

OBESIDADE INFANTIL NA PERCEPÇÃO DE CRIANÇAS, FAMILIARES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE E DE EDUCAÇÃO

Maria Aparecida Baggio¹ 
Karine Ribeiro Alves² 
Raiana Friedrich Cavalheiro² 
Laurinda de Matias² 
Aline Renata Hirano¹ 
Gicelle Galvan Machineski³ 
Sebastião Caldeira¹ 

¹Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira. Cascavel, Paraná, Brasil.

²Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Cascavel, Paraná, Brasil.

³Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Programa de Pós-Graduação em Biociências. Cascavel, Paraná, Brasil.

RESUMO

Objetivo: compreender a perspectiva de crianças, familiares e profissionais da saúde e da educação acerca da obesidade infantil.

Método: pesquisa qualitativa com participação de 13 crianças, 12 familiares, sete profissionais da saúde da atenção básica e sete profissionais da educação, todos vinculados ao Programa Saúde na Escola. A coleta de dados foi por entrevista semiestruturada, utilização de recursos lúdicos e aplicação de escala de silhuetas com crianças, no período de abril de 2017 a março de 2018. A análise foi fundamentada nos pressupostos da análise temática de conteúdo.

Resultados: foram identificadas três categorias: multifatorialidade da obesidade na infância; Imagem corporal pela criança, por familiares e o *bullying* na escola; Perspectivas e ações associadas à obesidade infantil. Para os participantes do estudo a obesidade infantil é condicionada por alimentação excessiva, com baixo valor nutricional, além da prática insuficiente de atividade física. Entendem, ainda, que as ações para combater a obesidade se mostraram incipientes ou insuficientes. Para as crianças a obesidade implica na insatisfação com a imagem corporal e no *bullying* escolar.

Conclusão: conforme a perspectiva dos participantes, aponta-se para a necessidade de ações integradas entre profissionais da saúde e da educação, que incluam crianças e familiares, para prevenção e combate da obesidade infantil; além de ações governamentais para o fortalecimento das políticas públicas que consideram a promoção da saúde e prevenção de agravos à população infantil.

DESCRITORES: Saúde da criança. Família. Obesidade pediátrica. Serviços de saúde escolar. Educação.

COMO CITAR: Baggio MA, Alves KR, Cavalheiro RF, Matias L, Hirano AR, Machineski GG, Caldeira S. Obesidade infantil na percepção de crianças, familiares e profissionais de saúde e de educação. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2021 [acesso ANO MÊS DIA]; 30: e20190331. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0331>

CHILDHOOD OBESITY IN THE PERCEPTION OF CHILDREN, FAMILIES AND HEALTH AND EDUCATION PROFESSIONALS

ABSTRACT

Objective: to understand the perspective of children, families and health and education professionals about childhood obesity.

Method: a qualitative research study with the participation of 13 children, 12 family members, seven health professionals in primary care and seven education professionals, all linked to the Health at School Program. Data was collected through semi-structured interviews, using recreational resources and applying a scale of silhouettes with children, during the period from April 2017 to March 2018. The analysis was based on the assumptions of thematic content analysis.

Results: three categories were identified: Multifactoriality of childhood obesity; Body image by the child, by family members and bullying at school; Perspectives and actions associated with childhood obesity. For the study participants, childhood obesity is conditioned by overeating, with a low nutritional value, in addition to insufficient physical activity. They also understand that the actions to combat obesity proved to be incipient or insufficient. For children, obesity implies dissatisfaction with body image and bullying at school.

Conclusion: according to the perspective of the participants, there is a need for integrated actions between health and education professionals, including children and family members, to prevent and combat childhood obesity; in addition to governmental actions to strengthen public policies that consider health promotion and prevention of harms to the child population.

DESCRIPTORS: Children's health. Family. Pediatric obesity. School health services. Education.

LA OBESIDAD INFANTIL DESDE LA ÓPTICA DE LOS NIÑOS, FAMILIARES Y PROFESIONALES DE LA SALUD Y LA EDUCACIÓN

RESUMEN

Objetivo: comprender la perspectiva de los niños, familiares y profesionales de la salud y la educación sobre la obesidad infantil.

Método: investigación cualitativa con la participación de 13 niños, 12 familiares, siete profesionales de la salud de atención primaria y siete profesionales de la educación, todos vinculados al *Programa Salud en la Escuela*. La recolección de datos se realizó mediante entrevistas semiestructuradas, mediante la utilización de recursos lúdicos y la aplicación de una escala de siluetas con niños, de abril de 2017 a marzo de 2018. El análisis se basó en los supuestos del análisis de contenido temático.

Resultados: se identificaron tres categorías: Multifactorialidad de la obesidad infantil; Imagen corporal desde la óptica del niño, los familiares y el *bullying* infantil; Perspectivas y acciones asociadas a la obesidad infantil. Para los participantes del estudio, la obesidad infantil está condicionada por la sobrealimentación, con bajo valor nutricional, además de una actividad física insuficiente. También entienden que las acciones para combatir la obesidad resultaron ser incipientes o insuficientes. Para los niños, la obesidad implica insatisfacción con la imagen corporal y *bullying* escolar.

Conclusión: desde la perspectiva de los participantes, existe la necesidad de implementar acciones integradas entre los profesionales de la salud y la educación, los niños y los familiares, para prevenir y combatir la obesidad infantil; además de acciones gubernamentales para fortalecer políticas públicas que consideren la promoción de la salud y la prevención de lesiones en la población infantil.

DESCRIPTORES: Salud infantil. Familia. Obesidad pediátrica. Servicios de salud escolar. Educación.

INTRODUÇÃO

A obesidade infantil é considerada um problema concernente à saúde pública, e está associada ao aparecimento de agravantes à saúde tais como doenças cardiovasculares, hipertensão, dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2, problemas renais, esteatose hepática, câncer, sofrimento mental, problemas osteoarticulares, dentre outras complicações, além de ter o potencial de negar muitos dos benefícios à saúde que contribuem para o aumento da expectativa de vida.¹⁻³

Sobrepeso e obesidade já afetavam 41 milhões de crianças com menos de cinco anos de idade em 2014, no cenário mundial. No entanto, nessas condições, mais crianças vivem em países de baixa e média renda do que em países com renda elevada. Muitos países enfrentam o ônus da desnutrição e taxas crescentes referentes à obesidade infantil. Assim, à medida que os países passam por rápidas transições socioeconômicas e/ou nutricionais também enfrentam uma carga dupla na qual coexistem nutrição inadequada e ganho de peso excessivo.³

No Brasil, essa realidade é visível no público infantil, com consequências presentes tanto durante essa fase quanto na vida adulta, uma vez que uma criança com excesso de peso apresenta maiores chances de tornar-se um adulto obeso.³ Ainda, a qualidade de vida de uma criança obesa é inferior quando comparada à qualidade de vida das crianças eutróficas, principalmente quando avaliada em relação às questões de cunho social,⁴ já que pode também afetar também o nível educacional.

Além disso, a obesidade e os agravantes relacionados influenciam a economia e oneram os sistemas de saúde de um país e podem aumentar. Isso se deve à necessidade de investimento de recursos econômicos para prevenir e combater a obesidade.⁵ Ações preventivas são mais eficazes para a economia dos sistemas de saúde, pela atenção primária, em detrimento da cura nos níveis secundário e terciário. No entanto, os diversos problemas de saúde, desenvolvidos ainda na infância, podem perdurar na fase adulta, e dispendem de maiores gastos para a população.⁵

Vale ressaltar que algumas abordagens governamentais são requeridas para a prevenção e o tratamento da obesidade. No Brasil, o Programa Saúde na Escola (PSE) faz parte das políticas públicas e visa à prevenção, promoção e atenção à saúde no ambiente escolar, a partir de ações intersetoriais, tais como a promoção de uma alimentação saudável e avaliação nutricional.⁶

No município de Cascavel, Estado do Paraná (PR), Brasil, a referida pesquisa com profissionais de enfermagem atuantes no PSE revela a preocupação destes profissionais com a ocorrência de obesidade em crianças e adolescentes.⁷ Na esteira de aprender mais sobre o fenômeno da obesidade infantil neste contexto, objetivou-se compreender a perspectiva de crianças, familiares e profissionais da saúde e da educação acerca da obesidade infantil.

MÉTODO

Pesquisa qualitativa, exploratória, descritiva. Foram critérios de inclusão para crianças: ter idade de seis a 12 anos incompletos, classificados com obesidade infantil pela avaliação nutricional do PSE, conforme Índice de Massa Corporal (IMC) e estarem matriculados em duas escolas públicas da área de abrangência de quatro unidades de saúde da atenção primária, do município de Cascavel, PR, pactuadas com o PSE e escolhidas para o estudo, no período da coleta de dados. Para familiares: ser pai ou mãe ou outro cuidador principal de criança participante do estudo. Para profissionais da saúde: atuar e desenvolver ações do PSE, nas quatro unidades de atenção primária à saúde do estudo e/ou junto às escolas pactuadas ao PSE, do município de Cascavel, PR. Para profissionais da educação: ser educador de crianças da faixa etária supracitada; ser gestor de escola ou outro profissional atuante direta ou indiretamente no preparo da alimentação das escolas participantes do estudo. Foram excluídas do estudo crianças que apresentavam alguma condição física ou mental que impossibilitasse a participação nas entrevistas, familiares identificados como cuidadores eventuais dessas, e profissionais da saúde e educação que estivessem em férias ou afastados por licença especial ou médica.

A coleta de dados ocorreu no período abril de 2017 a março de 2018, por entrevista semiestruturada, com duração de aproximadamente 30 minutos cada. Foram identificadas as crianças obesas para participar do estudo e respectivos familiares, a partir da avaliação clínica e nutricional do PSE, realizada por profissionais da saúde da atenção primária. A explicação inicial sobre o estudo, o convite para participação e o agendamento das entrevistas ocorreram por telefone, mediante dados de cadastro de cada criança em estudo no PSE.

O contato com os profissionais da saúde e da educação foi nos respectivos locais de trabalho desses, logo, na unidade de saúde e na escola. Crianças e familiares foram entrevistados em domicílio; profissionais da saúde, na unidade de saúde; profissionais da educação, na escola. As entrevistas foram realizadas por três alunas bolsistas de Iniciação Científica, na modalidade PIBIC. Uma aluna entrevistou crianças, outra acadêmica entrevistou familiares e outra entrevistou profissionais.

A presente pesquisa analisou 39 participantes: 13 crianças, 12 familiares, sete profissionais da saúde (enfermeiros, médicos, agente comunitário de saúde e assistente social), sete profissionais da educação (professores, diretor, supervisor, merendeiras). O Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) foi aplicado para as crianças com anuência dos familiares. Para familiares e profissionais, obteve-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após explicação sobre a pesquisa e o consentimento do participante.

As perguntas preparadas para todos os participantes tinham como focos principais o entendimento e a perspectiva sobre a obesidade na infância bem como os hábitos de vida das crianças e dos familiares, particularmente quanto à alimentação e à atividade física, ao acesso, ao preparo e aos tipos de alimentos consumidos pelas crianças; horários e locais das refeições, ações realizadas e expectativas futuras para combater a obesidade, entre outras questões para atingir o objetivo do estudo. Buscou-se também saber, junto às crianças, sobre a satisfação quanto à imagem corporal e como se sentem em relação a isso.

Alguns recursos lúdicos (desenho, pintura, recorte e colagem) foram utilizados com as crianças para facilitar a resposta das questões semiestruturadas. Para identificação da satisfação da criança quanto à imagem corporal, utilizou-se a Escala de Silhuetas, adaptada e validada para crianças e adultos.⁸ Esta escala contém nove figuras do sexo masculino e nove do sexo feminino, respectivamente, na ordem da menor para a maior silhueta. As crianças foram instruídas a escolher a figura que mais se assemelhava à perspectiva que elas tinham do seu próprio corpo e a que representava o corpo ideal. Caso identificassem a mesma silhueta, significava que estavam satisfeitas com sua imagem corporal. Mas do contrário, significava insatisfação com a imagem corporal atual.

Os participantes foram identificados com letras que representam sua profissão, seguidas de números ordinais referentes à ordem da entrevista. Letra C refere-se à criança, M mãe, O outro responsável; PSE profissional da saúde enfermeiro, PSM profissional da saúde médico, PSACS profissional da saúde agente comunitário de saúde e PEP profissional da educação professor, entre outros, seguidas de numeração ordinal referente à ordem da entrevista. Ex.: C1, M1...PSE1.

A análise foi realizada pela técnica de análise temática.⁹ Na pré-análise, foi realizada uma leitura flutuante e compreensiva do conjunto das entrevistas. Na sequência, ocorreu uma leitura extenuante a fim de organizar as unidades temáticas. Na exploração do material, os conteúdos das unidades temáticas foram agregados e classificados para definir as categorias temáticas de análise, considerando as ideias principais e comuns. Na etapa de tratamento dos resultados obtidos e interpretação, foi possível colocar em relevo as informações obtidas, observar a concordância e solidez das categorias temáticas. Seguindo-se cada uma das etapas de análise, conforme orienta o método analítico,⁹ respeitou-se o rigor metodológico. A repetição de informações das entrevistas, pelo fenômeno de saturação teórica, permitiu encerrar a coleta de dados.

RESULTADOS

Foram identificadas três categorias: Multifatorialidade da obesidade na infância; Imagem corporal pela criança, por familiares e o *bullying* na escola e; Perspectivas e ações associadas à obesidade infantil.

Multifatorialidade da obesidade na infância

A obesidade infantil estava atrelada a múltiplas condições, principalmente aos hábitos de vida das crianças e familiares, *a priori* aos alimentares. A alimentação apresentava baixo valor nutricional. O café da manhã era comumente ignorado. As crianças raramente faziam ceia, com hábitos de maior ingestão de carboidratos e gorduras em detrimento de vegetais e frutas nas demais refeições, conforme o depoimento de mães e crianças: [...] *Ele só come arroz e carne. Quando ele volta da escola, às vezes eu compro um salgado para ele [...] risoles, bolinha de queijo* (M3).

Eu não comi nada ontem de manhã. [...] eu almocei arroz, carne e refrigerante. [...] à tarde eu comi o lanche do colégio. Foi bolacha com leite. Quando eu cheguei [da escola] eu fui na casa da minha vó e comi um ovo. Depois, eu fui na lanchonete da minha mãe e comi um lanche [...]. Às vezes eu não janto [...] (C7).

Alguns familiares informaram que viveram uma infância marcada pelo difícil acesso a alimentos, como salgados, bolachas, doces, achocolatado, dentre outros. Por isso, não limitavam a criança a consumi-los: *Na minha época, a gente não tinha coisas que nem agora para comer. Então, eu sentia muita vontade [...]. Agora eu deixo comer se tem vontade* (M2).

As crianças tinham autonomia para escolher o local das refeições, as quais, com frequência, são realizadas na sala ou no quarto bem como liberadas para fazerem uso de eletrônicos como televisão, computador e celulares. Ademais, notou-se que os hábitos e comportamentos dos familiares refletem no que a criança entende como certo e adequado: [...] *a vó come na sala, o vô e a mãe aqui na cozinha e eu lá no quarto* (C8).

A figura materna foi a principal responsável pelo preparo das principais refeições. Mães que trabalhavam, relataram falta de tempo e de disposição para preparar alimentação saudável: [...] *vou trabalhar à noite e não dá tempo de eu fazer janta certinho, uma coisa diferente, uma salada [...]. Acaba comendo pão [...]. A gente não regula a quantidade [...]* (M1).

A escola também oferecia alimentos ricos em gorduras e carboidratos. Diante disso, os profissionais da saúde salientaram ser necessário atentar para a qualidade da alimentação escolar: [...] *alimentação... [na escola] eles têm salsicha, eles têm hambúrguer, eles têm pizza. [...] não oferece fruta. Então, quem dirá em casa [...]* (PSE3). Mas os profissionais da educação entendiam que a educação alimentar era, principalmente, responsabilidade dos pais: *Eu acho meio complicado em relação à escola fazer alguma coisa [...] é mais da família* (PEP1).

Há interferência da mídia na escolha e no consumo alimentar das famílias e das crianças, o que exige dos familiares maior argumentação sobre alimentos nutritivos e saudáveis. Há também a demanda para lidar com possíveis birras: [...] *não tem propaganda de um arroz que seja atraente para as crianças. Agora, propaganda de um pacote de chips, a criança vê no mercado e quer para comprar* (M5). *Ele gosta bastante de salgado frito [...]. Quando a gente vai no mercado, ele fica doido. Tem que comprar!* (M3).

A obesidade infantil também foi atrelada à insuficiente prática de exercícios/atividades físicas pelas crianças, as quais são praticadas, em sua maioria, na escola, uma vez por semana, como parte do calendário escolar. Portanto, a realização de outros exercícios/atividades não é hábito no contraturno da escola.

As crianças estavam sedentárias e as famílias apontaram dificuldades para inseri-las em atividades esportivas/físicas por falta de tempo e de recursos financeiros, atrelados à violência urbana, cujos pais não permitiam que as crianças brincassem na rua. Contudo, os pais também estavam sedentários e apresentavam sobrepeso ou obesidade: [...] *nós trabalhamos à noite, então de dia tem que descansar. E não dá para deixar brincar na rua, é muito perigoso* (M1); *Ele é muito sedentário, não consigo tirar ele de casa para caminhar na rua. Mas eu também não gosto muito de andar. Não posso dizer que é só culpa dele, porque minha também* (M3); *Ela está encaminhada para nutricionista há dois anos, mas não consegue consulta. [...] não é muito de brincar correndo, nem nada, ela prefere brincar mais de casinha, de escolinha, dentro de casa. Daí não se mexe muito* (O3); [...] *geralmente a criança ou o adolescente que é obeso, na família já tem a mãe ou o pai ali que é obeso* (PSACS).

Imagem corporal pela criança, por familiares e o bullying na escola

A totalidade das crianças participantes registrou uma imagem corporal diferente da que desejariam ter, pela aplicação da Escala de Silhuetas. Alguns familiares discordaram, em depoimento, que a criança (de acordo com sua imagem corporal real) apresentasse condição de obesidade: *Não acho que ela está obesa, só um pouco cheinha* (O1).

As crianças não sentiam desconforto ou incômodo relacionado à obesidade nos processos relacionais estabelecidos no ambiente familiar. No entanto, a maioria delas apresentava esses sentimentos no ambiente escolar por conta de expressões verbais ofensivas pelos colegas, condicionando o sentimento de injustiça, tristeza e baixa autoestima pelas crianças: [...] *ninguém gosta de ser gordo. Inclusive, eu não gosto de ser gorda. [...] ela [mãe] tenta me incentivar falando que eu sou bonita. Eu não me acho bonita* (C1); *Eu queria ser magrinha [...] para ninguém chamar de gorda* (C2); *Porque tem gente que chama a gente lá de gordo, baleia, orca. Isso é injusto [...]. Porque na escola eles [colegas de aula] ficam xingando a gente de gordo* (C3); [...] *não aguento mais ser chamado de gordo. Eu fico triste! Porque eles [colegas de aula] ficam me xingando* (C4).

A criança vítima de *bullying* apresentava tristeza e choro fácil, e o consumo de alimentos se transformou em estratégia para compensar esse sentimento. Na sequência ou concomitante a isso, a criança demonstrava menos desejo de exercitar-se, passou a isolar-se, expressava vontade de trocar ou de ausentar-se da escola e até de não querer sair de casa: [...] *bullying, que as crianças sofrem, a gente vê aqui na escola mesmo [...] esse aluno ele fica muito triste e ele chora, chora muito, ele se sente a pior pessoa do mundo, quando alguém chama ele de gordo [...] ele fica arrasado [...] os pais já chegaram a vir aqui na escola, porque ele chega em casa chorando* (PEP1); *Eu também não quero que ela fique sofrendo, porque ano passado já tive que ir lá conversar com umas crianças que chamavam ela de gordinha e ela vinha chorando para casa* (M9); [...] *depois que atingem um certo peso elas falam: ah já se meus colegas tão assim comigo eu não tenho mais vontade de sair de casa, fazer exercício, então acaba descontando tudo em comida* (PSM1); [...] *eles se sentem muito constrangidos [...] eles ficam nervosos. Tem uns que não querem mais vir na escola, quer trocar de outra escola [...]* (PEP2).

Perspectivas e ações associadas à obesidade infantil

As crianças expressaram desejo de mudança relacionado ao peso e à imagem corporal. Já as famílias sinalizaram dificuldades para adequar o vestuário e para inserir a criança em atividades esportivas, cujo ritmo da criança, quando não respeitado, conduziu à rejeição da atividade. É importante notar que alguns familiares alegaram que a criança não estava em condição de obesidade: *Que eu fique bonita. Quero mudar, para melhor, emagrecer* (C6); *Já tentei pôr ele na escolinha de futebol, ele*

foi dois meses e não quis mais porque não aguentava correr, daí o professor forçava e ele chorava. Ele não quis mais ir de jeito nenhum. Fazer exercício é difícil [...]. Ele é baixinho, é difícil achar roupa porque ele usa tamanho adulto (M3); [...] ele não é obeso, mas ele está gordinho [...] ele está normal, ele dorme bem, ele come [...] (O1).

Algumas famílias apresentaram expectativas de suporte profissional para auxiliá-las quanto ao cuidado com crianças obesas, tais como orientação profissional, acesso a especialistas (nutricionista, psicóloga, entre outros) e maior oferta de atividade física para as crianças na escola: *Gostaria de uma orientação, levá-lo ao nutricionista [...]. Na escola deveria ter mais atividade física e no posto [de saúde] um encaminhamento para profissionais, que não demorasse tanto. Porque se a gente fala, ele não escuta. Ele acha que eu que sou ruim. Se outra pessoa falasse, talvez ele ouvisse (M6); Acho que devia ter psicóloga nas escolas e no posto [de saúde]. Uma palestra, um ensinamento para eles nessa idade. Porque, muitas vezes, o que a gente passa para eles, eles passam por cima, não dão muita importância (M7).*

As avaliações da saúde de crianças e adolescentes foram realizadas pelo PSE. Quando identificados casos de obesidade em crianças com até cinco anos, os profissionais agendavam consultas com a pediatra da unidade básica de saúde. Quando identificados adolescentes obesos, eles eram convidados a participar do Grupo de Obesidade na unidade básica, em que eram ofertadas palestras com vistas à reeducação alimentar. Somente crianças e adolescentes identificados com obesidade mórbida e seus agravos eram encaminhados para a única nutricionista disponível na atenção especializada, no município: *[...] a pediatra [...] aqui na unidade ela atende até cinco anos, por causa do número expressivo de crianças [...]. O Programa Saúde na Escola [...] dá a referência e o enfermeiro pode estar encaminhando [para nutricionista]. Esse ano a gente fez um trabalho de chamar os adolescentes para o grupo de obesidade [...]. Só foi mandado para a nutricionista [...], os [casos de] obesidade mórbida. [...] temos aqui crianças diabéticas com nove, dez anos, que não têm controle [...]* (PSE3); *[...] são encaminhados para passar com o nutricionista, mas infelizmente nem todos que são encaminhados vão (PSACS).*

Identificou-se assim um difícil acesso à nutricionista do município. E quando o atendimento ocorria, havia dificuldade de os familiares e a criança seguirem o cardápio prescrito, principalmente pela necessidade de mudança de hábitos alimentares. A alimentação saudável era abordada na escola, com base na pirâmide alimentar, além da oferta de atividades físicas, ambos inerentes a conteúdos e atividades da grade curricular de ensino. Contudo, são ações insuficientes para gerar mudanças: *[...] todas as crianças que a gente encaminhou ano passado [para nutricionista] estavam na fila de espera ainda. A gente tem uma nutricionista na cidade só para atender à cidade inteira [...]* (PSM2); *A nutricionista é o ponto mais difícil [...] cardápio muito difícil de seguir ou se o cardápio está bom, a família não se adapta [...]. Eles comem muito errado [...] devia educar a criança junto com o adulto, que é tudo a criação familiar [...] se não mudar a cultura da população, não vai adiantar ter programa saudável, atividade física [...]* (PSM1).

Os profissionais da saúde sugeriram como estratégias para combater a obesidade a presença de um educador físico na Atenção Primária à Saúde (APS) para atuar junto à comunidade, estimular e oportunizar o acesso à prática de exercícios. A presença de profissionais em formação nesta área que atuam na APS e especialistas como psicólogo, nutricionista e endocrinologista na rede de saúde, com fácil acesso, para atender às crianças e adolescentes obesos. *[...] ter um profissional de atividade, educador físico na unidade, mas a gente não tem [...]* (PSE2); *A gente poderia ter um psicólogo a mais, de livre acesso para identificar esses transtornos alimentares; a gente podia ter um endócrino também para verificar essa questão das doenças metabólicas [...] também um nutricionista para orientar (PSE1).*

DISCUSSÃO

Os resultados corroboram com a literatura quando abordam a multifatorialidade da obesidade na infância como doença¹⁻² e, embora tenha alguma relação com a genética, é menos expressiva que os hábitos de vida e culturais, como alimentação inadequada em qualidade e quantidade, somada à inatividade física.³⁻¹⁰

Em se tratando dos hábitos alimentares, o café da manhã mostra-se eficaz para o controle de peso na infância¹¹ e favorece a manutenção de uma dieta equilibrada. Contudo, tal refeição pareceu ser ignorada pelas crianças entrevistadas, e foi possível relacionar a obesidade ao não consumo do café da manhã.¹¹ Nas demais refeições, verificou-se o consumo excessivo de alimentos processados pelas crianças, com alto teor de gorduras, açúcares, sódio e de alto valor energético,¹² particularmente à noite. Elas substituem os alimentos básicos e necessários pela opção de trocar por outros de suas preferências alimentares, os quais favorecem a obesidade, um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares na vida adulta.¹³

O consumo de frutas, verduras e legumes foi praticamente inexistente pelas crianças deste estudo. O dado corrobora com pesquisa nacional que constatou baixo consumo desses alimentos na rotina alimentar do brasileiro, em todos os grupos etários. Entre crianças e adolescentes, a média de consumo encontrada é de 30 e 40%, com redução da ingestão conforme aumento da idade. Neste sentido, pode-se atrelar o baixo consumo desses alimentos à obesidade, visto que são eficazes para controle de peso e auxiliam na redução do consumo de produtos com alta densidade calórica.¹⁴

Quanto ao consumo excessivo de alimentos, mesmo para aqueles considerados saudáveis, resultados semelhantes revelam que o ganho de peso infantil está relacionado a um excedente calórico diário de 70 a 160 kcal, conforme as necessidades energéticas totais. Logo, a redução de calorias, interligada às mudanças de hábitos alimentares e à prática de atividade física poderiam ser estratégias promissoras para a redução de peso das crianças.¹⁵

As práticas alimentares dos pais impactam na dieta das crianças, principalmente no que diz respeito à ingestão de alimentos considerados não saudáveis. Neste sentido, o comportamento dos pais, quando inadequado, é fator de risco para o sobrepeso e obesidade das crianças em idade pré-escolar, como identificado pelos dados.¹⁶

A figura materna é predominante no preparo dos alimentos. Contudo, devido a outros papéis assumidos pela mulher no sistema de produção capitalista, existe a sobrecarga que conduz a busca pela praticidade, geralmente com utilização de alimentos industrializados. Atrelada a isso, a apatia dos pais quanto à educação alimentar permite autonomia de escolhas de alimentos não saudáveis pelas crianças, o que favorece o ganho de peso. Essa prática reforça que o papel dos responsáveis vem se desvaindo, ao passo que as crianças progressivamente alcançam autonomia negativa.¹⁷

A mídia incentiva erros alimentares com propagandas de produtos de baixa qualidade nutricional, atraentes para o público infantil. Nesses anúncios, a infração mais comum é o uso de caracteres infantis, cuja publicidade beneficia as vendas do produto, utilizando-se da suscetibilidade das crianças.¹⁸ Sobre isso, dados de pesquisa sobre tipos de alimentos veiculados em propagandas da televisão aberta brasileira, durante a programação infantil, apontam que de 126 horas registradas de exposição de alimentos nos canais televisivos, 13,8% eram referentes aos produtos alimentícios e desses, 48,1% são pertencentes ao grupo de açúcares e doces. Enquanto somente 1,1% referiam-se a verduras e legumes.¹⁸⁻¹⁹

Os pais, além de serem responsáveis pelos alimentos ofertados às crianças no domicílio, deveriam ser os principais educadores nutricionais, visto que os hábitos alimentares dos familiares influenciam o comportamento alimentar infantil.²⁰⁻²¹ No entanto, não se identifica nem pela escola nem pelos pais o suporte necessário para escolhas salutares pelas crianças. Assim, o incentivo à alimentação equilibrada para redução de casos de obesidade²⁰ advém de esforços compartilhados entre pais e escola.

A educação em saúde para as crianças pode possibilitar que reconheçam uma alimentação adequada e saudável, além de identificar as razões para escolhas não salutares. Logo, podem ser integradas (as crianças) como protagonistas nos processos de mudança quanto à alimentação, tornando-os mais autônomos quanto às suas escolhas e multiplicadores do conhecimento apreendido para seus familiares e demais pessoas de seu convívio. Reforça-se o papel da escola em incluir a família nesse processo, pois as ações tendem a ser mais efetivas se ambos compartilharem do mesmo objetivo.^{16,20,22}

Como motivos para a insuficiente prática de atividades físicas das crianças no contexto atual, confirma-se a presença da violência urbana, que acomete todo o país,²³ somada às dificuldades financeiras dos pais para inserir as crianças em outras atividades, além das que já existem na escola. Contudo, as faltas tanto de compromisso como de adesão dos familiares na aquisição de hábitos saudáveis são notáveis solidificadores da obesidade infantil.¹⁷

Além disso, a percepção da imagem corporal equivocada pela criança ou a negação da obesidade pelas famílias apresentam-se como barreira para as modificações necessárias para uma melhor qualidade de vida e de saúde infantil, já que, sem identificar o problema, não há intervenções ativas.²⁴ Nota-se que a negação do excesso de peso da criança pelos familiares é influenciada por crenças como 'quando crescer emagrece', 'criança saudável é criança gordinha'. Essas crenças impedem a percepção do problema e postergam a procura de ajuda com profissionais da área da saúde, assim como a adoção de mudanças necessárias ao estilo de vida familiar, que aumentam os riscos à saúde da criança.²⁴

Consequente à obesidade, confirma-se a ocorrência de *bullying* na escola, com consequências para a saúde das crianças,²⁵ especialmente a saúde mental. Uma forma de fuga dos agressores e inibição do ato é a criança buscar a presença de um adulto,²⁶ condição não identificada nos dados, visto que o sofrimento das crianças parece pouco compartilhado e ou percebido, mesmo pelas famílias. Tal fato conduz a necessidade de um olhar ampliado das famílias, dos profissionais de saúde e de educação quanto à presença de *bullying* nos espaços escolares. Particularmente, reforça a importância de os educadores reconhecerem essa prática e agirem ativamente para sua extinção,²⁴ quando buscam apoio dos profissionais de saúde para os processos de enfrentamento junto a crianças que são provocadas ou intimidadas.²⁵

O suporte profissional como expectativa das famílias para auxiliá-los na problemática na obesidade infantil já compõe ações de programas governamentais, como o PSE e o PNAE (Programa Nacional de Alimentação Escolar).^{6,27} Dentre as ações do PSE estão inclusas a avaliação psicossocial, que favorece a prevenção, o combate ao *bullying* e a avaliação nutricional; da promoção da alimentação saudável e da atividade física.⁶ O emprego da alimentação saudável e adequada na escola é uma das diretrizes do PNAE.²⁷

Todavia, urge a implementação exitosa de todas as ações destes programas, com ações abrangentes que promovam atividade física e reduzam os comportamentos sedentários das crianças, com a promoção de ambientes escolares saudáveis, educação em saúde para crianças e inclusão de famílias.³ Sobretudo, como maior oferta de profissionais na rede de saúde, como nutricionistas, psicólogos, educadores físicos, pela gestão municipal em saúde, para abrangência de todas as ações necessárias para atingir o fim da obesidade infantil.³

De acordo com a avaliação do PSE, em todos os estados brasileiros,²⁸ constata-se que a formação profissional para atuação nas ações desse programa foi pouco realizada.^{7,28} É importante ressaltar que essa capacitação contribui para a realização das atividades de prevenção, promoção e atenção à saúde de forma conjunta, somando os esforços e compartilhando as competências de cada área.²⁸ Logo, recomenda-se a reflexão por profissionais e gestores locais acerca dos obstáculos que inviabilizam a concretização da totalidade dos objetivos propostos pelo programa.⁷

E, quanto ao suporte profissional às famílias para que possam atuar melhor na problemática da obesidade, pesquisas evidenciam que, nos Estados Unidos, a atuação de equipe multiprofissional, juntamente com a participação da família, mostrou-se positiva na avaliação de um programa semanal de atividades práticas e teóricas acerca da alimentação, exercício físico e saúde emocional, no tratamento e prevenção da obesidade infantil.²⁹

Neste estudo, identificou-se que as famílias veem o despreparo dos educadores físicos da escola para lidar com crianças obesas quanto ao acolhimento, incentivo e respeito com limitações físicas para realizar as atividades que são importantes aliadas no combate à obesidade. Essas podem ser de mais fácil manejo do que as mudanças alimentares. Para tanto, os profissionais da área necessitam estar preparados para trabalhar com esse público, sem forçar a realização de atividades no mesmo ritmo que as crianças não obesas, para motivá-los na rotina de atividades, respeitando suas limitações.³⁰

Nesta pesquisa foram entrevistados profissionais atuantes junto ao PSE, contudo, não foram incluídos gestores do programa e profissionais da atenção especializada, como do serviço de nutrição, logo, esta é uma limitação do desenho metodológico; além de ter sido realizada em duas escolas. Portanto, sugere-se a ampliação do desenho de investigação em pesquisas futuras para melhor compreender o fenômeno do sobrepeso e conseqüentemente da obesidade infantil.

CONCLUSÃO

Na perspectiva dos participantes do estudo, uma alimentação excessiva, com baixo valor nutricional, em casa e na escola e a insuficiente prática de atividade física foram os principais condicionantes para a obesidade infantil. As crianças mostraram-se insatisfeitas com suas imagens corporais, além de sofrerem *bullying* na escola. Ações para combater a condição de obesidade infantil, por familiares e profissionais da saúde e da escola, revelaram-se incipientes ou insuficientes.

Recomenda-se, com base nos resultados, além da implantação de todas as ações do PSE, a necessidade de os profissionais da saúde e educadores fortalecerem as orientações às crianças e seus familiares sobre alimentação saudável, horário apropriado de sono, importância do desjejum, de atividades físicas ou brincadeiras ativas na rotina diária das crianças e da prática adequada quanto ao entretenimento em tela. Ainda, é requerida a disponibilidade de espaços públicos comunitários para atividades físicas, conduzidas por educadores físicos, disponibilizados pelo município, com a finalidade de agregar pessoas e estimular hábitos de vida saudáveis pelas crianças e suas famílias. A realização regular de controle do peso pode estar dentre tais atividades. Além disso, importa que as escolas atendam às diretrizes nutricionais saudáveis para oferta ou venda de alimentos.

Por fim, aponta-se necessidade de ações integradas entre profissionais da saúde e da educação, que incluam crianças e familiares, a fim de planejar e implementar estratégias de prevenção e combate à obesidade infantil, ancoradas principalmente na mudança de hábitos de vida. Ações como as do PSE e do PNAE demandam ações governamentais para o fortalecimento das políticas públicas que consideram a promoção da saúde e prevenção de agravos à população infantil.

REFERÊNCIAS

1. Lee EY, Yoon KH. Epidemic obesity in children and adolescents: risk factors and prevention. *Front Med.* [Internet]. 2018 [acesso 2018 Dez 01];12(6):658-66. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11684-018-0640-1>
2. Nehus E, Mitsnefes M. Childhood Obesity and the Metabolic Syndrome. *Pediatr Clin North Am* [Internet]. 2019 [acesso 2019 Fev 10];66(1):31-43. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2018.08.004>

3. World Health Organisation. Report of the Commission on Ending Childhood Obesity. World Heal Organ. 2016 [acesso 2018 Jul 15]; Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204176/9789241510066_eng.pdf;jsessionid=366ac3ff3c7cc2a82c83f5f4c8920952?sequence=1
4. Cunha LM, Pantoja MS, Portella MB, Furlaneto IP, Lima AVM. Impacto negativo da obesidade sobre a qualidade de vida de crianças. RBONE [Internet]. 2018 [acesso 2019 Ago 23];12(70):231–8. Disponível em: <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/686>
5. Dinh-Toi C, Nguyen TMN, Thien CD, Nguyen VTL, Khanh-Hoang N, Vo Truong NN, et al. An update on physical health and economic consequences of overweight and obesity. Diabetes & Metabolic Syndrome [Internet]. 2018 [acesso 2019 Ago 23];1095-1100. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2018.05.004>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica. Saúde na escola. [Internet]. 2009 [acesso 2020 Fev 27] Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_24.pdf
7. Baggio MA, Berres R, Penteado B, Gregolin S, Aikes S. Introduction of the School Health Program in the city of Cascavel, Paraná State: report of nurses. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018 [acesso 2019 Mar 01];71(Suppl 4):1631–9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0188>
8. Ferrari EP, Santos SCF, Maciel LA, Souza DS, Souza JMM, Cardoso FL. Adaptation and validation of silhouette scales for Brazilian children. Motricidade [Internet]. 2018 [acesso 2020 Mar 3];14(Suppl 1):5-10. Disponível em: <https://doi.org/10.6063/motricidade.16224>
9. Minayo MSC, organizador. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 34a ed. Petrópolis: Vozes; 2015.
10. Souza NP, Lira PIC, Fontbonne A, Pinto FCL, Cesse EÂP. (Mal)nutrition and the new epidemiological trend in a context of development and inequalities. Cien Saude Colet [Internet]. 2017 [acesso 2018 Nov 12];22(7):2257-66. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.03042017>
11. Pedraza DF, Silva FA, Melo NLS, Araujo EMN, Sousa CP da C. Estado nutricional e hábitos alimentares de escolares de Campina Grande, Paraíba, Brasil. Cien Saude Colet [Internet]. 2017 [acesso 2018 Dez 10];22(2):469–77. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017222.26252015>
12. Martins APB, Levy RB, Claro RM, Moubarac JC, Monteiro CA. Increased contribution of ultra-processed food products in the Brazilian diet (1987-2009). Rev Saude Publica [Internet]. 2013 [acesso 2018 Dez 10];47(4):656-65. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004968>
13. Barroso TA; Marins LB, Alves R, Gonçalves ACS; Barroso SG; Rocha, GS. Association of central obesity with the incidence of cardiovascular diseases and risk factors. Int J Cardiovasc Sci [Internet]. 2017 [acesso 2019 Jan 20];30(5):416-24. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/2359-4802.20170073>
14. Vieira Machado RH, Feferbaum R, Leone C. Fruit intake and obesity Fruit and vegetables consumption and obesity in Brazil. J Hum Growth Dev [Internet]. 2016 [acesso 2018 Nov 06];26(2):243-52. Disponível em: <https://doi.org/10.7322/jhgd.119293>
15. Pereira HRC, Bobbio TG, Antonio MARGM, Barros Filho AAI. Childhood and adolescent obesity: how many extra calories are responsible for excess of weight? Rev Paul Pediatr [Internet]. 2013 [acesso 2018 Set 10];31(2):252-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-05822013000200018>
16. Melo KM, Cruz ACP, Brito MFSF, Pinho L. Influence of parents' behavior during the meal and on overweight in childhood. Esc Anna Nery [Internet]. 2017 [acesso 2018 Set 10];21(4):e20170102. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0102>

17. Dornelles AD, Anton MC, Pizzinato A. O papel da sociedade e da família na assistência ao sobrepeso e à obesidade infantil: Percepção de trabalhadores da saúde em diferentes níveis de atenção. *Saude Soc [Internet]*. 2014 [acesso 2018 Jul 01];23(4):1275-87. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n4/0104-1290-sausoc-23-4-1275.pdf>
18. Britto SR, Viebig RF, Morimoto JM. Analysis of food advertisements on cable television directed to children based on the food guide for the Brazilian population and current legislation. *Rev Nutr [Internet]*. 2016 [acesso 2018 Jul 10];9(5):721-729. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1678-98652016000500010>
19. Costa SMM, Horta PM, Santos LC dos. Analysis of television food advertising on children's programming on "free-to-air" broadcast stations in Brazil. *Rev Bras Epidemiol [Internet]*. 2013 [acesso 2018 Jul 01];16(4):976-83. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2013000400017>
20. Albuquerque OMR, Martins AM, Modena CM, Campos HM. Public school students' perceptions of the environment and food available at the school: an emancipatory approach. *Saude Soc [Internet]*. 2014 [acesso 2018 Jun 10];23(2):604-615. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000200020>
21. Melo KM, Cruz ACP, Brito MFSF, Pinho L. Influence of parents' behavior during the meal and on overweight in childhood. *Esc Anna Nery [Internet]*. 2017 [acesso em 2019 Set 04];21(4):e20170102. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0102>
22. Araujo AL, Ferreira VA, Neumann D, Miranda LS, Pires ISC. O impacto da educação alimentar e nutricional na prevenção do excesso de peso em escolares. *Revista Brasileira de Obesidade Nutrição e Emagrecimento [Internet]*. 2017 [acesso 2018 Nov 30];11(62):94-105. Disponível em: <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/494>
23. Santos NN, Santos CB. Impacto social da violência urbana. *Rev FAESF [Internet]*. 2019 [acesso 2019 Abr 29];3(1):33-44. Disponível em: <http://faesfpi.com.br/revista/index.php/faesf/article/view/78/68>
24. Camargo APPM, Barros Filho AA, Antonio MARGM, Giglio JS. A não percepção da obesidade pode ser um obstáculo no papel das mães de cuidar de seus filhos. *Cien Saude Colet [Internet]*. 2013 [acesso 2018 Jul 02];18(2):323-33. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000200004>
25. Ariza KJB, Castillo CVC. Bullying or intimidation at school: contributions from the evidence of research in nursing. *Texto Contexto Enferm [Internet]*. 2018 [acesso 2019 Jul 30];27(4):e0400017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018000400017>
26. Borges F, Barreto MS, Reis P, Viera CS, Marcon SS. Perceptions and attitudes of children experiencing obesity. *Rev Rede Enferm do Nord [Internet]*. 2018 [acesso 2018 Dec 10];19:e3261. Disponível em: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2018193261>
27. Brasil. Lei nº 11.947 de 16 de junho de 2009: dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar e do Programa Dinheiro Direto na Escola aos alunos da educação básica. *Diário Oficial da União* 2009; 17 jun. [acesso 2019 mar 30]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L11947.htm
28. Machado MFAS, Gubert FA, Gomes AP, Meyer FV, Sampaio YPCC, Dias MSA et al. The health school programme: a health promotion strategy in primary care in Brazil. *J Hum Growth Dev [Internet]*. 2015 [acesso 2018 Dec 01];25(3):307-12. Disponível em: <https://doi.org/10.7322/jhgd.96709>
29. Moxley E, Habtzghi D, Klinkhamer N, Wang H, Donnelly S, Dykhuizen J. Prevention and treatment of pediatric obesity: a strategy involving children, adolescents and the family for improved body composition. *J Pediatr Nurs [Internet]*. 2019 [acesso 2019 fev 30];45:13-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.12.010>
30. Fisberg M, Maximino P, Kain J, Kovalskys I. Obesogenic environment-intervention opportunities. *J Pediatr [Internet]*. 2016 [acesso 2018 Dec 10];92(3):S30-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2016.02.007>

NOTAS

ORIGEM DO ARTIGO

Artigo extraído do projeto - Abordagem da obesidade infanto-juvenil em escolas de ensino fundamental, do Grupo de Pesquisa em Enfermagem Materno-Infantil, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, que reúne dados de projetos do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica, referentes ao período 2017-2018.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: Baggio MA, Alves KR, Cavalheiro RF, Matias L, Machineski GG, Caldeira S.
Coleta de dados: Alves KR, Cavalheiro RF, Matias L.

Análise e interpretação dos dados: Baggio MA, Alves KR, Cavalheiro RF, Matias L. Discussão dos resultados Baggio MA, Alves KR, Cavalheiro RF, Matias L, Hirano AR.

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Baggio MA, Machineski GG, Caldeira S, Hirano AR.

Revisão e aprovação final da versão final: Baggio MA.

AGRADECIMENTO

Aos participantes do estudo, que receberam os pesquisadores em suas casas e no ambiente de trabalho.

FINANCIAMENTO

Fundação Araucária de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Estado do Paraná. Edital Chamada 09/2016, do Programa institucional de pesquisa básica e aplicada – PBA, convênio n. 003/2017.

APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná sob parecer nº 1.872.666, CAAE 60942716.8.0000.0107.

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses.

EDITORES

Editores Associados: Selma Regina de Andrade, Gisele Cristina Manfrini, Melissa Orlandi Honório Locks, Monica Motta Lino

Editor-chefe: Roberta Costa

HISTÓRICO

Recebido: 29 de novembro de 2019.

Aprovado: 30 de abril de 2020.

AUTOR CORRESPONDENTE

Maria Aparecida Baggio

mariabaggio@yahoo.com.br

