações de seus resultados, portanto, sugere-se que novas investigações, incluindo outros membros da família, sejam realizadas de modo a propiciar maior compreensão sobre a forma como a família da criança obesa enfrenta a questão da obesidade infantil.

REFERÊNCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales una Mina de Información sobre Salud Pública Mundial. 2014 [acesso em 2014 out. 15]. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112817/1/WHO_HIS_HSI_14.1_spa.pdf>
2. World Health Organization. World Health Statistics. 2014 [acesso em 2014 out. 15]. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/world-health-statistics-2014/en/>>.
3. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes Brasileiras de Obesidade. 3. ed. São Paulo: ABESO; 2009 [acesso em 2014 out 15]. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/pdf/diretrizes_brasileiras_obesidade_2009_2010_1.pdf>.
4. Fisberg M. Obesidade na Infância e adolescência. Rev. bras. Educ. Fís. Esp. 2006; 20(supl. 5):163-164.
5. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Nutrologia. Manual de orientação: Obesidade na infância e adolescência. 2. ed. São Paulo: SBP; 2012.
6. Boa-Sorte N, Neri LA, Leite MEQ, Brito SM, Meirelles AR, Ludovice FBS, Santos JP, Viveiros MR, Ribeiro Júnior, HC. Percepção materna e autopercepção do estado nutricional de crianças e adolescentes de escolas privadas. J. Pediatr. (Rio J.). 2007;83(4):349-56.
7. Chuproski P, Mello DF. Percepção materna do estado nutricional de seus filhos. Rev Nutr. 2009;22(6):929-36.
8. Molina MCB, Faria CP, Montero P, Cade NV. Correspondence between children's nutritional status and mothers' perceptions: a population- based study. Cad Saúde Pública. 2009; 25(10):2285-90.
9. Giacomossi MC, Zanella T, Hofelmann DA. Percepção materna do estado nutricional de crianças de creches de cidade do Sul do Brasil. Rev. Nutr. [online]. 2011 [acesso em 2014 out. 5]; 24(5):689-702.
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Abrasco; 2013.
11. Tiggemann M, Wilson-Barret E. Childrens's figure ratings: relationship to self-esteem and negative stereotyping. International Journal of Eating Disorders. 1998;23(3):83-8.
12. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. [acesso em: 04 de outubro de 2014]. Disponível em: <http://andromeda.ensp.fiocruz.br/etica/sites/default/files/documentos/Res%20466_2012.pdf>.
13. Moraes PM, Dias CMSB. Nem só de pão se vive: a voz das mães na obesidade infantil. Psicol. cienc. prof.[online]. 2013;33(1):46-59.

14. Camargo APPM, Barros Filho AA, Antonio MARGMA, Giglio JS. A não percepção da obesidade pode ser um obstáculo no papel das mães de cuidar de seus filhos. *Ciênc. saúde coletiva*. 2013;18(2):323-33.
15. Santos LRC, Rabinovich EP. Situações Familiares na Obesidade Exógena Infantil do Filho Único. *Saúde Soc*. 2011;20(2):507-21.
16. World Health Organization. Obesity and overweight. Atualizado em mar. 2013 [acesso em 2013 set 20]. Fact Sheet n° 311. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>>.
17. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretoria de Promoção de Saúde Cardiovascular. Cartilha informativa. Campanhas temáticas: Criança. 2013 [acesso em 2014 set 20]. Disponível em: <http://prevencao.cardiol.br/campanhas/pdf/gibi_cholesterol2013.pdf>.
18. Costanzi CB, Halpern R, Rech RR, Bergmann MLA, Alli LR, Mattos AP. Fatores associados a níveis pressóricos elevados em escolares de uma cidade de porte médio do sul do Brasil. *J. Pediatr. (Rio J.)* [online]. 2009;85(4):335-40.
19. Passos-Santos JP, Prati ARC, Molena-Fernandes CA. Associação entre pressão arterial e indicadores de obesidade geral e central em escolares. *Cienc Cuid Saude*. 2013;12(1):146-154.
20. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Dicas: 10 erros que não devemos cometer na educação alimentar da criança [online]. 2013 [acesso em 2014 ago 13]. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/pagina/27/::+10+erros+que+nao+devemos+cometer+na+educacao+alimentar+da+crianc.shtml>>.
21. Rossi A, Moreira EAM, Rauen MS. Determinantes do comportamento alimentar: uma revisão com enfoque na família. *Rev. Nutr.* [online]. 2008;21(6):739-48.
22. Lindsay AC, Ferarro M, Franchello A, Barrera RL, Machado MMT, Pfeiffer ME, Peterson KE. Child feeding practices and household food insecurity among low-income mothers in Buenos Aires, Argentina. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012;17(3):661-9.
23. Melo MM, Lopes VP. Associação entre o índice de massa corporal e a coordenação motora em crianças. *Rev. bras. educ. fís. esporte* [online]. 2013;27(1):7-13.
24. Mishima FKT, Barbieri V. O brincar criativo e a obesidade infantil. *Estud. psicol. (Natal)* [online]. 2009;14(3):249-55.
25. Bayer AAA, Vasco CC, Lopes SRA, Teixeira CJC. Intervenção grupal em pacientes com obesidade e seus familiares: relato de experiência. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2010;30(4):200-11.
26. Oliveira F, Soares L. Programa piloto de intervenção para pais de crianças com problemas de obesidade. *Psic., Saúde & Doenças* [online]. 2011 [acesso em 2014 out 15];12(2):197-211. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862014000200016&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>.

5.3 MANUSCRITO 3

PERCEPÇÕES E ATITUDES DE CRIANÇAS QUE VIVENCIAM A OBESIDADE

PERCEPTIONS AND ATTITUDES BY CHILDREN WHO EXPERIENCE OBESITY

PERCEPCIONES Y ACTITUDES DE NIÑOS QUE VIVEN LA OBESIDAD

RESUMO

O objetivo deste estudo foi o de descrever a autopercepção das crianças obesas sobre o seu estado nutricional, e apreender o conhecimento que elas têm sobre a obesidade na infância. Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória, de natureza qualitativa, realizada com 14 crianças entre seis e dez anos de idade, classificadas como obesas pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional do município de Maringá, Paraná. Os dados foram coletados no período de janeiro a maio de 2014, mediante entrevista semiestruturada gravada, e, após submetidos à análise de conteúdo, foram identificados três eixos temáticos: A autopercepção corporal de crianças obesas, no qual se observa que a maioria das crianças apresenta alguma insatisfação com a sua forma física e almeja a redução de peso; Reconhecendo os efeitos da obesidade, em que são citadas as dificuldades para a prática de atividades físicas, mas também as críticas que recebem sobre o excesso de peso; e Buscando alternativas para a redução do peso, momento em que a criança reconhece o seu esforço e suas fragilidades para a mudança de hábitos em relação à redução de peso. Conclui-se que a condição de obesidade interfere não apenas na saúde física, mas nas relações sociais das crianças, o que aponta a importância da atuação efetiva dos profissionais de saúde na prevenção, controle e tratamento dessa doença.

Palavras-chave: Obesidade pediátrica; Perda de peso; Imagem corporal; Enfermagem pediátrica; Estilo de vida.

ABSTRACT

The objective of this study was to describe the self-perception by obese children of their nutritional status, and learn about their knowledge of childhood obesity. It consists of a descriptive exploratory study, of a qualitative nature, conducted among 14 children between six and ten years of age, classified as obese by the Food and Nutrition Surveillance System of the city of Maringá, Paraná. Data were collected in the period between January and May 2014, through recorded semi-structured interviews. After content analysis, three core themes were identified: Body self-perception by obese children, which showed that most children are somehow dissatisfied with their physical shape and aim to lose weight; Acknowledging the effects of obesity, which cites the challenges of practicing physical activities, but also the criticism they receive about their overweight; and Seeking alternatives for weight loss, the moment when the child acknowledges his/her effort and frailties in order to change habits regarding weight loss. It is concluded that the obesity condition interferes not only with physical health, but also in the children's social relationships, highlighting the importance of effective action by health professionals to prevent, control and treat this disease.

Keywords: Pediatric obesity; Weight loss; Body image; Pediatric nursing; Life style.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue el de describir la autopercepción de los niños obesos sobre su estado nutricional, y reflexionar el conocimiento que ellos tienen sobre la obesidad en la infancia. Se trata de una investigación descriptiva exploratoria, de naturaleza cualitativa, realizada con 14 niños entre seis y diez años de edad, clasificados como obesos por el Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional del municipio de Maringá, Paraná. Los datos fueron recolectados en el período de enero a mayo de 2014, mediante entrevista semiestructurada grabada, y, después sometidos al análisis de contenido. Fueron identificados tres ejes temáticos: La autopercepción corporal de niños obesos, en el cual se observa que la mayoría de los niños presenta alguna insatisfacción con su forma física y anhela la reducción de peso; Reconociendo los efectos de la obesidad, en que son referidas las dificultades para la práctica de actividades físicas, pero también las críticas que reciben sobre el exceso de peso; y Buscando alternativas para la reducción del peso, momento en que el niño reconoce su esfuerzo y sus fragilidades para el cambio de hábitos en relación a la reducción de peso. Se concluye que la condición de obesidad interfiere no solo en la salud física, sino también en las relaciones sociales de los niños, lo que señala la importancia de la actuación efectiva de los profesionales de salud en la prevención, control y tratamiento de esta enfermedad.

Palabras-clave: Obesidad pediátrica; Pérdida de peso; Imagen corporal; Enfermería pediátrica; Estilo de vida.

INTRODUÇÃO

A obesidade é considerada uma doença de etiologia multifatorial, cuja prevalência tem crescido em toda a população, em especial entre as crianças (BORGES-SILVA, 2011; WHO, 2013b)^(1,2). O tema tem se tornando um assunto amplamente discutido pela comunidade científica, principalmente em relação aos aspectos desencadeadores da doença. Por outro lado, estudos que se dedicam ao aprofundamento nas vivências do indivíduo obeso ainda são escassos.

O conhecimento sobre a relação da criança obesa com a sua doença permite conhecer o modo como ela a enfrenta em seu cotidiano, e para aquelas que se reconhecem obesas quais são as alternativas utilizadas para controlar essa patologia.

Para tanto, é necessário considerar alguns fatores que podem interferir nessa percepção, por exemplo, os padrões de beleza determinados pela sociedade, os quais podem ser influenciados pelo período da história, sendo que atualmente o estereótipo de magreza é o mais cobiçado, não apenas entre adultos e adolescentes, mas também entre as crianças. A busca por um corpo ideal, valorizado socialmente, às vezes tende a ser danosa e pode ser refletida na autoestima de quem se envolve nessa insistência, de modo que essas pessoas podem estar constantemente insatisfeitas com a sua forma física (CORTES et al., 2013)⁽³⁾.

Assim, diante dos inúmeros fatores que influenciam diretamente o ganho de peso, os reflexos que isso tem na vida das crianças, e o fato de serem escassos os estudos que

investigam as experiências da criança com a obesidade e a sua relação com a autoimagem é que esta investigação foi proposta.

Os questionamentos iniciais eram: Qual a percepção que a criança obesa tem sobre o seu corpo e o que ela conhece sobre obesidade? A criança obesa enfrenta alguma dificuldade física e de socialização em decorrência do excesso de peso? Para respondê-los definiram-se como objetivos deste estudo: descrever a autopercepção de crianças obesas sobre o seu estado nutricional, e apreender o conhecimento que elas têm a respeito da obesidade na infância.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória, de natureza qualitativa, realizada com 14 crianças obesas de um município de médio porte da região sul do Brasil. As pesquisas qualitativas permitem a construção da realidade a partir da aproximação com o objeto de estudo, além das interpretações que cada indivíduo faz de suas vivências. Esse tipo de pesquisa visa a conhecer o universo de crenças, valores, significados, entre outros elementos que compõem as relações (MINAYO, 2013)⁽⁴⁾.

Para a seleção dos sujeitos do estudo foi utilizado o relatório anual de avaliação nutricional do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) do município, em relação ao ano de 2013. Nesse sistema são registradas as avaliações nutricionais provenientes das consultas médicas e de enfermagem realizadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), e também as avaliações realizadas nas escolas municipais localizadas na área de abrangência das 63 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) que atuam nas 28 UBS do município.

No ano de 2013, 1.603 crianças, entre seis e dez anos incompletos, tiveram seus dados registrados no SISVAN, e foram classificadas, conforme o seu estado nutricional, em seis categorias: magreza acentuada, magreza, eutrofia, risco de sobrepeso, sobrepeso e obesidade. Para o presente estudo foram consideradas, apenas, as classificadas como obesas – 86 crianças (5,4%).

O relatório gerado pelo SISVAN apresenta as seguintes informações: nome, idade, estado nutricional, data de nascimento, endereço, nome da mãe e Unidade Básica de Saúde de referência. A partir desses dados realizou-se a busca do número de telefone das famílias no sistema gestor do município para o contato inicial. Nessa ocasião, o responsável foi esclarecido sobre os objetivos do estudo e a forma de participação da criança na pesquisa.

Dentre as 86 crianças classificadas como obesas não foi possível localizar a família de 23 delas, e oito responsáveis não autorizaram que seus filhos participassem da pesquisa.

Assim, 55 crianças participaram inicialmente de um estudo quantitativo, e em seguida, aquelas que se mostraram mais confortáveis para relatar a sua vivência com a obesidade – 14 crianças — foram convidadas a participar deste estudo qualitativo.

Vale mencionar que, em respeito aos princípios éticos, todas as crianças foram acompanhadas por um responsável durante as entrevistas, realizadas em seus domicílios, em dia e horário previamente agendados com os responsáveis. O período de coleta de dados abrangeu os meses de janeiro a maio de 2014, e ocorreu mediante um roteiro de entrevista semiestruturado.

Esse roteiro foi constituído por quatro questões norteadoras que abordavam os seguintes aspectos: a relação da criança com o seu corpo, como a criança se insere no ambiente escolar e familiar e qual o conhecimento dela sobre a obesidade na infância. Além dessas questões, ao final da entrevista foi utilizada uma escala visual composta por nove figuras correspondentes a diferentes níveis de estado nutricional, todos representados por uma gravura (TIGGEMANN; WILSON-BARRET, 1998)⁽⁵⁾.

O uso de escalas de silhuetas, conhecidas internacionalmente por “*contour line drawing*” ou “*figural drawing scales*”, tem sido amplamente utilizada em estudos que avaliam a insatisfação corporal (KAKESHITA; ALMEIRA, 2006; CHEN et al., 2010; DUMITH et al., 2012; CORTES et al., 2013)^(3, 6-8). Nessas escalas são utilizadas figuras que geralmente variam de um indivíduo extremamente magro (figura um) até outro muito obeso (figura nove).

O uso da escala teve como propósito facilitar a resposta da criança e estimular o início da discussão da autoimagem corporal: desse modo, inicialmente foi solicitado que ela apontasse a figura que considerava mais parecida com ela, e em seguida, a que ela gostaria de ser. Quanto maior a diferença entre essas duas medidas maior é o grau de insatisfação corporal (KAKESHITA; ALMEIRA, 2006; FERNANDES, 2007)^(6, 9).

As entrevistas foram gravadas com o auxílio de um gravador de voz MP3, e para fins de análise dos dados foram transcritas na íntegra e submetidas à análise de conteúdo modalidade temática (MINAYO, 2013)⁽⁴⁾. Essa modalidade é composta por três etapas: na pré-análise, realizou-se a leitura exaustiva dos relatos das crianças e a organização desse material. Em seguida houve a exploração desse material por meio de recortes das unidades de registro com a identificação dos temas a serem trabalhados. Por fim, os resultados obtidos nos discursos foram interpretados e correlacionados com a literatura científica, a fim de melhor compreender o fenômeno estudado.

Para preservar a identidade dos participantes do estudo utilizaram-se nomes de princesas de desenhos animados para identificação das meninas, e de super-heróis para os meninos, seguidos do número indicador da idade das crianças.

No que tange aos aspectos éticos da pesquisa obteve-se a autorização do Centro de Capacitação Permanente em Saúde (CECAPS) da Secretaria Municipal de Saúde de Maringá para acesso aos dados do SISVAN. Posteriormente, o projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – COPEP, da Universidade Estadual de Maringá, em conformidade com as prerrogativas fixadas pela Resolução n° 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (2012)⁽¹⁰⁾ (Parecer n° 500.380).

RESULTADOS

Foram informantes deste estudo 14 crianças — oito meninos e seis meninas —, na faixa etária entre seis e dez anos. Durante a realização das entrevistas uma criança foi acompanhada pela avó, uma pelo pai e a mãe e as demais foram acompanhadas apenas pela mãe.

A partir dos depoimentos e considerando-se os objetivos da pesquisa, emergiram três categorias temáticas: *A autopercepção corporal de crianças obesas*; *Reconhecendo os efeitos da obesidade*; e *Buscando alternativas para a redução do peso*.

A autopercepção corporal de crianças obesas

A maioria das crianças declarou, explicitamente, estar, de algum modo, insatisfeita com a sua forma física:

Eu não gosto do meu corpo. Eu queria ser mais magra. (Ariel, 7 anos)

Olha aqui [mostra a barriga], eu estou muito gordo! (Batman, 9 anos)

Ah, não sei... eu não gosto do meu corpo. Só tem coisa ruim [...] O que eu menos gosto são essas gorduras. (Branca de Neve, 10 anos)

A pergunta, em alguns casos, foi suficiente para que a criança discorresse mais sobre o assunto, de modo que alguns meninos apontaram aspectos positivos no excesso de peso:

Assim... é bom porque eu sou forte, só que é ruim ser gordo. Tem um menino lá que é maior que eu, mas eu faço assim ó [bate o pé no chão] e ele sai

correndo de medo. A gente fica testando para ver quem é o mais forte, aí eu ganho. (Batman, 9 anos)

Como eu sou fortinho, os mosquitos também não são de ficar me picando, porque meu sangue é forte, daí na primeira chupada ele já fica gordinho também. Por isso eles não me picam. (Homem Aranha, 7 anos)

Os resultados da utilização da escala visual revelaram que seis crianças se enxergam na figura seis, a qual corresponde à transição entre a eutrofia e o excesso de peso. Outras cinco crianças apontaram a figura sete, e duas crianças escolheram a figura oito, que correspondem ao excesso de peso – sobrepeso ou obesidade. Ainda, houve uma criança que se apresentou defensivamente a todos os questionamentos, com respostas breves, enfatizando que se considerava uma criança “normal”. Contudo, essa mesma criança se reconheceu na figura nove da escala, e disse que gostaria de continuar se assemelhando a ela:

Normal... sou normal do jeito que eu sou! (Rapunzel, 9 anos)

Em relação ao corpo almejado, as outras 13 crianças manifestaram o desejo de se parecerem mais magras, sendo que quatro escolheram a figura três; três escolheram a figura quatro; três escolheram a figura cinco; duas escolheram a figura um e apenas uma criança escolheu a figura dois.

Essas escolhas permitem identificar o quanto cada criança gostaria de reduzir a sua forma física. Considerando-se que as figuras são numeradas de um a nove — a figura um representa a criança mais magra, e a nove a com maior grau de obesidade — , com exceção de uma criança que gostaria de permanecer na figura escolhida inicialmente, todas as demais desejavam assemelhar-se a uma ou até seis figuras anteriores à escolhida como seu status corporal atual.

Assim, duas crianças gostariam de se assemelhar à sexta figura anterior àquela escolhida como seus corpos atuais; duas com a quinta figura anterior; uma com a quarta figura anterior; três com a terceira figura anterior; quatro com a segunda figura anterior; e uma com a anterior daquela escolhida inicialmente.

A resposta ao questionamento sobre qual corpo a criança gostaria de ter era tão óbvia para algumas crianças que algumas reagiram com uma expressão de surpresa quando solicitado que apontassem a figura corporal almejada:

Alguma criança escolheu ser gordinho? (Batman, 9 anos)

Outras ainda referiram que gostariam de se parecer com os demais colegas, reforçando o estereótipo mais cobiçado na atualidade, a magreza:

Eu queria parecer esse aqui, que aparece até o pulmão [Figura 1]. Os meus amiguinhos lá da escola aparecem o pulmão. (Homem Aranha, 7 anos)

No que se refere à autopercepção corporal das crianças obesas, pode-se notar que elas se reconhecem com excesso de peso, e que, em alguns casos, conseguem apontar algumas vantagens da sua forma física. Porém, a insatisfação com o seu corpo é evidente, especialmente a partir do uso da escala visual, em que se confronta o status corporal atual com o almejado. Ainda, é possível constatar atitudes de defesa em uma das crianças ao ser questionada sobre a sua forma física.

Reconhecendo os efeitos da obesidade

Algumas crianças sentem-se motivadas para a redução de peso que não decorre apenas das questões estéticas e da busca por um corpo perfeito. A necessidade de melhorar o seu desempenho físico é citado, principalmente entre os meninos:

Ah... Porque eu não quero ser sempre gordo. E eu não consigo correr muito, eu sou meio lento. (Capitão América, 9 anos)

Eu queria pelo menos assim, ter uns 40 quilos. Porque sempre quando eu jogo, que a gente vai treinar na quadra eles mandam a gente correr em volta, sabe? Ai eu corro um pouco e depois fico devagar enquanto os outros vão rápido. E o professor fala “Você pode continuar assim mesmo”. Eu queria emagrecer para ter resistência para correr, brincar mais... (Lanterna Verde, 9 anos)

Por outro lado, algumas crianças buscam ou almejam a redução de peso devido à apreensão com os julgamentos dos colegas no âmbito escolar, deixando isto evidente em seus discursos. Destaca-se, também, a maneira particular de reação de cada uma delas frente a essas críticas:

Alguns meninos fazem bullying comigo lá. Eles falam assim “Gordo, baleia, saco de areia” [ritmo cantado], e eles ficavam repetindo toda hora. Tem vez assim que eu nem ligo, mas quando eles falam muito eu vou e tento chegar perto da zeladora e eles param. Tem outro menino lá que é mais gordinho do que eu, e quando eles falam, esse menino bate. Depois eles chutam ele. (Hulk, 9 anos)

Porque tem um menino da outra turma que é desse tamanho assim [mostra com os braços o tamanho da cintura do colega] maior do que eu. E os meninos ficam chamando ele de gordo. Então eu não quero que eles me chamem de gordo também. (Wolverine, 9 anos)

Na minha escola algumas pessoas me chamam de gorda. Foi no segundo ano, e eu fui falar na diretoria. (Ariel, 7 anos)

Outras destacaram que nem sempre algum funcionário da escola está presente durante as provocações dos colegas, e quando está, não há uma ação efetiva ante o fato:

Porque na minha escola todo mundo fica me chamando de gordo. Dai às vezes eu bato, às vezes eu não consigo pegar e eu fico no meu canto. E a diretora sempre ouviu as pessoas me chamando de gordo e ela nem “tchum”[...] Já faz tempo, na creche quando eu estudei também falavam, ai como eles falavam, eu batia. (Homem Aranha, 7 anos)

Na escola, um menino lá fala que eu sou gorda. Foi mais de uma vez. A professora não ouviu quando ele falou, era na hora do recreio. (Jasmine, 8 anos)

Às vezes, as críticas e brincadeiras de mau gosto existem para além do ambiente escolar. Quando presentes no seio familiar parecem ser ainda mais marcantes.

Na minha família a minha avó fala que eu sou um elefante, que eu ia sentar no sofá e eu ia explodir o sofá. (Jasmine, 8 anos)

Na família brincam. Meu tio às vezes mexe comigo, mas ele também é gordinho. (Super Homem, 8 anos)

A minha tia e o meu tio falaram sobre refrigerante. Eles falaram que era para eu parar senão eu ia ficar mais gordo. (Hulk, 9 anos)

Quanto ao conhecimento sobre os efeitos negativos da obesidade destaca-se que este nem sempre é decorrente da vivência, e, sim, de uma iniciativa por parte da própria criança de buscar conhecer mais sobre essa problemática. E nos dias atuais elas o fazem com muita propriedade, conforme evidenciado no discurso de Batman:

Como você emagrece tão rápido? Porque o metabolismo dos homens é mais rápido do que o das mulheres... Muito estranho! Porque eu deveria ser mais magro do que você e a minha irmã, porque o metabolismo de vocês é mais lento do que o meu. E ela está mais magra. [...] Por onde eu sei? Adivinha! Pela TV. Sabe o que a gente tem que saber? O sódio! O sódio e a gordura

trans. Quando eu vou comer um chips eu olho atrás pra ver o sódio, tá 22 mega [mg] e 1%, ai pode comer. (Batman, 9 anos)

Nesse sentido, percebe-se que alguns sentimentos são comuns entre essas crianças, como a apreensão e o medo de receber alguma crítica sobre o seu peso, ou de ser alvo de brincadeiras de mau gosto, tanto no âmbito escolar quanto no seio familiar. Entre os meninos, a busca da redução de peso é motivada, em alguns casos, pela melhora no desempenho de atividades físicas com os colegas. Outra criança ainda relata a busca por informações sobre a obesidade na mídia, embora não seja uma atitude recorrente entre as crianças entrevistadas.

Buscando alternativas para a redução do peso

As mudanças no estilo de vida foram apontadas pelas crianças como possibilidades para a redução de peso. Nesse sentido, as estratégias que envolvem as mudanças na rotina alimentar foram lembradas por algumas crianças, reconhecendo os deslizos que cometem no dia a dia, especialmente em relação à alimentação:

Acho que eu como demais, eu como muito. De vez em quando eu como um doce, mas eu como bolacha todo dia quase. (Branca de Neve, 10 anos)

Em casa às vezes a mãe não dá uma controlada e coloca muito óleo na comida. (Lanterna Verde, 9 anos)

Eu comi demais, comi hambúrguer demais... Pastel... E ganhei uns quilinhos a mais. (Batman, 9 anos)

Cabe destacar que a maioria das crianças demonstrou, em seus relatos, que reconhece a alimentação saudável como uma prática que contribui para a redução de peso. Porém, colocar em prática essas atitudes não é tarefa fácil, mas, mesmo assim, algumas se esforçam para cumprirem essas recomendações e mantê-las:

Igual hoje quando eu saí da escola a gente passou na minha tia, e eu comi mais ou menos três coxinhas, mas eram pequenas, sabe? [...] Mas também tinha bacon, e eu comi só as coxinhas. (Homem Aranha, 7 anos)

Eu tento fazer regime, mas eu esqueço [...] Quando vejo, eu já comi. (Capitão América, 9 anos)

Um aspecto que merece atenção pela preocupação que suscita é o fato de as crianças terem mencionado a adoção de algumas alternativas mais rigorosas no intuito de obterem resultado mais rápido e satisfatório de redução do peso:

Tem dia que eu não como nem aqui nem na escola... Daí no finalzinho do dia eu como uma pêra. (Hulk, 9 anos)

Tinha vez que eu não comia [para emagrecer]. (Cinderela, 8 anos)

As mudanças implementadas no estilo de vida não envolvem apenas os hábitos alimentares, mas também a prática de atividades físicas, às vezes até em excesso, na tentativa de conseguir uma redução rápida de peso:

Brincar, correr, pular, andar de bicicleta... Mais do que eu faço. Andar o dia inteiro de bicicleta até cansar e depois voltar para casa. (Batman, 9 anos)

Wolverine, por sua vez, reconhece que a atividade física que desenvolvia não surtiu o efeito desejado porque não conseguia controlar a fome:

Eu fazia capoeira, mas esse ano eu parei. Eu fazia para emagrecer, só que não adiantava. Porque eu chegava da capoeira e já estava com fome, daí eu comia... Não adianta, né? Agora eu quero fazer outro esporte para emagrecer mais. (Wolverine, 9 anos)

Por fim, as crianças reconhecem a mudança de hábitos, principalmente os alimentares e o de atividade física, como estratégias eficazes para a redução de peso. Mas a incorporação desses novos hábitos no cotidiano constitui uma difícil tarefa. Além disso, a falta de conhecimento da criança pode fazer com que ela tome atitudes muito severas que não promovem a redução de peso saudável.

DISCUSSÃO

A maioria das crianças deste estudo manifestou verbalmente o desejo de ter o seu peso reduzido, o que pode ser confirmado pelo distanciamento entre a figura na qual se reconhece e a que gostaria de ser. O distanciamento identificado caracteriza e reforça a insatisfação corporal, além de chamar a atenção para a predominância de escolha de figuras que representam perfis magérrimos.

Vale mencionar que a escala utilizada no presente estudo (TIGGEMAN TIGGEMANN; WILSON-BARRET, 1998)⁽⁵⁾ apresenta as figuras com aumento do tecido adiposo de modo proporcional em todas as partes do corpo, conforme o aumento do número da figura. Esse tipo de distribuição de gordura suscitou dúvidas para as crianças se classificarem, pois a maioria delas apresenta concentração de gordura abdominal e pernas mais finas. Desse modo, foi possível observar que algumas crianças se consideraram mais magras porque consideraram a espessura de suas pernas. Porém, mesmo diante dessa dúvida para a classificação, foi possível identificar a insatisfação das crianças em relação a sua forma física. Além disso, também fica clara a supervalorização da magreza por grande parte das entrevistadas. A resposta para qual corpo elas gostariam de ter parecia muito óbvia para algumas crianças, de modo que elas disseram que ninguém gostaria de assemelhar-se a um indivíduo obeso.

Em outro estudo, também realizado com crianças obesas, os autores constataram que a maioria delas manifestou algum incomodo com sua aparência, porém não apresentava um conceito totalmente negativo de si mesma. Normalmente, elas reconheciam a presença de outros aspectos físicos que lhes permitia se considerarem belas, por exemplo, olhos e rosto bonitos. Além disso, demonstraram ser valorizadas nas relações sociais, sendo considerada positiva a aceitação de suas ideias pelos colegas (CARVALHO et al., 2005)⁽¹¹⁾.

E ao investigar a satisfação com a aparência e com o corpo, os autores constataram que a maior parte das crianças obesas e metade das não obesas estavam insatisfeitas, o que levou os autores a considerarem que: a insatisfação geral pode estar relacionada ao fato de haver crianças com índices limítrofes de peso adequado no grupo dos não obesos, mas também pode ser decorrente da supervalorização da magreza por crianças dos dois grupos (CARVALHO et al., 2005)⁽¹¹⁾.

A imagem corporal é definida como a forma com que cada indivíduo enxerga o seu próprio corpo, ou seja, a imagem mental relacionada ao tamanho e forma do corpo, sendo que essa representação pode sofrer algumas variações ao longo da vida (KAKESHITA; ALMEIRA, 2006)⁽⁶⁾. As características culturais impostas pela sociedade definem um estereótipo corporal que deve ser seguido para que o belo seja alcançado. Essas características abrangem principalmente as medidas de peso e altura, cultuando a magreza excessiva (FREITAS et al., 2010)⁽¹²⁾.

A busca pela imagem idealizada e valorizada socialmente se traduz em uma constante insatisfação com a imagem corporal e a preocupação com as práticas que possibilitam alcançar o padrão estético exibido pela mídia. Desse modo, o corpo é concebido como um

objeto de consumo e que deve apresentar as medidas perfeitas (BRAGA; MOLINA; FIGUEIREDO, 2010; PASSOS et al., 2013)^(13, 14).

A distorção perceptiva e a insatisfação corporal podem estar presentes em todas as fases da vida do indivíduo (BRAGA; MOLINA; FIGUEIREDO, 2010; PASSOS et al., 2013)^(13, 14). Desde a infância, a busca pela magreza e pelo corpo ideal já é internalizada, resultando em insatisfação e descontentamento para aqueles que não conseguem alcançá-lo (PINHEIRO; JIMÉNEZ, 2010)⁽¹⁵⁾.

Destarte, com as crescentes exigências para um corpo perfeito, também aumentou o número de pessoas insatisfeitas com o seu corpo, principalmente entre as mulheres (FREITAS et al., 2010)⁽¹²⁾. E, mais recentemente, também entre as crianças, conforme constatado no presente estudo, em que as crianças, em sua maioria, demonstraram que sentem algum desconforto ao falar sobre a sua forma física, além de expressarem sentimentos de vergonha e até mesmo demonstrarem a adoção de ações defensivas.

Assim, para melhor compreensão e conhecimento dos aspectos subjetivos que envolvem a imagem corporal de crianças obesas é necessário refletir sobre os parâmetros de beleza “impostos” pela sociedade (PASSOS et al., 2013)⁽¹⁴⁾, e reconhecer que essas crianças, além da insatisfação com a imagem corporal, também podem experimentar diferentes sentimentos (PINHEIRO; JIMÉNEZ, 2010)⁽¹⁵⁾, especificamente quando são vítimas de *bullying* na escola ou no seio familiar.

O termo *bullying*, no Brasil, tem sido utilizado como ato de “bulir alguém”, que significa “incomodá-lo” e é caracterizado por ações intencionadas e repetidas de violência praticadas por uma pessoa ou um grupo com a intenção de intimidar alguém. Nesse sentido, grande parte das crianças entrevistadas disse que sofre algum tipo de *bullying*, principalmente no contexto escolar. O resultado dessas ações violentas às vezes pode resultar em violência física, quando algumas relatam que dão chutes ou batem nos ameaçadores diante da violência sofrida. Por outro lado, ainda, há aquelas que acabam se isolando socialmente e fugindo dessa violência.

Outras reações também são mencionadas pelas crianças, as quais buscam refúgio entre os professores e demais funcionários da escola quando sofrem *bullying*. Porém, a ausência de uma postura corretiva desses adultos demonstra que nem sempre estão preparados para lidar com esta situação, transmitindo a sensação de descaso com a violência que a criança acabou de sofrer, não tomando qualquer atitude para inibi-la. Contudo, deve-se também considerar que essa percepção é referida pelas crianças, e há limitação em se tratando de uma informação unilateral.

A motivação para a redução de peso, às vezes também pode estar relacionada às dificuldades enfrentadas pela criança durante a prática de atividade física, especialmente pelos meninos, que relataram o desejo de reduzir o peso para melhorar o desempenho em algum esporte. Cabe salientar que até o fato de ser poupado pelo treinador durante a prática esportiva, apesar de ser motivo de constrangimento, é bem aceita pela criança que se reconhece sem fôlego e sem preparo para acompanhar os colegas.

Em decorrência da falta de informação e orientação profissional, algumas crianças buscam atitudes radicais para o controle e redução do peso. Dentre essas, o hábito de pular as principais refeições, passar longos períodos em jejum, fazer regimes sem orientação profissional, e a busca por atividade física em excesso, são citadas como medidas que, em algum momento, já foram adotadas por essas crianças, as quais entendem, erroneamente, que, assim, a redução de peso será mais rápida e eficaz.

Desse mesmo modo, a busca por alternativas que possam auxiliar a redução de peso é considerada válida, pois é indispensável que o indivíduo que almeja a redução de peso enfrente o problema. Para tanto, ele precisa ser ativo nas mudanças dos hábitos alimentares, iniciar a prática de atividades físicas e buscar orientação profissional e acompanhamento sempre que necessário (CATTAI et al., 2008)⁽¹⁶⁾.

Um aspecto positivo identificado no estudo foi a preocupação de uma das crianças em procurar informações sobre o valor nutricional dos alimentos presente nas embalagens. Apesar da dificuldade de interpretação dessas informações, a criança demonstrou conhecer previamente quais nutrientes não devem ser consumidos ou consumidos com moderação, como o sódio e a gordura trans. Isto demonstra a importância de trabalhar a educação em saúde e a mudança de hábitos com as crianças, pois, ainda que parcialmente, elas possuem capacidade para reter informações e de reproduzir o aprendido.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do estudo mostraram que a criança que convive com a obesidade reconhece que está acima do peso e almeja sua redução não somente pela estética, mas também pela necessidade de melhorar o desempenho físico ou, ainda, por medo ou receio das críticas e brincadeiras maldosas de colegas e familiares.

Em alguns casos, esse desejo pode levar as crianças a buscarem diferentes alternativas para atingirem o objetivo de reduzir o peso, sendo as mais comuns as mudanças nos hábitos

alimentares, a prática de atividades físicas (às vezes até em excesso) e a busca de informações sobre obesidade e suas causas.

Seus relatos mostraram o quanto essa condição interfere em sua saúde física e nas relações sociais, seja no ambiente familiar ou escolar; mostraram, também, que algumas delas reagem com agressividade quando sofrem *bullying*, e as que ignoram ou não reagem às críticas são, de alguma forma, feridas pelas mesmas. Esse fato ressalta a importância do envolvimento e da atuação efetiva dos profissionais de saúde junto a essas crianças, como fonte de informação sobre a doença e seu controle, além de se engajarem na promoção de medidas eficazes que auxiliem as crianças no enfrentamento da obesidade e incentivem a participação e o apoio da família de modo a favorecer a adoção de hábitos saudáveis.

Como sugestão para novos estudos destaca-se a necessidade de realizar outras pesquisas qualitativas, abordando a insatisfação com a imagem corporal, principalmente entre as crianças, pois o interesse no meio científico pelas vivências de crianças obesas ainda é escasso, não correspondendo à amplitude e ao crescimento demasiado desse problema em âmbito nacional e internacional. Sugere-se, também, em futuras pesquisas, que se realize mais de um encontro com a criança, a fim de desenvolver o vínculo entre a criança e o entrevistador. Isso fará com que ela se sinta mais à vontade para falar sobre suas vivências com a obesidade, pois este é um tema delicado que pode deixá-la inibida ou constrangida ao abordá-lo, constituindo-se, portanto, em uma limitação do estudo.

REFERÊNCIAS

1. Borges-Silva CN. Sobrepeso e obesidade infantil: implicações de um programa de lazer físico-esportivo. São Paulo: Instituição Educacional São Miguel Paulista, 2011.
2. World Health Organization. Obesity and overweight. Atualizado em mar. 2013 [acesso em 2014 dez 10]. Fact Sheet n° 311. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>>.
3. Cortes MG, Meireles AL, Friche AAL, Caiaffa WT, Xavier CC. O uso de escalas de silhuetas na avaliação da satisfação corporal de adolescentes: revisão sistemática da literatura. Cad. Saúde Pública [online]. 2013;29(3):427-44.
4. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Abrasco; 2013.
5. Tiggemann M, Barret WE. Childrens's figure ratings: relationship to self-esteem and negative stereotyping. *International Journal of Eating Disorders*. 1998;23(3):83-8.

6. Kakeshita IS, Almeida SS. Relação entre índice de massa corporal e a percepção da autoimagem em universitários. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(3):497-504
7. Chen LJ, Fox KR, Haase AM, Ku PW. Correlates of body dissatisfaction among Taiwanese adolescents. *Asia Pac J Clin Nutr*. 2010;19:172-9.
8. Dumith SC, Menezes AMB, Bielemann RM, Petresco S, Silva ICM, Linhares RS, et al. Insatisfação corporal em adolescentes: um estudo de base populacional. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17:2499-505.
9. Fernandes AER. Avaliação da imagem corporal, hábitos de vida e alimentares em crianças e adolescentes de escolas públicas e particulares de Belo Horizonte [Dissertação]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais; 2007.
10. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. [acesso em: 04 de outubro de 2014]. Disponível em: <http://andromeda.ensp.fiocruz.br/etica/sites/default/files/documentos/Res%20466_2012.pdf>.
11. Carvalho AMP, Cataneo C, Galindo EMC, Malfara CT. Auto conceito e imagem corporal em crianças obesas. *Paidéia* [online]. 2005;15(30):131-9.
12. Freitas CMSM, Lima RBT, Costa AS, Lucena Filho A. O padrão de beleza corporal sobre o corpo feminino mediante o IMC. *Rev. bras. Educ. Fís. Esporte*. 2010;24(3):389-404.
13. Braga PD, Molina MCB, Figueiredo TAM. Representações do corpo: com a palavra um grupo de adolescentes de classes populares. *Ciênc saúde coletiva*. 2010;15:87-95.
14. Passos MD, Gugelmen AS, Castro IRR, Carvalho MCV. Representações sociais do corpo: um estudo com adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2013;29(12):2383-93.
15. Pinhiero N, Jiménex M. Percepção e insatisfação corporal: um estudo em crianças brasileiras. *Psico*. 2010;41(4):510-6.
16. Cattai GBP, Rocha FA, Hintze LJ; Pagan BGM; Nardo Júnior N. Programa de tratamento multiprofissional da obesidade: os desafios da prática. *Cienc Cuid Saude*. 2008;7(Suplem.1):121-6

6 IMPLICAÇÕES DO ESTUDO PARA O ENSINO, A PESQUISA E A PRÁTICA DA ENFERMAGEM

A discussão sobre o conhecimento familiar e o reconhecimento da obesidade infantil como uma doença foi um dos tópicos evidenciados neste estudo. Entretanto, também se deve ressaltar o relevante papel do profissional de saúde na prevenção, diagnóstico precoce e tratamento dessa doença.

Para a prevenção da obesidade infantil se faz necessário que o profissional estabeleça o vínculo com a família e com a criança, para que possa conhecer a sua realidade e propor ações de promoção da saúde condizentes com suas necessidades. Nesse contexto, o engajamento dos profissionais com a educação em saúde, não só no âmbito individual, mas também coletivo, deve ser considerado na prevenção dessa doença. E para que o diagnóstico precoce obtenha êxito faz-se necessário que a equipe de saúde esteja constantemente envolvida na avaliação da saúde das crianças, esteja apta a oferecer o tratamento adequado ou o encaminhamento necessário para o controle e redução do quadro de obesidade.

O número de pessoas afetadas pela obesidade é crescente mundialmente, sendo que essa doença é considerada um fator que predispõe o indivíduo a muitas outras patologias, as quais são amplamente abordadas nos currículos de enfermagem. Dada a magnitude e a importância já mencionada em relação à prevenção e ao controle da obesidade, o papel do profissional de enfermagem no diagnóstico, tratamento e prevenção ainda é muito tímido.

Para tanto, a aproximação com o tema se torna fundamental desde o período da graduação, de modo que o futuro profissional valorize a atuação da equipe multiprofissional de saúde e reconheça a sua importância como membro dessa equipe.

O papel do enfermeiro na equipe não deve ser reduzido apenas à execução da técnica de verificação de medidas antropométricas com rigor e precisão. Esse profissional deve se comprometer com o diagnóstico precoce da doença entre as crianças que tenham alterações de peso que ultrapassem a curva de normalidade para a idade e sexo. Para isso, espera-se que ele tenha domínio não somente da técnica de mensuração de peso e estatura, mas esteja apto para registrar e interpretar esses resultados.

Durante a consulta da criança, o enfermeiro deve enxergá-la de maneira holística, valorizando as suas necessidades e as de sua família, para que possa compreender e auxiliar a criança que vivencia a obesidade. Esse conhecimento é adquirido somente a partir do estabelecimento do vínculo entre o profissional de saúde, família e criança.

É imprescindível, portanto, que o profissional conheça de perto a realidade das famílias e das crianças, considerando o seu conhecimento sobre a patologia, as condições econômicas, ambientais e de acesso ao serviço de saúde, possibilitando, assim, a verificação de hábitos e atitudes que possam estar contribuindo positivamente para o desenvolvimento e estabelecimento de agravo da obesidade da criança. Assim, é possível promover ações educativas em saúde condizentes com a realidade de cada família, fazendo com que sejam mais bem aceitas e também praticadas por essa família.

A partir deste estudo espera-se que os profissionais da enfermagem possam ser sensibilizados quanto à importância da temática obesidade infantil e que também reconheçam a importância social do seu papel de profissional que promove a saúde e auxilia a prevenção de doenças. Espera-se que haja maior valorização das consultas de enfermagem direcionadas às crianças, que têm, dentre as suas prioridades, o acompanhamento do desenvolvimento infantil.

Por fim, com este estudo, também se almeja que o tema da obesidade na infância possa ser discutido com maior profundidade no âmbito da enfermagem desde o período da graduação. E que suscite, a partir do envolvimento dos profissionais, o seu despertar para a realização de pesquisas que envolvam a criança, sua família e também a atuação dos profissionais de saúde frente a um diagnóstico de obesidade infantil. Nesse sentido, são válidas as pesquisas de natureza quantitativa, as quais irão permitir a generalização dos resultados e a correlação de variáveis. Mas, também, aquelas de natureza qualitativa por agregarem conhecimento sobre especificidades que fogem ao escopo das demais, permitindo o conhecimento aprofundado da realidade estudada.

Essas futuras pesquisas também poderão contribuir para a prática de todos os profissionais de saúde que, em algum momento, se deparem com esse diagnóstico.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da realização deste estudo pôde-se compreender o modo com que crianças obesas e suas famílias enfrentam essa doença no dia a dia e qual o conhecimento que elas possuem sobre os aspectos que envolvem a sua gênese e prevenção ainda na infância. Constatou-se que algumas dúvidas, anseios, crenças e hábitos são comuns nas diferentes famílias, porém, a experiência com a doença e sua vivência é personalíssima e singular.

A utilização do banco de dados do SISVAN permitiu o acesso a essas crianças e famílias, e possibilitou caracterizar o estado nutricional das crianças do município cadastradas no sistema. Em relação especialmente às classificadas como obesas, o estudo possibilitou conhecer seus hábitos alimentares e os de exercício físico. Nesse contexto, pode-se reconhecer a importância do ambiente escolar na formação dos hábitos das crianças, pois é nesse ambiente que, pelo menos, uma das refeições do dia é realizada, além de ser mencionado como o principal local de realização de atividades físicas semanais.

Acredita-se que a existência de estratégias articuladas que envolvam a criança, a família, a escola e o setor de saúde são fundamentais para o desenvolvimento de ações que possam auxiliar a prevenção da obesidade infantil. Para tanto, se faz necessário o reconhecimento da realidade e do contexto familiar em que cada criança está inserida.

Conhecer a realidade da criança inclui saber como é a experiência dela com a doença, qual a sua percepção, atitudes e os seus anseios em relação a ela. Essa aproximação precoce com a obesidade faz com que a criança seja exposta a críticas e julgamentos de colegas e até de familiares, de maneira muito severa e marcante, e a criança, muitas vezes, ainda não possui maturidade suficiente para enfrentar esta situação.

Deste modo, ao receber essas críticas podem ser desencadeadas diferentes reações nas crianças — violência, indiferença e exclusão social. Contudo, algumas reagem positivamente e tentam buscar soluções, mesmo que radicais e sem validade científica — passar por longos períodos em jejum, pular as principais refeições do dia, realizar atividade física em excesso — que acreditam poder oferecer resultados rápidos e eficazes para a redução de peso. Essa busca é motivada não só pelo receio de receberem novas críticas, mas pela necessidade que algumas crianças sentem de melhorarem seu desempenho físico.

Nesse contexto, as mudanças nos hábitos da família são essenciais para que a criança se sinta apoiada, de modo que todos os membros se comprometam a servir de exemplo para a criança, seja a partir de mudanças relacionadas à rotina alimentar ou mesmo da realização da prática de atividades físicas. Assim, foram identificadas situações em que as mães já propõem

mudanças de hábitos, e outras em que as mudanças no estilo de vida inexistem ou são ainda incipientes, e nem sempre benéficas para a saúde.

Para o sucesso de iniciativas que realmente tragam benefícios para a saúde da criança, é necessário que a família compreenda a obesidade como um problema de saúde que necessita atenção e tratamento como qualquer outra DCNT. Nesse sentido, constatou-se que o conhecimento das mães acerca da obesidade infantil é superficial, em relação a sua etiologia, agravos e estratégias de prevenção. A palavra doença, muitas vezes, remete a uma condição clínica que incapacita o indivíduo, ou quando há necessidade de um tratamento farmacológico ou cirúrgico. Assim, a associação entre obesidade e doença foi feita apenas quando a obesidade infantil já atingia o grau mórbido e/ou quando a criança já enfrentava alguma limitação/dificuldade decorrente da obesidade.

Constatou-se, ainda, que as mães não reconhecem a magnitude do excesso de peso do seu filho, pois elas tendem a acreditar que as crianças estão próximas da eutrofia, de maneira que a redução de peso desejada por elas não é acentuada. O contrário ocorre com as crianças, em que a maioria deseja uma redução de peso acentuada, reforçando o estereótipo de magreza como o mais cobiçado.

A partir da opção por um estudo qualitativo não se tem a pretensão de generalizar os resultados obtidos para outras realidades e contextos, mas para que possam, de alguma maneira, contribuir para a reflexão de outros profissionais e, principalmente, dos enfermeiros que estão envolvidos na assistência à saúde da criança. Nesse sentido, buscou-se maior compreensão das vivências das famílias e das crianças com obesidade, de modo a estimular novas pesquisas e estratégias para o controle e prevenção da obesidade infantil.

Sugere-se, ainda, que a interação entre família, escola e serviço de saúde seja fortalecida em prol da saúde da criança, por meio de programas de orientação para os pais, mas também de atividades lúdicas que promovam o maior conhecimento sobre estilo de vida saudável para as crianças.

Por fim, este estudo permitiu que se conhecesse a realidade e a forma com que cada uma das famílias e crianças abordadas lida com a obesidade em seu cotidiano.

REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Critério de classificação econômica no Brasil**. 2012. Disponível em: <www.abep.org/new/Servicos/Download.aspx?id=02>. Acesso em: 15 out. 2014.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. **Dicas: 10 erros que não devemos cometer na educação alimentar da criança**. 2013. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/pagina/27/::+10+erros+que+nao+devemos+cometer+na+educacao+alimentar+da+crianc.shtml>>. Acesso em: 15 out. 2014.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. **Diretrizes Brasileiras de Obesidade**. 2009a. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/pdf/diretrizes_brasileiras_obesidade_2009_2010_1.pdf>. Acesso em: 15 out. 2014.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. Obesidade na infância e na adolescência. **Revista da ABESO**, [S.l.], n. 38, ano XIX, mar. 2009b. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/pagina/246/artigo.shtml>>. Acesso em: 15 out. 2014.
- ARAÚJO, T. L.; LOPES, M. V. O.; CAVALCANTE, T. F.; GUEDES, N. G.; MOREIRA, R. P.; CHAVES, E. S.; SILVA, V. M. Análise de indicadores de risco para hipertensão arterial em crianças e adolescentes. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 120-126, 2008.
- BALABAN, G.; SILVA, G. A. P. Efeito protetor do aleitamento materno contra a obesidade infantil. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 8, p. 7-16, 2004.
- BALBI, J. C. S. **Tipos de pesquisa**. Vilhena: Fama, 2009.
- BAYER, A. A. A.; VASCO, C. C.; LOPES, S. R. A.; TEIXEIRA, C. J. C. Intervenção grupal em pacientes com obesidade e seus familiares: relato de experiência. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, DF, v. 30, n. 4, p. 200-211, 2010.
- BERNSTEIN, M. S.; MORABIA, A.; SLOUTSKIS, D. Definition and prevalence of sedentarism in an urban population. **American Journal of Public Health**, Rockville, v. 89, no. 1, p. 862-867, 1999.
- BOA-SORTE, N.; NERI, L. A.; LEITE, M. E. Q.; BRITO, S. M.; MEIRELLES, A. R.; LUDUVICE, F. B. S.; SANTOS, J. P.; VIVEIROS, M. R.; RIBEIRO, J. R. H.C. Percepção materna e autopercepção do estado nutricional de crianças e adolescentes de escolas privadas. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 83, n. 4, p. 349-356, 2007.
- BORGES, C. R.; KÖHLER, M. L. K.; LEITE, M. L.; SILVA, A. B. F.; CAMARGO A. T.; KANUNFRE, C. C. Influência da televisão na prevalência de obesidade infantil em Ponta Grossa, Paraná. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 6, n. 3, p. 305-311, jul./set. 2007.

BORGES-SILVA, C. N. **Sobrepeso e obesidade infantil**: implicações de um programa de lazer físico-esportivo. São Paulo: Instituição Educacional São Miguel Paulista, 2011.

BRAGA, P. D.; MOLINA, M. C. B.; FIGUEIREDO, T. A. M. Representações do corpo: com a palavra um grupo de adolescentes de classes populares. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 87-95, 2010.

BRASIL. Decreto nº 6286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, dez. 2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm>. Acesso em: 10 ago. 2014.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Lei n.8.069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**. Brasília, DF, 13 jul. 1990. Art. 2. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm>. Acesso em: 10 ago. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde**: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília, DF, 2012. Série B. Textos Básicos de Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2006.

CAMARGO, A. P. P. M.; BARROS FILHO, A. A.; ANTONIO, M. A. R. G. M. A.; GIGLIO, J. S. A não percepção da obesidade pode ser um obstáculo no papel das mães de cuidar de seus filhos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 323-333, 2013.

CARVALHO, A. M. P.; CATANEO, C.; GALINDO, E. M. C.; MALFARA, C. T. Auto conceito e imagem corporal em crianças obesas. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 30, p. 131-139, 2005.

CATTAI, G. B. P.; ROCHA, F. A.; HINTZE, L. J.; PAGAN, B. G. M.; NARDO JUNIOR, N. Programa de tratamento multiprofissional da obesidade: os desafios da prática. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 7, p. 121-126, 2008. Suplemento 1.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **About BMI for children and teens**. jul. 2014. Disponível em: <http://www.cdc.gov/healthyweight/assessing/bmi/childrens_bmi/about_childrens_bmi.html>. Acesso em: 16 out. 2014.

CESARINO, C. B.; CIPULLO, J. P.; MARTIN, J. F. V.; CIORLIA, L. A.; GODOY, M. R. P.; CORDEIRO, J. A. et al. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 91, n. 1, p. 31-35, 2008.

CHÁVEZ, M. A. **Hijos gordos**: una vision familiar, psicologica y nutricional. 1. ed. Vintage Espanol. Spanish Edition, 2013. 192 p. Disponível em: <<http://www.amazon.com/Hijos-gordos-psicologica-nutricional-ebook/dp/B00DTEMW1E>>. Acesso em: 17 out. 2014.

CHEN, L. J.; FOX, K. R.; HAASE, A.M.; KU, P. W. Correlates of body dissatisfaction among Taiwanese adolescents. **Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition**, Neihu, v. 19, no. 2, p. 172-179, 2010.

CHUPROSKI, P.; MELLO, D. F. Percepção materna do estado nutricional de seus filhos. **Revista de Nutrição**, Campinas, SP, 22, n. 6, p. 929-936, 2009.

COMITÊ PERMANENTE DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS (COPEP). Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação. **Instruções para a submissão de projetos**. Maringá, 2012. Disponível em: <<http://www.ppg.uem.br/index.php/etica-biosseguranca/copep>>. Acesso em: 26 set. 2012.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2014.

CÔRTEZ, D. C. S.; PAULA, R.; MENDONÇA, A. P. P.; TORRES, P. R. R.; ARANTES, A. A.; LEAL, A. B. et al. Sedentarismo em população específica de funcionários de uma empresa pública. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 8, n. 5, p. 375-377, 2010.

CORTES, M. G.; MEIRELES, A. L.; FRICHE, A. A. L.; CAIAFFA, W. T.; XAVIER, C. C. O uso de escalas de silhuetas na avaliação da satisfação corporal de adolescentes: revisão sistemática da literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, p. 427-444, 2013.

COSTANZI, C. B.; HALPERN, R.; RECH, R. R.; BERGMANN, M. L. A.; ALLI, L. R.; MATTOS, A. P. Fatores associados a níveis pressóricos elevados em escolares de uma cidade de porte médio do sul do Brasil. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 85, n. 4, p. 335-340, 2009.

DUARTE, E. C. A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE, 2009) e a Vigilância em Saúde do Escolar no Brasil: questões para reflexão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 3021-3023, 2010. Suplemento, 2. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s2/a04v15s2.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2014.

DUMITH, S. de C.; MENEZES, A. M. B.; BIELEMANN, R. M.; SILVA, I. C. M.; LINHARES, R. S. et al. Insatisfação corporal em adolescentes: um estudo de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2499-2505, 2012.

EISENSTEIN, E. **Atraso puberal e desnutrição crônica**. 1999. 186 f. Tese (Doutorado)-Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1999.

FARIAS, E. dos S.; GUERRA-JUNIOR, G.; PETROSKI, E. L. Estado nutricional de escolares em Porto Velho, Rondônia. **Revista de Nutrição**, Campinas, SP, v. 21, n. 4, p. 401-409, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v21n4/v21n4a04.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2014.

FERNANDES, A. E. R. **Avaliação da imagem corporal, hábitos de vida e alimentares em crianças e adolescentes de escolas públicas e particulares de Belo Horizonte**. 2007. 142 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde)-Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

FERRIANI, M. D. G. C.; DIAS, T. S.; SILVA, K. Z.; MARTINS, C. S. Auto-imagem corporal de adolescentes atendidos em um programa multidisciplinar de assistência ao adolescente obeso. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, n. 1, p. 27-33, 2005.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Método e metodologia na pesquisa científica**. São Paulo: Difusão, 2004.

FISBERG, M. Obesidade na infância e adolescência. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, São Paulo, v. 20, p. 163-164, set. 2006. Disponível em: <http://citrus.uspnet.usp.br/eef/uploads/arquivo/45_Anais_p163.pdf>. Acesso em: 15 out. 2014.

FREITAS, C. M. S. M.; LIMA, R. B. T.; COSTA, A. S.; LUCENA FILHO, A. O padrão de beleza corporal sobre o corpo feminino mediante o IMC. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 389-404, 2010.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional**: orientações para implementação nos municípios. 2010. Disponível em: <www.unicef.org/brazil/pt/br_cartilha_sisvan.pdf>. Acesso em: 16 out. 2014.

GIACOMOSSI, M. C.; ZANELLA, T.; HOFELMANN, D. A. Percepção materna do estado nutricional de crianças de creches de cidade do Sul do Brasil. **Revista de Nutrição**, Campinas, SP, v. 24, n. 5, p. 689-702, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732011000500003>. Acesso em: 10 out. 2014.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HALLAL, P. C. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar: da academia para a sociedade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 3020-3026, 2010a. Suplemento, 2.

HALLAL, P. C.; KNUTH, A. G.; CRUZ, D. K. L.; MENDES, M. I.; MALTA, D.C. Prática de atividade física em adolescentes brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 3035-3042, 2010b. Suplemento, 2.

HANCOX, R. J.; MILNE, B. J.; POULTON, R. Association between child and adolescent television viewing and adult health: a longitudinal birth cohort study. **The Lancet**, London, v. 364, n. 9430, p. 257-262, 2004. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(04\)16675-0/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(04)16675-0/fulltext)>.>. Acesso em: 24 set. 2012.

HELLER, D. C. L.; SOUZA, D. P.; SCUR, E. M. A.; PINTO, M. S.; CASTILHO, S. **Obesidade infantil**: manual de prevenção e tratamento. Santo André: Esetec Editores Associados, 2004. 64 p.

IBGE. **Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009**. Rio de Janeiro, 2010a. Disponível em: <<http://saladeimprensa.ibge.gov.br/noticias?view=noticia&id=1&idnoticia=1699&busca=1&t=pof-20082009-desnutricao-cai-peso-criancas-brasileiras-ultrapassa-padrao-internacional>>. Acesso em: 24 set. 2012.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar - 2009**. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/pense.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2014.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar - 2012**. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/2012/pense_2012.pdf>. Acesso em: 16 out. 2014.

IBGE. **Sinopse do Censo Demográfico do Paraná**. Curitiba, 2010b. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=41&dados=0>>. Acesso em: 16 out. 2014.

INTERNATIONAL OBESITY TASKFORCE (IOTF). **World Obesity News**. Disponível em: <<http://www.iaso.org/iotf/>>. Acesso em: 24 set. 2012.

KAKESHITA, I. S.; ALMEIRA, S. S. Relação entre índice de massa corporal e a percepção da auto-imagem em universitários. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 497-504, 2006.

LINDSAY, A. C.; FERARRO, M.; FRANCHELLO, A.; BARRERA, R. L.; MACHADO, M. M. T.; PFEIFFER, M. E.; PETERSON, K. E. Child feeding practices and household food insecurity among low-income mothers in Buenos Aires, Argentina. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 661-669, 2012.

LUGÃO, M. A. S.; FERREIRA, T. V. S.; AGUIAR, O. V.; ANDRÉ, K. M. The importance of the nurse's role in the prevention of childhood obesity. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 976-988, 2010.

LUIZ, A. M. A. G.; GORAYEB, R.; LIBERATORE JÚNIOR, R. D. R.; DOMINGOS, N. A. M. Depressão, ansiedade, competência social e problemas comportamentais em crianças obesas. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 10, n. 3, p. 371-375, 2005.

MACÊDO, S. F.; DAMASCENO, M. M. C.; LIMA, A. C. S.; LIMA, A. K. G.; VASCONCELOS, H. C. A.; ARAÚJO, M. F. M. Overweight and obesity in public schools

children of Fortaleza: an exploratory study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niteroi, v. 8, n. 2, 2009. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2009.2335/499>>. Acesso em: 12 abr. 2013.

MARCHI-ALVES, L. M.; YAGUI, C. M.; RODRIGUES C. S.; MAZZO, A.; RANGEL, E. M. L.; GIRÃO, F. B. Obesidade infantil ontem e hoje: importância da avaliação antropométrica pelo enfermeiro. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 238-244, 2011.

MARINGÁ. Prefeitura Municipal. **Plano Local de Habitação de Interesse Social (PLHIS): Produto 5. Revisão 1: Caderno do diagnóstico habitacional**. nov. 2010. Disponível em: <www2.maringa.pr.gov.br/sistema/arquivos/9d672a333a21.pdf>. Acesso em: 24 set. 2012.

MELLO, A. D. M.; MARCON, S. S.; HULSMeyer, A. P. C. R.; CATTAL, G. B. P.; AYRES, C. S. L. S.; SANTANA, R. G. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças de seis a dez anos de escolas municipais de área urbana. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 48-54, 2010.

MELO, M. M.; LOPES, V. P. Associação entre o índice de massa corporal e a coordenação motora em crianças. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 7-13, 2013.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed. São Paulo: Abrasco, 2013.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 22. ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2003.

MISHIMA, F. K. T.; BARBIERI, V. O brincar criativo e a obesidade infantil. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 14, n. 3, p. 249-255, 2010.

MOLINA, M. C. B.; FARIA, C. P.; MONTERO, P.; CADE, N. V. Correspondence between children's nutritional status and mothers' perceptions: a population-based study. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 2285-2290, 2009.

MORAES, A. C. F.; OLIVEIRA, H. G.; MOLENA-FERNANDES, C. A. Sobrepeso e obesidade em alunos do ensino fundamental. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 6, p. 364-369, 2007. Suplemento 2.

MORAES, P. M.; DIAS, C. M. S. B. Obesidade infantil a partir de um olhar histórico sobre alimentação. **Interação em Psicologia**, Curitiba, v. 16, n. 2, p. 317-326, 2012.

MORAES, P. M.; DIAS, C. M. S. B. Nem só de pão se vive: a voz das mães na obesidade infantil. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, DF, v. 33, n. 1, p. 46-59, 2013.

NASCIMENTO, A. P. B.; FERREIRA, M. L.; MOLINA, S. M. G. Avaliação antropométrica de pré-escolares em Piracicaba-SP: da desnutrição para a obesidade. **Conscientiae Saúde**, São Paulo, v. 9, n. 4, p. 707-713, 2010.

NEVES, P. M. J.; TORCATO, A. C.; URQUIETA, A. S.; KLEINER, A. F. R. Importância do tratamento e prevenção da obesidade infantil. **Arquivos de Ciências da Saúde**, São José do Rio Preto, v. 17, n. 3, p. 150-153, 2010.

OLIVEIRA, A. M. A.; CERQUEIRA, E. M. M.; OLIVEIRA, A. C. Prevalência de sobrepeso e obesidade infantil na cidade de Feira de Santana-BA: detecção na família x diagnóstico clínico. **Jornal de Pediatria** [online], Rio de Janeiro, v. 79, n. 4, p. 325-328, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572003000400010>. Acesso em: 7 out. 2014.

OLIVEIRA, F.; SOARES, L. Programa piloto de intervenção para pais de crianças com problemas de obesidade. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 12, n. 2, p. 197-211, 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Estratégia e Plano de Ação para a saúde integral na infância**. Washington, DC, 2013. Disponível em: <http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=21381&Itemid=>. Acesso em: 16 out. 2014.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Estadísticas Sanitarias mundiales: una mina de información sobre Salud Pública Mundial**. 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112817/1/WHO_HIS_HSI_14.1_spa.pdf?ua=1>. Acesso em: 7 ago. 2014.

OULDZEIDOUNE, N.; KEATING, J.; BERTRAND, J.; RICE, J. A description of female genital mutilation and force-feeding practices in Mauritania: implications for the protection of child rights and health. **PLoS ONE**, São Francisco, v. 8, abr. 2013. Disponível em: <<http://www.plosone.org/article/fetchObject.action?uri=info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0060594&representation=PDF>>. Acesso em: 16 out. 2014.

PARANÁ. Programa Paraná Saudável. **Prevenção e controle da obesidade infantil**. Disponível em: <<http://www.esporte.pr.gov.br/arquivos/File/paranasaudavel.pdf>>. Acesso em: 5 jan. 2015.

PARANÁ. **Assembléia promove discussão sobre plano de combate à obesidade no Paraná**. 2014. Disponível em: <<http://www.esporte.pr.gov.br/modules/noticias/article.php?storyid=5352>>. Acesso em: 9 jan. 2015.

PARANAGUÁ. Câmara Municipal. **Lei n° 3326. Institui a campanha permanente obesidade zero nas escolas públicas municipais no município de Paranaguá**. Paranaguá, PR, 25 abr. 2013. Disponível em: <www.leismunicipais.com.br/a1/pr/p/paranagua/lei-ordinaria/2013/333/3326/lei-ordinaria-n-3326-2013-institui-a-campanha-permanente-obsidade-zero-nas-escolas-publicas-municipais-no-municipio-de-paranagua>. Acesso em: 17 dez. 2014.

PASSOS, M. D.; GUGELMIN, S.A.; CASTRO, I. R. R.; CARVALHO, M. C. V. Representações sociais do corpo: um estudo com adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 12, p. 2383-2393, 2013.

PASSOS-SANTOS, J. P.; PRATI, A. R. C.; MOLENA-FERNANDES, C. A. Associação entre pressão arterial e indicadores de obesidade geral e central em escolares. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 12, n. 1, p. 146-154, 2013.

PEREIRA, P. A.; LOPES, L. C. Obesidade infantil: estudo em crianças num ATL. **Millenium**, Viseu, n. 42, p. 105-125, 2012.

PEREZ, L. M.; GARCIA, K.; HERRERA, R. Psychological, behavioral and familial factors in obese Cuban children and adolescents. **MEDICC Review** [online], Cuba, v. 15, n. 4, p. 24-28, 2013.

PINHEIRO, N.; JIMÉNEZ, M. Percepção e insatisfação corporal: um estudo em crianças brasileiras. **Psico**, Porto Alegre, v. 41, n. 4, p. 510-516, 2010.

PINHO, C. P. S.; SILVA, J. E. M.; SILVA, A. C. G.; ARAÚJO, N. N. A.; FERNANDES, C. E.; PINTO, F. C. L. Avaliação antropométrica de crianças em creches do município de Bezerros, PE. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 315-321, 2010.

PRAZERES, T.; FONSECA, J. L. Rastreio da obesidade infantil: três anos de jornadas nacionais. **Acta Pediátrica Portuguesa**, Lisboa, v. 41, n. 3, p. 122-126, 2010.

RIBEIRO, S. F. S. **Obesidade infantil**. 2008. 102 f. Tese (Doutorado)-Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal. 2008. Disponível em: <<http://www.fcsaude.ubi.pt/thesis/upload/118/831/teseobesidadeinfanti.pdf>>. Acesso em: 7 ago. 2013.

ROSARIO, T. M.; SCALA, L. C. N. S.; FRANCA, G. V. A.; PEREIRA, M. R. G.; JARDIM, P. C. B. V. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres, MT. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 93, n. 6, p. 672-678, 2009.

ROSSI, A.; MOREIRA, E. A. M.; RAUEN, M. S. Determinantes do comportamento alimentar: uma revisão com enfoque na família. **Revista de Nutrição**, Campinas, SP, v. 21, n. 6, p. 739-748, 2008.

SANTOS, L. R. C.; RABINOVICH, E. P. Situações familiares na obesidade exógena infantil do filho único. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 507-521, 2011.

SCHUCH, I.; CASTRO, T. G.; VASCONCELOS, F. A. G.; DUTRA, C. L. C.; GOLDANI, M. Z. Excess weight in preschoolers: prevalence and associated factors. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 89, n. 2, p. 179-188, 2013.

SETIAN, N. **Obesidade na criança e no adolescente**: buscando caminhos desde o nascimento. São Paulo: Rocca, 2007. p. 1-5.

SIMON, V. G. N.; SOUZA, J. M. P.; SOUZA, S. B. Aleitamento materno, alimentação complementar, sobrepeso e obesidade em pré-escolares. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 60-69, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Diretoria de Promoção de Saúde Cardiovascular. **Cartilha informativa. Campanhas temáticas: criança.** 2013. Disponível em: <http://prevencao.cardiol.br/campanhas/pdf/gibi_colesterol2013.pdf>. Acesso em: 20 set. 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. In: DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010, 6., Rio de Janeiro. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 95, p. 1-51, 2010. Suplemento 1. Disponível em: <http://www.medlearn.com.br/guidelines/vi_diretrizes_brasileiras_hipertensao_sbc.pdf>. Acesso em: 16 out. 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. **26 de abril: Dia Nacional de Combate e Prevenção à Hipertensão**, 2013. Disponível em: <<http://www.sbh.org.br/medica/acampanha.asp>>. Acesso em: 24 fev. 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Obesidade na infância e adolescência: manual de orientação.** Departamento Científico de Nutrologia. 2. ed. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2012.

SOUSA, V. J. de. **Hábito alimentar de pacientes obesos mórbidos.** 2006. 51 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Qualidade em Alimentos)-Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2006. 51f. Disponível em: <http://bdm.bce.unb.br/bitstream/10483/539/1/2006_VeronicaJuliaSousa.pdf>. Acesso em: 20 set. 2014.

TENORIO, A. S.; COBAYASHI, F. Obesidade infantil na percepção dos pais. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 29, n. 4, p. 634-639, 2011.

TIGGEMANN, M.; WILSON-BARRET, E. Children's figure ratings: relationship to self-esteem and negative stereotyping. **International Journal of Eating Disorders**, Hoboken, v. 23, no. 3, p. 83-88, 1998.

TURANO, E. R. Métodos quantitativos e qualitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005.

VICTORA, C. G. Uma ciência replicante: a ausência de uma discussão sobre o método, a ética e o discurso. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 104-112, 2011.

VIEIRA, M. F. A. et al. Estado nutricional de escolares de 1a a 4a séries do Ensino Fundamental das escolas urbanas da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24 n. 7, p. 1667-1674, 2008.

VON KRIES, R.; KOLETZKO, B.; SAUERWALD, T.; VON MUTIUS, E.; BARNERT, D.; GRUNERT, V. Breast-feeding and obesity: cross sectional study. **British Medical Journal**, London, v. 319, p. 147-150, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health.** Childhood overweight and obesity. 2013a. Disponível em: <<http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/en/index.html>>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Health Observatory. **Obesity**: situation and trends. 2008. Disponível em: <http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/obesity_text/en/>. Acesso em: 17 out. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity and overweight**: Fact Sheet n° 311. Updated March, 2013b. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>>. Acesso em: 17 out. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Population-based approaches to Childhood Obesity Prevention**. Geneva, 2012. Disponível em: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/WHO_new_childhoodobesity_PREVENTION_27nov_HR_PRINT_OK.pdf>. Acesso em: 17 out. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Health Statistics**. 2014. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/world-health-statistics-2014/en/>>. Acesso em: 17 out. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Young people's health**: a challenge for society report of a study group on young people and health for all by the year 2000. Geneva, 1986. Version current at September 8, 2003. Technical Report Series, n° 731. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_731.pdf>. Acesso em: 17 out. 2014.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista quantitativa com a criança

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

Iniciais:

Estado civil:

Peso:

Parentesco com a criança:

Idade:

Profissão:

Altura:

Número de pessoas na casa:

- Como é fisicamente o pai da criança (caso seja a mãe a respondente): _____
- Como é fisicamente a mãe da criança (caso seja o pai o respondente): _____
- Como são fisicamente os pais da criança (caso seja outro cuidador): _____

CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA

Posse de itens	Não tem	T E M (Quantidade)			
		1	2	3	4
Televisores em cores	0	1	2	3	4
Videocassete/DVD	0	2	2	2	2
Rádios	0	1	2	3	4
Banheiros	0	4	5	6	7
Automóveis	0	4	7	9	9
Empregadas mensalistas	0	3	4	4	4
Máquinas de lavar	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer(*)	0	2	2	2	2

(*) Independente ou 2ª porta da geladeira

Grau de instrução do chefe de família

Nomenclatura antiga	Pontos	Nomenclatura atual
Analfabeto/Primário incompleto	0	Analfabeto/ até 3ª Série Fundamental
Primário completo	1	4ª. Série Fundamental
Ginásial completo	2	Fundamental completo
Colegial completo	4	Médio completo
Superior completo	8	Superior completo

ROTINA DA CRIANÇA

Em que período a criança estuda?

() matutino () vespertino () integral

Quando está fora da escola, com quem a criança passa a maior parte do tempo? _____

Quais refeições a criança realiza no dia?

- | | |
|---------------------|---------------------|
| () café da manhã | () lanche da tarde |
| () lanche da manhã | () jantar |
| () almoço | () lanche da noite |

IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA

Iniciais da criança:

Data da entrevista:

Idade:

Sexo: () Masculino () Feminino

Região: () 1 () 2 () 3 () 4 () 5

Tempo de duração:

Cor/Raça: () Preta () Branca () Parda () Amarela () Indígena

Série:

UBS de referência:

ALIMENTAÇÃO

As próximas perguntas referem-se a sua alimentação. Leve em conta tudo o que você comeu em casa, na escola, na rua, em lanchonetes, em restaurantes ou em qualquer outro lugar.

01. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos você comeu:

ALIMENTO	FREQUÊNCIA NOS ÚLTIMOS 7 DIAS				
	1) NÃO COMI	2) 1-2 vezes	3) 3-4 vezes	4) 5-6 vezes	5) TODOS OS DIAS
1.a) Feijão					
1.b) Batata frita/ chips					
1.c) Salgados fritos ex. coxinha de frango, kibe, pastel...					
1.d) Hambúrguer, salame, presunto, nuggets, mortadela, linguiça, salsicha					
1.e) Legumes ou verdura ex. couve, abóbora, chuchu, brócolis, espinafre					
1.f) Salada crua ex. alface, tomate, cenoura, pepino					
1.g) Legumes ou verduras cozidas na comida ou sopa ex. couve, abóbora, chuchu, espinafre, brócolis					
1.h) Biscoitos salgados ou bolachas salgadas					
1.i) Biscoitos doces ou bolachas doces					
1.j) Guloseimas ex. balas, chocolate, chiclete, pirulito					
1.k) Frutas frescas ou salada de frutas					
1.l) Leite (excluir leite de soja)					
1.m) Refrigerante					

02. Nos últimos 7 DIAS, na maioria das vezes que você tomou refrigerante foi do tipo:

- 1() Normal
 2() Light / Diet / Zero
 3() Não tomei nos últimos 7 dias

03. ONTEM, quantas vezes você comeu frutas frescas?

- 1() Não comi frutas frescas ontem
 2() Uma vez ontem
 3() 2 vezes ontem
 4() 3 vezes ontem

04. ONTEM, em quais refeições você comeu:

ALIMENTO	EM QUAIS REFEIÇÕES VOCÊ COMEU...			
	1)Não comi	2)No almoço ontem	3)No jantar ontem	4)No almoço e no jantar ontem
4A) SALADA CRUA ex. alface, tomate, cenoura, pepino				
4B) LEGUMES OU VERDURAS COZIDOS excluir batata e mandioca				

05. Você costuma fazer algumas das refeições (almoço ou jantar) com sua mãe ou responsável? E assistindo TV ou estudando?

	Você costuma fazer algumas das refeições (almoço e jantar) ...					
	1)Não	2)Sim, todos os dias	3)Sim, 5 a 6 dias por semana	4)Sim, 3 a 4 dias por semana	5)Sim, 1 a 2 dias por semana	6)Sim, mas raramente
5A) Com sua mãe ou responsável						
5B) Assistindo tv ou estudando						

ATIVIDADE FÍSICA

As próximas questões falam sobre atividade física, que pode ser feita ao praticar esportes, brincas com os amigos ou caminhar até a escola. Alguns exemplos de atividade física são: correr, andar depressa, andar de bicicleta, dançar, jogar futebol, voleibol, basquete, handebol, nadar, andar de skate, entre outros.

06. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você...

	NOS ÚLTIMOS 7 DIAS EM QUANTOS VOCÊ ...					
	1) Nenhum	2) 1 dia	3) 2 dias	4) 3 dias	5) 4 dias	6) 5 a 7 dias
6A) Foi para escola a pé ou de bicicleta						
6B) Voltou da escola a pé ou de bicicleta						
6C) Teve aula de educação física na escola						
6D) Você praticou alguma atividade física fora da escola com um professor instrutor ex. aula de dança, esporte, ginástica, musculação, lutas						
6E) Você praticou alguma atividade física sem o acompanhamento de um professor instrutor						

07. Quando você vai a pé ou de bicicleta para a escola, quanto tempo você gasta? (Não contar ida e volta, apenas o tempo gasto em uma das trajetórias)

- | | |
|------------------------------------|-----------------------------|
| 1() Não vou a pé nem de bicicleta | 5() 30 a 39 minutos/dia |
| 2() Menos de 10 minutos/dia | 6() 40 a 49 minutos/dia |
| 3() 10 a 19 minutos/dia | 7() 50 a 59 minutos/dia |
| 4() 20 a 29 minutos/dia | 8() 60 ou mais minutos/dia |

08. Nos ÚLTIMOS 7 DIAS, quanto tempo por dia você fez atividade física ou esporte durante as aulas de educação física na escola?

- 1() Não fiz aula de educação física
- 2() Menos de 10 minutos/dia
- 3() 10 a 19 minutos/dia
- 4() 20 a 29 minutos/dia
- 5() 30 a 39 minutos/dia
- 6() 40 a 49 minutos/dia
- 7() 50 minutos a 1 hora/dia
- 8() 1 hora e 20 minutos/dia
- 9() Mais de 1 hora e 20 minutos/dia

09. Normalmente, quanto tempo por dia dura as atividades que você faz COM professor ou instrutor? (Não incluir as aulas de educação física)

- | | |
|--|----------------------------------|
| 1() Não faço atividade física com instrutor | 6() 40 a 49 minutos por dia |
| 2() Menos de 10 minutos por dia | 7() 50 a 60 minutos por dia |
| 3() 10 a 19 minutos por dia | 8() 60 a 70 minutos por dia |
| 4() 20 a 29 minutos por dia | 9() 70 a 80 minutos por dia |
| 5() 30 a 39 minutos por dia | 10() Mais de 80 minutos por dia |

10. Normalmente, quanto tempo por dia dura as atividades que você faz SEM professor ou instrutor? (Não incluir as aulas de educação física)

- | | |
|--|-------------------------------------|
| 1() Não faço atividade física com instrutor | 5() 30 a 39 minutos por dia |
| 2() Menos de 10 minutos por dia | 6() 40 a 49 minutos por dia |
| 3() 10 a 19 minutos por dia | 7() 1 hora por dia |
| 4() 20 a 29 minutos por dia | 8() 1 hora e 1 hora e meia por dia |
| | 9() Mais de 1 hora e meia por dia |

11. e você tivesse a oportunidade de fazer atividade física na maioria dos dias da semana, qual seria a sua atitude?

- 1() Não faria mesmo assim
 2() Faria atividade física na maioria dos dias da semana
 3() Já faço atividade física na maioria dos dias da semana

12. Num dia de semana comum, quantas horas por dia você:

ATIVIDADE	QUANTAS HORAS EM MÉDIA POR DIA VOCÊ...				
	1) Nenhuma	2) 1-2hr/dia	3) 3-4hr/dia	4) 5-6hr/dia	5) > 6hr/dia
12a) Assiste Tv					
12b) Joga videogame					
12c) Fica no computador					

IMAGEM CORPORAL

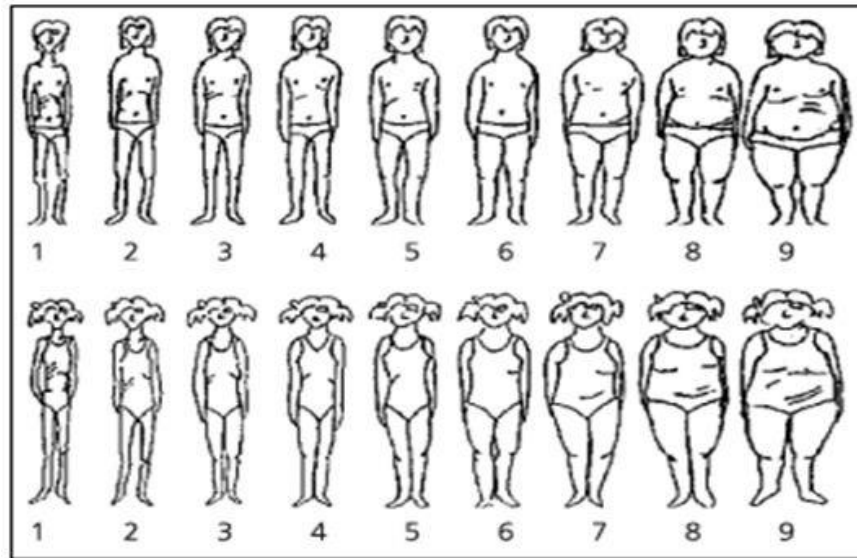
Neste bloco você irá responder a questões referentes ao que você acha de sua própria imagem.

13. Nos últimos 30 DIAS, você vomitou ou tomou laxantes para perder peso ou evitar ganhar peso? 1() Sim 2() Não

14. O que você está fazendo em relação ao seu peso?

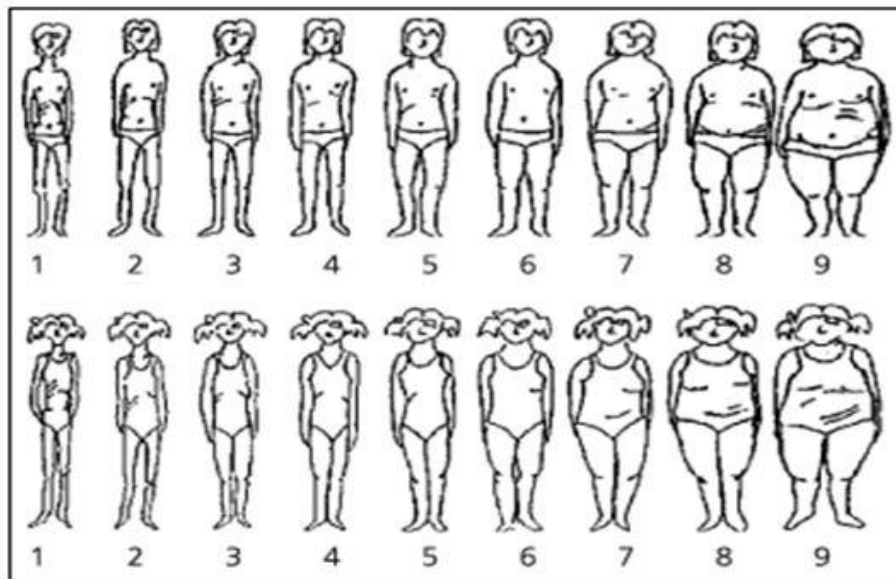
- | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|
| 1() Não estou fazendo nada | 3() Estou tentando ganhar peso |
| 2() Estou tentando perder peso | 4() Estou tentando manter o peso |

15. Quanto ao seu corpo, você se considera:



Fonte: Tiggemann e Wilson-Barret (1998)

16. Quanto ao seu corpo, como você gostaria de ser?

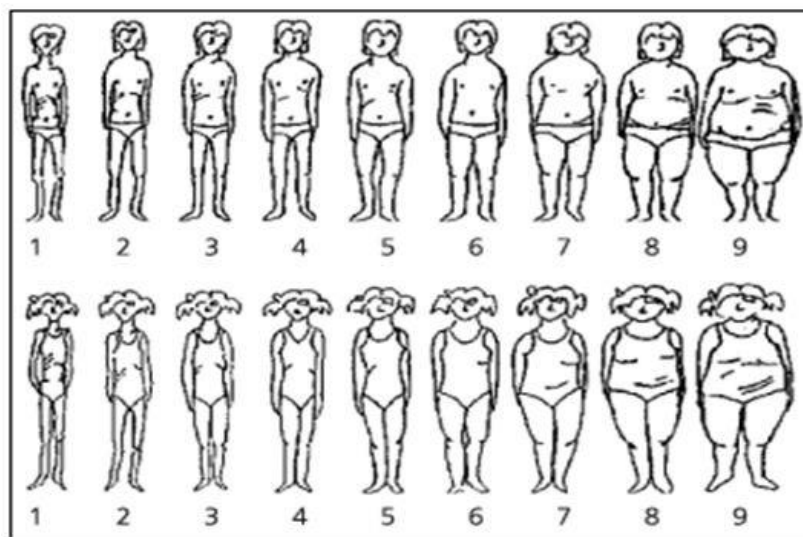


Fonte: Tiggemann e Wilson-Barret (1998)

APÊNDICE B – Roteiro para entrevista com o cuidador principal da criança

AVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE DA CRIANÇA

1. Como avaliaria o atual estado de saúde do (a) (nome da criança)? Por quê?
2. Qual dessas figuras você considera que melhor representa o seu filho (*assinalar x*)? Com qual dessas figuras vocês gostaria que ele se assemelhasse (*circular*)? Porque?



Fonte: Tiggemann e Wilson-Barret (1998)

HÁBITOS DA CRIANÇA E DA FAMÍLIA

3. Como é a alimentação da família? Descreva.

CONHECIMENTO SOBRE O TEMA

4. O que você conhece sobre a obesidade na infância?
5. O que a família poderia fazer para contribuir para a perda e para o ganho de peso do(a) (nome da criança)? Dessas atitudes, o que a família realmente faz? Por quê?

Questões de apoio

- O que você pensa sobre o peso do seu filho? Por quê?
- Quem faz as compras no mercado? Quem prepara os alimentos? O que se compra?
- A família realiza as refeições juntas? A criança senta-se a mesa para comer? Por quê?
- O que a criança costuma almoçar? E jantar?
- Alguém da casa pratica algum exercício físico? Quem? O quê?
- A que fatores você atribui o aumento de peso do seu filho(a)?
- Que idade seu filho tinha quando começou a apresentar aumento de peso?
- Você acha que obesidade é uma doença? Por quê?
- Que ações você acha que o serviço de saúde e a escola poderiam oferecer para reverter um quadro de obesidade na infância?
- Você já procurou ajuda para acompanhar o ganho de peso do seu filho? Onde você foi? Quem te atendeu? Como foi o atendimento?

APÊNDICE C – Roteiro para entrevista com a criança

1. Como você se sente em relação ao seu corpo?
2. Você tem algum apelido na escola? E na família? Você gosta desse apelido? Por quê?
3. Você se relaciona bem com os colegas da escola? E com as pessoas da família? Por quê?
4. Você já ouviu falar em obesidade infantil? Conte para mim o que você sabe sobre isso.

Questões de apoio

- ✓ Você gosta de ir à escola? Por quê?
- ✓ Você tem muitos amigos na escola? E fora da escola? Por quê?
- ✓ O que você mais gosta de comer? E o que você não gosta? Por quê?
- ✓ Alguém já conversou com você sobre obesidade infantil? Quem? O que te falaram?
- ✓ Na sua opinião, o que tem feito você engordar?
- ✓ Você quer emagrecer? Por quê?
- ✓ O que você acha que pode fazer para emagrecer?
- ✓ Você tem alguma dúvida sobre este assunto? O que gostaria de perguntar?

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Gostaríamos de solicitar sua autorização para a participação de seu filho(a) na pesquisa intitulada “*A obesidade entre escolares: vivência das crianças e suas famílias*”, que faz parte do projeto de mestrado da enfermeira Fernanda Borges e é orientada pela professora Dra. Sonia Silva Marcon da Universidade Estadual de Maringá-UEM. Temos como objetivo conhecer os hábitos de vida, saúde e alimentação de crianças na faixa etária de 6 a 10 anos, da cidade de Maringá. Para isto a sua participação e de seu filho(a) é muito importante, e para tanto precisamos de sua autorização para que você e ele possam responder a uma entrevista. As entrevistas serão realizadas no mesmo dia e local previamente agendados, e serão feitas perguntas relacionadas aos hábitos alimentares da criança e da família. Pedimos também sua autorização para a gravação das respostas, e a mesma será destruída após a conclusão da pesquisa. Informamos que você e a criança poderão sentir algum desconforto durante a entrevista, uma vez que serão realizadas perguntas relacionadas aos hábitos diários. Entretanto, para contornar eventuais problemas, a entrevista será realizada em um local reservado e individualmente.

Gostaríamos de esclarecer que a sua participação e do seu filho(a) é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a autorizar tal participação, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa ou à de seu filho(a). Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa, e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a identidade, sua e a de seu (sua) filho(a). Não estão previstos benefícios diretos a sua pessoa ou ao seu filho (a), porém acreditamos que as informações prestadas contribuirão para conhecermos os hábitos de vida saudável de escolares e a sua correlação com a obesidade infantil, podendo subsidiar futuras ações para o desenvolvimento de ações nesta área.

Caso você tenha mais dúvidas ou necessite maiores esclarecimentos, pode nos contatar nos endereços a seguir ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UEM, cujo endereço consta neste documento.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Além da assinatura nos campos específicos pelo pesquisador e por você, solicitamos que sejam rubricadas todas as folhas deste documento. Isto deve ser feito por ambos (pelo pesquisador e por você, como sujeito ou responsável pelo sujeito de pesquisa) de tal forma a garantir o acesso ao documento completo.

Eu,.....(nome por extenso do responsável pelo menor) declaro que fui devidamente esclarecido e concordo em participar VOLUNTARIAMENTE e autorizo a participação do meu filho(a) na pesquisa coordenada pela Profa. Dra. Sonia Silva Marcon.

_____ Data: / /
Assinatura do responsável

Campo para assentimento do sujeito menor de pesquisa:

Eu,.....(nome por extenso do sujeito de pesquisa/menor de idade) declaro que recebi todas as explicações sobre esta pesquisa e concordo em participar da mesma, desde que meu pai/mãe (responsável) concorde com esta participação.

_____ Data: / /
Assinatura do menor de idade

Eu,, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa supra-nominado.

_____ Data: / /
Assinatura do pesquisador

Qualquer dúvida com relação à pesquisa poderá ser esclarecida com um dos pesquisadores, conforme o endereço abaixo:

Nome: Sonia Silva Marcon

Endereço: Av. Colombo, 5790. Campus Sede da UEM. Bloco 02.

Telefone: 44 3011-5286

44 3011-4494

E-mail: soniasilva.marcon@gmail.com

Nome: Fernanda Borges

Endereço: Av. Colombo, 5790. Campus Sede da UEM. Bloco 02.

Telefone: 44 8838-0021

E-mail: fer.nandaborges@hotmail.com

Qualquer dúvida com relação aos aspectos éticos da pesquisa poderá ser esclarecida com o **Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (COPEP-UEM)**, nos contatos abaixo:

Endereço: Av. Colombo, 5790. Campus Sede da UEM. Bloco 105 - PPG.

CEP: 87020-900. Maringá-Pr.

Telefones: 44 3011-4444 (manhã) ou

44 3011-4597 (tarde)

E-mail: copep@uem.br

ANEXOS

ANEXO A – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde



Ofício nº2133/2013

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CECAPS
Centro de Formação e Capacitação
Permanente dos Trabalhadores da Saúde

Maringá, 21 de novembro de 2013.

Prezado Senhor

Informamos que foi **autorizada**; pela Comissão Permanente de Avaliação de Projetos – Portaria nº 004/2013, o projeto de Pesquisa **“Aspectos desencadeadores da obesidade entre escolares”**”, a ser realizada no CIS e todas as UBS desta Secretaria de Saúde.

Orientamos ainda que, após parecer do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP, o pesquisador deverá retornar ao CECAPS para obter a autorização para sua entrada no Setor.

Sem mais para o momento, subscrevemo-nos,

Atenciosamente



Lourdes Thome
Coordenadora CECAPS

Ilmo. Sr
Prof. Ms. Ricardo Cesar Gardiolo
DD. Presidente do COPEP
Universidade Estadual de Maringá
Maringá – Pr.

ANEXO B – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A OBESIDADE ENTRE ESCOLARES: VIVÊNCIA DAS CRIANÇAS E SUAS FAMÍLIAS

Pesquisador: Sonia Silva Marcon

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 25368613.2.0000.0104

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Maringá

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 500.380

Data da Relatoria: 09/12/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma estudo descritivo de natureza quantiquantitativo, sobre a obesidade entre escolares assistidos pelas equipes de estratégia de saúde da família de Maringá-PR.

Objetivo da Pesquisa:

Apreender a compreensão da família e da criança acerca da obesidade infantil.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Avalia-se que os possíveis riscos a que estarão submetidos os sujeitos da pesquisa serão suportados pelos benefícios apontados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Serão obtidos dados das 28 Unidades Básicas de Saúde (UBS) da cidade referentes às avaliações pondero-estatural realizadas nas escolas municipais localizadas nas respectivas áreas de abrangência em cumprimento às atividades previstas anualmente da Estratégia Saúde da Família (ESF) que são registradas no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). Após a análise dos dados obtidos pelo SISVAN, serão sorteadas dez crianças classificadas como obesas de cada região para serem incluídas no estudo. O convite será feito para a família através de contato telefônico. O número de crianças participantes do estudo deverá ser próximo de 50 crianças além dos seus respectivos pais/responsáveis. Apresenta financiamento próprio no valor de R\$ 238,00. O cronograma prevê o início da coleta de dados em 17/02/14.

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG

Bairro: Jardim Universitário

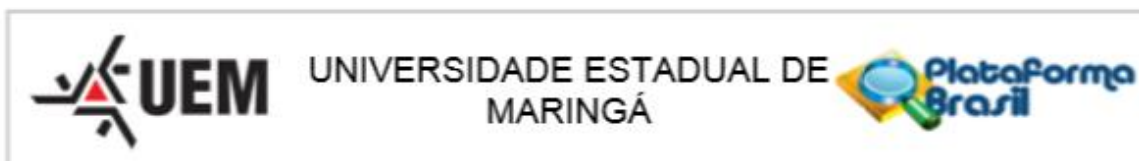
CEP: 87.020-900

UF: PR **Município:** MARINGÁ

Telefone: (44)3011-4444

Fax: (44)3011-4518

E-mail: cocep@uem.br



Continuação do Parecer: 500.380

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta folha de rosto devidamente preenchida e assinada. Apresenta autorização da Secretaria Municipal de Saúde - CECAPS para a realização da pesquisa. O TCLE está redigido de forma clara, evidenciando o anonimato e destruição do material após a pesquisa. Destina-se aos responsáveis e crianças. Os riscos e benefícios são satisfatoriamente contemplados.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá é de parecer favorável à aprovação do protocolo de pesquisa apresentado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Face ao exposto e considerando a normativa ética vigente, este Comitê se manifesta pela aprovação do protocolo de pesquisa em tela.

MARINGÁ, 18 de Dezembro de 2013

**Assinador por:
Ricardo Cesar Gardiolo
(Coordenador)**

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG
 Bairro: Jardim Universitário CEP: 87.020-900
 UF: PR Município: MARINGÁ
 Telefone: (44)3011-4444 Fax: (44)3011-4518 E-mail: cocep@uem.br