



OSCAR FIDEL ANTUNEZ MARTINEZ

**FATORES DE RISCO PARA A OBESIDADE EM PRÉ-ESCOLARES: SUBSÍDIOS
PARA A PRÁTICA DA ENFERMAGEM**

**Rio Grande
2020**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG
ESCOLA DE ENFERMAGEM - EENF
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - PPGENF
MESTRADO EM ENFERMAGEM

OSCAR FIDEL ANTUNEZ MARTINEZ

**FATORES DE RISCO PARA A OBESIDADE EM PRÉ-ESCOLARES: SUBSÍDIOS
PARA A PRÁTICA DA ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – FURG como pré-requisito para a qualificação no curso de mestrado em enfermagem.

Linha de pesquisa: Tecnologias de enfermagem/saúde a indivíduos e grupos sociais.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Giovana Calcagno Gomes.

Rio Grande

2020

Ficha Catalográfica

M385f Martinez, Oscar Fidel Antunez.

Fatores de risco para a obesidade em pré-escolares: subsídios para a prática da enfermagem / Oscar Fidel Antunez Martinez. – 2020. 221 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio Grande/RS, 2020.

Orientadora: Dra. Giovana Calcagno Gomes.

1. Criança 2. Pré-escolar 3. Obesidade 4. Enfermagem I. Gomes, Giovana Calcagno II. Título.

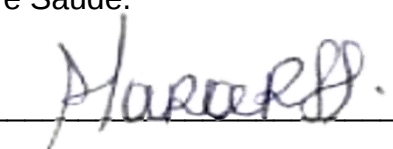
CDU 613.25-053.4

Catálogo na Fonte: Bibliotecário José Paulo dos Santos CRB 10/2344

OSCAR FIDEL ANTUNEZ MARTINEZ

**FATORES DE RISCO PARA A OBESIDADE EM PRÉ-ESCOLARES: SUBSÍDIOS
PARA A PRÁTICA DA ENFERMAGEM**

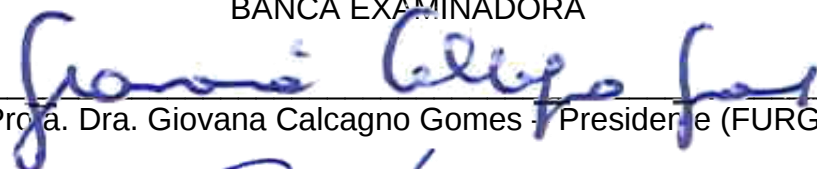
Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de **Mestre em Enfermagem** e aprovada na sua versão final em 17 de Fevereiro de 2020, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.



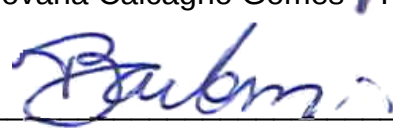
Mara Regina Santos da Silva

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem FURG

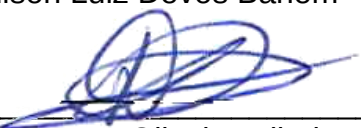
BANCA EXAMINADORA



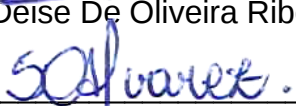
Profa. Dra. Giovana Calcagno Gomes – Presidente (FURG)



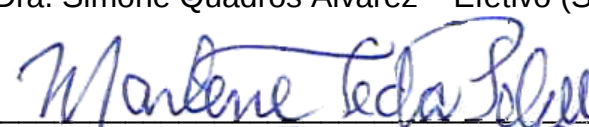
Prof. Dr. Edison Luiz Devos Barlem – Efetivo (FURG)



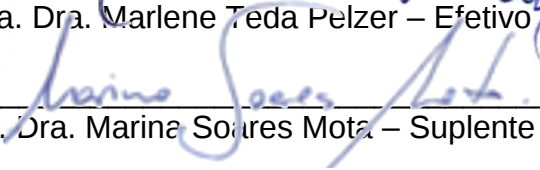
Profa. Dra. Deise De Oliveira Ribeiro – Efetivo (FURG)



Profa. Dra. Simone Quadros Alvarez – Efetivo (SENAC)



Profa. Dra. Marlene Teda Pelzer – Efetivo (FURG)



Profa. Dra. Marina Soares Mota – Suplente (UFPEL)

Dedico esta dissertação

A todas as pessoas que sonham, e lutam contra os obstáculos para alcançar seus sonhos. E aqueles que incentivam as pessoas ao seu redor a sonhar sem limites e a acreditar que são possíveis.

Especialmente, minha mãe Karen Martínez, minha avó Enma Thompson, minha tia Laura Collier, minhas amigas Francia Zerón, Delia Jones e minha orientadora Giovana Gomes, que foram as luzes de inspiração e apoio incondicional em etapas chaves da minha vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelas conquistas alcançadas, pela luz concedida nos momentos difíceis da minha vida, seu abrigo acolhedor, foi um refúgio que me recarregou de forças para continuar com um passo firme até alcançar cada uma das metas que coloquei em minha vida. Minha fé em meu pai celestial é a base da minha vocação e paixão pelo serviço aos outros. Gratidão.

A minha mãe, Karen Yesenia Martínez Thompson, pelo apoio incondicional em cada uma das minhas coisas loucas ideias. Apesar de não entender o propósito do meu caminho, seu respeito e confiança em cada uma das minhas decisões é o que me permitiu criar minha carreira profissional, ciente das necessidades dos outros. Amor e gratidão imutáveis.

A minha avó, Candida Enma Thompson Bran, mulher que desempenhou um papel fundamental no sedimento dos meus princípios e valores. Sem sua compreensão, boa influência e conselho, não sei onde teria terminado naqueles dias críticos da minha vida. Minha gratidão, admiração e amor por você sempre.

A minha tia, Laura Collier, pelas palavras afetuosas, que fortaleceram minha confiança em mim mesmo. Graças à sua participação nesta fase da minha vida, sinto-me mais motivado a desempenhar um papel semelhante para outra pessoa no futuro, multiplicando as ações altruístas e compassivas que você me ensinou.

A minha princesa e prima, Alejandra Yesenia Martínez Cáceres, por ser uma pioneira que despertou minha inclinação pela área pediátrica e, sem o traço que você deixou na minha vida, este projeto nunca teria visto a luz.

A minha tia, Lesly Sagrario Cáceres Urbina, quem sempre acreditou em mim e me motivou para lutar por meus sonhos. Gratidão.

A minha orientadora, Giovana Calcagno Gomes, por toda a confiança em mim depositada, a paciência sem limites e aos ensinamentos preciosos repassados que carregarei eternamente em minha caminhada. Todo meu respeito, carinho e admiração.

Ao Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem e Saúde da Criança e Adolescente, que me acolheu desde 2018, sendo uma fonte de apoio e possibilitando o desenvolvimento deste trabalho e pelo enriquecimento com as trocas de conhecimentos. A todos os integrantes meu reconhecimento, carinho e admiração.

A Universidade Federal do Rio Grande, particularmente ao programa de pós-graduação em Enfermagem e Saúde, por me ter recebido em sua instituição, possibilitando hoje essa conquista alcançada.

Aos colegas do mestrado, amigos do movimento Coral, e irmãos da igreja, com quem tive o imenso prazer em conviver. Presentes que Deus me concedeu.

Como existe uma parte em você que é imperfeita ou danificada, ela pode motivá-lo a trabalhar duro para superá-la e, mais cedo ou mais tarde, isso pode lhe trazer sucesso na vida. Também pode ajudá-lo a se identificar com os outros e se tornar mais compassivo. Não se desespere com o que há de imperfeito em você. Em vez disso, olhe para seus problemas com amor.

- Kaemin Sunim

RESUMO

ANTUNEZ MARTINEZ, Oscar Fidel. **Fatores de risco para a obesidade em pré-escolares:** subsídios para a prática da enfermagem. 2020. 221 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

A obesidade é uma enfermidade crônica que desperta preocupação do sistema de saúde. A prevalência mundial de obesidade infantil aumentou de 4,5% em 1990 para 6,7% em 2010 e para 2020 está estimada em 12,1% ou 60 milhões. Nesse sentido, este estudo, de cunho misto, objetivou conhecer os fatores de risco de obesidade em crianças pré-escolares. Teve como contexto três pré-escolas do município de Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. Os dados foram coletados no primeiro semestre de 2019. Na etapa quantitativa foram pesadas e medidas 288 crianças, sendo 122 com quatro anos e 166 com cinco anos, matriculadas em três pré-escolas. 64 crianças foram classificadas como obesas pela técnica do percentil ou escore z para a idade propostas pela Organização Mundial da Saúde e 26 pais ou responsáveis convidados participaram da etapa qualitativa. Os dados qualitativos foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas. Os dados quantitativos foram analisados por meio da estatística descritiva e apresentados na forma de quadros ou tabelas e os qualitativos analisados pela técnica de Análise Temática. Os aspectos éticos para pesquisas com seres humanos foram seguidos de acordo com a resolução 466/12. Observou-se uma prevalência significativa de Obesidade de 12,33 % (15 casos) em crianças de quatro anos e de 29,56 % (49 casos) das crianças com cinco anos com uma prevalência de obesidade total de 22,22 % (64 casos). Descobriu-se uma prevalência maior da obesidade nas crianças do sexo masculino com 56,30% (36 casos) enquanto que o sexo feminino foi de 43,20% (28 casos). Notou-se uma diferença significativa nas crianças obesas da turma da tarde em comparação com as crianças da turma da manhã que tomam o café da manhã na escola de acordo ao plano alimentar da nutricionista do município. Os responsáveis não percebiam suas crianças como obesas. Relacionaram a obesidade ao desmame e a inclusão de fórmulas lácteas precocemente, hábitos de sono das crianças diminuído, ambiente obesogênico com a ingestão de alimentos hipercalóricos e a realização de vários lanches entre as refeições, ansiedade devido a problemas familiares, não prática de atividades físicas pelas crianças, descontrole no tempo que as crianças fazem uso de aparelhos eletrônicos, realização de outras atividades concomitantes a ingestão de alimentos e influencia familiar relacionada a fatores genéticos e ambientais. Referiram que as crianças obesas são saudáveis. Acreditam que as crianças não se percebem como obesas. Citaram como principal dificuldade comprar roupas, dificuldades para realizar atividades físicas, para se vestir e calçar os sapatos e que algumas crianças sofrem *bullying* na escola. Não realizam ações ou intervenções para melhorar sua saúde. Destaca-se o importante papel do enfermeiro na elaboração de atividades focadas na prevenção da obesidade infantil, usando como apoio programas de saúde na escola e na atenção básica desde a puericultura, buscando garantir o desenvolvimento adequado e a aquisição de hábitos saudáveis dessa população, prevenindo complicações futuras. Espera-se com este estudo, subsidiar o trabalho dos enfermeiros na elaboração de planos assistenciais que promovam a saúde dessas crianças.

Descritores: Criança. Pré-escolar. Obesidade. Enfermagem.

RESUMEN

ANTUNEZ MARTINEZ, Oscar Fidel. **Factores de riesgo para la obesidad en preescolares:** subsidios para la práctica de la enfermería. 2020. 221 p. Disertación (Maestría en Enfermería) – Escuela de Enfermería. Programa de Postgrado en Enfermería, Universidad Federal de Rio Grande, Rio Grande.

La obesidad es una enfermedad crónica que despierta preocupación al sistema de salud. La prevalencia mundial de la obesidad infantil aumentó de 4,5% en 1990 para 6,7% en 2010, y está estimada para 12,1% o 60 millones en 2020. Debido a eso, el estudio, de abordaje mixto, objetivó conocer los factores de riesgo de la obesidad en preescolares. Tuvo como contexto tres pre escuelas del municipio de Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. Los datos fueron colectados en el primer semestre del 2019. En la fase cuantitativa fueron pesadas y medidas 288 niños y niñas, siendo 122 de cuatro años y 166 con cinco años matriculados en tres pre escuelas. 64 fueron clasificados como obesos por la técnica del percentil y score z para la edad, propuestas por la Organización Mundial de la Salud y 26 padres o responsables de los niños fueron invitados para participar en la fase cualitativa. Los datos cualitativos fueron colectados por medio de entrevistas semiestructuradas. Los datos cuantitativos fueron analizados por medio de estadística descriptiva y presentada en forma de tablas, e los cualitativos analizados por la técnica de Análisis de temática. Los aspectos éticos para investigaciones con seres humanos fueron seguidos de acuerdo con la resolución 466/12. Se observó una prevalencia significativa de Obesidad de 12,33 % (15 casos) en preescolares de cuatro años, y de 29,56 % (49 casos) con cinco años, con una prevalencia de obesidad total de 22,22 % (64 casos). Se descubrió una prevalencia mayor de obesidad en preescolares del sexo masculino con 56,30% (36 casos), mientras que en el sexo femenino fue de 43,20% (28 casos). Se encontró una diferencia significativa en la prevalencia de la obesidad en los niños de la jornada de la tarde, en comparación con la jornada de la mañana que comían su desayuno en su centro educativo siguiendo el plan alimentar de la nutricionista del municipio. Los responsables de los niños no las perciben como obesos. Relacionaron la obesidad a la detención del amamantamiento, y a la inclusión de fórmulas lácteas de manera precoz, cantidad baja de horas de sueño, ambiente obesogénica con la ingesta alta de alimentos hipercalóricos y su realización en los intervalos de los tiempos de comida, presencia de ansiedad debido a problemas familiares, ninguna práctica de actividad física por el descontrol del uso de aparatos electrónicos, realización de otras actividades concomitantes a la ingesta de alimentos e influencia familiar relacionada a factores genéticos y ambientales. También referían que la obesidad representaba salud. Piensan que los preescolares no se perciben como obesos. Mencionaron como principal dificultad la compra de ropas, dificultades para realizar actividades físicas, para vestirse y amarrar los cordones de los zapatos y que algunos niños sufren *bullying* en el centro educativo. No realizan acciones o intervenciones para mejorar su salud. Se Destaca el importante papel del enfermero en la elaboración de actividades enfocadas en la prevención de la obesidad infantil, usando como apoyo programas de salud de la escuela y en la atención básica desde la puericultura, buscando garantizar el desarrollo adecuado y la adquisición de hábitos saludables, previniendo complicaciones futuras. Se espera con este estudio, subsidiar el trabajo de los enfermeros en la elaboración de planes asistenciales que promuevan la salud de la niñez.

Descriptor: Niño. Preescolar. Obesidad. Enfermería.

ABSTRACT

ANTUNEZ MARTINEZ, Oscar Fidel. **Risk factors for obesity in preschoolers:** subsidies for nursing practice. 2020. 221 p. Dissertation (Master degree in Nursing) – School of Nursing. Graduate in Nursing Program, Federal University of Rio Grande, Rio Grande.

Obesity is a chronic disease that arouses concern. The global prevalence of childhood obesity increased from 4.5% in 1990 to 6.7% in 2010, and is estimated at 12.1% or 60 million in 2020. Because of that, the mixed-approach study aimed to know the risk factors of obesity in preschoolers. It had as context three preschools of the municipality of Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brazil. The data were collected in the first semester of 2019. In the quantitative phase, 288 children were weighed and measured, 122 being four years old and 166 with five years enrolled in three pre-schools. 64 were classified as obese by the percentile technique and z for age, proposed by the World Health Organization and 26 parents or guardians of the children were invited to participate in the qualitative phase. Qualitative data were collected through semi-structured interviews. The quantitative data were analyzed by means of descriptive statistics and presented in the form of tables, and the qualitative ones analyzed by the Thematic Analysis technique. The ethical aspects for research with human beings were followed in accordance with resolution 466/12. A significant prevalence of Obesity of 12.33% (15 cases) was observed in preschoolers of four years, and of 29.56% (49 cases) in children with five years, with a prevalence of total obesity of 22.22% (64 cases). A higher prevalence of obesity was found in male preschoolers with 56.30% (36 cases), while in the female it was 43.20% (28 cases). A significant difference of obesity was found in the children of the afternoon day compared to the preschoolers of the morning day who ate their breakfast in their educational center following the nutrition plan of the nutritionist of the municipality. Those responsible for children do not perceive them as obese. They related obesity to the stopping of breastfeeding, and the inclusion of milk formulas early, low amount of sleep, obesogenic environment with high intake of hyper caloric foods and their performance in the intervals of meal times, presence of anxiety due to family problems, no practice of physical activity due to lack of control of the use of electronic devices, other activities concomitant with food intake and family influence related to genetic and environmental factors. They also reported that obesity represented health. They think that preschoolers are not perceived as obese. They mentioned as main difficulty the purchase of clothes, difficulties to perform physical activities, to dress and tie the shoelaces and that some children suffer bullying in the educational center. In addition, they do not perform actions or interventions to improve their health. The important role of the nurse in the development of activities focused on the prevention of childhood obesity is highlighted, using as support school health programs and basic care from childcare, seeking to ensure adequate development and acquisition of healthy habits, preventing future complications. Expected with this study, to subsidize the work of nurses in the elaboration of assistance plans that promote children's health.

Subjects headings: Child. Child, Preschool. Obesity. Nursing.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	14
2.	OBJETIVOS	20
2.1	OBJETIVO GERAL	20
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
3.	REVISÃO DE LITERATURA	21
3.1	OBESIDADE INFANTIL	21
3.2	FATORES DE RISCO DE OBESIDADE NA CRIANÇA PRÉ-ESCOLAR....	36
3.3	O CUIDADO DE ENFERMAGEM DA CRIANÇA PRÉ-ESCOLAR COM OBESIDADE E SUA FAMÍLIA	36
4.	METODOLOGIA	41
4.1	TIPO DE ESTUDO	41
4.2	LOCAL DE REALIZAÇÃO	43
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO	46
4.4	TÉCNICA DE COLETA DE DADOS	47
4.5	MÉTODO DE ANÁLISE DOS DADOS	48
4.6	ASPECTOS ÉTICOS	49
5.	RESULTADOS	51
5.1	RESULTADOS DA ETAPA QUANTITATIVA	51
5.1.1	CLASSIFICAÇÃO DO GRUPO PARTICIPANTE DE QUATRO ANOS	51
5.1.2	CLASSIFICAÇÃO DO GRUPO PARTICIPANTE DE CINCO ANOS	53
5.1.3	NÚMERO DE CASOS E PREVALÊNCIA DE CRIANÇAS COM OBESIDADE DE ACORDO A IDADE	55
5.1.4	NÚMERO DE CASOS E PREVALÊNCIA DE CRIANÇAS COM OBESIDADE DE ACORDO AO SEXO	77
5.1.5	CARACTERÍSTICAS DO GRUPO PARTICIPANTE CLASSIFICADO COM OBESIDADE: HORÁRIO DE AULA	78
5.2	RESULTADO DA ETAPA QUALITATIVA	60
5.2.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO	60
5.2.2	RECONHECIMENTO DOS RESPONSÁVEIS ACERCA DA OBESIDADE DA CRIANÇA	66

5.2.3	RELAÇÃO ENTRE PESO AO NASCER, ANTECEDENTES DE PATOLOGIAS GESTACIONAIS, DEPENDENCIA QUÍMICA, AMAMENTAÇÃO E A OBESIDADE DA CRIANÇA	68
5.2.4	PERCEPÇÃO DOS RESPONSÁVEIS ACERCA DO INÍCIO DO DESENVOLVIMENTO DA OBESIDADE DA CRIANÇA	73
5.2.5	RELAÇÃO ENTRE A OBESIDADE E O SONO	77
5.2.6	RELAÇÃO ENTRE OS HÁBITOS ALIMENTARES DA CRIANÇA E A OBESIDADE	81
5.2.7	ATIVIDADES REALIZADAS PELA CRIANÇA CONCOMITANTES À ALIMENTAÇÃO	99
5.2.8	RELAÇÃO ENTRE A OBESIDADE DA CRIANÇA E A REALIZAÇÃO DE ATIVIDADES FÍSICAS	109
5.2.9	RELAÇÃO ENTRE PROBLEMAS DE SAÚDE DA CRIANÇA E A OBESIDADE	113
5.3	RELAÇÃO ENTRE A OBESIDADE DA CRIANÇA E OS HÁBITOS DE VIDA DA FAMÍLIA E A OBESIDADE NA FAMÍLIA	115
5.4	DIFICULDADES APRESENTADAS PELAS CRIANÇAS RELACIONADAS COM A OBESIDADE	121
5.5	PERCEPÇÕES DAS CRIANÇAS ACERCA DO SEREM OU NÃO OBESAS NA PERSPECTIVA DE SEUS CUIDADORES	125
5.6	AÇÕES REALIZADAS PELA FAMÍLIA PARA O COMBATE À OBESIDADE DA CRIANÇA	127
6.	DISCUSSÃO DOS DADOS	134
7.	FATORES DE RISCO PARA A OBESIDADE EM PRÉ-ESCOLARES: SUBSÍDIOS PARA A PRÁTICA DA ENFERMAGEM	174
7.1	ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DE ENFERMAGEM NO CUIDADO DA CRIANÇA COM OBESIDADE	174
7.2	SUGESTÕES PARA A CONSULTA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO DA CRIANÇA COM OBESIDADE	178
8.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	181
9.	REFERENCIAS	185

APÊNDICE A – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	209
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO DA CRIANÇA PARA PARTICIPAR DA ETAPA 1 DA PESQUISA	210
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS PAIS PARA A ETAPA 2 DA PESQUISA	211
APÊNDICE D – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	212
APÊNDICE E – AUTORIZAÇÃO DO SUPERINTENDENTE DE GESTÃO PEDAGÓGICA	213
ANEXO 1 – RELAÇÃO DE ESCOLAS DE EDUCAÇÃO INFANTIL DO MUNICÍPIO DO RIO GRANDE	214
ANEXO 2-5 – INSTRUMENTO DE COLETA DA ETAPA QUANTITATIVA: CURVAS DE PERCENTIL OU SCORE Z PARA A AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DAS CRIANÇAS	216
ANEXO 6 – PARECER DE APROVAÇÃO DO CEPAS	220

1. INTRODUÇÃO

A OMS define a obesidade como um acúmulo anormal ou excessivo de gordura que pode ser prejudicial à saúde. O critério usado para distinguir o sobrepeso da obesidade é o índice de massa corporal (IMC): o primeiro é estabelecido por um IMC igual ou superior a 25 até 29, e o último, por um IMC igual ou superior a 30 (OMS, 2015). A obesidade é uma doença crônica. Portanto, requer visitas frequentes ao médico, monitoramento contínuo e persistência para obter algum sucesso. Em crianças e adolescentes é uma questão importante para a saúde pública devido ao seu rápido aumento na prevalência e pelas consequências médicas adversas. Na infância e adolescência é uma das principais doenças não declaráveis, resultando em doenças mais difíceis de tratar (UNICEF CUBA, 2015).

O IMC é um bom parâmetro de comparação de variações individuais ou entre populações, no entanto, tem a desvantagem de que as tabelas são necessárias em populações pediátricas. Em crianças, os valores de IMC mudam com a idade, havendo um aumento neste índice durante o primeiro ano de vida, posteriormente ocorre uma diminuição de um a seis anos e um novo aumento após essa idade. A idade em que essa inflexão ocorre na curva, é chamada de idade de rebote adiposo, que se configura como um importante preditor, durante a fase pré-escolar, da obesidade no adulto. A precocidade do rebote adiposo, antes dos cinco anos de idade, constitui um fator de risco para o posterior desenvolvimento da obesidade no adulto, motivo pelo qual as tabelas ou, preferencialmente, os gráficos infantis do IMC de acordo com a idade e o sexo devem ser consultados (UNICEF CUBA, 2015).

Em crianças e adolescentes são usadas curvas percentil ou escore z para a idade. Atualmente, as curvas preconizadas pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) são as da OMS: Indivíduos com IMC acima do percentil 85 ou acima de 97, ou acima do desvio-padrão (+ 1 escore z) como sobrepeso e são considerados como acima de dois desvios-padrão (+2 escore z) como obesos. Em crianças menores de cinco anos, é considerado sobrepeso se IMC acima de +2 escore z e obesidade acima de +3 escore z (NERI *et al.*, 2017; OMS 2016). Desde 1975, a obesidade quase triplicou em todo o mundo. Em 2016, mais de 1.900 milhões de adultos com 18 anos ou mais estavam acima

do peso, dos quais mais de 650 milhões eram obesos. A maioria da população mundial vive onde a obesidade compromete mais vidas do que naqueles que estão abaixo do peso. Nesse mesmo ano, no mundo 41 milhões de crianças com menos de cinco anos estavam acima do peso ou obesas, e havia mais de 340 milhões de crianças e adolescentes de 5 a 19 anos que apresentavam sobrepeso ou obesidade (OMS, 2016).

A prevalência mundial de sobrepeso e obesidade infantil aumentou de 4,5% em 1990 para 6,7% em 2010, e está estimada para 12,1% ou 60 milhões em 2020. Nos últimos anos, nos Estados Unidos da América, a prevalência de obesidade na infância vem se mantendo estável, em torno de 17%, com queda significativa para 8% entre crianças de dois a cinco anos. Isso ocorreu graças a campanhas nacionais de combate e prevenção da obesidade infantil (OGDEN *et al.*, 2014). No entanto, a epidemia de obesidade se expande. De 1985 a 2011, a prevalência de obesidade no Canadá, triplicou de seis % para 18%, Esse fenômeno envolve a maioria das nações do mundo. Devemos começar com a pergunta mais importante no que se refere à obesidade, Quais são as causas? (FUNG, 2018).

No Brasil, pesquisas recentes também identificaram famílias com, pelo menos, um membro obeso e determinados padrões de interações familiares que podem contribuir para o surgimento e a manutenção da obesidade (MELO; RIBEIRO, 2016). As famílias compartilham características genéticas que podem levar à obesidade. No enquanto, a obesidade tornou-se desenfreada apenas a partir da década de 1970. Nossos genes não poderiam ter mudado dentro de tão pouco tempo. A genética pode explicar grande parte do risco individual de obesidade, mas não porque populações inteiras se tornam obesas (FUNG, 2018).

São vários os estudos que destacam a participação da família no tratamento da obesidade em crianças e adolescentes, porém raras vezes é dedicada a merecida atenção às interações que ocorrem entre os pais nesse contexto enquanto casal. Também se observa que a obesidade da criança pode ser um sintoma da relação conflituosa entre o casal, sobretudo por atrair a preocupação dos pais para o filho, ilustrando uma configuração denominada triângulo, amplamente descrita na literatura de terapia familiar (FUNG, 2018). Os pais desempenham papel muito importante por serem os principais modelos a serem seguidos por crianças ou menores de idade. Eles são

responsáveis por ensinar estilos de vida saudáveis para a prevenção de doenças relacionadas ao sobrepeso e à obesidade (VALVERDE *et al.*, 2017).

Estudo sobre obesidade infantil demonstra papel significativo da família como fator que contribui para o surgimento e a manutenção da doença nas crianças. Também destaca a importância do papel que os pais desempenham sobre o comportamento alimentar das crianças, não apenas pelo tipo de comida como pela quantidade. Os autores recomendam que os pais se conscientizem dessa influência e apliquem novas estratégias para intervir na preferência alimentar dos filhos. Um fator que exerce grande influência no comportamento alimentar da criança e que está vinculado à vida em família é o *marketing*, visto que as crianças passam em média cinco horas diárias em frente à televisão (MELO; RIBEIRO, 2016).

Os enfermeiros têm entre suas atividades a promoção de saúde, principalmente aqueles que ocupam cargos de atenção primária nos centros de saúde são os que estão diretamente relacionados com a prevenção do excesso de peso (excesso de peso e obesidade) e promoção da saúde. Saber quais são os fatores que estão relacionados diretamente com o ganho de peso na população infantil é a chave para a promoção e a prevenção (ALBA-MARTIN *et al.*, 2018). É importante ressaltar o papel do enfermeiro no monitoramento do crescimento da criança e informar aos pais seu estado nutricional a través das consultas de puericultura devem ser realizadas na Unidade de Saúde, no Domicílio ou em espaços coletivos (DUARTE *et al.*, 2016).

A participação do enfermeiro na promoção da saúde de crianças e adolescentes no contexto escolar é uma estratégia tão positiva que, em alguns países, há uma especialidade conhecida por enfermagem escolar. Os enfermeiros escolares são responsáveis por promover o sucesso do aluno no ambiente escolar ao proporcionar atendimento direto de saúde, exames e encaminhamentos, bem como intervenções de prevenção e promoção da saúde. No Brasil essa integração da enfermagem com a escola tem sido abordada recentemente, a partir da implantação do programa saúde na escola (GONZAGA *et al.*, 2014).

A apropriação do espaço escolar para a realização da educação em saúde, importante ferramenta para o desenvolvimento da autonomia e empoderamento de indivíduos e comunidades, foi verificada em alguns estudos (ANGELO; EGAN; REID,

2013). Os resultados obtidos de estudos em Granada e Almeda na Espanha e outro em Belém no Brasil, mostram porque a intervenção em saúde no campo da educação constitui uma abordagem eficaz para reduzir os níveis de sobrepeso e obesidade, além de suas futuras complicações endócrino-metabólicas e cardiovasculares (ALONSO; GONZÁLEZ-JIMÉNEZ, 2013; RIBAS; SILVA, 2014).

As ações nessa área estão inseridas no sentido de catalisar mudanças, cujo enfoque é capacitar os indivíduos e comunidades para melhorar sua saúde. Nesse sentido, a educação em saúde tem sido vista como a mais frequente atividade de promoção da saúde desenvolvida na escola, onde os enfermeiros realizam encontros com educandos para abordar temáticas relacionadas à saúde, tais como o excesso de peso. Essa relação dialógica, na qual profissionais, pacientes e familiares devem compreender que o sucesso depende da negociação compartilhada, ressalta o importante papel que o enfermeiro desempenha no empoderamento do indivíduo para um cuidado promotor de saúde (GONZAGA *et al.*, 2014).

Nenhuma intervenção pode parar a epidemia crescente da obesidade. Para combater a obesidade na infância e adolescência é necessário examinar o contexto ambiental e os três períodos cruciais do curso de vida: pré-gravidez e gravidez; amamentação e primeira infância; e os últimos anos da infância e adolescência. Além disso, é importante tratar as crianças já obesas. A prevenção e tratamento da obesidade exige um foco em que todas as instâncias governamentais participem na elaboração de políticas públicas que sistematicamente promovam a saúde, garantindo equidade no campo sanitário (OMS, 2016).

O principal problema é a total ausência de um quadro teórico para a compreensão da obesidade. As teorias atuais são simplistas; levam em conta um único fator: calorias em excesso causam obesidade, carboidratos em excesso causam obesidade, o consumo de carne em excesso causa obesidade, o excesso de gordura na dieta causa obesidade, e pouco exercício causa obesidade. No entanto, todas as doenças crônicas são multifatoriais, e esses fatores não são mutuamente excludentes. Todos podem contribuir em graus variados. Por exemplo, a doença cardíaca tem numerosos fatores contribuintes e esse fato é bem aceito. Mas esse não é o caso da pesquisa sobre obesidade (FUNG, 2018).

A outra grande barreira à compreensão da obesidade é o foco em estudos de curto prazo. A obesidade geralmente leva décadas para se desenvolver por completo. Ainda assim, muitas vezes contamos com informações sobre ela provenientes de estudos desenvolvidos em poucas semanas. A obesidade, é uma doença de longo prazo. Estudos de curto prazo podem não trazer informações assertivas (FUNG, 2018).

O plano de ação contra a obesidade deve se concentrar nas crianças pelos seguintes motivos: é uma doença de início precoce, por isso é ideal para trabalhar com grupos com menos de cinco anos de idade, porque tem maior risco de ser acompanhada por outras doenças crônicas não transmissíveis, e porque os hábitos alimentares são adquiridos durante esse estágio da vida (RAMÍREZ-IZCOA *et al.*, 2017). Então é necessário que o enfermeiro atente para suas atribuições frente à obesidade, independentemente dos usuários apresentarem ou não morbidades (BRAGA *et al.*, 2017).

A obesidade infantil está tomando proporções alarmantes em muitos países e é um problema sério que deve ser tratado com urgência. Nos objetivos do Desenvolvimento Sustentável estabelecido pelas Nações Unidas em 2015, a prevenção e controle de doenças não transmissíveis como a obesidade são considerados prioridades básicas. Entre os fatores de risco para doenças não transmissíveis, a obesidade desperta especial preocupação (OMS, 2016). Dado o problema, é necessário identificar os fatores associados ao excesso de peso na população infantil, como atividade física, estilo de vida sedentário, nutrição, entre outros fatores, que permitirão que futuras pesquisas abordem a obesidade infantil a partir da prevenção até o tratamento (SEPÚLVEDA-VALBUENA; LADINO-MELÉNDEZ, 2014). É preciso pensar em uma intervenção capaz de empoderar a família, tornando seus membros partícipes ativos, a fim de que a colaboração familiar seja efetiva no processo de mudança (MELO; RIBEIRO, 2016).

Neste estudo foram escolhidos os pré-escolares porque é um período crucial na formação do capital humano, além de que nessa fase do curso da vida, desenvolvemos como nunca nossas potencialidades físicas, cognitivas, emocionais, formamos hábitos que tendem a nos acompanhar ao longo da vida e que influenciam a condição de saúde futura. Por isso, o cuidado em saúde da criança deve ser uma prioridade, porque as conquistas significativas em relação a sua saúde ao longo do tempo foram, também,

acompanhadas pelo crescimento de novos e complexos problemas que desafiam os profissionais e os gestores em saúde e compõem uma nova realidade na saúde pública brasileira, como por exemplo, a obesidade infantil (NERI *et al.*, 2017).

A obesidade desperta preocupação no Brasil e em outros países pela proporção epidêmica que alcançou nos últimos anos. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a cada ano morrem no mundo 2,8 milhões de pessoas em consequência da obesidade ou do sobrepeso. O aumento da obesidade é um fenômeno global e a prevalência da doença mais que duplicou desde 1980 (OMS, 2015). Nesse sentido, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, deve-se direcionar ações para a estratificação do risco para obesidade e atividades de promoção e prevenção à saúde da população (BRASIL, 2014). Tal atividade profissional também é considerada indispensável na atenção primária à saúde pela Política Nacional de Promoção à Saúde (BRASIL, 2015).

Pelo exposto, temos a seguinte questão norteadora: Quais são os fatores de risco para a obesidade em pré-escolares de 4 e 5 anos? Espera-se com este estudo subsidiar o trabalho dos enfermeiros na elaboração de planos assistenciais que promovam a saúde dessas crianças e previnam sua recidiva, subsidiando a prática da enfermagem.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Conhecer os fatores de risco para obesidade em crianças pré-escolares de quatro a cinco anos de idade no município do Rio Grande, RS.

2.2 Objetivos específicos

Identificar o grau de obesidade de crianças em idade pré-escolar no município.

Determinar padrões de comportamento alimentar de acordo com práticas alimentares de crianças pré-escolares e pais.

Explorar o comportamento e crenças, de pais e cuidadores em relação à obesidade de crianças em idade pré-escolar.

3. REVISÃO DE LITERATURA

A seguinte revisão de literatura foi realizada a partir da busca nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Literatura Latino – Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e com artigos publicados entre 2013 e 2018, utilizando os descritores criança, obesidade, pré-escolares e enfermagem. Foram utilizados apenas artigos com texto completo disponível online. Foram abordadas as temáticas: Obesidade Infantil; Fatores de risco para obesidade em pré-escolares e O papel do enfermeiro frente à obesidade infantil.

3.1 OBESIDADE INFANTIL

A obesidade pode ser definida como: Doença crônica, com tendência aditiva, de natureza genética, favorecida ou estimulada por dois outros fatores: uma dieta inadequada ou insana, associada a um certo grau de sedentarismo. É controlável, mas não curável, e costuma ser chamada de portador de doenças, pois, uma vez instalada, abre as portas para outras patologias, muitas delas sérias, e mortais. Definição que é aplicável tanto à obesidade em adultos, como na pediátrica (RODRÍGUEZ, 2018).

A obesidade infantil é complexa e multifatorial, sendo reconhecida como um importante problema de saúde pública, que está associada à morte prematura, ao aumento da probabilidade de obesidade na idade adulta e à incapacidade. (VALENCIA *et al.*, 2018). A obesidade é considerado o quinto fator responsável por mortalidade global e determinante no desenvolvimento de doenças crônicas, como a síndrome metabólica em crianças (FERRARI *et al.*, 2017).

Além disso, a obesidade está entre as doenças crônicas de maior prevalência global. A Organização Mundial de Saúde informou que a ocorrência de excesso de peso (sobrepeso + obesidade) entre bebês, crianças e adolescentes está aumentando em todo o mundo, sendo os países de baixa e média renda os mais afetados. A obesidade infantil está associada a uma ampla gama de complicações de saúde e a um risco maior de contrair doenças prematuramente, incluindo diabetes e doenças cardíacas (OMS, 2016).

Dado que muitos problemas de saúde na vida adulta são consequência de alterações no crescimento e desnutrição na infância, o monitoramento dos primeiros estágios da trajetória de vida é de grande importância. (CORDERO; CESANI, 2018). A obesidade em crianças têm consequências psicossociais em escolares obesos, onde estão sujeitos à discriminação precoce e sistemática por seus pares, a isso se acrescenta a baixa capacidade de desenvolver atividades esportivas ou jogos, o que aumenta essa discriminação e rejeição (RAMÍREZ-IZCOA *et al.*, 2017).

Nesse sentido, tanto no âmbito internacional quanto nacional, aumentou a preocupação em ter informações sobre a prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças. Do ponto de vista das políticas públicas, esse tipo de estudo ajuda a determinar as necessidades de saúde de cada população e permite que o uso de serviços de saúde seja projetado. Na Argentina, estudos populacionais relataram altas prevalências de excesso de peso infantil na macrorregião conhecida como Grande Norte Argentino. Nesses estudos, a prevalência de 4,5% de obesidade infantil, e 42% dos casos correspondeu à crianças pertencentes aos domicílios com indicadores de indigência e sem cobertura de necessidades básicas (CORDERO; CESANI, 2018).

Dados mais recentes, fornecidos pelo Ministério da Saúde da Nação, mostraram que 5,5% das crianças obesas com menos de 5 anos da região Noroeste da Argentina pertenciam a famílias com necessidades básicas insatisfeitas. Da mesma forma, no mesmo relatório percebe-se que as prevalências de excesso de peso correspondentes à província de Tucumán foram da ordem de 9,9% nos homens e 8,1% nas mulheres (CORDERO; CESANI, 2018).

Um estudo baseado em indicadores do Oriente médio sugere uma alarmante prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes. O Kuwait teve a maior prevalência (28,6% no sexo masculino e 21,1%, no sexo feminino, respectivamente), enquanto os sudaneses tiveram a menor prevalência (2,5% masculino e 3,9% feminino, respectivamente). Houve alguma tendência de que a prevalência de sobrepeso e obesidade aumentasse à medida que a renda per capita do país aumentava (MUSAIGER *et al.*, 2016).

Na Colômbia, é um problema de saúde pública que acomete principalmente crianças menores de cinco anos, gerando consequências a curto, médio e longo prazo

para o desenvolvimento físico e cognitivo e determinando o aumento da oportunidade de surgimento de doenças. Doença cardiovascular na idade adulta, assim como um aumento do risco de obesidade resultados que afetam a produtividade econômica de uma região. A Pesquisa Nacional de Situação Nutricional da Colômbia informou que a prevalência de sobrepeso e obesidade subiu de 4,9% em 2010, para 6,3% em 2015, comportamento semelhante à tendência mundial. Devido a esta alta incidência de obesidade às consequências geradas, ações de vigilância em saúde pública e estratégias de promoção nutricional têm sido priorizadas no grupo de crianças menores de cinco anos em situação de vulnerabilidade. (BARRERA-DUSSÁN *et al.*, 2018).

A prevalência mundial de sobrepeso e obesidade infantil aumentou de 4,5% em 1990 para 6,7% em 2010, e está estimada para 12,1% ou 60 milhões de pessoas em 2020. Nos últimos anos, nos Estados Unidos da América, a prevalência de obesidade na infância vem se mantendo estável, em torno de 17%. No entanto, verificou-se uma queda significativa de 14% para 8% entre crianças de dois a cinco anos. Isso ocorreu graças a grandes campanhas nacionais de combate e prevenção à obesidade infantil (OGDEN *et al.*, 2014). No México, um estudo identificou que 24,1% das crianças menores de um ano têm excesso de peso, e 3,7% são obesas (FLORES-PEÑA *et al.*, 2016).

A obesidade pode não ser fácil de identificar, sendo ainda mais complicado definir os aspectos psicológicos subjacentes. Quando se tenta definir obesidade, não basta focalizar o organismo como um sistema biológico. É essencial analisar os aspectos psicológicos, sociais e culturais que a influenciam. Várias teorias psicológicas da obesidade têm sido propostas, enquadradas em diferentes modelos que a explicam a partir de diferentes processos e / ou mecanismos, tais como: aprendizagem, sistêmica, psicodinâmica, ambiental etc. Nesse sentido, verifica-se a necessidade urgente de reconhecer e assumir a complexidade de entender a obesidade (GARCÍA, 2018).

3.2 FATORES DE RISCO PARA OBESIDADE EM CRIANÇAS

Um dos fatores de risco para a obesidade em crianças é a latência materna. Há evidências de uma associação entre tempo de amamentação ≥ 6 meses e o

desenvolvimento obesidade infantil, demonstrando que o prolongamento de amamentar além de 6 meses não protege contra a obesidade (SAN MAURO *et al.*, 2015). Ressaltamos que não houve correlação entre a duração da amamentação e a duração da educação ou nível de renda da pessoa responsável. Uma meta-análise detectou uma redução de aproximadamente 10% na prevalência de sobrepeso / obesidade em crianças expostas a uma maior duração da amamentação (HONORIO; HADLER, 2014).

Estudo mostrou que escolares matriculados no Programa Saúde na Escola com tempo de aleitamento materno superior a seis meses e com excesso de peso eram sedentários (SAN MAURO *et al.*, 2015). Investigações adicionais da relação entre a duração da amamentação e a obesidade são necessários, independentemente da renda ou nível de escolaridade (HONORIO; HADLER, 2014). Os profissionais de saúde devem ser encorajados a orientar a amamentação e as práticas de alimentação complementar adequadas, que incluem a introdução, em tempo hábil, de alimentos apropriados para complementar a alimentação do bebê (DE ARRUDA MOREIRA *et al.*, 2014).

O uso de aleitamento materno exclusivo até os quatro meses de idade apresentou valores manifestadamente baixos em todas as crianças estudadas (13,5%), e foram mais baixos em crianças que estavam com excesso de peso (9,5 vs. 17,5%). A ausência de aleitamento materno mostrou uma aparente não associação com a obesidade na idade escolar, pois tanto nas crianças com sobrepeso quanto nas escolares com peso adequado para a idade, esse hábito não era praticado (90 e 82%, respectivamente) (SUÁREZ RONDÓN *et al.*, 2014).

Além dos hábitos estabelecidos, foram levantados a possível influência dos fatores genéticos e ambientais no estabelecimento da obesidade. É importante, também, conhecer os hábitos de alimentação, atividade física e sono de crianças para realizar a orientação de como prevenir a obesidade infantil e juvenil (SAN MAURO *et al.*, 2015).

Outro fator de risco investigado é o estilo de vida sedentário. Diferenças significativas foram encontradas em relação ao fator de atividade física e lazer sedentário dependendo do sexo. Observa-se em um estudo que o fator de atividade dos meninos ($1,39 \pm 0,11$) é maior que das meninas ($1,35 \pm 0,09$), e ao mesmo tempo horas dedicadas ao lazer sedentário de meninos ($2,2 \pm 1,3h.$) é maior que das meninas ($1,7 \pm 1,1 h.$) (SAN MAURO *et al.*, 2015). Noutros estudos, verificou-se que a realização de atividades

sedentárias por períodos superiores a uma hora por dia está associada ao excesso de peso (SEPÚLVEDA-VALBUENA; LADINO-MELÉNDEZ, 2014; VEGA-RODRÍGUEZ *et al.*, 2015).

Outro estudo revelou que a obesidade foi maior entre as crianças que não realizaram exercício físico (crianças, 20,1% e meninas, 14,8%), comparado com aqueles que fizeram alguma atividade física (crianças, 9,6% e meninas, 10,8%), com associação estatisticamente significativa somente nos primeiros (ALBA-MARTIN *et al.*, 2016). Em um estudo em Barcelona, a proporção de escolares, no caso dos meninos, com obesidade que não cumpria a recomendação para a prática de esportes extracurriculares um mínimo de dois dias por semana, foi superior ao recomendado (18,0% vs. 13,3%), embora a diferença não tenha sido estatisticamente significativa (SÁNCHEZ-MARTÍNEZ *et al.*, 2016).

As diferenças na quantidade e intensidade de atividades esportivas que as crianças realizam em suas casas não são conhecidas, razão pela qual afirma-se que as maiores diferenças podem ser encontradas em atividades realizadas fora dos estabelecimentos de ensino (CAPPELACCI *et al.*, 2014). O número médio de passos diários em crianças escolares com excesso de peso durante a semana inteira foi de 7.462 ± 3.028 passos. Os estudantes do sexo masculino apresentaram maior número de passos diários, com média de 7.679 ± 3.555 passos (SEPÚLVEDA-VALBUENA; LADINO-MELÉNDEZ, 2014).

Verificou-se que o nível socioeconômico e escolaridade dos pais também interferem no peso da criança. Estudo mostrou que crianças cujos pais tinham nível de escolaridade baixa apresentou maior percentual de sobrepeso (21,8%, crianças e 18,2%, meninas) e obesidade (14,1%, meninos e 13,4%, meninas) do que aqueles cujos pais tinham alto nível de estudos (sobrepeso: 19,4%, meninos e 14,9 meninas; obesidade: 7%, meninos e 8,7%, meninas), com $p < 0,05$. Portanto, quando o nível de escolaridade é menor, a prevalência de obesidade aumenta, talvez devido ao número limitado de recursos e um conhecimento limitado do que constitui uma dieta saudável, ou devido a uma dificuldade em conceituar obesidade baseado apenas no padrão estético dos indivíduos (ALBA-MARTIN *et al.*, 2016). Em relação à associação da escolaridade materna com sobrepeso / obesidade em crianças observou-se uma prevalência maior

entre filhos de mães com maior escolaridade, mas essa variável não permaneceu associada ao desfecho após ajuste estatístico (MOREIRA *et al.*, 2014).

Outro estudo nos mostra que é muito importante a avaliação do papel da família como uma instituição na qual crianças aprendem, socializam comportamentos, neste caso sobre o tipo de comida e atividade física. Especificamente os pais desempenham um papel muito importante por serem os principais modelos a serem seguidos por crianças ou menores de idade dentro da família. Eles são responsáveis por ensinar estilos de vida saudáveis para a prevenção de doenças relacionadas ao sobrepeso e à obesidade. Em contrapartida, fatores culturais como costumes relativos à união, apoio, expressão e dificuldades não foram associados à presença de obesidade (VALVERDE *et al.*, 2017).

Certamente essa diferença relaciona-se à categoria gênero, condicionada ao que a sociedade determina como ideal para o sexo masculino e feminino, sendo as meninas levadas a perseguir e valorizar a magreza mais que os meninos. Possivelmente a categoria gênero não seja tão relevante em uma amostra de crianças tão jovens, como é caso deste estudo, e a preocupação da mãe ainda está focada mais na saúde da criança do que na aparência (DUARTE *et al.*, 2016).

Deve ser levado em conta que ocasiões que favorecem a realização de uma atividade física adequada e a prática de uma dieta saudável em parte é determinada por fatores sociais, econômicos e culturais que influenciam o acesso e a disponibilidade. Na Espanha, crianças cujas famílias recebiam mensalmente menos que 900 €, eram mais obesas (25%, meninos e 17.9%, meninas) do que aqueles cujas famílias recebiam 3600 € mensais ou mais (10,2%, meninos e 8,5%, meninas), com $p < 0,05$ (ALBA-MARTIN *et al.*, 2016).

Um estudo em Barcelona, Espanha, mostra as associações entre os principais determinantes sociais e estilos de vida com obesidade por meio da análise de regressão multivariada. As variáveis associadas significativas nas crianças foram: frequentar uma escola localizada em bairro desfavorável (ORa = 1,88; IC95%: 1,35-2,63), pertencente à família de imigrantes (ORa = 1,57; IC95%: 1,12-2,20) (SÁNCHEZ-MARTÍNEZ *et al.*, 2016).

Estudo realizado na cidade de Tegucigalpa, Honduras, América Central, um país de baixo nível socioeconômico, mostrou que o sobrepeso e a obesidade ocorrem mais em níveis médio-altos, do ponto de vista socioeconômico e de renda. Constatou-se que a prevalência de sobrepeso e obesidade em escolas privadas é maior que a de escolas públicas, uma vez que escolares estão consumindo entre os principais alimentos aqueles com alto teor calórico e açúcares refinados, principalmente em restaurantes e lanches escolares. Um ambiente obesogênico é um dos principais fatores que contribuem para o aumento da obesidade, ou seja, a soma de fatores genéticos mais as influências do meio ambiente, ou as condições de vida que contribuem para a obesidade em indivíduos ou comunidades que atuam simultaneamente como barreiras à manutenção de um peso saudável (RAMÍREZ-IZCOA *et al.*, 2017).

A alta prevalência de obesidade em população de baixa renda leva a questionar se a participação em programas nutricionais destinados à população em situação de pobreza contribui para aumentar o problema da obesidade. No entanto, essa relação não foi encontrada em crianças. Isso destaca a necessidade de mais pesquisas, especialmente porque os resultados podem variar entre os países devido a diferenças sociais, culturais e programáticas. Acredita-se que o risco de sobrepeso e obesidade pode estar relacionado com a disponibilidade ao acesso aos alimentos com maior densidade de energia e, portanto, dietas de menor qualidade nos programas de ajuda alimentar (GAMBOA-DELGADO; COSSÍO; COLCHERO-ARAGONÉS, 2016).

A evidência gerada a partir de estudos a este respeito poderá auxiliar na implementação e desenvolvimento de programas mais adequados às necessidades nutricionais das famílias atendidas (GAMBOA-DELGADO; COSSÍO; COLCHERO-ARAGONÉS, 2016). Mas ainda existem lacunas na literatura sobre o papel desempenhado pela participação em programas de assistência alimentar e risco de sobrepeso em pré-escolares de baixa renda. Também faltam informações sobre a relação entre a dinâmica que ocorre na distribuição de recursos necessários quando recebem dinheiro ou em termos de distribuição doméstica de alimentos para uma alimentação saudável. Não há informações sobre a associação entre excesso de peso e obesidade em idade pré-escolar e participação em programas de assistência alimentar.

É necessário investigar o que acontece nessas comunidades de baixa renda. Se há mais acesso a alimentos que excedem o consumo de energia recomendado, com a ingestão de carboidratos, e as dificuldades econômicas que os impedem de comprar alimentos para uma dieta balanceada. Com base nos resultados encontrados, é necessário desenvolver pesquisas futuras que descrevam detalhadamente a composição corporal de estudantes com excesso de peso, estabeleçam uma relação entre variáveis que se mostraram fatores de risco para o desenvolvimento da obesidade e descrevam se são aplicáveis ao contexto sociocultural (SEPÚLVEDA-VALBUENA; LADINO-MELÉNDEZ, 2014). Na Argentina, pesquisas realizadas em populações infantis relataram que a saúde percebida é sensível a aspectos como sexo, idade e presença de doença ou deficiência (CORDERO; CESANI, 2018).

A obesidade infantil está fortemente relacionada ao tipo de alimentação oferecida à criança. Em um estudo realizado no Peru, a prevalência de sobrepeso e obesidade aumentam após seis meses, explicada pelo aumento no consumo de alimentos processados, alimentos e bebidas de alto teor calórico que passam a fazer parte da lancheira escolar, alimentos que podem aumentar o risco de doenças não transmissíveis relacionadas à dieta (CORDERO; CESANI, 2018).

No que diz respeito ao conhecimento das crianças sobre a importância da alimentação e sua relação com o corpo, em particular com a obesidade, observou-se que para as crianças, a comida serve para nutrir, isto é, os alimentos são necessários para crescer, para ter força, eles também são uma fonte de vitaminas, minerais e proteínas, e a falta de comida leva à morte. Este estudo, no entanto, não mostrou seu conhecimento sobre o consumo e o gasto de energia. Sem o conhecimento desse equilíbrio, é difícil para eles escolher com sabedoria a dieta mais apropriada de acordo com seu estilo de vida (PERÉZ-GIL; ESPARZA; JUÁREZ, 2012).

Em crianças, a obesidade estava relacionada a não comer na escola (22,9%), jantando em frente à televisão (16,1%) e fazendo uma única refeição (22,8%). A frequência de restaurantes *fast food* foi maior e estatisticamente significativa em crianças com excesso de peso (24,2%) (SANCHÉZ-MARTÍNEZ, *et al.*, 2016). Em um estudo em Córdoba Espanha, verificou-se que crianças que usam a sala de jantar do centro educacional estão com peso normal, pois cumprem uma dieta implementada por

nutricionistas. Também verificou-se que as crianças que tomaram o café da manhã diariamente mostraram menor obesidade (10,9%, meninos e 11,7%, meninas), em comparação com aqueles que não o fizeram (31,6%, meninos e 5,9%, meninas). Crianças que apresentaram obesidade, 16,4% (meninos) e 14% (meninas) foram percebidas pelos pais como de peso normal (ALBA-MARTIN *et al.*, 2016).

Em termos de ingestão, observou-se em um estudo que um grupo populacional no Panamá, semanalmente consome em média 511 g / semana de açúcares simples; isto é, o equivalente a 102 colheres de chá de açúcar, dos quais, em média, 326 g / semana vem de bebidas açucaradas (~ 65 colheres de chá de açúcar semanal). Em outras palavras, 63% do consumo de açúcar simples nesse grupo populacional é constituído por bebidas com alto teor de açúcar (FARRO *et al.*, 2018). Portanto, práticas alimentares inadequadas das crianças pré-escolares devem ser monitoradas para prevenir o sobrepeso e a obesidade, sendo a escola um local privilegiado para a promoção de estilos de vida saudáveis.

Embora o alto consumo de açúcar e gordura seja atribuído aos estados de sobrepeso e obesidade, em um estudo do Panamá não foi observada relação com o estado nutricional das crianças (FARRO *et al.*, 2018). Isto pode ser devido à homogeneidade entre os participantes e ao fato de que outras variáveis não foram incluídas, como o nível de atividade física ou tempo de exposição a videogames ou televisão, ou o estado nutricional de ambos pais.

Estudos que incluam essas variáveis são necessários para quantificar a magnitude da associação entre o consumo de açúcares e gorduras com o estado nutricional de pré-escolares. Então, as bebidas açucaradas representam o alimento com maior fonte de açúcar. Hábitos alimentares saudáveis começam nos primeiros anos de vida e uma dieta saudável ajuda a prevenir a desnutrição em todas as suas formas. Portanto, é importante atuar nesse grupo populacional para identificar quais são os fatores de risco alimentar e trabalhar junto aos pais, implementar estratégias para corrigir essas más práticas e prevenir a obesidade crônica e as complicações na vida adulta (FARRO *et al.*, 2018).

Nesse sentido, realizar estratégias para promover o horário das refeições em família, poderia favorecer a prevenção da obesidade infantil. A geração atual está mais

interessada em assistir a programas de televisão em vez de compartilhar o tempo com a família, e desse jeito é difícil para os pais realizar o controle da dieta dos seus filhos. Esses tem ao seu alcance alimentos como doces, batatas fritas industrializadas, pão, refrigerantes, biscoitos e salsicha considerados como maus alimentos, devido ao seu alto teor de gordura. De acordo com estudo realizado em Oxaca, no México, as crianças estão cientes dos alimentos que não são adequados a sua dieta e sabem que não devem comê-los com frequência (PERÉZ-GIL; MOSQUEDA; ROMERO, 2012).

Na análise dos hábitos alimentares, investigou-se o número de refeições ingeridas durante o dia. Verificou-se que 100% dos escolares consomem as três principais refeições (café da manhã, almoço e jantar), contra 68,4% que consomem um lanche entre o café e o almoço; 78,9% consomem um lanche entre o almoço e a janta e 15,8% consomem refrigerantes. A prevalência de excesso de peso na população rastreada identificou 9,1% de escolares com excesso de peso (SEPÚLVEDA-VALBUENA; LADINO-MELÉNDEZ, 2014).

Posteriormente, estudo mostrou que a televisão tem uma grande influência na seleção dos hábitos alimentares das crianças. Vários dos produtos anunciados que supostamente têm um sabor novo chamam a atenção das crianças. Além da televisão a escola é um ambiente que influencia a população infantil na aquisição dos hábitos alimentares em um sentido informativo, educativo e simbólico. Elementos observados neste estudo apontaram que professores e televisão provaram ser os principais fornecedores de conhecimento acerca da alimentação (PERÉZ-GIL; MOSQUEDA; ROMERO, 2012).

Em um estudo realizado no México com crianças em idade escolar apontou que os horários de alimentação irregulares foram relacionados a fatores de obesidade. Também foi observada instabilidade na formação dos hábitos alimentares, porque algumas das crianças não tomavam café da manhã e uma delas mencionou nunca comer no almoço. Da mesma forma, conforme relatado, a instabilidade dos horários e o consumo de alimentos não saudáveis estendiam-se ao ambiente escolar (GARCÍA RODRÍGUEZ, 2018). Na família, de acordo com a escola, não se fala muito sobre isso, a menos que haja um problema de excesso de peso e obesidade em um dos membros da família. É importante orientar a família para educar seus filhos com bons hábitos

alimentares, mas sem gerar estigmatização, pois isso pode afetar as relações sociais e emocionais de pessoas que têm esse problema de saúde (PERÉZ-GIL; MOSQUEDA; ROMERO, 2012).

Nas relações emocionais a família compensatória, ou seja, circuito neuronal de recompensa, foram uma das variáveis mais influentes na manutenção da obesidade em crianças, o que representa um dos principais fatores que afetam o estabelecimento de hábitos alimentícios inadequados. O uso de alimentos como reforçador positivo ou negativo se destacou, indistintamente, antes da apresentação de comportamentos desejáveis. Para conseguir que a criança faça alguma coisa as mães, lhes prometem biscoitos ou algo que ela goste muito. O alimento é utilizado como uma forma de controle e serve de compensação para um bom comportamento da criança. A comida, a própria condição de obesidade ou a repercussão médica tornam-se mediadores de relações afetivas entre familiares e filhos, expressando-se em ações manipulativas (GARCÍA RODRÍGUEZ, 2018). Isso se deve principalmente à dificuldade em estabelecer limites, à promoção de motivações inadequadas para redução de peso, estados afetivos negativos e estratégias ineficientes para o enfrentamento da obesidade.

Da mesma forma, constatou-se que compartilhar o horário das refeições com a família é um fator de proteção para evitar o excesso de peso: quanto maior o número de refeições compartilhadas, menor o risco de excesso de peso nas crianças em idade escolar. No estudo apresentado, 31,6% dos escolares referiram compartilhar duas refeições por dia durante a semana. Realizar refeições na mesa de jantar e em família permite formar hábitos alimentares e, por sua vez, os pais podem ter controle sobre a ingestão de alimentos da criança (SEPÚLVEDA-VALBUENA; LADINO-MELÉNDEZ, 2014).

Foi possível identificar a prevalência, tanto em crianças quanto em familiares de hábitos alimentares e de realização de atividade física, confirmando a premissa de que práticas parentais têm efeitos diretos sobre os hábitos de seus filhos, influenciando preferências por alimentos e na regulação do seu consumo de energia. Esses hábitos são uma consequência da condição de obesidade e se manifestam como mantenedores dela (GARCÍA RODRÍGUEZ, 2018).

Em relação às horas de sono, estudo mostrou que a obesidade foi maior nas crianças que não dormiam o número recomendado de horas (13,6%, meninos 4,1%, meninas) versus aquelas que dormiam o número recomendado de horas (7, 4%, meninos, e 8,3%, meninas), com $p < 0,05$. Verificou-se que existe uma relação estreita entre lazer sedentário e falta de sono. Isso ocorre porque as crianças não consomem toda a energia devido à falta de atividade física e, portanto, têm maior resistência para ficarem acordadas até tarde da noite (ALBA-MARTIN *et al.*, 2016).

A causa mais provável das crianças dormirem menos é que demoram mais para se deitar porque passam mais tempo em frente à televisão ou ao computador. Em termos educacionais, isso significa que as crianças não devem ficar assistindo televisão até o término do programa, mas devem ir para a cama em um horário pré-determinado, independentemente do que a programação de televisão oferece atualmente. Da mesma forma, e por extensão, ter uma televisão no quarto das crianças apenas aumenta a probabilidade da criança adormecer muito mais tarde (ALBA-MARTIN *et al.*, 2016). Por este motivo, o controle do sono também deve ser levado em conta nas campanhas para promover a saúde das crianças. Também deve-se orientar os pais a controlar o tempo de uso de dispositivos eletrônicos durante a noite por crianças.

Verificou-se em escolares uma associação entre dormir menos de 10-12 horas com o risco de apresentar excesso de peso, pois ao ficarem acordadas as crianças comem mais. Embora não tenha sido objetivo desse estudo estabelecer a relação entre horas de sono e excesso de peso, ao indagar sobre as horas dedicadas ao sono, verificaram-se que 36,8% dormem mais de 10 horas / dia. Por isso, recomendou-se para futuros estudos que investiguem os fatores de risco para obesidade em pré-escolares e que investiguem as horas de sono e as causas que causam essa dificuldade (SEPÚLVEDA-VALBUENA; LADINO-MELÉNDEZ, 2014). Na dimensão psico-corpórea é onde se observa maior percentual de alto risco para obesidade. Nesta referência é feita a gestão do seu corpo e das emoções, ou seja, os escolares têm dificuldades em se concentrar e dormir. É necessário que pesquisas futuras busquem aprofundar o assunto (VEGA-RODRÍGUEZ *et al.*, 2015).

Em relação ao uso excessivo de tecnologia verificou-se que crianças que passaram mais de duas horas por dia usando dispositivos tecnológicos tinham mais

excesso de peso (24,5%, meninos e 20%, meninas) do que aqueles que passaram menos de duas horas (20,7%, meninos e 15% meninas), sem associação estatisticamente significativa (BAZÁN *et al.*, 2018). Das crianças com excesso de peso estudo apontou que 52,6% passam de duas a quatro horas assistindo televisão, usando o computador ou jogando videogame nos dias úteis; enquanto 36,8% realizam essas atividades menos de duas horas por dia nos finais de semana (SEPÚLVEDA-VALBUENA; LADINO-MELÉNDEZ, 2014).

Em um estudo realizado em Cali, Colômbia, foi relatado que as crianças com obesidade passam mais tempo do que o esperado em frente às telas seja televisão, videogames ou computadores. (ARÉVALO; MUÑOZ; CUEVAS, 2018). Outro estudo no México constatou que crianças com obesidade não praticavam atividade física, preferindo como atividades de lazer jogos passivos (computador e jogos eletrônicos, assistir televisão, jogar cartas), e a exposição a esses meios ultrapassou seis horas por dia (GARCÍA RODRÍGUEZ, 2018).

Fatores pré e pós-natal também interferem no peso da criança. A grande maioria das crianças com baixo peso ao nascer, foi encontrada no grupo daquelas com sobrepeso na idade escolar. Verificou-se que nascer com menos de 2500 gramas representou para essas crianças um risco 5,32 vezes maior de ficar acima do peso nessa idade. Os valores menores que 32 cm de circunferência cefálica foram mais frequentes em estudantes com excesso de peso (9,5%) do que em peso normal (1,5%). Nascer com circunferência cefálica inferior a 32 cm representou risco 8,7 vezes maior de sobrepeso. Nascer de uma mãe que ganhou menos de 8 kg durante a gravidez, representou um risco 2,61 vezes maior de excesso de peso (SUAREZ RONDÓN *et al.*, 2014).

O hábito de fumar durante a gestação foi cinco vezes maior em mães de crianças que apresentavam excesso de peso, aumentando esse risco em 4,21 vezes. A presença de doenças como anemia, hipertensão e diabetes gestacional durante a gestação foi duas vezes mais frequente em mães de crianças com excesso de peso, com risco 3,48 vezes maior para o desenvolvimento dessa condição tardia. Em estudo com meninas e meninos de Bayamón, em Cuba, o ganho de peso insuficiente na gravidez e a presença de doenças associadas durante a gravidez, como anemia, hipertensão, diabetes mellitus, infecção do trato urinário e sepse vaginal, foram significativamente associados com a

presença de excesso de peso corporal e obesidade em crianças em idade escolar (SUAREZ RONDÓN *et al.*, 2014).

Tal fato nos mostra a importância da realização de ações preventivas durante a gravidez, por meio de controles pré-concepcionais para identificar fatores de risco e tentar adotar práticas saudáveis antes da gravidez. Da mesma forma, a detecção da gravidez em tempo hábil e a realização de check-ups pré-natais para orientar a mãe sobre práticas adequadas de nutrição e exercícios que permitirão o desenvolvimento adequado do bebê. Múltiplas doenças da gestação, em que há alterações no crescimento fetal, estão relacionadas a mutações nas regiões promotoras desses genes, que alteram seu padrão de expressão. Há evidências recentes de que fatores nutricionais interagem com estímulos ambientais no controle epigenético de genes impressos. O fenótipo não é predeterminado apenas pelos genes, mas também depende do ambiente, incluindo a nutrição (SUAREZ RONDÓN *et al.*, 2014).

Estudo mostrou que quase uma em cada três das 400 crianças estudadas (29%) apresentou ganho de peso excessivo (mais de 8,5 kg) durante o primeiro ano de vida. Se esse sobrepeso acompanhar a criança durante toda a primeira infância haverá um risco de posterior sobrepeso 3,23 vezes maior. Assim, os fatores de risco presentes na gestação, incluindo hábitos tóxicos e algumas doenças da mãe e fatores de desenvolvimento fetal causadores de baixo peso ao nascer precedem este processo. Atitudes e práticas reativas para a presença de bebês com baixo peso no ambiente familiar podem condicionar a introdução de hábitos alimentares incorretos que levam a um ganho de peso elevado após o nascimento, podendo ocasionar obesidade na criança (SUAREZ RONDÓN *et al.*, 2014).

Dessa forma, estar rodeado de influências negativas pode manipular nosso modo de pensar, o que afeta nossos sentimentos e, portanto, nossa saúde. Somos o reflexo do que nos rodeia e com quem nos relacionamos. Para iniciar uma mudança para a saúde materna e infantil, devemos orientar os usuários que vêm para nossas instalações de saúde a procurar ambientes propícios para desenvolver positivamente a gravidez, influenciando positivamente nas práticas de saúde da mãe e do filho.

Tentar compensar a falta de peso do recém-nascido com a introdução de leite artificial pode ter um efeito rebote sobre o mesmo, levando-o de baixo peso a excesso de

peso. Isto pode ser devido ao nosso equívoco de saúde, nós preferimos ver nossos bebês um pouco mais gordos, pensando que eles serão mais saudáveis, sem perceber os danos que se está causando. Estabelece-se em estudos que, se ambos os pais são obesos, o risco para a obesidade da prole é de 80%. Quando apenas um dos pais tem obesidade, o risco cai para 40%, e se nenhum dos pais é obeso, o risco permanece em 3 a 7% (RAMÍREZ-IZCOA *et al.*, 2017; VEGA-RODRÍGUEZ *et al.*, 2015).

Dado o problema, é necessário identificar os fatores associados ao excesso de peso na população infantil, como atividade física, estilo de vida sedentário, nutrição, entre outros fatores, que permitirão que futuras pesquisas abordem a obesidade infantil a partir da prevenção até o tratamento do mesmo (SEPÚLVEDA-VALBUENA; LADINO-MELÉNDEZ *et al.*, 2014). Porém, para implementar ações de intervenção que afetam a população é necessário saber qual é o problema real de cada comunidade, realizando pesquisas científicas ou no diagnóstico situacional de saúde da atenção básica. Cada país é diferente, em sua cultura, hábitos alimentares, atividades recreativas e as pesquisas devem considerar essas variáveis de forma a sugerir estratégias de ação aplicáveis a cada realidade.

Um fator significativo da obesidade é o nível de educação dos pais da criança, pois este está diretamente relacionado ao nível de renda e poder aquisitivo da família. Portanto, nos programas de promoção da saúde do centros de cuidados primários que os enfermeiros atuam estes devem direcionar intervenções relacionadas à alimentação saudável para os pais e cuidadores, principalmente em comunidades desfavoráveis, com famílias de imigrantes e baixos recursos econômicos (ALBA-MARTIN *et al.*, 2016).

Chama atenção o elevado percentual de percepção materna inadequada encontrado entre mães com escolaridade média de dez anos. Porém, considerando que as crianças estudadas eram cadastradas nas Unidades Básicas de Saúde, a percepção inadequada poderia dificultar a aceitação das orientações oferecidas pelos profissionais de saúde. Neste, os profissionais de saúde têm uma tarefa árdua para orientar os pais, pois se eles não estão cientes do problema que afeta seus filhos, eles não irão assumir o compromisso que é necessário e dessa forma os programas de prevenção não serão bem-sucedidos. Quase metade das mães (44,7%) apresentou percepção inadequada do estado nutricional do filho. Dentre essas, 34,2% subestimaram o estado nutricional do

filho, principalmente as mães de crianças com risco de sobrepeso (77,8%) (DUARTE *et al.*, 2016).

3.3 O PAPEL DO ENFERMEIRO FRENTE À OBESIDADE INFANTIL

No conteúdo dos artigos, evidenciou-se que o conhecimento produzido congregou dois temas principais, o aconselhamento visando ao controle do peso corporal para prevenção de complicações e à promoção de hábitos saudáveis de vida na atenção primária à saúde.

No Reino Unido, Países Baixos e Países Escandinavos, o enfermeiro na atenção primária à saúde tem papel definido no aconselhamento sobre estilo de vida saudável com vistas ao controle do peso. Já nos Estados Unidos da América as atividades dos enfermeiros na atenção primária junto às pessoas com obesidade ainda não se encontram bem definidas, e este profissional atua segundo sua motivação pessoal (Van DILLEN *et al.*, 2014).

No Brasil, as produções científicas relacionadas às ações do enfermeiro voltadas às pessoas com obesidade no contexto de atenção básica ainda são incipientes, apesar da relevância da temática para a atenção à saúde da população e da expansão da cobertura da Estratégia Saúde da Família, considerada como uma ferramenta do Sistema Único de Saúde para a qualificação e consolidação da atenção primária à saúde (BRAGA *et al.*, 2017). Destaca-se a importância de se aproveitar todas as oportunidades para promover saúde, prevenir doenças e identificar precocemente sinais de risco na saúde das crianças. Dessa forma, a garantia da precocidade na identificação de condições de risco e o compromisso e responsabilização com as crianças em seguimento, podem ser encontrados nas atividades programadas como rotina nos serviços (SANINE *et al.*, 2018).

Equipe multiprofissional que atuam na atenção primária à saúde têm rotineiramente a oportunidade de atuar na abordagem da obesidade, aconselhando sobre nutrição, atividade física e esclarecendo dúvidas sobre essa doença crônica (SOUSA *et al.*, 2015). Tal atividade profissional é considerada indispensável na atenção primária à saúde pela Política Nacional de Promoção à Saúde. Ressalta-se a importância do aconselhamento em saúde para a promoção de hábitos de vida saudáveis, que incluem

a necessidade de perda de peso, prática de atividade física e mudança no consumo alimentar. Dessa forma, se poderia trabalhar essa problemática no sentido das linhas de cuidado coordenadas pela Atenção Primária de Saúde.

Segundo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança algumas diretrizes adotadas pelo Ministério da Saúde se constituem em bons exemplos a serem adotados para diminuir a obesidade. Citam-se as Diretrizes de organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade, como norteadoras da linha de cuidado prioritária na Rede de Atenção a Pessoas com Doenças Crônicas. Esta última, apesar de não constituir ação específica para obesidade infantil, busca usar da potência desta estratégia para o cuidado integral a este agravo crônico dos mais graves e prevalentes da atualidade (BRASIL, 2014). Dessa maneira, poderia falar-se da falta de uma linha específica para a atenção das crianças com obesidade, tendo em vista a prevalência do problema e da repercussão para o SUS ainda na infância e na fase adulta dessas pessoas. Verifica-se como necessária a elaboração de uma linha de cuidado específica que englobe as escolas como parte do território a ser cuidado como importante estratégia de combate à obesidade infantil.

Os enfermeiros têm entre suas atividades a promoção de saúde. Na Espanha, aqueles que ocupam cargos de atenção primária nos centros de saúde têm entre suas atividades a prevenção do excesso de peso e a promoção da saúde, ou seja, na obesidade infantil torna-se importante saber quais são os fatores que estão relacionados diretamente com o ganho de peso nessa população (ALBA-MARTIN *et al.*, 2016).

A inserção da promoção de saúde nos serviços de atenção primária facilita a identificação de fatores de risco, além da construção de vínculo com a população, que favorece o aumento da confiança da mãe em relação ao serviço e sua adesão nas atividades propostas. Além disso, nos permite conhecer o quanto os serviços se encontram organizados para acolher e, compartilhar experiências com familiares e instituições que atendem às crianças sobre temas que promovam a saúde. Ou seja, o quanto os serviços ofertam ações que proporcionem e ampliem a qualidade de vida, dentro e fora da própria unidade de saúde (SANINE *et al.*, 2018).

As atividades de promoção feitas pelo enfermeiro no ambiente escolar são uma estratégia eficaz para promover o autocuidado da saúde, e além de transmitir às crianças

uma informação nutricional atual e adequada, deve conseguir que essa informação se transforme em comportamento. Ou seja, a promoção é algo mais que a transmissão do conhecimento, é preciso considerar um ambiente propício e favorável, a capacidade de comunicação do profissional e sua experiência no desenvolvimento de ações de capacitação para a mudança de hábitos inadequados (BELMONTE-CORTÉS, 2016).

Um estudo que objetivou identificar o conhecimento produzido na enfermagem acerca das intervenções junto a pessoas com obesidade na Atenção primária de saúde os enfermeiros ressaltaram confiança na própria habilidade de comunicação, capacidade de construir relacionamento com os usuários, participação em treinamento e de receber maior apoio institucional para dispor de mais tempo para os cuidados às pessoas com obesidade. Tais habilidades, inerentes à atuação do enfermeiro, sobretudo a comunicação devem ser valorizadas no contexto da atenção primária, pois podem facilitar o primeiro acesso do usuário com obesidade ao serviço de saúde e a permanência nele para acompanhamento de sua condição de saúde (BRAGA *et al.*, 2017).

Na Suécia, um estudo acerca da prevenção primária da obesidade infantil por meio de sessões de aconselhamento em centros de saúde infantil suecos verificou-se que as intervenções realizadas por enfermeiros com pais de crianças no primeiro ano de vida foram capazes de diminuir o IMC e a medida da cintura das crianças, além de melhorar os hábitos alimentares de atividade física, bem como o IMC das mães (DÖRING *et al.*, 2014). Além disso, famílias orientadas por enfermeiros aumentaram o consumo de frutas e legumes, diminuíram horas assistidas de televisão e aumentaram as horas de atividades físicas (SOUSA *et al.*, 2015).

O uso da tecnologia, associado ao aconselhamento realizado por enfermeiros, pode levar a melhores indicadores de perda de peso do que aqueles alcançados somente por programas de gerenciamento de perda de peso ou somente baseados no cuidado convencional de enfermagem. Isso sugere que a combinação das intervenções com o apoio básico de enfermagem pode fornecer uma solução eficaz para a gestão do peso no contexto da atenção primária à saúde (YARDLEY *et al.*, 2014).

Intervenções realizadas por enfermeiros com familiares de crianças obesas por meio da consulta de enfermagem valorizaram o contato presencial e avaliaram o enfermeiro como um profissional capacitado para a realização de atividades em

educação à saúde e intervenções motivacionais (BRAGA *et al.*, 2017). No cuidado convencional, a consulta de enfermagem no contexto da atenção primária apresenta-se como um momento propício para a realização do aconselhamento em saúde aos usuários com sobrepeso e obesidade, incluindo nessa mudança de hábito a toda a família. Por meio dessa estratégia de cuidado o enfermeiro adquire subsídios para a tomada de decisão, planejamento e avaliação das ações voltadas ao indivíduo, às famílias e à comunidade (DANTAS; SANTOS; TOURINHO, 2016).

Investigações também apontaram a comunicação motivacional do enfermeiro como importante estratégia para abordar as questões de prevenção e tratamento da obesidade (THABAULT *et al.*, 2016). Estudo norte-americano constatou que pessoas com obesidade melhoraram a responsabilidade sobre a saúde após intervenções comportamentais em visitas domiciliares realizadas por um enfermeiro (RITTEN; WALPDROP; KITSON, 2016).

A intervenção do enfermeiro junto a pessoas com obesidade que envolvem a equipe multiprofissional mostra resultados positivos quanto à atuação do enfermeiro. Em contextos comunitários na Itália, enfermeiros especialmente treinados eram eficazes na realização de apoio à autogestão de pessoas com obesidade (MASSIMI *et al.*, 2017). Estes achados sinalizam a relevância das intervenções do enfermeiro na atenção à saúde da pessoa com obesidade em todas as fases do desenvolvimento humano e reafirmam o compromisso deste profissional com o processo saúde-doença dos indivíduos. Faz-se necessário que sejam incorporadas, de modo concreto, diretrizes que orientem a prática do enfermeiro para coordenar o cuidado das pessoas com obesidade, mesmo quando necessitarem de assistência em outros níveis de atenção do sistema de saúde (BRAGA *et al.*, 2017).

É importante ressaltar o papel do enfermeiro no monitoramento do crescimento da criança e informar aos pais sobre seu estado nutricional. As consultas de puericultura devem ser realizadas na Unidade de Saúde, no domicílio ou em espaços coletivos (DUARTE *et al.*, 2016). Enfatiza-se a necessidade do enfermeiro atentar para suas atribuições frente à obesidade, independentemente dos usuários apresentarem ou não morbidades (BRAGA *et al.*, 2017). Nesse sentido, de acordo com a Política Nacional de

Atenção Básica, devem-se direcionar ações para a estratificação do risco para obesidade e atividades de promoção à saúde dessa população (BRASIL, 2014).

A participação do enfermeiro na promoção da saúde de crianças e adolescentes no contexto escolar é uma estratégia tão positiva que, em alguns países, há uma especialidade conhecida por enfermagem escolar. Os enfermeiros escolares são responsáveis por promover o sucesso do aluno no ambiente escolar ao proporcionar atendimento direto de saúde, exames e encaminhamentos, bem como intervenções de prevenção e promoção da saúde. No Brasil essa integração da enfermagem com a escola tem sido mais abordada a partir da implantação do Programa Saúde na Escola (GONZAGA *et al.*, 2014).

A apropriação do espaço escolar para a realização de educação em saúde, importante ferramenta para o desenvolvimento da autonomia e empoderamento de indivíduos e comunidades, foi verificada em um estudo (ANGELO; EGAN; REID, 2013). Os resultados obtidos de estudos em Granada e Almeda na Espanha e outro em Belém no Brasil mostram que a intervenção em saúde no campo da educação constitui uma abordagem eficaz para reduzir os níveis de sobrepeso e obesidade, além de suas futuras complicações endócrino-metabólicas e cardiovasculares (ALONSO; GONZÁLEZ-JIMÉNEZ, 2013; RIBAS; SILVA, 2014).

As ações nessa área estão inseridas no sentido de catalisar mudanças, cujo enfoque é capacitar os indivíduos e comunidades para melhorar sua saúde. Nesse sentido, a educação em saúde tem sido vista como a mais frequente atividade de promoção da saúde desenvolvida na escola, onde os enfermeiros realizam encontros com educandos para abordar temáticas relacionadas à saúde, tais como o excesso de peso. Uma relação dialógica, na qual profissionais, pacientes e familiares compreendam que o sucesso depende da negociação compartilhada, ressalta o importante papel que o enfermeiro desempenha no empoderamento do indivíduo para um cuidado promotor de saúde (GONZAGA *et al.*, 2014). Os resultados das intervenções dos enfermeiros são mais expressivos à medida que as ações são prolongadas. Seus impactos podem demorar a emergir, mas são efetivos, especialmente se as intervenções ocorrerem a longo prazo (DÖRING *et al.*, 2014).

As principais intervenções do enfermeiro junto a pessoas com obesidade consistem no uso de tecnologias baseadas em recursos digitais, técnicas motivacionais e consulta de enfermagem para realizar o aconselhamento em saúde de crianças, adolescentes e seus familiares com obesidade com ou sem comorbidades. O conteúdo das intervenções de enfermagem incluiu aspectos da alimentação preventiva da obesidade na infância, importância da atividade física e hábitos alimentares saudáveis (BRAGA *et al.*, 2017).

4. METODOLOGIA

A seguir são apresentadas as duas etapas que foram utilizadas para a operacionalização do estudo.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória de cunho misto, explanatório sequencial (a). O emprego de um estudo calcado na abordagem mista incorre na busca por inferências mais aprofundadas sobre o fenômeno de pesquisa, as denominadas meta inferências (CRESWELL, 2010). Os métodos mistos de pesquisa abarcam em um único projeto de pesquisa as técnicas clássicas oriundas do positivismo, representadas basicamente pela mensuração de objetos de estudo, bem como, perspectivas de investigação comuns entre as ciências sociais e abordagens mais compreensivas sobre os fenômenos pesquisados, produzindo conclusões multifacetadas sobre os mesmos (CHIANG-HANISKO *et al.*, 2016).

O projeto de pesquisa é explanatório sequencial (a) identificado como um projeto de métodos mistos, caracterizado pela coleta e pela análise de dados quantitativos em uma primeira fase da pesquisa, seguidas de coleta e análise de dados qualitativos em uma segunda fase que é desenvolvida sobre os resultados quantitativos iniciais. Os dados iniciais conduzem a coleta de dados qualitativos secundária. Além disso, é utilizado para explicar e auxiliar na interpretação dos resultados quantitativos por meio

de coleta e da análise de acompanhamento dos dados qualitativos, e ele pode ser especialmente útil quando resultados inesperados surgem de um estudo quantitativo (CRESWELL, 2010).

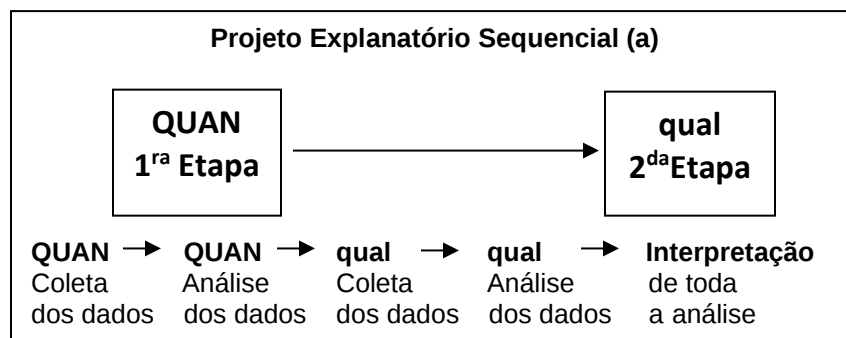


Figura 1.1 Projeto explanatório sequencial
Fonte: Adaptado do Cresswell (2010)

É descritiva porque permite a descrição do fenômeno investigado possibilitando que este se torne conhecido, busca desenhar um quadro de uma situação, pessoa ou evento, ou mostrar como as coisas estão relacionadas entre si, também pode incluir um estudo normativo comparando os dados em relação algum padrão. É exploratória porque permite ao investigador aumentar sua experiência em torno de determinado problema, o que está acontecendo e fazer perguntas a respeito, especialmente úteis quando não se sabe o suficiente sobre um fenômeno. (TRIVIÑOS, 2009; GRAY, 2012).

Silva e Menezes (2001) esclarecem que a pesquisa quantitativa considera que tudo pode ser quantificável, o que significa traduzirem números, opiniões e informações para classificá-las e analisá-las. Fonseca (2002) ainda afirma que os resultados são tomados como se constituíssem um retrato real de toda a população alvo da pesquisa, sendo que, para a obtenção dos resultados recorre a linguagem matemática e as relações entre as variáveis.

Para Minayo (2017), a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes. Ela permite que o autor se envolva diretamente na situação e possibilita observar os agentes no seu cotidiano, convivendo e interagindo socialmente com estes. Para Creswell (2010), é um meio para explorar e entender o significado que os indivíduos ou os grupos atribuem a um problema

social ou humano, envolvendo as questões e os procedimentos que emergem, com uma estrutura final flexível com interpretação da complexidade de uma situação.

4.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO

Foi realizado em pré-escolas da rede pública de ensino que atendem crianças de quatro e cinco anos, no município de Rio Grande, Brasil. Segundo a Secretaria da Educação, no município existem 15 instituições que são apenas pré-escolas. (Atendem crianças entre 0 e 5 anos) (ANEXO 1). Essas estão localizadas nos bairros: Cidade Nova, Castelo Branco, Nossa Senhora de Fátima, Bolaxa, Parque Marinha, Getúlio Vargas, Vila Santa Rosa, América, Hidráulica, Querência, Vila da Quinta, Vila São Miguel, Humaitá e Cassino. Nessas pré-escolas, no mês de dezembro de 2018, haviam 1789 crianças matriculadas. De posse da autorização da Secretaria da Educação do município foi realizada uma ligação para a diretora de cada pré-escola marcando dia e hora para apresentar-lhe o projeto e combinar a melhor forma para a coleta dos dados a partir do aceite dos termos de consentimento.

O município de Rio Grande, onde foi realizado o estudo, faz parte da chamada Metade Sul, que ocupa mais da metade do território do Rio Grande do Sul (54%), possui 25% da população e 18% do PIB. Entre seus maiores e principais municípios estão: Rio Grande, Pelotas, Santa Maria, Bagé e Sant'Ana do Livramento. O município de Rio Grande, Planície costeira Sul do Estado do Rio Grande do Sul, limitado ao Norte pelo município de Pelotas e Laguna dos Patos; ao Sul pelo município de Santa Vitória do Palmar, a Leste pelo Oceano Atlântico e Canal do Rio Grande; e a Oeste pelos municípios de Pelotas, Arroio Grande e Lagoa Mirim (PORTOSRS, 2018; IBDGE, 2018; FAÉ; CAMARA; ROSA, 2018).

Além disso, seu clima é subtropical marítimo, com temperatura mínima de 2°C e média normal de inverno de 13,4°C. No verão, a temperatura mínima é de 18°C e a média normal é de 22,6°C, com uma umidade relativa do ar variando entre 77% e 90%. A formação de geadas ocorre de abril a outubro, com maior incidência de maio a agosto. Os ventos predominantes são de Nordeste, seguidos de Sudeste a Sudoeste, com velocidade

média de 7,0 nós, pela altitude de 02 metros acima do nível do mar, com 182 mil habitantes (PORTOSRS, 2018).

A cidade do Rio Grande é a mais antiga do Estado do Rio Grande do Sul, tendo sido fundada em 1737 como uma fortificação portuguesa. No período que se seguiu a sua fundação, a vila serviu de passagem às embarcações que faziam o trajeto entre o centro do Brasil e a Colônia de Sacramento, no Uruguai. Pela sua posição estratégica tornou-se um espaço geográfico disputado entre espanhóis e portugueses que tinham por finalidade o controle da Colônia do Sacramento – estrategicamente localizada em frente a Buenos Aires. Por consequência, o espaço geográfico onde se localiza a cidade de Rio Grande pertenceu aos Espanhóis de 1763 a 1776 (MARTINS; PIMENTA, 2004; FAÉ; CAMARA; ROSA, 2018).

Posteriormente, com o enriquecimento dos criadores de gado da campanha – em função da introdução das charqueadas –, a Vila do Rio Grande ganhou o status de cidade e em 1835, na eclosão da Revolução Farroupilha, voltou a se tornar capital do Estado, já que possuía o único porto marítimo do Rio Grande do Sul. Aquele período foi de expansão do comércio ligado à importação e exportação, de forma que a cidade cresceu de maneira contínua e criou as condições para a emergência do processo de industrialização que perdurou até a década de 1960 (FAÉ; CAMARA; ROSA, 2018).

No que se refere às estatísticas sobre a cidade de Rio Grande, no período entre 2006 e 2012, o Município tem visto suas iniciativas direcionadas ao crescimento econômico caracterizarem-se por sua origem exógena. Se observa o aumento da arrecadação municipal, do número de empregos e da média salarial, como resultado, a população riograndina como um todo necessita alterar seu cotidiano, adequando-o aos ciclos econômicos da cidade, resultado observável, na transformação periódica da vida da população local (IBGE, 2018).

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

O estudo foi feito em duas etapas, na primeira etapa **participaram as crianças de quatro e cinco anos matriculadas nas pré-escolas**, para fazer a classificação dos pré-escolares pela técnica do percentil ou escore z para a idade propostas pela Organização

Mundial da Saúde (ANEXO 2-5). Este instrumento é uma inovação no uso de curvas de referência para avaliação do estado nutricional, porque descrevem o crescimento de crianças que vivem em ambientes socioeconômicos adequados e que foram submetidas a cuidados de saúde e alimentação compatíveis com um crescimento e um desenvolvimento saudáveis. Dessa forma, as curvas da OMS (2006) pretendem descrever como deve crescer uma criança saudável e suas alterações.

Esse procedimento consiste que em os Indivíduos de cinco anos com IMC acima do percentil 85 ou acima do desvio-padrão (+ 1 escore z) são classificados como sobrepeso, e acima do percentil 97, são considerados como acima de dois desvios-padrão (+2 escore z) como obesos. No entanto em crianças menores de cinco anos, foi utilizado um método diferente, considerando sobrepeso se IMC acima de +2 escore z e obesidade acima de +3 escore z (OMS, 2016).

A construção das curvas para menores de cinco anos incorporou uma série de métodos estatísticos sofisticados, os quais permitiram lidar melhor com a variabilidade do crescimento infantil. Por isso, estas curvas são mais que uma referência; trata-se de um padrão de crescimento. Um padrão é um modelo a que todos devem se igualar. Por outro lado, uma referência serve para que se façam comparações de dados entre populações. Logo, pode-se afirmar que todo padrão é uma referência, mas nem toda referência é um padrão.

Considerando que 1789 crianças com essas idades estavam matriculadas (as informações sobre o número de alunos matriculados foram fornecidas pela Secretaria de Educação do município), e com o auxílio da ferramenta STATCALC do programa EpiInfoversão 13, estabeleceu-se o número mínimo de 217 crianças como tamanho da amostra para garantir a confiabilidade estatística do estudo, sendo considerado o nível de confiança de 95% e erro amostral de 5%. De posse da lista de pré-escolas fornecidas pela Secretaria Municipal de Educação, se iniciou na primeira e assim sucessivamente até atingir o número de crianças que completam o cálculo amostral.

Nesta etapa, foi solicitada autorização para a participação no estudo aos pré-escolares e aos pais ou responsáveis das crianças participantes. As crianças após orientadas acerca dos objetivos e metodologia do estudo, tinham que assinar o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). O **critério de inclusão** que foi

utilizado: ser criança com quatro ou cinco anos matriculada em pré-escola do município. **Excluiu-se** dessa etapa da pesquisa crianças cujos pais não autorizarem sua participação no estudo. Os pais ou responsáveis foram informados da data do procedimento e convidados a estarem presentes. Quando não podiam comparecer, o procedimento era realizado na frente de pessoas indicadas pela diretora da pré-escola para acompanhar o pesquisador. Depois de orientados acerca dos objetivos e metodologia do estudo os pais que aceitaram que seus filhos participassem do estudo deviam assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B).

Na segunda etapa da pesquisa, foram convidados a participar os pais e/ou cuidadores daquelas crianças que foram classificadas com obesidade. A eleição dos participantes da pesquisa qualitativa conseguiu-se por meio de critérios que, para Triviños (2009), são compreendidos como uma ideia ou um conjunto de ideias emanadas dos objetivos de investigação que orienta a seleção dos sujeitos que participam na pesquisa.

Nesta etapa qualitativa, os **critérios de inclusão** utilizados foram: ser pai, mãe ou responsável legal de criança classificada como obesa pela técnica do percentil e escore z. Não se sabia o número exato de crianças que seriam classificadas como obesas. Segundo Minayo (2017), uma amostra qualitativa ideal é a que reflete, em quantidade e intensidade, as múltiplas dimensões de determinado fenômeno e busca a qualidade das ações e das interações em todo o decorrer do processo. Uma quantidade consensual seria de, pelo menos, 20 entrevistas para qualquer tipo de investigação qualitativa.

Os pais de crianças classificadas como obesas que aceitaram participar dessa etapa do estudo deviam assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C). Assim, **foram entrevistados** os primeiros 20 pais ou responsáveis das crianças pré-escolares classificadas na primeira etapa como obesas. Embora as 20 crianças obesas encontradas no início da primeira etapa esta continuava até que a amostra estabelecida fosse atendida. Se a amostra da etapa quantitativa fosse atingida, mas a quantidade desejada para a parte qualitativa não for encontrada, se planejava continuar pesando e medindo mais crianças até encontrar o valor estabelecido para a segunda etapa. **Foram excluídos** do estudo pais ou responsáveis que estivessem com problemas graves de saúde que os impedissem a compreensão das perguntas realizadas na entrevista.

4.4 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados realizou-se no primeiro e segundo semestre de 2019 em duas etapas. De posse da autorização da Secretaria Municipal de Educação, foi realizado um primeiro contato para apresentar a pesquisa aos diretores das pré-escolas e aos pais das crianças matriculadas, solicitando sua permissão para a realização da mesma. Os pais que permitiram participar na primeira etapa com a pesagem e verificação das medidas antropométricas das crianças, foram incluídas na coleta de dados, e classificação delas de acordo aos resultados.

O peso foi aferido utilizando balança de plataforma digital, com capacidade máxima de 150 quilos e precisão de 100 gramas. As crianças de quatro e cinco anos serão pesadas sem sapatos, descartando vestes e outros objetos pesados como casacos, mochilas, óculos, celulares e outros. Para obter a medida da altura utilizou-se um estadiômetro de alumínio com precisão de 1mm, sendo escolhido um local adequado como parede ou batente de porta, sem rodapés, de maneira a formar ângulo reto com o piso. As crianças foram medidas descalças, em posição ortostática, com as costas e a parte posterior dos joelhos encostados ao estadiômetro. Foi medida da distância vertical entre o vértice (ponto mais alto da cabeça) e a região plantar (solo) descalça, em posição ereta) (OMS, 2016). Os pais ou responsáveis foram informados da data do procedimento e convidados a estarem presentes. Caso não pudessem comparecer, o procedimento foi realizado na frente de pessoa indicada pela diretora da pré-escola para acompanhar o pesquisador. Foi garantida a segurança e privacidade das crianças, e os dados foram organizados em planilhas de Excel para posterior análise.

A ordem que se tomou para este procedimento foi de acordo com a lista fornecida pelo secretário de educação. Seguindo uma ordem lógica do primeiro, continuando nas pré-escolas seguintes para atingir o objetivo definido para o primeiro estágio. No caso a meta para a parte quantitativa fosse atingida, mas as 20 crianças não forem encontradas para a próxima etapa, o procedimento tinha que continuar até que a quantidade estabelecida para a etapa qualitativa for encontrada.

Na segunda etapa, os pais ou responsáveis das crianças que se classificaram como obesas, foram convidados para participar de uma entrevista semiestruturada (APÊNDICE A). Participaram apenas um dos pais ou responsável por criança e os dados foram coletados pelo pesquisador responsável. A entrevista constou de duas partes: a primeira, contendo dados de identificação da criança e do pai/ cuidador e a segunda, com questões norteadoras abertas contendo perguntas sobre os fatores de risco para obesidade em crianças. Emergiram outros questionamentos que foram pertinentes durante a entrevista, proporcionando assim que os participantes pudessem manifestar seus pontos de vista, sentimentos, percepções e vontades.

A entrevista foi realizada em uma sala individualizada na escola para garantir a privacidade dos participantes. Para garantir a fidedignidade das falas, as entrevistas foram gravadas, mediante autorização, e logo após, transcritas, iniciando-se imediatamente o processo de análise de dados. As gravações foram guardadas, ficando sob a responsabilidade da coordenadora da pesquisa, por um período de cinco anos para que seja assegurada a validade do estudo, garantindo a confidencialidade dos dados.

De acordo com Creswell (2010), neste tipo de metodologia a coleta de dados qualitativos que segue pode ser utilizada para se examinar mais detalhadamente esses resultados dando ao projeto um de seus principais pontos fortes, porque ele é fácil de implementar porque os passos recaem em estágios claros, separados e tal aspecto facilita descrevê-lo e fazer seu relatório.

4.5 MÉTODO DE ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados quantitativos se utilizou a estatística descritiva, mediante apresentação de gráficos e tabelas de acordo com as tabelas utilizadas pelo Ministério da Saúde brasileiro contidas nas Normas Técnicas do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN (2011) e orientadas pela OMS (2006).

A análise dos dados qualitativos se deu pela técnica da Análise de Conteúdo. Para Bardin (2011) esta técnica é operacionalizada por meio da Pré-Análise; da exploração do material e do tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Na Pré-Análise ocorre

a fase de organização do material, ou seja, nesta etapa se realizará uma leitura das entrevistas, buscando-se visualizar as particularidades de cada sujeito que contribuirão para a elaboração das ideias iniciais. A fase de exploração do material consistirá na execução da codificação das entrevistas com números e letras de forma que os recortes que interessam à pesquisa sejam agrupados em núcleos de sentido semelhantes que darão origem aos temas ou as categorias (BARDIN, 2011).

Na etapa de tratamento dos resultados, os resultados brutos podem ser tratados de maneira significativa e válida, havendo uma análise e uma discussão dessas falas, retiradas das entrevistas dos participantes, baseada no referencial já exposto neste projeto e na sensibilidade e experiência adquirida na trajetória da pesquisa (BARDIN, 2011).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Foram respeitados os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a Resolução 466/12 (BRASIL, 2012). Foi solicitada autorização ao Superintendente de gestão pedagógica da Secretaria da Educação do município contexto dessa pesquisa para sua realização nas pré-escolas do município. Mediante autorização da superintendência o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ) e ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande (CEPAS/ FURG). De posse dessas autorizações se realizou o contato com as diretoras das pré-escolas e com os pais ou responsáveis pelas crianças matriculadas.

Somente mediante a aprovação para o desenvolvimento desta pesquisa, foram entregues aos participantes da pesquisa, o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), o Consentimento Livre e Esclarecido para os pais (APÊNDICE C) e o Consentimento Livre e Esclarecido para as crianças (APÊNDICE D) para participar da pesquisa. Os dados quantitativos não mostraram identificação das crianças participantes. As falas dos participantes na etapa qualitativa são identificadas pela letra F seguida do número da entrevista, com vistas a garantir o seu anonimato.

Os participantes foram devidamente informados do objetivo do estudo, justificativa, metodologia, benefícios e riscos esperados e formas de divulgação dos resultados do estudo. Foi solicitado o seu consentimento para a divulgação dos dados de forma anônima. Deixou-se à vontade para comunicarem à pesquisadora verbalmente sua desistência em participar da pesquisa em qualquer de suas etapas, pessoalmente, por telefone ou carta.

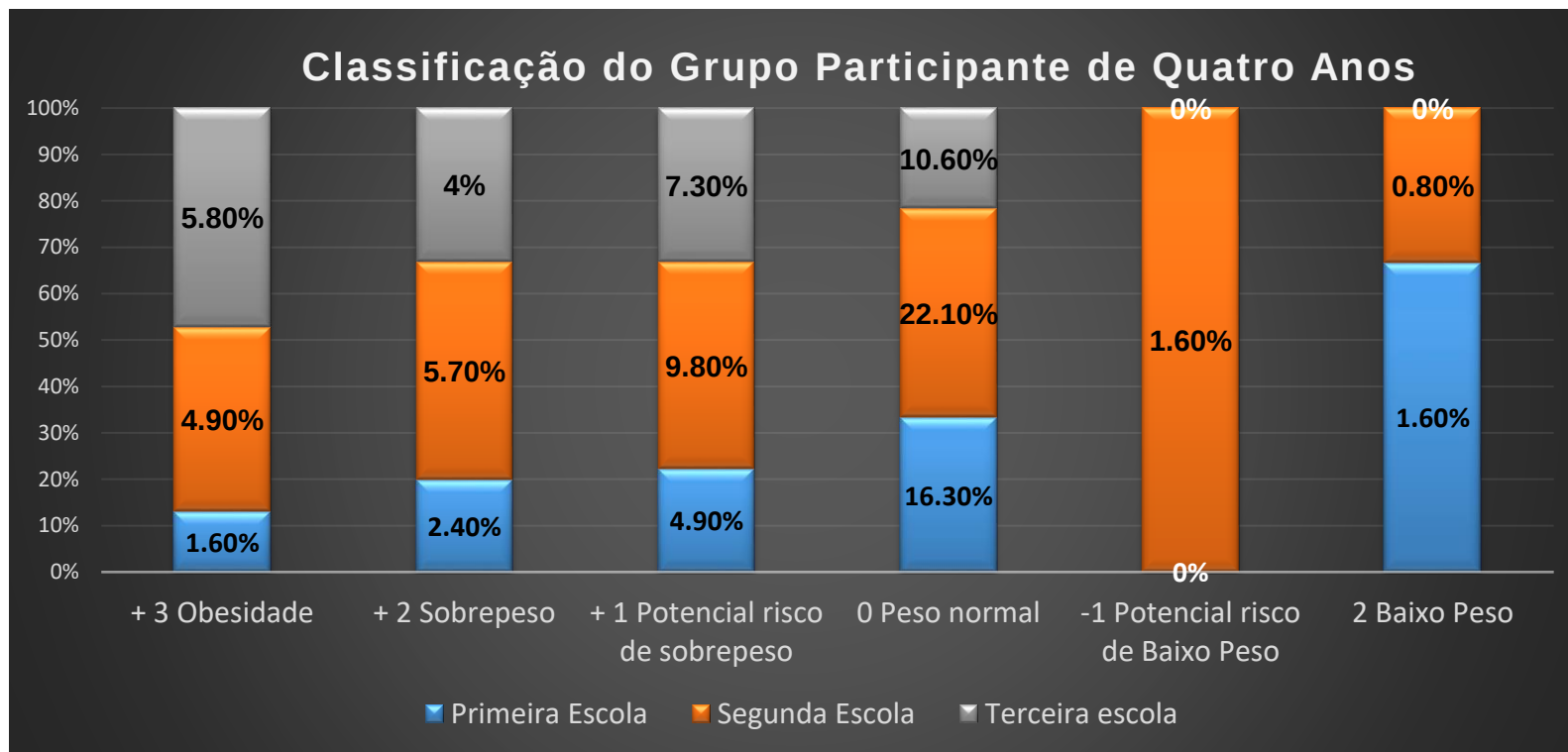
5 RESULTADOS

5.1 RESULTADOS DA ETAPA QUANTITATIVA

Participaram do estudo **288** crianças, sendo 122 crianças com quatro anos e 166 com cinco anos. As crianças eram atendidas em três pré-escolas. Na pré-escola um, oito crianças não participaram do estudo, pois os pais ou responsáveis não retornaram a autorização para a participação da criança no estudo. Inclusive houve verbalização de que a negativa deveu-se por não concordarem com a investigação acerca do tema obesidade.

5.1.1 CLASSIFICAÇÃO DO GRUPO PARTICIPANTE DE QUATRO ANOS

Escore Z	Primeira Escola	Segunda Escola	Terceira escola	Total	%
+ 3 Obesidade	2	6	7	15	12,3 %
+ 2 Sobrepeso	3	7	5	15	12,3 %
+ 1 Potencial risco de sobrepeso	6	12	9	27	22,1 %
0 Peso normal	20	27	13	60	49,2 %
-1 Potencial risco de Baixo Peso	0	2	0	2	1,6 %
-2 Baixo Peso	2	1	0	3	2,5 %
Total	33	55	34	122	100%

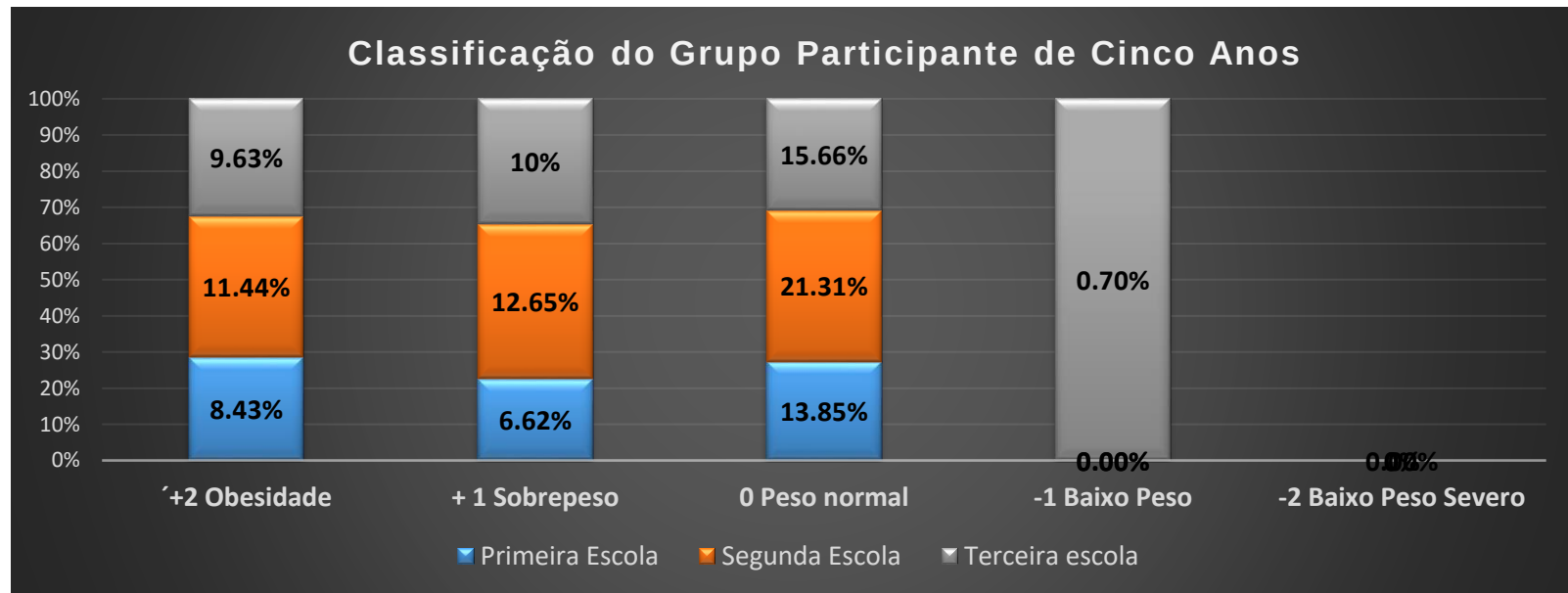


Observou-se uma prevalência significativa de Obesidade de 12,33 % (15 casos) em crianças de quatro anos nas três escolas pesquisadas, com maior quantidade na terceira escola com 5.80 % (sete casos) e na segunda escola com 4.90 % (seis casos), a primeira escola teve 1,60% (dois casos). A prevalência de obesidade é igual a prevalência do sobrepeso nesta população pois, o sobrepeso teve 12,22% (15 casos), 2,45 % (três casos) na primeira escola, 5,73 % (sete casos) na segunda escola e 4,09 % (cinco casos) na terceira escola.

De acordo com o instrumento de análise escore z, a prevalência da obesidade total é significativa em comparação da prevalência do Baixo peso que foi de 2,5 % (três casos) que foram dois casos na primeira escola e um caso na segunda escola, e 1,6% (dois casos) de prevalência de crianças com risco de baixo peso que foram dois casos encontrados na segunda escola. Além disso, é importante mencionar que o risco de sobrepeso total foi de 22,1% (27 casos), sendo (seis casos) na primeira escola, (doze casos) na segunda escola, e (nove casos) na terceira escola, no entanto, o risco de baixo peso foi de 1,6% (2 casos) sendo da segunda escola. 49,2 % (60 casos) foram classificadas com peso normal, ou seja, o principal problema nutricional presente nas crianças de quatro anos é a obesidade, e deve se ver como uma prioridade de saúde.

5.1.2 CLASSIFICAÇÃO DO GRUPO PARTICIPANTE DE CINCO ANOS

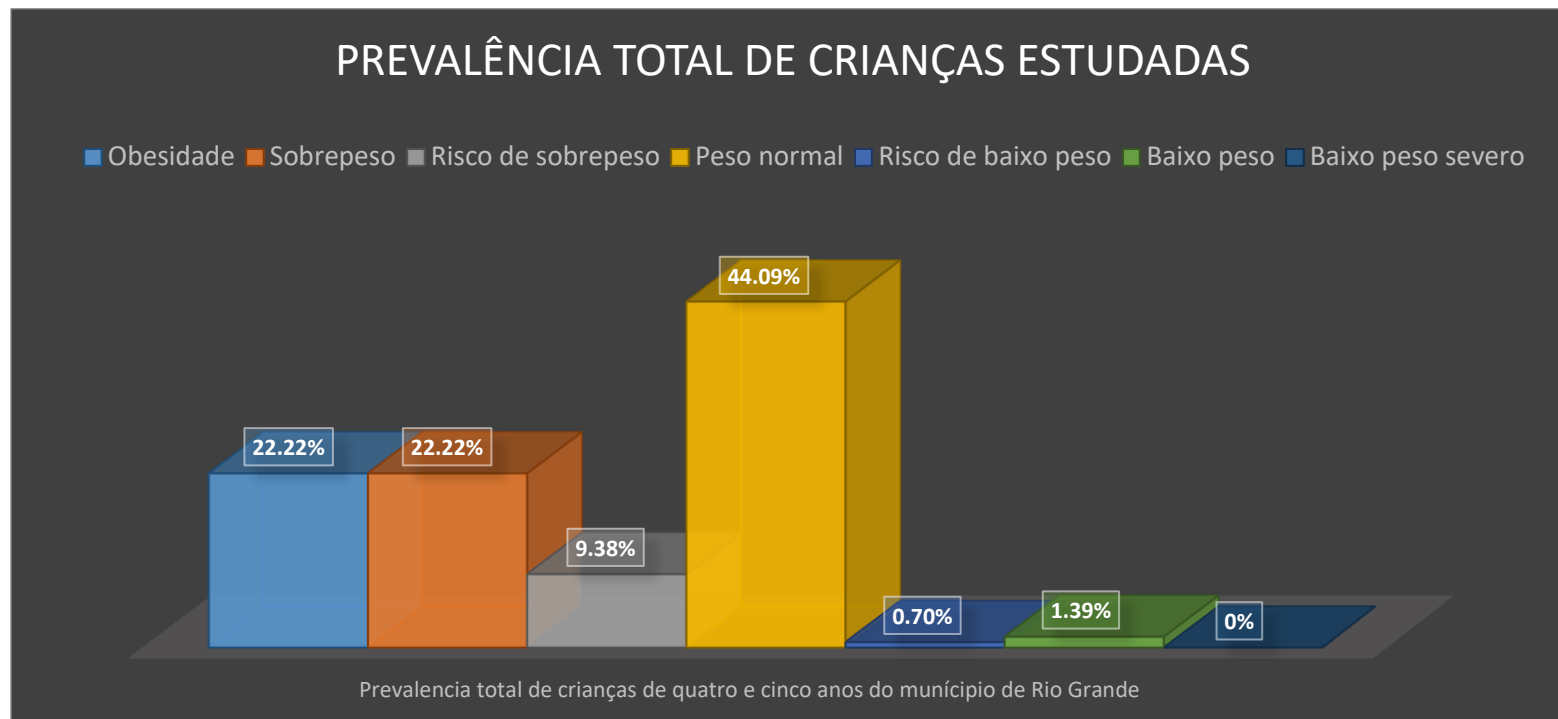
Escore Z	Primeira Escola	Segunda Escola	Terceira escola	Total	%
+ 2 Obesidade	14	19	16	49	29.56 %
+ 1 Sobrepeso	11	21	17	49	29.56 %
0 Peso normal	23	26	18	67	40.36 %
-1 Baixo Peso	0	0	1	1	0.70 %
-2 Baixo Peso Severo	0	0	0	0	0 %
Total	48	66	52	166	100%



De acordo com o instrumento de análise escore z, observou-se uma prevalência de 29,56 % (49 casos) das crianças com cinco anos com obesidade, encontrou-se uma prevalência maior na terceira escola com 11,44 % (19 casos), seguido da terceira escola com 9,63 % (16 casos), e por último, a primeira escola, com 8,43 % (14 casos); Encontrou-se similaridade na prevalência de sobrepeso que também foi de 29,56 % (49 casos), com maior prevalência na segunda escola com 12,65 % (21 casos), seguido com a terceira escola com 10 % (17 casos), e com 6,62 % (11 casos) na primeira escola; E 40,36 % tinham um peso normal (67 casos), com 21,31 % (26 casos) na segunda escola, 15,66 % (23 casos) na terceira escola e 13,85% (18 casos) na primeira escola. No entanto, os casos de baixo peso foram de 0,70 % (um caso), que correspondia na terceira escola, não se encontrou casos com baixo peso severo.

5.1.3 NÚMERO DE CASOS E PREVALÊNCIA DE CRIANÇAS COM OBESIDADE DE ACORDO A IDADE

Classificação de acordo ao Escore Z	Número de casos	%
Crianças de quatro anos com obesidade	15	5,20 %
Crianças de cinco anos com obesidade	49	17,01 %
Prevalência total de crianças com obesidade	64	22,22 %
Prevalência total de crianças com sobrepeso	64	22,22 %
Prevalência total de crianças com risco de sobrepeso	27	9,38 %
Crianças com peso normal	127	44,09 %
Crianças com risco de baixo peso	2	0,70 %
Crianças com baixo peso	4	1,39 %
Crianças com baixo peso severo	0	0%
Total de crianças de cinco e quatro anos estudadas	288	100%

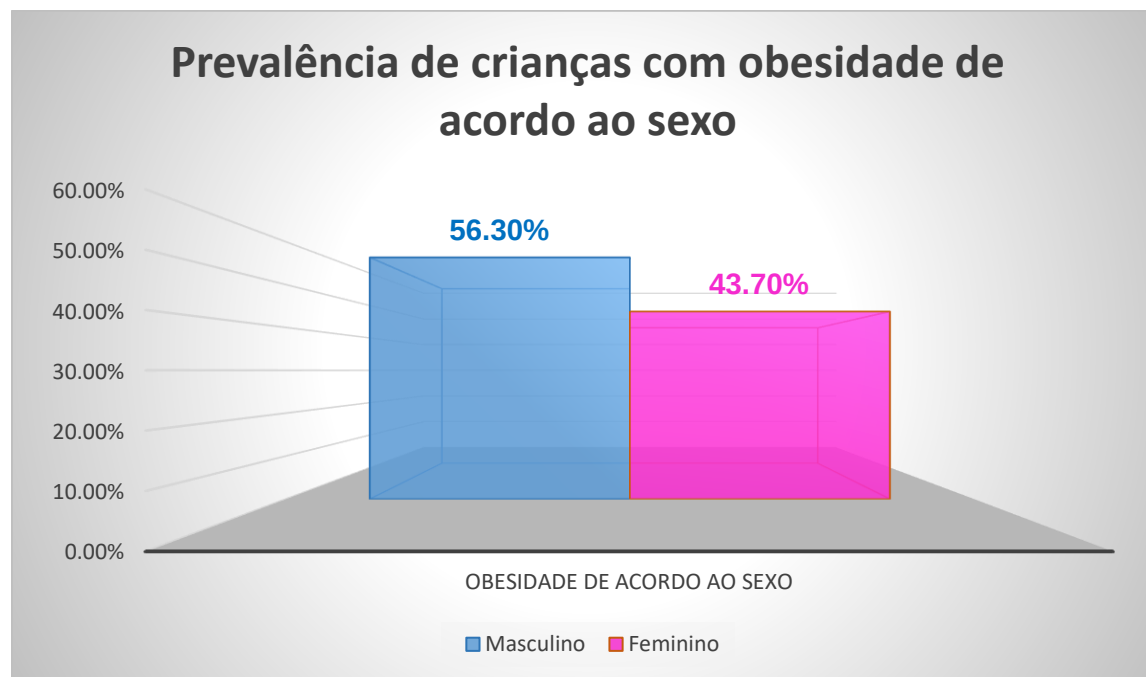


Encontrou-se que a prevalência de obesidade em crianças de quatro e cinco anos do município de Rio Grande foi de 22,22 % (64 casos), com maior prevalência nas crianças de cinco anos 17,01% (49), no entanto, as crianças com quatro anos tinham uma prevalência de 5,20% (15 casos). Além disso, encontrou-se que a prevalência de sobrepeso total de crianças com sobrepeso foi parecido com 22,22% (64 casos). No entanto, a prevalência total do potencial em risco de sobrepeso foi de 9,38% (27 casos). Também teve uma diferença significativa na prevalência total do Baixo peso, que foi de 1,39 % (4 casos), prevalência de crianças com risco de baixo peso que foram 0,70% (2 casos) e não se encontraram casos de crianças de cinco anos com baixo peso severo. As crianças com peso normal total de cinco e quatro anos foi de 44,09% (127 casos).

5.1.4 NÚMERO DE CASOS E PREVALÊNCIA DE CRIANÇAS COM OBESIDADE DE ACORDO AO SEXO

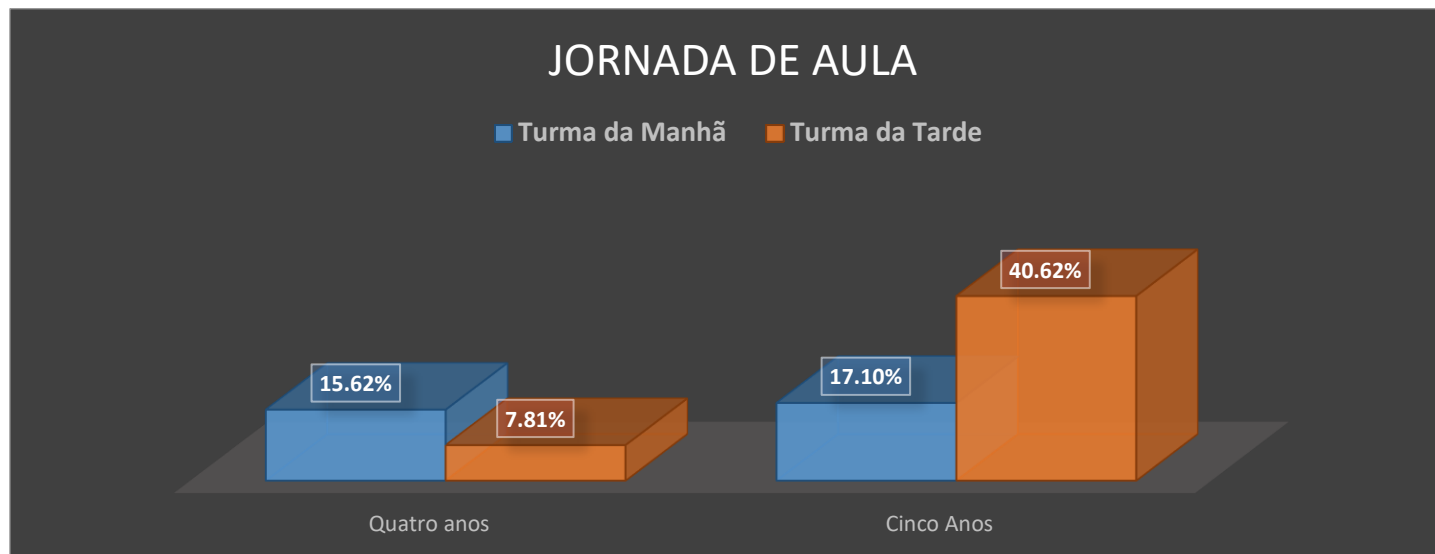
	Primeira escola		Segunda escola		Terceira escola		Total	%
	Quatro anos	Cinco anos	Quatro anos	Cinco anos	Quatro anos	Cinco anos		
Masculino	1	7	3	10	4	11	36	56,3 %
Feminino	1	7	3	9	3	5	28	43,7 %
Total	2	14	6	19	7	16	64	100%

Observou-se uma prevalência maior da obesidade nas crianças do sexo masculino com 56,30% (36 casos) no total das três escolas participantes, no enquanto que o sexo feminino tinha uma prevalência de 43,20% (28 casos).



5.1.5 CARACTERÍSTICAS DO GRUPO PARTICIPANTE CLASSIFICADO COM OBESIDADE: HORÁRIO DE AULA

	Quatro Anos	Cinco Anos	Total	%
Turma da Manhã	10	11	21	32,81 %
Turma da Tarde	5	26	43	67,19 %
Total	15	49	64	100%



Observou-se uma diferença significativa nas crianças com obesidade de cinco anos da turma da tarde com 40,62% (26 casos) em comparação com as crianças da turma da manhã que teve uma prevalência de 17,10 % (11 casos). No entanto, nas crianças de quatro anos houve maior prevalência de obesidade nas crianças da turma da manhã com 15,62 % (10 casos), e 7,81 % (5 casos) na turma da tarde. Mas no total, a prevalência é superior na turma da tarde com 67,19 % (43 casos), e na turma da manhã com 32,81% (21 casos).

5.2 RESULTADO DA ETAPA QUALITATIVA

5.2.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Após classificação das crianças verificou-se que 15 com quatro anos e 49 com cinco anos foram classificadas como obesas. Dessas 26 familiares participaram da etapa qualitativa.

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

No de Família	Parentesco com a criança	Idade	Escolaridade	Profissão	Renda familiar	Quantas pessoas dependem dessa renda	Local de moradia	Nº de filhos, Posição da criança na família	Idade da criança	Sexo da criança
1	Mãe	41 anos	Ensino médio completo	Autônoma, (Tem uma lancheira)	2000 reais	Quatro	São João, casa própria	Três, filha mais nova	Quatro anos	Feminino

2	Mãe	26 anos	Ensino fundamental incompleto	Boleira, de todo um pouco	2000 reais	Três pessoas	São Miguel, casa própria	Um, filho único.	Quatro anos	Masculino
3	Avó	60 anos	Ensino fundamental incompleto	Cozinheira autônoma	2000 reais	Quatro pessoas	São Miguel, casa própria	Quinta neta e filha única do segundo filho.	Cinco anos.	Feminino
4	Mãe	31 anos	Ensino médio completo	Serviços Gerais	2000 reais	Três pessoas	São João, casa própria	Dois, a mais nova.	Cinco anos.	Feminino
5	Tia	34 anos	Ensino superior incompleto	Agente comunitária de saúde	Três salários mínimos	Dois pessoas	São João, casa própria	Um, filho único	Cinco anos.	Masculino
6	Avó	52 anos	Ensino médio completo	Cabelereira	Três salários mínimos	Quatro pessoas	Roberto Socobisqui, casa própria	Dois, o mais novo.	Cinco anos.	Masculino
7	Mãe	29 anos	Ensino médio completo	Não trabalha	2200 reais	Quatro	São João, casa própria	Três, o filho	Cinco anos.	Masculino

								mais velho.		
8	Mãe	33 anos	Ensino médio incompleto	Dona de casa	1038 reais	Cinco	São João, casa própria	Três, o filho mais novo.	Cinco anos.	Masculino
9	Mãe	38 anos	Ensino Fundamental incompleto	Dona de casa	1200 reais	Três	São Miguel, casa própria	Um, filho único.	Cinco anos.	Masculino
10	Mãe	28 anos	Ensino superior incompleto	Estudante tempo integral	1000 – 2000 reais	Três	São João, casa própria	Dois, filha mais velha	Cinco anos	Feminino
11	Mãe	28 anos	Ensino médio incompleto	Vendedora de roupa usada	500 reais	Quatro	São João, casa própria	Dois, filha mais velha	Cinco anos	Feminino
12	Pai	25 anos	Ensino fundamental incompleto	Pedreiro de obra	1500 reais	Seis	São João, casa própria	Um, filho único.	Cinco anos.	Masculino

13	Mãe	34 anos	Ensino fundamental incompleto	Diarista	2800 reais	Quatro	São João, casa própria	Um, filho único.	Quatro anos.	Masculino
14	Mãe	26 anos	Ensino médio completo	Vender Lanches	2000 reais	Cinco	São João, casa própria	Dois, o mais velho	Cinco anos.	Masculino
15	Pai	27 anos	Ensino médio completo	Vigilante	3000 reais	Três	São Miguel, casa própria	Um, filho único.	Cinco anos.	Masculino
16	Mãe	21 anos	Ensino médio incompleto	Dona de casa	Um salário mínimo	Quatro	São João, casa própria	Dois, a mais velha	Cinco anos.	Feminino
17	Mãe	31 anos	Ensino médio completo	Soldadora	Três salários mínimos	Três	São João, casa própria	Uma, filha única.	Quatro	Feminino
18	Mãe	23 anos	Ensino fundamental completo	Dona de casa	4000 reais	Três	São Miguel, alugam casa	Uma, filha única.	Quatro	Feminino
19	Mãe	27 anos	Ensino fundamental incompleto	Autônoma	3000 reais	Quatro	São Miguel em casa própria	Dois, o mais novo	Cinco anos.	Masculino

20	Pai	29 anos	Ensino médio completo	Soldador, desempregado	2500 Reais	Três	São João, casa própria.	Dois, o mais novo	Cinco anos.	Masculino
21	Mãe	27 anos	Ensino médio completo	Dona da casa.	Um salário mínimo	Cinco	São João, casa próprio.	Dois, a mais velha	Cinco anos.	Feminino
22	Pai	18 anos	Ensino médio incompleto	Operador de pias	2500 Reais	Quatro	São Miguel em casa própria	Dois, o mais novo	Cinco anos.	Masculino
23	Irmã (cuidadora dele)	21 anos	Ensino médio incompleto	Estudante	Um salário mínimo	Quatro	São Miguel em casa própria	Cinco, o mais novo	Cinco anos.	Masculino
24	Mãe	34 anos	Ensino médio completo	Comerciante	2000 Reais	Dois	São João, casa própria.	Dois, a mais velha	Cinco anos.	Feminino
25	Mãe	37 anos	Ensino médio incompleto	Serviços gerais	900 reais	Dois	Recreio, casa própria.	Dois, a mais nova	Cinco anos.	Feminino
26	Mãe	24 anos	Ensino superior incompleto (Fisioterapia)	Serviços de limpeza na refinaria de petróleo	Dois salários mínimos	Três	São João, condominio próprio.	Um, filho unico	Cinco anos.	Masculino

Participaram 19 mães, três pais, dois avós, uma tia e uma irmã. Suas idades variaram entre 18 e 60 anos. Possuíam grau de estudo de ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio completo, ensino médio incompleto, ensino superior incompleto das áreas de enfermagem, fisioterapia e pedagogia. Sua renda familiar variou entre 500 e 4000 reais, 25 moram em casa própria e uma família aluga. Quanto às profissões três trabalhavam em uma lancheira, uma cozinheira autônoma, uma diarista, vigilante, soldadora, quatro em serviços de limpeza e gerais, uma agente comunitária de saúde, um operador de pias, uma cabeleireira, cinco donas de casa, uma estudante de tempo integral, duas comerciantes ou vendedoras de roupa, um pedreiro de obras e uma que referiu que não trabalhava fora de casa. Possuíam entre um e três filhos ou filhas, 11 eram do sexo feminino e 15 do masculino. Nove eram os filhos mais novos, sete os filhos mais velhos, e dez eram filhos únicos. 16 famílias eram da Vila São João, oito da São Miguel, um da Roberto Socowisqui e um do Bairro Recreio.

5.2.2 RECONHECIMENTO DOS RESPONSÁVEIS ACERCA DA OBESIDADE DA CRIANÇA

Alguns pais não tinham reconhecido seus filhos como crianças com obesidade. Achavam que seus pesos eram normais para a idade. Justificaram seus filhos como grandes, pesados, fortes ou altos. Achavam que para serem obesos deveriam ser maiores ainda. Percebem a obesidade como beleza e saúde. Nessa confusão alguns pais obrigam as crianças a comer maiores quantidades de comida para ganhar mais peso.

Não tinha identificado ela como uma criança com obesidade. (F1)

Não. Não acho ela gorda não, só pesada. Ela é alta. O problema dela é que é bem alta. Bem, isso a altura dela é que é muito [...]. Para mim, a altura dela é que excede a idade dela. Porque todas as crianças de cinco anos são menores da que ela, entendeu? Mas ela é bem pesada, claro se ela é alta ela tem os ossos mais pesados? Assim, é que não sei ela é grande porque é muito grande. É muito alta. [...], ela é linda! Olha o tamanho para cinco anos, ela é quase do tamanho do primo com seis anos. E o primo é mais alto e mais magro. Ela é bem forte. (F3)

Não, porque não sei. Acho que obesidade no caso é quando é muito sabe. Tipo pesquisar o peso de acordo com a idade. (F4)

Não. Para mim ele não é obeso. (F9)

Não, eu não acho. Eu acho ela como uma criança com peso normal assim. Porque ela é alta perto de outras crianças, daí não achava que tinha obesidade. (F10)

Não. O peso dele está bom, não sei. (F11)

Não. Pensei que ele estava magro, ele passa tomando leite com Nescau. Aí uma briga, porque falo com a mãe dele para não comprar tanto leite e mais frutas. Ele não é de comer

permanentemente. Achei ele mais magro. Daí pensei não comprar muito leite para obrigar ele comer mais comida. (F22)

Não. Que estava ficando gordinha sim, obesidade não. O médico não me falou não. Eles nem controlam o peso dela. (F25)

Ah eu acho ele bem gordinho, não acho que seja obesidade. É bem gordinho na linha das outras crianças mais ou menos. (F26)

Têm pais que reconhecem a obesidade nas suas crianças ao observar suas ações, hábitos alimentícios, ao comparar a forma física deles com outras crianças ou ao perceber as mudanças nos corpos delas.

Reconheço, não vou dizer que não reconheço porque eu sei que ele gosta de comer. (F2)

Já tinha reconhecido a obesidade dele, até porque é bem nítida. (F5)

Ele é um pouquinho acima. Eu reconheço que ele é um pouquinho, não é aquele muito. Ele até já foi um pouquinho mais. [...] Acho que ele está se mantendo assim. (F6)

Sim. Ele é bem gordinho. (F7)

Sim, tinha percebido. (F8)

Olha, até quando ela era pequenininha, no caso era mais gordinha, [...] Depois dela vir para a escolinha emagreceu bastante. Daí a doutora falou que acima do peso normal não estava até porque tinha emagrecido bastante. (F11)

Dá para perceber, sim. (F13)

Sim. Ela não era assim, quando me separei ela ficou. Ela começou a engordar, foi automático. Em um ano ela ficou desse tamanho. Ela não era gordinha. Era bem alta até porque é de família, porque o papai dela é assim, tinha mais as bochechas mas gordinha não era. E olha como ela cresceu em um ano. (F14)

Sim, acho que é bem fácil de perceber. (F15)

Estava achando porque comparava com outras crianças e a minha é bem maior sabe. (F16)

Sim. Ela nasceu com baixo peso, então dava para ela leite artificial para compensar o peso, mas as coisas saíram do controle. (F17)

Já, porque ela sempre foi muito magrinha, sempre baixo do peso porque ela tinha alergia do leite. Daí agora que curou a alergia ela começou engordar bastante, e aí agora ando cuidando o que está comendo, porque ela quer comer demais. (F18)

Reconheço, sim. Eu fiz exames para ele nessa semana, e tenho que levar para pediatra porque está em acompanhamento, porque se não me engano, ele está quase dez quilos acima do peso ideal e da altura. [...] (F19)

Sim. Estou vendo que ele está meio gordinho mesmo, [...] (F20)

Ela estava não muito acima do peso mas sim um pouquinho, acho ela bem alta. Não sei tipo ela não faz muito exercício, correr nem nada disso, só na escolinha, outras coisas não faz, mas a bicicleta, ela adora. E gosta muito do doce. (F21)

Sim. Ele não é aquela criança que come porqueira sabe, mas come no lugar errado. Quando ele come, come demais. Ele come mais de noite, ele não toma café da manhã de jeito nenhum, e almoça bastante. (F23)

Sim, sempre foi bem gordinha, nasceu prematura de oito meses e em seguida já pesava oito quilos. Bem grande. (F24)

5.2.3 RELAÇÃO ENTRE PESO AO NASCER, ANTECEDENTES DE PATOLOGIAS GESTACIONAIS, DEPENDÊNCIA QUÍMICA, ALIMENTAÇÃO E A OBESIDADE DA CRIANÇA

De acordo com as falas dos pais, algumas crianças nasceram com baixo peso ou peso normal e depois foram engordando.

Então, ela foi prematura, pesou 2 kilos e 96 grs. Porque nasceu de 30 semanas, mas não tinha nenhuma doença durante a gravidez. (F1)

Dois kilos e setecentos e trinta, ele nasceu muito pequenininho. Eu olho para ele agora e digo: _ Criança tu estás enorme. (F2)

2600gr, ele era bem magrinho. (F5)

Dois quilos e 200 gr ao nascer. (F9)

Nasceu com 2500 gr. (F13)

Nasceu com 2 quilos e 880 gr. (F15)

Três quilos 450. (F18)

Foi 3200gr. (F19)

Não sei, mas ele era pequenininho, [...]. Nasceu e era magrinho, mas não lembro do peso não. Ele não nasceu gordo, [...]. (F20)

Foi dois quilos 919. (F21)

Pesava três quilos e 40 grs. Daí perdeu no hospital e estava com 2995, com sete dias já tinha engordado já estava com mais 340grs se não me engano. (F26)

Também tem crianças que nascem com o peso acima dos parâmetros normais, que são crianças pré-escolares com obesidade.

4 kilos e 250, ela nasceu grande. Ela era uma enorme menina. (F3)

3 Quilos e 660. (F4)

4 quilos e 660 grs. (F7)

Quatro quilos e 55 grs. (F8)

O peso dela ao nascer foi de 4 quilos, acho que foi bem grande, daí sempre foi assim de grande, bem grande. (F9)

O peso dela foi de 3775 gr. (F11)

3 quilos e 940. (F14)

3 quilos 505. (F16)

Nasceu com 4905, bem grande mesmo. (F22)

Quatro quilos, nasceu prematura e gordinha. (F24)

3900 mais ou menos se não me engano. (F25)

Não se encontrou relação entre a presença de doenças durante a gravidez com a obesidade da criança. Os pais referiram que não tinham problemas de saúde nem apresentaram complicações relacionadas às crianças.

Não. (F2, F4, F5, F11, F12, F13, F14, F15, F16, F17, F18, F19, F20, F25)

Não, que eu saiba não. Ela não tinha nada. Inclusive ela foi fazer a consulta, a última consulta medica, e a medica já falou que era para fazer cesárea, por causa que ela já tinha feito uma cesárea antes. (F3)

Anemia mesmo, mas não. (F21)

Não, não, não teve nada. Tranquilo. (F26)

Encontrou-se relação entre o consumo de narcóticos durante a gravidez com o nascimento de crianças com peso acima dos parâmetros normais e agora em idade pré-escolar com obesidade. As mães que fumavam não apresentaram complicações.

4 kilos e 250, ela nasceu grande né? Ela era uma enorme menina. Que eu saiba não. Ela não fumava... Ou fumava? Porque na gravidez dela, eu estava em Minas e ela aqui e aí não sei se ela bebia ou fumava. (F3)

3 Quilos e 660. [...] Fumava só. (F4)

4 quilos e 660 grs. F7. [...] Eu fumava, descobri que estava grávida quando estava com seis meses de gravidez. Daí não fumei mais. (F7)

3900 mais ou menos se não me engano.
[...] Fumei, mas não fez mal. (F25)

Encontrou-se relação entre a substituição do leite materno pelo leite artificial nos primeiros seis meses de vida como fator de risco para a obesidade infantil. De acordo com as falas essas substituições aconteceram porque a criança nasceu com baixo peso, porque a mãe percebia que produzia pouco leite, a criança não colaborava para amamentar e porque por erro, deram para ela leite artificial e por isso o lactante não queria continuar com a amamentação. E tem outras dificuldades que as mães não conseguiram explicar os motivos.

Meu filho antes de tirar o leite materno não era tão gordinho. Mamou leite até os dois anos e poucos. (F2)

Ela não foi amamentada, porque ela ficou 15 dias na UTI Neonatal. Ela tomou leite, mas era leite por sonda. Ela teve [...]. Ia trazer a carteirinha dela, mas até esqueci de te trazer o papel. Não sei te dizer o nome. Um médico disse que ela não ia falar, não ia ouvir, não ia andar, não ia enxergar. Ela teve algum problema, mas graças a Deus ela não tem problema nenhum. Não sei te dizer o nome da doença, porque é uma doença muito estranha. Ia trazer o papel porque sempre carrego, porque sempre mostro pros médicos o que ela teve. Hoje ela não tem mais nada. Mas ela já teve e os médicos gostam de saber. (F3)

Não mamou, porque não tinha muito leite. (F13)

Sempre tomou leite artificial. (F15)

Ela nasceu com baixo peso, então dava para ela leite artificial para compensar o peso, mas as coisas saíram do controle. [...] Seis meses com leite maternal e artificial. (F17)

Ela mamou só um mês, [...]. No primeiro mês ela começou a não querer mamar o peito, e o peito começou a secar e aí achando que ela não queria mamar do

peito comecei dar para ela daquelas formulas, [...]. (F18)

Foi só até os três meses, porque o meu leite secou. Daí comecei a dar leite artificial [...]. Não sei te dizer se isso afeitou na gordura dele. [...] Bom com certeza deve ter tido alguma relação, mas não é só isso, porque ele é uma criança ansiosa assim. (F19)

Na verdade ele não foi amamentado, o que foi que ela disse que deu? Acho que foi que passou do tempo. Não sei se antes de nascer fez alguma coisa, não lembro mais. Ele tomava leite de pó, não me lembro qual. Mas esse leite não teve um efeito nele, eu acho. (F20)

Não amamenteei, porque ela é malandra mesmo, e fiz de tudo no hospital mesmo. Tomava Naam, mas acho que não teve nenhum efeito. Até agora ela continua tomando leite. Na manhã ela não gosta nada, nem leite, nada. Ela antes tomava leite, agora não toma nada mesmo, foi só no começo. (F21)

Quatro meses porque a minha mãe deu mamadeira para ela, aí ela não quis pegar o peito mais. (F25)

Encontrou-se relação entre a introdução de alimentos antes dos primeiros seis meses de vida como fator de risco da obesidade nas crianças de idade pré-escolar.

Até os cinco meses. (F4)

Três meses só. Daí comecei a dar a alimentação para ele. Ia para o pediatra todos os meses, no primeiro mês que começou a alimentação frutinhas, no outro mês já ia botando legumes e verduras por indicação do pediatra. (F7)

Até os dois anos e sete meses. Comecei dar comidas para ela desde os cinco meses, dava suco de laranja, banana maçada, abóbora com batata amassada. (F11)

Uma mãe percebeu que a criança começou a aumentar excessivamente de peso ao suspender o aleitamento materno. Isso pode ter relação com a nova dieta alimentar da criança, ou com os novos alimentos que a criança comeu nos intervalos na substituição do leite materno.

Dois anos e meio, não era tão gordinha quando estava amamentando ela, quando parei, engordou. (F24)

5.2.4 PERCEPÇÃO DOS RESPONSÁVEIS ACERCA DO INICIO DO DESENVOLVIMENTO DA OBESIDADE DA CRIANÇA

As crianças começaram a desenvolver a obesidade ao entrar na escola, porque isso trazia uma mudança nos horários de refeições, de hora de sono e os familiares não conseguiram se adaptar. Então, a criança passou a comer nos horários em que estava acostumada a dormir.

Ela começou a comer mais no momento que ela entrou na escola, porque a gente tinha nosso horário bem rígido de refeições pela tarde porque trabalho nas noites, duas a três horas já tá na casa, e o que acontece? A gente acordava tarde. E agora ela dorme cedo, só que agora come mais, como acorda cedo come muito mais. Mas ela come bastante coisas assim bem saudáveis bem naturais. (F1)

Quando levei ela para o médico, porque não parecia né. Não parece porque ela é um pouquinho altinha, porque ela é um pouquinho bochechuda mesmo. O médico falou que não tínhamos reparado que ela estava um pouquinho acima do peso. Isso foi nesse ano, Marco mais ou menos porque ela estava no começo das aulas. (F21)

Alguns pais perceberam o aumento de peso acima do normal há um ou dois anos, quando a criança tinha três ou quatro anos de idade. Além disso, fazem a relação do aumento de peso com o hábito alimentar que não

é saudável. Também tem um pai que não fica preocupado com isso porque na sua opinião o aumento de peso é por temporadas.

Um ano para cá, porque ele sempre foi magrinho. De uma hora para outra ele começou a crescer, e comer, comer, comer. (F2)

Depois dos três anos. (F8)

A partir dos três anos. (F13)

Há um ano. (F14)

Tipo três ou quatro anos. (F15)

No ano passado com quatro anos. (F16)

Ah não sei... Um aninho não era tão obeso, tão gordo. Eu acho que depois dos três anos, eu acho que ele começou. Três anos ele já estava bem gordinho, mas ainda não era obesidade. (F19)

Um ano e meio para cá o máximo. Um ano e meio eu acho. Começou a engordar mais com três anos pelo hábito alimentar. (F20)

Faz um tempo já, mais de um ano. Com quatro anos. Conforme ela engorda, emagrece, é por épocas. (F25)

Alguns pais não sabem o momento que a criança começou a desenvolver a obesidade porque eles nunca tinham percebido que estavam com esse problema de saúde.

Nem sei o porquê nunca vi ela como uma criança com obesidade. Nunca achei muito gordinha assim. Então, nem sei te dizer. Não percebi. (F4)

Para mim, nunca. (F9)

Olha não sei te dizer. Eu achava que estava bom assim, dessa maneira. (F10)

Nem percebi. (F17)

Alguns pais referem que a criança sempre esteve acima dos parâmetros normais desde que nasceu. E referem que teve um aumento maior com o hábito alimentar da criança e ao parar a amamentação materna.

Ela sempre foi gordinha, [...] (F3)

Olha, acho que desde bebê, porque o médico dizia que ele tinha peso de uma criança de um ano e ele tinha cinco e seis meses, ele dizia que o peso dele já tinha o peso de uma criança de um ano. Dizia, os exames dele estão bem só que o peso era de uma criança maior. (F7)

Ela nasceu gordinha, com três quilos e poucos. Depois foi engordando e engordando, depois emagreceu. O ano passado ela estava de manhã né, aí ela estava bem gordinha porque eles dão assim as comidas naturais sem doces. Daí pegou as costumes daqui e não come muito doce em casa, e antes tinha que brigar com ela para não comer. Agora é bem difícil para ela comer doces e coisas assim. Agora come mais frutas, toma mais água e suco. Mas é difícil, às vezes dá briga. Refrigerante toma de vez em quando, uma vez por semana. (F11)

Nasceu gordinha e quando parei de amamentar, engordou ainda mais. (F24)

Sempre. Se tu olhares na carteirinha dele vai ver que com seis meses ele já pesava nove quilos e ainda mamava, pesava nove quilos e só mamava do peito, ele sempre foi gordinho desde que nasceu, perdeu alguns gramas no hospital e com sete dias já tinha ganhado outro quilo, e daí foi aumentando. Ele engordava um quilo por mês quando ele bebê. Sempre foi gordinho. (F26)

Em uma das falas identificou-se que um fator do aumento do peso é quando a criança deixa de morar com os pais para morar com os avós, pois eles não negam nada para os netos. Os avós têm dificuldade de controlar o que as crianças comem nos intervalos das refeições. Além disso, observou-

se que essa dificuldade afeta no momento de fazer as compras no mercado, pois a criança pede para comprar produtos que não são saudáveis para sua dieta, e os pais, ao não morar com as crianças, também tem esse problema para estabelecer limites. Então, ao não ter uma figura de autoridade que ensine as crianças hábitos alimentares saudáveis, o prognóstico de vida não é positivo, porque vão continuar com essas práticas de vida inadequadas, podendo apresentar danos à saúde no futuro.

[...] Ele tinha uns dois anos. Ele era baixo peso, a linha dele era meio baixo, bem desnutridinho. Daí vem morar com a vó, e aí ele subiu o nível até demais. Ele começou subir de peso porque ele é muito ansioso. Ele passa comendo o dia inteiro. E a gente não tem controle dele, principalmente minha mãe, não controla até porque ele faz o próprio leite dele, o pão. Sempre está na geladeira procurando alguma coisa, quando tu vê tá com a boca cheia. Que está comendo?! Ah... é o doce (Fala simulando a situação com decepção). Ele vai para o mercado com a vó, a gente foge dele no mercado porque quer bobagens, e aí é bravo. Quando eu vou com ele não me pede nada, mas quando a vó vai, ele se aproveita. E com a mãe dele é a mesma coisa, quando está com a mãe dele sempre quer comparar o mercado inteiro. Ele é uma criatura muito ansiosa, quer passar comendo. (F5)

Em uma das falas identificou-se que um fator do aumento do peso é quando a criança tem algum problema de saúde que não lhe permite comer determinados alimentos, e quando esse problema é tratado sem as orientações necessárias pode dar começo à obesidade. Além disso, em alguns casos as crianças aprendem maus hábitos alimentícios e como naquele momento não aumentam de peso ou pelo menos os pais não percebem que isso não provoca danos, continuam com essas práticas e chega um momento que o metabolismo do corpo da criança muda e dá início o aumento do peso.

Ela começou engordar, em seguida curou a alergia, só que não engordou muito porque sempre foi muito magrinha, e a anemia demorou muito tempo para curar porque dava muito forte. Aí começou engordar, mesmo agora que realmente curou, que depois quando ela curou a anemia foi que ficou bem gordinha. Aí às vezes, ela escapava e comia alguma coisa de leite ou alguém dava alguma coisa para ela. E acabava que nunca engordava por causa disso, foi agora que curou a alergia que ela ficou gordinha de um ano para cá. Quando percebi que estava engordando demais tentei cuidar mais, e manter ela no mesmo peso. (F18)

5.2.5 RELAÇÃO ENTRE A OBESIDADE E O SONO

As crianças da turma da manhã dormem entre oito e nove horas. As que estão na turma da manhã dormem cedo pelos horários das aulas, e tem disponibilidade para dormir pela tarde. Observou-se que uma dificuldade das crianças para dormir cedo é a dependência que tem com os pais, pois se eles não deitam com eles, ficam acordados assistindo televisão. Além disso, as estações do ano e clima podem afetar no sono das crianças, pois encontrou-se nas falas que as crianças alteram seu ciclo de sono no verão e ficam acordados até tarde para assistir televisão ou jogar videogames.

Agora está dormindo horário normal, porque está com a minha mãe, ela dorme nove ou oito horas da noite está dormindo para poder acordar sete horas, então ela come mais cedo. (F1)

Durante a noite ele dorme oito horas, e aí na tarde, no total, dorme onze horas mais ou menos. Mas ele só dorme onze horas da noite se eu deitar junto com ele porque senão ele fica deitado com a TV e não dorme. Se eu deixar, ele só dorme oito horas, daí eu digo, vamos dormir um pouquinho de tarde, mas se eu não falar nada, ele é capaz de ficar deitado pelo

frio e não fazer atividade nenhuma [...].
(F2)

Ela dorme bem porque vem para cá de manhã, [...] Ela dorme oito, nove, dez. e até 11 horas por dia. Ela dorme 11 horas e meia, nem todos os dias aquele horário certinho que ela dorme. Tem dias que ela dorme até às sete, tem dias que ela dorme às nove, [...] (F3)

Ele dorme entre tarde. Vai dormir na hora que a sua vó vai dormir. Agora quando está frio, eles tentam dormir às 11 da noite ou uma hora. Mas no dia de calor eles, vão dormir até às quatro da manhã. (F5)

Olha, ele agora tá dormindo um pouco mais, porque dormia pouco até à uma da manhã por estar no celular. No verão, era uma da manhã ou por aí que ele ia dormir, daí acordava umas setes da manhã, dormia aproximadamente seis horas por dia. Agora no frio, está dormindo mais cedo, 11 horas por aí, dez e meia 11 horas (da noite) está dormindo. Agora chega em casa e se deita e dorme até nove horas. Pelo frio está dormindo bem mais. (F6)

Vai dormir às 11 horas da noite, dorme tarde por assistir TV. (F8)

Olha umas oito ou nove horas. Ela dorme cedo, às vezes, ontem à noite dormiu tarde, mas geralmente é cedo. Dorme tarde porque fica na televisão, mas quase sempre vai dormir às nove horas. (F10)

Ela deita cedo, como oito meia ou nove horas, e acorda cedo. (F11)

Ela dorme por volta de umas duas, depois das duas porque tenho que deixar a outra na escola. Quando eu me deito ela vai dormir também. Aí ela se acorda depois das cinco e meia porque é a hora que a outra chega, daí as duas ficam brincando, tomam banho de noite, deitam nove e meia ou onze horas. Ela deve dormir 11 horas no total. (F14)

Oito horas, tem problemas para dormir por causa da TV, fica até tarde assistindo desenhos e sempre é uma briga por isso. (F15)

Ah se ele não dorme de tarde, 10 horas da noite já está dormindo. De tarde dorme uma ou duas horas mais ou menos, máximo duas horas que ele dorme de tarde. Se dormir de tarde, vai dormir por ali umas 11 e meia ou meia noite, até a hora que ele vai para escolinha, sete horas da manhã. Eu acordo ele. (F26)

As crianças da turma da tarde acordam perto da hora do almoço, pois os pais não tem necessidade de acordá-los cedo. As dificuldades que eles apresentam para essas alterações do ciclo é o uso de aparelhos eletrônicos até tarde por influência dos pais. No entanto, outros dormem tarde porque os pais trabalham à noite e os ciclos deles são interrompidos porque são acordados para serem deslocados dos locais onde são cuidados até os lares. Isso pode ocasionar que as horas de sono não sejam de descanso e por isso precisam dormir mais em comparação com as crianças que estudam na manhã. Dormem entre oito e quinze horas por dia.

Ela dorme quase doze horas por dia. Ela se acorda porque eu trabalho. Então ela dorme cedo na casa da vovó dela, umas dez, aí eu a pego umas duas da manhã né. Ela fica acordada tipo mais ou menos dois horinhas e dorme de novo. Para levantar, ela toma café da manhã e pouco depois almoça. (F4)

Ele dorme tarde, umas onze horas ou meia noite e acorda umas nove e meia ou 10 horas da manhã. Dorme 11 horas contínuas. Sempre vai dormir até tarde porque estou vendo TV, aí ele fica vendo TV comigo. (F7)

Ah... Acho que no máximo umas oito horas de sono. Entre oito e nove, ele não dá muito e nem pouco. Ele não fica acordado até tarde, vai dormir no

máximo 11 horas da noite, e acorda nove e meia por aí. (F9)

Passa todo dia dormindo, oito horas já está dormindo e acorda dez horas. (F12)

Fica acordado até tarde esperando a mãe, acho que dorme ao todo umas oito horas. (F13)

Ah, ela dorme bastante porque vai deitar umas nove ou dez horas da noite e aí acorda umas onze da manhã, no total são 14 ou 15 horas de sono. (F18)

Dorme um pouquinho tarde, ela vai dormir uma hora e acorda quase na hora do almoço. Não sei porque ela dorme tão tarde, fica na televisão. Brincar é difícil, o que mais enxergo ela é na televisão, brincando de bonecas é difícil. Às vezes dorme até às duas horas vendo televisão. Ela acorda 10 ou 11 horas, ela é bem malandra. Dorme cerca de 11 horas. Ela acorda tarde porque realmente dorme tarde né? (F21)

Também encontrou-se que as crianças tem um ciclo de sono alterado porque os familiares tem o costume de dormir tarde. Assim, as crianças imitam esse comportamento e ficam assistindo televisão.

Lá temos o costume de dormir bem tarde, e ele acorda tarde. É que eu entro tarde porque eu trabalho até mais tarde. Então eles ficam assistindo coisas, me esperando. Deixa ver, eles ficam acordados até meia noite, e daí acorda dez e meia ou 12 horas, 10 ou 11 horas com certeza ele dorme por dia. Deus que preguiça! (F19)

Dorme nove ou dez horas por dia. Se a gente fica acordado até tarde aí ele acompanha, porque normalmente ele é sempre sozinho. Fica acordado até que a gente vai dormir, tipo meia noite, ou às vezes onze horas porque ele fica junto e fica vendo os desenhos. (F20)

Acho que por todo umas 11 horas por ali. (F24)

As crianças que são cientes que não devem usar o telefone ou outro aparelho eletrônico pela noite não têm problemas para dormir, e dormem períodos de 10 horas até 12 horas por dia.

10 horas. Acho que não tem problemas para dormir. (F16)

12 horas, dorme sem problemas porque ela sabe que não deve usar o celular nem a TV à noite para dormir, sem problemas. (F17)

Tem dias que ela dorme umas nove dez horas da noite e acorda até meio dia. Às vezes seis horas, mas é muito difícil meio dia. Ela pode dormir a hora que for e ela acorda às seis da manhã. É difícil. Mas não tem problemas com o sono. (F25)

Alguns pais não reconhecem as causas dos problemas embora nas suas falas esteja subentendido.

Tem dificuldade para dormir, a gente não sabe mesmo a causa. A gente não consegue acordar ele antes das dez. Ele dorme tarde, mesmo que a gente desligue a TV, depois ele dorme tarde. A gente está tentando acordar ele mais cedo, que a gente queria que dormisse mais cedo, mas não adianta. Ele fica olhando a TV. Acho que por isso dorme umas sete horas. (F23)

As crianças que dormem tarde da noite comem mais, pois ficam acordadas comendo.

[...] Ela come muito na noite, [...]. Ela não para de comer de noite. (F4)

5.2.6 RELAÇÃO ENTRE OS HÁBITOS ALIMENTARES DA CRIANÇA E A OBESIDADE

De acordo com as entrevistas, as crianças comem mais de três refeições ao dia. Por três refeições preparadas em casa e as que servem na escola. Às vezes crianças almoçam duas vezes porque almoçam na escola e na casa delas. Em geral, essas crianças, no café da manhã tomam somente leite e rejeitam comer uma refeição balanceada na manhã, então ficam com fome no meio dia e por ansiedade pedem para comer mais e comer duas vezes a mesma refeição (almoço ou janta). Alguns pais promovem esse comportamento, no entanto, outras crianças enganam os pais para que lhes deem comida, pois esses pais são estritos sobre a alimentação deles. As principais refeições são almoço, café da tarde e janta. Alguns comem quatro ou cinco refeições com dois cafés da manhã. A janta é a refeição que comem com mais quantidade, mas os pais não medem as porções.

[...] Então ela come três refeições no dia, só que no almoço come duas vezes. Almoça na escolinha e em casa novamente, porque ela diz que tem fome, então lhe deixo a comida [...] Ela toma leite agora antes vir para escola, a mamadeira de leite. Geralmente ela não toma café na escola porque ela não gosta, porque eles não dão leite, comem outro tipo de cosa, então prepara seu lanche e leva para escola se está com fome. Daí ela almoça na escola, ela chega em casa e almoça novamente, coisa que ela não fazia antes, agora ela almoça praticamente duas vezes. [...] até na hora do café da tarde que ela toma, [...]. Depois ela, tipo sete horas ela janta. (F1)

Quando ele acorda eu já dou uma mamadeira de leite, [...] na hora do almoço, ele está almoçando aqui e digo para ele, tu almoçou no colégio te acalmas daí tu não comes em casa. Na primeira semana não sabia que ele estava comendo, daí eu perguntei para professora, não... ele come, e digo não, tu escolhes o comes no colégio ou comes em casa. [...] Então ele toma café da manhã em casa; Come aqui na escola, toma café na escola, depois

almoça na escola, toma café da tarde e janta, come cinco vezes no dia. (F2)

As refeições ao dia são, o leite que ela toma na manhã, a merenda na escola, o almoço, o lanche da tarde, e a janta. [...] Ela almoça aqui na escola, ela nunca almoça em casa. [...], ela gosta de casquinha, come churrasquinho, ou às vezes eu faço uma sopa o que a gente come, ou faço uma jantas. Às vezes ela nem janta. Ela toma a mamadeira e dorme. Ai ela deita oito horas e já está dormindo. (F3)

Ela tem umas cinco refeições, contando as refeições da escola, deve ter umas sete refeições. [...] E as quantidades eu não sei te dizer certo, em casa ela come bastante de noite. [...] (F4)

Às oito meia ou nove horas da noite janta e meio dia é o almoço, dez da manhã é o café da manhã. (F7)

Tem cinco refeições no dia. Come bem rápido assim. (F8)

Tem quatro refeições no dia. São três mamadeiras durante o dia, almoço e janta. [...] No almoço e janta, geralmente come o mesmo de dia a dia. [...] O que ele gosta come bastante, porque ele não gosta uma vez só, e sempre faço o que ele gosta (dá risada), então quase todos os dias o que ele gosta. [...] só faço coisas que ele gosta mesmo. Às vezes ele come no meio das refeições. Depois ele janta e toma leite. Toma leite de manhã, de tarde e de noite, três vezes. (F9)

[...] Quatro refeições ao dia. [...] (F11)

No café da manhã toma pãozinho, às vezes arroz, ou às vezes não toma café da manhã. Almoça, janta e café da tarde. Come no colégio também. (F12)

[...] às vezes nem toma café da manhã
[...] Ela almoça no meio dia, toma café cinco da tarde [...] Ela come almoço e janta, ou ela só almoça, né e não janta, daí só come o almoço e toma o café da tarde. (F14)

Café da manhã, almoço e janta, e come na escola, então almoça duas vezes. (F15)

Agora ela tomou café da manhã, almoça, lancha na escola, café da tarde e janta, são cinco refeições. Além das refeições ela come frutas, às vezes come bala, e ela come bastante. (F18)

Ela é bem difícil, a gente tenta dar almoço e janta porque é bem difícil de almoçar, é difícil comer arroz e feijão, quase não come, eu tento mas... Um dia ela gosta do arroz e feijão e no outro não, é bem assim. Então eu tento dar tipo... Ela almoça, porque de manhã não come nada, daí chega do colégio e come alguma coisa, e aí de noite ela janta, tento fazer ela comer, sempre faço alguma coisa é um estresse, na escolinha também come. Come quatro refeições. [...] Na manhã ela não gosta nada, nem leite, nada. Ela antes tomava leite, agora não toma nada mesmo, foi só no começo. (F21)

De manhã acho que ele não come, e almoça tipo duas, quando está comigo dou café, mas como trabalho de manhã, saio de manhã e ele está dormido, então não sei te dizer. Acho que a princípio não deve comer nada, só tomar leite mesmo. (F22)

Ele come mais de noite, não toma café da manhã de jeito nenhum, e almoça bastante. As refeições dele são almoço, café da tarde e janta, não toma café da manhã. Ele come rápido. (F23)

Toma o café da manhã aqui na escola, depois almoça. Daí depois toma café da tarde e janta. Come frutas ali no intervalo ou come um pão. Não passa de um pão que ele come na tarde. (F26)

Embora as crianças tenham comido a refeição há pouco tempo, se eles veem outra pessoa comendo, ficam com vontade de comer mais. Mas essa ação é parada quando os pais conversam com eles, explicando-lhes

que não devem comer mais do que adequado ou ao tentar negociar com eles.

Se ele vê alguém comendo, quer comer junto, não importa se tomou café. Ele chega e diz: _ Mãe eu quero tomar café. Mas quando eu já conversei com ele, ele já entende. [...] Às vezes ele me olha comendo pão e desmaia, mãe quero comer pão e não, eu esquento o meu pão e te dou, mas tu não levas o teu iogurte para o teu colégio. Porque sempre traz essa garrafinha de iogurte para a hora do lanche. Ai me diz: _ Tá mãe eu vou levar o iogurte e ai ele deixa de lado. [...] Mas aí se está em casa de tarde e vê que alguém está comendo ele pode estar comigo e quer comer. Meus pais as vezes almoçam na minha casa vamos supor, ele está em casa nos finais de semana, e ele já almoçou e meu pai chega depois para almoçar, e diz: _ vô, deixa comer contigo? E aí digo eu, não, já comeu agora vai brincar ao redor ou fazer alguma coisa, mas agora estou puxando mais por causa disso e ele aceita. (F2)

E ele tem o mau hábito de comer duas vezes não importa se eu boto bastante ou pouco, ele tem que pedir. Ele diz: “mãe esse é o segundo que eu como?” se eu digo que é a primeira, aí ele quer comer a segunda, tem vezes que consigo enganar dizendo para que... não, já comeste a segunda, para ver se consegue comer menos. [...] só tem que ser duas vezes. Pede para comer duas vezes no almoço e duas vezes na janta. Daí como ele conversa muito na hora que está comendo ele esquece. Então, ele pergunta: _ Mãe essa é a segunda vez que eu como?” Daí eu digo para ele que é, para não repetir. Mas onde ele come mesmo é no almoço e janta. F7

Os pais não seguem as dietas recomendadas pela nutricionista para as refeições na escola, pois eles preparam lanches para que as crianças levem e tenham a opção para substituir.

[...] Geralmente ela não toma café na escola porque não gosta, porque eles não dão leite, comem outro tipo de coisa, então prepara seu lanche e leva para escola se está com fome. (F1)

As crianças que não tomam café da manhã aumentam suas ingestas nos intervalos consumindo alimentos não saudáveis. Uma das causas dessa omissão é porque a criança não gosta de leite, então os pais não procuram outras estratégias para prevenir a omissão dessa refeição. Os responsáveis das crianças são cientes do problema, mas não conseguem adequar as dietas deles.

[...] café da manhã, mas é bem difícil porque ele não gosta de leite. Ele toma café da manhã, mas assim dos pingadinhos, ele passa com os golinhos, vai lá e faz uma volta e toma mais porque não para. Toma um golinho de leite, dá uma volta e toma mais outro golinho. [...] Então às vezes ele não toma café da manhã. [...] (F5)

As crianças comem sem parar nos intervalos porque elas têm acesso aos alimentos na cozinha e na geladeira e não são supervisionados ou controlados por um adulto. Um dos pais não tinha certeza do número de refeições, pois a criança passa o dia comendo. Esse hábito não é alterado porque os pais acham isso um comportamento saudável.

Ela no caso janta, mas tomou um iogurte. Ai se ela vê uma maçã, come a maçã. Ela come tudo. Tudo o que ela vê vai comendo. (F4)

Ele come bem, come muito bem. Ele come muito, mas ele come saudável. [...] Não tenho nem noção do número de refeições porque passa comendo. [...] come frutas ou o que tiver na geladeira. Tudo que tiver ele come. (F6)

Há crianças obesas que realizam mais de três refeições por dia. Mas segundo os pais, os fazem em pequenas quantidades. Não têm ansiedade para comer no meio das refeições. O pai referiu que se a criança for comer algo fora dos horários programados são coisas saudáveis e em pouca quantidade.

[...] Ela come pouco, não come muito, daí tenho que obrigar para comer. [...] ela come uma fruta ou uma banana ou uma maçã entre o café da manhã e o almoço, daí almoça. [...] Então tem seis refeições, mas são poucas quantidades. [...] Se é outra coisa é bem pouquinho. (F10)

Se a criança não come as quantidades que precisa para ficar satisfeito nas refeições, fica com fome de novo antes da próxima refeição e por isso aumenta a ingesta de comida nos intervalos.

O que ela mais come é arroz e feijão que todo dia tem, agora com salada, e a carne que tiver que acompanhar, e as porções não são muito. O que acho que faz engordar e que ela come fora das refeições, porque eu boto bem pouquinho no prato dela, e ela come aquilo e não pede mais, é bem difícil ela pedir para repetir. Mas aí ela lancha no colégio e chega em casa e come um pão. Acho que ela come demais fora do almoço e a janta, porque no almoço e na janta não come tanto, come bem não exagerado. (F18)

A criança que comem devagar fica satisfeita e não precisam repetir a refeição.

E a comida ele come devagar, não é de comer rápido. O café da manhã não toma rápido, toma tranquilo também. A alimentação dele é boa mesmo. O único que encontro é o doce mesmo, porque no almoço e janta não come muito, tu botas uma conchinha no prato e ele come isso aí, não é aquilo que repete, é muito raro para ele repetir. (F26)

Encontrou-se um desequilíbrio na alimentação porque as refeições são com mais de três tipos de carboidratos ou com uma ingestão excessiva de proteínas; Algumas crianças, nas refeições, não têm sempre saladas, outras rejeitam as frutas e carnes. Além disso, os pais escolhem a dieta das crianças de acordo com as preferências deles, ignorando quais seriam as melhores escolhas só para agradar seus filhos. Alguns pais reconhecem que a escola é uma influência positiva para as crianças na alimentação, porque em uma fala viu-se que o menino come melhor de maneira saudável na escola pelas regras que tem sobre os padrões alimentares a serem cumpridos. Definem os lanches que as crianças podem levar. No entanto, em casa, continuam com os mesmos comportamentos alimentares.

Daí não gostou da comida, faço para ele arroz e ovo frito, ele come bem regado assim. [...] Aqui na escola é onde ele come melhor, porque não pode trazer qualquer coisa, tem que ser um lanche saudável, então come melhor aqui, chega em casa e já segue de novo [...] Saladas? Até come, mas ele é mais de arroz, feijão e massas. Da comida forte assim. (F6)

Ele come arroz, feijão, se eu faço macarrão, daí não boto arroz. Macarrão de carne ou galinha, [...] Come saladas, frutas, bom... come mais frutas que saladas. As comidas de vez em quando tem saladas, sempre boto saladas na mesa, mas nem sempre come. (F7)

No almoço e janta, geralmente come o mesmo de dia a dia. Batata, arroz, feijão, massa, em poucas proporções. Olha, o que ele gosta come bastante, porque não gosta uma vez só, e sempre faço o que ele gosta (dá risada) então quase todos os dias o que ele gosta. Bolo de batatas dois ou três, hoje fiz bolinho de arroz e ele comeu quatro deles. Se eu faço massa, também come bastante. Ovo. Só faço coisas que ele gosta mesmo. (F9)

Ela come sempre arroz, feijão, alguma verdura. Abóbora, batata, essas coisas

assim que ela gosta. [...]. No domingo, é uma carne frita, um stroganoff, uma coisa assim mais gorda. Mas durante a semana é sempre arroz, feijão ou abóbora com guisado, ou batata com guisado, arroz com galinha, essas coisas meio assim, bem simples. (F10)

[...] Come arroz, feijão, batata, abóbora. Batata fritas só uma vez por semana dou para ela, carne se gosta comer, come bastante carne. Come bolachinhas, salgados, [...] (F11)

Salada e frutas não come. Não aceita as escolhas de comida da mãe, tem que ser o que ele quer senão não come. (F15)

Come pouco. É comida mesmo, ele come comida, ele toma café essas coisas assim entendesses? [...] o problema é que ele não come muita fruta, e não tem jeito para fazer ele comer. Não come saladas. É arroz, feijão, massas, purê essas coisas, saladas frutas também não. Agora ele está comendo um pouco de laranja e vergamota que ele está gostando mais, mas quando era bebê comia, daí começou ver as cores ele não come mais. (F19)

Ele não é de comer legumes até, frutas até ele come, banana, laranja, coisas assim. Alguma coisa ele come de frutas, Mas ele não come de jeito nenhum legumes. Só se esconder alguma coisa na comida, mas dar assim a salada não come. Ele é muito de comer arroz e batata, arroz é carboidrato. Então engorda. Feijão ele come também, está comendo muito carboidrato, tanto que com a minha mulher estávamos falando de dar um jeito de fazer ele comer. Se pega alguma coisa para ver se ele come algo mais saudável. A comida preferida dele é batata, arroz, feijão e massa o que ele mais come. (F20)

De comida mesmo ela gosta da massa, arroz, carne, frango é difícil, batata frita ela gosta, e aí dependendo muito come

feijão, e bobagens, comidas rápidas de alto teor calórico coisas assim. (F21)

Ele come de tudo um pouco. Mas ele não come vegetal nem fruta, não tem jeito. (F23)

Ela gosta de arroz, batata, feijão, no almoço e janta. Se ela não janta toma leite com Nescau. Janta tipo nove horas da noite. (F24)

Às vezes tem arroz, feijão e carne, aí ele não quer a carne, aí come só o arroz e feijão. E por exemplo quando come massa, ele come só a massa não bota nem arroz e feijão. E assim a questão que controlo mesmo é o doce. [...] Duas vezes na semana come saladas, porque não é todos os dias que a gente tem salada, é mais arroz e feijão, e a massa. É mais refeição assim. (F26)

No começo, as crianças geralmente, referem não gostar dos novos alimentos que lhes estão ensinando comer. Mas ao insistir-se e fazer comerem e experimentarem constantemente, eles passam a aceitar a variedade.

Agora que ela está aprendendo a comer saladas, eu boto bastante pepino e tomate também. Mas ela come bobagens nos intervalos das refeições e às vezes come frutas também, come de tudo. Ela não gostava de saladas, mas de tanto insistir, está começando comer e a gostar. O único que ela gostava da salada era o tomate, tomate comia sempre muito, sempre estava na minha volta tentando comer tomate. Mas do resto, ela está começando gostar. (F18)

Observou-se que na dieta, as crianças tem ingesta insensível de açúcar pelas bebidas como refrigerante, suco de pacote, e na maior parte por leite achocolatado, substituindo a água ou uma refeição, e às vezes, não é percebido pelos responsáveis delas.

Ela toma leite agora antes vir para escola, a mamadeira de leite. [...]. Mais

tarde ela toma leite com achocolatado, come frutas, iogurte. Até na hora do café da tarde que ela toma, [...] porque gosta muito. Então, vai intercalando. [...] Ela toma muito refrigerante porque gosta muito, quando não está muito frio pede no dia para tomar. Na última consulta o médico pediu para ela não tomar, então o q toma mais é suco mesmo. Mas são sucos naturais de laranja que faço na lancheira. Ela pede refri na hora do almoço. Quando não tenho suco de laranja ela toma água, mas não gosta não. (F1)

Quando ele acorda eu já dou uma mamadeira de leite achocolatado, e aí sento com ele para tomar café. [...] sempre traz essa garrafinha de iogurte para hora do lanche [...] a gente tenta não tomar muito, mas no verão toma com muita frequência. Ele diz, mãe quero leite, e eu digo, meu filho se tem sede toma água, porque o leite não vai matar a tua sede e vais ficar mais pesado. (F2)

Quando ela está em casa ela pega iogurte para tomar, ela gosta muito do iogurte, sabe aquela com vaso, [...] E ela toma bastante água. Não toma refri. Refri muito pouco. A gente toma muito suco de limão, natural sabe? A gente toma mais suco no verão pelo calor, limão é bom para saúde. O leite que ela toma todos os dias é achocolatado. Então só boto um pouquinho de açúcar porque é bem doce. Ela toma o Nescau na mamadeira quase todos os dias, na manhã e na noite. (F3)

Acompanha as comidas com refri. No caso, só toma no almoço e na janta, e ela não é muito de tomar bastante não. Mas toma bebidas com açúcar, muito refrigerante ou toma água. F4

Toma refrigerante, ele vai para casa e toma refri e o suco. Quando tem água, ele fica com uma cara. Quem comprava mais refri era o meu pai, sempre tinha refrigerante na casa. Como ele não está mais conosco não tem mais quem vai

comprar o refri, porque eu não compro refrigerante. Agora ele toma muita agua. Como aqui na escola não pode trazer refrigerante, ele traz as aguas dele. Geralmente, a gente faz suco natural. Não compramos sucos de caixa. Ele come chocolate, mas bebidas assim não, Não é muito chegado a leite. (F5)

Ele de manhã toma mamadeira, ele chega lá sete horas tomando a primeira e até meio dia toma mais duas, [...] Para escolinha levou meio lanche, uma mamadeirinha de leite um ponche de sobremesa de Rei Alberto, duas laranjas. [...] Acompanha as refeições com suco artificial, e se tiver refrigerante melhor ainda. Ele toma muita leite da mamadeira com Nescau. (F6)

No café da tarde ele come um pão e toma um suco. Na janta acompanha com suco, é difícil tomar água, toma mais suco de caixinha. Bem difícil ele toma refri, mais em aniversário mesmo. (F7)

Toma sucos de pacote, leite Nescau, e pouca agua. (F8)

[...] Ele toma leite engrossado desde os seis meses. Não tomou maminha porque tomou leite engrossado. [...] Agora na escola toma leite engrossado com Mucilom bem grosso. [...] Toma leite de manhã, de tarde e de noite, três vezes. Acompanha as comidas com agua. Raramente toma refrigerante. Só no fim de semana. Não gosta dos sucos. (F9)

Ela toma leite com Nescau quando acorda. (F10)

Toma leite com Nescau duas vezes, de manhã e na tarde como sobremesa. (F11)

E às vezes nem toma café da manhã porque toma leite com Nescau. [...] toma café cinco da tarde, aí só toma leite com Nescau, mas bolachinhas, chocolate não come. [...] Geralmente toma suco de pacote, refrigerante só toma nos

sábados porque senão se adiciona e aí faz muito má. [...] Ou me diz, ah já almocei, respondo que não precisa comer, daí pede leite e dou leite com Nescau. (F14)

Toma pouca agua e muito suco, refrigerante toma três vezes por semana só. (F15)

Porque quando eu não estou, pega uma bolachinha, vê um desenho, toma leite com Nescau, pega um iogurte, e sempre está comendo. (F19)

Ele não toma café da manhã só toma leite com Nescau, [...] eu acredito que também seja muito o Nescau o que tem muita açúcar né, isso pode ter contribuído para ele engordar bastante. (F20)

Ele passa tomando leite com Nescau, aí é uma briga, porque falo com a mãe dele para não comprar tanto leite e mais frutas. Ele não é de comer permanentemente, [...] Daí pensei, não comprar muito leite para obrigar ele comer mais comida. (F22)

Se ela não janta toma leite com Nescau. Janta tipo nove horas da noite. (F24)

Geralmente, ele acompanha as comidas com suco de pacote ou agua, chá que eu tomo. Como ela quer tudo o que eu como, ela toma chá. Não gosta de leite, só se der com muito Nescau. Agora dei uma cortada assim porque estava tomando muito. Chegava em casa e já estava fazendo chocolate com Nescau. (F25)

Almoça, janta, toma café da tarde, leite de manhã. O que tu der para ele, ele come. [...] Agora de manhã ele toma uma madeira de leite, só leite, não toma chocolate não, daí faz um lanche aqui na escolinha, almoça na escolinha. Tem vezes que ele não almoça aqui, então, ele almoça em casa, onde minha sogra, aí ele come o que tiver de almoço em casa, o que tiver ele come. (F26)

Algumas famílias têm a costume de substituir uma refeição por uma comida rápida de alto teor calórico acompanhado de refrigerante.

[...] quando ela quer ela pede churrasquinho. Adora o churrasquinho de coração porque às vezes nem dá tempo de fazer janta e ela comer. Se come churrasquinho, e ela já está bem alimentada. [...] quando é seis horas eu pego ela. Ela chega em casa, come alguma coisa, [...] às vezes ela nem janta? Ela toma a mamadeira e dorme. Ai ela deita oito horas e já está dormindo. (F3)

Às vezes janta, às vezes não janta. A mãe dele sempre manda lanches, manda pelo motoboy (dá risada). Lanche, quase todos os dias tem lanche. A mãe dele manda lanche para ele. Ele adora o lanche e refrigerante. (F5)

Mas dou um bauru ou um lanche para ele e manda tudo [...] Come Bauru uma vez por semana ele come [...] Mas dou um bauru ou um lanche com refrigerante para ele e manda tudo. (F6)

Ele não come besteira não. Ele só come xis, [...]. Não gosta de chiclete, não gosta de bala. É mais bolacha fechada e xis. Come o xis todo sozinho. (F9)

Os pais percebem que as crianças comem sem fome, só por ansiedade, e isso pode ser influenciado pelos hábitos da família, por problemas familiares ou porque não tem atividades para fazer, então querem passar o tempo comendo.

Ah... (Suspira) é muito na vida dele né. O pai dele que está muito longe, meu irmão foi para o Belém do Pará com o exército. E a mãe dele mora aqui com um novo marido. Já teve dois maridos. Tem um irmão novo também que o deixa muito ansioso porque é bem ciumento. E só que ela não aparece muito, de vez em quando. Então, ela por causa dessas funções familiares fica

muito ansiosa às vezes. Agora há pouco perdeu o avô, meu pai, que era uma referência masculina que tinha em casa que era como se fosse o pai dele né. E tudo acho que gera ansiedade. A gente agora conta com a intervenção de uma psicóloga por meio da escola né. Acho que é esse estilo de vida dele, de estar ansioso sempre que dá fome nele. É complicadinho assim, a vida dele já com cinco anos. É uma vida de rejeição, de perda, de abandono. Por isso, acho que ele acaba colocando isso na comida, por todo esse estresse emocional. Eu enxergo isso assim, mas como eu sou só a tia, eu faço só a parte prática da coisa. Levar para o médico, trazer para a escola, nas reuniões da escola. A gente estava em função do meu pai porque ele estava muito doente. Então foi bem transtornado assim, para nossas vidas. E ele está ali junto convivendo nesse ambiente. Porque não tem como tu evitares. Devido a isso, acaba que entrou nessa vibe nossa (dá risada forçada) E ele desconta na comida, as coisas dele, e é isso. (F5)

Eu percebo que tem uma ansiedade que está a toda hora abrindo a geladeira assim, ele come ansioso por falta de alguma coisa por fazer ou um vazio emocional, ele sopra comendo. Na parte da manhã ele come muito. Acho que essa ansiedade é de família, porque a gente tem esse hábito de estar sempre comendo. Porque a família toda é meia obesa. A gente come muita bobagem. Na parte da manhã que ele passa em casa tem uma ansiedade, come, passa no celular né, e na geladeira. Come no meio das refeições. (F6)

Ela só é bem ansiosa nessa parte de esperar. (F10)

Come bastante porque ele é ansioso, come e daqui a pouco come de novo, e come bem rápido. (F15)

Ela janta e daqui a pouco ela fala: _ A mãe quero uma coisa boa para comer. Daí falo para ela: _ Filha mas você

jantou agora, não tais com fome para que comer de novo?” E assim comecei a ver que ela estava engordando bastante, e que está bem acima do peso. Agora ando cuidando para não comer mais. Estou vendo que tem muita ansiedade, come só por comer. Acho que ela quer comer porque não tem nada para fazer. É o jeito dela para matar o tempo, e estou tentando controlar um pouco. (F18)

Só que ele. é ansioso come e come sem parar. Não sei te dizer o porquê. A gente acompanha e não sei te dizer. A gente acompanha desde bebezinho sempre comendo, e não é só besteiras, porque ele não come bolachinhas, [...] Não sei te dizer o motivo da ansiedade. (F19)

Ele come dois pratos, se está com fome come dois ou três. Ele come normal, de vez em quando é que tem essa loucura de comer. Fica desesperado por estar comendo, mas é raramente. Fica ansioso, com muita ansiedade às vezes. Eu acredito que fica ansioso porque não tem nada para fazer. (F20)

Tem ansiedade, porque fica abrindo a geladeira toda hora, por causa da luz, por causa do frio. Fica na geladeira a toda hora. E falo para ela: _ Guria você recém comeu alguma coisa, o que tu quer ali? [...] Acho que ela também tem um pouco de ansiedade, [...] Porque o pai dela se mudou, agora tem outra filha, porque morava com a mãe dele. Aí se mudou. Então ela ficou bem triste, abalou ela bastante. (F21)

Quatro, fora dos intervalos. Acho que ela é ansiosa, se eu for falar para ela: _ Hoje não vamos fazer janta. Ela fica brava: _ A não, eu estou com fome. Ai a gente tem que fazer comida para ela, e em seguida quer comer alguma coisa. Agora estava fazendo um bolo, e estava pegando bolo as escondidas de mim. (F25)

No entanto, algumas crianças são obrigadas a comer mais embora sintam-se satisfeitas, porque de acordo com a percepção dos pais, comem pouco,

Ela come pouco, não come muito, daí tenho que obrigar ela a comer. Também tem coisas que tenho que brigar para ela comer. (F10)

Os doces ou sobremesas que as crianças pedem para comer são feitos ou comprados por seus responsáveis para agradá-los, e toda a família come por influência delas. Os pais percebem essa vontade como algo típico e inerente às crianças.

[...] Quando está com vontade de comer ela pede e a gente compra as coisas, e come mesmo. Tem dias que diz: _ Vovó, estou com vontade de comer arroz com leite, aí ela vai para a escolinha e eu faço para todo mundo. Já faço para ela e para nós. E aí passa um tempinho e ela diz: _ Ah vovó eu quero tomar chocolate quente. Aí eu já faço chocolate quente para todo mundo. [...] Não sei se ela ouve alguém falar alguma coisa e ela pede. Acho que é ela mesma. Crianças tem a vontade de comer doces. Ela tem essa vontade dela. (F3)

Os pais tentam controlar o excesso de comida e de doces que as crianças ingerem, mas fica difícil para eles com as suas responsabilidades laborais. Geralmente, quando as crianças encontram-se sem a supervisão de um adulto comem à vontade, sem controle de vezes ou quantidades.

[...] ele se mata comendo mais (Deu risada), o que diz para o pediatra, o único jeito de eu fazer ele parar de comer é só se botar um cadeado na geladeira. Porque eu trabalho em casa entendestes. Só que eu trabalho na garagem e ele fica dentro de casa e não tem como acompanhar o que ele come. Porque quando eu não estou pega uma bolachinha, vê um desenho, toma leite com Nescau. Ele está sempre comendo,

pega um iogurte, pega uma coisa e sempre comendo. (F19)

Tipo tem banana ali, ele vai e pega, ou vai na geladeira e toma suco ou alguma coisa, ele fica à vontade para pegar. Como trabalho muito e ele está na casa da minha sogra se tiver vontade de comer alguma coisa vai lá e pega [...]. Tu deixar ele a vontade ele come bastante doce. [...] Trabalho fora, daí controlo ele mais nos fins de semanas. Pego agora às 10 e meia da manhã e saio até as 11 da noite. Então, o que ele come de doce é o que deixar ele comer. Às vezes, ele pega uma bala, é mais essas coisas de doce mesmo. (F26)

Os pais acreditam que se ensinarmos as nossas crianças comer saudavelmente desde pequenos, eles vão preferir a comida da casa no lugar da comida da rua, porque vão sentir mais agradável o gosto. No momento em que eles precisarem escolher a sua alimentação, vão fazer de acordo com o ensinado.

Essas coisas que as crianças comem, ela não come [...] Só não come o que deveria comer [...], mas a porqueira que engorda também não quer comer. Antes eu escolhia a alimentação dela, mas depois ela não come. Às vezes que eu não a deixava comer, porque desde pequena não lhe deixava comer [...]. Ela não estava acostumada comer, agora que ela vem para locais assim ah... vamos comer um xis... Agora ela vai e come um xis. Mas você dá algo lá fora, uma coxinha, ela não vai comer. (F14)

Tem três refeições direitinhos. Ela come bem saudável mesmo, e a criança colabora porque explico as coisas para ela, se tentasse forçar para comer algo que não gosta sem conversar aí acho que teria uma briga sem bons resultados sabe. (F17)

Quando a mãe dele bota salada, ele come um pouco de salada. Ele é muito chato para comer, bah muito chato mesmo. E a mãe dele come muito

salada né e acaba comendo, porque aprendeu da mãe. Cebolas às vezes come picadinho. (F22)

5.2.7 ATIVIDADES REALIZADAS PELA CRIANÇA CONCOMITANTES À ALIMENTAÇÃO

Uma barreira na realização das atividades físicas de acordo com a fala de um pai é o uso excessivo de aparelhos eletrônicos pela criança. As crianças gastam seu tempo assistindo programas que de acordo com seus responsáveis não acrescentam no seu desenvolvimento mental e físico, mas contribui para mantê-las sedentárias. Algumas crianças usam dois aparelhos ao mesmo tempo, como tablet e televisão, ou televisão e celular, e os pais não se importam com isso, ainda incentivam. Durante o uso destes equipamentos (televisão, celular, computador) a criança não realiza atividades físicas e ainda costuma fazer lanches que auxiliam no seu ganho de peso.

[...] e fica esse tempo todo olhando o computador, no celular o tempo inteiro. Olha, mas ele não para a televisão nunca, tudo ligado. [...] E não para muito tempo sentado também, só se tiver uma coisa muito boa, senão ele não para sentado. Ele joga ou assistindo vídeo. [...] Ele passa o tempo inteiro, muitas horas. Mas está ali quietinho. Não incomoda ninguém. Olha, se ele estivesse em casa agora, estaria olhando, e a tarde toda. E não faz atividade física, nada. Só videogames, computador e o celular. Ainda come o tempo todo. (F5)

Na verdade vê as duas coisas ao mesmo tempo, tanto tablete como a televisão. (F9)

No momento da refeição têm crianças que ficam distraídas com outras atividades. Então, demoram mais para comer, pois, geralmente, não prestam atenção ao que estão fazendo. Os pais não interferem porque não querem brigar com as crianças.

Ela só come direito na escolinha, porque quando estou trabalhando ela fica com a minha mãe. No momento da comida ela faz outras atividades. Toma leite assistindo TV ou no celular. Só na hora do almoço mesmo é que ela se senta na mesa. (F1)

Nestes dias notei uma coisa nele, a gente sentou para tomar café no fim de semana, café da manhã, e ele chegou e pediu um pão e foi para em frente da TV. Comeu o pão, daí pediu outro pão e foi para frente da TV. Só que aí quando pediu outro pão eu só dei metade de outro pão. Ali onde compro o pão é menor. É um pão pequeninho. Ai ele chegou: _ Mãe eu quero comer outro pão. Eu digo: _ Não, tu já comeu três pães. Tu não viu o que tu estás fazendo. Vais comer o terceiro pão por quê? Tu estás vendo TV e não estas prestando atenção. A partir dali chega no meio dia, qualquer hora da refeição e desliga o TV para sentar na mesa e já faz dois meses. (F2)

Também come pipoca e cachorrão para assistir o jogo na televisão com as suas filhas bem sentadinhas, as bonecas. (F3)

No momento de comer ela assiste às vezes vídeos ou conversa, que aí não assiste nada. Para tirar todas as coisas dela, a gente tem que se sentar e ficar com ela (dá uma risada sarcástica). E sempre ela demora bastante em comer, demora muito, porque ela remancha para comer. Fica vai comer um pouquinho, come e pega outro pouquinho e assim ela fica. (F4)

[...] passa comendo bobagens, [...] Essas coisas que acaba comendo a mais. Fora de outras coisas, [...] e não são meio controladas assim. [...] Coisas que não são necessárias mas ele come. [...] Só almoço, ele sempre almoça, muita briga porque ele não para sentado assim como a gente está, é muito difícil [...] Ah Sim. Ele sempre inventa alguma coisa. O computador já está ligado, o

telefone ligado onde ele quer. Ele vai lá come uma colherada e sai da mesa e depois mais um lanchinho. A gente tem que estar toda hora chamando ele para se sentar na mesa, senão ele não para. Lá na minha casa ele para e faço ele comer tudo. Vai a minha mãe (a avó dele) e fala: _ Deixa ele! Tadinho... (fala imitando a avó) aí fica tudo mais complicado. É a vó que querendo ou não se ve como mãe dele não como vó. Mas é complicado. A gente não sabe direito como lidar com a situação. Mas a gente está indo com o psicólogo para ver que fazer. (F5)

Se a gente não tira, está no celular, é uma briga! Pelo menos na hora da comida a gente tem tirado, mas é difícil, é uma briga. No meio das refeições está comendo e assistindo vídeos [...] come rápido, bem rápido é. E se for arroz, feijão e massa come duas ou três vezes. Se deixar ele come. Se gostar da comida, come muito. (F6)

No momento de comer ela está assistindo desenhos, e demora mais tempo e aí sempre comendo. E fica brava se desligo a televisão, então melhor deixo. (F11)

Não faz outras atividades, senta na mesa e come, e depende do que ela quer fazer ela pode comer rápido ou devagar. Se quer brincar, ela come rápido e se não tem nada para fazer ela come normal. Geralmente ela come mais devagar. (F14)

Ele come assistindo TV, daí não sabe o que está fazendo porque fica com fome. (F15)

Sei lá assiste TV no enquanto come, não acho um problema. (F16)

Ele come bem devagar [...] Depende, ele come de qualquer jeito (Dá risada), ele não fica sentado comendo, faz outras coisas. Se tiver que brincar, ele vai e brinca ali dentro, assim oh se ele está jogando bola, e ele está com sede, ele entrar e só se eu brigar toma agua,

senão pega um yogurte entendesses? Vai dentro de casa e pega alguma outra coisas para tomar, um refri, um suco ou alguma coisa entendeu? Ele toma bastante refri, suco, yogurte, toma pouca agua é mais de refri, suco de pacote não tanto, a agua quando ainda dá tempo consigo controlar senão é refri mesmo. (F19)

Ele está comendo e jogando vídeos, que esse é hábito também né. Estou tentando tirar o telefone [...] Come devagar. (F20)

Come devagar. Não está parada assistindo vídeos, só sentada assistindo vídeos. Come na mesa da cozinha. (F21)

Ele come rápido. [...] Todas as refeições são na mesa assistindo TV, alguns mexem no telefone como toda família né. Mesmo ele tem muito de ficar olhando os vídeos no youtube. Tirando aos poucos o telefone na comida, às vezes dá uma briga. Mas esse negócio de pegar a comida no quarto ou ir para sala a gente já tirou dele. Quando ele tentou, a gente não deixou. (F23)

TV, celular para ver vídeos e jogar. Só deixo ela mexer no celular pela tarde. (F24)

Ela não come nem lento nem devagar. Ela fica mexendo no celular, eu vou lá e tiro e assim ela vai, ela não para. (F25)

As crianças que comem na mesa acompanhadas com os seus pais comem devagar e concentradas na refeição. Isso acontece porque os pais não tem televisão na área onde são servidas as refeições e porque os pais ficam no lado delas conversando para que não se sintam sós.

No momento da comida ela come só na mesa, concentrada no que está fazendo, só na comida. Ela tem o lugar dela, que a minha mesa é uma mesa tipo americana que é na ponta, ela senta ali e come, porque não é muito da

televisão. Ela é uma criança de estar brincando! Ela gosta de brincar. [...] (F3)

Ele demora bastante em comer porque come devagar. Até a gente janta e ele fica ali na mesa. Aí eu faço companhia para ele para não ficar sozinho, mas ele conversa. Ele quer comer e conversar. A gente fica na cozinha com a TV no quarto. Come e conversa. (F7)

Não tem nada na cozinha, no momento da comida só come. (F10)

Não, ela está sentada comendo daí ela come bem devagar. Bem sentadinha na mesa porque é o único lugar que deixo ela comer. Ela come bem devagar. (F18)

No almoço e café ele se senta na mesa e come, agora tipo frutas assim, ele pega banana e vai comer e fazer outras coisas. Agora o almoço a janta, o café da tarde, ele se senta comer na mesa, ele não para. A comida ele demora um pouco mais para comer, café não demora muito não, mas nunca deparei em contar. (F26)

Alguns pais fazem pressão nos seus filhos para comer rápido porque querem fazer outras coisas que acham mais importantes e as crianças não ficam satisfeitos.

Ah... Demora! Ele demora bastante comendo, tenho que estar brigando para ele comer rápido, para ir para escola ou fazer outras coisas. (F9)

Ele come rápido, mas porque eu acostumei ele, aí ele diz que é por pai, no cotidiano a gente termina ensinando mal. Como a gente faz algo que apaixonou, ele fica pedindo mais. (F22)

Os dispositivos tecnológicos que as crianças têm acesso são a televisão para assistir desenhos ou filmes pela Netflix; celular para assistir vídeos no Youtube, jogar videogames e alguns o usam para desenhar; Computador para assistir vídeos ou descarregar jogos; tablet, para assistir

vídeos no Youtube. O uso é aproximadamente de duas até oito horas/dia de tela. Começam a fazer uso dos aparelhos após acordar, param para ir para a escola, e ao voltar continuam até dormir. O uso pode aumentar no inverno, porque por causa do frio as crianças não querem sair fora para brincar. Para alguns pais fica difícil controlar o tempo que as crianças usam aparelhos eletrônicos porque elas não são constantes no uso dos dispositivos.

O celular, ela está muito no Youtube, então ela está sempre com o celular na mão, e na televisão. Ela joga videogames, ela pinta no celular. Normalmente usa o celular pela tarde, ela diz que está muito frio, liga a televisão e pega o celular mas é pela tarde mesmo, também não é todo o tempo na tarde não. Aproximadamente duas horas porque ela larga e volta de novo, e assim ela fica. (F1)

Ele tem acesso da TV que tem a Netflix, o Youtube, tem acesso ao telefone, mas ele usa mais o telefone para jogar, e o computador, mas o computador não é muito. Depois que descobriu que tem jogo, porque antes ficava só assistindo vídeos, e aí descobriu que dá para baixar jogos, mas não é todo o tempo também. Usa mais a TV, umas três horas, o telefone umas duas horas, e o computador é muito difícil de usar. (F2)

Ela tem celular, [...] Ela usa o celular pouco tempo, às vezes nem pega. Ontem que ela pegou um pouquinho, ela quase nem pega. A gente tem um tablete que a gente deu mais para joguinhos né? [...]. A televisão muito pouco, ela ve nos sábados que não tem escola. Mas depende do dia [...] Daí na tarde não tem desenho né? E ali ela mais brinca com as coisas dela, ela monta casinha, ela brinca com os bonecos dela. Ela usa a televisão menos de uma hora na manhã porque ela só gosta do desenho da Marsha, mas não sei quanto tempo pois nunca calculei, é aquela do urso. Ela não é de ver muito televisão, não é muito chegada da televisão. (F3)

TV, joga videogames, joga vídeos no celular. Fica olhando 30 minutos, daí para, brinca e daí saí, daqui a pouco ela volta e joga um pouco nos videogames. Não fica constante olhando, mas ela passa fazendo uma coisa e a outra. Eu acredito que sejam umas duas horas se juntar. E porque ela não para muito quieta. (F4)

Na casa dele tem videogames, TV é bem pouco porque prefere estar no celular. Assiste aqueles vídeos de Lucas Neto e a vezes ele joga um pouco também, mas é mais aqueles vídeos. Em casa paraticamente tá o tempo todo, amanhã toda, e quando chega da escolinha, mais agora com frio ele já vai direito pro celular e tá ali no sofá. (F6)

TV, videogames, celular. Ele usa bastante desde que chega da escolinha até às nove e meia porque tem a janta. Daí ele brinca um pouquinho mais no videogame até umas dez horas da noite. Joga videogames duas horas na manhã depois que ele acorda e de tarde ele joga bastante depois que ele chega da escola umas três horas. Na noite porque tenho que ver a TV e o videogame tá ligada na TV. Daí ve a TV comigo umas duas horas. Ai sim... assiste vídeos no Youtube, gosta de vídeos de curiosidades e futebol ele gosta dessas coisas, assiste nesse intervalo que não está jogando videogames porque o mesmo videogame dá para acessar a essas coisas na internet. (F7)

TV, Tablet, Vídeos no Youtube. Faz uso quatro horas per dia às vezes. (F8)

Antes de dormir ele está assistindo desenho, e fica assistindo desenhos a manhã toda, tipo três horas, nove... dez.... onze... Sim, três horas, daí vai para escola. Depois da escola desenho, seis, sete, oito, nove, dez, onze... Seis horas. Também usa o tablete, fica vendo vídeos de brincadeira e coisas assim. (F9)

Tablete e televisão, umas duas horas depois do almoço quando ela está em casa. Na manhã geralmente brinca, porque o tablete está carregando daí não pode mexer, de manhã não pode pegar porque está carregando. Ela usa geralmente de tarde, mais no domingo, ou então quando ela volta da escola, ela usa uma hora por aí. Daí começa o problema da TV, ela usa mais de uma hora. Quando começa um programa de TV ela já vai ali. Usa aproximadamente umas três horas no total. (F10)

Televisão e celular, para ver desenhos de Mickey, Minnie, de bebês, de Scobby Doo, e essas coisas que ela ve. Quando pega o celular está até umas sete ou oito horas, tipo dois ou três horas fica no celular. Daí ela pega na noite, mas é bem difícil. Na manhã ela acorda com o celular, e fica usando umas duas horas não sei te dizer bem. (F11)

Só no videogame, mas não joga muito, duas horas só. E televisão não mais de quatro horas. (F12)

TV e celular, fica quatro horas assistindo vídeos. (F13)

Tem televisão e celular, o que ela mais gosta. Geralmente é mais o celular que é quando ela não está fazendo bagunça. Então quando ela está na escola ela não tem nada que fazer, então ela fica assistindo vídeos no celular e acaba dormindo porque ela tem que ir para escola de manhã e pega o celular de tarde. Ela pega o celular aproximadamente por três horas se ela estiver sozinha. (F14)

A TV para assistir desenhos na Netflix, e a tablete para jogar videogames. Faz uso na tarde e noite, três horas e pode ser até mais se a gente deixa. (F15)

Tá com TV ligada quase o dia todo, e usa o celular para ver vídeos no youtube por meia hora no dia. (F16)

TV e celular. Daí usa na manhã. (F17)

A televisão e o celular, daí ela joga videogames, assiste desenhos e series. No celular ela acorda com o celular, daí ela para até na hora do almoço quando volta do colégio e começa assistir desenhos, depois eu tiro porque senão ela fica até bem de noite e vai dormir tarde. Então tipo seis horas eu tiro o celular dela para ela dormir cedo. Nem sei quantas horas no total tem nos aparelhos. Ela acorda no celular tipo 11 da manhã, depois eu tiro porque tenho que arrumar ela para ir para escola. E aí só mexe mais um pouquinho quando chega do colégio, deve mexer quase umas cinco horas por dia no celular. (F18)

Tablete, tudo. Deixa ver fica mais ou menos uma hora de manhã assistindo desenho, Xbox. Depois ele chega cinco da tarde ele joga umas duas horas e já fecharam três horas. Ele fica em meia de quatro ou cinco hora por dia. (F19)

Celular e a televisão, ele fica vendo vídeos no youtube, assim num dia duas ou três horas acho. (F20)

Celular e TV. No celular ela joga e ve vídeos no youtube. Bom fica... Não é dela, é do pai, então é quando ele dá, e daí até acabar a bateria. Se deixar fica quatro horas no celular e a televisão. Ela joga, ela para, saí um pouquinho, nunca fica quatro horas dentro do celular. Ela para. (F21)

Fica até nove horas assistindo TV. (F22)

Celular, TV, olha bastante no dvd e mexe no telefone para ver vídeos no youtube, aqueles vídeos de joguinhos sabe. Um... De manhã mesmo, geralmente a manhã inteira, e pela tarde se ele está cansado, depois da escola. Acho que umas oito horas dá. (F23)

Desenhos, musicas, joguinhos no celular, [...] só deixo mexer uma hora. (F25)

O celular. [...]. Geralmente deixo ele depois do escolinha duas ou três hora

na tarde, daí ele dorme. Às vezes tenho que brigar com ele porque pega o celular e se deixar ele fica tipo até meia noite vendo TV, vendo no celular, então tem que tirar o celular dele para se deitar dormir. No enquanto tá vendo movimento na casa ele está acordado. Se eu tiver fazendo alguma obra ou coisa assim. Ele vê TV e ele fica. F26

De acordo com as falas, o uso desses aparelhos é porque as crianças não tem outra maneira para investir o tempo. Os pais tem consciência da necessidade das crianças não serem dependentes dos dispositivos eletrônicos e que devem ocupar suas mentes com outras atividades que podem ter um maior aporte no desenvolvimento saudáveis delas. Além disso, é bom aproveitar o tempo livre para levá-las para espaços de recreação onde possam brincar. Observou-se que ter bonecas pode prevenir o uso excessivo de aparelhos eletrônicos, isso é possível quando os responsáveis das crianças são cientes que os aparelhos eletrônicos não são adequados para a idade delas. Ao não ter acesso aos dispositivos vão investir seu tempo e energia em outras atividades de entretenimento.

Ela gosta mais de brincar com as bonecas de carrinho, ela pode andar com as bonecas, tapar as bonecas com a coberta, ela gosta mais de brincar de casinha, ela gosta mais de andar de bicicleta ela anda bastante de bicicleta, a gente leva para uma praça, tem uma praça... A praça Saraiva, a gente leva ela para andar de bicicleta, [...]. Ela usa o celular pouco tempo, às vezes nem pega. Às vezes nem usa, não fica esse tempo todo. Ontem que ela pegou um pouquinho, ela quase nem pega. [...]quase nem usa o celular, porque é o meu celular, e aí ela quase nem usa porque quando ela chega em casa ela já está cansada. Ela brinca bastante na escolinha, quer dizer que gasta energia. Nem gosto de dar o celular para crianças. A televisão muito pouco ela vê. Nos sábados que não tem escola, mas depende do dia porque a gente sai

muito, vamos para o supermercado, vamos para feira. Onde eu vou, ela vai junto, na manhã. Daí na tarde não tem desenho. Ai ela mais brinca com as coisas dela, ela monta casinha, ela brinca com as bonecas dela. (F3)

Enquanto ela fica deitada toma leite, se levanta e já larga o celular para brincar com as bonecas. (F11)

Só mexe se não tiver algo que fazer mesmo. Se tiver que sair a gente tira o telefone, ou se está com algum amigo a gente tira. (F20)

Celular [...] Bom fica... Não é dela, é do pai, então é quando ele dá, e daí até acabar a bateria. Se deixar fica quatro horas no celular. (F21)

O celular. Não só de vez em quando, quando a gente não está usando. Geralmente ele usa TV, se tu deixar ele pode ficar na TV o dia todo, mas se ele arrumar outra atividade saí jogar. Mas se não tiver alguma outra coisa para fazer, fica na TV. (F26)

Alguns pais usam os aparelhos eletrônicos para manter os filhos tranquilos.

Desenhos, músicas, joguinhos no celular, quando estou em casa uma hora porque só assim para ela ficar quieta. Quando eu chego em casa só deixo mexer por uma hora. (F25)

5.2.8 RELAÇÃO ENTRE A OBESIDADE DA CRIANÇA E A REALIZAÇÃO DE ATIVIDADES FÍSICAS

Embora algumas crianças tenham uma boa alimentação, muitas não fazem atividade física. Os pais não deixam elas saírem para jogar na rua porque pode ser perigoso. Referiram que os tempos tem mudado, as crianças

não têm o mesmo interesse por jogar fora, eles preferem ficar em casa ligados à internet.

Faz pouco na casa, e brinca duas horas só. (F8)

Não faz atividade física. (F9)

Não muito, ela é bem parada assim. Só faz atividade física aqui na escola. Até porque não deixo ela sair na rua, tenho medo de deixar ela brincar na rua, aqui na frente, é bem perigoso. (F10)

Não faz atividade física nenhuma. (F12)

Lá onde a gente mora não tem amigos para brincar porque é bem perigoso, não é como antes então não deixo ele sair para rua. (F15)

Atividade física... De vez em quando vai correr, acredito que uma vez na semana, no entanto tiver uma criança ele está ali correndo, nessa parte tem demasiada energia. Quero ensinar ele para andar em bicicleta mas no meio dele de cair não deixa. Ele joga pega pega, mas não na rua, e não tenho visto mais ninguém jogando na rua, como estamos na era do internet, mudou muito. Mas nos aniversários ou quando vai na casa de alguém, mas o outro também já está no celular. Não adianta, é uma coisa viral. (F20)

Observa-se que a escola é um promotor das atividades físicas, pois nas falas os familiares referem que as crianças realizam atividades física nesse espaço, além que a confraternização com outras crianças, ao se afastar dos aparelhos eletrônicos e com a disponibilidade que os responsáveis das turmas têm, as crianças sentem maior motivação para participar das atividades programas. Porque os pais não tem disponibilidade de tempo. Inserir as crianças em ambientes onde podem se relacionar com outras crianças da mesma idade e lhes ensinar o uso da bicicleta é uma estratégia efetiva para promover a atividade física de acordo com as falas. É fundamental estar ensinando as crianças diferentes atividades para manter a adesão na queima de calorias, pois tem atividades que eles não

conseguem fazer o ano todo pelas mudanças de temperatura nas diferentes estações.

Ela não faz atividade física, só na escolinha que corre, isso o normal, mas atividade física não faz nenhuma. Na casa ela brinca o normal, ela corre, está com o cachorro, brinca normal. Mas atividade física faz não. (F1)

Às vezes mas não todos os dias eu ligo a esteira para ele e aí caminha um pouquinho, mas ele diz, ah! quero ir ao banheiro, aí se para ligar e desligar a esteira, porque acho que quer mais é que fique ligando e desligando para ele. Mas porque só se tem alguém aí ele brinca de pega pega e aí corre. Eu acho que quando o tempo está bem firme fica na rua brincando com um coleguinha da escola, mas aí faz a estela duas a três vezes por semana, mas não é muito tempo, cinco minutos. (F2)

Ela faz ginástica na outra escolinha, toda segunda feira ela faz ginastica porque tem programação, e andar de bicicleta né, e jogar bola ela gosta. De bicicleta quando está em casa ela anda sempre. Primeira coisa que ela pega é a bicicleta, ela levanta de manhã e lava o rosto. Daí ela pega a bicicleta e já anda. O pai dela também leva para andar na rua, a atividade dela é andar em bicicleta, ela aprendeu andar sozinha em bicicleta. (F3)

Começou andar de bicicleta que aprendeu, daí começou dar uma diminuída, mas pouca coisa, agora com frio, não anda mais de bicicleta. (F6)

Ela joga com a bola, ela brinca, corre no pátio, acho que brinca umas duas horas mais ou menos, além das atividades físicas na escola. (F11)

Faz atividade física só na escola. (F17)

Não faz atividade física. Só brincar, caminhar e correr. Até quando está no celular está correndo pela casa, e tem duas primas na frente com duas

guriinhas da idade dela e brincam bastante com ela. Não fica paradinha no celular é tudo junto, e também tem o colégio, que ela gosta de ir para o colégio para brincar. Sempre tem crianças brincando. (F18)

Não faz atividade física, só nos finais de semana. Bota ali umas três horas por semana. Joga futebol, anda de bicicleta, ele brinca de correr na rua. Ele é meio contrário. F19

Ela não faz muito exercício, correr, nem nada disso, só na escolinha. Outras coisas não faz, mas a bicicleta ela adora. (F21)

Não faz atividade física, ela brinca. De vez em quando de bicicleta, uma vez na semana mais ou menos, porque para andar de bicicleta precisa de tempo. E agora tem feito muito frio. Mas se deixar é o dia todo na bicicleta. Corre bastante aqui na escola, brinca. (F25)

Ter mascotes pode favorecer as crianças não serem sedentárias e deixarem o universo virtual. Pelo apego que criam com os animais sentem maior desejo de sair e brincar com eles.

Ela não faz atividade física, [...] Na casa ela brinca o normal, corre, está com o cachorro. Mas atividade física faz não. (F1)

Atividade física nenhuma. Só quando ele brinca, mas atividade física nenhuma. (F23)

Ela brinca de manhã no pátio com o cachorrinho. (F24)

Atividade física? Fora da escola não. Até pretendo colocar numa escolinha de luta, mas ainda não deu. Quando meus sobrinhos vão eles brincam no pátio, senão brinca com o cachorro, brinca sozinho todos os dias. Está sempre correndo, subindo na cadeira, está sempre agitando. (F26)

Além disso, observou-se que o Taekwondo ou o futebol são atividades físicas escolhidas pelos responsáveis das crianças para que as mesmas não se tornem ociosas. No entanto, é necessário que elas tenham a motivação adequada, senão elas podem desistir com facilidade. É fundamental uma conversa para descobrir o que eles gostam para que seja uma atividade física agradável, que seja inserida de maneira sustentável. Ter disponível um espaço aberto na casa pode ser um bom começo.

Ela faz Taekwondo duas vezes na semana, três horas por semana. Só isso ela faz de atividade física. Ela vai parar, ela não quis mais. Ainda não sei que atividade vai fazer agora, não sei que esporte ela gosta. Senão a gente paga e ela não quer ir. (F14)

Taekwondo há dois dias começou e faz três vezes na semana, três horas na semana. (F15)

Não diariamente, de vez em quando ele joga futebol ali no pátio com o meu esposo. Umas duas vezes na semana, tipo duas horas por semana. (F7)

5.2.9 RELAÇÃO ENTRE PROBLEMAS DE SAÚDE DA CRIANÇA E A OBESIDADE

A maioria das crianças não apresentam problemas de saúde relacionados com a obesidade, ou pelo menos os pais não são cientes disso. As crianças obesas participantes do estudo, no entanto, apresentam com frequência infecções respiratórias e crises asmáticas.

Não. (F1)

Que eu saiba não, só teve uma laringite. (F2)

Então o problema dela que não sei se é a imunidade dela que é muito baixa, ela tem muita dor de garganta e infecção respiratória. (F3)

Não tem. (F4, F6, F10, F13, F15, F16, F17, F19, F20, F22, F24)

Bronquites, asmático. (F8)

Fora problema das Adenóides e das amígdalas, não. (F9)

Nada. Só sinusite e reação alérgica. (F11)

Ele tem asma. (F12)

Hoje não sei, tipo não fiz algum exame de sangue para ter certeza né. (F14)

Ela tinha alergia mas não tem mais. (F18)

Ele tem bronquite só. (F23)

Não, até agora não foi detectado nada. Já fez os exames de rotina, sangue e coisas assim e até agora não foi detectado nada. (F26)

Uma das crianças está começando a apresentar complicações pela obesidade e seu responsável não conseguiu relacionar com a mesma.

Olha, última vez que fez exames tinha problemas com o colesterol, mas não sei bem o porquê. Foi a vó quem fez e ela não me mostrou os exames. Então eu não sei. Um ano anterior tinha dado pneumonia, foi no início do ano passado que a gente foi para Jaguarão e a vó fez os exames lá. (F5)

De acordo com a percepção dos pais, além de engordar devido a seus hábitos alimentares, eles acreditam que os tratamentos para certas doenças crônicas pode ser fator predisponente da obesidade.

Ele tem problemas respiratórios, desde que nasceu. Bronquite, asmático, rinite alérgica. E ele adoce muito durante o ano, toma muito corticoides e antibióticos. Eu li que o uso contínuo do corticoide faz a criança engordar mais. Normalmente engorda por causa de bobagens que come, e ele não come bobagens, só o comum, só que duas vezes. (F7)

5.3 RELAÇÃO ENTRE A OBESIDADE DA CRIANÇA E OS HÁBITOS DE VIDA DA FAMÍLIA E A OBESIDADE NA FAMÍLIA

Atribuem a obesidade da criança tanto ao fator genético quanto aos hábitos alimentares da família que são imitados pelas crianças. A maneira como cada família prepara as refeições pode afetar na saúde da criança e essas práticas são determinantes negativos que não são percebidos, porque oferecem quantidades elevadas de comida para as crianças pensando que não faz mal, ou eles imitam as ações errôneas deles.

Eu acho sim. Porque a minha mãe é gordinha, avó dele. Meu filho era gordinho, mas como foi crescendo foi emagrecendo, mas a alimentação é diferente. A alimentação da minha mãe é diferente da minha. Então, não tem como não seguir gordo. Ela cozinha com muito óleo, coisa exagerada. Mas cada um faz do jeito que sabe e não tem como não ter diferenças. Acho que é isso. (F5)

Acho sim. Porque sou muito comilona, tudo o que eu como ofereço para ela. Nem sempre ela quer mais. Pela minha influência, porque como muito, ela pode vir e engordar mais. Ela poder vir e engordar mais. [...] E eu achando que tá tudo bem, ia engordar ela, mas não ia ficar obesa só engordar. Eu não acho ela obesa, acho ela bem magrinha (dá uma risada) quando me avisaram que ela estava obesa até me espantei, é, mas de repente daqui a um tempo com tudo o que ofereço para ela e quando vi já estava bem gordinha. (F1)

Assim eu sou gorda, o pai é gordo. Então, acho que tudo pode ser a genética, e os hábitos alimentares. (F2)

Não sei... Tipo assistir TV. Não sei se o pai dela assiste muita televisão com ela, mas ele é do tipo do celular, muito eletrônico sabe? Então, tudo o que ele

faz está assistindo alguma coisa. Mas eu não sou muito. (F4)

Acho que sim, na alimentação né. (F7)

Sim. Pelos hábitos alimentícios, a gente come muito doce. (F8)

Não. Porque o pai dele não deixa ele comer muito. E não é muito a comida. Ele come normal. Até já foi xingada pelos pediatras. Os pediatras falam que está acima do peso, que temos que tirar o leite engrossado. Mas eu não posso, continuo mudando e não adianta. São seis latas vazias de leite em pó por mês. (F9)

Ah sim. Na casa todos são bem gordos até. Bom, o avô dela é bem magro, só que eu e o pai dela comemos muita porqueira. [...] A gente come muito doce. O avô dela é bem magro, come muito, mas ele é seco, magro. Preciso dessa bactéria, sei lá, falo para ele que se tem alguma cria me dá! (dá risada), mas é bem ruim. (F10)

Minha sogra agora emagreceu, mas também era gorda. Mas assim da minha família não. Então, pode ser dos nossos hábitos alimentares que ela imita. (F11)

Não percebo. (F12)

Não sei. (F14)

Por culpa minha e da minha mulher por comer coisas que não são saudáveis, lanches e outras coisas cada fim de semana. (F15)

Acho que não. Não vem da família, vem de ti, da tua alimentação eu acho. Não vai engordar por estar com a tua família no caso, vai engordar pelo que tu comes. Sim né. (F16)

Acho que não. (F17)

Pode ser porque a gente costuma comer muito lanche e bobagens e ela come junto. A gente come lanche todos os finais de semana, mas ela não come muita quantidade, come um pouquinho só. (F18)

Um ano e meio para cá o máximo. Um ano e meio eu acho. Começou engordar mais com três anos pelo hábito alimentar. Sim, em relação da alimentação da família, que ele é muito com os carboidratos, arroz, batatas, e isso daí não tem como fugir para não engordar [...] Queria que ele se alimentasse bem. E também na genética, porque a minha esposa é gordinha também, já contribui também. (F20)

Sim. Porque a gente poderia fazer mais exercício, refeição ser melhor, os horários ser melhor. Acho que se todos fizessem isso, ele também ia fazer junto. (F23)

Sim. Porque não tenho tempo para sair para fazer exercícios. Trabalho dia e noite. Daí a gente come comida rápida. (F24)

Chá que eu tomo, e como ela quer tudo o que eu como ela toma chá. [...] Não dizem que obesidade vem de família. Eu sou gordinha, as tias, os primos. Se tiver alguém magrinho na família são dois ou três, eu tenho só duas irmãs magrinhas, são duas só. (F25)

Acho que ele é gordinho por genética, porque a família toda é gorda. A família do meu pai já é e a família do pai dele também já com obesidade. Mas ele come bastante, come de tudo. Ele não está com fome e vê aquela fruta ali pega e come. Não sei se chega ser ansiedade. Recém comeu a comida e viu a banana, acho que é porque vê a vó dele que come comida e em seguida pega uma fruta. Aí acho que já vem. Porque a minha família por parte de pai é tudo mundo gordinho, eu também, agora que estou bem magrinha, mas já cheguei pesar bem acima do peso estimado. E a família do pai dele também é bem gorda. Pode ser algo genético. Na família do pai dele tem gente mais pesada ainda. (F26)

Observou-se que as pessoas com quem as crianças se relacionam são obesas. Este fato mostra a convivência com um ambiente obesogênico, que pode ser um fator predisponente ao excesso de peso que os pré-escolares tem. Além do fator social e ambiental, também poderia atribuir-se a uma influência genética para essa predisposição.

Irmãos, tem uma sobrinha com quem brinca muito, pai, mãe, avó que adora muito. [...] Eu sou a mais gordinha mesmo, meu marido e filhos são bem magrinhos. Ela era bem magrinha mas esse negócio de almoçar duas vezes, gasta energia na escolinha, então ela come mais. (F1)

Durante o fim de semana ele se relaciona quase com toda a família, mas primas, mas durante a semana com o pai, avô, tia, comigo e só. [...] Mais da família do pai dele, avó, tia, primos. Da minha família acho que só eu, a minha irmã era mais, depois emagreceu sem fazer dieta nem nada. (F2)

Comigo, com o vô, os primos, o pai, os tios. A mãe dela teve ontem lá para vê-la, mas passa meses que não vai. Ela adora a mãe dela. Sempre que a mãe dela vai lá deixa ela almoçar com ela. Ela não proíbe ela de comer nada porque ela é mãe [...] Não, só nós três. Meu filho é magro. Meu esposo só tem barriga, ele já foi magro e também já foi muito mais gordo. Eu acho que eu estou além do meu peso. (F3)

Com os pais, comigo e meu marido. Com os vós paternos. [...] Meu filho mais velho quando tinha os nove meses, eu tinha que fazer dieta nele. Porque no caso ele era gordo demais. Ela não era tanto, no caso era mais comprida. Mas ele era mais, pesava e estava indo para 15 quilos. A gente come coisas de gordo, mas é. nove meses. Daí a medica pediu para mim cuidar a dieta deles. Era muito gordinho. Daí a médica pediu para fazer dieta nele sabe. Mas depois disso não teve mais problemas com ele, tanto que ele é bem magrinho.

E ela, não sei, é que não percebi bem nela. Da família do pai são tudo gordos. O pai é obeso. Ah! e a minha irmã é assim bem gordinha. (F4)

Avó, tia (comigo), o primo (meu filho) são com quem tem mais contato. A mãe aparece de vez em quando. A vó materna que também aparece de vez em quando. Geralmente é com a gente mesmo. E quando o pai vem de Belém né. [...] Avó, o pai dele que desde os quinze anos é obeso, depois ele começou fazer atividade física porque ele era boxista né. E aí ele emagreceu. O Avô também, minha avó era enorme, as irmãs da minha mãe. (F5)

Aí em casa no dia com a avó e com a bisá dele. Daí na casa dele com o pai, a mãe, tem um irmão por parte do pai que três vezes por semana fica com ele. Ali em casa tem as minhas sobrinhas que moram do lado, que geralmente estão brincando ali com ele, tem três meninas. E a minha irmã que mora comigo. [...] A família toda é meio obesa. Bom o pai dele é forte, o avô dele por parte do pai, a tia e tio por parte de pai, só a avó por parte de pai que é mais magra. Por parte da mãe dele. Ela agora está mais magra porque está se cuidando porque tem um problema no estomago, mas a tendência dela é também ser fortinha. E a minha mãe, minha irmã e sobrinhos, todos são gordos. A gente come muita bobagem. (F6)

Meu esposo (pai) são bem próximo, comigo (mãe). [...] Eu gorda, a minha irmã, a minha família por parte da minha mãe são bem gordinhos. A minha mãe até emagreceu bastante, acho que perdeu uns 20 quilos fazendo dieta. Meu esposo é magro e alto. (F7)

Com a Mae, Pai, Irmãos, com a tia e dois primos. [...] A irmã, mãe, um primo e o avô. O irmão faz muita atividade física, daí não é grande como nós. (F8)

Com as duas avós, com um avô, comigo, uma tia, e seus quatro primos

que se juntam e brincam juntos. Também com a irmãzinha e o pai dela né. [...] O pai dela e eu só. Não tem ninguém gordo assim. Porque a gente come coisas de gordo. (F10)

Em casa comigo, com o pai dela, a tia. [...] Só a minha sogra. (F11)

Pai, mãe, irmão por parte do pai. [...] Avó paterna, e toda a minha família. (F13)

Avó, a tia, as tias na verdade, pai e irmãos. [...] Na minha família não, do pai dela... São bem gordinhos. Os tios dela se fizeram uma operação para emagrecer. O pai dela não é gordo, mas está bem gordinho. Não sei. (F14)

Meu irmão o tio dele, a mãe, eu o pai, e avô materno. [...] A mãe e eu o pai dele. (F15)

Com a irmã, primas, eu a mãe, com o pai, tias avó e avô. [...] Eu a mãe, e uma prima. (F16)

Pai, mãe, tios e avós. [...] O pai, eu a mãe, toda a família materna e paterna. (F17)

Com as tias, mãe, pai, avós das duas partes, primos mais próximos. [...] pai dela, eu. Eu estou porque nunca estive encima do peso mas agora daqui a um tempo venho engordando, engordando, engordando. Estou tentando lutar contra isso, eu até agora engordei bastante. (F18)

Todos são gordos. Mae, pai, irmãos, tem um irmão mais velho por parte de pai que não mora conosco. Os avós maternos, os tios e os sobrinhos maternos, e o avô paterno. Com frequência esses. [...] Tirando a mãe (dá risada), a tia paterna, toda a família do pai tem uma parte que é bem obesa. Meu esposo tem um metro setenta e 105 quilos. Todo mundo obeso no real. (F19)

Com geral, primos tios, eu e a minha mulher. [...] A minha mãe, mas ela engordou de velha, porque antes era

bem magrinha. Também meus tios, na minha parte da família tem muita gente gorda, meus tios. A minha esposa é adotada então não posso te dizer nada da família deles, mas os pais adotivos dela são magros. (F20)

Pai, mãe, irmã. [...] Eu e a mãe. (F22)

Irmão, Pai, Mae, Avó paterna. [...] Obesas só irmã, pai, mãe. (F24)

Tio, irmão, avô, e eu só, Primas. O pai está fora da cidade. [...] No caso meu irmão, só ele. (F25)

Mais com o pai, mãe, avó, as tias. [...] Por parte da família do pai todos são bem fortes e gordos, e tem jeito bem mais pesado. (F26)

Encontraram-se crianças que não tinham familiares com obesidade, o que pode demonstrar que a obesidade vai além dos fatores genéticos, podendo ter a influência do ambiente onde elas estão sendo criadas.

Com o pai, comigo, o avô, tias e tios. Primos. Meu marido tem mais quatro filhos. [...] A sobrinha dele, daí ninguém mais. Não há nenhum obeso na família. (F9)

Comigo, o pai, a madrasta dele, o avô dele, a avó dele, a tia. [...] Na família? Não tem ninguém gordo. (F12)

Com a minha mãe, avó dela, avô, meu irmão, o tio dela, pai pouco contato. [...] Não ninguém é gordo. Nem na família do pai. (F21)

A mãe, e eu também. [...] Não. Ninguém é obeso. (F23)

5.4 DIFICULDADES APRESENTADAS PELAS CRIANÇAS RELACIONADAS COM A OBESIDADE

Os pais acreditam que as crianças não têm problemas com o seu peso porque não se percebem como obesas e pensam que não estão na

idade para se preocupar por isso. Citaram como principal dificuldade o momento de comprar roupas para a criança que sirvam e sejam do seu gosto. Também referiram: dificuldades para realizar atividades físicas, para se vestir e calçar os sapatos e que algumas crianças sofrem *bullying* na escola.

Não, porque ela nem percebe que tem obesidade. (F1)

Ainda não, acho que não está nessa fase. A única coisa que acho que para comprar roupa para ele, porque todas as crianças da sua idade usam roupas tamanho seis e o meu filho usa tamanho oito. Mas só eu percebo isso. Ele não se acha gordo. (F2)

Não. Porque ela é grande. Todo mundo pensa que ele tem mais idade só. (F3)

Não. Nada. Ela faz tudo o que ela tem que fazer. (F4)

Ah, sim. Correr. Eu vejo que ele tem dificuldade para correr mesmo. Ele sempre fica atrás. (F5)

Tem dificuldades para as atividades físicas. Descer dos escorregadores, ele teve medo pelo fato de ser gordinho. [...] Ele nunca se queixou de *bullying* não, por enquanto ainda não. (F6)

Ele se cansa mais correndo, tem pouco resistência. Ninguém faz *bullying* para ele. (F7)

Não, acho que ainda não está nessa idade para se incomodar pelo peso. (F8)

Não. Porque não se percebe como gordo. (F9)

Não. Nunca ouvi nada, e nem achava que ela fosse assim. (F10)

Que eu saiba não. Olha no caso dos coleguinhas de falar alguma coisa, olha eu acho que não, eu não sei, porque ela não fala nada. No caso eu pergunto para ela, alguma criança falou alguma coisa para ti? Mas ela não fala as coisas, é muito fechada, às vezes acontecem as coisas e não me fala. Depois que eu

chego em casa ela me fala, mas assim na escola que eu saiba não aconteceu nada. (F11)

Recebe *bullying* dos coleguinhas e no momento de comprar roupas. (F13)

Não. Não recebe piadas pelos coleguinhas, não que eu saiba. Isso me dificulta porque ela nunca diz nada. O que acontece, a gente tem que comprar roupa e nunca serve. Os modelos que ela quer nunca têm. Daí tem que levar ela para outro modelo. Aí não fecha ou não desce, sempre acontece alguma coisa errada. Aí ela diz: _ Mãe como eu queria ser magrinha como tu és. Pelo menos as roupas me serviriam e eu ia usar as roupas que eu gosto para mim. Ela sente dificuldade para comprar roupa, mas ela é criança. Então, esquece. Mas ela na hora fala, “não tem roupa para mim” (imita a criança com tristeza) aí respondo, tem roupa sim só que nessa sala não tem mas tem outras. Porque hoje nem todas as crianças são magras, assim como nem todos os adultos são, e as pessoas nas lojas são magrinhas só. E não tem alguma que sirva para ela. (F14)

Tem algumas, ele é bem ativo, mas tem dificuldades em algumas coisas como botar sapatos, se vestir e para encontrar roupa é bem complicado mesmo sabe. (F15)

Não. Brinca, corre, faz tudo, normal. (F16)

Não nada, porque parece que nunca se cansa de brincar. Então, eu não noto nada. (F18)

Não, porque eu sempre estímulo ele. [...] Eu ensino para ele, hoje tudo é *bullying*, tu chamas o negro de negro é racismo. [...] Então, não deixo isso afetar ele. Pela minha criação entendestes, que tudo era normal. [...] Se alguém está te chamando de gordo, tu não pode chorar não, tu és e tu tens que te aceitar, e tens que emagrecer se tu quer entendestes? Não faço ele se abalar porque estão

chamando ele de gordo. Eu não deixo. Eu não incentivo que é um bullying, que estão falando mal. Faço ele se aceitar, se sentir livre, se sentir bem e não baixar o autoestima dele. Deixo ele a vontade com isso. (F19)

Não. Está um pouco mais pesado então se cansa com facilidade. Teve uma época em um colégio onde ele estava sofreu *bullying*, mas reclamei e pararam. (F20)

Não. Até porque ela é bem ajeitada. (F21)

Acho que correr, quando corre, ele se sente mal. Se cansa muito rápido. Fazem *bullying* para ele porque é gordinho. No ano passado tivemos que conversar com o amigo dele porque começaram a chamar ele de baleia e aí eles brigaram. (F23)

Não. (F24)

Obesidade não, mas gordinha ela sabe que está. (F25)

Não, acho que não, porque ele faz coisas bem corajosas como subir de altura, pular. Acho que ele ainda não percebe a obesidade como um problema. (F26)

Algumas crianças aproveitam que seu tamanho é maior que o das outras crianças para evitar receber *bullying* impondo medo, além de roubar a comidas dos colegas.

Eu acho que não porque ele é tenebroso, com os coleguinhas. É o contrário, ele é bem danado. Ele faz horrores. Às vezes recebo reclamações e falo dele: _ Guri não pode fazer isso. Ah! Mas não adianta, vai o próximo dia e faz a mesma coisa. Ele pega o lanche dos colegas, e falo para ele: _ Tu tens que comer teu lanche não dos teus colegas. Ah... (Dá risada) Não sei se ele parou. Ele é tenebroso. (F5)

5.5 PERCEPÇÕES DAS CRIANÇAS ACERCA DO SEREM OU NÃO OBESAS NA PERSPECTIVA DE SEUS CUIDADORES

A maioria das crianças não se percebe como obesa. Os pais acham que isso não é perceptível para eles, pois são crianças e não se sentem limitadas por sua condição física. No entanto, percebem que as crianças ao seu redor têm obesidade e não se sentem identificadas com eles porque lhes fazem bullying, pensando que são diferentes, até que os pais lhes explicam que eles têm esse mesmo problema.

Não, porque ela nem percebe que tem obesidade. (F1)

Ele não se identifica como uma criança com obesidade. Às vezes assiste o desenho da Mônica na TV e começa chamar a minha sobrinha Mônica Gorducha. Ai falei para ele: _ Eh! Já vou te chamar de gorducho e tu não vais gostar, explico para ele que não pode chamar as pessoas como gorduchas. (F2)

Não. Porque ela é criança. (F3)

Ela, no caso assim de grande, não. Mas sim por altura. Não se percebe como obesa, mas sim mais alta. (F4)

Não sei, eu acho que não. Não se percebe. (F5)

Não, ele pensa que está crescendo não engordando. (F8)

Eu acho que não. (F10)

Não sei se ela sabe que é gordinha. Mas é porque ela vê que minha irmã era bem magrinha. Ela está de vinte quilos, vinte um. Ela se pesou ontem e tem 21 quilos com dezesseis anos e está cumprida. Daí ela fala ah... (F14)

Ele não se percebe como uma criança com obesidade. Ele se vê como uma

criança gorda. Que ele diz que é um gordinho gostozinho. (F19)

Obesidade não, mas sim acima do peso, mas não afeta o autoestima dele. (F20)

As crianças que conseguem se perceber como obesas não compreendem ainda isso como algo ruim. Como não verbalizam isso seus pais acreditam que elas não têm problemas de autoestima, ou omitem dar atenção ao problema. Mas quando os pais explicam para as crianças que não é bom ter obesidade, eles entendem o grau do problema e tentam mudar isso.

Ele às vezes fala que é gordo, mas por ele, ele é muito alegre assim, não acha aquilo ruim. Por enquanto não levou para esse lado que ser obeso é ruim. (F6)

Sim, ele sabe que é gordo. (F7)

Bom, ele diz que não quer comer muito para não ser gordo. Mãe não quero comer muito porque não quero ser gordo (fala imitando a criança), porque o pai dele fala para ele que não tem que comer muito para não ser gordo. Aí ele vai pelo que o pai disse. (F9)

Às vezes ela fala que é gordinha, mas acho que não se importa. É bem alegre. (F11)

Acho que sim, mas a gente não conversa disso. (F15)

Não. Talvez, não sei, talvez ela diga tipo vou botar uma sugestão, ela está com a roupa e não dá mais nela. Ai pergunta por que não pode usar essa roupa mais? Daí eu respondo que tu crescestes e engordaste mais. Mas ela nunca diz, ah estou gorda comparada com alguém, não. A autoestima dela é bem boa. (F16)

Não. A gente sempre tenta ser influência positiva para ela. Daí isso ajuda para se sentir bem e não deixa que ela perceba algum problema. (F17)

Acho que para ele é normal. (F23)

Não. (F24)

Eu acho que sim [...] Por ser gordinho não tem problemas de fazer alguma coisa, ele se sente bem. (F26)

As crianças ficam bravas se são chamadas como crianças com algum problema de peso, e isso cria preocupação e desejo de agir nos pais

Bah, ela não gosta que chamem ela de gorda, porque tem pessoas que mexem com ela que está gordinha e ela fica furiosa: _ Eu não estou gorda. Por isso estou começando a cuidar mais porque se ela engordar mais pode ter problemas com a autoestima. Então, agora conforme ela for crescendo, eu vou cuidando para que ela não engorde mais. (F18)

5.6 AÇÕES REALIZADAS PELA FAMÍLIA PARA O COMBATE À OBESIDADE DA CRIANÇA

Algumas famílias ao não perceberem a obesidade das crianças não realizam ações ou intervenções para melhorar sua saúde. Algumas, inclusive tentam fazê-las aumentar de peso no erro de que gordura é saúde, embora o pessoal de saúde tenha lhes dado recomendações. As crianças querem ter um corpo parecido com o de seus pais.

Não fiz nada, pelo contrário eu queria que ela engordasse mais porque era bem magrinha. Falei com o médico disso e ele não me sugeriu nada, que íamos com tempo. E aí com o negócio engordou um pouquinho. Eu não acho ela obesa. (F1)

Nada. Embora a pediatra falou que ele estava muito gordo, nada. Porque eu não acho que ele está gordo. Até no ano passado dava na boca dele, assim porque eu obrigava ele a comer mais. Eu achava que ele estava magro. Daí eu

obrigava ele comer mais. Agora eu acho que ele está magrinho e ainda estou obrigando ele comer mais. Acho ele magrinho. Olho para ele e penso: _ Meu Deus como ele está magrinho. Quero ver ele mais gordinho, com mais corpinho. E as pediatras me dizem: _ Mãe, não porque ele é gordinho que ele tem saúde, gordura não é saúde. Mas ao meu ver não é assim. ao meu ver tem que ser gordinho para ele ter saúde, mesmo sabendo que todo mundo está contra mim, estou feliz. Se ele está gordinho é porque está bem. (F9)

Nada, porque ninguém considerava ela gorda. (F10)

Não e nem precisa. (F12)

Não, porque não precisa. Eu tinha dúvidas que ela podia estar um pouquinho acima do peso, mas nunca me falaram alguma coisa. Acho que não, porque ela é criança. É muito pequena, pode começar gordo e conforme a idade, pode ficar magrinho. Não posso dizer que futuramente ela possa ser obesa, daqui a pouco ela perde o peso. Não sei se tu concordas. (F16)

Olha, então nem sabia. Sabia, mas não tanto. Mudar a alimentação ou coisa assim não fazia. Mas não estou preocupada, porque é pouquinho. Se fosse muita coisa ficaria preocupada, mas é pouquinho mesmo. (F21)

Os pais que são cientes do problema de saúde das crianças tomam medidas de intervenção para melhorar a saúde delas, como criar dietas familiares para motivar a criança, mudando a alimentação dela, criar atividades para manter suas mentes ocupadas, observando suas ações para descobrir se eles estão comendo por ansiedade ou por fome. Mas também há alguns responsáveis que preferem por seus sentimentos antes do bem estar da criança, ou seja, não conseguem impor-lhes limites quanto à alimentação e prática de atividades físicas. Sabem que precisam fazer algo em relação à obesidade da criança, mas preferem deixar para depois.

Verificou-se que desconhecem o que seria uma dieta adequada para uma criança dessa idade.

Estou tentando entrar com ele em uma dieta, e estou tirando algumas coisas ao pouco, refri já tirei, o lanche que a gente comia geralmente de 15 a 15 dias estou tentando tirar. Tudo isso vai aos pouquinhos. [...] Na páscoa ele ganhou alguns bombons, daí eu dava aos poucos. (F2)

Eu tento diminuir a alimentação. (F7)

A gente tenta controlar a alimentação dele, faço comer legumes. Não deixo assistir vídeos nas refeições. (F8)

Olha, eu falo para ela: _ Não, mas tu tens como emagrecer é só comer menos doce, comer mais legumes que daí tu emagreces. Ela sabe que está bem gordinha, coisas assim. Às vezes me dá medo que fique muito magoada, daí pego ela e falo: _ Não come muito doce, faz atividade física, pega a bicicleta, vai de bicicleta, brinca, joga bola, daí não precisas uma coisa assim porque ela me pergunto se tem algum tratamento. (F11)

Controle da alimentação, procurando atividades extras, e esperar ele crescer, aí vai emagrecer. (F13)

Controlo a comida dela só. Ela é apaixonada por pão. Daí fica me olhando e falo para ela, deu! Aí ela responde: _ Ah tá bem mãe, com decepção mas se deixo ela pode comer mais de dois no café da tarde. Come mais no café da manhã. (F14)

A gente está mudando nossos hábitos, a alimentação sabe, para ver se ele emagrece, e ele está mais magro mesmo sabe. (F15)

Eu vejo quando ela está comendo com fome ou só por comer. Quando quer comer de novo ou algumas bobagens não deixo, porque não tem necessidade e aí eu cuido, ou quando quer comer algum doce deixo ela comer pouco,

porque criança sempre come. Mas aí deixo ela comer só um pouquinho não deixo ela exagerar. Acho que é mais isso, a vontade dela de comer sem parar. [...] Daí tento explicar para ela que não pode comer se não está com fome. [...] Eu enrolo ela, arrumo outra coisa para ela fazer, para ver se ela esquece que quer comer. Às vezes até arrumo uma brincadeira ou alguma coisa para fazer, e não me incomodar, porque vejo que ela não tem nada para fazer e por isso quer comer. Está entediada e acha que comendo vai ajudar. (F18)

Bah, está muito difícil, mas estou cortando os doces e o refrigerante. Cortando, mas é difícil. Agora que for levar os exames, a pediatra vai decidir se vai precisar ser encaminhado para nutricionista, senão só vai pedir para ele fazer mais exercícios. Se for algum problema diabetes ou alguma coisa, aí ela vai me encaminhar para o um nutricionista para ser mais rígido. (F19)

A cima do peso que ele está, acho que é pelo peso. Então, a gente está tentando convencer para comer as coisas saudáveis né, porque ele tem que aceitar também. Se tiver uma rede de educação para os carboidratos é o jeito que pode ajudar um pouco. O que eu tenho é ter falado com ele. A mãe dele fala, tu queres ficar que nem eu? A gente fala para ele, para tentar convencer das coisas que ele não come, parar um pouco dar coisas que só come e experimentar outras coisas. (F20)

Na verdade não. Às vezes a gente fala com pena e deixa ele comer. A gente que é grande e que sabe, não faz nada vamos podar a criança? Então, assim vamos deixando. A gente sabe que é pelo bem dele, mas não faz. Agora minha irmã tem que fazer dieta porque está em risco de enfartar. Então, tem que começar de pequeno. Mas não é fácil. (F6)

Estamos melhorando a alimentação, e os horários. Tentando fazer ele comer

mais arroz, feijão porque ele só comia massa sabe, e tentando dar salada com gosto sabe. Não está dando certo, mas a gente está tentando. A gente cortou os doces. E os horários, a gente tinha um armário baixinho que deixava tudo ali e aí quando a gente via de tarde tomava café e estava comendo tudo dali. A gente tirou e falamos, vamos tomar café todo mundo junto. (F23)

Tento conversar para ajudar ela entender e não deixo mais ela usar o celular na hora da comida. (F24)

Pelos menos quando estou em casa tento controlar o que come nos finais de semana, das cinco diante nos dias de semana. (F25)

A gente tenta controlar os doces. (F26)

As atividades sedentárias dos responsáveis das crianças são imitadas por elas.

Peso 76 Kg Meu peso era 67 Kg. E porque a gente andava muito em bicicleta, e agora a gente anda só de carro. [...] aumentei nove quilos. Íamos até o centro na bicicleta com o carro na garagem, mas a gente começou andar de carro e aí engordamos. Deixamos ela e pegamos ela tudo de carro. A gente foi deixando a bicicleta de lado. (F3)

Alguns pais tem dificuldade de tentar mudar a alimentação das crianças porque acham que não são bons exemplos ao ter obesidade também, e tem dificuldades para identificar as necessidades nutricionais individuais dos seus filhos, pois, tentam agir com igualdade de acordo com as emoções. O Clima também parece ser um obstáculo para eles e para o planejamento de atividades físicas a serem realizadas ao ar livre como andar de bicicleta.

Acho tudo isso tão difícil porque também sou gordinha. A gente gosta de comer, ainda mais nesse frio. Um chocolate quente, uma pizza é difícil, mas tenho que entender que a culpa não é só dele.

Para mim é completamente difícil porque tenho um filho bem abaixo da curva e o outro bem acima. Daí tenho que empurrar um para comer a vontade, e marcar limites no outro. Para mim está sendo complicado. Porque se um come de quatro em quatro, o outro come de dois em dois. Porque falo para um, filho vai comer iogurte, e aí o outro pergunta: _ Mãe por que eu não posso? Para mim é bem difícil. (F19)

Às vezes, mais ou menos uma vez na semana, ele olha alguns vídeos de exercício e começa fazer, ele faz por diversão, mas ajuda. Levanta os braços, faz agachamento, e se ele vê alguém fazendo que eu faço às vezes só que não tenho tanta frequência, mas já ele faz junto. Ele me diz: _ Vamos mãe, é hora de fazer exercício. E eu respondo: _ Não filho agora está muito frio (Ela ri). Ele já quer deitar no chão e fazer. (F2)

A avó dele leva ele para praça. Para brincar e andar de bicicleta. Geralmente os fins de semana que não tem nada para fazer, não tem escola. Mas é difícil porque é muito frio. (F5)

No verão que ele andava mais de bicicleta, agora nesse frio parou. (F6)

Não faz atividade física [...] De vez em quando ela anda de bicicleta, uma vez na semana mais ou menos, porque para andar de bicicleta precisa de tempo. E agora tem feito muito frio. (F25)

Verificou-se um caso em que, apesar de saber da necessidade da criança realizar uma atividade física, a mãe não possuía disponibilidade para levá-la e trazê-la de volta para casa, apesar da avó oferecer-se a pagar pelas aulas.

Ele queria colocar nosso filho em uma atividade física. A mãe dele ia pagar. Mas eu falei para ele não inventar mais coisas para mim fazer porque não tenho condições. Tenho minhas funções na noite e meu filho já está grande. Se tu vais levar ele, buscar e trazer de volta

está ok. Tu te viras para levar. E aí nem falaram mais da história da atividade física, não sei se era karate. No final ficou por isso mesmo, porque ela não ia vir para levar. Eu não tenho condição. E meu irmão me falou: _ Tem que botar, tem que botar. Ele precisa. E respondi para ele: _ Então, ela tem que buscar a criança. Não é assim tem que botar. Ele está longe de todo mundo, e eu aqui. Não dá, eu não posso deixar minha faculdade (Dá risada). (F5)

O Pessoal de saúde (enfermeiro, médico, agente comunitário, nutricionista, psicóloga), tem o papel fundamental no diagnóstico e tratamento da doença, pois as famílias conseguem perceber suas ações, confiam que eles vão lhes dizer as ações que precisam fazer para a redução de peso.

A doutora me falou para reduzir o consumo de refri, a sal também cortei e faz mais de três meses que tirei a sal. Porque na clínica faz avaliação dela da pressão, do peso e tal. E a gente faz acompanhamento, a doutora tinha me falado do peso elevado dela, mas não da obesidade. [...]. (F1)

Nada... Agora mesmo já falei, tem que arrumar um horário, porque o médico já falou que temos que dar uma caminhada pelo menos. (F3)

A gente está indo com o psicólogo. A gente está procurando como ajudar ele nessa parte, porque está demais. Faz o tempo inteiro, tia tia tia... ou Vó vó vó (fala imitando) o tempo inteiro, e tem que olhar para ele. Ele precisa de atenção. (F5)

Acho bem ruim assim que nos postos ninguém me fala da obesidade dele. Se alguém tivesse me falado isso, acho que conseguiria ter dado um jeito nisso. (F8)

Ela sabe que está bem gordinha coisas assim [...] porque ela me perguntou se tem algum tratamento. Porque aí no posto não me falam para fazer alguma coisa assim, para emagrecer, por isso te

falei que não tinha percebido que estava obesa assim. (F11)

Faz exames, tem acompanhamento com a nutricionista há um ano e tentamos manter horários fixos de refeições. (F17)

Até um ano e pouco era seguido as revisões, mas depois de um ano no caso do hospital, mesmo só quando está com uma dor ou coisa assim. Não tem mais o SUS mesmo depois de um ano aquelas revisões periódicas todos os meses. Nas revisões nunca falaram do peso dele, mas pesam e medem ele. (F26)

O projeto de pesquisa fez eles perceberem o problema da obesidade que a criança tem e fez eles se sentirem mais motivados para tomar medidas de intervenção.

Vou ter que fazer agora. Não fazia nada. Mas agora me sinto mais motivada para fazer algo. (F4)

6. DISCUSSÃO DOS DADOS

A alta prevalência de sobrepeso e obesidade em países desenvolvidos e em desenvolvimento tem sido descrita como uma pandemia global. Em um estudo de análise estatística realizado em conjunto por universidades da Espanha, Suécia, Itália, Dinamarca, Estados Unidos da América e Austrália mostrou que a prevalência de obesidade em crianças de 0 a 5 anos em 2010 foi de 8% na América do Sul, 7,2% na América Central e 6,9% no Caribe. Com um total de 6,1%, a prevalência global de obesidade nos países em desenvolvimento em 2010, enquanto em 1990 a prevalência foi de 3,7%. Por outro lado, os países desenvolvidos têm uma prevalência de 11,7% em 2010 e 7,9 em 1990. Segundo este estudo, a obesidade está relacionada ao alto nível de desenvolvimento do

país, porém a obesidade em países subdesenvolvidos está em crescimento (LARQUÉ; LABAYEN; WIDHALM, 2019).

No estudo realizado na cidade de Rio Grande no ano de 2019 encontrou-se uma prevalência de 22.1% da obesidade em crianças de quatro e cinco anos, dado relativamente menor ao encontrado em um estudo realizado na cidade do México, México, no ano 2015 com uma mostra de 250, onde 25,2% eram pré-escolares. Então, verificou-se que 18% de todos os pacientes as idades estão com sobrepeso e 25,6% dos pacientes de todas as idades eram obesos. Desses pré-escolares, três eram do sexo masculino e seis do sexo feminino. No entanto, das crianças pré-escolares com sobrepeso, nove eram meninos e duas meninas, ou seja, nesse estudo encontrou-se que o problema da obesidade é superior no sexo feminino que no masculino, e no caso do sobrepeso o problema é superior no sexo masculino que no feminino. A prevalência da obesidade infantil tem aumentado dramaticamente. Assim, a identificação e o tratamento da obesidade e sobrepeso na infância constitui-se em um aspecto importante da pediatria preventiva. (CAMACHO-GUERRERO *et al.*, 2015).

De igual forma um estudo realizado em Santiago do Chile mostrou como 25,05% dos estudantes avaliados estavam acima do peso, enquanto 29,9% eram obesos. Além disso, os resultados mostram como os meninos têm uma prevalência mais alta em relação às meninas, achados coincidentes com este estudo (MUROS *et al.*, 2016). Em outro estudo feito no México, a prevalência nacional de sobrepeso foi comparada com sobrepeso e obesidade entre 2012 e 2016 por sexo para diferentes grupos populacionais. Vale destacar uma prevalência nacional de Sobrepeso mais Obesidade em meninas pré-escolares atualmente 5,8%, inferior ao observado em 2012 (9,7%) e 6,5% para meninos, abaixo do estimado em 2012 (9,9%). Para crianças, a prevalência de Sobrepeso mais Obesidade foi 32,8% para meninas e 33,7% para meninos em 2016; em relação a 2012. Houve um ligeiro aumento de meninas e para meninos uma diminuição de aproximadamente 3 pontos percentuais (SHAMA-LEVY, 2018).

Estudo realizado na Polônia coincide com os dados deste estudo pois, com base nos valores de pontos percentuais para o IMC, 4 grupos de crianças foram selecionadas. Os dados mostraram peso normal (76% - meninos, 68,2% - meninas), baixo peso (8,5% - meninos, 13,0% - meninas), excesso de peso (11,4% -meninos, 10,6% - meninas) e obesos (9,4% - meninos, 8,2% - meninas).

Observou-se relação significativa entre gênero e IMC ($p \leq 0.000$) porque uma porcentagem maior de meninas do que meninos baixo peso, enquanto os meninos estavam acima do peso e obesos mais frequentemente do que as meninas (CIEŚLA *et al.*, 2014).

Mesmo quando não há mudanças substanciais na prevalência de sobrepeso e obesidade em menores 19 anos no México entre 2012 e 2016, a prevalência ainda é alta e atinge mais de um terço dos acima de cinco anos. Esta situação pode ser atribuída a isso durante os últimos 30 anos. O México passou por várias mudanças demográficas, econômicas, ambientais e culturais que tiveram um impacto negativo no estilo de vida e bem estar de sua população, onde a incidência da obesidade atingiu proporções quase epidêmicas, com comportamento crescente nos últimos anos, afetando mais de um terço das crianças e adolescentes do país. Essa situação se manteve para 2016 nas áreas rurais do país (SHAMA-LEVY, 2018). A Pesquisa Nacional de Situação Nutricional da Colômbia (ENSIN) (2015) relatou que a prevalência de sobrepeso e obesidade passou de 4,9% para 6,3%, comportamento semelhante à tendência global. Devido à alta incidência de desnutrição e às consequências que gera, ações e estratégias de vigilância em saúde pública para promoção nutricional têm sido priorizadas no grupo de crianças menores de 5 anos em situações vulneráveis (BARRERA-DUSSÁN *et al.*, 2018).

Em crianças e adolescentes de cinco a 19 anos, a prevalência de sobrepeso e obesidade também aumentou acentuadamente nas últimas quatro décadas no mundo. Especificamente, o número de crianças e adolescentes com obesidade aumentou 10 vezes de 1975 a 2016 em todo o mundo. Além disso, de 1975 a 2016, a prevalência de obesidade (IMC para idade > 2 s.d. acima do crescimento mediano de referência da OMS) aumentou de 1% para 7%. Em 2016, > 124 milhões de crianças e adolescentes eram obesos e a prevalência geral de sobrepeso e obesidade (IMC para idade > 1 sd acima do crescimento médio de referência da OMS) foi de 18%, equivalente a quase um em cada cinco jovens entre 5 e 19 anos. Além disso, em 2016, 27,1% das crianças em desenvolvimento e 23,4% nos países em desenvolvimento estavam com sobrepeso ou obesidade, em comparação com 11,6% e 5,5% em 1975, respectivamente. Esses dados indicam a tendência contínua de sobrepeso e

obesidade nos países em desenvolvimento (LARQUÉ; LABAYEN; WIDHALM, 2019; NCD-RISC, 2017).

Outro estudo explica que aproximadamente um terço das crianças e adolescentes nos Estados Unidos são classificados como obesos. A prevalência de sobrepeso ou obesidade aumenta conforme a idade avança: 22,8% das crianças em idade pré-escolar (idade: 2-5 anos), 34,2% das crianças em idade escolar (idade: 6-11 anos) e 34,5% dos adolescentes (idade: 12 a 19 anos) são afetados por sobrepeso ou obesidade (KUMAR; AARON, 2017). Portanto, é necessário determinar quais são os fatores que determinam essa predisposição, desenvolver planos de intervenção desde tenra idade para melhorar a qualidade de vida e a saúde das crianças em nossas comunidades. Além disso, recomenda-se aumentar a cobertura do controle do crescimento das crianças, ou seja, fazer consultas periódicas com crianças de idade pré-escolar, escolar e adolescentes, pois a problemática vai aumentando de acordo com o envelhecimento.

A prevalência combinada de sobrepeso e obesidade varia de mais de 40% no Sul da Europa a menos de 10% no Norte da Europa. No geral, a prevalência de Sobrepeso foi maior em meninas (21,1%) em comparação com meninos (18,6%). A prevalência de sobre peso mostra um gradiente negativo com posição social, com algumas variações da força e consistência dessa associação em toda a Europa. No geral, grupos populacionais com baixa renda e / ou níveis mais baixos de educação apresentam a maior prevalência de obesidade. O uso de diferentes sistemas de referência para classificar os resultados de sobrepeso apresentam diferenças substanciais nas estimativas de prevalência e podem até reverter a relataram diferença entre meninos e meninas. Existe uma maior prevalência de obesidade em populações do Sul da Europa e em grupos populacionais com menor nível de educação e renda (AHRENS *et al.*, 2014). Nosso estudo confirmam a necessidade de desenvolver e reforçar políticas de saúde públicas para prevenir precocemente a obesidade e reduzir essas desigualdades de saúde.

Outro estudo nas Ilhas Cook, Nauru e Palau, países de Oceania, a prevalência de obesidade em crianças é superior do 30%, com um aumento notável nas últimas décadas. A prevalência mundial de obesidade aumentou de forma alarmante em crianças e adolescentes de 0,7% para 5,6% em meninos e

de 0,9% a 7,8% em meninas entre 1975 e 2016. As tendências do IMC em crianças e adolescentes são particularmente preocupantes previsão de como o ônus da obesidade pode afetar a população no futuro próximo. Em uma análise intra-individual de cursos contínuos de IMC em uma população amostral de 51.505 crianças que possuíam dados antropométricos consecutivos disponíveis durante a infância e adolescência, o ganho de peso mais rápido foi encontrado entre dois e seis anos e 90% das crianças obesas com idade igual ou superior a três anos também tiveram sobrepeso ou obesidade na adolescência (NCD-RISC, 2017; BLÜHER, 2019).

De acordo com um estudo longitudinal de Madri, Espanha, que envolvia 2430 crianças e com dois anos de acompanhamento analisado, observou que o sobrepeso e obesidade começa cedo. A obesidade dobra de quatro para seis anos e três em cada quatro crianças obesas aos 4 anos ainda eram obesas aos 6 anos, enquanto 20,6 - 29,3% com excesso de peso tornaram-se obesas. Como essa condição parece persistir ao longo do tempo, uma vez estabelecida, deve ser tratada como um processo crônico. Daí a importância de prevenir o ganho de peso, porque é muito difícil revertê-lo. Também recomenda-se realizar um estudo com um período de tempo maior, com um alcance de diferentes idades etárias para identificar se na adolescência essas diferenças mudam, incluindo os papéis de gênero para identificar sua influência na prevalência da obesidade em um sexo determinado, pois nos resultados deste estudo se observou que a prevalência da obesidade é maior no sexo masculino (56 % - casos) em comparação com o sexo feminino (43,70 % - casos) (ORTIZ-MARRÓN *et al.*, 2018).

Essa diferenciação do sexo coincide com outro estudo realizado em uma grande estação militar do nordeste da Índia para descobrir a prevalência de obesidade entre crianças em idade escolar, usando os gráficos de índice de massa corporal da Organização Mundial da Saúde para meninos e meninas. Foram incluídos 793 escolares, compostos por 328 meninas e 465 meninos. A prevalência de sobrepeso e obesidade entre as meninas foi de 9,76% e 1,22%; e entre os meninos, 10,97% e 3,23%, respectivamente (KUNWAR; MINHAS; MANGLA, 2018). Esse estudo, coincide com os dados do nosso estudo, pois sobrepeso e obesidade eram mais comuns entre meninos do que meninas menores de 13 anos, mas a tendência muda posteriormente. A menor

prevalência de sobrepeso e obesidade encontrada em nosso estudo de Rio Grande pode ser devido à disponibilidade de ambiente saudável nas escolas.

Observou-se uma prevalência significativa de Obesidade em crianças de quatro e cinco anos do município de Rio Grande de 22,22 %, maior em comparação a prevalência do Baixo peso de 1,39 %. Ou seja, o principal problema no crescimento presente das crianças é a obesidade. Além disso, é importante mencionar que o risco de sobrepeso total foi de 22,22% e o risco de baixo peso foi de 0,70%, por isso, é importante priorizar a elaboração de atividades focadas na prevenção da obesidade infantil, senão essas crianças em risco vão virar obesas, podendo apresentar problemas de saúde relacionados, caso este quadro se mantenha.

Para pesquisadores interessados em continuar com o projeto, recomenda-se incluir na pesquisas as crianças com sobrepeso, pois também tem um dado significativo com uma prevalência de 29.56% nas crianças de cinco anos e 12,22% nas crianças de quatro anos, dado similar ao das crianças com obesidade. Além disso, tem que se dar prioridade nos programas de saúde na escola para diminuir a prevalência da obesidade/sobrepeso, aumentando a cobertura de idade do programa de controle do crescimento nas crianças escolares para garantir o desenvolvimento adequado de práticas saudáveis e dessa forma prevenir complicações na saúde infantil.

Também encontrou-se que a prevalência da obesidade é maior nas crianças de cinco anos que estudam na turma da tarde, com uma prevalência de 40,62% (26 casos) em comparação com as crianças da mesma idade que estudavam na manhã que foi um 17,10 % (11 casos), Recomenda-se avaliar a alimentação da manhã e os hábitos de sono, pois as crianças que estão na manhã tem a diferença de tomar café da manhã nas escolas, as quais tem uma alimentação selecionada pela nutricionista do município. Crianças que estudam de manhã parecem ter melhores hábitos de sono em comparação ao grupo de crianças que estudam a tarde. Não se encontrou estudos que falassem sobre as diferenças dos horários de aulas nas crianças com obesidade, por isso, aconselha-se aprofundar isso em futuros estudos.

Se esse efeito reflete mudanças nas sociedades afetadas ou mesmo um ativo responde a essa crescente preocupação com a saúde continua sendo uma questão aberta. Intervenções no presente e mudanças nas políticas não levaram

a uma reversão do aumento do IMC médio afetando a maioria dos países (KLEINERT, HORTON, 2015; ROBERTO *et al.*, 2015). O grande desafio do combate à pandemia de obesidade é traduzir o conhecimento da complexidade da obesidade em soluções tanto no indivíduo como na sociedade. A complexidade da obesidade precisa ser reduzida para algumas causas modificáveis que podem ser facilmente entendidas sem se tornar excessivamente simplista. Certamente podemos aprender com as tendências da incidência da obesidade nos últimos 50 anos, identificando fatores globais e locais dessa pandemia (BLÜHER, 2019).

Se as tendências atuais continuarem, a maioria da população será obesa até 2030 (LAHEY; KHAN, 2018). Nossos filhos não são mais nossos filhos. Eles são filhos de seus tempos difíceis e estão sendo manipulados por forças de uma mudança sem precedentes de magnitude civilizacional. Se não agirmos agora, a obesidade e as doenças relacionadas gastarão recursos que deveriam ter sido direcionados para outras áreas (CHATURVEDI, 2019).

O principal problema encontrado neste estudo foi que **os pais não perceberam as crianças como obesas**, por isso alguns não implementaram ações para melhorar o estado de saúde da criança. Além disso, os pais que perceberam o problema não ficavam preocupados porque acreditam que ao crescer as crianças vão emagrecer sozinhas. Em um estudo realizado em Yecapixtla, Morelos, México, do total de crianças com obesidade, 13% dos pais as identificam com obesidade, mas 7,2% deles não os vêem obesos. Incluindo os pais da amostra participante do estudo, a percepção sobre a obesidade de seus filhos, 13% percebeu que seus filhos estavam com sobrepeso e 18,6% os perceberam com obesidade. A diferença é maior que o esperado com relação a outros estudos; mas, embora seja maior, os pais têm uma expectativa de que em cinco anos as crianças deixem de ser assim, de modo que a doença seja subestimada, o que pode explicar o aumento progressivo da sua prevalência na última década (ZAMUDIO-SOLORIO; MUÑOZ-ARENILLAS, 2016). É essencial criar estratégias que permitam informar aos pais a importância do reconhecimento da obesidade infantil e suas consequências, bem como implementar estratégias de alimentação e atividade física adaptadas para as necessidades de cada comunidade.

Alguns dos responsáveis das crianças entrevistados, principalmente as mães, não veem o excesso de peso / obesidade como um problema de saúde e relacionam a obesidade com bem-estar e saúde. Outro estudo feito em Nuevo León e Zacatecas, México mostrou que mães de crianças com sobrepeso e obesidade apresentam uma maior distorção da imagem corporal de seus filhos em comparação com aquelas que têm filhos com peso normal, principalmente quando palavras e não imagens são usadas para avaliar essa percepção. Portanto, é necessário continuar estudando a percepção materna do peso da criança e o impacto que isso tem no desenvolvimento do excesso de peso. É importante fazer um diagnóstico precoce da percepção materna do peso da criança e educar sobre a importância de prevenir o excesso de peso em crianças em idade pré-escolar para que seja mais fácil identificar se seus filhos têm algum problema nutricional dado que se não reconhecerem seu excesso de peso é improvável que concordem em participar de intervenções destinadas a tratar esse problema (AHUMADA-SAUCEDO; TREJO-ORTÍZ; FLORES-PEÑA, 2016).

Também se encontrou nas falas que os responsáveis das crianças justificam que o peso dos pré-escolares estudados é normal, porque eles acreditam que as crianças com obesidade tem que ser maior da composição que tem as crianças atualmente. Isso coincide com um estudo de Nuevo León, México, onde explica que uma possível causa da percepção equivocada que os pais têm em relação à proporção peso / altura dos seus filhos pode ser devido ao aumento da prevalência de obesidade em todo o mundo, o que influencia que uma imagem corporal maior é percebida como normal pela população em geral. Neste estudo mais de 50% dos pais que têm filhos com excesso de peso ou obesos têm uma imagem e percepção inferior de seu estado nutricional ao medido. Diferenças culturais e econômicas podem afetar a percepção dos pais, pelo que é difícil fazer uma comparação direta com resultados de outros pais, principalmente com os desenvolvidos. Esse problema pode ser considerado um fator de risco significativo para a manutenção de sobrepeso e a obesidade (CARAZA et al. 2016).

Em um estudo feito na Espanha, a prevalência de excesso de peso foi de 30,1% em 2006-2007 e 29,7% em 2011-2012, e obesidade, 9,6 e 9%, respectivamente. Com isso, a percepção equivocada do excesso de peso aumentou de 60,8% para 71,4% ($p < 0,001$) devido ao fato do excesso de peso

e a obesidade terem se normalizado (RAMIRO-GONZALEZ; SANZ-BARBERO; ROYO-BORBONADA, 2016). A subavaliação da obesidade infantil pelos pais parece ser a consequência do hábito de uma sociedade de normalizar essa imagem corporal das crianças (deve-se considerar que esse é um fato que afeta um terço da população infantil). Ou uma tentativa de não estigmatizar ou tornar as próprias crianças vítimas.

Percebeu-se a pouca informação que existe sobre o conhecimento dos pais sobre a obesidade infantil e a importância do controle saudável da criança durante os primeiros cinco anos de vida. Essa percepção é alterada pelo conceito errôneo que tem os pais sobre a imagem saudável das crianças, relacionando o excesso de peso como saúde. Porém, ao compreenderem que seu filho está obeso, os entrevistados cooperam com as medidas a serem tomadas para corrigir essa doença infantil que pode ser modificada em alguns fatores.

Estudo de Instituto de Ciências Psicológicas da Universidade de Leeds, no Reino Unido confirmou que é possível considerar a mãe como principal modelador dos hábitos de saúde da criança. No entanto, a literatura é consistente ao apontar que a mãe não reconhece quando seu filho tem sobrepeso ou obesidade, o que poderia aumentar a risco da criança apresentar suas complicações (VALLEJO; CORTÉS-RODRÍGUEZ; COLIN-RAMIREZ, 2015). A mãe ao participar de programas voltados para reduzir o excesso de peso da criança, pode influenciar o peso da criança por adotar estilos e práticas alimentares mais saudáveis (SHLOIM; EDELSON; MARTIN, 2015).

Outro estudo explica que percepção errônea da constituição dos pais sobre seus filhos limita a efetividade de intervenções voltadas à prevenção e tratamento da obesidade infantil, uma vez que grande parte dessas intervenções se concentra em mudanças nos hábitos alimentares e na realização de atividade física. Essas práticas são estabelecidas principalmente na primeira infância, quando os comportamentos das crianças são mais dependentes das orientações impostas pelos pais. Se os pais não tiverem consciência de que há um problema, eles não farão alterações nos hábitos de seus filhos que ajudem a reverter sua tendência a ficar acima do peso (TORRE QUIRALTE et al., 2017).

As políticas para melhorarem a saúde da criança e do adolescente devem incluir planos para aumentar a conscientização sobre o problema da obesidade

voltados para a população em geral e para os pais. Esses são fundamentais para inculcar nos filhos, desde cedo, hábitos saudáveis. Um argumento científico igualmente forte está nos levando de volta à nossa sabedoria tradicional, onde a origem da obesidade infantil é enraizada nos primeiros 1000 dias de vida após a concepção (MAMELI; MAZZANTINI; ZUCCOTTI, 2019). Neste estudo, os responsáveis das crianças que eram cientes que seus filhos tinham obesidade, referiram que essa apareceu entre os dois a três anos e alguns, ao entrar na pré-escola. Mas não se encontrou produção científica para discutir esse dado, pois por ser uma doença crônica, as pesquisas estão mais focadas na prevalência e seu tratamento e não na incidência da mesma. Por isso, recomenda-se aprofundar estudos acerca da temática em crianças nessas idades para identificar se é uma idade crítica para a aparição da obesidade, ou se tem algum desencadeador de estresse na escola que possa influenciar uma alteração nos hábitos saudáveis que as crianças tinham.

O **desmame precoce e a inclusão de fórmulas lácteas** foram referidos neste estudo como risco para a obesidade infantil. Em um estudo de análise estatística realizado pela Universidade de Múrcia em Múrcia, Espanha, verificou-se que, apesar do efeito inconclusivo da amamentação na redução do risco de obesidade mais tarde na vida, a amamentação deve ser promovida devido à seus inúmeros efeitos benéficos. Além disso, não há dados suficientes para vincular conclusivamente o momento da introdução da alimentação complementar, consumo de prebióticos e probióticos com sobrepeso e obesidade subsequentes em crianças de até 2 anos. O que eles confirmam nesse estudo é que as mulheres grávidas devem seguir um estilo de vida saudável, evitando desnutrição e tabagismo e ingestão moderada de açúcar livre para reduzir o risco de obesidade infantil (LARQUÉ; LABAYEN; WIDHALM, 2019).

Em um estudo feito em Delhi, Índia encontrou-se como fatores de risco de obesidade infantil relacionados à alimentação, comportamento alimentar, ingestão e práticas de alimentação, a menor duração da amamentação ou nenhuma amamentação; disponibilidade imediata de alimentos ricos em calorias em uma idade curta (CHATURVEDI, 2019).

Uma revisão sistemática de 2016, abordou os efeitos de fórmulas infantis e acompanhamento com diferentes concentrações de proteínas no crescimento

de bebês e crianças, composição corporal e risco de sobrepeso e obesidade mais tarde na vida, mas o efeito foi incerto (PATRO-GOLAB et al. 2016). Apenas um grande estudo avaliou o efeito da alimentação com fórmula no IMC, o que mostra que uma fórmula com baixa proteína pode reduzir o IMC e o risco de obesidade aos 6 anos de idade (LARQUÉ; LABAYEN; WIDHALM, 2019). Por esse motivo recomenda-se revisar a ingestão de proteínas nas fórmulas alimentares de crianças para evitar alta ingestão o que as coloca em risco de obesidade. Portanto, o enfermeiro tem uma participação fundamental para educar as mães de nossas comunidades acerca da introdução de alimentos após o desmame. Com orientação adequada e supervisão periódica, podemos reduzir o risco de obesidade em idades posteriores devido à ingestão de leite em pó muito calórico.

Também verificou-se que o crescimento entre crianças de grupos que ingeriram menos proteína e crianças amamentadas é semelhante. O estudo mostrou um efeito significativo no crescimento, naqueles em que houve grandes diferenças (65-70%) nas concentrações de proteínas em fórmulas infantis de rotina nos Estados Unidos. Esses resultados mostraram um pequeno efeito no crescimento causado pelas altas concentrações de proteínas fornecidas. Verificou-se um crescimento adequado durante a primeira infância com fórmulas com concentrações de energia e proteína um pouco menores que as tradicionais 20 kcal / oz e 1,4–1,5 g / dL usadas nos Estados Unidos por muitas décadas. No entanto, eles não fornecem evidências de segurança ou crescimento adequado em populações de maior risco, incluindo prematuros tardios, ou bebês com uma variedade de problemas de saúde que podem afetar o crescimento. (ABRAMS, HARTHORNE, PAMMI, 2015).

Quanto à **influência dos hábitos do sono como risco para a obesidade** as horas total de sono nas crianças pesquisadas de acordo com os pais são de oito até nove horas por dia, devido a que as crianças preferem ficar o maior tempo possível acordadas assistindo televisão ou jogando videogames. Muitos pais não acham isso um problema, pois eles também, costumam ficar acordados até tarde. Em um estudo feito com crianças da Austrália, Brasil, Canadá, China, Colômbia, Finlândia, Índia, Quênia, Portugal, África do Sul, Reino Unido e Estados Unidos verificou-se que as crianças de cinco anos precisam dormir de nove até doze horas todas as noites para poder ter um crescimento saudável.

Além disso, crianças que ficavam acordadas até tarde por usar aparelhos eletrônicos ou dormiam menos tempo que o estabelecido, tinham maior probabilidades de ter obesidade. Além disso, relaciona-se a pouca atividade física com os problemas de sono, fator que caracteriza a população estudada (PARUTHI *et al.*, 2016; LEBLANC *et al.*, 2015). Porém em um estudo realizado com 4200 crianças de idade escolar provenientes de 30 províncias de Iraque, se encontrou associação entre os períodos curtos do sono com problemas de baixo peso. No entanto, sua associação com a obesidade abdominal não foi estatisticamente significativa (HEMATI *et al.*, 2018).

O sono adequado na infância é importante para o crescimento, o desenvolvimento físico e psicossocial, ademais, se têm ligado o sono de curta duração com o desenvolvimento da obesidade (DURAN AGUERO; HARO RIVERA, 2018; DURAN AGUERO; CEDIEL GIRALDO; BRIGNARDELLO GUERRA, 2017). Os resultados do estudo da Califórnia, USA, indicam que também é importante que os pais estabeleçam limites e fronteiras com seus filhos, especificamente aqueles cercados por uma infinidade de tecnologias móveis. Há muitas evidências de que ter tecnologia afeta negativamente os hábitos alimentares e de sono bem como causa dificuldades escolares (ROSE *et al.*, 2015).

Outro estudo epidemiológico e experimental de Paraga, República Tcheca, confirma que a duração inadequada do sono não apenas prejudica o desempenho cognitivo da criança, mas também está associado ao aumento da mortalidade e morbidade. Demonstrou que a qualidade e a quantidade do sono são importantes determinantes do metabolismo do corpo inteiro. Então, o sono prejudicado pode contribuir causalmente para Diabetes Mellitus tipo 2, e a epidemia de obesidade (BRIANÇON-MARJOLLET *et al.*, 2015). Além disso, encontrou-se nas falas dos pais que as crianças que não dormem cedo ficam com fome e aumentam a ingestão de alimentos pela noite fora das refeições costumeiras. A importante função do sono na modulação da liberação hormonal poderia explicar a associação entre diminuição do sono e obesidade. O maior risco de obesidade é, possivelmente, relacionado ao efeito da diminuição do sono e a liberação de hormônios associados ao controle do apetite e ao gasto energético. De maneira específica, há diminuição nos níveis no plasma de leptina e aumento concomitante nos níveis plasmáticos de grelina em indivíduos com

sono restrito, com o consequente aumento do apetite subjetivo (AGUERO; RIVERA, 2018; KIM; JEONG; HONG, 2015).

Usando o escore de redução do sono, descobriu-se que crianças que tiveram mais redução do sono dos 6 meses aos 7 anos apresentaram maiores índices antropométricos. Dadas associações direcionais semelhantes dos resultados antropométricos com redução do sono, esse estudo mostra alta correlação entre vários índices antropométricos e significado clínico comparável para uma variedade de fatores de risco metabólicos. Na infância, sono insuficiente pode ser uma consequência do comportamento dos pais na hora de dormir e durante a noite ou rotinas domésticas que também podem aumentar o risco da obesidade nas crianças. Sendo associado o comer regularmente a refeição da noite em família, obter sono noturno adequado e tempo limitado de visualização de tela com uma prevalência aproximadamente 40% menor de obesidade do que aqueles expostos a nenhuma dessas rotinas. (TAVERAS *et al.*, 2014).

Pelo exposto, uma atividade do enfermeiro para melhorar os hábitos de sono é a promoção das atividades físicas, ou jogos que permitam as crianças queimar energia para lhes deixar cansados e com desejo de dormir. É preciso educar os pais sobre a importância de criar controles no uso excessivo de aparelhos eletrônicos, principalmente antes de dormir. A estratégia adotada em Rio Grande, Brasil, foi diminuir a disponibilidade de aparelhos eletrônicos nos quartos. Também é importante reconhecer a influência que tem os pais nos hábitos de sono das crianças, pois as demandas deles são superiores que a dos adultos, e tem que se pensar em uma estratégia para que a família crie bons hábitos para dormir, sendo bons exemplos para os pré-escolares.

Quanto a um **ambiente obesogênico** em um estudo realizado na Cidade de México, México, no ano 2015 com uma mostra de 250 crianças, 25,2% eram das idades pré-escolares, verificou-se alta porcentagem onde os alimentos eram preparados pela mãe: 94.7% dos pré-escolares masculinos e 96% femininos. Entre os fatores predisponentes que podem estar associados ao estilo de vida da população, podemos mencionar um grande consumo de farinhas, *junk foods* e refrigerantes similar com o nosso estudo. Além disso, nesse estudo encontrou-se que 30 meninos e 13 meninas com obesidade consumiam comida não saudável (*junk food*), e 28 meninos e 15 meninas com obesidade consumiam

refrescos. Esses hábitos alimentares eram maiores no sexo masculino, por isso a alta prevalência de obesidade nesse sexo. (CAMACHO-GUERRERO *et al.*, 2015). Recomenda-se avaliar se tem algum vínculo cultural e de papéis de gênero com os tipos de alimentos escolhidos para as crianças. O principal problema encontrado no estudo foi a ingestão de bebidas com conteúdo alto de açúcares, a substituição de refeições por lanches e a omissão do café da manhã.

Em um estudo em Medellín, a Colômbia mostrou que o excesso de peso não estava relacionado à ingestão excessiva de energia, mas ao consumo de bebidas açucaradas e a contribuição de carboidratos simples para a energia total porque se observou que indivíduos com excesso de peso consumiram mais bebidas açucaradas. O que é consistente com nossas descobertas, portanto, os resultados obtidos são importantes, porque são uma aproximação à relação positiva entre o consumo de bebidas açucaradas e estado nutricional excessivo e, portanto, nos convida a realizar ações como educar pessoas sobre o não uso de tais produtos e estimular a indústria a reduzir ou eliminar a quantidade de açúcar adicionado aos produtos (SÁNCHEZ *et al.*, 2019).

O consumo de bebidas açucaradas, como sucos artificiais, leite achocolatado e refrigerantes são altamente consumidos por crianças e adolescentes e apontados como uma das principais causas do aumento calórico na alimentação dessa população. Os sucos, mesmos os industrializados são itens frequentemente encontrados na lancheira escolar, visto que muitos pais acreditam que seu consumo traz benefícios para os filhos (VEGA; POBLACION; TADDEI, 2015).

Nesse estudo, a maior parte dos entrevistados referiu que as crianças preferem substituir o consumo de água por bebidas de leite achocolatado, bebidas à base de soda e sucos artificiais. Em uma revisão sistemática de literatura, encontrou-se que o consumo de água por pessoas com sobrepeso e obesidade resultou em uma redução de 5,15% da sua massa corporal inicial e do seu peso. Nessa revisão, a eficácia da perda de peso variou de baixo a moderado. (BRACAMONTES CASTELO; BACARDÍ GASCÓN; JIMÉNEZ CRUZ, 2019). Tal resultado concorda com um estudo em Teerã, Irã, onde o grupo que consumia água teve uma diminuição maior no peso no período de 24 semanas. Os autores argumentaram que o consumo de água após a refeição principal em

peessoas com obesidade pode levar a maior redução de peso (MADJD *et al.*, 2016; MADJD *et al.* 2015).

O consumo de água também pode causar redução de peso adicional durante um programa de manutenção de peso de 12 meses, e pode oferecer benefícios no metabolismo dos carboidratos, incluindo melhoria da resistência à insulina durante o período de manutenção de peso a longo prazo (MADJD *et al.*, 2018). Constatou-se a dificuldade para consumir oito copos de água por dia devido a barreiras ambientais. Por isso recomenda-se concentrar intervenções ambientais, como fornecimento de água na escola, para atingir a meta de oito copos de água por dia (WONG *et al.*, 2017). Esses conselhos para incentivar a ingestão de água potável e umidade dos alimentos podem ser benéficos, além dos conselhos sobre balanço energético, no combate à obesidade (WALTON; O'CONNOR; FLYNN, 2019).

Uma estratégia para melhorar a qualidade de vida das crianças deve ser com atividades educativas que promovam o consumo de água e falar dos seus benefícios, pois o óbvio também precisa ser mencionado para se manter presente. Além disso, o enfermeiro deve se apoderar dos espaços de tomada de decisões para propor políticas de acordo com as evidências encontradas nas nossas pesquisas. Ou seja, nem como as publicidades do consumo do álcool e tabaco que nesse tipo de publicações botam os riscos do excesso do consumo excessivo, também deve-se dar recomendações na publicidade e nas garrafas das bebidas com alto teor de açúcar, lembrando que isso não substitui os benefícios da água.

Também se encontrou que hábitos alimentares dos pré-escolares são um grande fator de obesidade infantil na Índia, relacionados à alimentação, comportamento alimentar, ingestão e práticas de alimentação. Aumento do consumo de salgadinhos doces e gordurosos / fritos; pular o café da manhã e o ambiente alimentar da criança em casa com a obesidade. Verificou-se nesse estudo que crianças obesas e com sobrepeso têm uma preferência maior por lanches doces e gordurosos em comparação com crianças com peso normal. Uma evidência interessante emergente de estudantes urbanos do norte da Índia é a associação de café da manhã suprimido com sobrepeso, obesidade e outros comportamentos comprometedores da saúde (CHATURVEDI, 2019).

Nesse caso, as orientações de enfermagem devem ser direcionadas para dar opções com menores teores de açúcar e sódio. Exemplos: leite, queijo branco, iogurte, queijo ricota. O suco de frutas também pode ser uma opção, mas vale ressaltar que o consumo deve ser moderado. Crianças de idades pré-escolares devem consumir no máximo 150 mL/dia (uma porção de fruta equivale a 180 mL de suco), preferencialmente sem açúcar. O consumo de leite com achocolatado deve ser desestimulado pelo alto teor de açúcar. Porém, ocasionalmente, o leite com achocolatado pode ser preparado em casa com uma colher de chá ou no máximo uma colher de sobremesa de achocolatado para um copo de leite (200 ml), e sem acréscimo de açúcar (NERI *et al.*, 2017). Além disso, as crianças devem de ser estimuladas a conhecerem outros sabores, e consumirem o leite de diferentes formas, como batida de frutas ou com cereal.

O contexto pode ser um pouco diferente, mas as lições aprendidas com o mercado e a publicidade em países altamente urbanizados também têm relevância para a realidade indiana. Os produtos alimentícios com composições mais altas de açúcar, gordura ou uma combinação de ambos têm um poder motivacional intrinsecamente maior em comparação com outros produtos alimentícios que não possuem açúcar e gordura. A visão, o cheiro e o toque dos alimentos também são uma fonte de tentação contínua. Eles estimulam a fome e a salivação e têm um impacto positivo significativo na sua compra. O poder dos indivíduos de se autocontrolar, renunciar à tentação e escolher alternativas mais saudáveis é comprometido pela propaganda agressiva de alimentos com baixo teor de nutrientes e altas calorias. O aumento da visualização na televisão leva a uma diminuição no consumo de itens alimentares saudáveis devido à falta da presença desses alimentos no atual espaço publicitário e na mídia. O aumento no tamanho das embalagens promove excessos e o aumento da variedade desses pode levar a um aumento geral na quantidade consumida. Por outro lado, uma área interessante de intervenção é a tributação adicional sobre alimentos obesogênicos, que mostrou resultados positivos em nível populacional (CHATURVEDI, 2019).

A criança deve participar do processo de escolha do lanche escolar, pois isso incentiva a autonomia, a formação de hábitos saudáveis e a melhor aceitação dos alimentos. É importante que a criança, ao assistir à televisão, tenha pensamento crítico dos produtos que lhe são oferecidos. Quando a criança

chegar da escola, os pais devem ser orientados a verificar a lancheira e observar a aceitação aos alimentos. Além disso, devem se informar na escola sobre a possível troca de lanche com os amigos. O problema é que a maioria dos alimentos que compõem o lanche das crianças são justamente aqueles que não deveriam ser consumidos diariamente por essa população. Por exemplo: salgadinhos de pacote, sucos industrializados com alto teor de açúcar, guloseimas, bolos com recheios, frituras, biscoitos com alto teor de açúcares e gordura (NERI *et al.*, 2017). Nosso estudo, encontrou que algumas crianças escolhem os lanches de acordo com sua vontade ou influência da mídia, e os pais seguem sua vontade sem analisar se isso é saudável ou pensar no que originasse essa vontade. No entanto, outros tomavam decisões sem consultar as crianças para educá-los. Também os entrevistados referiam uma rejeição das crianças por alguns tipos de alimentos como vegetais e alguns inclusive rejeitavam o consumo de proteínas nas refeições, preferindo refeições com alto conteúdo de doce e carboidratos.

Estudo mostrou que as crianças não sabem o que é melhor para a saúde delas. Então, se for permitido, provavelmente irão preferir alimentos que mais agradam ao seu paladar, como doces, frituras e salgados. Nesse sentido, é importante que os responsáveis indiquem a melhor escolha. Conversar com a criança sobre os efeitos dos nutrientes dos vegetais na saúde, no seu crescimento e desenvolvimento é uma boa opção. O paladar é modificado ao longo da vida; portanto, é importante não deixar de oferecer alimentos que a criança não gosta, pois ela pode começar a gostar. Além disso, as crianças tendem a rejeitar os alimentos que provam pela primeira vez, mas essa rejeição pode ser revertida com a repetição da oferta deles. Um alimento novo ou que é rejeitado deve ser provado até oito a 10 vezes, e em cada vez deve ser provado até que seja apreciado (NERI *et al.*, 2017).

Verificou-se em um estudo da Índia que por questões relacionadas à pobreza e segurança alimentar frágil, as mães tem tempo limitado para o preparo dos alimentos devido à sua preocupação com responsabilidades profissionais e de serviço fora de casa. Nesse cenário, as mães devem continuar a explorar opções que poupam tempo, marketing direcionado a crianças de lanches e alimentos prontos para o consumo, mas saudáveis. A obesidade infantil pode surgir como parte da transição nutricional em nossa sociedade. Além disso, havia

também várias mães que gastaram menos de uma hora diariamente para cuidar de crianças. Mães de crianças com problemas de nutrição foram capazes de gastar menos tempo para cuidar das crianças, em comparação com as que melhor nutriram as crianças (CHATURVEDI *et al.*, 2016).

Esse dado coincide com esta pesquisa, pois teve uma que tinha maior ingesta alimentar porque seu pai estava em outro estado trabalhando e a sua mãe estava ocupada com outras responsabilidades pessoais. A mãe não conseguia dedicar tempo para fornecer uma refeição saudável, comprando com frequência lanches para cumprir com o compromisso e ganhar o afeto da criança. Nesse tipo de cenário, é fundamental que o enfermeiro eduque os responsáveis pela alimentação das crianças sobre as consequências em longo prazo desse hábito alimentar e as consequências que pode trazer na vida deles. Pode aproveitar a consulta de enfermagem para criar planos para melhorar a qualidade de vida da criança. Também recomenda-se realizar pesquisas, explorando a percepção da mãe sobre os alimentos saudáveis para a criança e quais são os critérios que devem seguir para selecionar os componentes de uma refeição.

A ansiedade surgiu neste estudo como influência no hábito de comer da criança. Encontrou-se que algumas crianças tinham maus hábitos alimentares por causa de problemas familiares, da separação do pai e da mãe, devido ao pai ter se mudado para outra cidade para trabalhar, da mãe que não tem tempo de preparar as refeições devido seu trabalho e da inserção da criança em uma nova família. Tais fatos foram relacionados a alterações na condição emocional da criança, manifestando-se por meio de emoções como ansiedade, levando a ingesta excessiva de alimentos. Isso vai ao encontro com um estudo que apontou que os fatores de risco relacionados à alimentação também estão intimamente relacionados ao estresse psicológico em ambientes urbanos, e o mercado direcionado a crianças. Para crianças, os principais impulsionadores no domínio das estruturas sociais são atributos relacionados à família. Os correlatos que emergem através de um estudo realizado em escolares urbanos da Índia central são pai e / ou mãe envolvidos em serviços / negócios; e ensino médio em inglês, que também pode ser um substituto para estratos econômicos mais altos. (CHATURVEDI, 2019).

A análise de regressão logística binária, ajustada para possíveis fatores de alimentação não saudável surgiram relacionados significativamente com a presença de depressão, ansiedade e estresse. Por grupos de alimentos, a falta de adesão às recomendações para ingestão de vegetais esteve associada à presença de ansiedade, depressão e insônia. Além disso, o déficit de consumo de laticínios e doces em excesso foram associados a um risco aumentado de ansiedade, estresse, depressão e insônia (RAMON-ARBUES *et al.*, 2019). Isso tem relação com o estudo, pois as crianças manifestavam problemas de sono e as crianças com problemas de ansiedade tinham ingesta elevada de doces e outros produtos com alto teor de açúcar.

Em alguns indivíduos afetados, fatores psicológicos, incluindo estresse e estigma do peso corporal, contribuem para comportamento viciante que também pode levar ao mesmo ciclo vicioso de ganho de peso. Como cofator psicológico no desenvolvimento da obesidade, um vício comportamental em comer é típico e implica no mesmo fenômeno relacionado ao uso de substâncias (BLÜHER, 2019). Uma revisão sistemática com intervenções publicadas para prevenir a obesidade constatou, em média, uma pequena mas significativa (0,5-0,8%) redução relativa do IMC ou uma redução do peso relativo de 0,5-2,3 kg durante o período de intervenção (espera-se que todas as crianças ganhem peso à medida que crescem; portanto, as comparações devem ser relativas). Não se sabe se uma redução adicional do peso relativo poderia ser alcançada por intervenções mais longas. A mudança necessária no peso depende do objetivo. A comparação dos pesos corporais de crianças nos EUA participantes de um Inquérito sobre os exames de saúde e nutrição de 1976–1980 com os das crianças no Inquérito aos exames de saúde e nutrição de 2003-2006 mostraram um aumento de cerca de 5,3 kg. Embora uma intervenção que alcance redução de peso relativo de 0,3 kg possa ser apreciada com algum valor em crianças mais novas, uma redução de peso de 0,3 kg representa apenas 3 a 4% da mudança média necessária para crianças mais velhas e uma porcentagem ainda menor se a intervenção é direcionada a crianças com sobrepeso ou obesidade (LOBSTEIN *et al.*, 2015).

A **não prática de atividades físicas** também foi percebida pelos pais como risco para a obesidade das crianças. Os resultados de um estudo em Santiago, Chile mostraram a relação positiva entre a condição física e o

desempenho da atividade física, bem como a relação negativa entre uma melhor condição física e uma má composição corporal. Além disso, mostrou-se que estudantes com sobrepeso ou obesidade tinham uma condição física pior do que a de crianças que realizavam atividades físicas (MUROS *et al.*, 2016). No estudo de Rio Grande, Brasil, encontrou-se que a maior parte das crianças mora perto do estabelecimento educativo, porém tinham algumas que moravam em outros bairros e para se deslocar faziam uso do carro, perdendo a possibilidade de usar algum meio de transporte que promovesse atividades aeróbicas como por exemplo a bicicleta.

O estudo realizado na Índia coincide com nossos resultados, mencionando que os fatores de risco associados à pouca atividade física como, o uso do transporte motorizado; o aumento da mecanização das atividades do dia-a-dia; e criança brincando de jogos ao ar livre por <30 min, pode contribuir para o surgimento da obesidade infantil. Para piorar as coisas, 2 a 3 h são perdidas no deslocamento, mesmo com transporte motorizado. Em tudo isso, a brincadeira da criança é reduzida ou sacrificada (CHATURVEDI, 2019).

Isso coincide com um estudo feito com crianças da Austrália, Brasil, Canadá, China, Colômbia, Finlândia, Índia, Quênia, Portugal, África do Sul, Reino Unido e Estados Unidos, pois se encontrou associação positiva do percentual de gordura corporal com o uso excessivo de aparelhos eletrônicos e sedentarismo, não atendendo às diretrizes de atividade física, tempo fora da escola. Em outras palavras, as crianças mais sedentárias tinham maior gordura corporal, eram menos ativas, passavam menos tempo fora de casa depois da escola e tinham um computador e uma TV no quarto (via relatório dos pais). Crianças que eram menos sedentárias comiam mais alimentos saudáveis e relataram que não tinham TV no quarto. Para os meninos, o sedentarismo foi associado positivamente ao percentual de gordura corporal, não realização de atividade física. E no caso das meninas, o sedentarismo foi associado positivamente ao percentual de gordura corporal, computador no quarto, e passar menos de 2 horas jogando fora de casa; O sedentarismo foi associado negativamente à posse do carro da família e ao escore do padrão alimentar prejudicial (LEBLANC *et al.*, 2015).

É especialmente importante que as crianças fisicamente mais fracas e obesas estejam mais dispostas e dediquem mais tempo de lazer nas atividades

físicas. Com base nos resultados desse estudo, de formas individuais de comportamentos sedentários no aumento do sobrepeso e obesidade e diminuição do nível de interesse das crianças em atividade física, traz a proposta de estabelecer o limite diário permitido para assistir programas de televisão por crianças no nível de 2 horas diárias, e incentivá-las a atividades físicas mais longas e um pouco mais intensas, parece ser justificada (CIESLA *et al.*, 2014). Neste estudo encontrou-se que as crianças consomem mais de duas horas no uso de aparelhos eletrônicos no lugar de praticar atividades que promovam uma boa condição física, e inclusive havia crianças que abandonavam as atividades extraescolares pela falta de interesse.

O comportamento familiar influencia os hábitos de atividade física de crianças e adolescentes obesos, uma vez que a família é responsável por selecionar e proporcionar ambientes que promovam ou não o excesso de peso, além de servirem de exemplo quanto à prática de atividades físicas (CATALDO *et al.*, 2015). Os fatores que interferem na elaboração e adesão a programas de atividades físicas no tratamento da obesidade não devem ser vistos como obstáculos, e sim como estímulo a uma constante renovação de propostas (NERI, 2017. p. 44). Por isso é importante criar estratégias para manter a dedicação das crianças ao praticar coisas que eles escolham ou involucrando a família nessas atividades.

Demostrou-se em um estudo realizado na Universidade de Bellarmine, Estados Unidos da América, que é importante incluir os pais na intervenção, pois, os pais que consideraram a atividade física importante para o filho tinham confiança em fornecer apoio para a atividade realizada pelo filho, tiveram boas experiências e tinham altas percepções da capacidade física do filho, sendo mais propensos a solicitar ajuda de outros parentes facilitadores da atividade. Além disso, as práticas e comportamentos dos pais podem desempenhar um papel importante nos comportamentos de atividade física das crianças em idade pré-escolar (LOPRINZI *et al.*, 2013). Devido aos níveis alarmantes de sobrepeso e obesidade infantil e a relação que foi encontrada entre a condição física e a composição corporal, expõe-se a importância de criar planos de intervenção focados na melhoria da condição física de crianças com problemas de peso (MUROS *et al.*, 2016).

Segundo a OMS, crianças obesas devem realizar pelo menos 60 minutos de atividade física moderada a vigorosa, por meio de exercícios que visem ao fortalecimento de músculos e ossos, pelo menos três vezes por semana. Alguns programas recomendam até cinco vezes por semana, com exercícios aeróbios estruturados, de intensidade moderada, três a cinco vezes por semana em sessões de até 60 minutos, por isso esses programas são mais efetivos para a melhora, em curto prazo do IMC e da adiposidade, além que promovem a aptidão cardiorrespiratória (WHO, 2010). Nesse estudo, a maioria dos pais referiu que as crianças realizavam atividades físicas apenas na escola. Por isso recomenda-se para pesquisadores que repliquem a pesquisa, aprofundar nas rotinas que eles realizam nas escolas para verificar se essas atividades cumprem com as necessidades que as crianças têm de acordo com a idade e o corpo. No entanto, pessoal de saúde e educadores devem focar seus planos de intervenção nos ambientes fora da escola, para promover a cultura da atividade física nos bairros e lares.

Pelo exposto previamente, recomenda-se que para receber ótimos benefícios na saúde de crianças de cinco e mais anos, agregar rotinas de atividades físicas, manter períodos curtos de sedentarismo e suficientes horas de sono por dia, incluindo de nove até onze horas de sono, acostumando o corpo a hora de ir dormir e outra para acordar. Acumulando pelo menos 60 minutos por dia de moderada e vigorosa atividade física, envolvendo atividades aeróbicas dentro dos jogos das crianças, incorporando atividades de fortalecimento de ossos e músculos pelo menos três vezes por semana. Além disso, limitar as atividades de recreação ou uso de aparelhos eletrônicos no máximo a duas horas por dia e promovendo os jogos fora de casa (TREMBLAY *et al.*, 2016).

Também se recomenda para os enfermeiros da atenção primária educar os pais sobre a importância do levantamento do tempo despendido em atividades sedentárias como celular, computador, televisão e videogames, para verificar a rotina da criança e a distribuição de atividades ao longo do dia. Isso vai favorecer a criação de planos de intervenção mais efetivos de acordo com a faixa etária e a escolha de atividades físicas. Os pais moldam o ambiente e são modelos para os filhos, influenciando suas escolhas, devido a isso, na consulta de enfermagem, deve-se educar os pais ou responsáveis das crianças para estabelecer limites e uma rotina diária, na qual a prática de atividade física e um

estilo de vida mais ativo estejam presentes. Lembrando que todas as atividades no dia são importantes, mas deve-se distribuir adequadamente o tempo, priorizando o momento de dormir, da escola, atividades físicas e jogos.

Outro problema encontrado neste estudo de Rio Grande, Brasil foi o **descontrole no tempo que as crianças podem usar os aparelhos eletrônicos**, pois alguns pais não sabiam a quantidade exata de horas que eles usavam por dia. Isso mostrou que elas não têm limites no seu uso, e isso pode influenciar a substituição das atividades ativas por atividades passivas. Além disso, durante seu uso as crianças têm o hábito de ingerirem alimentos, o que contribui para o risco de obesidade.

Os resultados de um estudo na Califórnia, USA, destaca que a atividade não é a única solução para ajudá-los a obter boa saúde, porque os pais precisam estar cientes dos efeitos potencialmente prejudiciais da tecnologia e implementar estratégias para ajudar seus filhos moderar seu próprio uso para reduzir o tempo total. Por isso, é importante estabelecer limites no uso dos aparelhos eletrônicos porque isso ajuda as crianças a comer refeições e lanches mais saudáveis e, ao mesmo tempo, aumenta sua capacidade física. A Academia Americana de Pediatria recomenda tempo de tela limitado para crianças em geral. (ROSE *et al.*, 2015).

O presente estudo indica que, independentemente da composição demográfica do pai ou da criança, dos hábitos alimentares da criança ou da falta de atividade física, o uso da tecnologia pode ser uma causa potencial de problemas de saúde, sendo isso definido como problemas psicológicos, de comportamento, de atenção ou físicos. Uma contribuição do estudo de Califórnia, USA, é uma avaliação precisa de quais tecnologias parecem ser instrumentais na previsão do mal-estar, porque várias tecnologias foram preditores significativos para pré-adolescentes e muitas outras tecnologias foram para adolescentes. Esses resultados podem ser usados para identificar estratégias de intervenção com muita atenção aos videogames e comunicação eletrônica entre pré-adolescentes e tempo on-line, comunicação eletrônica e jogos de vídeo entre adolescentes. (ROSE *et al.*, 2015).

O tempo de televisão foi positivamente associado à circunferência da cintura, TV no quarto (relatada pela criança), computador no quarto, padrão alimentar não saudável pontuação e atendimento às diretrizes de atividade

física. O uso da televisão foi associado negativamente ao número de TVs em casa, pontuação no padrão de alimentação saudável e gastos <2 horas / dia fora antes escola, depois da escola ou nos finais de semana. Em outras palavras, em toda a amostra, as crianças que relataram mais uso de aparelhos eletrônicos eram menos ativas, comiam mais *junk food* e tinham maior probabilidade de ter TV e computador no quarto deles. As crianças que relataram menos uso de aparelhos eletrônicos tiveram uma dieta mais saudável e passaram menos tempo fora, e tinha mais TVs em casa (LEBLANC *et al.*, 2015).

No estudo de Rio Grande, encontrou-se que as crianças passavam entre duas até oito horas ou mais nos aparelhos eletrônicos. Isso acontece porque elas têm aparelhos próprios para usar com liberdade e sem supervisão. No entanto, crianças que usavam emprestados os celulares dos pais tinham menos horas permitidas de uso. Por isso, recomenda-se não comprar aparelhos para as crianças, ao usar os dispositivos emprestados dos pais fica mais fácil ter controle do tempo de uso.

Além de promover o sedentarismo nas crianças, um estudo que incluía 8272 jovens em Boston; Estados Unidos, demonstrou que os aumentos no total tempo de tela é maior a uma hora do tempo total de tela de base foram associados com aumento da ingestão de todos os alimentos com menos benefícios, principalmente alto teor de açúcar/ doces, *fast foods*, lanches e diminuição da ingestão de vegetais. Todas as formas de linha de base e mudança de tempo de tela (ou seja, televisão, jogos eletrônicos e DVDs / vídeos) foram associados com essas mudanças na alimentação. Por exemplo, nas meninas, cada aumento de hora por dia em o tempo total da tela foi associado a um aumento de 0,15 porções / d no total de alimentos de baixa qualidade ou poucos benefícios (FALBE *et al.*, 2014). Isso coincide com os resultados deste estudo, pois os pais referiram que as crianças usavam como justificativa estarem usando aparelhos eletrônicos para comer nos intervalos e isso era aceito pelos pais.

O relatório relativo ao nível de maturidade das crianças de 6 anos mostrou que aproximadamente 90% das crianças rurais da pré-escola jogam jogos de computador por variado tempo. Cerca de 80% deles não participam em quaisquer exercícios físicos adicionais e 60% mostram atividade física espontânea durante o dia, e o nível de aptidão das crianças rurais é menor

(CIESLA *et al.*, 2014). Um estudo mostrou como o desempenho físico ruim em testes que medem a capacidade cardiorrespiratória, força e resistência muscular foi associada à presença de sobrepeso / Obesidade em crianças de 7 a 11 anos (CASONATTO *et al.*, 2015). Isso vai de encontro com um depoimento, onde a mãe refere que a criança tem dificuldade para realizar atividades físicas em comparação com outras crianças. Devido a isso, é importante trabalhar em superar essas dificuldades, porque pode promover as atividades passivas, favorecendo o aumento excessivo do peso.

Os pais referiram que as crianças **realizam outras atividades concomitantes a ingestão de alimentos**, podendo tal fato contribuir para a obesidade infantil. Algumas crianças fazem pedidos específicos de certos tipos de doces ou comidas e os responsáveis das crianças não sabem de onde pode vir essa influência. Um estudo da Índia explica que nas últimas três décadas a televisão chegou às famílias indianas como uma fonte fenomenal de informação e entretenimento, mas também pode ser uma séria barreira à promoção da saúde. Eles se tornaram influenciadores ocultos dos interesses comerciais daqueles que os possuem. Mesmo quando lidam com questões relacionadas à saúde, frequentemente acabam promovendo um produto a ser consumido. Com seu alcance e atração quase universais, as forças do mercado estão exercendo uma influência abrangente para sustentar esse movimento de massa aparentemente unidirecional em direção à construção da “modernidade” (CHATURVEDI, 2019).

Este estudo mostrou que um estilo parental de superproteção é relevante para os comportamentos alimentares das crianças, pois isso determina as atividades de ócio ou a maneira que as crianças comeram suas refeições. Verificou-se que os pais não deixavam as crianças saírem para realizar atividades físicas na rua porque achavam que era perigoso pelos níveis de criminalidade. Um estudo coincide com isso explicando que os pais superprotetores relataram práticas alimentares parentais que são conhecidas por ser benéfico para a ingestão de alimentos das crianças, como modelar a ingestão saudável de alimentos. Dados longitudinais sobre práticas parentais e sua relação com a alimentação saudável em crianças são necessários para informar a comunicação e intervenções para os pais, reforçando as principais estratégias alimentares que têm efeitos positivos nos comportamentos

alimentares da criança e abordar estilos parentais que têm efeitos negativos não intencionais (HORST; SLEDDENS, 2017).

Estudo internacional que incluía 15 países feito pela Universidade de Auckland, Nova Zelândia, demonstrou altos níveis de visualização de televisão entre adolescentes e crianças em todo o mundo, com taxas variáveis de sobrepeso e obesidade, uma associação positiva entre períodos mais longos de visualização de televisão. (BRAITHWAITE *et al.*, 2013). No estudo de Rio Grande encontrou-se que as crianças obesas usavam de duas até oito horas por dia esses aparelhos eletrônicos. No inverno aumentava o tempo de uso porque pelo frio eles permanecem mais tempo dentro de casa.

Em relação à presença de problemas de saúde da criança e sua relação com a obesidade, nas entrevistas deste estudo, as crianças não tinham problemas de saúde prévio à obesidade de acordo com as falas dos pais. Apenas uma mãe falou que a criança tem problemas respiratórios e infecciosos desde bem pequena, e por isso tinham que lhe dar cobertura de antibiótico com amplo espectro. Durante episódios de asma a criança é tratada com glicocorticoides. Segundo a mãe, esses medicamentos de uso rotineiro poderiam causar problemas metabólicos e ocasionar aumento de peso na criança. Estudo apresentou uma relação estatisticamente significativa entre o uso precoce de antibióticos e a obesidade ou sobrepeso infantil, medido como peso para a idade ou pelo índice de massa corporal. De acordo com o Instituto da obesidade, os corticosteroides prescritos para o tratamento da asma, doenças reumáticas e doenças da pele afetam o metabolismo dos carboidratos e tendem a aumentar os níveis de glicose no sangue. Tal fato pode causar obesidade ou diabetes tipo 2 em crianças, se forem usadas desde tenra idade (IOB, 2017).

Também a administração de antibióticos tem influência na composição da microbiota humana, agindo de maneira semelhante à dieta obesogênica; com altos níveis de leptina, baixos níveis de grelina e peptídeo. Os antibióticos são os medicamentos mais comumente administrados em crianças e devem ser usados com prudência e com indicações claras para sua prescrição durante os primeiros anos de vida, o que pode resultar na mitigação do impacto metabólico desses medicamentos (JARAMILLO-ESPINOSA; VASQUEZ-TRESPALACIOS; ALFARO-VELÁSQUEZ, 2019). É importante ter em mente que a associação observada entre exposição precoce a antibióticos e obesidade infantil ou

sobrepeso pode estar mostrando um fenômeno de causa inversa; no sentido de que crianças com um índice de massa corporal mais alto podem ter um risco maior de infecções na infância que aumentam sua exposição a tratamentos com antibióticos.

No entanto, um estudo no Hospital Geral de São Francisco, Estados Unidos da América, investigou a relação entre exposição a antibióticos nos primeiros 12 meses de vida e risco de obesidade aos 2 anos. Os resultados mostraram um aumento estatisticamente significativo do risco de obesidade aos 2 anos de idade em nesse coorte com exposição a antibióticos nos primeiros 6 meses de vida, e rápido ganho de peso infantil. Nesse mesmo estudo os padrões pediátricos de prescrição de antibióticos foram examinados para melhorar com algum sucesso na redução das taxas de dispensação, por isso são necessários esforços contínuos para diminuir uso de antibióticos, particularmente agentes de amplo espectro. Esses resultados apoiam apelos recentes à melhoria contínua em intervenções de administração antimicrobiana para uso adequado de antibióticos durante a infância, especialmente para minimizar a exposição nos primeiros 6 meses e o uso de agentes de amplo espectro (VILLE *et al.*, 2017). Isso concorda com outro estudo observacional em humanos, que examina os efeitos dos antibióticos na regulação do peso corporal e no metabolismo da glicose, explicando que as bactérias intestinais estão envolvidas em vários processos metabólicos do hospedeiro e o uso de antibióticos altera a composição da microbiota intestinal, dando uma associação entre exposição a antibióticos e desenvolvimento de obesidade e diabetes tipo 2 (MIKKELSEN; ALLIN; KNOP, 2016).

Os estudos mencionados avaliaram países desenvolvidos, devido a isso é necessário avaliar o impacto dos antibióticos em crianças em populações vulneráveis ou países em desenvolvimento provavelmente diferente do encontrado nos países desenvolvidos. O impacto entre a exposição a antibióticos e a adiposidade infantil países em desenvolvimento ou populações vulneráveis ainda não está claro, e precisa ser avaliado em pesquisas futuras. O uso de antibióticos durante o acompanhamento pode ser um fator importante modificando a adiposidade infantil o impacto dos antibióticos. No entanto, tem diferentes tipos de antibióticos, e eles podem ter um impacto diferente na adiposidade infantil (SHAO *et al.*, 2017). Mais estudos são necessários para

explorar o impacto de diferentes tipos de antibióticos na obesidade infantil. Em resumo, essa análise fornece fortes evidências pela associação entre exposição a antibióticos no início da vida e adiposidade infantil. Também existe uma relação dose-resposta óbvia entre a exposição a antibióticos e a adiposidade infantil. Recomenda-se o uso prudente de antibióticos em bebês e crianças para reduzir o risco de adiposidade infantil. Também é necessário desenvolver alguns métodos eficazes para prevenir obesidade em crianças expostas a antibióticos.

Quanto à **influência das relações familiares na obesidade**, neste estudo se encontrou crianças obesas que não tinham familiares com obesidade. Para essas, a obesidade não se originou de fatores genéticos, e sim das influências do ambiente onde elas estão se desenvolvendo. Um estudo concorda que a fisiologia e comportamento dos indivíduos são moldadas pelos fatores ambientais locais e sociais. A obesidade não é causada por escolha pessoal ou pela sociedade, mas pelo relacionamento entre um indivíduo e seu ambiente (BLÜHER, 2019). As evidências geradas pelas análises da *One Health* também sugerem uma relação entre o sobrepeso e a obesidade, indicando a importância fundamental do ambiente obesogênico para esse desfecho (BOMBERG *et al.*, 2017).

Um estudo populacional de amplo espectro realizado na Universidade de Porto, Portugal, avaliou as associações bidirecionais entre práticas parentais de alimentação infantil e o IMC da criança dentro da mesma janela de idade e usando as mesmas medidas nos dois momentos, dando uma visão abrangente das influências dos pais na status de peso da criança e vice-versa (ALONSO *et al.*, 2016). Isso também explica os resultados desse estudo, que encontrou relação da obesidade dos pré-escolares com os antecedentes familiares, onde mais de dois membros da família tinham esse problema de saúde.

Encontrou-se neste estudo que outro fator de risco são os hábitos alimentares da família, ou seja como eles preparam a comida, e onde realizam as refeições, comportamentos que influenciam a criança e do início da obesidade. Os dados coincidem com um estudo feito em Iztacala, México, que apontou que os pais influenciam diretamente o que as crianças comem, quando, onde, em que circunstâncias, frequência e quantidade. Isso quer dizer que a obesidade é um problema influenciado pela família, por isso atualmente estão sendo implementados programas com o objetivo de tentar mudar hábitos

alimentares já estabelecidos por um mais saudável, para que os pais possam introduzir hábitos alimentícios de maneira positiva às crianças (GALVÁN; BLÁZQUEZ, 2018).

Para que nossos planos tenham efeitos satisfatórios na prevenção da obesidade infantil é importante avaliar o ambiente obesogênico a que a criança é exposta e criar mudanças de acordo com os achados. Se enfocamos nossas atividades na criança, não conseguiremos ter resultados que sejam estáveis, ou seja, precisamos envolver toda a família na estratégia de prevenção, pois ao mudar o comportamento dos pais das crianças eles começam a imitar as práticas saudáveis destes porque os responsáveis das crianças vão ter comportamentos saudáveis e a confiança de poder exigir das crianças o mesmo.

A idade pré-escolar é o período de sensibilidade extraordinária e tendência em adquirir experiências apropriadas e padrões de comportamento. Portanto, é justificável empreender intervenções precoces nos grupos de crianças com excesso de peso e obesidade e uso hábil de outros comportamentos de saúde, incluindo atividade física. A racionalidade de tal conduta sugere que na situação em que as crianças são suscetíveis às sugestões dos outros, e à plasticidade do seu cérebro é alta. Assim, a criação de uma saúde que promova o estilo de vida para a atividade física traria mensuráveis benefícios no futuro (CIESLA *et al.*, 2014).

Os hábitos alimentares são formados desde cedo, portanto, é importante que a criança entre em contato com alimentos variados a partir da introdução da alimentação complementar. O papel dos pais, nessa situação, torna-se fundamental, pois a criança observa tudo ao seu redor e normalmente comerá aquilo que as pessoas que a cercam costumam comer, ou seja, se a alimentação da família for muita salgada, gordurosa ou doce, é esse paladar que a criança desenvolverá. Por outro lado, se a família possui hábitos saudáveis, a criança aprenderá a se alimentar dessa maneira também (NERI *et al.*, 2017).

No estudo europeu *ToyBox* com 7.554 pré-escolares baseado na prevenção da obesidade em crianças de 4 a 6 anos e seus pais, a prevalência de sobrepeso e obesidade variou de 10% na Alemanha a quase 21% na Grécia. Essa prevalência foi maior em famílias com baixos níveis socioeconômicos e em crianças cujos pais apresentavam sobrepeso e obesidade. Ou seja, as crianças com maior probabilidade de sobrepeso ou obesidade são aquelas que

pertencem a famílias com baixo nível socioeconômico ou aquelas cujos pais tiveram algumas dessas duas doenças em comparação com famílias com maiores recursos ou nas quais os pais estavam com peso normal. Esse estudo diz que a situação econômica e ambiental da criança influencia na obesidade infantil. Portanto, é de interesse máximo no nível da saúde pública estudar as desigualdades sociais e de saúde, bem como melhorar a prevenção dessas doenças desde a infância (MANIOS *et al.*, 2018). Por isso recomenda-se para pessoas interessadas em continuar com o estudo, incluir as escolas privadas e fazer uma comparação da prevalência da obesidade em crianças de idade pré-escolar para identificar se o nível socioeconômico está interligado com esse problema.

Finalmente, também teve crianças em que a família nuclear era obesa, sendo as pessoas com quem mais se relacionam. Então **fatores genéticos e ambientais trabalham em conjunto no desenvolvimento e na manutenção do excesso de peso**, pois há semelhanças familiares na adiposidade e nos hábitos de atividade física, ou seja, pais com excesso de peso são mais propensos a ter filhos com excesso de peso, em relação a filhos de pais com peso normal (NERI *et al.* 2017). No entanto, nem todos os indivíduos expostos ao mesmo ambiente nutricional obesogênico e limitações semelhantes de atividade física desenvolvem obesidade ou o fazem em um grau semelhante. Isso ocorre porque esses fatores exógenos agem de maneira endógena, a informação genética de cada indivíduo, o que explicaria, pelo menos em parte, a grande hereditariedade familiar da obesidade, pois é essa base genética que determina a suscetibilidade do paciente a estímulos ambientais. Além disso, modificações epigenéticas; isto é, aqueles exercidos pelos referidos fatores ambientais no genoma de um indivíduo, especialmente nos estágios iniciais do desenvolvimento, parecem desempenhar um papel relevante no risco individual para o desenvolvimento da obesidade (MARTOS-MORENO *et al.*, 2017).

Isso coincide com outro estudo de Madrid, Espanha, com 800 crianças participantes, que argumenta de acordo com seus resultados, que o histórico de obesidade em alguns pais determina uma maior gravidade da obesidade infantil e adolescente, sendo esses achados acentuados quando a obesidade está presente na mãe ou em ambos os pais. No entanto, a história da obesidade dos pais não piora a probabilidade de sucesso terapêutico (MARTINEZ-

VILLANUEVA et al., 2019). Por outro lado, o comportamento alimentar dos pais (quantidade e qualidade dos alimentos) é fundamental no desenvolvimento de transtornos alimentares em crianças. Nesse sentido, as crianças imitam os pais quando consomem alimentos em excesso ou na falta de apetite, para controlar o humor, principalmente se forem pais com excesso de peso ou com distúrbios alimentares. Por isso é importante ressaltar que as pessoas podem apresentar uma predisposição genética ao ganho de peso, dependendo das calorias consumidas e utilizadas pelo organismo ou maior suscetibilidade ao desenvolvimento de comportamentos alimentares compulsivos em resposta a estímulos externos (MARTINEZ-GARCIA et al., 2017).

Compreender melhor o ambiente alimentar e seus efeitos, tanto no nível da comunidade quanto no comportamento individual, favoreceria e fortaleceria o desenvolvimento e avaliação das intervenções a serem desenvolvidas a partir da perspectiva do meio ambiente obesogênico. Além disso, esses tipos de estudos fornecem dados úteis ao planejar e implementar políticas públicas destinadas a melhorar o consumo de alimentos, a demanda por alimentos de qualidade e principalmente reduzir a prevalência de obesidade da população (MARTINEZ-GARCIA et al., 2017).

O ambiente obesogênico, caracterizado pelo consumo de alimentos hipercalóricos processados, é facilitado pela disponibilidade desses produtos nos lares e estilo de vida sedentário, fatores que levam ao sobrepeso, obesidade e distúrbios alimentares. A prevenção dessas condições consiste em restringir o consumo desses produtos por meio de políticas públicas, programas escolares e educação em casa, além de estimular alimentos saudáveis, ricos em nutrientes. Além disso, é necessário um programa que estimule a prática de exercícios físicos.

Quanto à visão dos pais acerca da **percepção das crianças sobre serem ou não obesas e seu impacto psicoemocional**, verificou-se que algumas crianças não conseguem se perceber como obesas e, algumas ao expressar seus desejos de emagrecer porque começam a acreditar que estão acima do peso normal são desalentadas porque os pais falam para elas que não precisam se preocupar com o peso. Um estudo feito nas áreas rurais da Polônia apresenta nos seus resultados que é necessário ter atenção com a prevenção do risco de obesidade e sobrepeso em crianças desde cedo em idade pré-escolar, e para

isso é necessário, durante a educação, moldar nessas crianças a consciência e a preocupação com o próprio corpo e a necessidade de participação ativa em várias formas de atividade física (CIEŚLA *et al.*, 2014).

O estudo no Distrito Federal de México confirma que existe uma relação entre autoestima e imagem corporal em crianças mexicanas com obesidade, pois a maioria das crianças participantes apresentou baixa autoestima, tanto em sua avaliação total quanto em suas áreas (eu, família, fracasso, sucesso, intelectual e emocional-emocional) e tem insatisfação com a imagem corporal, pois se identificam com figuras mais magras em comparação com a sua aparência real. As crianças parecem não reconhecer que sua imagem corporal corresponde à das figuras com sobrepeso / obesidade. Consideram que têm uma silhueta mais magra, percebendo-se como com peso normal. Isso é arriscado, porque eles não percebem seu problema de obesidade ou negam e evitam e, conseqüentemente, não agem para resolvê-lo (SANCHEZ ARENA; RUIZ MARTINEZ, 2015).

A omissão do problema além de ser um fator de risco demonstra-se que é uma manifestação de baixa autoestima porque eles se identificam como pessoas com características que não são deles, e isso pode se manifestar mais diante com problemas psicoemocionais graves. Porém, neste estudo, encontrou-se que quando os pais conversam com as crianças, é possível criar acordos para melhorar a saúde e a qualidade de vida deles. Além disso, quando as crianças manifestam a sua necessidade de perder peso, tem que se aproveitar essa oportunidade para lhes educar sobre hábitos saudáveis que possam ajudar para melhorar a sua condição física, não se comparando com outras pessoas para ficar mais magras, mas sim para estar dentro dos parâmetros normais.

Portanto, é importante que a imagem corporal seja avaliada sob uma perspectiva multidimensional (afetiva, emocional, cognitiva, social etc.), contribuindo para que a criança e seus pais se sintam menos ameaçados e menos resistentes a assumir e trabalhar no tratamento da obesidade, juntamente com uma equipe de saúde sensibilizada. A estigmatização e a discriminação contra pessoas obesas, geradas sob o pretexto de motivar as pessoas a perder peso, é contraproducente por gerar sentimentos e pensamentos de desvalorização e ineficiência que interferem nos esforços de prevenção e intervenção, devido ao que é exigido das políticas e ações de uma abordagem

salutogênica, que reconheçam os problemas e promovam hábitos saudáveis (SANCHEZ ARENA; RUIZ MARTINEZ, 2015).

Crianças são susceptíveis de distúrbios emocionais ao serem chamadas com apelidos relacionados ao peso, pois isso rompe com sua construção mental ao se identificarem como normopesos, podendo responder com agressividade ou isolamento social. Isso é explicado em um estudo de Lima, Peru, pois as crianças obesas tendem a ser vítimas de *bullying*, embora também sejam mais propensas a se comportar como agressores. As consequências desse assédio são a dificuldade de ter amigos, estresse emocional e isolamento. Leva ao baixo desempenho escolar e ao absenteísmo, bem como à fraca adaptação psicossocial, que aumenta a ansiedade, sentimentos depressivos, solidão, perda de autoestima e problemas comportamentais (ORTEGA MIRANDA, 2018). Esses dados coincidem com nossos resultados, onde os responsáveis das crianças referiram que os pré-escolares tendem a ser dominantes com os demais colegas que se sentem intimidados pelo seu tamanho. Isso pode facilitar a maior ingestão de alimentos devido as crianças obesas pegarem a comida dos colegas nas refeições da escola.

Uma manifestação extrema de discriminação e rejeição de crianças obesas é o **bullying**, que é definido como as ações negativas que ocorrem repetidamente ao longo do tempo quando um aluno (ou grupo de estudantes), intencionalmente e com frequência, de forma premeditada, causa dano, magoa ou faz com que outro aluno ou colega de classe se sinta desconfortável. Isso acontece porque as crianças preferem crianças com peso normal ou magras, assim como preferem a amizade de crianças deficientes à de crianças obesas. As crianças associam a obesidade a características negativas, como preguiça e desleixo, e desenvolvem atitudes negativas contra figuras obesas (ORTEGA MIRANDA, 2018).

Essas relações acarretam efeitos psicossociais, entendendo a importância da autoestima e a percepção da felicidade na construção da identidade dos sujeitos e na configuração das relações interpessoais, fatores que afetam diretamente o desenvolvimento da saúde emocional, mental e social das crianças (DELGADO-FLOODY et al, 2018). Outra dificuldade encontrada é que as crianças descobrem que seu peso está acima do que pensavam porque no momento de comparar roupa algumas crianças tem dificuldade para encontrar

algo do seu tamanho. A criança obesa se sente excluída nas atividades de vestuário, moda e lazer de uma sociedade com valores, crenças e atitudes em relação à magreza de acordo com dois estudos de casos feitos em Valencia, Espanha (ORTEGA MIRANDA, 2018; LOPEZ et al., 2015).

A imagem corporal na criança obesa tem duas perspectivas importantes: autoimagem corporal e imagem corporal percebida pelos pais. Por isso tem que se aprofundar nessa construção, pois os pais das crianças podem gerar mudanças na percepção das crianças sobre elas mesmas e melhorar sua saúde mental, rendimento escolar e relações sociais. Também é importante criar campanhas educativas de sensibilização da mídia e comércio para não continuar criando esses ambientes de discriminação das pessoas com excesso de peso, para gerar mudanças verdadeiras nos ambientes, que promovam o bem-estar não só físico como também mental.

Em relação às **ações realizadas pela família para o combate à obesidade da criança** verificou-se que uma das barreiras encontradas no tratamento da obesidade infantil é que os pais acreditam que as crianças vão perder peso ao crescer. Com esse pensamento não realizam ações, pois não querem magoar os sentimentos das crianças ao lhes dizer que tem problemas com o peso. A análise dos dados de um estudo com 270 crianças do Distrito Federal de México mostrou que em crianças mais velhas há mais casos de obesidade, ou seja, o aumento no percentual de crianças com obesidade aumenta à medida que a idade aumenta (SANCHEZ ARENA; RUIZ MARTINEZ, 2015). Isso pode se atribuir ao fato de continuar com os hábitos que não são saudáveis, além de que a obesidade é uma doença crônica e precisa de ações para criar mudanças no estilo de vida e melhorar a saúde da criança. O enfermeiro na atenção primária tem um papel essencial para romper com esses mitos errôneos ao explicar as complicações da doença aos membros da família.

Outra dificuldade é que os pais, principalmente as mães, percebem os filhos mais magros do que realmente são, ou seja, há uma distorção da imagem corporal em relação ao filho obeso ou com sobrepeso. Essa subestimação do peso corporal de seus filhos, sem dúvida, influencia a fraca adesão da família ao tratamento da obesidade, porque não há compromisso da parte deles de não sentir que há um problema real, ignorando as possíveis complicações que esse comportamento pode causar (ORTEGA MIRANDA, 2018). Isso se encontrou

também neste estudo de Rio Grande, onde uma mãe em especial rejeitava os conselhos dos profissionais da saúde, pois ela percebia a criança excessivamente magra e obrigava ela comer mais embora o esposo não concordasse com isso. Esse tipo de problema deve ser avaliado por profissionais da área da psicologia. O enfermeiro tem que insistir na educação da família para reconstruir essa imagem errônea de saúde, e as autoridades civis tem que tomar medidas com essas crianças, porque esse tipo de ação pode ter repercussões futuras na saúde da criança.

A obesidade está associada a uma carga de morbimortalidade cardiovascular significativamente maior ao longo do curso da vida, com início precoce da doença. Apesar de nossa crescente compreensão dos fatores biológicos e ambientais do ganho de peso, ainda precisamos desenvolver estratégias de prevenção eficazes, viáveis e escalonáveis para combater essa crescente epidemia, reduzir o risco cardiovascular e promover a saúde cardiovascular. Além disso, tratamentos baseados em evidências para obesidade são subutilizados e dados adicionais são necessários sobre os resultados cardiovasculares associados (LAHEY; KHAN, 2018). É uma obrigação para todos os prestadores de cuidados de saúde participarem da gestão da obesidade, ademais para a mudança do sucesso do estilo de vida. É necessário treinar nossas habilidades no tratamento da obesidade e as consultas de enfermagem devem priorizar o aconselhamento e o controle (RYAN; KAHAN, 2018). Situação que não ocorria de acordo com a percepção dos entrevistados desse estudo, pois, alguns não percebiam a obesidade nem aconselhavam os responsáveis das crianças, e os poucos que detectaram os sinais de risco não davam um atendimento criasse uma mudança.

Encontraram-se resultados parecidos com um estudo feito na Índia que com base nas percepções das mães e de outras partes interessadas, um modelo evoluiu indutivamente mostrando temas centrais como propulsores da subnutrição. Os temas emergentes mais fortes foram: multitarefa, tempo mãe constrangida com o apoio da família em declínio; segurança alimentar frágil ou escassez sazonal de alimentos; alvo da criança, mercado com ampla disponibilidade e consumo de itens alimentares prontos para consumo; aumento das despesas não alimentares, em contexto do aumento dos preços dos alimentos; alimentação inadequada versus adequada; atraso no reconhecimento

da subnutrição e demora na procura de cuidados; capacidade de resposta inadequada do sistema de saúde e do desenvolvimento integrado de serviços para atendimento a essas crianças(CHATURVEDI et al., 2016).

A lógica principal para definir a obesidade como uma doença crônica é a fisiopatologia distinta em pessoas com obesidade, resultando em poderosos mecanismos homeostáticos que impedem a perda de peso e promovem maior ganho de peso. Esses mecanismos biológicos alterados em pessoas com obesidade explicam porque intervenções comportamentais ou médicas em curto prazo, frequentemente, não são suficientes para resultar em perda de peso a longo prazo (BLÜHER, 2019).

Populações mais jovens da Índia estão enfrentando "carga dupla" de subnutrição e obesidade. Diferentes estratos de classe dentro do mesmo local, ambiente e grupo populacional podem mostrar um tipo diferente de tendências, tornando um pouco complexo projetar intervenções baseadas na população. Apesar das tensões inerentes criadas por uma esmagadora coexistência de hipoalimentação de proteínas e energia, teremos de desenvolver uma abordagem convincente, informada por evidências específicas do contexto, para abordar a crescente ameaça de sobrepeso e obesidade na infância. Os fatores que provavelmente desempenharão um papel, tanto na subnutrição quanto na obesidade, precisam ser identificados, e uma abordagem de "toda a sociedade" pode ser tecida em torno deles, enquanto evolui e pilota intervenções de base populacional. (CHATURVEDI, 2019).

Além disso, os profissionais de saúde podem ter fortes atitudes e estereótipos negativos sobre pessoas com obesidade, que se traduz em redução da qualidade do atendimento e, portanto, baixa adesão dos pacientes aos programas de tratamento (PHELAN, *et al.*, 2015). Por isso, deve se priorizar nas disciplinas de enfermagem pediátrica a importância da execução de programas educativos para promover e prevenir a aparição da obesidade, e o controle do crescimento em todas as etapas da criança, indo além do estabelecido pelo sistema de saúde para identificar fatores de risco. O enfermeiro ao se apoderar dessas atividades conseguem mudanças no estilo de vida, contribuindo de modo essencial para o tratamento de doenças multifatoriais, abrindo mais espaços nas áreas assistenciais ao mostrar essa iniciativa e dedicação pelo bem-estar da saúde da criança.

Demonstrou-se em um estudo realizado na China, com uma mostra de 10.149 pessoas com hipertensão, que o ganho excessivo de peso a longo prazo está positivamente associado ao aumento do risco de hipertensão incidente. Perder peso por modificação do estilo de vida pode ser útil para a prevenção primária na população rural chinesa em geral (ZHANG *et al.*, 2018).

A identificação e tratamento da obesidade na infância constitui um aspecto importante da pediatria preventiva, pois permite a melhoria da saúde física, social e emocional das crianças. Em um estudo realizado na Cidade de México, México, no ano 2015 com uma mostra de 250 pessoas encontrou-se que os participantes com obesidade, nove eram pré-escolares, 23 eram de idade escolar e 35 eram adolescentes (CAMACHO-GUERRERO *et al.*, 2015). Ou seja, a população mais afetada com a obesidade são os adolescentes. Então, acreditar que as crianças com obesidade na idade pré-escolar vão diminuir seu peso pode ser erro, e essa era a crença de alguns pais de nosso estudo. Tal crença aumenta o grau do risco, pois as crianças com classificação de risco de sobrepeso e as que têm esse problema podem continuar aumentando o peso até chegar na classificação de obesidade e aumentar a prevalência porque não se fez alguma intervenção confiando na sorte.

O fator universal da "obesidade passiva" induzido pela "vida moderna", em que cada geração é mais pesado que a última, precisa ser abordado com métodos inovadores, porque as intervenções visariam minimizar os subprodutos prejudiciais das forças da modernização, especialmente associadas aos hábitos alimentares e atividade física. Isso exigiria algumas mudanças no governo, na indústria e na sociedade civil. Os padrões alimentares, atividade física, estilo de vida sedentário e tempo de sono tendem a se aglomerar, aumentando os índices de obesidade em todo o mundo (ARANCETA-BARTRINA; PÉREZ-RODRIGO, 2016).

Algumas áreas de ação incluem a promoção de aleitamento materno exclusivo e comida caseira para crianças; restrição de fast food em residências e escolas; garantir ingestão regular de café da manhã; regulamentar a mídia e o mercado direcionado a crianças para controlar a promoção de alimentos, bebidas e hábitos que comprometam a saúde; promoção precoce da moderação da vida através de técnicas de ioga e relaxamento em casas e escolas; assegurar pelo menos uma hora por dia de atividade física ao ar livre; melhorar

o acesso para criar um ambiente que promova caminhadas, ciclismo e outras atividades físicas; garantir > 9 h de sono por dia; reduzindo o tempo de televisão; e encontrar maneiras de praticar atividades físicas leves enquanto assiste televisão. As evidências globais estão sugerindo cada vez mais que o açúcar é mais prejudicial à saúde do que os lipídios da dieta e, como é o açúcar que fornece a isca mais tentadora a ser usada pela indústria de alimentos, as intervenções baseadas no mercado terão que vigiar o açúcar, pois tanto quanto nos lipídios. (CHATURVEDI, 2019).

Embora as tentativas de promover uma alimentação saudável e mais atividade física possam ser importantes para a prevenção da obesidade essas recomendações não são suficientes para reduzir o IMC em indivíduos que já vivem com alto peso corporal. Para os médicos que tratam pacientes com obesidade, o gerenciamento eficaz da obesidade requer uma avaliação sistemática de fatores que potencialmente afetam a ingestão, metabolismo e gasto de energia. Dada a alta variabilidade do IMC entre indivíduos que compartilham o mesmo ambiente, é tentador assumir que a regulação individual do peso corporal tem os efeitos mais importantes no ganho de peso e, portanto, deve ser direcionada em intervenções para perda de peso. No entanto, o tratamento da obesidade por meio de mudanças de comportamento, com o objetivo de reduzir a ingestão de energia e aumentar o exercício, frequentemente não é bem-sucedido, sugerindo que os fatores etiológicos e a interação entre esses fatores são apenas incompletamente entendidos (BLÜHER, 2019).

Além disso, neste estudo, encontrou-se uso excessivo dos aparelhos eletrônicos, mas os responsáveis nas crianças não tinham implementado estratégias para fazer intervenções nesse fator e isso pode se dever a sua percepção da magnitude do problema. Embora pareça que simplesmente usar mais tecnologia todos os dias pode afetar negativamente crianças, porque são impactados negativamente pelo uso excessivo de videogame, comunicação eletrônica e brinquedos tecnológicos porque está demonstrado que crianças que tem um apego forte ao uso desses aparelhos eletrônicos são mais propensos de ter doenças crônicas na adolescência e pré-adolescência. Isso sugere que não é suficiente que os pais incentivem seus filhos a comer melhor e exercite-se mais para obter melhor saúde (ROSE et al., 2015). O profissional de enfermagem tem que redirecionar seus planos para educar sobre as consequências do uso

excessivo de esses aparelhos, além de dar recomendações para os pais sobre estratégias para controlar seus usos diários.

Muitos correlatos comuns do sedentarismo e uso excessivo da televisão foram identificados no nível global e culturalmente. Alguns deles são facilmente modificáveis como por exemplo, remover o computador e a televisão dos dormitórios e cozinhas, e outros podem exigir intervenções comportamentais mais intensas como aumento da atividade física habitual para atender às diretrizes atuais. Esse estudo apoia a ideia de que é improvável que uma estratégia única para reduzir o sedentarismo e uso excessivo dos aparelhos eletrônicos seja eficaz por si só (LEBLANC et al., 2015). Trabalhos futuros devem adaptar esses resultados para fornecer estratégias significativas. Deve-se aplicar intervenções multifacetadas em crianças, melhorando comportamentos alimentares, diminuindo estilo de vida sedentário, incluindo atividade física, e, finalmente, reduzindo o risco de doenças crônicas evitáveis, como obesidade.

No estudo realizado em Rio Grande encontrou-se a influência positiva da escola para a promoção de atividades físicas. Então, focar as estratégias nesse cenário pode ajudar o enfermeiro a ter resultados positivos. Além disso, precisa ser criativo nas suas atividades de intervenção, conhecendo a realidade da sua população, as coisas que gostam fazer e os grupos sociais onde eles se relacionam, pode criar estratégias efetivas usando aqueles fatores que são debilidades ou dificuldades convertendo-os em fortalezas e oportunidades de promoção e prevenção.

As intervenções devem incluir ações políticas abrangentes que criem um ambiente propício para que crianças aprendam preferências alimentares saudáveis e ações direcionadas que permitam às populações desfavorecidas superar barreiras ao atendimento de preferências saudáveis. As avaliações de políticas devem ser cuidadosamente projetadas com base em uma teoria da mudança, usando indicadores de progresso ao longo dos vários caminhos em direção ao objetivo de longo prazo de reduzir as taxas de obesidade. Alguns mecanismos através dos quais as políticas alimentares podem afetar a dieta incluem: proporcionar um ambiente propício ao aprendizado de preferências saudáveis, superar barreiras à expressão de preferências saudáveis, incentivar as pessoas a reavaliar as preferências não saudáveis existentes no ponto de compra e estimular um alimento sistemas de resposta (HAWKES et al., 2015).

O enfermeiro tem que se posicionar nesses espaços frente às políticas públicas que tenham influência positiva no impacto das mudanças dos estilos de vida, pois elas ao ter contato direto com a população são cientes da realidade e dos problemas que afetam a saúde das crianças. Integram equipes multidisciplinares, podendo propor estratégias de intervenção possíveis e efetivas.

O reconhecimento da obesidade infantil como uma doença crônica, portanto, aumentará o desenvolvimento de novas intervenções e políticas de saúde para prevenir e tratar a obesidade no nível social e individual. Isso encorajará fortemente as famílias e os profissionais da saúde a abordarem a obesidade infantil com mais seriedade. A infância é uma janela única de oportunidade para ter um impacto vitalício na saúde, qualidade de vida e prevenção de deficiências. É imprescindível que os sistemas de saúde estejam adaptados e os profissionais devem ser treinados para tratar crianças obesas, semelhantes a outras doenças crônicas da infância. Devem abordar essas questões por meio de atividades educacionais para os profissionais de saúde, deve-se realizar agendas de pesquisa neste campo tão necessário, fazendo parcerias e a criação de colaborações clínicas, pesquisadores, instituições de saúde, organizações e estados em todo o mundo (FARPOUR-LAMBERT *et al.*, 2015).

7 FATORES DE RISCO PARA A OBESIDADE EM PRÉ-ESCOLARES: SUBSÍDIOS PARA A PRÁTICA DA ENFERMAGEM

Esse capítulo foi elaborado porque na revisão de literatura encontrou-se que os profissionais de enfermagem não tem um manual ou protocolo que seja guia nas suas ações e na tomada de decisões, então eles agem de acordo com seus instintos e experiências. Assim, após identificarmos os fatores de risco para a obesidade elencados pelos pais ou responsáveis das crianças pré-escolares participantes deste estudo, buscou-se fazer uma relação desses com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (2018), o Guia Alimentar para a população brasileira (2014), A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (2014), Política Nacional de Promoção da Saúde (2015) e a Política Nacional de Atenção Primária (2014), de forma a auxiliar os enfermeiros na toma de decisão durante a consulta de enfermagem com crianças obesas.

7.1 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DE ENFERMAGEM NO CUIDADO DA CRIANÇA COM OBESIDADE

Para a elaboração deste capítulo a informação foi organizada em uma tabela com os elementos do processo de trabalho definidos por Sanna (2007), que são o objeto, os agentes, os instrumentos, as finalidades, os métodos e os produtos. O processo de trabalho em saúde tem ao mesmo tempo uma identidade de processo, uma vez que contém todos esses elementos, mas também é composto de uma série de processos de trabalho desempenhado por diversos agentes. Na Enfermagem, há mais de um processo de trabalho, que pode ou não ser executado simultaneamente. São eles: o processo de trabalho Assistir, o processo de trabalho Administrar, o processo de trabalho Ensinar, o processo de trabalho Pesquisar e o processo de trabalho Participar Politicamente (SANNA, 2007).

Para garantir a atenção de qualidade no cuidado da criança com obesidade se propôs a seguinte tabela com a organização do trabalho do enfermeiro.

Os processos de trabalho de enfermagem no cuidado da criança com obesidade						
Componentes Processos	Objeto	Agentes	Instrumentos	Finalidades	Métodos	Produtos
Assistir	As Crianças e adolescentes até a idade de 15 anos.	Enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem.	Conhecimentos, habilidades e atitudes	Atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido	Melhoria do acesso, cobertura, qualidade e humanização da atenção obstétrica e neonatal, integrando as ações do pré-natal e acompanhamento da criança na atenção básica com aquelas desenvolvidas nas maternidades, conformando-se uma rede articulada de atenção para a prevenção da obesidade no pré e pós natal.	Nascimento e o pleno desenvolvimento na infância, de forma saudável e harmoniosa, bem como a redução de comportamentos, atitudes e crenças que possam ser riscos para o desenvolvimento do sobrepeso e obesidade, e dessa maneira prevenir doenças crônicas na vida adulta.
				Atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas	Controle de peso de infantes, pré-escolares e escolares, Diagnóstico precoce de alterações no peso e atenção Integrada.	
				Atenção integral à criança em situação de violência, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz	Articular um conjunto de ações e estratégias da rede de saúde para a prevenção de violências, acidentes e promoção da cultura de paz. Lembrando que os detonantes de estresse podem dar espaço a alterações nos hábitos alimentares das crianças.	
				Atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade	Articulação de um conjunto de estratégias intrasetoriais e intersetoriais, para inclusão dessas crianças nas redes temáticas de atenção à saúde, mediante a identificação de situação de vulnerabilidade e risco de agravos e adoecimento, reconhecendo as especificidades deste público para uma atenção resolutiva.	

Administrar	Agentes do cuidado e recursos empregados no assistir	Enfermeiro	Bases ideológicas e teóricas de administração e prática de gerenciamento de recursos	Coordenar o processo de trabalho	Gestão interfederativa das ações de saúde da criança, organização das ações e serviços na rede de atenção, gestão participativa e controle social, intersetorialidade, monitoramento e avaliação, a implementação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes, para Crianças de Primeira Infância, Bicos Chupetas e Mamadeiras; Organizar metodologias de apoio aos serviços especializados.	Condições para o cuidado se efetivar com eficiência e eficácia.
Ensinar	Indivíduo que quer tornar-se, desenvolver-se como profissional.	Aluno e professor.	Teorias, métodos e recursos de ensino-aprendizagem	Formar, treinar e aperfeiçoar recursos humano	Qualificação da atenção neonatal na rede de saúde materna, neonatal e infantil, com especial atenção no crescimento saudável dos recém-nascidos com excesso de peso e baixo peso; Profissionais com alta qualificação do recém-nascido e da maternidade, com vinculação da dupla mãe-bebê à Atenção Básica, de forma precoce, para continuidade do cuidado, a exemplo da estratégia do "5º Dia de Saúde Integral", que se traduz em um conjunto de ações de saúde essenciais a serem ofertadas para a mãe e bebê pela Atenção Básica à Saúde no primeiro contato após a alta da maternidade; a qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da primeira infância pela Atenção Básica à Saúde; a qualificação do manejo da prevalência da obesidade na infância e idade escolar com o programa de saúde na escola, ações de prevenção e de cuidado dos casos diagnosticados, visando implementação	Formar profissionais especializados para o trabalho na área pediátrica nos diferentes contextos: hospitalaria, atenção primária, escolar. Enfermeiros capazes de dar orientações nutricionais na consulta de enfermagem, e comprometidos no controle do crescimento da infância, do pré-escolar, escolar e adolescente

					de linhas de cuidado na Rede de Atenção à Saúde e na área escolar; e incentivo à pesquisa e à produção de conhecimento; Elaboração de manuais e protocolos pro atendimento e cuidado da criança com obesidade; Criação e coordenação de grupos educativos nutricionais nas diferentes áreas de trabalho do enfermeiro.	
Pesquisar	Saber em saúde da criança e adolescente	Enfermeiros	Pensamento crítico e filosofia da ciência	Descobrir novas e melhores formas de assistir à criança com sobrepeso/obesidade, gerenciar, ensinar e pesquisar para o benefício dessas crianças e adolescentes.	Métodos qualitativos e quantitativos de pesquisa.	Novos conhecimentos e novas dúvidas.
Participar politicamente	Força de trabalho em enfermagem e sua representatividade	Profissionais da saúde e outros atores sociais com quem se relacionam	Conhecimentos de Filosofia, Sociologia, Economia, História e Ciência Política; argumentação o diálogo, pressão política, manifestação pública e rompimento de contratos	Conquistar melhores condições para operar os outros processos de trabalho	Negociação e conflito.	Poder, reconhecimento social, criação e propostas de políticas públicas que permita o enfermeiro se posicionar como líder no atendimento e cuidado da criança com obesidade

FONTE: ADAPTADO DE SANNA, 2007; PNAISC 2015; PNAB 2014; PNPS 2015; PNAN 2013; GAPPB 2014.

Essa relação entre os processos de trabalho em enfermagem e as políticas Nacionais demonstra de forma clara a importância da organização do trabalho para a enfermagem, permitindo em cada um dos aspectos enxergar os diferentes papéis que o objeto, os agentes, os instrumentos, as finalidades, os métodos e os produtos ocupam na atenção à saúde da criança com obesidade. Enfim, agir de forma consciente os processos de trabalho em enfermagem na saúde da criança é pensar em uma assistência de qualidade que garanta a humanização e a integralidade do cuidado.

7.2 Sugestões para a consulta de enfermagem na atenção da criança com obesidade

A consulta de enfermagem na atenção da criança com obesidade é um processo que deve ser realizado em diferentes sessões para ter resultados positivos na mudança do estilo de vida. Sugere-se a seguinte intervenção seguindo os cinco etapas propostas pela Sociedade Brasileira de Pediatria frente à Obesidade na infância e adolescência - Manual de Orientação/Sociedade Brasileira de Pediatria (2012), adaptando-os de acordo os resultados do estudo.

Etapas 1: Esclarecimentos

Objetivo: Conhecer a alimentação da criança

Ação: Estabelecer estratégias de atuação em curto e longo prazos e realizar educação da família para a mudança de hábito alimentar, se for o caso.

Observação: É importante desmitificar conceitos inadequados como “vou comer apenas verduras”, explicando que não há alimentos proibidos, explicando que só tem que ser consumidos com moderação e quantidade controlada. Nessa etapa ao ser o primeiro contato com a família, é importante educar os responsáveis e a criança para que entendam a importância da prevenção da obesidade, romper crenças e atitudes prejudiciais na saúde. Não é necessária uma palestra científica. O propósito dessa etapa é a reflexão para que os pais e filhos sintam-se estimulados na busca por

conhecimentos sobre alimentação saudável e o compromisso para continuar com as seguintes etapas.

Etapas 2: Avaliação do comportamento alimentar

Objetivo: Identificar comportamentos de risco

Ações: Avaliar como é a mastigação, tempo das refeições, local onde se realiza, atividades que realiza simultaneamente no momento da refeição, definir horários das refeições, educar sobre os riscos da omissão das refeições e promover as refeições em família, tempo que é investido nos aparelhos eletrônicos

Observação: Para essa etapa é fundamental criar compromissos com todos os membros da família para garantir as mudanças efetivas nos comportamentos que eram errôneos. Para manter a família motivada pode-se criar grupos de educativos, onde os pais recebam educação sobre o risco da omissão destas mudanças, além disso esse espaço pode ser ideal para a promoção dos alimentos saudáveis que serão implementados nas seguintes etapas.

Etapas 3: Quantidade

Objetivo: Reduzir a quantidade de alimentos consumidos em excesso

Ações: Educar sobre alimentação saudável focado nas porções e número de refeições

Observação: Nessa etapa é importante realizar as atividades de acordo com os limites dos participantes, porque a redução drástica pode deixar a criança com fome e atrapalhar a adesão e a evolução do tratamento. Deve-se educar sobre os pratos balanceados, evitando o consumo excessivo de carboidratos simples e gorduras. Para ter sucesso nessa etapa é importante que a enfermeira tenha domínio da temática, senão deve-se procurar apoio. Involucrar outros profissionais nessa etapa pode fortalecer o impacto na intervenção e mudança de vida da criança.

Etapas 4: Qualidade

Objetivo: Melhorar a qualidade da alimentação

Ações: Incentivar por meio da promoção de saúde o consumo de alimentos não habituais e de importância nutricional como frutas, verduras, legumes, alimentos integrais.

Observação: Para essa etapa deve-se orientar os pais com dicas para conseguir a implementação desses alimentos, isso pode acontecer preparando pratos coloridos e atrativos para a criança, agregando frutas nas saladas para que o sabor seja mais atrativo. Não deve-se criar restrições, senão a criança vai associar os novos alimentos como privação de tudo o que ele gosta, pois o consumo de um doce não engorda se é feito de maneira balanceada e sem excesso. Recomenda-se ao profissional de enfermagem para se preparar para todos esses cenários na consulta, para agir da maneira adequada, educar e esclarecer questões dos familiares. Outra coisa que pode ser efetiva nessa etapa é educar os pais sobre como comprar produtos alimentícios que sejam adequados para a preparação das refeições, pode envolver os filhos nessa etapa para criar consciência neles, tendo a precaução de que a criança não tenha fome para não comprar coisas que possam romper os acordos.

Etapa 5: Manutenção

Objetivo: Promover o autocuidado

Ações: Nessa etapa vai se explicar aos pais e crianças como usar os conhecimentos adquiridos

Observação: Essa etapa é uma avaliação do aprendizado nas etapas anteriores. Pode-se criar jogos como dramatizações para testar as ações deles em cenários como festas, viagens. É importante criar essa independência para manter essa mudança e o envelhecimento saudável das crianças com obesidade. O grupo de educação nutricional pode ser um espaço para continuar com a educação, manter os participantes motivados e continuar com o controle do crescimento.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo objetivou conhecer os fatores de risco de obesidade em crianças pré-escolares. Participaram **288** crianças, sendo 122 crianças com quatro anos e 166 com cinco anos. As crianças eram atendidas em três pré-escolas. Observou-se uma prevalência significativa de Obesidade de 12,33 % (15 casos) em crianças de quatro anos e de 29,56 % (49 casos) das crianças com cinco anos com uma prevalência de obesidade total de 22,22 % (**64 casos**). Observou-se uma prevalência maior da obesidade nas crianças do sexo masculino com 56,30% (36 casos) enquanto que o sexo feminino foi de 43,20% (28 casos). Observou-se uma diferença significativa nas crianças obesas da turma da tarde em comparação das crianças da turma da manhã que tomam o café da manhã na escola.

Da etapa qualitativa participaram 19 mães, três pais, dois avós, uma tia e uma irmã. Suas idades variaram entre 18 e 60 anos. Possuíam, principalmente, ensino fundamental incompleto. Sua renda familiar variou entre 500 e 4000 reais. Verificou-se como principal problema que os pais não percebiam suas crianças como obesas. Relacionaram a obesidade ao desmame e a inclusão de fórmulas lácteas precocemente, hábitos de sono das crianças diminuído, ambiente obesogênico com a ingestão de alimentos hipercalóricos e a realização de vários lanches entre as refeições, ansiedade devido a problemas familiares, nem prática de atividades físicas pelas crianças, descontrole no tempo que as crianças fazem uso de aparelhos eletrônicos, realização de outras atividades concomitantes a ingestão de alimentos e influência familiar relacionada a fatores genéticos e ambientais.

Os responsáveis referiram que as crianças obesas são saudáveis. Uma criança apresenta com frequência infecções respiratórias e crises asmáticas. Acreditam que as crianças não têm problemas com o seu peso porque não se percebem como obesas e pensam que não estão na idade para se preocupar por isso. Citaram como principal dificuldade o momento de comprar roupas para a criança que sirvam e sejam do seu gosto. Também referiram que estas apresentam dificuldades para realizar atividades físicas, para se vestir e calçar os sapatos e que

algumas crianças sofrem bullying na escola. Não realizam ações ou intervenções para melhorar sua saúde. Algumas, inclusive tentam fazê-las aumentar de peso no erro de que a gordura é saúde.

Os dados apontaram como importante priorizar a elaboração de atividades focadas na prevenção, usando como apoio programas de saúde na escola e na atenção básica desde a puericultura para trabalhar com as crianças e famílias a temática do controle do crescimento, buscando garantir o desenvolvimento adequado e a aquisição de hábitos saudáveis dessa população, prevenindo complicações futuras.

Para pesquisadores interessados em continuar com o projeto, recomenda-se incluir na pesquisa as crianças com sobrepeso, pois tem uma prevalência similar das crianças com obesidade. Ademais, recomenda-se incluir nas atividades avaliação de longo prazo das crianças para identificar quais são as mudanças da classificação depois do rebote adiposo nos cinco anos. Suspeita-se que as crianças classificadas com sobrepeso nos quatro anos podem virar obesas na mudança de idade ao manter fatores de risco e pela falta de avaliação do crescimento saudável. Por isso, é fundamental continuar com a pesquisa com uma abordagem qualitativa para identificar essas causas e criar estratégias de intervenção de acordo com a realidade da população estudada.

Deve-se avaliar os papéis de gênero pelos quais as crianças estão sendo direcionadas, pois, podem se estar praticando atividades que promovam as escolhas saudáveis nas crianças. Outro fator diferencial que pode estar afetando é o uso excessivo de tecnologias e o longo tempo das crianças frente a telas, pois é mais comercializado os vídeos games para meninos em comparação às meninas. Por isso, recomenda-se o controle do seu uso e do tempo dispendido pela criança, pois geralmente o fazem ingerindo alimentos calóricos como bebidas adocicadas e biscoitos.

Observou-se uma diferença significativa nas crianças com obesidade de cinco anos da turma da tarde em comparação das crianças do turno da manhã. Recomenda-se avaliar sua alimentação da manhã e os hábitos de sono, pois as crianças que estão na manhã tem a diferença de tomar café da manhã na escola,

as quais tem uma alimentação selecionada pela nutricionista do município. Não se encontrou estudos recentes com informação sobre isso. Dessa forma, sugere-se que pesquisadores que trabalham na temática aprofundar em esse tópico, pois percebe-se a necessidade de explorar esse fator.

O número de crianças obesas encontradas em apenas três pré-escolas do município faz um alerta para a necessidade de rastrear todas as crianças das pré-escolas e escolas do município. A prevalência do sobrepeso mostrou-se elevada, mostrando a possibilidade dessas crianças virem a tornarem-se obesas no futuro. É preciso um estudo mais aprofundado acerca de suas causas e a elaboração de planos de intervenção.

A obesidade na infância as deixa vulneráveis para outras doenças e complicações. Por isso é importante identificar os fatores de riscos a que estão expostas, pois suas causas não são simples de serem atacadas. Encontrou-se que a escola é um espaço que promove as boas práticas de saúde porque favorece as oportunidades de ensino e mudanças de maus hábitos alimentícios ou de realização de atividade física. Devido a isso, focar as estratégias nesse cenário pode ajudar o enfermeiro a ter resultados positivos. Além disso, precisa ser criativo nas suas atividades de intervenção, conhecendo a realidade da sua população, as coisas que gostam fazer e os grupos sociais onde eles se relacionam, isso vai lhe permitir criar estratégias efetivas usando aqueles fatores de riscos encontrados, convertendo-os em fortalezas e oportunidades de promoção e prevenção.

O ambiente obesogênico, caracterizado pelo consumo de alimentos hipercalóricos processados, que é facilitado pela disponibilidade desses produtos nos lares, que agregam estilo de vida sedentário, fatores que levam ao sobrepeso, obesidade e distúrbios alimentares, por isso, a prevenção dessas condições consiste em restringir o consumo desses produtos por meio de políticas públicas, programas escolares e educação em casa, além de estimular alimentos saudáveis, ricos em nutrientes e a prática de exercícios físicos.

Além disso, o enfermeiro tem que se posicionar nos espaços de tomada de decisão para aportar na elaboração de políticas públicas que tenham influência positiva nas mudanças de estilos de vida, pois eles ao ter esse contato direto com

a população são cientes da realidade e dos problemas que afetam a saúde das crianças e ao se integrar nos equipes multidisciplinares podem propor políticas estimuladoras das estratégias de intervenção dos diferentes cenários. As principais causas de obesidade e seus fatores moduladores foram caracterizados, permanece o desafio implementar intervenções de enfermagem junto a essas crianças e famílias de forma efetiva.

9. REFERENCIAS

ABRAMS, S. A; HAWTHORNE, K. M; PAMMI, M; A Systematic Review of Controlled Trials of Lower-Protein or Energy-Containing Infant Formulas for Use by Healthy Full-Term Infants. **Adv Nutr**. v. 6, n. 2, p. 178–188, 2015.

ALBA-MARTIN, R; et al. Prevalência de obesidade infantil y hábitos alimentarios em educacion primaria. **Rev. Trim. de Enf**, n.42, v.22, p. 40-51, 2016.

AHRENS, W; PIDEGOT, I; POHLABELN, H; De HENAUW, S; LISSNER, L; MOLNÁR, D; MORENO, LA; TORNARITIS, M; VEIDEBAUM, T; SIANI, A; IDEFICS consortium. Prevalence of overweight and obesity in European children below the age of 10. **Int J Obes (Lond)**. v. 38, n. Suppl. 2, p. S99-107, 2014. DOI: 10.1038/ijo.2014.140

AHUMADA-SAUCEDO, Juana Cecilia; TREJO-ORTIZ, Perla María; FLORES-PENA, Yolanda. Percepción materna del peso del hijo preescolar con sobrepeso - obesidad. **Rev Cubana Enfermer**, Ciudad de la Habana, v. 32, n. 2, p. 272-280, jun. 2016. Disponible en <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192016000200014&lng=es&nrm=iso>. Accedido en 28 Dic. 2019.

ALONSO, M. A. M; GONZÁLEZ-JIMÉNEZ, E. Valoración del estado nutricional, resistencia insulínica y riesgo cardiovascular en una población de adolescentes de las ciudades de Granada y Almería. **Nutr Hosp**, v.28, n.3, p.802-806, 2013.

ANGELO, J. K; EGAN, R; REID, K. Essential knowledge for family caregivers: a qualitative study. **Int J Palliat Nurs**, n.19, v.8, p.383-388, 2013.

ARANCETA-BARTRINA, Javier; PÉREZ-RODRIGO, Carmen. Determinants of childhood obesity: anibes study. **Nutr Hosp**. v. 33, n. Supl. 4, p. 17-20, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.339>

ARÉVALO, M. T. V.; MUÑOZ, A. F. O; CUEVAS, J. R. T. Medición de hábitos saludables y no saludables en niños: Síntesis de la información utilizando indicadores y conglomerados. **Revista mexicana de trastornos alimentarios**, v.9, n.2, p.264-276, Dic. 2018.

ASCHBRENNER, K. A; NASLUND, J. A; BARRE, L. K; MUESER, K. T; KINNEY, A; BARTELS, S. J. Peer health coaching for overweight and obese individuals with serious mental illness: intervention development and initial feasibility study. **Translational Behavioral Medicine**. v. 5, n. 3, p. 277-284, Sep 2015. DOI:10.1007/s13142-015-0313-4.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011, 229 p.

BARRERA-DUSSÁN, N; FIERRO-PARRA, E. P; PUENTES-FIERRO, L. Y; RAMOS-CASTAÑEDA, J. A. Prevalencia y determinantes sociales de malnutrición en menores de 5 años afiliados al Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales (SISBEN) del área urbana del municipio de Palermo en Colombia, 2017. **Univ. Salud**. V. 20, n. 3, p. 236-246, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.182003.126>.

BAZÁN, M. S. A.; et al. Factors associated overweight and childhood obesity in Spain according to the latest national health survey. **Escola Anna Nery**, n. 21, v. 22, p.1-6, 2018.

BELMONTE-CORTÉS S. Role of the Health Administration in food communication and education. **Revista Española de Comunicación en Salud**, n.1, v.7, p. 65-67, 2016. Disponível em: <https://erevistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/view/3211/1890>. Acesso em: 17 feb 2019.

BLÜHER, Matthias. Obesity: global epidemiology and pathogenesis. **Nat Rev Endocrinol**. V. 15, p. 288–298, 2019. doi:10.1038/s41574-019-0176-8.

BOMBERG, E.; BIRCH, L.; ENDENBURG, N.; GERMAN, A. J.; NEILSON, J.; SELIGMAN, H.; TAKASHIMA, G.; DAY, MJ. The Financial Costs, Behaviour and

Psychology of Obesity: A One Health Analysis. **J Comp Pathol.** v. 156, n. 4, p. 310-325, May 2017. DOI:10.1016/j.jcpa.2017.03.007.

BONILLA, C; et al. Intervenciones para prevenir la aparición de sobrepeso y obesidad en niños menores de cinco años. **Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública**, n.4, v.34, p. 682-689, 2017.

BRACAMONTES-CASTELO, G; BACARDÍ-GASCÓN, M; JIMÉNEZ CRUZ, A. Effect of water consumption on weight loss: a systematic review. **Nutr Hosp.** v. 36, n. 6, p. 1424-1429, Dec 2019. DOI:10.20960/nh.02746.

BRAGA, V. A. S., et al. Nursing interventions with people with obesity in Primary Health Care: An integrative review. **Rev Esc Enferm USP**, v.51, n.1, p.1-11, 2017.

BRAITHWAITE, Irene; STEWART, Alistair W; HANCOX, ROBERT J; BEASLEY, Richard; MURPHY, Rinki; MITCHELL, Edwin A; The ISAAC Phase Three Study Group. The Worldwide Association between Television Viewing and Obesity in Children and Adolescents: Cross Sectional Study. *Plos One.* v. 8, n. 9, p. e74263, Sept 2013. DOI:10.1371/journal.pone.0074263.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Brasília: MS; 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 38). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf. Acesso em: 17 feb 2019.

_____. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf. Acesso em: 17 feb 2019.

_____. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf. Acesso em: 17 fev 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnps_revisao_portaria_687.pdf. Acesso em: 17 fev 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança : orientações para implementação / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_Nacional_de_Atencao_Integral_a_Saude_da_Crianca_PNAISC.pdf . Acesso em 15 Abr 2019

BRIANÇON-MARJOLLET, A; WEISZENSTEIN, M; HENRI, M; THOMAS, A; GODIN-RIBUOT, D; POLAK, J. The impact of sleep disorders on glucose metabolism: endocrine and molecular mechanisms. **Diabetology & Metabolic Syndrome**. v. 7, n. 25, p. 1-17, 2015.

CAMACHO-GUERRERO, I; RODRÍGUEZ-ZEPEDA, J. J; OSWALDO-SÁNCHEZ, E; RODRÍGUEZ-ARELLANO, M. E; MUSALEM-YOUNES, C. Prevalencia de obesidad en preescolares, escolares y adolescentes en el Hospital Regional Licenciado Adolfo López Mateos del ISSSTE. **Rev Esp Méd Quir**. v. 20, n. 2, p. 152-157, 2015.

CAPPELACCI, M. C; et al. Relación entre estado nutricional, nivel de actividad física y desarrollo psicomotor en pré-escolares. **Nutrición Hospitalaria**, n.6, v.30, p.1313-1318, 2014, 2014.

CARAZA, Karla L. Chávez; RODRIGUEZ DE ITA, Julieta; SANTOS GUZMÁN, Jesús; SERGOVIA AGUIRRE, Javán G; ALTAMIRANO MONTEALVO, Diana C; MATÍAS BARRIOS, Víctor M. Alteración de la percepción del estado nutricional por parte de padres de preescolares: un factor de riesgo para obesidad y sobrepeso. [ONLINE]. **Arch argent pediatr**. v. 114, n. 3, p. 237-42, Jun. 2016. [Acceso en: 15 de Enero del 2020]. Disponible en: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2016/v114n3a08e.pdf>

CARDENAS SANCHEZ, D.; CALVO BETANCUR, V. D.; FLOREZ GIL, S.; SEPULVEDA HERRERA, D. M.; MANJARRES CORREA, L. M. Consumo de bebidas azucaradas y con azucar anadida y su asociacion con indicadores antropométricos en jovenes de Medellin (Colombia). **Nutr Hosp**. v. 36, n. 6, p. 1346-1353, 2019. Doi:10.20960/nh.02671

CASONATTO, Juliano; FERNANDES, Rômulo Araújo; BATISTA, Mariana Biagi; CYRINO, Edilson Serpeloni; COELHO-E SILVA, Manuel Joao; DE ARRUDA, Miguel; VAZ RONQUE, Enio Ricardo. Association between health-related physical fitness and body mass index status in children. **J Child Health Care**. v. 20, n. 3, p. 294-303, Sept. 2015. DOI: 10.1177/1367493515598645.

CATALDO, R.; HUANG, J.; CALIXTE, R.; WONG, A.; BIANCHI-HAYES, J.; PATI, S.; Effects of overweight and obesity on motor and mental development in infants and toddlers. *Pediatr Obes*. 2015 oct 21. Doi: 10.1111/ijpo.1207.

CHATURVEDI Sanjay. Silent drivers of childhood obesity in India. **Indian J Public Health**. v. 63, p. 91-93, 2019. DOI: 10.4103/ijph.IJPH_155_19.

_____ ; RAMJI, S; ARORA, N. K: REWAL, S; DASGUPTA, R; DESHMUKH, V; INCLEN study group. Time-constrained mother and expanding market: Emerging model of under-nutrition in India. **BMC Public Health**. v.16, n. 632, 2016. Disponible en: <<https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2016/eim161k.pdf>>. Fecha de acceso: 31 Dic 2019. DOI: 10.1186/s12889-016-3189-4.

CHIANG-HANISKO, L; et al. Guidance for using mixed methods design in nursing practice research. **Appl Nurs Res**, n.1, v.31, p.1-5, 2016.

CIEŚLA, E; MLECZKO, E; BERGIER, J; MARKOWSKA, M; NOWAK-STARZ, G. Health-related physical fitness, BMI, physical activity and time spent at a computer screen in 6 and 7-year-old children from rural areas in Poland. **Ann Agric Environ Med**. v. 21, n. 3, p. 617–621, 2014. doi: 10.5604/12321966.1120613.

CORDERO, M. L; CESANI, M. F. Sobrepeso, obesidad y salud percibida en contextos de pobreza de Tucumán, Argentina. **Salud Colectiva**, n.3, v.14, p.563-578, 2018.

CRESWELL, JW. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2010.

DANTA, C. N; SANTOS, V. E. P; TOURINHO, F. S. V. Nursing consultation as a technology for care in light of the thoughts of Bacon and Galimberti. **Texto Contexto Enferm** [Internet] n.1, v.25, pg.1-8, 2016. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/en_0104-0707-tce-25-01-2800014.pdf. Access in: 12 feb 2019

De la TORRE QUIRALTE, Maria de los Llanos; ABUBACRIN BANANI, Abdala; CASTILLO CASTRO, Ronald Adhemar; CASTILLO CASTRO, Roxana Lidia. Los padres de los niños obesos, ¿necesitan gafas? [ONLINE]. **Rev Pediatr Aten Primaria**, Madrid, España. v. 19, n. 73, p. 43-47, En.-Mar. 2017. [Consultado: 5 de Enero de 2020]. ISSN: 1139-7632. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3666/366650374006>

DE ARRUDA MOREIRA, M.; COELHO CABRAL, P; DA SILVA FERREIRA, H; CABRAL DE LIRA, H. Prevalence and factors associated with overweight and obesity in children under five in Alagoas, Northeast of Brazil; a population-based study. **Nutr Hosp**. V. 29, n. 6, p. 1320-6, Jun 2014. Doi:10.3305/nh.2014.29.6.7303.

DELGADO-FLOODY, P; et al. La obesidad infantil y su asociación con el sentimiento de infelicidad y bajos niveles de autoestima en niños de centros educativos públicos. **Nutrición Hospitalaria**, n.3, v.35, p.533-537, 2018.

DIAS, J. D; et al. Serious games as an educational strategy to control childhood obesity: a systematic literatura review. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, n1., v.26, p.1-10, 2018.

DÖRING N; et al. **Primary prevention of childhood obesity through counselling sessions at Swedishchild health centres: design, methods and base line simple characteristics of the PRIMROSE cluster-randomised trial.** **BMC PublicHealth** [Internet], n.1, v.14, p.1.13, 2014. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3995501/> Access in: 17 feb 2019.

DUARTE, L.S; et al. Maternal perception of their child's nutritional status at less than three years old. **Rev Esc Enferm USP**, n.5, v.50, p.771-778, 2016.

DURAN AGUERO, Samuel; CEDIEL GIRALDO, Gustavo; BRIGNARDELLO GUERRA, Jerusa. Relationship between nutritional status and sleep duration in Chilean school-age children. **ALAN**, Caracas , v. 67, n. 1, p. 01-05, marzo 2017 . Disponible en <http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222017000100001&lng=es&nrm=iso>. accedido en 02 marzo 2020.

DURÁN AGUERO, Samuel; HARO RIVERA, Pablo. Asociación entre cantidad de sueño y obesidade em escolares Chilenos. **Arch. Argent. Pediatr**, Argentina, v. 114, n. 2, p.114-119, Abr 2016. DOI: 10.5546/aap.2016.eng.114

FAÉ, Rogério; CAMARA, Guilherme Dornelas; ROSA, Diego D'Avila da. A reorganização do trabalho em rio grande-rs a partir da implementação da indústria naval. **REAd. Rev. eletrôn. adm. (Porto Alegre)**, Porto Alegre , v. 24, n. 3, p. 102-129, set. 2018 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-23112018000300102&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 20 fev. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-2311.213.84252>.

FALBE, Jennifer; WILLET, Walter C; ROSNER, Bernard; GORTMAKER, Steve L; SONNEVILLE, Kendrin; FIELD, Alison E. Longitudinal relations of television, electronic games and digital versatile discs with changes in diet in adolescents. **Am J Clin Nutr.** v. 100 n. 1, p. 1173-1181, 2014. DOI: 10.3945/ajcn.114.088500

FARPOUR-LAMBERT, N. J; HASSAPIDOU, M; HOLM, J. C; NOWICKA, P; O'MALLEY, G; WEISS, R. Childhood Obesity Is a Chronic Disease Demanding Specific Health Care—a Position Statement from the Childhood Obesity Task Force (COTF) of the European Association for the Study of Obesity (EASO). **Obes Facts.** v. 8, n. 5, p. 342–349, 2015. DOI: 10.1159/000441483.

FARRO, K; et al. Elevado consumo de azúcares y grasas em niños de edad preescolar de Panamá: Estudio transversal / High sugar and fat consumption among preschool age children in Panama: A cross-sectional study. **Revista Chile Nutr;** v.45, n.1, p.7-16, 2018.

FERRARI G.L; et al. Prevalence and factors associated with body mass index in children aged 9-11 years. **J Pediatr,** v.93, n.6, p.601-609, 2017.

FLORES-PENA, Yolanda; AGUADO-BARRERA, Miguel E; CERDA-FLORES, Ricardo M; CORTÉS-GUTIÉRREZ, Elva I; DÁVILA-RODRÍGUEZ, Martha I. Percepción materna del peso del hijo y de niños no emparentados menores de un año. **Rev Atención Primaria,** v.48, n. 9, p.579-585, Nov 2016. DOI: 10.1016/j.aprim.2015.10.003

_____; ACUÑA-BLANCO, América; CÁRDENAS-VILLARREAL, Velia M; AMARO-HINOJOSA, Marily D; PÉREZ-CAMPA, María E; ELENES-RODRÍGUEZ, Jesús R. Asociación de la percepción materna del peso del hijo y estilos maternos de alimentación infantil. **Nutrición Hospitalaria.** v. 34 n.1 p. 51-58, Feb 2017. ISSN: 0212-1611 DOI: doi: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.975>

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica.** Fortaleza: UECE, 2002. 127 p. Apostila.

FUNG, J. **O código da obesidade**: Decifrando os segredos da prevenção e cura da obesidade / Jason Fung; tradução Richard Sanches. - São Paulo: nVersus, 2018.

GALVÁN ITM, BLÁZQUEZ FP. Incidencia de la percepción de los padres sobre los estilos educativos parentales en el sobrepeso y obesidad infantil. **Revista Electrónica de Psicología Iztacala**. v. 21, n. 1, p. 69-81, 2018.

GAMBOA-DELGADO, E. M; GONZÁLEZ DE COSSÍO, T; COLCHERO-ARAGONÉS, A. Riesgo de sobrepeso en niños pré-escolares beneficiarios de programas de ayuda alimentaria. **Revista de Salud Pública**, n.4, v.18, p.643-655, 2016.

GARCIA RODRIGUEZ, Keytel. Influencia de los factores psicológicos y familiares en el mantenimiento de la obesidad infantil. **Rev. Mex. de trastor. aliment**, Tlalnepantla , v. 9, n. 2, p. 221-237, dic. 2018. Disponible en <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232018000200221&lng=es&nrm=iso>. accedido en 03 marzo 2020. <http://dx.doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2018.2.503>.

GONZAGA, N. C; et al. Enfermagem: promoção da saúde de crianças e adolescentes com excesso de peso no contexto escolar. **Rev Esc Enferm USP**, n.1, v.48, p. 157-165, 2014.

GORIN, A. A; et al. Steps to Growing Up Healthy: a pediatric primary care based obesity prevention program for Young children. **BMC PublicHealth** [Internet] n.72, v.14, p. 90-97, 2014. Available online: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3933325/> Access in: 14 feb 2019

GRAY, D. E. Pesquisa no mundo real / David E. Gray; tradução: Roberto Cataldo Costa; revisão técnica: Dirceu da Silva. 2 ed. Porto Alegre: Penso, 2012. 488 p.

HALE, L; GUAN, S. Screen time and sleep among school-aged children and adolescents: a systematic literature review. **Sleep Med Rev.** v. 21, p. 50-58, 2015.

HAWKES, C; SMITH, T. G; JEWELL, J; WARDLE, J; HAMMOND, R. A; FRIEL, S; THOW, A. M; KAIN, J. Smart food policies for obesity prevention. **Lancet.** v. 385 n. 9985, p. 2410-2421, Jun 2015. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)61745-1.

HEMATI, Zeinab; MOZAFARIAN, Nafiseh; HESHMAT, Ramin; AHADI Zeinab; MOLAGH, Mohammad Esmaeil; ZIAODINI, Hasan; et al. Association of sleep duration with metabolic syndrome and its components in children and adolescents; a propensity score-matched analysis: the CASPIAN STUDY. **Diabetology & Metabolic Syndrome.** v. 78, n. 10, Nov 2018. ISSN: 1758-5996. Disponible en: <<https://dmsjournal.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s13098-018-0381-y>>. Fecha de acceso: 25 Dec. 2019. DOI:10.1186/s13098-018-0381-y.

HONORIO, R. F; COSTA MONTEIRO HADLER, M. C. Factors associated with obesity in Brazilian children enrolled in the School Health Program: a case-control study. **Nutrición Hospitalaria**, n.3, v.30, p.526-534, 2014. ISSN: 0212-1611. DOI:10.3305/nh.2014.30.3.7095.

HORST, K. V. D.; SLEDDENS, E. F. C. Parenting styles, feeding styles and food-related parenting practices in relation to toddlers' eating styles: A cluster-analytic approach. **PLOS ONE.** v. 12, n. 5, p. 1-16, May 2017. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0178149>

IBGE. Cidades. **INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA.** [Internet] Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br/232k7>>. Acesso em: 20 Feb. 2020.

IOB. Medicamentos que aumentan el peso. **Instituto de Obesidade.** [Internet] 19 Diciembre del 2017. Disponible en: <<https://institutodeobesidad.com/2017/12/19/medicamentos-aumentan-peso/>>. Access date: January 20, 2020.

JARAMILLO-ESPINOSA, L; VASQUEZ-TRESPALACIOS, E. L; ALFARO-VELÁSQUEZ, J. M. Uso temprano de antibióticos en la infancia y obesidad pediátrica: revisión sistemática de la literatura. **Infectio**. V. 23, n. 4, p. 357-63, 2019. Doi:10.22354/in.v23i4.811.

KAMINSKY, L; DEWEY, D. The association between body mass index and physical activity, and body image, self-esteem and social support in adolescents with type 1 diabetes. **Canadian Journal Diabetes**, n.4, v.38, p.244-249, 2014.

KIM, Tae Won; JEONG, Jong-Hyun; HONG, Seung-Chul. The impact of sleep and circadian disturbance on hormones and metabolism. **Int J Endocrinol**. v. 2015, n. 591729, p. 1-9, Mar. 2015. DOI: 10.1155/2015/591729

KLEINERT, S; HORTON, R. Rethinking and reframing obesity. **Lancet**. v. 385, n. 9985, p. 2326–2328, 2015.

KUMAR, S; AARON, S. K. Review of Childhood Obesity: From Epidemiology, Etiology, and Comorbidities to Clinical Assessment and Treatment. **Mayo Clinics**. v. 92, n. 2, p. 251–65, 2017.

KUNWAR, R; MINHAS, S; MANGLA, V. Is obesity a problem among school children?. **Indian J Public Health** [ONLINE] 2018 [cited 2019 Dec 31]; v. 62, n. 2, p. 153-155, 2018. Available from: <http://www.ijph.in/text.asp?2018/62/2/153/234510>.

LAHEY, R; KHAN, S. Trends in obesity and risk of cardiovascular disease. **Curr Epidemiol Rep**. v. 5, n. 3, p. 243-51, Sept 2018. DOI: 10.1007/s40471-018-0160-1.

LARQUÉ, E; LABAYEN, I; WIDHALM, K. From conception to infancy — early risk factors for childhood obesity. **Nature Reviews Endocrinology**. v.15, p. 456–478, 2019.

LEBLANC, Allana G; KATZMARZYK, Peter T; BARREIRA, Tiago V; BROYLES, Stephanie T; CHAPUT, Jean-Philippe; CHURCH, Timothy S; et al. Correlates of Total Sedentary Time and Screen Time in 9-11 Year-Old Children around the World: The International Study of Childhood Obesity, Lifestyle and the Environment. **PLoS One**. v. 10, n. 6, p. 1-20. DOI: 10.1371/journal.pone.0129622.

LITTLE, P; et al. An internet-based intervention with brief nurse support to manage obesity in primary care (POWeR+): a pragmatic, parallel-group, randomised controlled trial. **Lancet Diabetes Endocrinol**, n.10, v.4, p.821-828, 2016.

LOBSTEIN, T; JACKSON-LEACH, R; MOODIE, M. L; HALL, K. D; GORTMAKER, S. L; SWINBURN, B. A; JAMES, P. T; WANG, Y; MCPHERSON, L. Child and adolescent obesity: part of a bigger picture. **Lancet**. v. 9986 n. 385 p. 2510–20, Jun 2015. DOI:10.1016/S0140-6736(14)61746-3.

LOPRINZI, P. D; SCHARY, D. P; BEETS, M. W.; LEARY, J.; CARDINAL, B. J. Association Between Hypothesized Parental Influences and Preschool Children's Physical Activity Behavior. **American Journal of Health Education**. v. 44, n. 1, p. 9-18, Jan 2013. Doi: <https://doi.org/10.1080/19325037.2012.749685>

LÓPEZ, J; RAMÍREZ, J; GEA, A. Aproximación socio- antropológica a la obesidad infantil: estudio de caso en dos colegios de Valencia (España). **Rev Nutr**. v. 28, p. 155-163, 2015.

MADJD, A; TAYLOR, M. A; DELAVARI, A; MALEKZADEH, R; MACDONALD, I. A; FARSHCHI, H. R. Beneficial effects of replacing diet beverages with water on type 2 diabetic obese women following a hypo-energetic diet: A randomized, 24-week clinical trial. **A Journal of Pharmacology and Therapeutics**. v.19, n. 1, p. 125-132, 2016. ISSN 1463-1326. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/dom.12793/abstract>. Fecha de acceso: 13 Jan. 2020. DOI:<https://doi.org/10.1111/dom.12793>.

MADJD, A; TAYLOR, M. A; DELAVARI, A; MALEKZADEH, R; MCDONALD, I. A.; FARSHCHI, H. Effects on weight loss in adults of replacing diet beverages with water

during a hypoenergetic diet: a randomized, 24-wk clinical trial. **Am J Clin Nutr.** v. 102, n. 6, p. 1305-1312, Dec 2015. DOI: 10.3945/ajcn.115.109397.

MADJD, A; TAYLOR, M. A; DELAVARI, A; MALEKZADEH, R; MACDONALD, I. A; FARSHCHI, H. R. Effects of replacing diet beverages with water on weight loss and weight maintenance: 18-month follow-up, randomized clinical trial. **Int J Obes (Lond).** v. 42, n. 4, p. 835-840, Apr 2018. DOI: 10.1038/ijo.2017.306.

MAMELI, C; MAZZANTINI, S; ZUCCOTTI, G. V. Nutrition in the first 1000 days: The origin of childhood obesity [ONLINE]. **Int J Environ Res Public Health.** v.13. n. 9, p. 1-9, Aug 2016. Disponible en: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5036671/pdf/ijerph-13-00838.pdf>>. Fecha de acceso: 31 Dec. 2019. DOI: 10.3390/ijerph13090838.

MANIOS, Y; ANDROUTSOS, O; KATSAROU, C; VAMPOULI, E. A; KULAGA, Z; GURZKOWSKA, B; IOTOVA, V; USHEVA, N; CARDON, G; KOLETZKO, B; MORENO, L. A; DE BOURDEAUDHUIJ, I. Prevalence and sociodemographic correlates of overweight and obesity in a large Pan-European cohort of preschool children and their families: The ToyBox-study. **Nutrition.** v. 55-56, p. 192-198 Nov. 2018. ISSN 0899-9007. doi: 10.1016/j.nut.2018.05.007.

MARTÍNEZ-GARCÍA, A; PEREYRA-ZAMORA, P; TRESCASTRO-LÓPEZ, E. M; GALIANA-SÁNCHEZ, M. E; IBARRA-RIZO, M. Relación del micro-ambiente obesogénico con el exceso de peso: estudio piloto en la población de una ciudad del sureste español. **An Venez Nutr.** v. 30, n. 2, p. 92 -98, 2017.

MARTÍNEZ-VILLANUEVA, J.; GONZÁLEZ-LEALA, R.; GABRIEL, J. A.; MARTOS-MORENO, Á. La obesidad parental se asocia con la gravedad de la obesidad infantil y de sus comorbilidades. **Anales de Pediatría.** v. 90, n. 4, p. Pages 224-31, Abr 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2018.06.013>

MARTINS, Solismar Fraga; PIMENTA, Margareth de Castro Afeche. A constituição espacial de uma cidade portuária através dos ciclos produtivos industriais – O caso do município de Rio Grande (1874-1970). **Revista Brasileira de Estudos Urbanos e**

Regionais, Recife, v.6, n.1, p. 85-100, 2004. Disponível em:
<<http://repositorio.furg.br:8080/1/810>>. Acesso em: 20 Fev. 2020.

MARTOS-MORENO, G. Á; SERRA-JUHÉ, C; PÉREZ-JURADO, L. A; ARGENTE, J. Aspectos genéticos de la obesidad. **Rev Esp Endocrinol Pediatr**. v. 8 n. 1, p. 21-32, 2017.

MASSIMI, A; et al. Are community-based nurse-led self-management support interventions effective in chronic patients? Results of a systematic review and meta-analysis. **PLoS One**, n.3, v.12, p.1-22, 2017. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5345844/> Access in: 10 May 2018

MARCOS, M. L. T; et al. Eficacia de las estrategias de motivación en el tratamiento del sobrepeso y obesidad. **NutrHosp**, n.4, v.30, p.741-748, 2014. Disponible en:
<http://www.aulamedica.es/nh/pdf/7704.pdf> Acceso en: 10 May 2018

MELO, V. A. A.; RIBEIRO, M. A. Obesidade Infantil: Interscoes familiares e ciclo de vida numa perspectiva sistêmica. 1 ed. Curitiba: Appris, 2016 113p.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde para a enfermagem. **Texto e Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, vol. 17, n. 4, p. 758-764, out./dez. 2008.

MIKKELSEN, K; ALLIN, K; KNOP, F. Effect of antibiotics on gut microbiota, glucose metabolism and body weight regulation: a review of the literature. **Diabetes Obes Metab**. v. 18, n. 5, p. 444-453, 2016.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**. São Paulo (SP), v. 5, n. 7, p. 01-12, abril. 2017. Disponível em: <http://rpq.revista.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82>.

MOREIRA, M. A., et al. Prevalence and factors associated with overweight and obesity in children under five in Alagoas, Northeast of Brazil: a population-based study. **Nutrición Hospitalaria**, n.6, v.29, p. 1320-1326, 2014.

MUSAIGER, O., et al. **Prevalence of overweight and obesity among adolescents in eight Arab countries: comparison between two international standards (ARABEAT-2)**. *Nutr Hosp* 2016; 33(5):1062-5.

MUROS, J. J; COFRE-BOLADOS, C; ZURITA-ORTEGA, F; CASTRO-SÁNCHEZ, M; LINARES-MANRIQUE, M; CHACÓN-CUBEROS, R. Relación entre condición física, actividad física y diferentes parámetros antropométricos en escolares de Santiago (Chile). **Nutr Hosp**. v. 33, p. 314-318, 2016.

NCD-RISC. NCD RISK FACTOR COLLABORATION. Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults. **Lancet** v. 390, p. 2627–2642, Dec 2017. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)32129-3.

NERI, L. C. L.; MATTAR, L. B. F.; YONAMINE, G. H.; DA NASCIMENTO, A. G.; DA SILVA, A. P. A. **Obesidade infantil**. Barueri, SP: Editora Manole Ltda, 1ª Edição - 2017.

OGDEN, C.L., et al. Prevalence of childhood and adult obesity in the United States, 2011-2012. **JAMA**, v.311, no.8, p.806-14, Feb. 2014.

OMS. Obesidad y sobrepeso. **Organización Mundial de la Salud**. [Internet] Enero de 2015. Disponible en: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>>. Acceso en: 25 may 2018.

_____. Informe de la Comisión para acabar con la obesidad infantil [Internet]. Ginebra: OMS; 2016. Disponible en: <<https://goo.gl/piHhsJ>>. Acceso en: 25 Mayo 2018

ORTEGA MIRANDA, Edali Gloria. Alteraciones psicológicas asociadas a la obesidad infantil. **Rev Med Hered**, Lima , v. 29, n. 2, p. 111-115, abr. 2018 . Disponible en <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2018000200009&lng=es&nrm=iso>. Accedido en 31 enero 2020. <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/rmh.v29i2.3352>.

ORTIZ-MARRÓN, Honorato; ORTIZ-PINTO, Maira Alejandra; CUADRADO-GAMARRA, José I.; ESTEBAN-VASALLO, María; CORTÉS-RICO, Olga; REY-GAYO, Loreto; ORDOBÁS, María; GALÁN, Iñaki. Persistencia y variación del sobrepeso y la obesidad en la población preescolar de la Comunidad de Madrid tras dos años de seguimiento. Cohorte ELOIN. *Rev Esp Cardiol. España*, v. 71, n. 11, p. 902-909, Feb 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2018.04.038>

PARUTHI, S; BROOKS, L. J; D'AMBROSIO, C; HALL, W. A; KOTAGAL, S; LLOYD, R. M; MALOW, B. A; MASKI, K; NICHOLS, C; QUAN, S. F; ROSE, C. L; TOESTER, M. M; WISE, M. S. Consensus Statement of the American Academy of Sleep Medicine on the Recommended Amount of Sleep for Healthy Children: Methodology and Discussion. **J Clin Sleep Med**. v. 12, n. 11, p. 1549-1561, Nov. 2016. DOI:10.5664/jcsm.6288

PATRO- GOLAB, B; ZALEWSKI, B. M; KOUWENHOVEN, S. M; KARAS, J; KOLETZKO, B; BERNAND VAN GOUDEVER, J; SZAJEWSKA, H. Protein concentration in milk formula, growth, and later risk of obesity: a systematic review. **J. Nutr**. v. 146, n. 3, p. 551–564, 2016. DOI: 10.3945/jn.115.223651..

PHELAN, S. M; BURGUESS, D. J; YEAZEL, M. W; HELLERSTEDT, W. L; GRIFFIN J. M; van RYN M . Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. **Obes. Rev**. v. 16 n. 4, p. 319–326, 2015. DOI:10.1111/obr.12266.

PÉREZ-GIL ROMO, S. E; ESPARZA, J. I. M; JUÁREZ, A. G. R. Obesidad y alimentación: percepción de um grupo de niños y niñas de la costa de Oaxaca. **Rev. Inf. Imag**, v.11, n.2, p.16-26, Jul.-Dic. 2012.

PORTOSRS. Porto do Rio Grande. **PORTOS DO RIO GRANDE DO SUL**. [Internet]. Disponível em: <http://www.portosrs.com.br/site/sobre_porto_municipio_rg.php>. Acesso em: 20 fev. 2020.

RAMON-ARBUÉS, Enrique; MARTINEZ ABADÍA, Blanca; GRANADA LÓPEZ, José Manuel; ECHANIZ SERRANO, Emmanuel; PELLICER GARCÍA, Begoña; JUAREZ VELA, Raúl; GUERRERO PORTILLO, Sandra; SAEZ GUINOVA, Minerva. Conducta alimentaria y su relación con el estrés, la ansiedad, la depresión y el insomnio en estudiantes universitarios. **Nutrición Hospitalaria**. v. 36, n. 6, p. 1339-1345, Nov.-Dec. 2019. ISSN 0212-1611. Disponible en: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7198108>>. Fecha de acceso: 31 dic. 2019.

RAMIRO-GONZÁLEZ, María D; SANZ-BARBERO, Belén; ROYO-BORDONADA, Miguel Ángel. Exceso de peso infantil en España 2006-2012. Determinantes y error de percepción parental. **Revista Española de Cardiología**. v. 70, n. 8, p. 656-663, 2016. DOI: 10.1016/j.recesp.2016.11.017

RAMÍREZ-IZCOA, A., et al. Prevalencia y factores asociados a sobrepeso y obesidad infantil en escuelas públicas y privadas de Tegucigalpa, Honduras. **Ver Chil Nutr**, vol.44, n.2, p.161-169, 2017.

RAMIREZ PASTORE, L; GOTZ, S; SEQUERA, V. G; RIERA, J; PASTORE, B; VERA, N; CASTAÑO, L. Percepción materna del estado nutricional de sus hijos que acuden a un consultorio pediátrico, Asunción, 2018. **Pediatría (Asunción)**. v. 45, n. 3, p. 217-222, Dic 2018. DOI: 10.31698/ped.45032018005

RIBAS, S. A; SILVA L. C. S. Fatores de risco cardiovascular e fatores associados em escolares do Município de Belém, Pará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, n.3, p.577-586, mar. 2014.

RITTEN, A; WALDROP, J; KITSON, J. Fit living in progress—fighting life long obesity patterns (FLIP-FLOP): a nurse practitioner delivered intervention. **Rev Appl Nurs Res**, v.30, n.1, p.119-24, 2016.

ROBERTO, C. A; SWINBURN, B; HAWKENS, C; HUANG, T. T; COSTA, S. A; ASHE, M; ZWICKER, L; CAWLEY, J. H; BROWNELL, K. D. Patchy progress on obesity prevention: emerging examples, entrenched barriers, and new thinking. **Lancet**. v. 385, n. 9985, p. 2400–2409, 2015.

RODRÍGUEZ-VILLALBA, L; RAMÍREZ-VÉLEZ, R; CORREA-BAUTISTA, J. Estado nutricional y etapas de cambio comportamental frente a la actividad física en niños y adolescentes de Bogotá, Colombia: estudio FUPRECOL. **Rev Nutr Hosp**, vol.33, n.5, p. 1066-1073, 2016.

ROSEN, L.D.; LIM, A. F.; FELT J.; CARRIER, L.M.; CHEEVER, N. A.; LARA-RUIZ, J. M.; MENDOZA, J. S.; ROKKUM, J. Media and technology use predicts ill-being among children, preteens and teenagers independent of the negative health impacts of exercise and eating habits. *Comput Human Behav.* v. 35, p. 364–75, Jun 2015. DOI: 10.1016/j.chb.2014.01.036

RYAN, D; KAHAN, S. Guideline recommendations for obesity management. **Med Clin N Am**. v. 102, p. 49-63, 2018.. DOI: 10.1016/j.mcna.2017.08.006.

SAN MAURO, I., et al. Factores condicionantes del estado ponderal. **Rev Nutr Hosp**, España, v.31, n.1, p.178-184, 2015.

SÁNCHEZ-MARTÍNEZ, F., et al. FACTORES ASOCIADOS AL SOBREPESO Y LA OBESIDAD EN ESCOLARES DE 8 A 9 AÑOS DE BARCELONA. **Rev Esp Salud Pública**, v.90, n.1, p.1-11, Dic. 2016.

SANCHEZ ARENAS, Jaime Javier; RUIZ MARTINEZ, Ana Olivia. Relación entre autoestima e imagen corporal en niños con obesidad. **Rev. Mex. de trastor. aliment**, Tlalnepantla , v. 6, n. 1, p. 38-44, jun. 2015. Disponible em <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-

15232015000100038&lng=pt&nrm=iso>. acessos
em 03 mar. 2020. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmta.2015.05.006>.

SANINE, P. R., et al. Do preconizado à prática: oito anos de desafios para a saúde da criança em serviços de atenção primária no interior de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.34, n.6, p.1-15, Jun. 2018.

SANNA, M.C. Os processos de trabalho em enfermagem. **Rev Bras Enferm.** v.620, n.2, p. 221-4, 2007.

SCHAEFER, L; PLOTNIKOFF, RC; MAJUMDAR, SR; MOLLARD, R; WOO, M; SADMAN, R; RINALDI, R. L; BOULE, N; TORRANCE, B; BALL, G. D; VEUGELERS, P; WOZNY, P; McCARGAR, L; DOWNS, S; LEWANCZUK, R; GLEDDIE, D; McGAVOCK, J. Outdoor Time Is Associated with Physical Activity, Sedentary Time, and Cardiorespiratory Fitness in Youth. **The Journal of Pediatrics**. v. 165, n. 3, p. 516-521, Sep. 2014. DOI: 10.1016/j.jpeds.2014.05.029

SEPÚLVEDA-VALBUENA, C. N.; LADINO-MELÉNDEZ, L. Práctica de actividad física, actividades sedentarias y hábitos alimentarios en escolares entre los 5 y 10 años com exceso de peso de um colegio en Bogotá, Colombia. **Revista de la Facultad de Medicina**, v.62, n.2, p.221 – 228, Abr. 2014.

SHAMAH-LEVY, Teresa et al. Sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes en México, actualización de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. **Salud Pública de México**, [S.l.], v. 60, n. 3, may-jun, p. 244-253, mayo 2018. ISSN 1606-7916. Disponible en:
<<http://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/8815>>. Fecha de acceso: 31 Dec. 2019. DOI:<http://dx.doi.org/10.21149/8815>.

SHAO, Xiaoqing; DING, Xiaolian; WANG, Bin; LI, Ling; AN, Xiaofei; YAO, Qiuming; SONG, Ronghua; ZHANG, Jin-an. Antibiotic Exposure in Early Life Increases Risk of Childhood. **Frontiers in Endocrinology**. v. 8, n. 170, p. 1-10, Jul 2017. DOI:10.3389/fendo.2017.00170

SHLOIM, N; EDELSON L. R; MARTIN, N; HETHERINGTON, M. M. Parenting styles, feeding styles, feeding practices, and weight status in 4-12 year-old children: A systematic review of the literature. **Front Psychol.** v. 6, n. 1849, Dec 2015. DOI: 10.3389/fpsyg. 2015.01849.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação. 3.ed. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção. Laboratório de Ensino a Distância. 2001. Disponível em: <<http://cursos.unipampa.edu.br/cursos/ppgcb/files/2011/03/Metodologia-da-Pesquisa-3a-edicao.pdf>>.

SOUSA L. A. P. A., et al. Obesidade infantil: o olhar dos enfermeiros inseridos na atenção básica. **Cult Cuidados**, v.19, n.41, p.147-56, 2015. Disponível em: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/46622/1/Cultura-Cuidados_41_17.pdf

SUAREZ RONDON, Mariela et al . Crecimiento pre y postnatal asociados a sobrepeso corporal en escolares de Bayamo. **Rev Cubana Invest Bioméd**, Ciudad de la Habana , v. 33, n. 2, p. 204-230, jun. 2014 . Disponível em <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002014000200011&lng=es&nrm=iso>. acessado em 03 marzo 2020.

TAVERAS, E; GILLMAN, M; PEÑA, M-M; REDLINE, S; RIFAS-SHIMAN S. Chronic sleep curtailment and adiposity. **Pediatrics. Pediatrics.** v. 133, n. 6, p. 1013-1022, 2014.

THABAULT, P.J; BURKE, P.J; ADES P.A. **Intensive Behavioral Treatment Weight Loss Program in an Adult Primary Care Practice.** J AM ASSOC NURSE PRACT. 2016;28(5):249-57.

TOPÇU, S., et al. Anxiety, depression and self-esteem levels in obese children: a case-control study. **J Pediatr Endocrinol Metab**, v.29, n.3, p.357-61, 2016.

TORRE QUIRALTE, María de los Llanos de la; ABUBACRIN BANANI, A; CASTILLO CASTRO, R. A.; CASTILLO CASTRO, R. L. Los padres de los niños obesos, ¿necesitan gafas?. **Rev Pediatr Aten Primaria**, Madrid, v. 19, n. 73, p. 43-47, marzo 2017. Disponible en <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322017000100006&lng=es&nrm=iso>. Accedido en 03 marzo 2020.

TREJO ORTÍZ, P. M. Percepción materna del peso del hijo preescolar con sobrepeso – obesidad [ONLINE]. **Revista Cubana de Enfermería**. v. 32, n. 2, Jun. 2016. ISSN 1561-2961. Disponible en: <<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/909/175>>. [Fecha de acceso: 30 dic. 2019].

TREMBLAY, Mark S.; et al. Canadian 24-Hour Movement Guidelines for Children and Youth: An Integration of Physical Activity, Sedentary Behaviour, and Sleep. **Appl Physiol Nutr Metab**. v. 41, n. Suppl. 3, p. S311–S27, June 2016. DOI: <https://doi.org/10.1139/apnm-2016-0151>

TRIVIÑOS, A. N. S. Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a Pesquisa Qualitativa em Educação – O Positivismo, A Fenomenologia, O Marxismo. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2009. 175p

UNICEF-CUBA. Fondos de las Naciones Unidad para la Infancia. Manejo práctico del sobrepeso y la obesidad en los niños y niñas. Estrategia para disminuir las enfermedades crónicas no transmisibles del adulto. Cuba; 2015. [citado 17/Feb/2019]. Disponible online: https://www.unicef.org/cuba/cu_folleto_obesidad_web.pdf

VALENCIA, D. G; et al. Identificación de factores predisponentes, reforzadores y capacitadores para una alimentación y actividad física adecuadas en escolares sonorenses. **Región y sociedad**, n.72, v.30, p.1-33, 2018.

VALLEJO, M; CORTÉS-RODRÍGUEZ, B. A; COLIN-RAMIREZ, E. Maternal underestimation of child's weight status and health behaviors as risk factors for

overweight in children. **J Pediatr Nurs**. v.30, n. 6, p. 29-33, 2015. DOI: 10.1016/j.pedn.2015.02.009.

VALVERDE, J. M. G; et al. Estudio en familias: factores ambientales y culturales asociados al sobrepeso y obesidad. **Revista trimestral de enfermería**, n.1, v.16, p.1-10, 2017.

van DER HORST, K; SLEDDENS, E. F. C. Parenting styles, feeding styles and food-related parenting practices in relation to toddlers' eating styles: A cluster-analytic approach. [ONLINE] **PLoS ONE**. V. 12 n. 5, 2017. Disponible en: <<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0178149>>. [Fecha de acceso: 30 dic. 2019]. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0178149>

VANDILLEN S. M., HIDDINK GJ. To what extent do primary care paractice nurses act as case managers life style counselling regarding weight management? A systematic review. **BMC FamParact**, v.15, n.197, p.1-9, 2014. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12875-014-0197-2>

VANDILLEN, S. M., et al. Examining the content of weight, nutrition and physical activity advices provided by Dutch paractice nurses in primary care: analysis of video taped consultations. **Eur J ClinNutr**, v.68, n.1, p.50-6, 2014.

VEGA-RODRÍGUEZ, P., et al. Estilo de vida y estado de nutrición en niños escolares. **Enfermería universitaria**, v.12, n.4, p.182-187, Dic. 2015.

VEGA, Juliana Bergamo; POBLACION, Ana Paula; TADDEI, José Augusto de Aguiar Carrazedo. Fatores associados ao consumo de bebidas açucaradas entre pré-escolares brasileiros: inquérito nacional de 2006. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 8, p. 2371-2380, Aug. 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000802371&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Jan. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015208.18032014>.

VILLE, Anette P; HEYMAN, Melvin B; MEDRANO, Rosalinda; WOJCICKI, Janet M. Early Antibiotic Exposure and Risk of Childhood Obesity in Latinos. **CHILDHOOD OBESITY**. v. 13, n. 3, p. 231-235, June. 2017. DOI: 10.1089/chi.2016.0235

WALTON, J; O'CONNOR, L; FLYNN, A. Cross-sectional association of dietary water intakes and sources, and adiposity: National Adult Nutrition Survey, the Republic of Ireland. **European Journal of Nutrition**. v. 58, n. 3, p. 1193-1201, Apr 2019. DOI: 10.1007/s00394-018-1635-z.

WHO. World Health Organization. (2010) Global recommendations on physical activity for health. Geneva: WHO press; 2010. Switzerland. ISBN 978 92 4 159 997 9. Available from <<https://www.who.int/dietphysicalactivity/global-PA-recs-2010.pdf>>. access on 25 Jan. 2020.

WHO; Multicentre Growth Reference Study Group. WHO Child Growth Standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length weight-forheight and body mass index-for-age: methods and development [Internet]. **World Health Organization**, Geneva, 2006 [cited 25 Mayo 2018]. Available from: http://www.who.int/childgrowth/standards/technical_report/en/

WONG, J. M. W; EBBELING, C. B; ROBINSON, L; FELDMAN, H. A; LUDWIG, D. S. Effects of Advice to Drink 8 Cups of Water per Day in Adolescents With Overweight or Obesity A Randomized Clinical Trial. **JAMA Pediatrics**. v. 17, n. 5, p. 1-9, May 2017. DOI: 10.1001/jamapediatrics.2017.0012

YARDLEY, L., et al. Randomised controlled feasibility trial of a web-based weight management intervention with nurse support for obese patients in primary care. **Int J Behav Nutr Phys Act**, v.11, n.67 p.1-11, 2014.

ZAMUDIO-SOLORIO, O; MUÑOZ-ARENILLAS, R. M. Percepción de los padres respecto al sobrepeso y obesidad de sus hijos. [ONLINE] **Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc**. v. 24, n. 1, p. 61-64, 2016. Disponible en:

<<https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2016/eim161k.pdf>>. Fecha de acceso: 31 Dic 2019.

ZHAO, Y.; et al. Association of long-term dynamic change in body weight and incident hypertension: The Rural Chinese Cohort Study. **Nutrition**.v. 54, p. 76-82, Oct 2018. DOI:10.1016/j.nut.2018.02.020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE – FURG
ESCOLA DE ENFERMAGEM
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a):

Concordo que meu(inha) filho(a) participe do trabalho de pesquisa desenvolvido pelo mestrando em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) Oscar Fidel Antúñez Martínez (ofamice@gmail.com, RNE: G424720-0, fone (53)991046077), intitulado **“FATORES DE RISCO PARA A OBESIDADE EM PRE-ESCOLARES: SUBSÍDIOS PARA A PRÁTICA DA ENFERMAGEM”**, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Enf^a Giovana Calcagno Gomes (giovanaalcagno@furg.br, CI: 4029635838 / telefone: 32312564). Sei que o mesmo tem por objetivo: conhecer quais são os fatores de risco para a obesidade em pré-escolares. O estudo tem abordagem quantitativa e qualitativa e será realizado por meio da pesagem e medida da altura do meu(inha) filho(a).

Declaro que fui informado (a):

- dos objetivos, da justificativa do trabalho e que a coleta de dados será realizada em dia e hora a ser combinado com a diretora da pré-escola e me comunicado para que eu possa estar presente ou não conforme minha disponibilidade;
 - da garantia de requerer resposta a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados ao estudo;
 - da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e do meu(inha) filho(a) deixar de participar do estudo, sem que lhe traga qualquer prejuízo;
 - da segurança de que meu(inha) filho(a) não será identificado(a), e que se manterá caráter confidencial das informações relacionadas a sua privacidade;
 - de que serão mantidos todos os preceitos Éticos e Legais durante e após o término do trabalho, em conformidade com a Resolução 462/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos;
 - do compromisso de acesso às informações em todas as etapas do trabalho, bem como dos resultados, ainda que isso possa afetar minha vontade de permitir que ele(a) continue participando;
 - de que os resultados do trabalho serão transcritos e analisados com responsabilidade e honestidade e divulgados para a comunidade geral e científica em eventos e publicações;
 - de que não terei despesas com a participação dele(a) neste estudo e de que não há compensação financeira relacionada a sua participação;
 - de que a pesquisa não impõe riscos físicos ao meu filho, mas caso a participação no estudo cause algum desconforto/constrangimento decorrentes dos procedimentos (pesagem e medida da altura) realizados o pesquisador garantirá assistência integral e gratuita, em caso de evento adverso relacionado à pesquisa;
 - de que serei informado da data da data de pesagem e medida de altura de meu filho e estou convidado a estar presente. Caso eu não possa comparecer o procedimento será realizado na frente de pessoa indicada pela diretora da pré-escola para acompanhar o pesquisador;
 - de que terei como benefício a possibilidade de refletir acerca do estado nutricional do meu(inha) filho(a);
- da liberdade de obter esclarecimentos junto ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde – CEP, da FURG, telefone CEP FURG: (53) 3237.4652 localizado no HU ou mediante contato com a pesquisadora responsável.
- O Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde - CEP** da FURG tem por objetivo pronunciar-se, no âmbito da ética, sobre todos os projetos de pesquisa que tenham o ser humano como modelo experimental, desenvolvidos visando a aquisição de conhecimentos vinculados à área da saúde humana. O presente Termo possui duas vias, uma ficará com a pesquisadora e a outra via com a participante da pesquisa.

Rio Grande, de 2019

Assinatura ou digital do participante: _____

Lic. Enf. Mestrando Oscar Fidel Antúnez Martínez
Contato: (53) 991046077

Profª. Drª. Enfª Giovana Calcagno Gomes
Contato: (53) 323742

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE – FURG
ESCOLA DE ENFERMAGEM
APÊNDICE B - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA CRIANÇA PARA
PARTICIPAR DA ETAPA 1 DA PESQUISA

Prezado (a):

Concordo em participar do trabalho de pesquisa desenvolvido pelo mestrando em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) Oscar Fidel Antúnez Martínez (ofamice@gmail.com, RNE: G424720-0, fone (53)991046077), intitulado **“FATORES DE RISCO PARA A OBESIDADE EM PRE-ESCOLARES: SUBSÍDIOS PARA A PRÁTICA DA ENFERMAGEM”**, sob a orientação da Profª. Drª. Enfª Giovana Calcagno Gomes (giovanaalcagno@furg.br, CI: 4029635838 / telefone: 32312564). O mesmo tem por objetivo: Conhecer quais são os fatores de risco para a obesidade em pré-escolares. O estudo tem abordagem qualitativa e será realizado por meio da medida do peso e da altura da criança.

Declaro que fui informado (a):

- dos objetivos, da justificativa do trabalho e que a coleta de dados será realizada através da minha medida do peso e da altura;
- da garantia de requerer resposta a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados ao estudo;
- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que me traga qualquer prejuízo;
- da segurança de que não serei identificado, e que se manterá caráter confidencial das informações relacionadas à minha privacidade;
- de que serão mantidos todos os preceitos Éticos e Legais durante e após o término do trabalho, em conformidade com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos;
- do compromisso de acesso às informações em todas as etapas do trabalho, bem como dos resultados, ainda que isso possa afetar minha vontade de continuar participando;
- de que os resultados do trabalho serão transcritos e analisados com responsabilidade e honestidade e divulgados para a comunidade geral e científica em eventos e publicações;
- De que não terei despesas com a participação neste estudo e de que não há compensação financeira relacionada à minha participação;
- De que a pesquisa não me impõe riscos físicos, mas caso a participação no estudo cause algum desconforto/constrangimento o pesquisador garantirá assistência integral e gratuita, em caso de evento adverso relacionado à pesquisa;
- de que meu pai ou responsável será informado da data de minha pesagem e medida de altura e está convidado a estar presente. Caso ele não possa comparecer o procedimento será realizado na frente de pessoa indicada pela diretora da pré-escola para acompanhar o pesquisador;
- De que terei como benefício a possibilidade de refletir acerca dos meus hábitos de vida;
- da liberdade de obter esclarecimentos junto ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde – CEP, da FURG, telefone CEP FURG: (53) 3237.4652 localizado no HU ou mediante contato com a pesquisadora responsável. **O Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde - CEP** da FURG tem por objetivo pronunciar-se, no âmbito da ética, sobre todos os projetos de pesquisa que tenham o ser humano como modelo experimental, desenvolvidos visando a aquisição de conhecimentos vinculados à área da saúde humana.

O presente Termo possui duas vias, uma ficará com a pesquisadora e a outra via com a participante da pesquisa.

Rio Grande, de 2019.

Digital do participante

Lic. Enf. Mestrando Oscar Fidel Antúnez Martínez Profª. Drª. Enfª Giovana Calcagno Gomes
Contato: (53) 991046077 Contato: (53) 32374208

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE – FURG
ESCOLA DE ENFERMAGEM
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS PAIS PARA A ETAPA 2
DA PESQUISA
Prezado (a):

Concordo em participar do trabalho de pesquisa desenvolvido pelo mestrando em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) Oscar Fidel Antúnez Martínez (ofamice@gmail.com, RNE: G424720-0, fone (53)991046077), intitulado **“FATORES DE RISCO PARA A OBESIDADE EM PRE-ESCOLARES: SUBSÍDIOS PARA A PRÁTICA DA ENFERMAGEM”**, sob a orientação da Profª. Drª. Enfª Giovana Calcagno Gomes (giovanaalcagno@furg.br, CI: 4029635838 / telefone: 32312564). O mesmo tem por objetivo: Conhecer quais são os fatores de risco para a obesidade em pré-escolares. O estudo tem abordagem qualitativa e será realizado por entrevistas semiestruturadas que serão gravadas para posterior análise.

Declaro que fui informado (a):

- dos objetivos, da justificativa do trabalho e que a coleta de dados será realizada através de uma entrevista única com gravador;
 - da garantia de requerer resposta a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados ao estudo;
 - da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que me traga qualquer prejuízo;
 - da segurança de que não serei identificado, e que se manterá caráter confidencial das informações relacionadas à minha privacidade;
 - de que serão mantidos todos os preceitos Éticos e Legais durante e após o término do trabalho, em conformidade com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos;
 - do compromisso de acesso às informações em todas as etapas do trabalho, bem como dos resultados, ainda que isso possa afetar minha vontade de continuar participando;
 - de que os resultados do trabalho serão transcritos e analisados com responsabilidade e honestidade e divulgados para a comunidade geral e científica em eventos e publicações;
 - De que não terei despesas com a participação neste estudo e de que não há compensação financeira relacionada à minha participação;
 - De que a pesquisa não me impõe riscos físicos, mas caso a participação no estudo cause algum desconforto/constrangimento decorrentes dos procedimentos (pesagem e medida da altura) realizados o pesquisador garantirá assistência integral e gratuita, em caso de evento adverso relacionado à pesquisa;
 - De que terei como benefício a possibilidade de refletir acerca de minhas vivências no cuidado ao meu filho;
 - da liberdade de obter esclarecimentos junto ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde – CEP, da FURG, telefone CEP FURG: (53) 3237.4652 localizado no HU ou mediante contato com a pesquisadora responsável.
- O Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde - CEP** da FURG tem por objetivo pronunciar-se, no âmbito da ética, sobre todos os projetos de pesquisa que tenham o ser humano como modelo experimental, desenvolvidos visando a aquisição de conhecimentos vinculados à área da saúde humana.

O presente Termo possui duas vias, uma ficará com a pesquisadora e a outra via com a participante da pesquisa.

Rio Grande, de 2019.

Assinatura ou digital do participante

APÊNDICE D – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Rio Grande, ____ de _____ 2019.

Nº. da entrevista: F ____

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Sexo: M() F()

Idade: _____ Escolaridade: _____

Nº de filhos: _____

Posição da criança na família (Nº da gestação): _____

Parentesco com a criança: _____

Profissão: _____

Renda familiar: _____

Quantas pessoas dependem dessa renda? _____

Local de moradia: _____

Idade da criança: _____

Sexo da criança: _____

Questionário

1. Você reconhece seu(a) filha(o) como obesa? Fale sobre isso.
2. Qual foi o peso da criança ao nascer? A mãe (você) tinha alguma doença durante a gestação? Fazia uso de fumo ou de outras drogas? Quanto tempo a criança foi amamentada?
3. Desde quando a criança iniciou a desenvolver a obesidade?
4. Quantas horas de sono por dia a criança dorme?
5. Que tipo de atividade física ela realiza? Quantas vezes ao dia? Como são seus hábitos alimentícios? (número de refeições ao dia, tipo de alimentos consumidos, ...)
6. Como é a alimentação da criança ao longo do dia? Que tipo de alimentos ela consome e onde? No momento de comer, faz outra atividade?
7. Que tipo de dispositivos tecnológicos a criança tem acesso? Como faz uso dos mesmos? Quanto tempo por dia faz uso?
8. A criança possui algum problema de saúde?
9. Com quem a criança se relaciona na família?
10. Você percebe alguma relação entre a obesidade e os hábitos de vida da família?
11. Há outras pessoas obesas na família?
12. A criança passa por algumas dificuldades por ser obesa?

13. Você acha que a criança se percebe como obesa?
14. O que a família fez/faz em relação à obesidade da criança?



APÊNDICE E – Autorização do Superintendente de Gestão Pedagógica

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG
ESCOLA DE ENFERMAGEM
Mestrado em Enfermagem**

Ilmo(a) Sr.(a)
Felipe Alonso dos Santos
Superintendente de Gestão Pedagógica
Secretaria Municipal de Educação

Ao cumprimentá-lo cordialmente, vimos por meio deste, solicitar a autorização para desenvolver a pesquisa intitulada: **“Fatores de risco para a obesidade em pré-escolares: subsídios para a prática da enfermagem”** a qual será desenvolvida pelo Enfermeiro Mestrando Oscar Fidel Antúnez Martínez, sob a orientação da Profa. Dra. Giovana Calcagno Gomes em pré-escolas do município do Rio Grande. O objetivo deste estudo é: conhecer quais são os fatores de risco para a obesidade em pré-escolares. Será operacionalizado por meio de entrevistas gravadas com o pais/mãe ou responsável por crianças pré-escolares classificadas como obesas pelo método de percentil. Os dados quantitativos serão apresentados na forma de gráficos e tabelas e os qualitativos serão analisados pela técnica de Análise de Conteúdo. Asseguramos o compromisso ético de resguardar os participantes envolvidos na pesquisa conforme o exposto no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde. Segue cópia do projeto para sua avaliação. Atenciosamente,

Oscar Fidel Antúnez Martínez
Mestrando

De acordo
Data: ____/____/2019.

Prof^a. Dr^a. Giovana Calcagno Gomes
Pesquisadora responsável

Felipe Alonso dos Santos
Superintendente de Gestão Pedagógica
Secretaria Municipal de Educação

Anexo 1 – RELAÇÃO DE ESCOLAS DE EDUCAÇÃO INFANTIL DO MUNICÍPIO DO RIO GRANDE

**RELAÇÃO DAS ESCOLAS DE
EDUCAÇÃO INFANTIL DO MUNICÍPIO
DE RIO GRANDE**

1-EMEI Casa da Criança Dr. Augusto Duprat

(53) 3231-5973

Rua Gonçalves, 179

Bairro Cidade Nova

CEP 96211-070

Diretora: Claudia Franz Vieira

2-EMEI Castelo Branco (8/11/1993)

Rua Elberto Madruga nº-111

Bairro Castelo Branco

CEP 96214-140

(53) 3235-5641

Diretora: Viviane Oliveira Soares

3-EMEI Daisy Pagel (26/6)

Rua Onófrio Aikim nº 588

Bairro Nossa Senhora de Fátima

CEP 96213-440

(53) 3293-1767

Diretora: Eloiza Jurema Gama Bastos

4-EMEI Déborah Thomé Sayão

ERS 734 s/nº

CEP 96200-000

Bairro Bolaxa

(53) 3236-7507

Diretora: Roselle Rodrigues

5-EMEI Eva Mann (6/5)

Avenida das Enseadas nº 50

Bairro Parque Marinha

CEP 96215-410

(53) 3235-2122

Diretora: Cláudia Silva

6-EMEI Fraternidade

Rua Dom Pedro II, 225

Bairro Getúlio Vargas

CEP 96201-010

(53) 3230-6469

Diretora: Fabiane de Oliveira Prestes

7-EMEI Lyons Club (23/2/1986)

Rua Juan Llopert s/nº

Bairro Vila Santa Rosa

CEP 96214-400

(53) 3235-5055

Diretora: Joice Borges Abreu

8-EMEI Maria da Glória P. Pereira (22/12/2010)

Rua Juan Llopart, s/nº
Bairro Vila Santa Rosa
CEP 96214-400
(53) 3235-1035
Diretora: Graciele Lopes Ribeiro

9 – EMEI Nilza Alves Gonçalves

Rua Honorato de Carvalho s/nº
Bairro América
CEP 96200-000
(53) 3230-1569
Diretora: Roseane Correa Rosenhein

10-EMEI Oscar Moraes (30/9)

Rua Altamir de Lacerda, nº 904
Bairro Hidráulica
CEP 96211-280
(53) 3231-4378
Diretora: Michele da Silva Cedres

11-EMEI Querência (15/5/2000)

Rua do Hotel, nº 25
Bairro Querência
(53) 3236-2217
Diretora: Luciane Gomes Ferreira

12-EMEI Vila da Quinta (28/4)

Rua João Moreira, nº 204
Bairro Vila da Quinta
CEP 96222-000
(53) 3239-1095
Diretora: Vani Maria Monteiro da Silva

13-EMEI Tia Luízinha

Rua Pandiá Calógeras, 898
Bairro Vila São Miguel
CEP 96212-660
(53) 3230-5592
Diretora: Marzi Ribeiro Vasconcelos

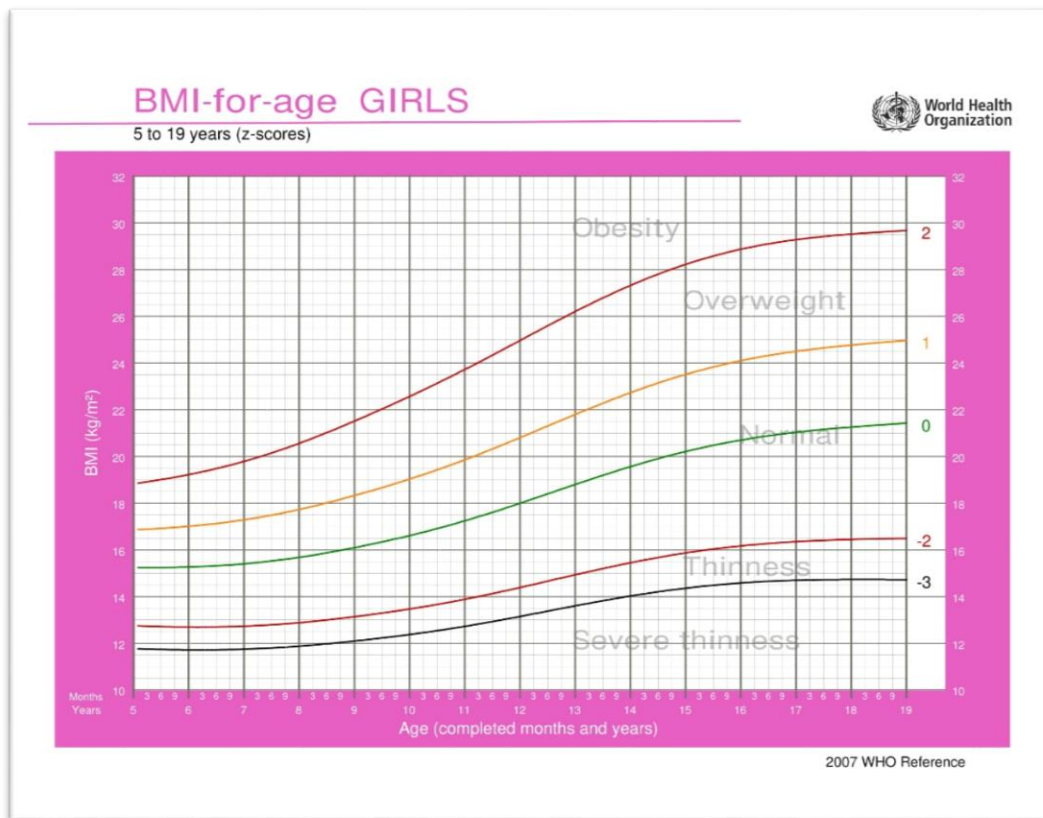
14-EMEI Verenice Ferreira Gonçalves

Rua Angelo Trindade s/nº
Bairro Humaitá
CEP 96200-000
Diretora: Chirly Machane César Duarte

15-EMEI Vovó Zoquinha (29/6/1987)

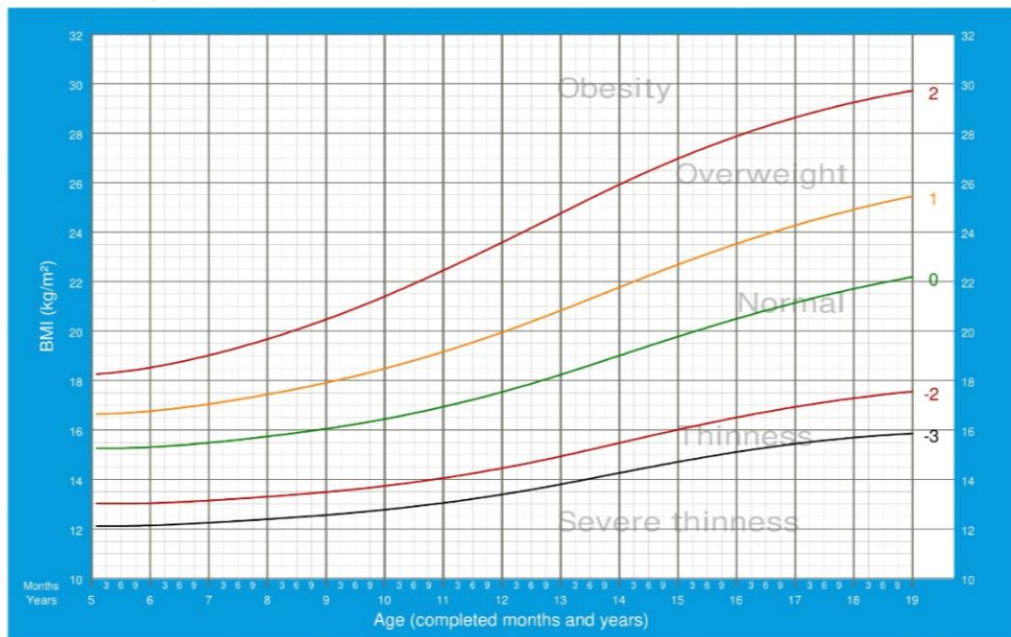
Júlio de Castilhos, s/nº
Bairro Cassino
(53) 3236-7239
Diretora: Danielle Paladino Petrone

**ANEXO 2 - 5 – INSTRUMENTO DE COLETA DA ETAPA QUANTITATIVA
CURVAS DE PERCENTIL OU ESCORE Z PARA A AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL
DAS CRIANÇAS**



BMI-for-age BOYS

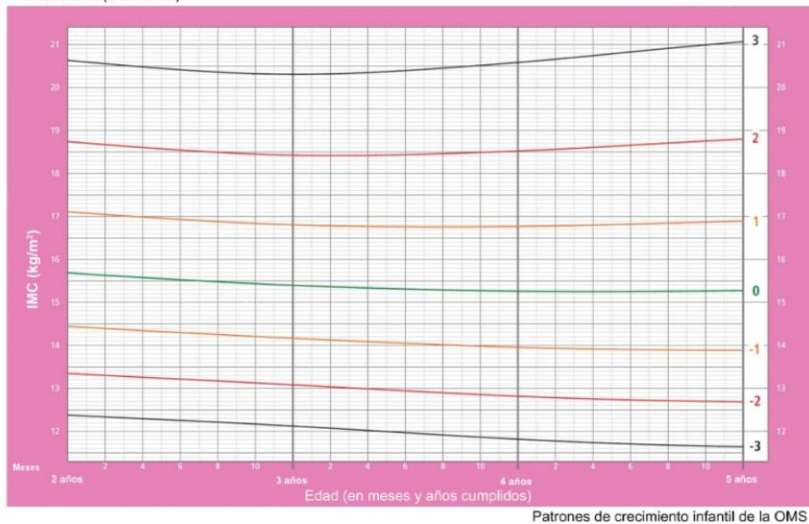
5 to 19 years (z-scores)



2007 WHO Reference

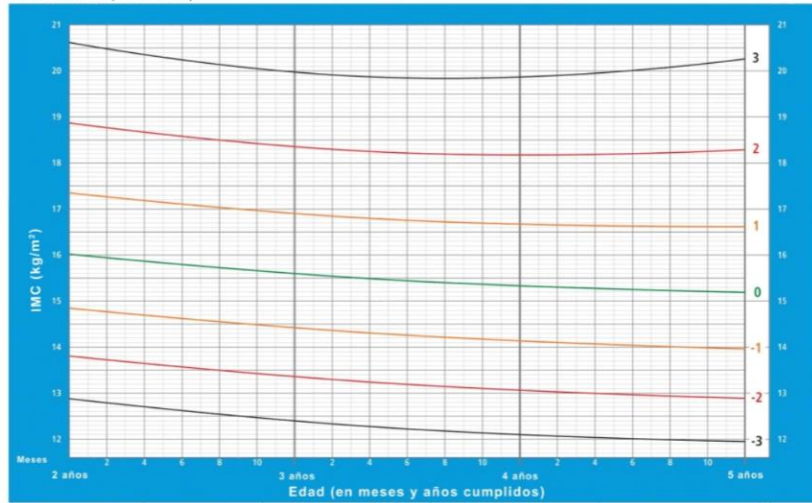
IMC para la edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



IMC para la edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

ANEXO 6 – PARECER DO CEPAS

	CEPAS / FURG COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE Universidade Federal do Rio Grande - FURG www.cepas.furg.br

CEPAS 50/2019

PARECER Nº 241/2019

Processo: 23116.003414/2019-15
Caae: 12824919.2.0000.5324
Título Da Pesquisa: Fatores de risco para a obesidade em pré-escolares: subsídios para a prática da Enfermagem
Pesquisador Responsável: Giovana Calcagno Gomes

PARECER DO CEPAS:

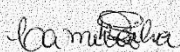
O Comitê, considerando tratar-se de um trabalho relevante, o que justifica seu desenvolvimento, bem como o atendimento à pendência informada no parecer 89/2019, emitiu o parecer de **APROVADO** para o projeto: **"Fatores de risco para a obesidade em pré-escolares: subsídios para a prática da Enfermagem"**.

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório final de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página <http://www.cepas.furg.br>.

Data de envio do relatório final: 29/02/2020.

Após aprovação, os modelos de autorizações e ou solicitações apresentados no projeto devem ser re-enviados ao Comitê de Ética em Pesquisa devidamente assinados.

Rio Grande, RS, 09 de setembro de 2019.


Prof.ª. Dr.ª. Camila Daiane Silva
Coordenadora do CEPAS/FURG