

Dinâmica familiar de crianças em tratamento de obesidade

Family dynamics of children in obesity treatment

¹Elisa de Toledo Baldi, ²Maria Rita Rodrigues Vieira

¹Enfermeira, ²Docente do Departamento de Enfermagem Especializada. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP.

Resumo A prevalência da obesidade infantil vem aumentando significativamente devido às mudanças do estilo de vida: sedentarismo e hábitos alimentares inadequados. Objetivos: analisar a dinâmica familiar de crianças obesas e identificar os fatores que interferem na qualidade de vida e nos hábitos alimentares. Métodos: foi realizada pesquisa de campo, com abordagem quanti-qualitativa, do tipo descritiva. Os sujeitos foram 20 responsáveis pelas crianças obesas que fazem acompanhamento no ambulatório de endocrinopediatria vinculado a Funfarme. Resultados: todas possuem em casa TV, 50% possuem vídeo-game e 30% possuem computador. 55% tiveram aleitamento materno exclusivo até 6 meses, 20% tiveram aleitamento materno exclusivo por um tempo menor que 6 meses, 15% tiveram aleitamento materno com complementos do tipo mamadeira e chá, e 10% tiveram aleitamento exclusivamente artificial. Não são todas que realizam as cinco refeições diárias. 75% das crianças consomem verduras e legumes, 65% consomem frutas, 70% consomem uma média quantidade de água, 65% consomem doces e 85% das crianças realizam atividade física. Na caracterização das crianças em um gráfico de peso x idade e IMC x idade em determinada faixa etária, 100% delas estão acima do percentil 97. Conclusão: a dinâmica familiar é um dos fatores que interfere nos hábitos de vida da criança, porém verificou-se que estão empenhadas em seguir a terapêutica para a redução da obesidade.

Palavras-chave obesidade infantil, dinâmica familiar, hábitos alimentares, estilo de vida.

Abstract The prevalence of childhood obesity has increased significantly due to changes in lifestyle: sedentary lifestyle and poor eating habits. The aim of this study was to analyze the family dynamics of obese children and identify the factors that affect the quality of life and eating habits. A field research was carried out with a descriptive quantity-qualitative approach. The sample was composed of 20 adults who are responsible for both the obese children and the follow-up at the Funfarme Endocrine Pediatric Outpatient Clinic. RESULTS: All the children have a TV, 50% have video games, and 30% have a computer at home. Fifty-five percent of the children were exclusively breast fed for six months, 20% were only breast fed for less than 6 months, 15% were breastfed with the traditional nursing bottle and tea, and 10% were breastfed exclusively with baby formulas. Not all of them have the five necessary meals during the day. Seventy-five percent of the children eat vegetables and legumes, 65% eat sweets, and 85% of the children do not practice a physical activity. In the characterization of children on a weight versus age and BMI versus age in a chart in a certain age group, 100% of them were above the 97th percentile. CONCLUSIONS: Family dynamics is one of the factors that interferes with the child's lifestyle; however, it was found that they are engaged on following the therapy for reducing obesity.

Keywords childhood obesity, family dynamics, food habits, life style

Introdução

A obesidade é uma doença multifatorial e de etiologia complexa resultante da interação entre fatores genéticos, ambientais, culturais, econômicos, emocionais e comportamentais ⁽¹⁾. Tem se atribuído como causa básica para explicar o aumento significativo do número de crianças obesas às mudanças em seu estilo de vida (especialmente os avanços tecnológicos: TV,

vídeo-game e computador que proporcionam maior sedentarismo) e hábitos alimentares inadequados (utilização cada vez mais freqüente de alimentos industrializados, hipercalóricos, ricos em lipídeos, carboidratos e colesterol) ⁽¹⁾. Os dados socioeconômicos também influenciam no desenvolvimento da obesidade por meio da educação, renda, ocupação e cultura, fazendo surgir padrões comportamentais

específicos que afetam as práticas alimentares, por exemplo: alimentos saudáveis incluindo peixes, carnes magras, vegetais e frutas frescas estão menos disponíveis para os indivíduos de condições econômicas mais restritas⁽²⁾. No entanto, para famílias de classe socioeconômica mais alta, que têm contato maior com alimentos industrializados (e, portanto, hipercalóricos e ricos em lipídeos, carboidratos e colesterol) a obesidade também se faz presente. Isso explica o fato de a obesidade além de ser uma doença multifatorial, ocorrer em todas as camadas socioeconômicas da população⁽³⁾.

É considerado um grande problema de saúde pública em função de suas possíveis complicações como: hipertensão arterial sistêmica, anormalidades lipídicas, doenças coronarianas e diabetes melito⁽⁴⁾. Se a obesidade infantil persistir durante a adolescência e a idade adulta, e se não for devidamente controlada e tratada, pode levar ao aumento da morbimortalidade para diversas doenças e uma diminuição da expectativa de vida⁽⁴⁾.

O objetivo do presente trabalho é analisar a dinâmica familiar de crianças que fazem acompanhamento e tratamento da obesidade, verificar como é essa dinâmica em relação à criança obesa e identificar os fatores que interferem em sua qualidade de vida e em seus hábitos alimentares.

2. Métodos

Foi realizada uma entrevista com mães ou responsáveis das crianças que fazem acompanhamento e tratamento da obesidade no Ambulatório de Endocrinopediatria de um hospital de ensino vinculado à Fundação Faculdade Regional de Medicina (FUNFARME), do município de São José do Rio Preto. Utilizou-se um questionário para a entrevista com abordagem quantitativa, do tipo descritiva, de caráter transversal e contemporâneo, com questões abertas e fechadas relativas à caracterização da população estudada, aspectos sociais, dinâmica familiar, hábitos alimentares e estilo de vida. No período da coleta de dados: abril a junho de 2008, foram atendidas 31 crianças no ambulatório, das quais somente 20 concordaram em participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Pós Esclarecido. As outras 11 famílias não consentiram a participação.

3. Resultados e Discussão

3.1 Caracterização dos Sujeitos

De acordo com a Tabela 1, notamos que a maioria dos entrevistados (70%) são mães, o que facilitou o andamento da entrevista, pois a maioria das questões relacionadas aos hábitos alimentares da criança, principalmente no que se refere à amamentação, pois a mãe acaba sendo o elo fundamental, e também porque desempenha o papel “protetor”, propiciando à criança condições para o enfrentamento do tratamento.

A maioria dos sujeitos da pesquisa (35%) possui um filho, enquanto apenas um dos entrevistados possui 5 filhos, ou seja, quanto menor o número de filhos, maior atenção pode ser dada à criança, fato que também contribui para o tratamento e sua reabilitação. O número de pessoas que moram na casa foi

abordado na entrevista para fins de conhecimento da dinâmica familiar, em que podemos associar ao número de pessoas sustentadas. Segundo estudos, é uma vantagem para o filho único seus pais concentrarem sua atenção, seus recursos de tempo e, especialmente, de dinheiro num único indivíduo⁽⁵⁾.

Quanto à escolaridade, a maioria (65%) possui o ensino fundamental completo, um aspecto que influencia na informação e no conhecimento da população. Da escolaridade depende a utilização mais ou menos eficiente da renda e dos serviços públicos que estiverem ao alcance, assim como exerce grande influência sobre as oportunidades de emprego e de salários, e dessa maneira condiciona o próprio poder aquisitivo da família, fato também influente, pois as famílias dependem do poder aquisitivo para a disponibilidade dos alimentos, para a qualidade da moradia e o acesso aos serviços essenciais como os de saneamento e os de assistência à saúde⁽⁶⁾.

Em relação à renda, quem contribui, quantos dependem desta renda e o tipo de moradia, verificou-se que a maioria (75%) possui renda de R\$ 600,00 para mais, chegando até R\$ 2.500,00, enquanto que 20% possui renda entre R\$ 390,00 a R\$ 500,00. Só uma família não possui renda, e seu sustento provém de uma família acolhedora do projeto TEIA. A renda familiar sendo um aspecto socioeconômico de suma importância também influencia no tratamento e reabilitação da criança. Através da renda familiar, surgem padrões comportamentais específicos que afetam as práticas alimentares⁽²⁾.

Em relação ao fato de haver em casa alguns dos avanços tecnológicos, como televisão, vídeo-game, computador e acesso à internet todos os entrevistados afirmaram ter televisão: 9 deles possuem uma única televisão, enquanto que 8 deles possuem 2 televisões, e 3 deles possuem 3 televisões. Quanto ao vídeo-game, 50% dos entrevistados possuem-no em suas casas. Já em relação ao computador, somente 6 entrevistados possuem um computador em casa, enquanto 14 não possuem. O acesso a Internet é restrito apenas a 3 dos entrevistados.

Conforme já citado, estudos realizados afirmam que devido às mudanças no estilo de vida das crianças, especialmente os avanços tecnológicos (televisão, computador e vídeo-game), houve um aumento significativo de crianças obesas, que se tornam cada vez mais sedentárias, pois gastam um tempo excessivo frente a esses avanços impedindo-as de exercitar-se para a perda de peso⁽¹⁾.

3.2 Caracterização das crianças com obesidade

Está cada vez mais comprovado que a obesidade infantil vem aparecendo com frequência cada vez mais cedo⁽²⁾. Apesar de a amostra ter sido escolhida aleatoriamente, encontramos pelo menos uma criança de apenas dois anos de idade com obesidade. De acordo com a Tabela 2 notamos que a obesidade infantil também ocorre em ambos os sexos, mas apesar da amostra ter sido escolhida aleatoriamente, tivemos uma prevalência da obesidade nas crianças do sexo masculino, sendo que a maioria das pesquisas demonstram que a prevalência da obesidade infantil e também adulta ocorre no sexo feminino. A Organização Mundial da Saúde sugere que a prevalência da obesidade

infantil no sexo feminino pode ser explicada pelo fato do excesso de energia ser estocado sob a forma de gordura nas meninas, sendo que nos meninos a energia é estocada sob a forma de proteína ⁽⁷⁾.

Alguns estudos relatam que as primeiras experiências nutricionais do indivíduo podem interferir consideravelmente na sua suscetibilidade a determinadas doenças, como obesidade, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares e diabetes tipo 2, fenômeno conhecido como “imprinting metabólico”. Esse fenômeno, através do qual uma experiência nutricional precoce age durante um período crítico e específico do desenvolvimento humano, pode acarretar um efeito duradouro e persistente no indivíduo, interferindo em sua suscetibilidade a determinadas doenças. A amamentação, considerada uma das primeiras experiências nutricionais do recém nascido, é um exemplo desse fenômeno. Quando de forma ineficaz, ela pode alterar diretamente o desenvolvimento da criança, pois o leite materno é um composto rico em hormônios e enzimas que atuam sobre o crescimento, diferenciação e maturação funcional de alguns órgãos. A composição do leite materno, por exemplo, pode provocar uma alteração no número e/ou tamanho dos adipócitos envolvidos na regulação do balanço energético, contribuindo para o aparecimento da obesidade na infância ^(8,9).

O período de aleitamento materno nas crianças obesas foi caracterizado da seguinte maneira:

- Onze crianças tiveram aleitamento materno exclusivo por 6 meses;
- Sete crianças tiveram aleitamento materno com complemento do tipo mamadeira e chá antes dos 6 meses;
- Duas crianças não tiveram o aleitamento materno desde o nascimento, ou seja, utilizou-se aleitamento exclusivamente artificial.

É importante não utilizar mamadeiras, pois quando o bebê experimenta outro bico, ele pode ficar confuso e atrapalhar-se no horário da amamentação, e isso pode levá-lo a abandonar o peito. Além disso, mamadeiras são difíceis de limpar e esterilizar, o que pode contribuir para causar infecções ⁽¹⁰⁾.

Sendo assim, 45% (9) das crianças com excesso de peso apresentaram um padrão de amamentação ineficaz, segundo critérios da OMS que estabelece um período de amamentação exclusiva de seis meses. Com isso, a atuação da enfermagem na prevenção dessa doença metabólica tem grande relevância, pois através da educação em saúde, o enfermeiro é o profissional mais engajado em educar a puérpera acerca da alimentação mais adequada durante o aleitamento e também dos exercícios que facilitam a ejeção do leite ⁽¹¹⁾.

A alimentação atual das crianças é descrita na Tabela 3. Percebe-se que não são todas que realizam as três refeições e dois lanches. A maioria (90%) toma o café da manhã como primeira refeição diária, onze (55%) não têm em seu cardápio a colação, dezesseis (80%) realizam o “café da tarde”, e treze (65%) não ceiam.

O Ministério da Saúde, a fim de promover alimentação saudável para crianças, elaborou um manual com o tema “10 passos para alimentação saudável” ⁽¹²⁾, que serão listados a seguir:

1-) Procure oferecer alimentos de diferentes grupos, distribuindo-os em pelo menos três refeições e dois lanches por dia.

2-) Inclua diariamente alimentos como cereais (arroz, milho), tubérculos (batatas), raízes (mandioca/macaxeira/aipim), pães e massas, distribuindo esses alimentos nas refeições e lanches do seu filho ao longo do dia.

3-) Procure oferecer diariamente legumes e verduras como parte das refeições da criança. As frutas podem ser distribuídas nas refeições, sobremesas e lanches.

4-) Ofereça feijão com arroz todos os dias, ou no mínimo cinco vezes por semana.

5-) Ofereça diariamente leite e derivados, como queijo e iogurte, nos lanches, e carnes, aves, peixes ou ovos na refeição principal de seu filho.

6-) Alimentos gordurosos e frituras devem ser evitados; prefira alimentos assados, grelhados ou cozidos.

7-) Evite oferecer refrigerantes e sucos industrializados, balas, bombons, biscoitos doces e recheados, salgadinhos e outras guloseimas no dia a dia.

8-) Diminua a quantidade de sal na comida.

9-) Estimule a criança a beber bastante água e sucos naturais de frutas durante o dia, de preferência nos intervalos das refeições, para manter a hidratação e a saúde do corpo.

10-) Incentive a criança a ser ativa e evite que ela passe muitas horas assistindo à TV, jogando videogame ou brincando no computador.

Quanto ao exercício físico, este também acaba sendo de suma importância não só para a criança obesa, mas para todos os indivíduos, pois além de contribuir para elevar o gasto calórico e evitar o acúmulo de gordura, ele também ajuda a dar bem-estar. A maioria (85%) realiza atividade física. É necessário estimular a prática de atividade física na criança, para que esta não se torne um indivíduo obeso, com complicações futuras como diabetes, hipertensão arterial e dislipidemias, e também é fundamental estimulá-la a realizar refeições mais saudáveis e bem equilibradas ⁽¹³⁾.

Questionados quanto aos hábitos alimentares da família, a maioria (60%) dos familiares segue a alimentação da criança, o que acaba sendo importante para incentivar os pais às práticas alimentares saudáveis, já que estas práticas refletem-se na criança e podem contribuir para a prevenção da obesidade, e consequentemente para a redução da incidência de morbimortalidade na idade adulta. O desenvolvimento dos hábitos alimentares, sendo um processo complexo, pode ser influenciado pelo contexto em que o alimento é ingerido, o que diretamente influencia no desenvolvimento das preferências alimentares. Os pais, influência direta no desenvolvimento do hábito alimentar de seu filho, podem interferir na disponibilidade dos alimentos em casa, devido às suas próprias preferências alimentares e sua atitude frente à alimentação ⁽¹⁴⁾.

Foi observado que os familiares se preocupam com as crianças obesas e realizam certos tipos de cuidados para a redução do peso da criança, como: 55% diminuiu a ingestão e o consumo de refrigerantes, 10% cortou batata frita, 75% restringem óleo e frituras, 40% evitam açúcar e doces, 25% incentivam o consumo

de verduras e legumes, 10% estimulam atividade física. Isso acaba sendo de extrema importância, pois são alimentos altamente calóricos. Incentivo ao consumo de frutas, verduras e legumes também é um cuidado essencial para ajudar a criança na diminuição do peso, além de incentivá-la a prática de exercício físico porque como já citado, uma alimentação saudável aliada à prática de exercícios físicos é o tratamento ideal para a redução de peso.

As crianças do estudo foram caracterizadas de acordo com seus pesos e IMC em determinada faixa etária, e 100% delas estão acima do percentil 97, o que indica peso elevado para a idade ⁽¹⁵⁾.

4. Conclusões

A análise dos resultados obtidos nesta pesquisa, segundo os objetivos propostos, permitiu concluir que a dinâmica familiar é um dos fatores que interfere nos hábitos de vida da criança, assim como influencia no tratamento e reabilitação desta.

As famílias do estudo permitem que esta dinâmica proporcione meios para que a terapêutica seja seguida corretamente, através de mudanças de alguns hábitos alimentares e o incentivo à prática de atividade física.

5. Referências Bibliográficas

- 1-) Kiess W, Reich A, Muller G, Meyer K, Galler A, Bennek J, Kratzsch J. Clinical aspects of obesity in childhood and adolescence – diagnosis, treatment and prevention. *International journal of obesity* 2001;25 (Suppl): 575-9.
- 2-) Ebbeling CB, Pawlak DB, Ludwig DS. Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure. *Lancet*. 2002; 360(9331):473-82.
- 3-) Wang Y, Monteiro C, Popkin BM. Trends of obesity and underweight in older children and adolescents in the United States, Brazil, China, and Russia. *Am J Clin Nutr*. 2002;75(6):971-7.
- 4-) Iaddei JAAC. Desvios nutricionais em menores de 5 anos evidências dos inquéritos antropométricos nacionais [tese]. São Paulo: Unifesp – EPM; 2000.
- 5-) Freitas APCO, Piccinini CA. Práticas educativas parentais em relação ao filho único e ao primogênito. *Estud. Psicol*. 2010; 27(4).
- 6-) **Monteiro CA, Freitas ICM**. Evolução de condicionantes socioeconômicas da saúde na infância na cidade de São Paulo. *Rev Saúde Pública* 2000;34(6 Supl):8-12.
- 7-) WHO. Report of a WHO Consultation on Obesity. Defining the problem of overweight and obesity. In: *Obesity, preventing and managing the global epidemic*. Geneva; 2000.
- 8-) Balaban G, Silva GAP. Efeito protetor do aleitamento materno contra a obesidade infantil. *J Pediatr* 2004; 80 (1): 7-16.
- 9-) Balaban G, Silva GAP, Dias MLCM, Dias MCM, Fortaleza GTM, Morotó FMM, Rocha ECV. O aleitamento materno previne o sobrepeso na infância? *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2004; 4 (3): 263-8.
- 10-) Ministério da Saúde. Manejo e promoção do aleitamento materno. Brasília, 2003.

11-) Wong DL. Problemas de saúde do lactente. In: Whaley LF, Wong DL. *Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva*. Guanabara Koogan; 2006.

12-) Coordenação Geral de Política de Alimentação e Nutrição. *Alimentação Saudável para Crianças: Siga os Dez Passos*. Disponível em:

nutricao.saude.gov.br (Acesso em 16/04/2012).

13-) Villares SMF, Ribeiro MM, Silva AG. Obesidade infantil e exercício. *Revista da ABESO*; 2003 ed 13. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/pagina/186/obesidade-infantil-e-exercicio.shtml> (Acesso em: 16/04/2012)

14-) Lopez FA, Dias AL. *Nutrição e dietética em clínica pediátrica*. Atheneu; 2004.

15-) OMS. *Curvas de crescimento da Organização Mundial da Saúde-2006*.

Disponível em: nutricao.saude.gov.br/sisvan.php (Acesso em: 16/04/2012).

Correspondência:

Elisa de Toledo Baldi

Rua Lamartine Emilio Barbosa, 165 apto 42

13960-000 – Centro – Socorro, SP

Tel: (19)3895-5686/(19) 8103-2945

e-mail: li_baldi@yahoo.com.br

Tabela 1: Caracterização dos sujeitos em relação ao parentesco, estado civil e número de pessoas que moram na casa. São José do Rio Preto, 2008.

Variáveis		Nº	%
Parentesco com a criança	Mãe	14	70%
	Avó	4	20%
	Tia	1	5%
	Pai	1	5%
Estado civil	casado (a)	13	65%
	solteiro (a)	2	10%
	amasiado (a)	2	10%
	viúvo (a)	1	5%
	separado (a)	1	5%
	divorciado (a)	1	5%
	2 pessoas	2	10%
	3 pessoas	7	35%
Nº pessoas que moram na casa	4 pessoas	6	30%
	5 pessoas	3	15%
	7 pessoas	2	10%
	Total	20	100%

Tabela 3: Caracterização das crianças com obesidade em relação à alimentação diária atual. São José do Rio Preto, 2008.

Variáveis		Sujeitos	
		Nº	%
Café da manhã	Faz esta refeição	18	90%
	Não faz esta refeição	2	10%
Colação	Não faz esta refeição	11	55%
	Faz esta refeição	9	45%
Almoço	Faz esta refeição	20	100%
Café da tarde	Faz esta refeição	16	80%
	Não faz esta refeição	4	20%
Jantar	Faz esta refeição	20	100%
Ceia	Não faz esta refeição	13	65%
	Faz esta refeição	7	35%
Total		20	100%

Tabela 2: Caracterização das crianças com obesidade em relação à idade, sexo e escolaridade. São José do Rio Preto, 2008.

Variáveis		Nº	%
Idade	2 – 5 anos	2	10%
	6 – 9 anos	11	55%
	10 -11 anos	7	35%
Sexo	Feminino	9	45%
	Masculino	11	55%
Escolaridade	1ª - 4ª Série	12	60%
	5ª - 6ª Série	5	25%
	Apae	2	10%
	Não estuda	1	5%
Total		20	100%