ESTUDO DAS CARACTERÍSTICAS ALIMENTARES DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM EXCESSO DE PESO E DE SEUS CUIDADORES EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE UBERLÂNDIA, MINAS GERAIS.

Camila Azenha Alves de Rezende

Orientador: Prof. Dr. Amaury Lellis Dal Fabbro.

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO**

CAMILA AZENHA ALVES DE REZENDE

**Estudo das Características Alimentares de Crianças e
Adolescentes com Excesso de Peso e de seus Cuidadores
em uma Unidade Básica de Saúde do Município de
Uberlândia, Minas Gerais.**

Ribeirão Preto / SP

2006

CAMILA AZENHA ALVES DE REZENDE

**Estudo das Características Alimentares de Crianças e
Adolescentes com Excesso de Peso e de seus Cuidadores
em uma Unidade Básica de Saúde do Município de
Uberlândia, Minas Gerais.**

Dissertação a ser apresentada à Faculdade de
Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de
São Paulo, Departamento de Medicina Social,
para obtenção de Título de Mestre, área de
concentração Saúde na Comunidade.

Orientador: Prof. Dr. Amaury Lelis Dal Fabbro

Ribeirão Preto / SP

2006

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

REZENDE, Camila Azenha Alves de

Estudo das Características Alimentares de Crianças e Adolescentes com Excesso de Peso e de seus Cuidadores, em uma Unidade Básica de Saúde do Município de Uberlândia, Minas Gerais, 2006.

114 p.: il. ; 30cm

Dissertação (Mestrado) a ser apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP – Área de concentração: Saúde na Comunidade.

Orientador: DAL FABBRO, A.L.

1. Infância. 2. Adolescência. 3. Cuidador. 4. Excesso de peso.

*"BEBIDA É ÁGUA, COMIDA É PASTO.
VOCÊ TEM SEDE DE QUE?
VOCÊ TEM FOME DE QUE?"
(ARNALDO ANTUNES)*

"NÃO DISSE TUDO QUE QUERIA DIZER NEM DA MANEIRA COMO QUERIA DIZER. O FUTURO DESMENTIRÁ MUITO DAS MINHAS AFIRMAÇÕES, MAS ESPERO QUE ALGUMAS SEJAM CONSERVADAS; EM TODO CASO HÁ UM MOVIMENTO LENTO DA HISTÓRIA EM DIREÇÃO À NA TOMADA DE CONSCIÊNCIA DO HOMEM PELO HOMEM. A HISTÓRIA DARÁ A TUDO QUE FIZEMOS UMA ESPÉCIE DE IMORTALIDADE. EM OUTRAS PALAVRAS É PRECISO ACREDITAR NO PROCESSO. ESSA TALVEZ SEJA UMA DAS MINHAS ÚLTIMAS INGENUIDADES."
(JEAN PAUL SARTRE)

DEDICATÓRIA

“Quando um ganso selvagem bate as asas, voando numa formação em V, cria um vácuo para a ave seguinte passar, e o bando inteiro tem um desempenho de 71% melhor do que se voasse sozinho.

Sempre que um ganso sai da formação, sente subitamente a resistência do ar por tentar voar sozinho e, rapidamente, volta para a formação, aproveitando o vácuo da ave imediatamente à frente.

Quando um ganso líder se cansa, ele passa para trás e imediatamente outro assume seu lugar, voando para a posição da ponta.

Na formação, os gansos que estão atrás grosnam para encorajar os da frente e aumentar a velocidade.

Se um deles adoece, dois gansos abandonam a formação e seguem o companheiro doente, para ajudá-lo e protegê-lo. Só depois disso eles voltam ao procedimento normal com outra formação ou vão atrás de outro bando.

A lição dos gansos: Pessoas que compartilham uma direção comum com senso de comunidade podem atingir mais facilmente os objetivos.

Para atingir nossos objetivos, é necessário estar junto com aqueles que se dirigem para onde queremos ir, dando e aceitando ajuda.

É preciso haver um revezamento na liderança e nas tarefas pesadas. As pessoas, assim como os gansos, dependem umas das outras.

Precisamos assegurar que nosso grasnido seja encorajador para nossa família, nossos amigos, pacientes, equipe de trabalho ... e que ajude a melhorar o desempenho.

É preciso estar ao lado das pessoas também nos momentos difíceis”.

(Alexandre Rangel)

É assim que sinto as pessoas para as quais dedico minha dissertação:

Aos meus pais Irina e Carlos Henrique, ao meu irmão Alexandre pelas noites de sono perdidos para que eu pudesse sonhar, pela inspiração, exemplo, apoio, paciência, discernimento, força, equilíbrio, amor incondicional...Tudo!

Aos meus tios Eurico e Celinha pelo carinho.

À minha avó Conceição que me deu Lar, apoio e amor.

À minha avó Palmyra, na certeza da doçura de suas preces...

Ao Marcelo pela dedicação, ajuda, paciência e amor.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Prof. Dr. Amaury Lélis Dall Fabbro pela serenidade, e profissionalismo.

À professora Dra. Marta Vieira Marçal Campanelli Neves pela escuta, conforto, sugestões, material bibliográfico e amizade.

À Maria Ignês Moura pela amizade incondicional, apóio e ensinamentos.

Às amigas Patrícia Lima Balbo e Andiara de Rossi pela doce amizade, carinho, companheirismo, convívio e superação de barreiras juntas.

Às secretárias do Departamento de Medicina Social: Carolina Cecília Bruno Batista, Mônica Elisabet Knack, Regina Helena Gregg de Alcantra pela atenção, resolutividade e carinho.

Ao professor Dr. Antonio Ruffino Netto pela amizade e cuidado.

À Rosane Aparecida Monteiro, Sidney Porcincula, Gilmar Mazzer e Olinda Aparecida de Moraes Mendonça pela ajuda e paciência com minha limitação em informática.

À Solange Pedersoli pela disponibilidade , atenção e apoio .

À equipe multidisciplinar do CSE Jaraguá pela confiança e viabilização do trabalho.

Aos usuários do serviço e entrevistados pela compreensão, colaboração e paciência.

Muito obrigada.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
1.1 Breve História da Obesidade	1
1.2 Definindo e Discutindo a Obesidade	3
1.2.1. Obesidade Infantil	11
1.3. O Contexto Familiar, Comportamento Alimentar e a Obesidade	14
1.4. Obesidade: um Problema de Saúde Pública	24
 2. JUSTIFICATIVA	 26
 3. OBJETIVO	 27
 4. MATERIAL E MÉTODOS	 28
 5. RESULTADOS	 35
 6. DISCUSSÃO	 64
 7. CONCLUSÃO	 81
 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	 82
 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	 84
 ANEXO E APÊNDICES.....	 99

LISTA DE FIGURA

FIGURA 1	36
----------------	----

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1.....	38
QUADRO 2.....	56
QUADRO 3.....	68

LISTA DE TABELAS

TABELA	1.....	36
TABELA	2.....	43
TABELA	3.....	45
TABELA	4.....	46
TABELA	5.....	46
TABELA	6.....	50
TABELA	7.....	53
TABELA	8.....	63
TABELA	9.....	64

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1.....	41
GRAFICO 2.....	42
GRÁFICO 3.....	44
GRAFICO 4.....	47
GRAFICO 5.....	48
GRAFICO 6.....	49
GRAFICO 7.....	54
GRAFICO 8.....	54
GRAFICO 9.....	57
GRAFICO 10.....	58
GRAFICO 11.....	59
GRAFICO 12.....	60
GRAFICO 13.....	61
GRAFICO 14.....	62
GRAFICO 15.....	62
GRAFICO 16.....	65
GRAFICO 17.....	66

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CGPAN	Coordenação Geral de Políticas de Alimentação e Nutrição
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CSE	Centro de Saúde Escola
EE	Escola Estadual
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corpórea
M G	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
NCHS	National Center Health Statistics
NHANESII	National Health and Nutrition Examination Survey
OMS	Organização Mundial de Saúde
P/E	Peso/Estatura
P/I	Peso/Idade
POF	Pesquisa de Orçamento Familiar
UBS	Unidade Básica de Saúde
WHO	World Health Organization

RESUMO

REZENDE, C. A. A. **Estudo das características alimentares de crianças e adolescentes com Excesso de Peso e de seus cuidadores em uma Unidade Básica de Saúde do Município de Uberlândia, Minas Gerais.** 2006. 114 p. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2006.

Este estudo teve como objeto, crianças e adolescentes com excesso de peso (20 do sexo feminino, 41 do masculino) e seus 61 cuidadores (55 do sexo feminino, 6 do masculino), usuários do Centro de Saúde Escola de peso e seus cuidadores, usuários do Centro de Saúde Escola Jaraguá em Uberlândia-MG. Constitui-se como objetivo, investigar características alimentares destes usuários, como uma contribuição ao estudo da obesidade nesta população. O método adotado foi o descritivo, por meio de uma amostra de conveniência. O instrumento utilizado foi um questionário fechado composto de dez partes. O armazenamento de dados foi feito no programa "Epidate". A análise dos dados foi feita pelo programa estatístico "Epinfo 6.0" e pelo "Excel". Foram feitas correlações de Spearman, Pearson, e Contingência para verificar associação de variáveis entre os cuidadores e as crianças e adolescentes com excesso de peso. Os resultados desta investigação indicam que apesar das crianças e adolescentes e suas famílias fazerem pelo menos as refeições principais, e terem horário determinado para fazê-las, há erro alimentar (excesso de carboidratos e gorduras, alimentos com alta densidade calórica principalmente na colação, lanche e ceia). O sedentarismo e associações de comportamentos como hábito de assistir televisão (principalmente na hora do almoço e jantar) entre cuidadores e crianças e adolescentes, também ficou evidente, o que pode indicar influência de hábitos familiares. Existem questões a serem respondidas, como a relação entre aleitamento e excesso de peso que na literatura aparece como fator protetor e no presente estudo não parece ter sido. São necessários estudos mais aprofundados a fim de entender melhor as necessidades e problemas dessas crianças e adolescentes com excesso de peso e seus cuidadores. **Palavras-chave:** 1. Infância. 2. Adolescência. 3. Cuidador. 4. Excesso de peso.

ABSTRACT

REZENDE, C. A. A. Study of the alimentary characteristics of children and adolescents with overweight and of its take careers in a Basic Unit of Health of the City of Uberlândia, Minas Gerais. 2006. 114 p. Dissertation (Mestrado) Faculty of Medicine of Ribeirão Preto of the University of São Paulo. Ribeirão Preto, 2006.

This study had as object, children and adolescents (20 girls and 41 boys) with overweight of its 61 take-careers, (55 women, 6 mens), users of the Center of Health Jaraguá School in Uberlândia-MG. One consists as objective, to investigate alimentary characteristics of these users, as a contribution to the study of the obesidade in this population. The adopted methodology was descriptive, by means of a convenience sample. The used instrument was made in the "Epidate" program. The analysis of the data was made by the statistical program "Epinfo 6.0" and by "Excel". Correlations of Spearman, Pearson had been made, and Contingency to verify association of variable between the take-careers and the children and adolescents with overweight . The results of this inquiry indicate that despite the children and adolescents and its families to make at least the main meals, and to have determined schedule to make them, it has alimentary error (excess of carboidratos and fats, foods with high calorie density mainly in the light meal, snack and supper). The sedentarism and associations of behaviors as habit to attend to television (mainly in the hour of the lunch and supper) between take-careers and children and adolescents, also were evident, what it can indicate influence of familiar habits. Questions exist to be answered, as the relation between breathing and excess of weight that in literature appear as protective factor and in the present study do not seem to have been. They are necessary studies more deepened in order to better understand the necessities and problems of this population with excess of weight and its take careers. **Key – Words:** 1. Infancy. 2. Adolescence 3. Take-carees. 4. Overweight

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 Breve histórico da obesidade

A obesidade é provavelmente uma das doenças mais antigas do homem. Desenhos rupestres mostram o homem pré-histórico com aspecto de peso excessivo para sua altura. Para sobrevivência em meio inóspito, o homem ingeria enormes quantidades de alimento para armazenar energia. A provável composição corporal dos primeiros homens que habitaram a terra aponta para indivíduos de baixa estatura e excesso de peso, com IMC elevado. A massa gordurosa junto a uma quantidade elevada de massa magra visaria uma maior adaptação ao ambiente hostil (FISBERG, 2004).

Mudanças ocorreram na aparência corporal com o passar do tempo. As migrações, a capacidade de organização humana, o fim do nomadismo e a fixação no campo, guerras, períodos de carência. Tudo isso pode ter contribuído para determinar o corpo humano atual.

Em algumas sociedades como em certas regiões da África, a obesidade nos homens era sinal de poder e domínio, e nas mulheres de maior fecundidade e fertilidade. Em civilizações da Antigüidade, ser gordo era considerado sinal de sucesso e de beleza.

Durante anos nas sociedades antigas, gregas, romanas, babilônicas e em outros povos, o sucesso econômico era sinônimo de volume adiposo. Orgias alimentares eram apontadas como excesso de poder. Em outra época do período greco-romano, a obesidade era tida como uma doença social e moral, difícil de ser tratada e que diminuía a expectativa de vida e dificultava a fertilidade. O gordo era visto como uma pessoa de má índole ou boba. De acordo com as palavras do Imperador Cícero “Um grande ventre é incapaz de produzir um espírito sutil”. Embora a obesidade fizesse parte do contexto da medicina da época, ela não era levada suficientemente a sério, e tinha uma conotação de desprezo. Galeno, um dos maiores médicos da Antigüidade, via a obesidade como um distúrbio de personalidade (REPETTO, 1998).

Na Idade Média e no Renascimento, o padrão estético feminino privilegiava as formas arredondadas. Os impressionistas ora mostram modelos magérrimos ora “rechonchudos”.

Há mais de 2000 a.c., nos tratados de medicina chinesa, já se afirmava ser imprescindível à boa saúde e felicidade uma dieta balanceada para o bem estar físico, que preveniria a obesidade e aumentaria a longevidade.

Ainda segundo Repetto (1998), no século XII, Maimônides, médico, filósofo, jurista e astrônomo, em uma de suas obras, recomendava comer moderadamente, e se o indivíduo sentisse fome, deveria esperar um pouco antes de comer, pois poderia ser uma fome ou sede ilusória.

No Império Bizantino, os médicos descreviam a obesidade como consequência de uma rica dieta, falta de exercícios físicos e mudança no humor.

Os primeiros relatos científicos datam do século XVII, quando monografias apontavam para a obesidade como uma mistura de doença física com distúrbio de caráter (REPETTO, 1998).

Em 1863, Bantig escreveu o primeiro livro de dietas (REPETTO, 1998) intitulado “Uma carta dirigida ao público sobre corpulência”, que serviu de base para uma conferência sobre o tema.

Já no século XX, alguns cientistas verificaram que a cura da obesidade poderia estar ligada ao tratamento de suas causas, que estariam associadas à insuficiência de algumas glândulas endócrinas. Também, características como hereditariedade e raça poderiam influenciar no aparecimento da obesidade (REPETTO, 1998).

As mudanças sócio-culturais promoveram a busca de um corpo magro, atlético e com formas definidas. O obeso passa a ser discriminado severamente, ao mesmo tempo em que proliferam estudos associando o peso excessivo a riscos respiratórios, ortopédicos e cardiovasculares (BALLONE, 2001).

Na atualidade, o obeso é marginalizado, sofre de preconceito físico, como um vilão para o padrão de beleza dos tempos modernos (FISBERG, 2004).

1.2 Definindo e discutindo a obesidade

Segundo Lotufo (1999), apesar dos bolsões de desnutrição no país, houve aumento da prevalência da obesidade em ambos os sexos, nas zonas urbana e rural, em todas as macro-regiões e em todas as categorias de renda. Segundo o mesmo autor, no Brasil, em 1996, detectou-se que a prevalência da obesidade é cada vez maior entre as pessoas com menor escolaridade, ao contrário do senso comum considera.

De acordo com Rego et al. (1990), no Brasil trabalhos mostraram um aumento de 100% na prevalência da obesidade entre homens e 70% entre mulheres na década de 80.

A importância do aumento da obesidade no Brasil é de tamanha relevância que é possível prever que a queda da mortalidade por doença coronária que se iniciou na década de 80 será lentificada pelo aumento da frequência dos fatores de risco cardiovascular, principalmente pelo aumento da prevalência da obesidade.

Ainda de acordo com Lotufo (1999), fatos provenientes de estudos epidemiológicos recentes relatam que a idéia da existência de um “gordo saudável”, não encontra apoio no conhecimento científico, porque todos os indivíduos com aumento de peso apresentam risco maior de algum tipo de doença como, por exemplo, diabetes, doenças cardiovasculares, problemas gastrintestinais, entre outros.

Pode-se conceituar a obesidade (do latim *obesus*, *ob* = muito, *edere* = comer) como um acúmulo de tecido gorduroso, regionalizado, ou em todo corpo. Na maioria das vezes tal acúmulo é causado por alterações nutricionais, caracterizando a “obesidade exógena”, que reflete o excesso de gordura decorrente de um balanço positivo de energia entre ingestão e gasto calórico (HALPERN, 1983).

Diariamente, a energia gasta inclui o dispêndio de energia em repouso, a energia necessária para metabolizar os alimentos e aquela gasta

com as atividades do indivíduo. Desse modo quando a ingestão excede o gasto energético, as calorias extras são armazenadas como gordura, tanto em crianças quanto em adultos. Frequentemente, a obesidade deve-se mais ao que se come do que à quantidade que se come, o que pode gerar um desequilíbrio na balança da ingestão e gasto. O peso corporal depende do equilíbrio entre a ingestão energética, na forma de alimentos e líquidos, e o gasto dessa energia.

Após a ingestão do alimento, durante a digestão, o bolo alimentar é degradado até partículas minúsculas que chamamos de nutrientes. Esses nutrientes passam facilmente do intestino para o sangue. Entre os nutrientes mais abundantes, os carboidratos, as proteínas e os lipídios são os principais (HALPERN, 1983, RAVUSSIN, WALDER, 1998).

Os alimentos energéticos, quando excedem o necessário são transformados em triglicérides e armazenados em células especiais, chamadas adipócitos. As gorduras são usadas para várias funções no organismo, como, crescimento e espermatogênese. Mas seu excesso também é armazenado nos adipócitos. Essas células variam de tamanho durante a vida e parece que o número delas também varia. Quando as células adiposas atingem um tamanho máximo (cheias de gordura) o organismo é estimulado a produzir novas células adiposas para que a gordura seja armazenada.

As dietas de emagrecimento esvaziam esses reservatórios de gordura, mas não eliminam as células adiposas. Qualquer deslize alimentar será suficiente para inchá-las novamente e quando as moléculas de gordura entram na corrente sangüínea, são carregadas imediatamente para dentro destas células.

A obesidade é uma doença de origem multifatorial. Pode aparecer por problemas neurológicos, endócrinos ou genéticos, estilo de vida sedentário (hipocinesia motora), farmacológicos, ambientais e psicológicos. Do ponto de vista bioenergético, como já foi citado, o distúrbio primário da obesidade é o desequilíbrio da energia ingerida, maior que o gasto calórico do organismo. Para fins terapêuticos, é importante que se identifiquem os casos em que

distúrbios psicológicos, inatividade física e (ou) influências genéticas venham ser a principal causa agravante da obesidade, (FISBERG, 2004).

Há várias maneiras de se classificar a obesidade. A maneira mais simples e comum de classificar a obesidade é pelo peso. Na realidade nem sempre o pesado é obeso. A musculatura pesa mais que o tecido gorduroso, assim, uma pessoa musculosa, embora pesada, não costuma ser gorda (HALPERN, 1983).

O Índice de Massa Corpórea (IMC) é o mais utilizado na prática. Tem boa correlação com a percentagem de gordura corporal. No entanto, perde a confiabilidade em atletas com grande massa muscular. Segundo Lotufo (1999), por meio desses cálculos pode-se classificar a pessoa obesa. A identificação de excesso de massa gordurosa apresenta dificuldades teóricas porque há o risco de não se conseguir distinguir aumento de massa muscular ou edema de aumento da adiposidade. No entanto, com grande grau de aproximação, é possível, somente com medidas de peso e altura, chegar a um diagnóstico adequado da adiposidade. Índice de Massa Corpórea (IMC) ou índice de Quetelet é calculado pela fórmula:

$$\text{IMC} = \frac{\text{peso (kg)}}{\text{altura}^2 \text{ (m)}}$$

Hoje, a classificação de obesidade em adultos é realizada pelo cálculo do IMC, conforme apresentado no quadro abaixo, de acordo com classificação padronizada pela Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA	CLASSIFICAÇÃO
18,5 - 24,9	Normal
25,0 - 29,9	Sobrepeso
30,0 - 34,9	Obeso classe I
35,0 - 39,9	Obeso classe II
≥ 40,0	Obeso classe III

Quadro 1. Classificação da obesidade segundo Índice de Massa Corpórea padronizada pela Organização Mundial da Saúde.

O diagnóstico de obesidade pelo IMC é simples e direto, sendo até utilizado na imprensa leiga para orientar seus leitores sobre ganho de peso. O IMC estima a obesidade total do indivíduo, porém sabe-se que a localização da adiposidade no abdome também é um fator independente para risco maior de diabetes, hipertensão e de eventos cardiovasculares. Assim, pode-se avançar o diagnóstico, avaliando a obesidade abdominal com a medida de cintura. A forma mais empregada é a do cálculo da razão cintura/quadril. Valores acima de 0,80 para mulheres e de 0,90 para homens seriam considerados como alterados. A maior dificuldade no emprego da razão cintura-quadril é padronizar o local exato para a medida das circunferências. Por isso, alguns autores estão mostrando que é mais simples, e tão adequado quanto, medir somente a circunferência abdominal que seria indicadora de risco, quando em adultos, estivesse maior do que 85 centímetros na mulher e 95 centímetros no homem.(LOTUFO,1999).

Quanto ao diagnóstico de crianças com sobrepeso, ou obesidade infantil instalada, deve ser baseado na curva do National Center Health and Statistics (NCHS) para crianças até 10 anos de idade e IMC para crianças acima desta idade, conforme os valores referenciados na Coordenação Geral de Políticas de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde.

A obesidade, segundo Monteiro (1998), pode ser classificada sob outros aspectos, como quanto às circunstâncias em que a obesidade ocorre, quanto ao gasto ineficiente de energia e quanto ao número de células gordurosas e quanto à distribuição da gordura no corpo.

Quanto às circunstâncias em que a obesidade ocorre:

- Obesidade de longa data - Indivíduos obesos desde criança. É a forma de mais difícil tratamento e entre as causas existe a predisposição genética (herança familiar) e o exagero alimentar precoce;
 - Obesidade da puberdade - Aparece na puberdade, é predominante em mulheres, têm como causas, angústias e ansiedades desta fase da vida e alterações orgânicas, principalmente as hormonais;
 - Obesidade da gravidez - Na gravidez e no pós-parto, também por fenômenos psíquicos e (ou) orgânicos;
- Obesidade por interrupção de exercícios - Comum em esportistas que ingerem grandes quantidades de calorias e param de fazer exercícios;
- Obesidade secundária a drogas - alguns medicamentos como os corticosteróides, antidepressivos e os estrógenos podem induzir a um ganho de peso;
 - Obesidade após parar de fumar - a nicotina aumenta o gasto calórico por sua ação lipolítica e também é responsável por perda de apetite;
 - Obesidade endócrina - a obesidade endócrina aparece em somente 4% das obesidades; aqui se incluem doenças da tireóide, do pâncreas e da supra-renal, entre outras. Esta última também é descrita por Halpern (1983) e Medeiros-Neto (1998).

Quanto ao gasto ineficiente de energia:

No grupo de Obesidade por Gasto Ineficiente, estão incluídas pessoas com vida sedentária, portanto, aquelas que comem mais do que gastam e as pessoas que, mesmo comendo proporcionalmente ao gasto com exercício, de repente param de praticá-lo sem diminuir a quantidade de comida ingerida.

Um último grupo de pessoas, "com tendência para engordar", não costuma ter alterações de tireóide, ou outro distúrbio do metabolismo. Em

geral a causa da obesidade é que elas gastam menos calorias do que consomem.

Quanto ao número de células de gordura:

- Obesidade Hipercelular, quando ocorre aumento do número total de células adiposas (gordura), que pode se tornar até cinco vezes superior ao número encontrado em indivíduo adulto normal. Esta é a forma de obesidade que ocorre na infância ou adolescência, porém pode também ser observada nas pessoas com mais de 75% de excesso de peso corporal.
- Obesidade Hipertrófica, quando ocorre um aumento de tamanho de células adiposas (gordura) por acúmulo de lipídeos. Esse tipo de obesidade se inicia na idade adulta, na gestação e se correlaciona mais com a distribuição andróide de gordura.

Quanto à distribuição da gordura no corpo: Existem dois tipos básicos de distribuição de gordura, classificação assumida também por Halpern (1983) e Ballone (2001). São elas: a Obesidade Ginóide e a Andróide. Na Ginóide, a gordura pode concentrar-se na região subcutânea, particularmente da cintura para baixo, que acomete mais a mulher, chamada também de obesidade em "forma de pêra" ou, ainda, obesidade subcutânea. A Obesidade Andróide, onde a gordura pode ainda concentrar-se no abdômen, profundamente entre as vísceras, que acomete mais os homens, é chamada também de obesidade em "forma de maçã" ou, ainda, obesidade visceral.

Para a saúde física é diferente quando a gordura se acumula sob a forma de Obesidade Andróide ou Obesidade Ginóide. Entre esses tipos, é o tipo andróide que mais se associa ao maior risco cardiovascular. Naturalmente há grandes variações entre esses dois tipos de distribuição de gordura pelo corpo e há indivíduos com obesidade mista (MONTERO, 1998).

No desenvolvimento da obesidade geralmente identificam-se fatores que condicionam sua instalação e progressão. Entre eles podem ser citados:

Fatores Genéticos e Ambientais

A grande importância de reconhecermos as influências genéticas na obesidade humana se encontra na prevenção da mesma que deve ser dirigida a grupos de risco.

Tem sido apontada a constituição genética da obesidade: quando os pais são magros, o filho tem apenas 7% de chance de ser obeso; com peso normal, a incidência de obesidade nos filhos é de 14%; se, entretanto, um deles for obeso, a chance será de 40% e, se ambos forem obesos, a chance sobe para 80%. Um aspecto relacionado a estes fatores é que, em geral, onde há obesos, os hábitos alimentares são livres, registrando excessos, pelo uso de alimentos ricos em carboidratos. Sendo assim, a influência ambiental é importante e poderá evitar a obesidade mudando os hábitos alimentares, em indivíduos que apresentam constituição genética para a mesma (LEITE, 1996). Fisberg (2004) por sua vez, concorda que quando ambos os pais são obesos a probabilidade de obesidade nos filhos é de 80%. Quando apenas um dos pais é obeso, a probabilidade é em torno de 50%, reduzindo-se para cerca de 10% quando nenhum dos pais é obeso. Embora ocorram diferenças entre as probabilidades citadas pelos dois autores, parece inegável a influência genética. As estatísticas confirmaram que, 25% da variação transmissível total é atribuída ao fator genético, 30% atribuída à transmissão cultural e 45% a outros fatores ambientais não transmissíveis, ou seja, parece ser a interação genético-ambiental a que mais promove o desenvolvimento da obesidade no indivíduo. Portanto, é possível reduzir a influência da suscetibilidade genética efetuando-se modificações na cultura alimentar familiar e também da população como um todo, por meio de programas de prevenção e educação. Sendo assim, parece ser importante a mudança de hábitos, tanto físicos como para alimentação, para combate à obesidade (SANNER, 2001; BALABAN, SILVA, 2004).

Fatores Psicogênicos

São importantes e sempre devem ser investigados. Os transtornos emocionais podem alterar os hábitos alimentares condicionando a obesidade

(SANTORO et al., 1998). Estudos de pacientes obesos mostram que grande parte da obesidade decorre de fatores psicogênicos. As pessoas quase sempre adquirem grande aumento de peso durante ou após situações estressantes, como a morte de um parente, doença grave, depressão. Algumas pessoas acham que comer pode ajudá-los a superar o aborrecimento, as tensões ou a infelicidade. Um dos grupos de pacientes obesos mais difíceis de tratar é aquele dos que comem de forma compulsiva, que não consegue explicar seu comportamento. Algumas mulheres apresentam esta compulsão como um problema particular da fase pré-natal. Muitas pessoas comem para diminuir ansiedades ou melancolias (LEITE, 1996).

Fatores Metabólicos

Há inúmeras alterações metabólicas descritas em pacientes obesos. Por exemplo: diminuição da tolerância à glicose; níveis séricos de insulina mais altos no jejum e à administração de alimentos, entre outros.

A obesidade é um distúrbio metabólico-nutricional de origem multifatorial e se expressa de várias formas clínicas. Duas anormalidades freqüentes são comuns: a comportamental, representada pelo interesse aumentado pelos alimentos, associado ao sedentarismo; e a de ordem humoral, manifestada pelos altos níveis de insulina circulante (SANTORO et al., 1998). Além destes, a literatura traz os fatores hormonais e medicamentosos como causas para a obesidade (LEITE, 1996). Na menopausa, a taxa metabólica da mulher diminui, explicando, em parte, porque tantas mulheres começam a ganhar peso após a menopausa.

Para os homens, essa relação de aumento de calorias e gordura não ocorre da mesma maneira. O excesso de calorias tem mais oportunidade de ser canalizado para a produção de proteínas. Os homens têm maior quantidade de massa magra que as mulheres, os quais são metabolicamente mais ativos. Por isso, a dieta básica para um homem costuma conter 20% a mais de calorias do que para uma mulher com mesmo peso e idade. Os homens têm taxas metabólicas maiores do que as

mulheres, portanto requerem mais calorias para manter seu peso corpóreo (BALLONE, 2001).

Atualmente na sociedade ocidental, o preconceito e a discriminação vêm atormentando a vida do obeso. Na nossa sociedade atual as crianças dizem que preferem como amigos aquelas que não são gordas e os adultos obesos dizem que eles mesmos prefeririam ser portadores de deficiências físicas a serem obesos, sinalizando assim, os aspectos sociais para a obesidade (SONODA, 2004).

A obesidade de origem glandular é menos freqüente. A maior freqüência de obesidade, mesmo nas crianças, é devida a perturbações emocionais. Como também são resultantes de vários fatores que podem ser genéticos, nutricionais, hipotalâmicos endócrinos, inatividade física, e drogas.

Também está estabelecido que os maiores causadores da obesidade e do excesso de gordura são a inatividade física e a super alimentação.

Há uma interação de fatores que levam à obesidade, principalmente a exógena. O desmame precoce é um dos exemplos mais comuns, que pode facilitar o surgimento de problemas relativos a erros alimentares e à ansiedade da mãe numa criança geneticamente predisposta. A falta de atividade física, a ingestão excessiva de alimentos, ou a maior eficiência na utilização de nutrientes, os fatores endógenos e ambientais, são outros fatores de risco para o desenvolvimento de obesidade. Portanto, admite-se que não exista uma causa única para a obesidade exógena, o que reforça a necessidade da abordagem fundamentalmente multiprofissional interativa (FISBERG, 2004).

1.2.1 Obesidade infantil

A importância da obesidade na infância é a própria facilidade de detecção precoce, estudando-se as variações ponderais desde o seu início, analisando antecedentes neonatais, familiares e alimentares. Estudos dos exames nacionais de saúde americanos, nas últimas décadas, mostram que a possibilidade de uma criança obesa chegar à vida adulta como obesa está ao redor dos 16% (FISBERG, 2004).

Na infância, alguns fatores são determinantes para o estabelecimento da obesidade: o aumento desmedido do ganho gestacional, o desmame precoce e a introdução inadequada de alimentos complementares, o emprego de fórmulas lácteas inadequadamente preparadas, distúrbios do comportamento alimentar e inadequada relação familiar. No adolescente, somam-se a isto todas as alterações do período de transição para a idade adulta, a baixa auto-estima, o sedentarismo, lanches mal balanceados, em excesso, e a enorme suscetibilidade à propaganda consumista (FISBERG, 2004; AXELRUD, GLEISER, FISCHMANN, 1999).

“A genética humana na obesidade tem sido avaliada pelos estudos com crianças adotivas e gêmeares. O peso das crianças adotivas correlacionou-se melhor com o dos pais biológicos do que com o dos adotivos. Além disso, gêmeos monozigóticos mostraram maior similaridade no peso e depósito de gordura que os gêmeos dizigóticos. Observou-se, também, maior incidência de obesidade entre os filhos de pais idosos, nos caçulas e nos filhos únicos.” (FISBERG, 2004, p. 4).

De acordo com Fisberg (2004), distúrbios no comportamento alimentar e a inadequada relação familiar são alguns dos fatores determinantes para o estabelecimento da obesidade na infância.

“Há uma percepção comum de que o exercício estimula o apetite, levando a um aumento da ingestão. Entretanto, existem trabalhos que mostraram que mulheres obesas não compensam o maior gasto energético induzido pelo exercício com um aumento de ingestão” (FISBERG, 2004, p. 6).

As mudanças nas estruturas sociais tais como mulheres trabalhando fora, o uso de alimentos pré-preparados e a globalização dos supermercados, têm contribuído, também, para o aparecimento da obesidade, já que mulheres trabalhando fora têm menos tempo de cuidar da alimentação da família. Alimentos pré-preparados são mais práticos e rápidos e mais calóricos também.

É difícil fazerem-se generalizações a respeito da relação da obesidade com *status* socioeconômico, em função da variabilidade da ingestão e da atividade física. Apesar das dificuldades acima citadas, os

estudos têm repetidamente, mostrado uma correlação negativa entre o alto nível socioeconômico e a obesidade nos países desenvolvidos. Já nos países em desenvolvimento, verificou-se uma relação positiva entre obesidade e alto nível sócio-econômico (FISBERG, 2004).

No Brasil foi observado que nos últimos anos houve relevantes mudanças na prevalência de obesidade entre crianças menores de 5 anos de idade (MELLO, LUFT, MEYER, 2004).

Observou-se o aumento da prevalência de obesidade em regiões menos desenvolvidas e redução nas mais desenvolvidas (MELLO, LUFT, MEYER, 2004).

A obesidade está presente nas diferentes faixas econômicas – no Brasil, principalmente nas faixas de classe mais alta. A classe socioeconômica influencia a obesidade por meio da educação, da renda e da ocupação, resultando em padrões comportamentais específicos que afetam ingestão calórica, gasto energético e taxa de metabolismo. Entretanto, à medida que alimentos saudáveis, incluindo peixes, carnes magras, vegetais e frutas frescas, estão menos disponíveis para indivíduos de condições mais restritas, a relação entre obesidade e baixa classe socioeconômica é observada em países em desenvolvimento (MELLO, LUFT, MEYER, 2004).

“Na história clínica de uma criança obesa devem ser, também, consideradas as alterações da dinâmica familiar, especialmente a relação mãe-filho, assim como alterações de conduta, presentes em 12,5% dessas crianças. A presença de outras enfermidades psicossomáticas, a adaptação social e os fatores desencadeantes da obesidade, tais como situações traumáticas, enfermidades clínicas ou cirúrgicas, são ainda importantes antecedentes a serem observados no desenvolvimento e manutenção da obesidade” (FISBERG, 2004, p.7).

Pelo exposto pode-se deduzir que, o tratamento da obesidade é complexo. As probabilidades de um indivíduo obeso conseguir remissão permanente não são muito maiores que 30% na maioria dos estudos. A maior parte dos trabalhos em todo o mundo mostra que com medicamentos, com modificações comportamentais, com projetos associando dieta e

atividade física, o sucesso é rápido no início, mas a manutenção dos resultados, em dois a cinco anos, é muito pequena. (FISBERG, 2004).

Na infância, os principais riscos para a saúde da criança obesa são a elevação dos triglicerídeos e do colesterol, alterações ortopédicas, pressóricas, dermatológicas e respiratórias. Na maior parte das vezes, as alterações metabólicas são mais evidentes na vida adulta. No entanto, cada vez mais precocemente, tem - se verificado que crianças e adolescentes apresentam associação de resistência insulínica, hipertensão e dislipidemias, aumentando o risco cardiovascular nessa faixa etária (FISBERG, 2004; MELLO, LUFT, MEYER, 2004).

O tratamento da obesidade deve incluir alterações gerais na postura familiar e da criança, em relação a hábitos alimentares, tipo de vida, atividade física e correção alimentar de longa duração. Deve-se levar em conta a potencialidade da criança, sua idade, a participação da família e de uma equipe multidisciplinar integrada, que modifiquem todo o seu comportamento obesogênico. Na adolescência, o tratamento em grupo viabiliza a socialização, a solidariedade e atenua o fracasso. Segundo Fisberg (2004), as normas gerais do tratamento do obeso devem manter as seguintes condições:

- Uma dieta balanceada que, determine crescimento adequado e manutenção do peso, com conseqüente redução dos índices de massa corpórea, sendo de fácil utilização, baixo custo e passível de ser mantida por períodos longos;
- Exercícios físicos controlados, com atividades mistas, associando programas anaeróbicos, recreativos, que geram bons resultados na perda de peso e modificações da massa gorda, com aeróbicos, que preservam a capacidade cardiovascular.

1.3 O Contexto Familiar, Comportamento Alimentar e a Obesidade

O excesso de peso pode ter causas genéticas, mas os fatores ambientais influenciam muito. Cabe aos pais orientar a alimentação dos filhos desde cedo, melhorando, suas condições de saúde.

Os estudos demonstram que os hábitos alimentares são de grande importância para a compreensão da obesidade. O processo de educação nutricional na infância deve se iniciar na orientação das gestantes quanto às necessidades calórico-protéicas do feto para seu perfeito desenvolvimento e, posteriormente, no estímulo ao aleitamento materno exclusivo por um período mínimo de seis meses. A partir do sétimo mês de vida até a fase escolar, a orientação sobre uma alimentação saudável deve ser relativa à introdução gradual de frutas e hortaliças, incentivando-se assim a diversificação. É importante ressaltar que durante a infância as necessidades nutricionais são diferentes da pessoa adulta (SONODA, 2002). Durante toda a infância, a alimentação correta desempenha importante papel na preservação da saúde da criança. Além de satisfazer as elevadas necessidades de nutrientes durante esses anos, ela serve também para criar e manter bons hábitos alimentares pelo resto da vida.

Os hábitos alimentares mudaram a moda do “*fast food*”, a falta de conscientização de uma dieta equilibrada contribui para uma vida pouco saudável. Acaba ocorrendo uma troca de alimentos ricos em hidratos de carbono tais como o arroz, o feijão, a batata e a farinha, para os mais gordurosos como a carne, os laticínios e as frituras. Deve-se incentivar o consumo de água pura, para diminuir o uso de refrigerantes e incluir boas quantidades de hortaliças nas refeições.

A verificação do ambiente familiar frente à alimentação também é de grande importância. Para a criança é muito importante ter um modelo. Uma mãe que come pratos fartos e gordurosos acaba transmitindo suas preferências alimentares ao filho. Fica mais difícil para a criança adquirir o hábito de comer verduras, legumes, frutas, se os pais não comem esses alimentos.

É muito comum os pais e em especial as mães, tentarem compensar o pouco tempo que dispõe para o filho, por trabalharem fora de casa, com guloseimas. A mãe que trabalha fora também costuma não dispor de tempo para cozinhar, o que faz com que a alimentação da criança, em especial à noite, se dê por meio de sanduíches, pizzas, “*fast food*”, alimentos estes, de alto teor calórico.

Além dos hábitos alimentares da família é importante a escolha de estratégias dos pais para a criança aprender a comer. *“A criança pequena e impulsiva, excita-se com facilidade para expressão manifesta de sua emoção e acha difícil impedir ou retardar a satisfação de seus desejos”* (SILVA, 1998, p. 26). Assim, a mãe deve responder às necessidades fisiológicas da criança e a incompreensão destas necessidades pode desencadear problemas. Os primeiros conflitos da interação mãe-criança encontram sua expressão na esfera da nutrição (LEMES, MORAES, VITOLO, 1997). Os pais devem ter consciência sobre a real necessidade alimentar da criança e a partir de então criar mecanismos na hora da refeição, que contribuam para o aprendizado sobre a sugestão interna da fome e da saciedade, desenvolvendo o autocontrole e evitando a obesidade. A obesidade, particularmente na infância, é importante por ser uma possível preditora de sua ocorrência em idade adulta, como também, fator de risco para doenças cardiovasculares. Além disso, seus efeitos negativos persistem nas faixas etárias mais velhas. Alguns avanços tecnológicos, se por um lado contribuem para facilitar a vida, por outro têm propiciado mudanças comportamentais e inovações constantes dentro do ambiente familiar. Assim, o uso de alimentos industrializados de baixa qualidade nutricional com alto teor calórico é crescente.

Para Lottenberg (2001), deve-se proceder a uma restrição energética em relação à alimentação ingerida, com uma distribuição balanceada dos macro-nutrientes, gorduras, proteínas e carboidratos e corrigir os erros alimentares mais importantes. As recomendações para uma lista balanceada de alimentos que devem ser ingeridos na dieta obedecem ao sistema de pirâmide alimentar. Carboidratos, frutas e verduras em quantidade maior; carne, leite e ovos em quantidade mediana e gorduras e doces em quantidade inferior.

Para Sanner (2001), é de extrema importância que as crianças, já a partir dos 4 ou 6 meses de vida, tenham uma dieta variada, colorida, que possuam sabores e texturas diferentes, uma vez que os seus hábitos alimentares serão formados ainda nos seus primeiros anos. Recomendam que os horários das refeições sejam bem estabelecidos e que se evitem

longos períodos sem alimentação. Nos intervalos das refeições principais devem ser incluídos lanches que podem conter, por exemplo, leite, frutas e pão, ou cereais. Para que a criança tenha uma alimentação equilibrada, é recomendável que consuma, pelo menos, um alimento de cada um dos três grupos abaixo, em cada refeição. São eles:

- Os reguladores, representados pelas frutas, verduras e legumes. São as fontes de vitaminas, minerais e fibras.
- Os energéticos, como os cereais, pães, macarrão, batata, mandioca, farinhas. Estes são as fontes de carboidratos, que fornecem energia ao organismo.
- O terceiro grupo é dos denominados construtores que são ricos em proteínas, cálcio e ferro e compreendem as carnes de vaca e frango, peixes, ovos, leite e derivados e as leguminosas como os feijões, ervilha, lentilha, grão-de-bico, soja.

Segundo Romaldini (2000), os métodos de alimentação infantil são primordiais, devendo aumentar o fracionamento alimentar mais vezes ao dia e diminuir a quantidade por refeição. Isto não quer dizer que deva comer impulsivamente a todas as horas, e sim, ter várias refeições balanceadas, sem gorduras em excesso, ou frituras freqüentes.

A forma como a pessoa irá se desenvolver, percebendo o mundo interno e externo, estará intimamente relacionada com a primeira experiência emocional. A criança sem a doença obesidade, frente a uma situação difícil ou de frustração, poderá chorar, inibir-se, fugir, usar a negação, entre outras defesas. Já outras, fortes candidatas a se tornarem obesas, poderão ter reações semelhantes, porém com o acréscimo da compulsão alimentar. Além do elenco das reações emocionais que seu caráter ou personalidade determinam, ela faz uso da comida como forma de enfrentar essas situações de estresse. Segundo Nóbrega, Campos, Nascimento, (2000, p. 71), “Essa memória emocional, de ter recebido o alívio para fortes tensões através do alimento fornecido pela mãe, permanece na mente infantil. É bem possível que essa criança vá buscar repetir esse padrão de conduta pela vida afora. Quando as gratificações primárias pelo alimento se prolongam até a primeira infância, 6 ou 7 anos, a procura do

relaxamento das tensões através da boca vai sendo cristalizada. A comida vai perdendo sua função principal, ou seja, suprir a real necessidade nutritiva do indivíduo.”

Algumas crianças quando colocadas, por qualquer motivo, em dietas com restrição alimentar tornam-se agressivas, angustiadas ou até mesmo deprimidas. A dieta de uma criança nunca deve ser muito restritiva. Mesmo as crianças em terapia para a obesidade são orientadas de que nessa fase da vida o mais importante não é perder peso, mas sim promover uma mudança de hábitos alimentares e de estilo de vida que leva a um emagrecimento saudável.

Existem algumas características psicológicas que são mais marcantes nas crianças obesas do que em outras crianças, livres da obesidade. A dependência, a passividade, a falta de limites, a dificuldade de expressar claramente sentimentos, a pouca sociabilidade e a introversão são as mais importantes. Essas características emocionais são frutos da baixa auto-estima que as crianças obesas apresentam. Elas tendem a preferir atividades intelectuais, pois o seu sobrepeso dificulta os jogos corporais, deixando-as incapazes de se expor, assumindo um papel mais passivo, (LEMES, 2004).

Quanto mais a família ou outro grupo qualquer critica a obesidade da criança, mais inferior e com menor auto-estima ela vai se sentir. A criança aprende a se desvalorizar com a depreciação dos pais. Essas pessoas, além de suas próprias dificuldades, desconhecem que a obesidade é uma doença, não uma maneira que a criança encontrou de agredir alguém. O mais grave nessa conduta é que os pais transmitem aos filhos mensagem de que deve desaprovar o próprio corpo e tudo o que ele representa. Essa atitude costuma causar problemas importantes, sobretudo nas meninas pré-púberes e adolescentes, que não conseguem se ver como realmente são (VIUNISKI, 1999; CAMPOS, 2004).

A comida pode funcionar como um símbolo da mãe, ou seja, um representante do primeiro contato carinhoso que o bebê tem com a mãe, que é pela oralidade via alimento.

Muitas vezes o alimento representa uma expressão de amor. Assim, a comida para ambos (mãe e filho), fica identificada ao amor: comer torna-se uma manifestação de amor. Então, simbolicamente, quanto mais a criança come, mais (simbolicamente) ingere amor. Tendo em vista esta oralidade persistente, a gordura passa a ter um papel fixo.(CAMPOS, 2004).

Ainda simbolicamente, conservar a gordura é manter a imagem do “bebê da mamãe”, o que ao mesmo tempo o protege de conquistar espaços na vida (CAMPOS, 2004).

Sempre se ouve dizer que o gordinho é simpático, muitas vezes esta simpatia funciona como tentativa de recuperar a sedução espontânea do bebê.

A gordura funciona ainda como a placenta que protege o obeso e o mantém seguro. A queixa inicial sempre vem dos pais, porém a criança esboça o papel do outro como repressor e mesmo estimulador da manutenção desse estado, por meio de apelidos jocosos ou da própria criança chamando a atenção dos pais pelo exagero ou compulsão, demonstrando a comunicação afetiva ineficaz entre criança e família (VIUNISKI, 1999).

“O bebê que come e engorda valoriza a imagem que a mãe tem de si mesma num momento em que é vital que ela se sinta a mãe perfeita. O alimento é, então, oferecido de forma indiscriminada, ao menor sinal de necessidade manifestada pela criança. Isso ocorre porque pais ansiosos e pouco atentos para a real necessidade da criança não percebem que ela chora por outros motivos além da fome, como, por exemplo, por frio, calor, cansaço, sono. Com isso, a criança, ainda sem um aparelho psíquico maduro, começa a associar uma frustração ou desconforto à ingestão alimentar. Esta associação persiste até a idade adulta, quando surgem dificuldades para o indivíduo encontrar seu estado de saciedade, de tal forma que a pessoa não sabe se come muito ou pouco “(CAMPOS, 2004 p.98).

“O comportamento de superproteção que se observa na conduta alimentar também se observa em outras condutas maternas, quando as mães, ansiosamente, correm para atender ou fazer tudo pela criança, não

lhe permitindo entrar em contato com a “falta”, condição imprescindível para que a criança possa inclusive exercer a própria criatividade para a solução de suas necessidades. Daí por que se observa nesses indivíduos passividade e dependência. Além do que é a experiência da realidade que permite evoluir no sentido de parar de acreditar que pode fazer acontecer tudo o que quer” (NÓBREGA, CAMPOS, NASCIMENTO, 2000, p. 75).

O bebê, por sua vez, como já foi dito anteriormente, tem sua carga de sentimentos e desde muito cedo se manifesta com raiva quando não é satisfeito. Isso, aliado ao fato de não ter um ego desenvolvido, faz com que ele não tenha defesas e funcione como um “pára-raios” de tudo o que acontece no ambiente (CAMPOS, 2004).

“Em meio a essas dificuldades, se a mãe não puder ser tranquilizada, orientada, a relação se complica, a amamentação não é satisfatória para ambos os elementos da dupla, o que pode apressar o desmame. Sentimentos de que a mãe lhe nega algo tão desejado, de que está sendo privado de algo tão precioso, acarretam uma sensação de perda, de vazio, que, justamente por fazer parte da fase onde a boca, adquire o significado de que tem sentido como fazer um estoque contra todas as perdas, ou então uma busca incessante de um prazer infantil perdido. Sempre que se tentar encher com comida. Isso pode ser generalizado para toda perda que a criança vier a sofrer na vida (nascimento de irmãos, perda de um ente querido, separação dos pais, para não falar das perdas inerentes ao crescimento e ao desenvolvimento)” (NÓBREGA, CAMPOS, NASCIMENTO, 2000, p. 78).

A criança elabora os sentimentos na brincadeira (KISHIMOTO, 2002). Se o adulto precisa falar para manifestar tristeza, raiva, angústia etc., a criança precisa brincar. É desta forma que os seus problemas são trabalhados. Uma criança com o tempo preenchido por afazeres não terá como elaborar os seus temores internos. Desta forma, a ansiedade poderá surgir e, com ela, o aumento da ingestão. “Ansiedade é um episódio agudo que se inicia abruptamente, num momento de descontrole emocional, podendo durar alguns minutos, mas podendo se repetir várias vezes durante o dia” (LEMES, 2004, p. 89).

Crianças e adolescentes ansiosos apresentam durante o desenvolvimento: apreensão, tensão motora, preocupações exageradas, agitação motora, dúvidas e medos. Associada a estes episódios de ansiedade se a criança tiver uma predisposição para a obesidade, ela poderá recorrer ao alimento para tentar se acalmar. A compulsão alimentar oferece um período de saciedade que poderá garantir uma calma interna.

O indivíduo obeso não consegue relacionar o período de compulsão a uma ansiedade anterior, que pode ter sido resultante de um problema emocional. Neste caso, é preciso que o profissional faça estas conexões para ele, pois desta forma ele poderá se conscientizar dos problemas que o afligem (PHILIPPI, ALVARENGA, 2004; LEMES, 2004).

Crianças e adolescentes obesos começam a se fechar em suas casas, com a suas famílias ou, no máximo, conseguem manter um ou dois amigos. O seu círculo social fica restrito, deixando-os cada vez mais vulneráveis a experiências sociais. Começam a desenvolver certa fobia social, sentem-se tímidos, inseguros, deprimidos, envergonhados da situação em que se encontram e evitam saírem de suas casas. Considerando tudo isso, a família deve ter cuidado no trato com a criança obesa. (LEMES, 2004).

“A distorção da imagem corporal é mais facilmente encontrada se o indivíduo se apresenta obeso desde a infância, se há excessiva preocupação com a sua obesidade e se há dificuldades de se olhar no espelho” (LEMES, 2004). Esse mecanismo vai sendo fortalecido em detrimento da própria percepção que a criança poderia ter frente à sua obesidade. É freqüente que crianças classificadas como grandes obesas, não se considerarem obesas (CAMBRAIA, 2004).

Além da dificuldade em lidar com os seus corpos reais, está a dificuldade em se vestir. A criança obesa acaba vestindo o “velho uniforme”, calça e camiseta; descaracterizando a sua personalidade e perdendo ainda mais a sua identidade (AXELRUD, GLEISER, FISHMANN, 1999; LEMES, 2004).

“Um outro fator que também pode contribuir para a distorção da imagem corporal é a não-aceitação dos pais em terem filhos obesos. Pais

que insistem na condição de filhos “magros” podem estar criando distúrbios de auto-imagem” (LEMES, 2004, p.91).

Toda a doença possui um ganho secundário. Este ganho seria o aspecto positivo que a doença traz ao indivíduo, embora quando indagado sobre isso o sujeito obeso relute em aceitar o lado positivo da doença, é preciso conscientizá-lo, pois ele pode estar se apegando a isto para não modificar o seu comportamento. A família aqui também tem grande importância, e para ela muitas vezes de forma inconsciente é confortável ter um filho obeso (PHILIPPI, ALVARENGA, 2004).

Fisberg (2004) coloca que quando coexiste uma doença associada à obesidade, como diabetes, colesterol alto, problemas ortopédicos ou apnéia do sono, a família tem maior facilidade de se envolver. Como se o fato de ser diabético não fosse culpa de ninguém, enquanto ser obeso simplesmente pudesse implicar em algum outro tipo de sentimento negativo. Segundo o mesmo autor, o grupo familiar ideal é composto por pessoas que se colocam ao lado da criança com sobrepeso, dando espaço para que ela própria expresse seu problema e seu sofrimento. O aspecto mais significativo que essa família adequada possui é a capacidade de deixar o seu filho crescer. “Os avós têm dificuldade de compreender a real dimensão da obesidade no início da vida. Acham que peso e saúde são sinônimos. Porém, quando conscientizados e sensibilizados, são aliados valorosos” (VIUNISKI, 1999, p.11).

Quando bem orientados os pais facilmente aderem ao tratamento, proporcionando alimentação adequada; preocupando-se em não expor o filho a situações difíceis ou de risco. De acordo com Viuniski (1999), são os pais que acabam mudando todo o hábito alimentar da família em busca de um modo mais saudável de vida. Entendem que alimentos com alto teor de gordura, açúcar em excesso e falta de exercício físico atrapalham a vida de todos, não só daquele filho. Logo percebem que guloseimas nunca vão substituir o afeto, o carinho e principalmente o tempo dedicado para conversar e poder ouvir suas crianças. Essas atitudes reforçam o compromisso do sujeito com o seu tratamento e o compromisso de toda a família com a saúde de um de seus membros.

Ainda de acordo com Viuniski (1999), as mudanças na alimentação devem ser definitivas e assimiladas por todos. É importante que esse estilo de viver seja entendido como o melhor e não sentido como um sacrifício que deve ser feito somente para ajudar o gordo da família. A família deve participar apoiando e se beneficiando do estilo de vida mais saudável. Os pais devem deixar os filhos experimentarem autonomia, tomando decisões em relação às dificuldades da obesidade.

Uma família capaz de dar condições para seu filho emagrecer faz muito mais que comprar alimentos adequados. Indica um novo caminho de viver a vida, onde cada um pode ser como é, sem deixar de querer ser melhor. Uma criança obesa influencia na mesma medida que é influenciada pelo seu meio familiar. Sem mexer nessa estrutura, não se pode obter mudanças significativas e duradouras (MELLO, LUFT, MEYER, 2004).

Portanto a obesidade é de tratamento difícil em qualquer idade e um tratamento adequado deve-se basear em três pontos: orientação alimentar; apoio psicológico e educacional e atividade física (SANTORO et al., 1998). A orientação nutricional é muito importante e objetiva, ordenar e distribuir regularmente a ingestão de alimentos ao longo do dia, além de evitar excessos (ROMALDINI, 2000).

Os principais benefícios obtidos com o tratamento da obesidade são: redução dos riscos de doenças graves, da mortalidade e melhora na qualidade de vida.

A prevenção da obesidade ainda se constitui na melhor forma de tratamento.

Em suma, são necessários muitos estudos e programas preventivos que tenham condições de sensibilizar o contexto familiar, a fim de evitar o desencadeamento da obesidade infantil. Para a concretização disso é fundamental a intervenção de uma equipe multidisciplinar que interaja de maneira eficaz com essas famílias (GOLAN, WEIZMAN, 2001).

1.4 Obesidade: problema de saúde pública

Obesidade é hoje considerada doença crônica com mau prognóstico de qualidade de vida. É, portanto, um quadro grave, um problema indiscutivelmente de saúde pública que deve ser prevenido e tratado.

A OMS considerou recentemente a obesidade como uma epidemia global, afetando não só os países industrializados como também, e de forma crescente, aqueles em desenvolvimento agregando-se ao problema da fome e da desnutrição (MELLO, LUFT, MEYER, 2004). O Brasil, país em desenvolvimento, apresenta um perfil misto de doenças prevalentes que inclui entre as infecciosas e as parasitárias, outras crônicas não infecciosas, entre as quais, a obesidade.

Como obesidade é fator de risco indiscutível para várias doenças como diabetes mellitus, hipertensão arterial, alteração nos níveis de triglicérides e colesterol, infarto do miocárdio, acidente vascular, trombooses, problemas ortopédicos e dermatológicos entre outros, a manutenção da obesidade ou o seu agravamento, faz com que o indivíduo se torne cada vez mais suscetível a doenças graves e morte precoce. Pelas dificuldades da redução de peso talvez, mais importante que o tratamento da obesidade é a sua prevenção, particularmente tentando evitar a obesidade infantil que também vem crescendo de uma maneira epidêmica.

A obesidade tende a se agregar nas famílias. Essa tendência à obesidade em família é explicável por vários fatores, dentre eles o genético, o ambiental que em muitos casos predomina, e que significa maus hábitos de vida, entre eles comportamento alimentar e atividade física inadequados; sócio-culturais; endócrinos e neurológicos; emocionais e psicológicos (FISBERG, 2004).

Além de o hábito de assistir televisão ser uma atividade sedentária, mídia é outro fator importante que contribui com o excesso de peso. A propaganda pode atuar de forma nociva. Veicula-se alimentos com alto teor glicêmico, excesso de carboidratos e gorduras como se fossem objetos do desejo, do sonho. A indústria de alimentos ludibria crianças, adolescentes e famílias.

A obesidade é, portanto, uma condição de origem multifatorial. Principalmente a partir dos anos 60 as discussões dos determinantes do processo saúde-doença começam a apontar para dimensões mais ampliadas. Condições e fatores não biológicos que levam à doença com superação parcial ou total das entidades mórbidas determinam que a medicina, de forma isolada, não consegue abarcar todas as facetas deste processo (PEREIRA, 2003). A obesidade pode prestar-se como um exemplo, facilmente compreensível, dada a complexidade que a envolve.

Os esforços no sentido de controlar a obesidade devem contar não somente com médicos, mas também com a sociedade em geral, incluindo as indústrias alimentícias e agências governamentais.

A estruturação do Sistema Único de Saúde, tendo como porta de entrada, as Unidades Básicas de Saúde, podem ser um fator facilitador da abordagem da obesidade. Isto porque, a proximidade da equipe de saúde, inserida na comunidade em que atua e subsidiada pelas informações das doenças mais prevalentes, pode contribuir para o controle mais eficaz da doença. A percepção da dinâmica familiar, por sua vez facilitada pela estratégia da Saúde da Família, pode indicar mais um fator favorável neste sentido (BERTUSSI; OLIVEIRA; LIMA, 2001).

2 JUSTIFICATIVA

2 JUSTIFICATIVA

A obesidade tem apresentado relevante aumento em sua prevalência, tanto em países ricos quanto em países em desenvolvimento. A obesidade tende a aumentar cada vez mais pelas influências dos maus hábitos alimentares importados dos países ricos, além dos hábitos sedentários, pressões cotidianas, psicológicas e mídia. A prevenção e tratamento desta doença nutricional devem basear-se em padrões de conduta que levem a um controle de peso, implicando numa modificação do comportamento (LEÃO, 1998).

O perfil de morbimortalidade do país, associado à obesidade, com origem desde a infância e graves repercussões na idade adulta, tem mobilizado os serviços de saúde com gastos progressivos ao SUS.

A multifatorialidade do problema, bem como as interrelações com o núcleo familiar, investigam o desvendamento de questões ainda pouco esclarecidas da obesidade na infância.

O trabalho pretendeu oferecer subsídios para a compreensão da gravidade da situação e complexidade deste distúrbio alimentar e como o comportamento alimentar familiar está associado, estimulando estudos mais aprofundados numa perspectiva interdisciplinar.

3 OBJETIVO

3 OBJETIVO

Descrever as características alimentares de crianças e adolescentes, com excesso de peso e de seus cuidadores, de uma unidade básica de saúde do município de Uberlândia, Minas Gerais.

4 MATERIAL E MÉTODO

4 MATERIAL E MÉTODOS

Desenho do Estudo

Esta investigação realizou-se por meio de um estudo descritivo, baseado em um questionário respondido por cuidadores de crianças e adolescentes obesas ou com sobrepeso, inscritas num grupo de reorientação alimentar do Centro de Saúde Escola Jaraguá da cidade de Uberlândia - MG.

Caracterização do Local do Estudo

O município de Uberlândia, localizado no Triângulo Mineiro, apresenta 585.214 habitantes. Destes, 488.982 estão na zona urbana e 12.232 na zona rural (IBGE, 2005).

O Centro de Saúde Escola Jaraguá (CSE), é uma Unidade básica de Saúde (UBS) que se localiza no Distrito Oeste do município, tem quatro bairros em sua área de abrangência: Jaraguá, Tubalina, Chácaras Tubalina, Quartel e Daniel Fonseca, totalizando 7.921 domicílios. Como UBS da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, tem como objetivo a assistência, o ensino e a pesquisa. Faz parte da regionalização da rede básica do Sistema Único de Saúde (SUS).

A população da área adscrita do CSE Jaraguá é de 26.377 habitantes, sendo 51% do sexo feminino (13.541) e 49% do sexo masculino (12.836). É uma área onde a população tem como ocupações profissões de baixa qualificação, indicando baixa classificação sócio-econômica (OLIVEIRA; REIS, 2004).

O CSE Jaraguá tem ambulatórios didáticos de Puericultura, Medicina Preventiva e Comunitária e Dermatologia Sanitária. Os médicos contratados participam, em sua maioria, da Integração Docente Assistencial com estudantes de Medicina e Enfermagem.

Em 2001 foi implantado um grupo multidisciplinar, de reorientação alimentar, com o objetivo de pelo menos do grupo não ganhar mais peso, que dispunha de duas assistentes sociais, uma psicóloga, uma médica pediatra, uma nutricionista e um educador físico. Esse grupo quando

fechado faz o acompanhamento das crianças com sobrepeso e obesidade infantil, realizando reuniões que acontecem sempre quinzenalmente envolvendo a equipe com as crianças com sobrepeso e obesidade e suas famílias.

No CSE Jaraguá há um trabalho de extensão na comunidade com alunos de uma escola estadual da área (Escola Estadual Marechal Castelo Branco). Pela alta prevalência de distúrbios alimentares na comunidade, no final de 2004 e início de 2005, resolveu-se intensificar ações na escola. Para isso foram feitos rastreamentos de peso, altura e idade desses escolares para se fazer um diagnóstico nutricional.

Os casos de sobrepeso e obesidade infantil foram encaminhados para o grupo multidisciplinar, pela médica pediatra e alunos do curso de medicina que participaram do rastreamento. Também participam do grupo, crianças e famílias advindas da demanda espontânea dos atendimentos em Pediatria Geral do CSE Jaraguá. Essas crianças e seus cuidadores foram contactados para participar do grupo. Pelo registro de crianças rastreadas no Programa de Saúde Escolar e parte da demanda espontânea, foram definidos os participantes do grupo multidisciplinar, que são o objeto desse estudo.

Fonte: Guia SEI, 2003

Figura 1- Mapa da área de abrangência do CSE Jaraguá

Tabela 1- Distribuição da população por bairro na área de abrangência do CSE Jaraguá, segundo o sexo. Ano 2003.

BAIRRO	POPULAÇÃO	MASCULINO	FEMININO
Daniel Fonseca	4.860	2.313	2.547
Jaraguá	8.549	4.173	4.376
C. Tubalina e Quartel	4.198	2.052	2.146
Tubalina	8.770	4.298	4.472
Total	26.377	12.836	13.541

Fonte: Secretaria Municipal de Planejamento e Desenvolvimento Urbano

Divisão de Planejamento Social - Dados populacionais Estimativa/2003

População de Referência

Crianças e adolescentes e seus cuidadores usuários do Centro de Saúde Escola Jaraguá da cidade de Uberlândia – MG.

População de Estudo

Crianças e adolescentes, com 3 a 16 anos, com sobrepeso ou obesidade infantil instalada, participantes do grupo multidisciplinar de reorientação alimentar, inscritas no momento do estudo (1º semestre de 2005), triadas pela pediatra do CSE Jaraguá em Uberlândia – MG e seus cuidadores.

Crítérios de Inclusão

Todos os sujeitos (crianças e adolescentes de 3 a 16 anos inscritas no grupo multidisciplinar no momento do estudo - 1º semestre de 2005), encaminhados pela pediatra do CSE Jaraguá em Uberlândia/MG e seus cuidadores.

A classificação de sobrepeso e obesidade das crianças e adolescentes foi baseada em critérios, conforme a idade dos mesmos. De acordo com a Coordenação Geral de Políticas de Alimentação e Nutrição (CGPAN) do Ministério da Saúde (MS), o critério de classificação de sobrepeso e obesidade infantil instalada, para crianças até 7 anos de idade, a referência é a Curva do National Center for Health and Statistics (NCHS) com classificação em percentis, com ponto de corte no percentil 97 (FAGUNDES, 2004).

Para crianças com idade maior de 7 anos e menores de 10 anos, apesar da recomendação da CGPAN sugere-se a utilização dos índices peso/altura e altura/idade, mantendo o ponto de corte no percentil 97 (FAGUNDES, 2004). Por facilidade operacional do rastreamento, utilizou-se o índice peso/idade. Entretanto, na abordagem individual no grupo multidisciplinar, foram utilizados os índices recomendados pela CGPAN, 2004 para confirmação da classificação.

As crianças com idade de 10 anos ou mais, foram classificadas de acordo com o Índice de Massa Corporal (IMC), segundo idade e sexo do

padrão de referência National Health and Nutrition Examination Survey (NHANESII), que é internacionalmente recomendado para o diagnóstico individual e coletivo dos distúrbios nutricionais na adolescência (FAGUNDES, 2004).

Percentil de IMC por idade											
	<i>Sexo masculino</i>						<i>Sexo feminino</i>				
Idade	5	15	50	85	95	Idade	5	15	50	85	95
10	14,42	15,15	16,72	19,60	22,60	10	14,23	15,09	17,00	20,19	23,20
11	14,83	15,59	17,28	20,35	23,73	11	14,50	15,53	17,67	21,18	24,59
12	15,24	16,06	17,87	21,12	24,89	12	14,98	15,98	18,35	22,17	25,95
13	15,73	16,62	18,53	21,93	25,93	13	15,36	16,43	18,95	23,08	27,07
14	16,18	17,20	19,22	22,77	26,93	14	15,67	16,79	19,32	23,88	27,97
15	16,59	17,76	19,92	23,63	27,76	15	16,01	17,16	19,69	24,29	28,51
16	17,01	18,32	20,63	24,45	28,53	16	16,37	17,54	20,09	24,74	29,10
17	17,31	18,68	21,12	25,28	29,32	17	16,59	17,81	20,36	26,23	29,72
18	17,54	18,89	21,45	25,92	30,02	18	16,71	17,99	20,57	25,56	30,22
19	17,80	19,20	21,86	26,36	30,66	19	16,87	18,20	20,80	25,85	30,72

1) Menor ou igual que P5 (baixo peso)
2) Maior que P5 e menor que P85 (Normal /eutrófico)
3) Maior ou igual que P85 (Sobrepeso)

Quadro 2. Percentis de IMC por idade do CGPAN, 2005.

Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), concordando em participar da pesquisa. De acordo com as atribuições definidas na resolução CNS196/96, o Comitê de Ética em Pesquisa, manifestou-se pela aprovação do projeto em 11 de fevereiro de 2005 (Parecer CEP N. 009/05 – Anexo A).

Crítérios de Exclusão

Foram excluídos os sujeitos que não consentiram em participar da pesquisa.

Amostragem

Foi realizada uma amostra de conveniência, que significa trabalhar com todas as crianças e adolescentes inscritas no grupo de reorientação alimentar, no momento do estudo (1º semestre de 2005), como casos índice. Participaram do estudo tanto os cuidadores de crianças já inscritas no grupo, quanto os casos novos que iniciaram o programa nesse período.

Variáveis

Relativas às crianças: sexo, idade, peso, altura, características alimentares, hábitos sedentários, história de aleitamento. Relativos ao cuidador e à família: sexo, idade, peso, altura, ocupação, características alimentares da família, hábitos sedentários do cuidador.

Instrumentos e Coleta de Dados

Os dados foram coletados, no próprio Centro de Saúde Escola Jaraguá, por meio de entrevista com questionário subdividido em dez partes, confeccionado pela própria autora. Após observações, pré-teste foi feito com 10 sujeitos e estudo piloto com 15 sujeitos. Foram rastreados na Escola Estadual Marechal Castelo Branco, 150 crianças e adolescentes. Destes 57, que se inscreveram no grupo de reorientação alimentar, fizeram parte do estudo. Além desses 4 sujeitos foram inscritos a partir da demanda espontânea e incluídos na amostra. Todos esses já triados pela pediatra para o grupo multidisciplinar foram contatados via aerograma, telefone, visita domiciliar, carta aos pais a partir da escola (no caso das crianças rastreadas na instituição de ensino). No caso da demanda espontânea os contatos foram efetuados por ligações telefônicas.

O instrumento contém dados de identificação da criança e do cuidador, dados antropométricos da criança e do cuidador, características alimentares da criança e do cuidador, questionário para verificar características alimentares das últimas 24 horas da criança, adolescente e do cuidador, história de aleitamento da criança e adolescente, média de consumo mensal de alguns alimentos pela família, hábitos das crianças e do cuidador frente atividades consideradas sedentárias. Foi respondido pelos

respectivos cuidadores das crianças participantes do estudo, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Não foram feitas entrevistas nas segundas-feiras, uma vez que o questionário para verificar características alimentars das últimas 24 horas é parte da entrevista. Pelo fato da alimentação em finais de semana geralmente ser atípica, tal procedimento objetivou evitar viés de coleta de dados.

Análise dos Dados

Os questionários foram digitados e arquivados no programa “EpiData” e analisados no “Epiinfo” e “Excel”. A estatística usada foi a descritiva e correlação de Pearson e Spearman.

5 RESULTADOS

5 RESULTADOS

O presente estudo teve como objetivo descrever as características alimentares de crianças e adolescentes, com excesso de peso e de seus cuidadores, da Unidade Básica de Saúde Jaraguá do município de Uberlândia, Minas Gerais, no primeiro semestre de 2005.

A amostra de 61 sujeitos foi oriunda de duas fontes. Do rastreamento feito na Escola Estadual Marechal Castelo Branco de onde 57 sujeitos foram entrevistados. Os outros 4 sujeitos foram incluídos pela demanda espontânea.

O rastreamento de peso e altura realizado na escola (REZENDE et al., 2005), foi feito em 763 crianças, de um universo de 1113 matriculados, representando 68,3% deste total.

Gráfico 1. Classificação nutricional dos alunos rastreados na escola, segundo sexo.

No gráfico 1 observa-se a distribuição dos escolares segundo o resultado do rastreamento

Dos 763 escolares, 297 eram do sexo feminino (39,1%) e 466 do sexo masculino (60,9%). Foram classificados como sobrepeso e obesidade, 150

(19,7 %) alunos e de acordo com o sexo, sendo que 60 (40%) eram do sexo feminino e 90 (60%) do masculino. Não se observou diferença na proporção de obesidade ou sobrepeso por sexo.

Todos os 150 alunos foram notificados a comparecer ao CSE Jaraguá para consulta no grupo multidisciplinar e convidados a participar da pesquisa. Entretanto compareceram 57 (38%).

Dos 57 que compareceram 39 sujeitos eram, do sexo masculino e 18 do sexo feminino. Da demanda espontânea 2 sujeitos eram do sexo masculino e 2 do feminino.

Somando os sujeitos da demanda espontânea e do rastreamento obteve-se um total de 61 sujeitos com a seguinte freqüência da variável sexo:

Gráfico 2. Distribuição das crianças e adolescentes participantes do grupo de reorientação alimentar por sexo do CSE Jaraguá, 1º semestre de 2005. Uberlândia, 2005.

A idade mais freqüente na amostra foi de 11 anos (19,7%) seguidos das idades 10 (14,8%) e 12 (14,8%). Na tabela I encontra-se a distribuição dos escolares participantes do grupo de reorientação alimentar segundo sexo e idade.

Tabela 2 - Crianças e adolescentes participantes do grupo de reorientação alimentar por idade e sexo, do Centro de Saúde Escola Jaraguá 1º semestre de 2005. Uberlândia, 2005.

IDADE (anos)	SEXO				TOTAL	
	FEMININO		MASCULINO			
	N	%	N	%	N	%
3	-	-	1	1,6	1	1,6
6	-	-	2	3,3	2	3,3
7	2	3,3	5	8,2	7	11,5
8	2	3,3	6	9,8	8	13,1
9	-	-	2	3,3	2	3,3
10	5	8,2	4	6,6	9	14,8
11	5	8,2	7	11,5	12	19,7
12	2	3,3	7	11,5	9	14,8
13	2	3,3	5	8,2	7	11,5
14	1	1,6	1	1,6	2	3,3
15	1	1,6	-	-	1	1,6
16	-	-	1	1,6	1	1,6
TOTAL	20	32,8	41	67,2	61	100

Quanto à distribuição segundo a idade observou-se que houve um maior número de crianças de 7 e 8 anos (24,6%) e entre 10 anos e 13 anos (60,8%). A média das idades foi 10,1 anos sendo que as meninas apresentaram 10,7 anos, e os meninos 10,0 anos. A idade mínima das meninas foi de 7 anos e a máxima de 15 anos. A idade mínima dos meninos foi de 3 anos e a máxima de 16 anos. A mediana foi de 11 anos.

Gráfico 3. Distribuição dos participantes do grupo de orientação alimentar do CSE Jaraguá segundo a série atual, primeiro semestre de 2005. Uberlândia, 2005.

Quanto à série escolar freqüentada, as maiores freqüências ocorreram na sexta série (13 sujeitos ou 21,3%) e segunda série (11 sujeitos ou 18%), cuja idade predominante das crianças por série foi: 6 crianças de 8 anos na segunda série, 5 crianças de 10 anos na quarta série e 5 crianças de 11 anos na sexta série.

Em relação ao peso e a altura das crianças e adolescentes, segue-se a distribuição: no sexo masculino, o peso mínimo de 25,6 kg, o máximo foi de 82,8 kg, com média de 52,4 kg e a mediana de 55 kg. A altura em centímetros mínima foi de 105 cm, a máxima foi de 176 cm, a média foi de 142 cm e a mediana de 145 cm.

No sexo feminino o peso máximo das crianças foi de 86 kg e o mínimo de 28 kg, com média de 55,6 kg e mediana de 57,5 Kg. A altura em centímetros máxima foi de 169 cm, a mínima foi de 118 cm, média de 146 cm e mediana de 150 cm.

Nas tabelas 3, 4, e 5 observam-se os valores do percentil 97 de referência do NCHS e os valores dos pesos encontrados no estudo, segundo o sexo.

Tabela 3- Distribuição das 4 meninas com idade de 7-9 anos segundo curva do NCHS percentil 97 e pesos encontrados.

Estatura (cm)	% 97	Peso (kg) encontrado
120	26,7	28,9
126	30,9	31,0
128	32,6	34,3
118	25,5	28.8

Fonte: CGPAN, 2005

Tabela 4 - Distribuição dos 12 meninos com idade de 7-9 anos segundo curva do NCHS percentil 97 e o peso encontrado. Uberlândia, 2005.

Estatura (cm)	% 97	Peso (kg) encontrado
118	25,7	30,6
139	41,6	42,2
119	26,2	34,2
122	27,9	34,0
128	31,9	35,0
118	25,7	33,0
120	26,8	30,8
122	27,9	35,0
118	25,7	29,9
142	44,9	55,0
120	26,8	32,0
115	24,2	29,9

Fonte: CGPAN, 2005

Tabela 5 - Distribuição dos 3 meninos com idade de 3-6 anos, segundo curva do NCHS percentil 97 e o peso encontrado. Uberlândia, 2005.

Estatura (cm)	% 97	Peso (kg) encontrado
6	25,8	35,6
6	25,8	34,0
3	17,8	25,6

Fonte: CGPAN, 2005

2 to 20 years: Girls
Body mass index-for-age percentiles

NAME _____

RECORD # _____

Fonte: Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with the National Center for Chronic Diseases and Prevention and Health Promotion (2000). <http://www.cdc.gov/growthcharts> 11/12/2005.

Gráfico 4. Distribuição das 16 meninas com idade maior ou igual a 10 anos segundo percentis de IMC, de acordo com a curva do NCHS.

O IMC máximo das meninas com 10 anos ou mais foi de 30,2 kg/m², o mínimo de 23 kg/m², a média foi de 26,35 kg/m² e a mediana de 25,8 kg/m². A distribuição de IMC de crianças e adolescentes do sexo feminino da amostra está demonstrada no gráfico acima.

2 to 20 years: Boys
Body mass index-for-age percentiles

NAME _____

RECORD # _____

Fonte: Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with the National Center for Chronic Diseases Prevention and Health Promotion (2000).
<http://www.cdc.gov/growthcharts> 11/12/2005.

Gráfico 5. Distribuição dos 25 meninos com idade maior ou igual a 10 anos segundo percentis de IMC, de acordo com a curva do NCHS.

Em relação ao IMC, o máximo dos meninos com 10 anos ou mais foi de 32,9 Kg/m², o mínimo de 22,23 Kg/m², a média foi 26,48 Kg/m² e a mediana de 25,8 Kg/m², como representado no gráfico acima.

Dos 61 cuidadores (ou responsáveis que realmente cuidam das crianças) 55 são do sexo feminino (90,2%) e 6 do sexo masculino (9,8%), como demonstrado no gráfico acima.

Gráfico 6 . Distribuição dos cuidadores do grupo de orientação alimentar por sexo do CSE Jaraguá, 1º semestre de 2005. Uberlândia, 2005.

Quanto à idade do cuidador, a mais freqüente foi 31 anos (13,1%). A média de idade foi de 38,69 anos; a mediana, 37 anos; a mínima de 18 anos e a máxima de 72 anos de idade, conforme pode ser observado na tabela 6.

Tabela 6 - Distribuição dos cuidadores das crianças e adolescentes participantes do grupo de reorientação alimentar por idade e sexo do centro de saúde escola Jaraguá no período do 1º semestre de 2005. Uberlândia, 2005.

IDADE (anos)	SEXO				TOTAL	
	FEMININO		MASCULINO			
	N	%	N	%	N	%
18	1	1,63	-	-	1	1,63
25	1	1,63	-	-	1	1,63
26	2	3,27	-	-	2	3,27
27	4	6,55	-	-	4	6,55
28	3	4,91	-	-	3	4,91
29	1	1,63	-	-	1	1,63
30	2	3,27	-	-	2	3,27
31	8	13,11	-	-	8	13,11
32	3	4,91	-	-	3	4,91
34	3	4,91	1	1,63	4	6,55
35	1	1,63	-	-	1	1,63
37	-	-	1	1,63	1	1,63
38	1	1,63	-	-	1	1,63
39	4	6,55	-	-	4	6,55
40	1	1,63	-	-	1	1,63
41	2	3,27	-	-	2	3,27
42	3	4,91	1	1,63	4	6,55
43	3	4,91	-	-	3	4,91
45	2	3,27	-	-	2	3,27
47	-	-	1	1,63	1	1,63
48	1	1,63	1	1,63	2	3,27
51	2	3,27	-	-	2	3,27
52	1	1,63	-	-	1	1,63
56	3	4,91	-	-	3	4,91
57	1	1,63	-	-	1	1,63
65	1	1,63	-	-	1	1,63
70	-	-	1	1,63	1	1,63
72	1	1,63	-	-	1	1,63
TOTAL	55	90,16	6	9,83	61	100

O peso máximo dos cuidadores foi 116 kg e o mínimo de 44 kg. A média de peso foi de 71,65kg e a mediana 68 kg.

O IMC dos cuidadores máximo foi de 43,1 kg/m² e o mínimo de 17,10 kg/m². A média foi e 26,47 kg/m² e a mediana de 26,40 kg/m².

Com o objetivo de verificar correlação entre as idades das crianças e adolescentes (obesas ou com sobrepeso) e o peso de seus cuidadores, foi aplicado o Coeficiente de Contingência C (SIEGEL, 1975), aos dados em questão. A aplicação deste coeficiente é feita após a aplicação do teste do Qui-Quadrado (SIEGEL, 1975), desde que o resultado seja estatisticamente significativo.

Na impossibilidade de aplicar estes testes sobre as três faixas etárias recomendadas, uma vez que as frequências teóricas foram muita baixas, os testes foram aplicados considerando-se apenas duas faixas etárias das crianças: valores menores ou iguais à mediana e valores superiores à mediana.

O valor crítico do $X^2 = 3,84$, para nível de significância de 0,05, e um grau de liberdade, de acordo com a Tabela dos Valores Críticos do Qui-Quadrado (SIEGEL, 1975).

O valor do X^2 encontrado foi de 5,32, indicando um resultado estatisticamente significativo, uma vez que foi maior do que o valor do X^2 crítico

Em seguida foi aplicado o Coeficiente de Contingência C, cujo resultado foi igual a 0,28. De acordo com os autores deste coeficiente, o resultado sendo diferente de zero, indica que houve correlação positiva estatisticamente significativa entre as variáveis analisadas.

Isto significa que as crianças mais novas, com idades menores ou iguais à mediana (<11anos) das idades têm cuidadores mais obesos; por outro lado as crianças com idades superiores à mediana das idades têm cuidadores menos obesos.

Com interesse em verificar a correlação entre as idades das crianças de dez anos a 16 anos e o IMC de seus cuidadores, foi aplicado o Coeficiente de Correlação de Pearson (GRANER, 1966), aos dados em questão.

O nível de significância foi estabelecido em 0,05, em uma prova bilateral.

O valor de r encontrado foi igual a -0,393 e a probabilidade associada a esse valor foi igual a 0,01 indicando que houve correlação negativa estatisticamente significativa entre as variáveis analisadas.

A frequência dos sujeitos segundo os bairros da área de abrangência do Centro de Saúde Escola Jaraguá foi: Planalto-30 sujeitos, Jaraguá-30, Tubalina -13, Chácaras Tubalina-3 e Daniel Fonseca- 2.

O parentesco dos cuidadores com as crianças e adolescentes da amostra foi de 73,8% mães, 14,8% avós e 6,6% pais.

Correlacionando a idade das crianças e adolescentes com o tempo que os cuidadores cuidam deles, apenas 6 de 61 cuidadores não cuidam destas crianças e adolescentes desde o nascimento.

A ocupação do cuidador em 36,1% dos casos é de dona de casa, seguido de 16,4% de domésticas como demonstra a tabela a seguir:

Tabela 7- Distribuição da ocupação de cuidadores de crianças e adolescentes do CSE Jaraguá, primeiro semestre de 2005. Uberlândia, 2005.

Ocupação	Frequência
Aposentado (a)	2
Atendente	1
Atendente Comercial	1
Auxiliar de Creche	1
Auxiliar de Enfermagem	1
Auxiliar de Produção	3
Bordadeira	1
Comerciante	3
Costureira	3
Cozinheira	1
Desempregada	3
Desenhista	1
Dona de Casa	22
Doméstica	10
Faxineira	1
Manicure	1
Operador de Máquina	1
Passadeira	2
Professora	2
Supervisora de Atendimento	1
Total	61

Em relação ao fato da criança ter horário para fazer as refeições, 55 crianças fazem diariamente no mesmo horário e apenas uma não faz. Como demonstra o gráfico 7 .

Gráfico 7. Distribuição das crianças e adolescentes participantes do grupo de orientação alimentar segundo a variável “hábito de fazer refeições em horários fixos”, CSE Jaraguá, 1º semestre de 2005. Uberlândia, 2005.

Dos 61 cuidadores, 50 (82%) comem no mesmo horário diariamente e apenas 2 (3,3%) nunca comem no mesmo horário, demonstrado no gráfico 8.

Gráfico 8. Distribuição dos cuidadores das crianças e adolescentes participantes do grupo de orientação alimentar segundo a variável “hábito de fazer refeições em horários fixos”, do CSE Jaraguá, 1º semestre de 2005. Uberlândia, 2005.

Das 61 crianças e adolescentes da amostra, 45 (73,8%) crianças e adolescentes têm o hábito de comer junto da família.

Dos 61 cuidadores dessas crianças e adolescentes, 37 (60,7%) têm o hábito de comer junto da família. Entre os parentes próximos das 61 crianças e adolescentes, verificou-se os seguintes percentuais de pessoas que tem o hábito de comer junto com a família: mães, 83,6%; pai, 78,7%; irmãos, 91,8%; tios, 88,5%; avós, 95,1%. Todos os cuidadores referiram hábito de fazer as refeições junto das crianças e adolescentes.

Quanto ao local em que são feitas as refeições pelas crianças e adolescentes descreve-se: 50,8% em frente à televisão; 39,3% em torno da mesa. Em relação aos cuidadores: 44,3% fazem as refeições em torno da mesa (sentado à mesa) e 39,3% em frente à televisão.

Dos 61 cuidadores, 57,4% fazem 4 refeições ao dia. Das 61 crianças e adolescentes, 49,8% fazem 5 refeições ao dia e 26,22% fazem 6 refeições ao dia.

Com interesse em verificar a existência ou não de associação entre as freqüências de refeições diárias ingeridas pelas crianças e por seus cuidadores, foi aplicado o Coeficiente de Correlação por Postos de Spearman (SIEGEL, 1975), aos dados obtidos com crianças do sexo feminino, do sexo masculino e com o grupo todo. O nível de significância foi estabelecido em 0,05, em uma prova bilateral. Os resultados estão demonstrados no quadro 4.

Grupos	Valores de r_s	Probabilidades
Feminino	0,552	0,012*
Masculino	0,185	0,248
Total	0,332	0,009*

(*) $p < 0,05$

Quadro 2 - Valores de r_s e das probabilidades a eles associadas, encontrados quando da aplicação do Coeficiente de Correlação por Postos de Spearman às frequências de refeições diárias ingeridas pelas crianças e seus cuidadores, relativas ao grupo todo e por gênero.

De acordo com os resultados demonstrados no quadro3 , observa-se que foram encontradas correlações positivas estatisticamente significantes entre as frequências de refeições diárias ingeridas, no grupo de crianças do sexo feminino e no grupo total.

Tomam café da manhã 83,6% dos cuidadores e 88,5% das crianças e adolescentes. Apenas 4,9% dos cuidadores fazem colação, enquanto 41% das crianças e adolescentes fazem a mesma refeição. O almoço e o jantar 100%, tanto de cuidadores quanto de crianças e adolescentes, os fazem. O lanche da tarde é feito por 77% dos cuidadores e por 98,4% das crianças e adolescentes. A ceia é feita por 11,5% dos cuidadores e por 29,5% das crianças e adolescentes. Das crianças e dos adolescentes 73,8% comem lanche da escola.

A responsabilidade pelo preparo das refeições do cuidador e do resto da família, sem contar a criança e o adolescente, é em 82% do próprio cuidador. Em 83,6% o preparo das refeições das crianças e dos adolescentes é de responsabilidade do cuidador. Apenas 4,4% das crianças e adolescentes preparam algumas refeições.

A compra dos alimentos é feita por 73,8% dos cuidadores.

Dos 61 cuidadores, 57 (93,4%) responderam que toda a família, excluídos a criança e o adolescente, comem a mesma comida. Incluindo a criança e o adolescente, 98,4% comem a mesma comida que o restante da família.

Entre as mães das 61 crianças e adolescentes, 31,1% trabalham integralmente fora de casa. Trabalham parcialmente fora de casa 19,7% e não trabalham fora de casa 49,2%, como demonstra o gráfico 10.

Gráfico 9. Distribuição da frequência de trabalho fora de casa das mães das crianças e dos adolescentes participantes do grupo de orientação alimentar do CSE Jaraguá, Uberlândia, 1º semestre de 2005.

Entre as ocupações das mães das crianças e adolescentes observou-se uma maior frequência de donas de casa (29,5%) e domésticas (19,7%).

A frequência de alimentos observada no questionário para verificar características alimentares das últimas 24 horas, dos cuidadores e das crianças e adolescentes, por refeição, é demonstrada nos seguintes gráficos.

Gráfico 10. Distribuição da frequência de alimentos consumidos no desjejum pelos cuidadores e pelas crianças e adolescentes participantes do grupo de orientação alimentar do CSE Jaraguá, Uberlândia, 1º semestre de 2005.

Gráfico 11. Distribuição da frequência de alimentos consumidos na colação pelos cuidadores e pelas crianças e adolescentes participantes do grupo de orientação alimentar do CSE Jaraguá, Uberlândia, 1º semestre de 2005.

*Observação: outros são alimentos ricos em carboidratos e gorduras.

Gráfico 12. Distribuição da frequência de alimentos consumidos no almoço pelos cuidadores e pelas crianças e adolescentes participantes do grupo de orientação alimentar do CSE Jaraguá, Uberlândia, 1º semestre de 2005. Uberlândia, 2005.

Gráfico 13. Distribuição da frequência de alimentos consumidos no lanche da tarde pelos cuidadores e pelas crianças e adolescentes participantes do grupo de orientação alimentar do CSE Jaraguá, Uberlândia, 1º semestre de 2005. Uberlândia, 2005.

* Observação: Outro (alimentos ricos em carboidrato e gordura)

Gráfico 14. Distribuição da frequência de alimentos consumidos no jantar pelos cuidadores e pelas crianças e adolescentes participantes do grupo de orientação alimentar do CSE Jaraguá, Uberlândia, 1º semestre de 2005. Uberlândia, 2005.

* Observação: Outros (alimentos ricos em açúcar e gordura)

Gráfico 15. Distribuição da frequência de alimentos consumidos na ceia pelos cuidadores e pelas crianças e adolescentes participantes do grupo de orientação alimentar do CSE Jaraguá, Uberlândia, 1º semestre de 2005. Uberlândia, 2005.

Tabela 8- Média de Consumo Mensal de Alimentos por número de pessoas das famílias de cuidadores de crianças e adolescentes do CSE Jaraguá primeiro semestre de 2005. Uberlândia, 2005.

Número de Pessoas na Família	Média de Consumo Mensal de Alimentos				
	Óleo (l)	Açúcar(kg)	Sal(g)	Arroz(kg)	Café(g)
2	2,5	5	1000	5	625
3	3,96	6,33	982	8,32	678
4	3,83	6,41	800	12,88	875
5	4,6	5,36	1260	23,6	783
6	5,125	7,125	1060	18,75	1,125
8	Desconhecida	15	1 000	20	500

Das 61 crianças e adolescentes, 9 iniciaram o desmame com 6 meses de idade, 7 com um ano e quatro meses e 8 não chegaram a mamar no peito. A média de amamentação foi de 343 dias e a mediana 180 dias (6 meses). O mínimo foi nenhum dia e o máximo 4 anos e 6 meses (1440 dias). Nos extremos da distribuição, notam-se crianças que nunca mamaram e crianças que mamaram até os quatro anos de idade.

O aleitamento materno exclusivo foi de 6 meses em 25 % dos sujeitos e em 13,3%, não ocorreu. A média de aleitamento exclusivo foi de 127 dias, a mediana de 150 dias, o máximo de 360 dias.

As idades em que foram introduzidos outros alimentos foram: mínima de 0 dias, a máxima de 480 dias, a média de 132 dias e a mediana de 150 dias. A idade mais freqüente em que as crianças foram desmamadas foi de 6 meses (180 dias).

A idade máxima em que as crianças foram desmamadas foi de 4 anos e 6 meses (1440 dias). A média de idade que ocorreu o desmame foi de 338 dias e a mediana de 6 meses (180 dias).

Dos leites introduzidos para substituir o leite materno, o mais freqüente foi o leite de vaca integral (38,3%), seguidos do leite em pó modificado (26,7%) e do leite com complemento (18,3%).

Tabela 9. Distribuição da freqüência do tempo amamentação (em dias) de crianças e adolescentes do CSE Jaraguá, inscritas no grupo de reorientação alimentar no primeiro semestre de 2005. Uberlândia, 2005.

Tempo de amamentação (dias)	Freqüência	Porcentagem
Nenhum (0)	8	13,1
12-30	4	6,5
40-60	5	8,2
90-180	15	24,6
210-360	9	14,8
420-720	14	22,7
900-1440	6	9,8
Total	61	100

Gráfico 16. Distribuição dos cuidadores, crianças e adolescentes do grupo de reorientação alimentar segundo ao hábito de assistir televisão em diferentes períodos do dia, CSE Jaraguá, primeiro semestre de 2005. Uberlândia, 2005.

A média de tempo que as crianças e adolescentes assistem televisão pela manhã é de 65,7 minutos e dos cuidadores destes é de 11,1 minutos. O tempo gasto na frente da televisão à tarde, pelas crianças e adolescentes, é de 73,3 minutos e pelos cuidadores de 52,1 minutos. A noite as crianças e adolescentes gastam em média 104,7 minutos na frente da televisão, e seus cuidadores gastam 91,9 minutos, em média. Na hora do almoço as crianças e adolescentes gastam em média 17,4 minutos na frente da televisão e seus cuidadores 8,9 minutos. No jantar estas crianças e adolescentes gastam em média 28,1 minutos na frente da televisão, enquanto seus cuidadores gastam 10,7 minutos em média.

Das 61 crianças e adolescentes, 50 se alimentam enquanto assistem televisão. Dos 61 sujeitos 25(40,98%) comem mais do que 3 vezes enquanto assistem televisão, enquanto dos 61 cuidadores apenas 6 têm o mesmo hábito.

A distribuição de tipos de alimentos que são ingeridos por crianças e adolescentes e seus cuidadores assistindo televisão está demonstrada no gráfico 17.

Gráfico 17. Distribuição dos cuidadores, crianças e adolescentes do grupo de reorientação alimentar segundo ao hábito de comer alguns tipos de alimentando assistindo televisão, CSE Jaraguá, primeiro semestre de 2005. Uberlândia,2005.

Das 61 crianças e adolescentes 9 tem o hábito de fazer uso de computador (14,8%). O maior tempo de uso de computador foi 60 minutos por dia, tempo este usado por 3 sujeitos ou 3,3%. A média de tempo de uso de computador foi de 13,0 minutos. Dos 61 cuidadores, 8 fazem uso de computador (13,1%). A média de tempo de uso do computador, em minutos, é de 21,8 e o tempo máximo de utilização é de 360 minutos. Dos 61 cuidadores apenas 1 come enquanto faz uso de computador. Das 61 crianças e adolescentes apenas 2 comem enquanto fazem uso do mesmo.

Das 61 crianças e adolescentes, 35(57,37%) fazem uso de *vídeo game*. A média de tempo que estes sujeitos gastam jogando é de 63,3 minutos. Apenas 7 desses sujeitos se alimentam enquanto jogam *vídeo game*. Dos 61 cuidadores, 8 fazem uso de *vídeo game*; apenas 1 come enquanto joga e a média de tempo gasto jogando é de 12,2 minutos.

Com o intuito de verificar a existência ou não de associação entre os tempos gastos em diversas atividades, por crianças e por seus cuidadores, foi aplicado o Coeficiente de Correlação por Postos de Spearman (SIEGEL, 1975), aos dados relativos às crianças do sexo feminino, do sexo masculino e do grupo todo. Não foi aplicado aqui o Coeficiente de Correlação de Pearson, uma vez que as distribuições são não-normais. O nível de significância foi estabelecido em 0,05, em uma prova bilateral. Os resultados estão demonstrados no quadro 4.

Variáveis Analisadas	Valores de r_s	Probabilidades
Grupo feminino		
Ver TV de manhã	-0,058	0,808
Ver TV à tarde	0,359	0,121
Ver TV à noite	0,362	0,117
Ver TV à hora do almoço	0,445	0,049*
Ver TV à hora do jantar	0,466	0,038*
Jogar <i>vídeo game</i>	0,797	0,000*
Usar o computador	0,381	0,097
Grupo masculino		
Ver TV de manhã	0,004	0,783
Ver TV à tarde	-0,008	0,962
Ver TV à noite	0,125	0,435
Ver TV à hora do almoço	0,504	0,001*
Ver TV à hora do jantar	0,393	0,011*
Jogar <i>vídeo game</i>	0,336	0,032*
Usar o computador	0,342	0,029*
Grupo todo		
Ver TV de manhã	-0,012	0,926
Ver TV à tarde	0,102	0,433
Ver TV à noite	0,240	0,063
Ver TV à hora do almoço	0,482	0,000*
Ver TV à hora do jantar	0,418	0,001*
Jogar <i>vídeo game</i>	0,528	0,000*
Usar o computador	0,337	0,008*

(*) $p < 0,05$

Quadro 3- Valores de r_s e das probabilidades a eles associados, encontrados quando da aplicação do Coeficiente de Correlação por Postos de Spearman aos tempos gastos pelas crianças e por seus cuidadores, nas diversas atividades, tempos esses relativos ao grupo todo e por gênero.

De acordo com os resultados demonstrados no quadro 2, observa-se que foram encontradas correlações positivas estatisticamente significantes entre as variáveis: ver televisão à hora do almoço, ver tv à hora do jantar e jogar *vídeo game*, no grupo feminino.

Quanto ao grupo masculino e ao grupo total, foram encontradas correlações positivas estatisticamente significantes entre as variáveis: ver televisão à hora do almoço, ver televisão à hora do jantar, jogar *vídeo game* e estar no computador.

6 DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

O objetivo do presente estudo foi descrever as características alimentares de crianças e adolescentes, com excesso de peso e de seus cuidadores, de uma unidade básica de saúde do município de Uberlândia, Minas Gerais.

Dos 150 escolares com excesso de peso, que foram notificados a comparecer ao Centro de Saúde Escola Jaraguá para consulta no grupo multidisciplinar e convidados a participar da pesquisa compareceram 80. Destes, 8 participaram do pré-teste, e 15 do estudo piloto, restando 57 sujeitos que participaram da pesquisa. Dos 57 sujeitos que participaram da pesquisa 39 são do sexo masculino e 18 do feminino. O maior número de sujeitos masculinos com sobrepeso ou obesidade, deve-se ao fato de haver mais meninos matriculados na Escola Estadual Marechal Castelo Branco que meninas, e a maior parte da amostra foi oriunda do rastreamento feito nesta instituição. Outros 4 sujeitos foram advindos da demanda espontânea do Centro de Saúde Escola Jaraguá, sendo 2 do sexo feminino e 2 do masculino. Somando-se os sujeitos da demanda espontânea com os do rastreamento obteve-se um total de 61 sujeitos, sendo 33% do sexo feminino e 67% do masculino. Proporcionalmente o número de crianças com sobrepeso ou obesidade rastreadas na escola em relação ao sexo é praticamente o mesmo. Ou seja, de 297 meninas 60(20,2%) apresentaram excesso de peso, e dos 463 meninos, 90(19,4%) apresentaram o mesmo estado nutricional. Estes resultados aproximaram-se aos descritos por Anjos et al. (2003), onde foi encontrada a prevalência de 18% para meninas com sobrepeso e 14% para meninos, também por Cole et al. (2000) com prevalência de 18,2% para meninas com sobrepeso e 14,2% para meninos.

Em estudo realizado por Abrantes; Lamonier; Colosimo (2002), sobre a prevalência de sobrepeso e obesidade em adolescentes no Nordeste e Sudeste, foi encontrada a variação entre 1,7% no Nordeste e 4,2% no Sudeste. A prevalência de obesidade em adolescentes variou entre 6,6% e 8,4%, e em crianças entre 8,2% e 11,9%, nas regiões Nordeste e Sudeste,

respectivamente. Agrupando-se os dados das duas regiões, a prevalência no sexo feminino foi de 10,3% de obesidade entre crianças, 9,3% de obesidade e 3,0% de sobrepeso entre adolescentes. No sexo masculino, a prevalência foi de 9,2%, 7,3% e 2,6%, respectivamente, chegando a conclusão de que a prevalência de obesidade é menor no Nordeste, com significância estatística entre crianças e adolescentes com idade entre 2-17 anos. O mesmo ocorreu com a prevalência de sobrepeso entre os adolescentes. A diferença de prevalência de obesidade entre lactentes e adolescentes acima de 18 anos não foi estatisticamente significativa. Entre lactentes, a obesidade é mais prevalente no sexo feminino. Nas outras faixas etárias, não houve diferença estatisticamente significativa entre os sexos. Já no estudo de Conti; Frutuoso; Gambardella (2005), verificou-se 44,23% dos meninos e 18,93% das meninas com sobrepeso, diferentemente do estudo de Fonseca; Sichieri; Veiga (1998) onde a prevalência de sobrepeso foi de 23,9% para meninos e 7,2% apenas para meninas, com a conclusão de que as meninas parecem seguir um padrão estético de magreza atingido com hábitos e consumo alimentar inadequados. Os fatores considerados importantes no desenvolvimento do sobrepeso particularmente dos meninos foi a influência familiar e o sedentarismo. Já Santos (2002), encontrou em escolares de Ribeirão Preto 28 meninas 12,5% com sobrepeso e 36 meninos com sobrepeso e 55 (13,75%) como obesos, sendo 30(13%) meninas e 25(14,5%) meninos. Tais estudos demonstram portanto, a diversidade de resultados, cujas diferenças necessitam de maiores detalhamentos que permitam sua comparabilidade.

A idade mais freqüente da amostra do presente estudo foi de 11anos (19,7%), seguida das idades 12 (14,8%) e 10 (14,8%). De acordo com Williams; Gulli; Deckelbaum (2001), nos Estados Unidos o sobrepeso entre crianças e adolescentes com idade de 6 a 17 anos dobrou nestas últimas décadas. A prevalência de sobrepeso entre crianças de 6 a 11 anos de idade foi de 7,6% para 10,9% e adolescentes com idade de 12 a 19 anos foi de 5,7% para 10,8% depois de 1980. Em 1999 a epidemia continuou crescendo e foi para 13% crianças de 6 a 11 anos de idade e 14% para adolescentes de 12 a 19 anos de idade. No estudo realizado por Costa et al.

(2003); na região Sudeste do Brasil em uma amostra de 10822 escolares de 7 a 10 anos, foram observadas taxas de sobrepeso de 15,7% e de 18% de obesidade e prevalência de 16,9% para meninos e 14,3% para meninas de sobrepeso em escolas públicas. Em escolas particulares a prevalência foi de 29,8% para meninos e 14,3% para meninas de escolas públicas. Em escolas particulares a prevalência foi de 29,8% para meninos e 20,3% para meninas.

No presente estudo a média das idades foi de 10,1 anos sendo que as meninas apresentaram 10,7 anos e os meninos 10 anos. A idade mínima foi de 7 anos para meninas e a máxima de 15 anos e para meninos foi mínima de 3 e máxima de 16. A mediana foi de 11 anos assemelhando-se ao estudo de Albano; Souza (2001). Segundo Lamonier (2000), alguns estudos locais sobre a situação nutricional de escolares em cidades brasileiras, demonstraram prevalência de obesidade de 8% a 12% dependendo do lugar e período de coleta de dados e metodologia aplicada.

Em relação à série escolar freqüentada, as maiores freqüências ocorreram na sexta série (13 sujeitos ou 21,3%) e segunda série (11 sujeitos ou 18%), cuja idade predominante das crianças por série foi: 6 crianças de 8 anos na segunda série, 5 crianças de 10 anos na quarta série e 5 crianças de 11 anos na sexta série. Apenas a criança de 3 anos de idade não estuda.

De acordo com Anjos et al. (2003) nos últimos anos, foi registrado importante aumento da taxa de escolarização para o ensino fundamental, com cerca de 96% da população metropolitana do Rio de Janeiro. Com isso, o espaço escolar tornou-se local privilegiado, factível e oportuno para obtenção de informações representativas locais sobre a saúde e nutrição, o que corrobora com o estudo realizado por Costa et al. (2003), realizado no Sudeste. Em amostra de 10822 escolares de 7 a 10 anos, foram encontradas prevalências de obesidade de 16,9% e de 14,3% entre meninos e meninas de escolas públicas respectivamente. Em escolas particulares, as taxas de obesidade foram respectivamente de 29,8% em meninos e 20,3% em meninas. Este estudo assemelha-se aos resultados obtidos por Santos (2003) e com os do presente estudo.

Canning; Courage; Frizzell (2003) com estudo desenvolvido no Canadá, com pré-escolares de 3 a 5 anos constataram que 25,6% tinham

sobrepeso ou obesidade com uma diferença não significativa entre os sexos.

Já um estudo realizado na Suíça por Zimmerman et al. (2004) encontrou uma prevalência de sobrepeso e obesidade de 16,6% e 3,8% em meninos e 19,1% e 3,7% em meninas respectivamente, na idade de 6 a 12 anos.

Oliveira; Cerqueira; Oliveira (2003) realizaram uma investigação sobre a prevalência de sobrepeso e obesidade infantil em Feira de Santana na Bahia, encontrando 9,3% de sobrepeso e 4,4% de obesidade. Não houve diferenças significantes entre os sexos e as faixas etárias (de 5 a 9 anos). A prevalência de sobrepeso nas escolas públicas foi de 6,5% e 2,7% de obesidade nas privadas foi de 13,4% e 7%, respectivamente. Silva et al. (2003), encontraram 22,6% de sobrepeso e 11,3% de obesidade entre crianças. No sexo feminino, a prevalência de sobrepeso foi de 27% e de 9,8% de obesidade. No sexo masculino foi de 17,6 % e 13% de sobrepeso e obesidade respectivamente numa população de pré – escolares de 2 escolas particulares do Recife nas camadas alta e média alta.

No presente estudo, independente da idade das crianças e adolescentes participantes, por quaisquer dos três critérios adotados, todos seriam classificados com excesso de peso. Sotelo; Colugnati; Taddei (2004), em estudo da prevalência de sobrepeso e obesidade entre escolares da rede pública segundo três critérios de diagnóstico antropométricos (IMC percentil, Peso/Estatura, Peso/Idade), utilizaram os mesmos critérios do estudo em questão. No estudo referenciado, os três critérios usados na comparação de estimativas de prevalências de sobrepeso e obesidade apresentaram diferenças marcantes entre si. Estes autores discutem que dados nacionais relativos à obesidade infantil e adolescência ainda são escassos, além da variedade de critérios para definição da obesidade nesta faixa etária gerar limitação e dificuldade na comparação de prevalências relatadas por vários estudos. Esta dificuldade de definição de critérios ocorreu também no presente estudo.

Quanto aos 61 cuidadores dessas crianças e adolescentes, a maioria, (90%), é do sexo feminino, o que remete a responsabilidade de cuidado da criança a pessoas deste sexo.

Em relação à idade dos cuidadores dessas crianças e adolescentes a mínima encontrada foi de 18 anos, e a máxima de 72 anos. A média de idade foi de 38,69 anos, e a mediana foi de 37 anos que indica que o adulto jovem é a maioria. Em relação ao IMC dos cuidadores, o máximo foi de 43,1 kg/m² e o mínimo de 17,10 kg/m². A média foi de 26,47 kg/m² e a mediana de 26,40 kg/m². Dos 61 cuidadores 37(61%) estavam com excesso de peso de acordo com o IMC (acima de 24,9).

A Pesquisa de Orçamentos Familiares - POF (IBGE, 2004), dispõe da informação de que a prevalência do excesso de peso e da obesidade na população brasileira é de 20% de obesidade para os homens, e de cerca de um terço das mulheres com 20 anos ou mais. Em 2003, 40% da população adulta apresenta excesso de peso (IMC igual ou superior a 25kg/m²). Os dados deste estudo, portanto demonstraram uma porcentagem superior as informações da POF.

Sobre a associação das idades das crianças e adolescentes e peso de seus cuidadores, o achado significou que as crianças mais novas, com idades menores ou iguais à mediana (>11anos) têm cuidadores mais obesos; por outro lado as crianças com idades superiores à mediana têm cuidadores com menos excesso de peso. Nas crianças mais velhas verificou-se que quanto mais velha era a criança, menor foi a associação de excesso de peso com seus cuidadores. Segundo Fisberg (2004), estudos realizados na população atendida pelo Hospital-Escola da Escola Paulista de Medicina (São Paulo, Brasil), na década de 1980, mostraram que aproximadamente 4 a 5% das crianças menores de 12 anos, que chegavam para consulta em triagem médica, apresentaram sobrepeso ou obesidade. Ainda, as mães destas crianças apresentaram quase 34% de sobrepeso ou obesidade.

Ainda de acordo com Fisberg (2004), na avaliação clínica de uma criança ou adolescente obeso deve-se considerar e avaliar alguns fatores de risco, tais como os fatores familiares. Estes são os fatores de risco mais importantes pela soma de influência genética e ambiental. Antecedentes familiares de obesidade são comumente encontrados entre crianças obesas, sendo mais predominante a obesidade na mãe e na família materna. O risco

da criança ser obesa é de 80% quando os pais são obesos, de 50% quando um dos genitores é obeso e de 9% quando os pais não são obesos.

Em um estudo realizado com crianças obesas, pelo grupo de Fisberg (2004) no início de 1992, observou-se a presença de antecedentes de obesidade familiar em 91% dos casos.

O estado nutricional de outros membros da família também pode exercer efeito sobre a obesidade infantil, visto que alguns autores verificaram que se somente quatro membros da família forem obesos, a proporção de crianças obesas seria de 3,2% para os meninos e de 5,4% para as meninas. No entanto, se toda a família for obesa, esta proporção sobe, respectivamente, para 27,5% no sexo masculino e 24,1% no feminino. Treuth et al. (2001), encontraram em estudo realizado com meninas adolescentes correlação significativa entre o estado nutricional delas e de seus pais biológicos.

Como já foi demonstrada, a predominância do sexo feminino dos cuidadores, cujo parentesco foi na grande maioria de mães e avós, reforçando a idéia do cuidado feminino e de responsabilidade materna. De acordo com Sarti (1997, p.51) “Há ambigüidades tanto na definição de quem cuida da criança dentro de casa como também na divisão de responsabilidades entre famílias e instituições sociais. A discussão de “quem” e de “como” se exerce o que a psicanálise nomeia de “funções” paterna e materna; nos novos arranjos domésticos acontece separadamente das discussões de gênero no mercado de trabalho, como se aquela fosse exclusivamente um problema de família.”

Família é um grupo no qual, intensas relações afetivas interativas se manifestam, que se organiza na direção da sobrevivência, cujos membros se dividem em atribuições e papéis. É um grupo que é produto das heranças culturais trazidas por seus antepassados, do seu próprio ciclo de vida, da sua articulação dentro dos fatores econômicos e culturais da sociedade pertencente (ANTUNES; SENNA, 2004). O responsável pelo comportamento alimentar da criança, por meio da aprendizagem social, é a família. Os pais têm o papel de primeiros educadores nutricionais. Desde o momento do nascimento fatores psico-sociais e culturais influenciam as experiências

alimentares da criança iniciando o processo de aprendizagem. Normalmente, a preocupação dos pais está voltada para quantidade de alimento, e não para o desenvolvimento de atitudes e hábitos para uma alimentação adequada e de qualidade. (RAMOS; STEIN, 2000).

O excesso de peso pode ter causas genéticas, mas os fatores ambientais exercem muita influência. Cabe aos pais orientar a alimentação dos filhos desde cedo, melhorando assim, suas condições de saúde. Cuttinhg et al. (1999) encontraram, em estudo com pré-escolares com sobrepeso, associações significantes entre as influências do comportamento familiar e comportamento da criança, principalmente quando este é mediado pela mãe.

A ocupação encontrada entre os cuidadores é de baixa qualificação, neste estudo provavelmente associada a uma baixa renda. A prevalência de sobrepeso e obesidade segundo dados da POF (IBGE, 2004), ocorre em todas as classes de renda, inclusive na baixa, dado que ocorreu no presente estudo.

O horário das refeições das crianças e adolescentes e também de cuidadores era mantido diariamente por 55 (90,16%) crianças e adolescentes e 50 (81,96%) (cuidadores, e esta é uma das recomendações para um hábito saudável em alimentação e nutrição (BRASIL, Ministério da Saúde, 2005). Outro ponto que chama a atenção é que a maioria das famílias nesta população faz as refeições juntos, comem a mesma comida, principalmente o núcleo principal, pai, mãe e irmãos. A responsabilidade pelo preparo das refeições é na maior parte pelos cuidadores bem como a compra de alimentos.

Fica difícil comparar com outros estudos que retratam uma população de cidades maiores em que as pessoas não têm a possibilidade de fazer as refeições em casa.

A porcentagem de crianças e adolescentes que fazem as refeições em frente da televisão é de 50,8% e de cuidadores é de 44,3%. Em torno da mesa a porcentagem de cuidadores e crianças e adolescentes que o fazem é a mesma de 39,3%.

O hábito de comer em frente da televisão foi relatado no estudo de Almeida; Nascimento; Quaioti (2002) associando-o a diversos prejuízos à saúde, entre eles, a obesidade, cujos índices têm crescido nas últimas décadas como resultado de aumento no consumo de alimentação com alta densidade calórica e redução na atividade física. Outro fator importante é que o hábito de comer na frente da televisão não permite prestar atenção na comida, processar direito a informação de saciedade e limita o convívio e interação familiar.

No Brasil, assim como nos Estados Unidos e na Europa, tem-se observado aumento da prevalência de obesidade, o qual está estritamente relacionado com mudanças no estilo de vida (outros tipos de brincadeiras, mais tempo frente à televisão e jogos de computadores, maior dificuldade de brincar na rua pela falta de segurança) e nos hábitos alimentares (maior apelo comercial pelos produtos ricos em carboidratos simples, gorduras e calorias, maior facilidade de fazer preparações ricas em gorduras e calorias e menor custo de produtos de padaria) (BURDETTE, 2003).

Em relação ao número de refeições feitas pelos cuidadores, 57,4% fazem 4 refeições ao dia e 49,8% das crianças e adolescentes fazem 5 refeições ao dia. Foi encontrada associação estatisticamente significativa entre as freqüências de refeições diárias ingeridas pelas crianças do sexo feminino e no grupo como um todo também, o que vem a confirmar a associação de comportamentos familiares e suas influências. Quanto a quais refeições são feitas, ficou evidente que tanto os cuidadores quanto as crianças e adolescentes fazem as refeições principais que são o café da manhã, o almoço e o jantar. A ceia e a colação são as refeições menos freqüentes. O lanche da tarde é feito por uma porcentagem alta tanto de cuidadores quanto de crianças e adolescentes bem como o lanche da escola para estes últimos. De acordo com o Ministério da Saúde (2005 p.44), dados da WHO (2003) e Barreto et al. (2005), para garantir a saúde é indicado que se faça três refeições por dia (café da manhã, almoço e jantar), intercalados por pequenos lanches. Rampersaud et al. (2005) mostraram que o hábito de tomar café da manhã pelos americanos (essa é a refeição principal deles) tem diminuído entre crianças e adolescentes. Relacionam o crescimento de

sobrepeso e doenças cardiovasculares com o decréscimo do café da manhã e com o problema do que é consumido nessa refeição. Em termos de frequência, a população do estudo realiza três refeições diárias, tal como é recomendado. Todavia, em termos qualitativos, como será visto adiante, parece haver problemas.

Dos 61 cuidadores, 49% não trabalham fora de casa neste estudo, e entre as ocupações das mães dessas crianças e adolescentes a mais freqüente foi dona de casa (29,5%). Batista Filho; Rissin (2003) colocam que ocorreram mudanças significativas na estrutura das ocupações e empregos. Transformações ocorreram, no que se refere a mudança de estilo de vida, renda, e demandas nutricionais. Nesta população as pessoas ficam mais em casa ou estão ligadas mais à atividades domésticas.

Em relação ao consumo de alimentos por crianças e adolescentes e seus cuidadores no desjejum por meio do questionário que investigou características alimentares das últimas 24 horas, o que pôde se observar foi um consumo muito baixo de frutas, queijo e leite e um alto consumo de açúcar e dos alimentos que foram nomeados como outros que são em geral salgadinhos, frituras, “*softdrinks*”, ou seja, alimentos de alta densidade calórica, gordura e pobres em micronutrientes e vitaminas .

Observou-se um alto consumo de alimentos definidos como outros, que são os de ricos em gorduras, açúcar e carboidrato, também e se referiram a colação das crianças, adolescentes e seus cuidadores. O que ficou evidente foi o alto consumo de óleo, banha, alimentos denominados de outros que englobam alimentos de “*caloria vazia*” e carboidratos de fácil absorção, como batata, macarrão e pão branco, além de baixo consumo de hortaliças e frutas. O arroz e o feijão também foram bastante consumidos. É um hábito saudável, se não fosse somado a alimentos como batata e macarrão. No que foi referenciado ao lanche da tarde, pode-se novamente observar o alto consumo de alimentos pobres em nutrientes, vitaminas, ricos em gordura e carboidratos de fácil absorção. O jantar seguiu mais ou menos o mesmo consumo do almoço e a colação quase não foi feita, e quando foi feita os alimentos mais consumidos novamente foram os carboidratos de fácil absorção “*softdrinks*” e outros alimentos pobres em nutrientes,

vitaminas, ricos em gorduras . Em relação à média de consumo mensal de alguns alimentos por número de pessoas das famílias (tabela 8), o que fica evidenciada é a tendência em diminuir o consumo per capita, na medida em que o número de pessoas na família aumenta.

A análise das variáveis relativas ao consumo de alimentos ficou dificultada, pela população do estudo não conseguir definir claramente o tamanho das porções. Isso ocorreu em todas as refeições do questionário de características alimentares das últimas 24 horas aplicado a eles. A autora do trabalho levou medidas de referência como colher de sopa, prato fundo, entre outras, mas não foi possível mesmo assim obter tais informações.

Outra dificuldade a ser discutida é que, para cada idade existe uma recomendação nutricional e houve uma diferença muito grande entre as faixas etárias, tanto das crianças quanto dos adolescentes e ainda dos cuidadores. O que será discutido aqui serão os alimentos que apareceram nas refeições e o que aparece na literatura de uma maneira mais geral. De qualquer forma aparentemente há uma pobreza de micronutrientes na dieta que parece ser pobre em cálcio, frutas, hortaliças.

Segundo Birch (1999), os seres humanos necessitam de uma variedade de alimentos a fim de obter uma nutrição adequada. Em cada cultura, as pessoas desenvolvem seus próprios e únicos padrões de aceitação de alimentos. A preferência pelo doce e a rejeição do azedo e do amargo estão presentes no nascimento. Tais respostas, a princípio, não aprendidas e reflexas logo se modificam pelas experiências das crianças com os alimentos e o comer. As refeições representam um evento importante nas interações familiares, com estruturas repletas de significado. Zaluar (1995, p. 128-129) coloca que: “A comida passa a representar uma medida de privação, especialmente nos produtos alimentícios valorizados por serem “fortes” e que atuam como fontes de prestígio e respeito social. Os trabalhadores comparam seu salário com o preço da carne, inacessível, e com o preço do arroz e do feijão na quantidade ainda que podem comprar”. São feitas substituições alimentares, isto é, uma compensação pela falta de alimentos caros e ricos em nutrientes, como é a carne, por outros menos caros e ricos em glicídios que constituem a base da dieta

alimentar caipira. É o que aparentemente ocorre com a população do presente estudo (população do interior de Minas Gerais).

“As sensações táteis, gustativas e olfativas procuradas no consumo alimentar são forjadas na primeira infância e profundamente marcadas pela cultura; elas alimentam estereótipos que opõem diferentes sociedades no plano gastronômico. E mais, o mesmo se dá com o sentimento de repleção. A passagem da barriga cheia” (ZALUAR, 1995).

Alimentos de alta densidade calórica, como os ricos em gorduras, carboidratos simples ou amido, são altamente processados e pobres em micronutrientes e este tipo de alimento é bastante consumido pela população do presente estudo. De acordo com Barreto et al. (2005) não há evidências de que alimentos ricos em gordura mereçam maior atenção na prevenção da obesidade do que outros alimentos com alta densidade energética, como os ricos em amido ou carboidratos simples.

Monteiro, Mondini, Costa (2000), em estudo de mudanças na composição e adequação nutricional da dieta familiar nas áreas metropolitanas do Brasil, de 1986 a 1996, encontraram intensificação do consumo de carnes e leites. Sobre tudo no centro-sul do país a participação relativa de açúcar refinado e refrigerante cresceu em todas as áreas.

De acordo com o estudo de French (2003) a epidemia de obesidade deve-se a dieta rica em gordura e açúcar que anda sendo a escolha atual.

Van Horn (2004) em seu estudo, evidencia a questão da prejudicial ingestão de doces e “*softdrinks*” pelas crianças e suas famílias, da alimentação na frente da televisão e o sedentarismo.

O consumo de alimentos da população do presente estudo foi parecido com os achados de Levy-Costa et al. (2005) em estudo da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil. Encontraram em todas as regiões do Brasil, características positivas do padrão alimentar, no que diz respeito à adequação do teor protéico das dietas, em todas as classes de rendimento. Encontraram também, características negativas disseminadas no país, que foram o excesso de açúcar e a presença insuficiente de frutas e hortaliças na dieta. Nas regiões economicamente mais desenvolvidas, no meio urbano, e entre famílias com maior rendimento houve também

excessos de gorduras em geral e gorduras saturadas. Referiram que nas áreas metropolitanas do país, ocorreu evidente declínio no consumo de alimentos como arroz e feijão, e aumento de até 400% no consumo de produtos industrializados, como biscoitos e refrigerantes. Evidenciaram a persistência do consumo excessivo de açúcar e insuficiente de frutas e hortaliças, bem como aumento no teor de gorduras na dieta, inclusive as saturadas.

Barreto et al. (2005) demonstraram, que é necessário promover um aumento do consumo de fibras porque atuam na regulação do peso corporal, constituem barreira para digestão de outros carboidratos. São alimentos de baixo valor energético que constituem grande parte do volume alimentar. O aumento na ingestão de frutas e vegetais pode reduzir a densidade energética e aumentar a saciedade. Bebidas açucaradas como refrigerantes devem ser evitadas, bem como se deve limitar o consumo de sódio e potássio que são minerais essenciais para regulação dos fluidos intra e extracelulares, atuando na manutenção da pressão sanguínea. O sal de cozinha é a principal fonte de sódio, sendo composto por 40% desse elemento químico.

A população do estudo em questão parece ter grandes erros alimentares, e ao que parece, esse foi um dos fatores determinantes de excesso de peso na criança e no adolescente. Outra questão importante, é que a obesidade pode ter início em qualquer época da vida, especialmente nos períodos de aceleração do crescimento. O desmame pode ser um momento de risco, pela inadequação da introdução de alimentos e fórmulas lácteas mal utilizadas.

Existem poucos dados sobre a incidência e a prevalência de obesidade, resultados das dificuldades de manter avaliações antropométricas rotineiras nos centros primários de atenção à saúde e à baixa cobertura destes centros, especialmente na fase de lactente. (FISBERG, 2004).

De acordo com Viuniski (1999), na vida intra-uterina, vive-se satisfeito, desconhece-se o que é a fome ou saciedade. Tudo que se necessita, desde o oxigênio, nutrientes, energia e proteção, chegam pela

placenta, via cordão umbilical. O primeiro contato com o alimento, inserido num importante contexto de sentimentos e afeto, vai ser durante a amamentação. O leite ingerido pelo bebê pode provocar uma postura de relaxamento e uma diminuição da tensão corporal. É comum o recém-nascido esboçar sorriso reflexo, tal é o prazer e a diminuição do tônus muscular, após mamar. Em relação à amamentação, a população estudada comportou-se da seguinte forma: a média de amamentação foi de 343 dias e a mediana 180 dias (6 meses). O mínimo foi nenhum dia e o máximo 4 anos e 6 meses (1440 dias). Nos extremos da distribuição, nota-se crianças que nunca mamaram e crianças que mamaram até os quatro anos de idade.

O aleitamento materno exclusivo foi de 6 meses em 25 % dos sujeitos e em 13,3%, não ocorreu. A média de aleitamento exclusivo foi de 127 dias, a mediana de 150 dias, o máximo de 360 dias.

A idade mínima em que foram introduzidos outros alimentos foi de 0 dias, a máxima de 480 dias, a média de 132 dias e a mediana de 150 dias.

A idade mais freqüente em que as crianças foram desmamadas foi de 6 meses (180 dias). A máxima em que as crianças foram desmamadas foi de 4 anos e 6 meses (1440 dias). A média de idade em que ocorreu o desmame foi de 338 dias e a mediana de 6 meses (180 dias).

Dos leites introduzidos para substituir o leite materno, o mais freqüente foi o leite de vaca integral (38,3%), seguidos do leite em pó modificado (26,7%) e do leite com complemento (18,3%). Em estudos comparativos Oliveira (2005) e Araújo (2004) demonstram que o leite de vaca não é o melhor substituto para o leite materno, o mais indicado seria o leite em pó modificado, o segundo mais usado pela população estudada. De acordo com Fisberg (2004), o fato de muitas mães acrescentarem açúcar às mamadeiras de leite, fazendo as crianças acostumarem-se com o sabor doce logo nos primeiros meses de vida, contribui para o elevado consumo de açúcar na infância. A propaganda também é um fator importante, onde as crianças são estimuladas, com todo o apelo publicitário, para que consumam doces e outros alimentos de alto valor energético, mas que fornecem poucos micro-nutrientes como vitaminas e minerais, essenciais para a boa saúde. As propagandas de alimentos dos mais variados tipos em programas de

televisão, principalmente infantis, são cada vez mais freqüentes. Isto pode proporcionar conflitos entre pais e filhos, visto que estes não sabem separar o que é mais conveniente para sua alimentação.

De acordo com a WHO (2003) o tempo recomendado para aleitamento materno exclusivo é de 6 meses. Para o aleitamento não exclusivo, o mínimo é de 6 meses e o máximo é de 2 anos, com objetivo de ampliar a disponibilidade de energia e de micronutrientes na alimentação, particularmente do ferro. A introdução de alimentos complementares deve ser lenta e gradual. Entre outros fatores importantes do aleitamento materno, é seu efeito protetor contra doenças inclusive a obesidade. Balaban; Silva (2004) em estudo de revisão da literatura sobre o efeito protetor do aleitamento materno contra a obesidade infantil revelou que o aleitamento parece realmente ter um efeito protetor. Um outro estudo realizado por

Strawn; Mei (2004) constataram que em crianças não hispânicas e brancas tiveram risco reduzido de sobrepeso devido ao aleitamento materno durante o período de 6 meses ou mais. O que parece ter acontecido na população do presente estudo, foi que o aleitamento materno ocorreu, e em alguns casos de forma prolongada, que é o caso da criança que mamou até os 4 anos e 6 meses. Contudo, não houve possibilidade de análise aprofundada, pois não há dados suficientemente conclusivos para verificar a questão da introdução correta de alimentos, como se deu o desmame, como era o vínculo destas mães com estas crianças entre outros fatores importantes. O leite por si só parece não ter protegido essas crianças e adolescentes (pois todas têm excesso de peso). As informações veiculadas sobre a importância do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade, pode ter permitido que as mães respondessem às questões da entrevista corretamente. Entretanto pode ter ocorrido a introdução de outros alimentos junto ao leite materno durante esse período. É necessário investigar melhor essas outras questões para compreender o que realmente aconteceu neste aspecto, nesta faceta da população.

O sedentarismo, o processo de modernização industrial e as mudanças de hábito que o acompanham provavelmente favorecem o aparecimento da obesidade. Em relação ao sedentarismo na infância e

adolescência, destaca-se o hábito de ver televisão, o uso de *vídeo games*, computadores e controles remotos. O menor gasto energético, pela diminuição da atividade física, o consumo de alimentos com alta densidade calórica, veiculados pelas propagandas, têm sido associados ao aumento da prevalência da obesidade. Exatamente na fase em que mudanças corporais, sociais e psicológicas estão ocorrendo, a obesidade assume um papel extremamente desagregador para o futuro do adolescente (FISBERG, 2004).

No presente estudo, as crianças e adolescentes gastam em média aproximadamente 5 horas por dia assistindo televisão e seus cuidadores aproximadamente 3 horas todos os dias. Além de evidenciar o sedentarismo e o baixo gasto energético, essas crianças e adolescentes e seus cuidadores em sua maioria ainda consomem alimentos pobres em nutrientes, alta densidade calórica e gorduras, assistindo televisão.

O tempo gasto usando computador é baixo provavelmente pelo fato dessa população não ter muito acesso a este tipo de equipamento. Quem utiliza é mais para trabalho e o comportamento de comer durante a utilização foi de baixa ocorrência.

Em relação ao uso de *vídeo game*, 35 das 61 crianças e adolescentes gastam em média 1 hora por dia, não tendo o hábito de comer enquanto joga. Não têm grande gasto energético nesta atividade mas, também não consomem calorias como ocorre com a televisão.

Os comportamentos que tiveram associação entre crianças e adolescentes e seus cuidadores foram: ver televisão na hora do almoço, jantar, jogar vídeo game e fazer uso de computador, para ambos os sexos e para o grupo como um todo, evidenciando a influência familiar no comportamento.

Silva; Malina (2000) em estudo do nível de atividade física em adolescentes do município de Niterói demonstraram que houve significativo aumento no tempo gasto com o hábito de assistir T.V. e que adolescentes passam cerca de 5 horas por dia diante desta atividade. A presente investigação vai no sentido desses dados. De acordo com o estudo de Dietz; Gotmarker (1985) o ato de assistir televisão é comportamento sedentário comum em indivíduos de todas as idades, e houve associações positivas

significantes em seu estudo, entre o número de horas despendidas diante da televisão e o peso dos sujeitos. Estes dois estudos, o de Almeida; Nascimento; Quaioti (2002) e o estudo de Borzekowski; Robinson (2001), demonstram não só a questão do sedentarismo no caso o ato de assistir televisão, mas também a questão da pouca interatividade dessa atividade e o problema da propaganda veiculada neste meio de comunicação que acaba por influenciar escolhas alimentares, incentivar “fast food”, alimentos de alto teor calórico, gorduras, glicídios alimentos de “caloria vazia”, pobres em micronutrientes e vitaminas, principalmente na formação de opinião de preferências e escolhas alimentares de crianças e adolescentes.

O estudo de Burdette et al. (2003) já citado evidenciou que pré – escolares e suas mães que assistiam mais que três horas de televisão por dia apresentavam sintomas de depressão ou obesidade.

De acordo com Alves (2003), a atividade física vem sendo listada como um dos principais indicadores de saúde. Barreto et al. (2005) coloca que a prática regular, de 30 minutos de atividade física por dia de moderada intensidade reduz o risco de doenças cardiovasculares. Entre as recomendações da WHO (2003) estão reduzir o número de horas gasto com televisão *vídeo game*, e computador, estimular participação de crianças e adolescentes e escolares em competições esportivas, reforçar aulas de educação física nas escolas e inserir os pais, e a interação familiar neste contexto.

No estudo em questão não foram investigadas a merenda escolar, as atividades físicas dessas crianças, adolescentes dentro ou fora do ambiente escolar, nem de seus cuidadores. É importante que estes aspectos sejam investigados.

Quanto à análise estatística, não foi possível analisar as variáveis qualitativas porque as frequências e porcentagens muito baixas não permitiram a aplicação do teste do Qui-Quadrado (SIEGEL, 1975), mesmo considerando-se os resultados do grupo como um todo.

Este estudo teve como objetivo demonstrar características alimentares e alguns comportamentos que as permeiam, a fim de levantar problemas e perguntas a respeito da realidade de sobrepeso e obesidade

destas famílias usuárias do serviço de saúde do CSE Jaraguá Uberlândia e para os profissionais de saúde que cuidam destes, além da tentativa de contribuir com estudos já existentes e futuros que investigam esta epidêmica doença. Contudo, novos e mais aprofundados estudos fazem-se necessários em alguns aspectos já apontados, necessários para compreender melhor o complexo problema do sobrepeso e obesidade e suas múltiplas facetas, sob uma perspectiva interdisciplinar, em decorrência da multifatorialidade do problema.

7 CONCLUSÃO

7 CONCLUSÃO

Esta investigação indica que apesar das crianças e adolescentes e suas famílias fazerem pelo menos as refeições principais, e terem horário determinado para fazê-las, há erro alimentar (excesso de carboidratos e gorduras, alimentos com alta densidade calórica principalmente na colação, lanche e ceia).

O sedentarismo e associações de comportamentos como hábito de assistir televisão (principalmente na hora do almoço e jantar) entre cuidadores e crianças e adolescentes, também ficou evidente, o que pode indicar influência de hábitos familiares.

Existem questões a serem respondidas, como a relação entre aleitamento exclusivo e excesso de peso que na literatura aparece como fator protetor. No presente estudo, o percentual relativamente baixo de crianças com aleitamento exclusivo (25%) até os 6 meses de idade, parece não tê-las protegido, reforçando o caráter multi fatorial do problema. Entretanto, deve-se ater à memória do cuidador, bem como à resposta esperada ao profissional de saúde, que podem ter superdimensionado a informação.

São necessários estudos mais aprofundados a fim de entender melhor as necessidades e problemas dessas crianças e adolescentes com excesso de peso e seus cuidadores.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ocorreram vários problemas de campo. A população de estudo de difícil sensibilização, não compreende o quadro de sobrepeso e obesidade como doença. As tentativas de contato para entrevista foram mudando pela ineficácia. A primeira forma de contato foi carta aos pais para as crianças rastreadas da escola, para agendamento de consulta da pediatra e para esclarecer sobre o que era a obesidade, a gravidade da doença e neste momento a autora deste trabalho entrava explicando sua pesquisa. Muitas crianças e adolescentes não entregaram as cartas com medo de ter que fazer restrição alimentar, mesmo explicando que não era essa a preocupação da equipe do Centro de Saúde e o objetivo da entrevistadora. Alguns pais que receberam as cartas ligaram no CSE Jaraguá com aparente indignação, dizendo que excesso de peso não era doença e que quando a criança cresce ela emagrece. Os próprios profissionais de saúde do CSE Jaraguá Uberlândia parecem não ter conseguido entrar em contato com a gravidade da questão, não argumentando de forma convincente com essas famílias, com exceção da pediatra e da assistente social em menor proporção. Para as crianças e adolescentes da escola que não entregaram a carta aos pais foi mandado para as casas um aerograma e ainda feito um contato telefônico.

Outra tentativa de contato foi a visita domiciliar. Quando o contato era feito, as pessoas falavam que preferiam se deslocar, para não dar trabalho à entrevistadora, ou então para não atrapalhar a dinâmica da casa. Aparentemente, essa população que tem pouca qualificação profissional e provavelmente é de camada média baixa e baixa, sentiu vergonha ou invasão. Os contatos feitos por telefone foram os mais eficazes. Mas a entrevistadora chegou a marcar algumas famílias três vezes para a entrevista no CSE Jaraguá e estas famílias faltaram. Depois de três tentativas a entrevistadora desistia do sujeito.

Além destes problemas observados, houve, outros no acompanhamento ao grupo de reorientação alimentar do CSE Jaraguá, no ano 2005 no que diz respeito à multidisciplinaridade. Os profissionais

parecem ainda não ter muito claro o que é um trabalho em equipe e como é importante cada um e todos, refletindo na adesão ao tratamento dessas famílias.

As políticas de saúde, propostas pelo Ministério da Saúde 2005, e estratégias da Organização Mundial da Saúde, estão bem estruturadas, com manuais e operacionalidade. Cabe aos profissionais da saúde em todas as áreas (médicos, educadores físicos, assistentes sociais, fisioterapeutas, psicólogos, farmacêuticos, enfermeiros) maior mobilização e sensibilidade. Também há necessidade da inserção da comunidade para uma abordagem eficaz das famílias na compreensão a respeito da obesidade, sendo esta ainda sinônimo de preconceito, descaso, principalmente quando se refere à criança e ao adolescente.

O que ficou evidente é que se trata de uma doença complexa, multifatorial e que parece mexer com questões inconscientes e de difícil acesso, tanto para equipe de saúde quanto para os usuários do serviço. O prazer em comer é uma questão complexa. De acordo com Alvarenga (2003) é necessário desmistificar a crença de que o corpo é tão maleável quanto se deseja. O comer adequadamente está relacionado também com um comportamento socialmente aceitável, flexibilidade e satisfação. O ato de comer envolve o prazer, a lembrança, a relação com algo ou alguém.

“A alimentação é um objeto de extrema complexidade, suscetível de mobilizar numerosas disciplinas científicas: a Epidemiologia, a economia, a sociologia, a antropologia, a nutrição, a história, a psicologia, as disciplinas tecnológicas, entre outras” (POULAIN; PROENÇA, 2003). De tudo o que fica deste estudo é essa questão fundamental do real contato com o problema do excesso de peso, seus significados e significantes para saúde de forma geral.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRANTES, M. M.; LAMOUNIER, J. A.; COLOSIMO, E. A. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes das regiões Sudeste e Nordeste. **J. Pediatr.**, Rio Janeiro, v. 78, n. 4, p. 335-340, 2002.

ALBANO, R. D.; SOUZA, S. B. Ingestão de energia e nutrientes por adolescentes de uma escola pública. **J. Pediatr.**, Rio Janeiro, v. 77, n. 6, p. 512-516, Nov./Dez., 2001.

ALMEIDA, S. S.; NASCIMENTO, P. C. B. D.; QUAIOTI, T. C. B. Quantidade e qualidade de produtos alimentícios anunciados na televisão brasileira. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 353-355, Jun., 2002.

ALVARENGA, M. S. Abordagem do prazer no tratamento dos transtornos alimentares. **Saúde & Nutrição, Informativo** n. 6, Ago., 2003. Publicação da Danone para médicos e nutricionistas.

ALVARENGA, M. S.; DUNKER, K. L. L. Padrão e comportamento alimentar na anorexia e na bulimia nervosa. In: PHILIPPI, S. T.; ALVARENGA, M. (editors). **Transtornos alimentares: uma visão nutricional**. Barueri, SP: Manole, 2004. Cap. 8. p. 131-148.

ALVES, J. G. B. Atividade física em crianças: promovendo a saúde do adulto. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 3, n. 1, p. 5-6, Jan./Mar., 2003.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Soft drinks in schools. **Pediatrics**, Columbia, v. 113, n. 1., p. 152-154, Jan., 2004.

ANJOS, L. A.; CASTRO, I. R. R.; ENGSTROM, E. M.; AZEVEDO, A. M. F. Crescimento e estado nutricional em amostra probabilística de escolares do

Município do Rio de Janeiro, 1999. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, Supl. 1, p. 171-179, 2003.

ANTUNES, H.; SENNA, D. M. E. **Abordagem da família (criança, adulto, o adolescente e o idoso)**. Manual de condutas clínicas. Disponível em: <http://www.idsaude.org.br> Acesso em: 26 junho 2004.

ARAÚJO, B. C. Aspectos psicológicos da alimentação. In: PHILIPPI, S. T.; ALVARENGA, M. (editores) **Transtornos alimentares: Uma visão nutricional**. Barueri, SP: Manole, 2004. Cap. 6, p. 103-117.

ARAÚJO, M. F. M.; DEL FIACO, A.; PIMENTEL, L. S.; SCHMITZ, B. A. S. Custo e economia da prática do aleitamento materno para a família. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infantil**, Recife, v. 4, n. 2, p. 135-141, Abr./Jun., 2004.

AXELRUD, E.; GLEISER, D.; FISCHMANN, J. B. **Obesidade na infância**. Porto Alegre: Mercado Aberto, 1999. 96 p.

BALABAN, G.; SILVA, G. A. P. Efeito protetor do aleitamento materno contra a obesidade infantil. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 1, p. 7-16, Jan./Fev., 2004.

BALDARO, B.; ROSSI, N.; CATERINA, R.; CODEPOTI, M.; VALSAMO, A.; TROMBINI, G. Déficit in the discrimination of nonverbal emotions in children with obesity and their mathers. **Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord.**, London, v. 67, n. 3, p. 645-646, 2003.

BALLONE, G. J.; PEREIRA NETO, E.; ORTOLANI, I. V. Da emoção à lesão: um guia de medicina psicossomática. Barueri, São Paulo: Manole, 2002. p. 317.

BARRETO, S. M.; PINHEIRO, A. R. O.; SICHIERI, R.; MONTEIRO, C. A.; BATISTA FILHO, M.; SCHIMIDT, M. I.; LOTUFO, P. et al. Análise da estratégia global para alimentação, atividade física e saúde, da Organização Mundial da Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Brasília, v. 14, n. 1, p. 41-68, Jan./Mar., 2005.

BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 1, p. 181-191, 2003.

BERTUSSI, D. C.; OLIVEIRA, M. S. M.; LIMA, J. V. C. A unidade básica de saúde no contexto do sistema de saúde. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JÚNIOR, L. (org.). **Bases da saúde coletiva**. Londrina: UEL, 2001, p.133-143.

BIRCH, L. L. Os padrões de aceitação do alimento pelas crianças. In: ANAIS NESTLÉ – SABOR E SACIEDADE, 57., 1999, **Anais ...** Nestlé, 1999. p.12-20.

BORRAJO, E.; AGUERO, A.; CERNADA, J. Obesidade infantil: aspectos píquicos, estudo sobre conduta manifesta mediante a escala de Lavik. **An. Esp. Pediat.**, Barcelona, v. 11, p. 327- 40, 1978.

BORZEKOWSKI, D. L. G.; ROBINSON, T. N. The 30-second effect: an experiment revealing the impact of television commercials on food preferences of preschoolers. **J. Am. Diet. Assoc.**, New York, p. 42-46, 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia Alimentar para a população brasileira: Promovendo a alimentação saudável**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. 236 p. (Série A – Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SAS. CGPAN. Critérios para o diagnóstico e o acompanhamento do estado nutricional. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SAS. CGPAN. **Vigilância alimentar e nutricional** – SISVAN: orientações básicas para a coleta, processamento, a análise de dados e a informação em serviços de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. Part. II., p. 13-21. (Série A – Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. 2 ed. Rev. - Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. 48 p. (Série B Textos Básicos de Saúde).

BURDETTE, H. L.; WHITAKER, R. C.; KAHN, R. S.; HARVEY-BELINO, J. Association of maternal obesity and depressive symptoms with television – viewing time in low – income preschool children. **Arch. Pediatr. Adolesc. Méd.**, Chicago, v. 157, n. 9, p. 894-899, Sept., 2003.

CAMBRAIA, R. P. B. Aspectos psicobiológicos do comportamento alimentar. **Rev. Nut.**, Campinas, v. 17, n. 2, p. 217-225, Abr./Jun., 2004.

CAMPOS, A. R. Aspectos psicológicos da obesidade. In: FISBERG, M. **Atualização em obesidade na infância e adolescência**. SP: Atheneu, 2004. Cap. 10, p. 97–109.

CANNING, P. M.; COURAGE, M. L.; FRIZZELL, L. M. Prevalence of overweight and obesity in provincial population of Canadian preschool children. **C. M. A. J.**, Toronto, v. 171, n. 3, p. 240-242, Aug., 2003.

CINTRA, I. P.; FISBERG, M. Mudanças na alimentação de crianças e adolescentes e suas implicações para a prevalência de transtornos alimentares In: PHILIPPI, S. T.; ALVARENGA, M. (editores) **Transtornos**

alimentares: Uma visão Nutricional. Barueri, SP: Manole, 2004. p. 149 – 161.

COBELO, A. W. O papel da família no comportamento alimentar e nos transtornos alimentares. In: PHILIPPI, S. T.; ALVARENGA, M. (editores) **Transtornos alimentares:** Uma visão Nutricional. Barueri, SP: Manole, 2004. Cap. 7, p. 119 – 130.

COLE, T. J.; BELLIZZI, M. C.; FLEGAL, K. M.; DIETZ, W. H. Establishing a standard definition of child over weight and obesity world wide: international survey. **B M J**, Londres, v. 320, (7226), p. 1-6, 2000.

CONTI, M. A.; FRUTUOSO, M. F. P.; GAMBARDELLA, A. M. D. Excesso de peso e insatisfação corporal em adolescentes. **Rev. Nutr**, Campinas, v. 18, n. 4, p. 491-497, Jul./Ago., 2005.

COSTA, R. F. et al IMC por idade de escolares da cidade de Santos-SP, Brasil. In: REUNIÓN ANUAL DE LA SOCIEDAD LATINO AMERICANA DE INVESTIGACIÓN PEDIÁTRICA, 41., 2003, Santiago, Chile. **Resumo ...** Marbella, 2003b, p. [s. n.], p. 53.

CUTTING, T.M.; FISHER, J. O.; GRIMM-THOMAS, K.; BIRCH, L.L. Like mother, like daughter: familial patterns of overweight are medical by mothers' dietary disinhibition. **Am. J. Clin. Nutr.**, v. 69, p. 608-613, 1999.

DIETZ, W. H.; GORTMAKER, S. L. Do we fatten our children at television set? Obesity and television viewing in children and adolescents. **Pediatrics**, Columbia, v. 75, n.5, p. 807-812, May., 1985.

DIEZ GARCIA, R. W. D. Reflexos da globalização na cultura alimentar: considerações sobre mudanças na alimentação urbana. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 16, n. 4, p. 483-492, Out./Dez., 2003.

FAGUNDES, A. A. et al. **Vigilância alimentar e nutricional – SISVAN**. Orientações básicas para a coleta, processamento, a análise de dados e informação em serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 120 p.

FAITH, M. S.; HESHKA, S.; KELLER, K. L.; SHERRY, B.; MATZ, P. E.; PEITROBELLI, A.; ALLISON, D. B. Maternal – child feeding patterns and child body weight: findings from a population – based sample. **Arch. Pediatr. Adolesc. Med.**, Chicago, v. 157, n. 9, p. 926-932, Sep., 2003.

FISBERG, M. Primeiras palavras: Uma introdução ao problema do peso excessivo. In: _____ **Atualização em obesidade na infância e adolescência**. São Paulo: Atheneu, 2004. Cap. 1, p. 1-9.

FISHER, J. O.; BIRCH, L. Eating in the absence of hunger and overweight in girls from 5 to 7 y of age. **Am. J. Clin. Nutr.**, Columbia, v. 76, p. 226-231, 2002.

FONSECA, V. M.; SICHIERI, R.; VEIGA, G. V. Fatores associados à obesidade em adolescentes. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 6, p. 541-549, Dez., 1998.

FRANCIS, L. A.; HOFER, S. M.; BIRCH, L. L. Predictor of maternal child-feeding style: maternal and child characteristics. **Appetite**, Nova York, v. 37, p. 231-243, Dec., 2001.

FRENCH, S. A. Pricing effects on food choices. **J. Nutr.**, Seattle, v. 133, p. 841-843, 2003.

GOLAN, M.; WEIZMAN, A. Familial approach to the treatment of childhood obesity: conceptual mode. **J. Nutr. Educ.**, v. 33, n. 2, p.102-107, Mar./Apr., 2001.

GORTMAKER, S. L.; MUST, A.; SOBOL, A. M.; PETERSON, K.; COLDITZ, G. A.; DIETZ, W.H. Television viewing as a cause of increasing obesity among children in the United States, 1986-1990. **Arch. Pediatr. Adolesc. Med.**, Chicago, v.150, n. 4, p. 356, Apr., 1996.

GRANER, E. A. **Estatística, bases para seu emprego na experimentação agrônômica e em outros problemas biológicos**. 2 ed., São Paulo: Melhoramentos, 1966. 184 p.

GRIMALDI, R. Obesidade na infância: Aspectos psicológicos In: MOREIRA, C. C. (coord.). **Pediatria com psicologia**. São Paulo: Livraria Editora Santos, 1994. Cap. 3, p. 35 – 38.

GRUMMER-STRAWN, L. M.; MEI, Z. Does breastfeeding protect against pediatric overweight? Analysis of longitudinal data from the centers for disease control and prevention pediatric nutrition surveillance System. **Pediatrics**, Columbia, v. 113, n. 2, p. 81-86, Feb., 2004.

GUERRA, S.; OLIVEIRA, J.; RIBEIRO, J. C.; TEIXEIRA-PINTO, A.; DUARTE, J. A.; MOTA, J. Relação entre a atividade física regular e a agregação de fatores de risco biológico das doenças cardiovasculares em crianças e adolescentes. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 3, n. 1, p. 9-15, Jan./Mar., 2003.

HALPERN, A. **Entenda a obesidade e emagreça**. SP: MG Editores Associados, 1983.

HALPERN, A.; MATOS, A. F. G.; SUPPLY, H. L.; MANCINI, M. C.; ZANELLA, M. T. (Orgs.) **Obesidade**. SP: Lemos Editorial, 1998. 354 p.

HALPERN, A. **Obesidade**. In: _____ et al. (Orgs.) **Obesidade**. SP: Lemos Editorial, 1998. 354 p.

HALPERN, A. **Obesidade** infantil – aumento riscos de diabetes e problemas cardiovasculares. SP: 2002. Disponível em: www.boasaude.vol.com.br/news/index.cfm?news_ide=3813&mode=browse
Acesso em: 22 junho 2002.

HAYNAL, A.; ARCHINARD, M.; PASINI, W. Distúrbio da função nutricional. In: _____ **Medicina psicossomática: abordagem psicossociais**. São Paulo: Masson, 1983.

IBGE - Coordenação de índices de preços. **Pesquisa de orçamentos familiares 2002-2003**: primeiros resultados: Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro: IBGE, 2004b, 276 p.

JONIDES, L.; BUSCHBACHER, V.; BARLOW, S. E. Management of child and adolescent obesity: psychological, emotional, and behavioral assessment. **Pediatrics**, Columbia, v. 110, n. 1, p. 215-221, Jul., 2002.

KISHIMOTO, T. M. Bruner e a brincadeira. In: CERISARA, A.B.; BROUGÈRE, G.; DANTAS, H.; PERROT, J.; MRECH, L. M.; AMARAL, M. N. C. P.; KISHIMOTO, T. M. **O brincar e suas teorias**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002. Cap. 7. p. 139-153.

LAMONIER, J. A. Situação da obesidade na adolescência no Brasil. In: SIMPÓSIO SOBRE OBESIDADE E ANEMIA CARENCIAL NA ADOLESCÊNCIA, 2000, São Paulo. **Anais ...** São Paulo: Instituto Danone, 2000. p. 15-31.

LEÃO, E.; VIANA, M. B.; CORRÊA, E. J.; MOTA, J. A. .C. Obesidade. In: _____ **Pediatria ambulatorial**. 3 ed., Belo Horizonte: Cooperativa Editora e de Cultura Médica, 1998. 923 p.

LEITE, P. F. **Obesidade na clínica médica**. Belo Horizonte: Health, 1996.

LEMES, S. O.; MORAES, D. E. B.; VITOLO, M. R. Bases psicossomáticas dos distúrbios nutricionais na infância. **Rev. Nut.**, Campinas, v. 10, n. 1, 1997.

LEMES, S. O. Acompanhamento emocional da obesidade na infância e adolescência. In: FISBERG, M. **Atualização em obesidade na infância e adolescência**. São Paulo: Atheneu, 2004. Cap. 9, p. 85-96.

LEVY-COSTA, R.B.; SICHIERI, R.; PONTES, N. S.; MONTEIRO, C. A. Disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil: distribuição e evolução (1974-2003). **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, P. 530-540, Ago., 2005.

LOTTEMBERG, S. M. Obesidade. In: MAGNONI, D.; CURKIER, C. **Perguntas e respostas em nutrição**. São Paulo: Roca, 2001.

LOTUFO, P. A. **Obesidade** – Manual de condutas médicas. Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina. Disponível em: www.idsaude.org.br/medicina Acesso em: 26 julho 2004.

MEDEIROS-NETO, G. Repercussões endocrinológicas da obesidade. In: HALPERN, A. et al. (Orgs.) **Obesidade**. SP: Lemos Editorial, 1998. p. 115-130.

MELLO, E. D.; LUFT, V. C.; MEYER, F. Obesidade infantil: Como podemos ser eficazes? **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 3, p. 173 – 182, Mai./Jun., 2004.

MONTEIRO, C. A. Epidemiologia da obesidade. In: HALPERN, A. et al. (Orgs.) **Obesidade**. SP: Lemos Editorial, 1998. p. 15-30

MONTEIRO, C. A.; MONDINI, L.; COSTA, R. B. L.; Mudanças na composição e adequação nutricional da dieta familiar nas áreas metropolitanas do Brasil (1988-1996). **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 251-258, Jun., 2000.

NÓBREGA, F. J.; CAMPOS, A. R.; NASCIMENTO, C. T. L. **Distúrbios nutricionais e vínculo mãe/filho**. 2. ed., SP: Revinter, 2000.

OLIVEIRA, A. M. A.; CERQUEIRA, E. M. M.; OLIVEIRA, A. C. Prevalência de sobrepeso e obesidade infantil na cidade de Feira de Santa-BA: detecção na família x diagnóstico clínico. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 4, p. 325-328, Jul./Ago., 2003.

OLIVEIRA, E. A.; REIS, M. R. **Desenvolvimento gerencial para Unidades Básicas de Saúde Centro Escola Saúde Jaraguá**. 2004. Monografia (conclusão do curso de pós-graduação). Universidade Federal de Uberlândia-MG. 2004.

OLIVEIRA, M. A. A.; OSÓRIO, M. M. Consumo de leite de vaca e anemia ferropriva na infância. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 5, p. 361-367, Set./Out., 2005.

PARRA-CABRERA, M. S.; HERNÁNDEZ, B.; DURÁN-ARENAS, L.; LÓPEZ-ARELLANO, O. Modelos alternativos para el análisis epidemiológico de la obesidad como problema de salud publica. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 314-325, Jun., 1999.

PEREIRA, J. C. M. **Medicina, saúde e sociedade**. Ribeirão Preto: Villimpress, 2003. 222 p.

PHILIPPI, S. T.; ALVARENGA, M. (editores) **Transtornos alimentares: uma visão nutricional**. Barueri, SP: Manole, 2004. p. 226.

POST, C. L.; VICTORA, C. G.; BARROS, F. C.; HORTA, B. L.; GUIMARÃES, P. R. V. Desnutrição e obesidade infantis em duas coortes de base populacional no sul do Brasil: tendências e diferenciais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, supl. 1, p. 49-57, 1996.

POULAIN, J. P.; PROENÇA, R. P. C. Reflexões metodológicas para o estudo das práticas alimentares. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 16, n. 4, p. 365-386, Out./Dez., 2003.

RAMOS, M.; STEIN, L. M. Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. **J. Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 76, Supl. 3, p. 229-237, 2000.

RAMPERSAUD, G. C.; PEREIRA, M. A.; GIRAARD, B. L.; ADAMNS, J.; METZL, J. D. Breakfast habits, nutritional status, body weight, and academic performance in children and adolescents. **J. Am. Diet. Assoc.**, Nova York, v. 105, p. 743-760, 2005.

RAVUSSIN, E.; WALDER, K. Balanço energético. In: HALPERN, A. et al. (Orgs.) **Obesidade**. SP: Lemos Editorial, 1998. p. 81-102.

REGO, R. A.; BERARDO, F. A. N.; RODRIGUES, S. S. R.; OLIVEIRA, Z. M. A.; OLIVEIRA, M. B.; VASCONCELLOS, C.; AVENTURATO, L. V. O.; MONCAU, J. E. C.; RAMOS, L. R. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis. Inquérito domiciliar no município de São Paulo – SP. Metodologia e resultados preliminares. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 277-285, Ago., 1990.

REZENDE, I. M. A. A.; REZENDE, C. A. A.; REZENDE, A. A. A.; MELO, M. S. R. Avaliação nutricional em escolares do ensino fundamental, Uberlândia, 2004. In: CONGRESSO NACIONAL DA REDE UNIDA, 6., 2005, Belo Horizonte. **Anais ...** Londrina: Olho Mágico, 2005. p. 348-349.

REPETTO, G. Histórico da obesidade. In: HALPERN, A.; MATOS, A. F. G.; SUPPLY, H. L.; MANCINI, M. C.; ZANELLA, M. T. (orgs.) **Obesidade**. São Paulo: Lemos, 1998. p. 3-13.

ROMALDINI, J. H. **Obesidade e transtornos alimentares**: Programa de educação continuada. São Paulo: Lemos, 2000. p. 9-20.

ROTENBERG, S.; VARGAS, S. Práticas alimentares e o cuidado da saúde: da alimentação da criança à alimentação da família. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 4, n. 1, p. 85-94, Jan./Mar., 2004.

SANNER, M. S. E.; GOMES, M. B. A obesidade infantil já atinge cerca de 10% das crianças brasileiras. SP, 2001. Disponível em: <http://www.boasaude.bol.com.br/lib/showodc.cfmilibdaid=3961&returnca+1>
Acesso em: 10 fev. 2004.

SANTORO, J. R.; DANELUZZI, J. C.; BARBIERI, M. A.; RICCO, R. G. Obesidade na infância. In: WOISK, J. R. (org.) **Nutrição e dietética em Pediatria**. 3 ed., São Paulo: Atheneu, 1998. Cap. 15. p. 251-261.

SANTOS, G. V. B. **Excesso de peso e seus fatores de risco em adolescentes da rede pública e privada de ensino no município de Ribeirão Preto**. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP. 2003. p. 38.

SARTI, C. A. Os filhos dos trabalhadores: quem cuida das crianças? In: OLIVEIRA, E. M.; SCAVONE, L. (org.) et al. **Trabalho, saúde e gênero na era da globalização**. Goiânia: Cultura e Qualidade, 1997. p. 51-67.

SECRETARIA MUNICIPAL DE PLANEJAMENTO E DESENVOLVIMENTO URBANO – SEDUR – Divisão do Planejamento Social. **Dados**

populacionais – Estimativa 2004. Disponível em:
<http://www.uberlandia.gov> Acesso em: 07 nov. 2005.

SICHERI, R.; VEIGA, G. V. Obesidade na adolescência. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Cadernos, juventude saúde e desenvolvimento**, v.1. Brasília, DF, agosto, 1999. 303p. Cap. 26.

SIEGEL, S. **Estatística não-paramétrica, para as ciências do comportamento.** Tradução: Alfredo Alves de Farias. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1975. 350 p.

SILVA, R. A. **Obesidade e sexualidade na adolescência.** Monografia apresentada para obtenção do título de Especialista em Orientação Sexual. Universidade Federal de Uberlândia, 1998. 61 p.

SILVA, R. C. R.; MALINA, R. M. Nível de atividade física em adolescentes do município de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 1091-1097, Out./Dez., 2000.

SILVA, G. A. P.; BALABAN, G.; FREITAS, M. M. V.; BARACHO, J. D. S.; NASCIMENTO, E. M. M. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças pré-escolares matriculadas em duas escolas particulares de Recife, Pernambuco. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 3, n. 3, 323-327, Jul./Set., 2003.

SILVA, G. A. P.; BALABAN, G.; MOTTA, M. E. F. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes de diferentes condições socioeconômicas. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 5, n. 1, P. 53-59, Jan./Mar., 2005.

SIMMONS, D.; BREIER, B. H.; FRASER, R.; SOLTANI, H.; STETTLER, N.; STALLINGS, V.; CUNDY, T.; LANGLEY-EVANS, S. Adult obesity and growth in childhood. Mothers tend to pass their dietary habits on to their children. **B M J**, Londres, v. 324 (7338), May., p. 674, 2002.

SONODA, M. F. **Educação educacional na prevenção da obesidade infantil** - SP. Disponível em: <www.saudefoz.com.br/artigo007>

Acesso em 26 abr. 2004.

SOTELO, Y. O. M.; COLUGNATI, F. A. B.; TADDEI, J. A. A. C. Prevalência de sobrepeso e obesidade entre escolares da rede pública segundo três critérios de diagnóstico antropométrico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 233-240, Jan./Fev., 2004.

STRAUSS, R. S.; POLLACK, H. A. Social marginalization of overweighth children. **Arch. Pediat. Adolesc. Med.**, Chicago, v. 157, n. 8, p. 746-752, Aug., 2003.

STRAWN, L. M.; MEI, Z. Does breastfeeding protect pediatric overweight? Analysis of longitudinal data from centers of disease control an Prevention Pediatric Nutrion on Suveillance System. **Pediatrics**, v. 113, n. 2, Feb., 2004.

TREUTH, M. S.; BUTTE, N. F.; WONG, W. W.; ELLIS, K. J.; MARTIN, L. J.; COMUZZIE, A. G. Effects of familial predisposition to obesity on energy expenditure in multiethnic prepubertal girl. **Am. J. Clin. Nutr.**, Columbia, v. 71, n. 4, p. 893-900, Apr., 2000.

TREUTH, M. S.; BUTTE, N. F.; ELLIS, K. J.; MARTIN, L. J.; COMUZZIE, A. G. Familial resemblance of body composition in prepubertal girls and their biological parentes. **Am. J. Clin. Nutr.**, Columbia, v. 74, n. 4, p. 529-533, Oct., 2001.

VAN HORN, L. Liquid Sweets and candy treats: is that all there is? **Journal of the American Dietetic Association**, p. 191, 2005.

VIUNISKI, N. A família do obeso. In: _____ **Obesidade infantil**. Guia prático. Rio de Janeiro: EPUB, 1999. Cap. 3, p. 9 – 16.

ZALUAR, A. Os trabalhadores em suas famílias: trabalho e pobreza. In: _____ **A máquina e a revolta**. As organizações populares e o significado da pobreza. 2 ed., São Paulo: Ed. Brasiliense, 1995. p. 128-130.

ZIMMERMANN, M. B.; GÜBELI, C.; PÜNTENER, C.; MOLINARI, L. Overweight and obesity in 6-12 year old children in Switzerland. **Swiss. Med. Wkly.**, Zurich, v. 134, n. 35, p. 523-528, 2004.

WILLIAMS, C. L.; GULLI, M. T.; DECKELBAWN, R. J. Preventrion and treatment of childhood obesity. **Curr. Atheroscler Rep.**, v. 3, n. 6, p. 486-97, Nov., 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases**. Geneva: WHO/FAO, 28 Jan. – 1 Feb., 2002. 149 p. (WHO technical report series; 916).

ANEXO
APÊNDICES

ANEXO A

Universidade Federal de Uberlândia
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP
Av. João Naves de Ávila, nº 2160 - Bloco J - Campus Santa Mônica - Uberlândia-MG -
CEP 38400-089 - FONE/FAX (034) 239-4131

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA Nº 007/05

Projeto CEP nº: 009/05

Projeto Pesquisa: *“Obesidade infantil e contexto familiar: uma questão de saúde pública”*

Pesquisador Responsável: *Camila Azenha Alves de Rezende*

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, o CEP manifesta-se pela aprovação, do projeto de pesquisa proposto.

Situação: Projeto aprovado.

Uberlândia, 11 de fevereiro de 2005.

Profa. Dra. Sandra Terezinha de Farias Furtado
Coordenadora do CEP/UFU

Orientações ao pesquisador:

(Para parecer Aprovado ou Aprovado com Recomendações)

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item III.2.e). O prazo para entrega de relatório é de 120 dias após o término da execução prevista no cronograma do projeto, conforme norma da Res. 196/96 CNS.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

TÍTULO: Estudo de Características Alimentares de Crianças e Adolescentes com Excesso de peso e de seus cuidadores de uma Unidade Básica de Saúde do Município de Uberlândia, Minas Gerais.

PESQUISADORA: **Camila Azenha Alves de Rezende**

E-mail: **camilaazinha@yahoo.com.br**

Eu, _____, CI: _____ responsável pelo (a) menor _____ concordo em participar da pesquisa - : Estudo de Características Alimentares de Crianças e Adolescentes com Excesso de peso e de seus cuidadores de uma Unidade Básica de Saúde do Município de Uberlândia, Minas Gerais. que tem como objetivo investigar a associação entre excesso de peso e relações no contexto alimentar familiar, na qual participarei de uma entrevista realizada por meio de questionário subdividido em dez partes composto por perguntas abertas e fechadas, e estou ciente dos possíveis benefícios que a pesquisa possa vir a trazer para este contexto vivido. Estou ciente também que tenho o direito a esclarecimentos antes e durante o curso da pesquisa, a forma de acompanhamento e assistência, além de liberdade de me recusar a participar ou retirar meu consentimento, em qualquer fase sem penalização alguma e sem prejuízo ao meu cuidado no Grupo de Obesos do Centro de Saúde Escola – Jaraguá da cidade de Uberlândia M.G.; bem como autorizo que os registros relativos a esta pertencentes ao Projeto de Dissertação de mestrado - : Estudo de Características Alimentares de Crianças e Adolescentes com Excesso de peso e de seus cuidadores de uma Unidade Básica de Saúde do Município de Uberlândia, Minas Gerais, possam eventualmente ser utilizados como material de trabalhos científicos a serem divulgados em congressos, revistas ou livros especializados, resguardando-se o devido sigilo quanto à minha identificação.

A pesquisa não envolverá riscos para mim (colaborador) nem quanto a minha integridade física nem quanto à psíquica ou exposição ao público ou dano moral, pois serão questionários que não aparecerão informações que permita a minha identificação. Também sendo que os mesmos ficarão sob total responsabilidade do pesquisador. Ser colaborador da pesquisa não implicará em nenhum custo financeiro para o mesmo.

Assim, ciente dos termos acima, considera-se que eu (sujeito colaborador) disponho-me a colaborar com a pesquisa, por meio da entrevista a ser realizada pela pesquisadora, mestranda da Universidade de São Paulo - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Camila Azenha Alves de Rezende.

(Colaborador)

Camila Azenha Alves de Rezende (Pesquisadora)

Uberlândia, ____ de _____ de _____

APÊNDICE B

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL

TÍTULO: Estudo de Características Alimentares de Crianças e Adolescentes com Excesso de peso e de seus cuidadores de uma Unidade Básica de Saúde do Município de Uberlândia, Minas Gerais.

I - IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA:

Data:___/___/___

Nome:_____

Endereço:_____

Telefone:_____/_____

Sexo: () feminino () masculino () ignorado

Idade:_____anos completos

Estuda atualmente? ()sim ()não Que série? _____

Última série que completou:_____

Anos de estudo completos:_____

Fica em creche?_____

II - IDENTIFICAÇÃO DO CUIDADOR

Nome:_____

Endereço:_____

Telefone:_____/_____

Sexo: () feminino () masculino () ignorado

Idade:_____anos completos

Parentesco com a criança :

() pai () mãe () tio () avô () outro _____

Há quanto tempo cuida da criança? _____

Ocupação: _____

III- DADOS DA CRIANÇA:

Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____
 NCHS: _____

IV - DADOS DO CUIDADOR DA CRIANÇA:

Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____

V - HÁBITOS ALIMENTARES DA FAMÍLIA E RECORDATÓRIO DO CUIDADOR

1. As refeições são feitas no mesmo horário pela família? (sem a criança)
 - a) Quase nunca b) De 1 a 3 vezes por semana c) Mais do que três vezes por semana d) Diariamente
2. Todos comem juntos? () sim () às vezes () não
3. Caso alguém coma separado, liste as pessoas:
 - a) _____
 - b) _____
 - c) _____
4. Local que são feitas as refeições:
 - a) Em torno da mesa
 - b) Em frente à televisão
 - c) Cada um em um lugar diferente
 - d) Outros. Qual ou quais outros? _____
5. Quantas refeições são feitas por dia?
 - a) 1 refeição b) 2 refeições c) 3 refeições d) 4 refeições
 - e) 5 refeições f) 6 refeições
6. Quais refeições são feitas no dia?
 - a) café da manhã b) lanche da manhã c) almoço d) lanche da tarde
 - e) jantar f) ceia
- 6.1 É todo dia assim? () sim () não
8. De quem é a responsabilidade pelo preparo das refeições?
 - a) mãe b) pai c) cuidador d) empregada e) outros

9. De quem é a responsabilidade de compra dos alimentos?
a) mãe b) pai c) cuidador d) empregada e) outros
10. A mãe da criança trabalha fora de casa?
a) sim/ integralmente b) sim/ parcialmente c) não d) não sabe
11. Qual a ocupação atual da mãe?_____
12. Todos na casa comem a mesma comida?
a) sim b) não c) não sabe

**QUESTIONÁRIO DE CARACTERÍSTICAS ALIMENTARES DAS ÚLTIMAS
24 HORAS**

(respondido pelo cuidador)

Desjejum:

1 () café_____

2 () chá mate/preto_____

3 () outros chás_____

4 () leite_____

5 () fruta_____

6 () queijo_____

7 () bolacha/biscoito_____

8 () pão_____

9 () margarina/manteiga_____

10 () açúcar_____

11 () outros_____

Colação:

1 () fruta_____

2 () suco_____

3 () outros_____

QUESTIONÁRIO DE CARACTERÍSTICAS ALIMENTARES DAS ÚLTIMAS 24 HORAS

(respondido pelo cuidador)

Almoço:

1 () vegetal a _____

2 () vegetal b _____

3 () vegetal c _____

4 () arroz _____

5 () feijão _____

6 () carne vermelha _____

7 () carne branca _____

8 () óleo _____

9 () banha _____

10 () doce _____

11 () suco _____

12 () refrigerante _____

13 () fruta _____

14 () água _____

15 () outros _____

Lanche:

1 () café _____

2 () chá mate/preto _____

3 () outros chás _____

4 () leite _____

5 () fruta _____

6 () queijo _____

7 () bolacha/biscoito _____

8 () pão _____

9 () margarina/manteiga_____

**QUESTIONÁRIO DE CARACTERÍSTICAS ALIMENTARES DAS ÚLTIMAS
24 HORAS**

(respondido pelo cuidador)

Jantar:

1 () vegetal a _____

2 () vegetal b _____

3 () vegetal c _____

4 () arroz _____

5 () feijão _____

6 () carne vermelha _____

7 () carne branca _____

8 () óleo _____

9 () banha _____

10 () doce _____

11 () suco _____

12 () refrigerante _____

13 () fruta _____

14 () água _____

15 () outros _____

Ceia:

1 () café _____

2 () chá mate/preto _____

3 () outros chás _____

4 () leite _____

5 () fruta _____

* Vegetal A: Acelga, Alface, Brócolis, Mostarda, Rabanete, Agrião, Chicória, Couve-Flor, Repolho, Almeirão, Pepino, Tomate, Espinafre, Nabo, Couve

*Vegetal B: Abóbora, Abobrinha, Beringela, Beterraba, Cenoura, Cebola, Chuchu, Ervilha, Palmito, Pimentão, Quiabo, Vagem

*Vegetal C: Batata doce, cará, mandioca, batata inglesa

MÉDIA DE CONSUMO MENSAL DE ALGUNS ALIMENTOS

Óleo mensal: _____

Açúcar: _____ Sal: _____

Arroz: _____ Café: _____

VI - HÁBITOS ALIMENTARES DA CRIANÇA E RECORDATÓRIO DA CRIANÇA

1. A criança faz as refeições no mesmo horário?
a) Quase nunca b) De 1 a 3 vezes por semana
c) Mais do que três vezes por semana d) Diariamente
2. A criança costuma comer separado ? () sim () não () as vezes
3. A criança, em que local(ais) costuma fazer as refeições?
a) Em torno da mesa
b) Em frente à televisão
c) Outros. Qual ou quais outros locais? _____
4. A criança faz quantas refeições por dia?
a) 1 refeição b) 2 refeições c) 3 refeições d) 4 refeições
e) 5 refeições f) 6 refeições
5. Quais refeições são feitas no dia?
a) café da manhã b) lanche da manhã c) almoço d) lanche da tarde
e) jantar f) ceia
- 5.1. É todo dia assim? ()sim ()não
6. De quem é a responsabilidade pelo preparo das refeições da criança?
a) mãe b) pai c) cuidador d) empregada e) a própria criança
f) outros
7. A criança come a mesma comida que todos na casa?
a) sim b) não c) não sabe

**QUESTIONÁRIO DE CARACTERÍSTICAS ALIMENTARES DAS ÚLTIMAS
24 HORAS**

(da criança respondido pelo cuidador)

Desjejum:

1 () café_____

2 () chá mate/preto_____

3 () outros chás_____

4 () leite_____

5 () fruta_____

6 () queijo_____

7 () bolacha/biscoito_____

8 () pão_____

9 () margarina/manteiga_____

10 () açúcar_____

11 () outros_____

Colação:

1 () fruta_____

2 () suco_____

3 () outros_____

**QUESTIONÁRIO DE CARACTERÍSTICAS ALIMENTARES DAS ÚLTIMAS
24 HORAS**

(da criança respondido pelo cuidador)

Almoço:

1 () vegetal a _____

2 () vegetal b _____

3 () vegetal c _____

4 () arroz _____

5 () feijão _____

6 () carne vermelha _____

7 () carne branca _____

8 () óleo _____

9 () banha _____

10 () doce _____

11 () suco _____

12 () refrigerante _____

13 () fruta _____

14 () água _____

15 () outros _____

Lanche:

1 () café _____

2 () chá mate/preto _____

3 () outros chás _____

4 () leite _____

5 () fruta _____

6 () queijo _____

7 () bolacha/biscoito _____

8 () pão _____

9 () margarina/manteiga _____

**QUESTIONÁRIO DE CARACTERÍSTICAS ALIMENTARES DAS ÚLTIMAS
24 HORAS**

(da criança respondido pelo cuidador)

Jantar:

- 1 () vegetal a _____
- 2 () vegetal b _____
- 3 () vegetal c _____
- 4 () arroz _____
- 5 () feijão _____
- 6 () carne vermelha _____
- 7 () carne branca _____
- 8 () óleo _____
- 9 () banha _____
- 10 () doce _____
- 11 () suco _____
- 12 () refrigerante _____
- 13 () fruta _____
- 14 () água _____
- 15 () outros _____

Ceia:

- 1 () café _____
- 2 () chá mate/preto _____
- 3 () outros chás _____
- 4 () leite _____
- 5 () fruta _____

VIII- HISTÓRIA DO ALEITAMENTO DA CRIANÇA

1. A criança mamou no peito () sim () não até que idade? _____
2. Até que idade mamou só no peito? _____
3. Com que idade foram introduzidos outros alimentos? _____(incluindo água, chá...).
4. Em que idade a criança foi desmamada? _____
5. Que leite foi introduzido para substituir o leite materno? _____

IX- HÁBITOS DA CRIANÇA

1. A criança assiste televisão com que frequência?
 - 1.1. Manhã: () sim () não () não sabe. Quantas horas?__ () não sabe
 - 1.2. Tarde: () sim () não () não sabe. Quantas horas?__ () não sabe
 - 1.3. Noite: () sim () não () não sabe. Quantas horas?__ () não sabe
 - 1.4. Almoço: () sim () não () não sabe. Quantas horas?__ () não sabe
 - 1.5. Jantar: () sim () não () não sabe. Quantas horas?__ () não sabe
2. A criança assiste televisão todos os dias?
 - a) sim b) não c) não sabe
3. A criança se alimenta enquanto assiste televisão?
 - a) nunca b) quase nunca c) de 1 a 3 vezes d) mais que 3 vezes
 - e) dificilmente
4. Que tipos de alimentos são ingeridos assistindo televisão?
 - a) pipoca b) refrigerante c) salgadinhos d) chocolate e) frutas f) água
 - g) suco natural h) suco artificial i) frituras j) pão k) leite l) doces
 - m) outros
5. A criança faz uso de computador? ()sim () não () não sabe
6. Quantas horas por dia? _____
7. A criança come enquanto usa computador? () sim () não () não sabe
8. A criança faz uso de vídeo-game? () sim () não () não sabe
9. Quantas horas por dia? _____
10. A criança come enquanto joga vídeo-game? () sim () não () não sabe

X- HÁBITOS DA FAMÍLIA

1. A família assiste televisão com que frequência?
 - 1.1. Manhã: () sim () não () não sabe. Quantas horas?__ () não sabe
 - 1.2. Tarde: () sim () não () não sabe. Quantas horas?__ () não sabe
 - 1.3. Noite: () sim () não () não sabe. Quantas horas?__ () não sabe
 - 1.4. Almoço: () sim () não () não sabe. Quantas horas?__ () não sabe
 - 1.5. Jantar: () sim () não () não sabe. Quantas horas?__ () não sabe
2. A família assiste televisão todos os dias? a) sim b) não c) não sabe
3. A família se alimenta enquanto assiste televisão?
 - a) nunca b) quase nunca c) sim de 1 a 3 vezes d) sim mais que 3 vezes
4. Que tipos de alimentos são ingeridos assistindo televisão?
 - a) pipoca b) refrigerante c) salgadinhos d) chocolate e) frutas f) água
 - g) suco natural h) suco artificial i) frituras j) pão k) leite l) doces
 - m) outros
5. A família faz uso de computador? () sim () não () não sabe
6. Quantas horas por dia?_____
7. A família come enquanto usa computador? () sim () não () não sabe
8. A família faz uso de vídeo-game? () sim () não () não sabe
9. Quantas horas por dia?_____
10. A família come enquanto joga vídeo-game? () sim () não () não sabe

APÊNDICE C

AEROGRAMA

Srs. Pais,

Foi realizada uma pesagem na E.E. Marechal Castelo Branco. Verificamos que sua criança encontra-se com peso acima do peso normal.

A_____ do serviço está oferecendo um tratamento e acompanhamento junto às famílias, devido as implicações de saúde o peso acima do normal faz acarretar. Caso haja interesse estamos já agendando uma primeira entrevista para o dia ____ de _____ de 2005, às _____ hs no Centro de Saúde de Jabaguá na Av. Aspirante Mega, nº 77, caso não dê nesta data, favor entrar em contato nos telefones: 32125659 / 99925167.

Aguardamos sua presença.

Ob.: Na primeira entrevista não precisa trazer a criança apenas o registro para abrir ficha ou cartão do Centro de Saúde.

APÊNDICE D

Universidade Federal de Uberlândia
Centro de Saúde Escola Jaraguá
Escola Estadual Marechal Castelo Branco

CARTA AOS PAIS

Srs. Pais,

Na Escola Estadual Marechal Castelo Branco, existe um acompanhamento dos alunos da Escola pela pediatria do Centro de Saúde Escola Jaraguá junto com os alunos do curso de Medicina. Foram realizadas pesagens de todas as crianças da escola com a intenção de diagnosticar tanto os de baixo peso quanto os de alto peso (obesos).

O seu filho(a) está com _____ e gostaríamos de fazer uma investigação das causas e orientação alimentar. Está agendada uma consulta no dia ____/____/____ no Centro de Saúde Escola Jaraguá às 15 horas. Seria importante comparecer!