

INFLUÊNCIA DOS HÁBITOS ALIMENTARES DA FAMÍLIA NA OBESIDADE INFANTIL

INFLUENCE OF FAMILY EATING HABITS ON CHILDHOOD OBESITY

*Daniel Rodrigues Silva Filho*¹

*Reginaldo Dias Soares Filho*²

*Isabelle Arantes Ferreira*³

*Yara da Silva e Silva*⁴

RESUMO: A obesidade, atualmente, atinge todos os níveis socioeconômicos e vem aumentando sua incidência de maneira expressiva nos países em desenvolvimento. Desse modo, a obesidade é uma doença universal e assume caráter epidemiológico, sendo um dos principais problemas de saúde pública na sociedade contemporânea. Sendo assim, este trabalho tem como objetivo analisar a influência dos hábitos alimentares da família na obesidade infantil, averiguando se existe relação entre o ambiente ao qual a criança se insere e o seu comportamento alimentar. Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência, com uso da metodologia do arco de Magueréz aplicado em um paciente com obesidade infantil grave. O arco de Magueréz tem como base a realidade, este é realizado em cinco etapas: observação da realidade, pontos-chaves, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade. Para a realização da teorização foi efetuada uma busca na literatura, com levantamentos de dados através de livros, artigos, publicações em revistas científicas e dissertações. Foram elaboradas hipóteses de soluções que foram aplicadas na realidade do paciente e da família no decorrer do estudo, mediante ao fato que se observou relação entre a obesidade infantil e o comportamento alimentar familiar. Logo, conclui-se diante da importância do presente estudo que a obesidade, sobretudo a infantil, não representa um problema de fator individual, mas uma condição de origem coletiva e que como tal necessita de ações coletivas para mitigar sua existência.

Palavras-chaves: Obesidade Infantil. Hábitos Alimentares. Arco de Magueréz.

ABSTRACT: *Obesity currently affects all socioeconomic levels and its incidence has increased significantly in developing countries. Thus, obesity is a universal disease and takes on an epidemiological character, being one of the main public health problems in contemporary society. Thus, this work aims to analyze the influence of family eating habits on childhood obesity, investigating whether there is a relationship between the environment in which the child is inserted and his eating behavior. This is a descriptive study, experience report type, using the Magueréz arch methodology applied to a patient with severe childhood obesity. Magueréz's arc is based on reality, it is carried out in five stages: observation of reality, key points, theorization, solution hypotheses and application to reality. To carry out the theorization, a literature search was carried out, with data surveys through books, articles, publications in scientific journals and dissertations. Hypotheses of solutions were elaborated and applied to the reality of the patient and family during the study, due to the fact that a relationship between childhood obesity and family eating behavior was observed. Therefore, it is concluded, given the importance of this study, that obesity, especially childhood obesity, does*

¹⁻³ Graduandos do Curso de Medicina pelo Centro Universitário Alfredo Nasser (UNIFAN);

⁴ Docente e Orientadora do Centro Universitário Alfredo Nasser (UNIFAN). Graduada em Enfermagem e Especialista em Dermatologia com ênfase em Feridas.

not represent a problem of an individual factor, but a condition of collective origin and that, as such, it needs collective actions to mitigate its existence.

Keywords: *Childhood Obesity. Eating habits. Arch of Maguerez.*

1 INTRODUÇÃO

A obesidade é um tema abordado desde Hipócrates, ele afirmava que homens obesos tinham vidas mais curtas em relação aos não obesos por morrerem mais cedo. Além disso, a obesidade é vista na maioria das vezes mais como problema estético do que de saúde, sendo reconhecida como um grave problema de saúde pública (KOSTI; PANAGIOTAKOS, 2006).

Durante as últimas décadas do século XX a obesidade surgiu como epidemia em países desenvolvidos. Contudo, atualmente, atinge todos os níveis socioeconômicos e vem aumentando sua incidência em todo o mundo, principalmente em países em desenvolvimento como é o caso do Brasil (SILVA; BITTAR, 2012).

Ademais, a obesidade infantil é uma das principais causas de morbimortalidade na infância e está ligada a vários resultados adversos de saúde imediatos e de longo prazo, como *diabetes mellitus* tipo 2, doenças cardíacas, hipertensão, acidente vascular cerebral, colesterol alterado, dislipidemia, apneia do sono, por fim pode levar a problemas psicológicos e sociais, baixa autoestima e *bullying*. Estima-se que em 2010 a obesidade e o sobrepeso infantil atingiram cerca de 43 milhões de crianças em todo o mundo, deste percentual 35 milhões nos países em desenvolvimento (AN *et al.*, 2020).

Outrossim, a influência da família no gerenciamento e apoio a criança com obesidade é uma estratégia chave na mudança de estilo de vida. Assim, as intervenções devem incluir os pais e responsáveis, como os avós, visto que o ambiente no qual a criança se insere interfere nos seus hábitos alimentares (AN *et al.*, 2020).

Sendo assim, este estudo tem como objetivo analisar a influência dos hábitos alimentares da família na obesidade infantil, averiguando se existe relação entre o ambiente ao qual a criança se insere e o seu comportamento alimentar. Além disso, objetiva-se a formulação de hipóteses de solução para a questão abordada, para que sejam aplicadas de forma eficaz na realidade do paciente.

2 METODOLOGIA

Este artigo tratou-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência, com uso da metodologia do arco de Maguerez, elaborado no contexto da disciplina Programa Integrado de Estudos na Saúde da Família (PINESF), ministrada no curso de medicina do Centro Universitário Alfredo Nasser (UNIFAN).

Mediante a pandemia da *coronavirus disease 2019* (COVID-19) as etapas do estudo foram realizadas de forma virtual, através da telemedicina, no âmbito do Centro Universitário Alfredo Nasser, na cidade de Aparecida de Goiânia. Participou do estudo, paciente de 11 anos, sexo masculino, morador da zona rural de Franca (São Paulo), obeso e com histórico familiar de várias doenças crônicas. O critério para inclusão deste paciente no estudo foi ao acaso, de acordo com a aceitação do paciente em fazer parte do projeto desenvolvido para a formulação deste estudo.

A intervenção ocorreu quinzenalmente, através de consultas *on-line* pelos aplicativos *WhatsApp* ou *Google Meet* devido à nova realidade vivenciada na atualidade e a distância geográfica entre os entes. As consultas tinham duração em média de trinta minutos cada e um total de sete consultas foram realizadas para que os passos do arco de Maguerez pudessem ser realizados. O estudo ocorreu no período compreendido de fevereiro a junho de 2021.

Logo, foi utilizado neste estudo o arco de Charles Maguerez, o qual é uma das estratégias de ensino-aprendizagem para o desenvolvimento da problematização. Consta de cinco fases que acontecem a partir da observação da realidade social do paciente. As fases são: observação da realidade, postos-chaves, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade (PRADO *et al.*, 2012).

Ademais, foi pesquisado nos bancos de dados Google Acadêmico, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), PubMed e em outras literaturas, artigos, estudos e capítulos que contivessem assuntos relativos à influência dos hábitos alimentares da família na obesidade infantil, sem recorte de tempo e com foco no referido assunto para composição do estudo.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 OBSERVAÇÃO DA REALIDADE

M.P.G.D.S., 11 anos, sexo masculino, branco, solteiro, filho único. É brasileiro, natural e residente de Franca (SP), zona rural, possui o ensino fundamental incompleto. Pratica atividade física quatro vezes por semana, treino de goleiro, durante uma hora e meia em dias específicos da semana.

O paciente tem 87 quilogramas (kg), altura de 1,66 metros, apresenta Índice de Massa Corpórea (IMC) de 31,57 kg/m², indicando obesidade grave, segundo o gráfico de crescimento da Organização Mundial de Saúde (OMS). Além disso, possui histórico familiar de diabetes, hipertensão arterial, problemas na glândula tireoide, cânceres e Alzheimer.

Além disso, durante a atual pandemia da COVID-19, suas aulas presenciais foram suspensas e tiveram continuidade de forma remota. Atualmente, as aulas voltaram de forma semipresencial.

Ademais, sua alimentação não é balanceada, fazendo geralmente quatro refeições básicas. No café da manhã que geralmente ocorre às 6 horas da manhã toma leite com achocolatado e come pão de queijo ou pão do tipo francês. Às 10 horas da manhã come uma fruta ou ingere um *Yakult*. No almoço sua refeição se resume em comer arroz, feijão, frituras, carne e, às vezes, salada ou verdura. No lanche da tarde sua refeição é semelhante ao café da manhã, ingere leite com achocolatado e come pão. No jantar come carne com batata, macarrão e, às vezes, salada ou verdura. Ainda, come chocolate após as refeições como sobremesa. Além do mais, relatou comer também muita fritura, em especial batata pré-frita industrializada. Não bebe refrigerante, toma apenas suco natural ou de popa com bastante adição de açúcar por litro.

Segundo o relato da mãe do paciente, na residência há saneamento básico, encanamento de água e esgoto, e moram a dois quilômetros da cidade de Franca (SP), na zona rural. A mãe possui 1,62 metros de altura, pesa 77 kg e tem 44 anos de idade, já o pai tem 1,87 metros, pesa 102 kg, tem 51 anos de idade, é etilista e tabagista.

Durante a semana, o paciente fica na casa da avó durante o tempo em que seus pais trabalham e sua alimentação acaba sendo prejudicada, visto que na casa da avó sua alimentação não é regrada, troca refeições importantes como o almoço por pão de queijo ou por outros alimentos. Além disso, o paciente não come adequadamente na casa da avó, segundo relatos de familiares, visto que na casa da avó come alimentos ricos em gorduras e carboidratos em

grandes quantidades de forma livre e sem moderação. Contudo, ele não tem o costume de comer bolacha, um diferencial de outras crianças na sua faixa etária. Todavia, tem o hábito de comer bolinhos prontos industrializados.

Segundo os relatos do próprio paciente ele não possui nenhum problema de saúde aparente, está apenas com uma alergia no dedo mínimo. Todavia, a família do paciente não tem o costume de frequentar uma Unidade de Saúde para fazer exames preventivos. A mãe, por exemplo, tem aproximadamente 7 anos que não faz exames ginecológicos preventivos, representando um risco à sua saúde.

O infante atualmente tem apresentado espinhas na face, pele com acne e oleosa e início de penugem em áreas do corpo, sinais claros do início da puberdade. Seu cartão de vacinação está em dia, possui um bom sono, costuma viajar com a família duas vezes por ano para laser e relatou não ter o hábito de mexer em celular ou computador, apenas gosta de ver desenhos e programas de televisão.

Os recentes exames realizados pelo paciente apresentaram o seguinte perfil: Glicemia em Jejum: 89 mg/dL; Colesterol Total: 143 mg/dL; Colesterol HDL: 43 mg/dL; Colesterol LDL: 81 mg/dL; Triglicérides: 95 mg/dL; Hormônio Tiroestimulante (TSH): 2,20 µUI/mL.

3.2 PONTOS-CHAVES

- Obesidade grave;
- Alimentação inadequada;
- *Influência familiar nos hábitos alimentares da criança;*
- Não acompanhamento médico;
- Histórico familiar de doenças crônicas.

3.3 TEORIZAÇÃO

PANORAMA GERAL DA OBESIDADE

O acúmulo imoderado de gordura com implicações para a saúde é definido como excesso de peso/obesidade, sendo que entre indivíduos obesos suas consequências podem

ocorrer de forma variada, podendo contribuir para distúrbios metabólicos e nutricionais (WHO, 2020).

No período de 1975 a 2016 a obesidade triplicou no mundo, em 2016 mais de 1,9 bilhão de adultos com 18 anos ou mais estavam com sobrepeso, sendo que, desses 650 milhões de adultos eram obesos. Nesse mesmo período mais de 340 milhões de crianças e adolescentes de 5 a 19 anos estavam com sobrepeso ou obesos, já em 2019 cerca de 38 milhões de crianças menores de 5 anos estavam com sobrepeso ou obesos (WHO, 2020). Se a tendência dos anos 2000 continuar, estima-se que em 2022 haverá mais crianças e adolescentes obesos do que com desnutrição (ABARCA-GÓMEZ, 2017).

No Brasil entre o período de 2002 a 2019 o percentual de pessoas obesas mais que dobrou, passando de 12,2% para 26,8%, nesse período a população adulta com excesso de peso passou de 43,4% para 61,7%, já os adolescentes de 15 a 17 anos representam um percentual de 19,4% (IBGE, 2019). No momento histórico atual as crianças entre 5 e 9 anos de idade com obesidade representam 12,9%, já adolescente entre 12 e 17 anos representam 7% (ABESO, 2018).

FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À OBESIDADE INFANTIL

Alguns fatores de risco contribuem para obesidade infantil, dentre eles podemos destacar:

- A inatividade e o sedentarismo ocasionados por ambientes modernos com tecnologias, agravados pelo bombardeamento de propagandas de guloseimas, somados ao mau hábito de comer diante de telas, no qual não é possível se dar conta da quantidade e qualidade da comida ingerida (ABEB, 2016).
- Utilizar doces ou sobremesas como recompensa. Utilizando frase como: “se comer a salada, ganha sobremesa”. Além disso, alimentação noturna ocasionada por uma falta de rotina alimentar da família (DA SILVA; BEZERRA, 2017; SOARES, 2003).
- Baixa escolaridade dos pais e falta de capacitação sobre a importância da alimentação infantil adequada para os pais (DA SILVA; BEZERRA, 2017).
- O desmame precoce do aleitamento materno, no qual deve ser feito de forma exclusiva até o 6 mês, por falta de informações dos pais e preocupação com a recusa de alimentos das crianças, sendo normal em algum momento da vida. Logo, começam a introdução

e emprego de fórmulas lácteas inadequadamente preparadas ou introdução de leite de vaca e alimentos inadequados (DA SILVA; BEZERRA, 2017).

- Fatores ambientais, doenças metabólicas e cardiovasculares em idade precoce e pré-disposição genética, no qual a tendência à obesidade é herdada geneticamente (PORTO *et al.*, 2019).

APRECIÇÃO DA OBESIDADE NA INFÂNCIA

Para mensura e avaliar o grau de obesidade infantil um dos métodos mais utilizados é o antropométrico, no qual coleta informações básicas como sexo, idade, altura e peso, podendo vir a ser combinados, já nos adultos e adolescentes o IMC é bem mais utilizado que em crianças, pois avalia o índice de peso/altura (ABRANTES; LAMOUNIER; COLOSIMO, 2002). Para a classificação do estado nutricional são adotados os seguintes critérios, conforme a figura 1.

Figura 1: Classificação do estado nutricional de acordo com o índice antropométrico.

VALORES CRÍTICOS		ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS						
		CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS INCOMPLETOS				CRIANÇAS DE 5 A 10 ANOS INCOMPLETOS		
		Peso para idade	Peso para estatura	IMC para idade	Estatura para idade	Peso para idade	IMC para idade	Estatura para idade
< Percentil 0,1	< Escore-z -3	Muito baixo peso para a idade	Magreza acentuada	Magreza acentuada	Muito baixa estatura para a idade	Muito baixo peso para a idade	Magreza acentuada	Muito baixa estatura para a idade
≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3	≥ Escore-z -3 e < Escore-z 2	Baixo peso para a idade	Magreza	Magreza acentuada	Baixa estatura para a idade	Baixo peso para a idade	Magreza	Baixa estatura para a idade
≥ Percentil 3 e < Percentil 15	≥ Escore-z -2 e < Escore-z -1	Peso adequado para a idade	Eutrofia	Eutrofia	Estatura adequada para a idade	Peso adequado para a idade	Eutrofia	Estatura adequada para a idade
≥ Percentil 15 e ≤ Percentil 85	≥ Escore-z -1 e ≤ Escore-z +1							
> Percentil 85 e ≤ Percentil 97	> Escore-z +1 e ≤ Escore-z +2							
> Percentil 97 e ≤ Percentil 99,9	> Escore-z +2 e ≤ Escore-z +3	Peso elevado para a idade	Sobrepeso	Sobrepeso		Peso elevado para a idade	Obesidade	
> Percentil 99,9	> Escore-z +3		Obesidade	Obesidade			Obesidade grave	

Fonte: BRASIL, 2014.

O SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional) recomenda utilizar para avaliar o excesso de peso em crianças o IMC para idade, pois se torna mais sensível quando avalia-se a relação entre o peso e o quadrado da medida de altura. Logo, Percentil acima de 97 e menor ou igual a 99,9 - Escore-z maior que 2 e menor ou igual a mais 3 - considera-se sobrepeso, já o Percentil maior que 99,9 e Escore-z maior que mais 3 representa obesidade infantil (BRASIL, 2014).

COMPLICAÇÕES E COMBATE À OBESIDADE NOS INFANTES

O sobrepeso e a obesidade podem provocar muitos prejuízos na vida da criança, afinal essa condição aumenta as chances de que ela se torne um adulto obeso, o que conseqüentemente gera o aumento da morbimortalidade e diminuem a expectativa de vida desses indivíduos (HERNANDES; VALENTINI, 2010).

Diante disso, as circunstâncias físicas e psicológicas mais comuns, relacionadas com a obesidade são: *diabetes mellitus*, hiperlipidemia, doença cardíaca, doença da vesícula biliar, distúrbios alimentares, de sono e humor, além até de alguns tipos de câncer (BRAY, 2003). Nesse contexto, um fator que está muito associado com o surgimento da obesidade infantil é a perturbação da saúde mental dessas crianças, pois essa condição gera a redução da sua autoestima em decorrência da rejeição que elas sofrem no ambiente escolar, e por conseguinte elas tendem a se isolar dos demais por sentir que não fazem parte da imagem que a sociedade aceita, já que o corpo gordo é visto como feio e não saudável (SUPLICY, 2002).

Nesse sentido, o combate à obesidade infantil representa o confronto direto com um sério problema de saúde pública, que afeta o indivíduo de modo biopsicossocial e atinge todas as esferas sociais. Logo, esse combate representa a diminuição, de uma forma racional e de menor custo, da ocorrência de doenças crônico-degenerativas associadas. Dessa maneira, a escola representa um importante ambiente para esse combate, diante do fato de que as crianças realizam ao menos uma refeição nesse meio, o que permite que a educação alimentar seja feita durante esse momento, somado a isso é na escola que as crianças praticam também atividades físicas, o que permite que essa prática seja reforçada e incentivada para a criação de hábitos saudáveis (SAHOTA *et al.*, 2001).

Alguns estudos atuais corroboram que o sedentarismo se tornou um dos maiores problemas na origem da obesidade infantil (RODRIGUES, 1998). Portanto, para mitigar o predomínio da obesidade é necessária à sua prevenção, que costuma se dar justamente pelo aumento do gasto calórico, com a realização de atividades físicas, associada com a diminuição da ingesta de calorias (HERNANDES; VALENTINI, 2010).

Essa realidade contribui para a prevenção e tratamento não só da obesidade, mas também de outras doenças associadas como: a diabetes e as doenças cardiovasculares. Nessa perspectiva, no que tange à prevenção da obesidade infantil é necessário frisar que, diferentemente dos adultos, as crianças precisam sentir-se contentes com a realização de exercícios físicos, visto que elas tendem a aceitar melhor quando as iniciativas são voltadas para uma melhora no estilo de vida e não somente para a perda de peso (FRANCISCHI *et al.*, 2001).

Ademais, o exercício físico, ainda que espontâneo, tem importância significativa na composição corporal, por aumentar a massa óssea e prevenir a osteoporose e a obesidade, enquanto os hábitos sedentários, como ficar muito tempo em frente à televisão e jogar *video games* colaboram com uma redução significativa no gasto calórico diário (MELLO; LUFT; MEYER, 2004).

COMPORTAMENTO ALIMENTAR PUERIL

No Brasil, o esquema alimentar das famílias sofreu muitas modificações ao longo dos últimos anos, visto que a ingestão de alimentos ultraprocessados tem superado a ingestão de alimentos naturais em decorrência da mudança do hábito de vida moderno. Logo, o consumo de alimentos de baixo valor nutritivo e alto valor calórico, com excesso de açúcares e gorduras, passou a substituir o consumo de frutas, legumes, verduras e cereais (LIMA; ARRAIS; PEDROSA, 2004).

Não obstante, no que se refere à alimentação, muitos fatores interferem no comportamento alimentar infantil, e entre eles reside o padrão alimentar da família, como também a atitude dos pais diante do cuidado com a alimentação dos filhos. Assim, na primeira infância recomenda-se que os pais ofertem aos filhos refeições e lanches saudáveis, balanceados e nutricionalmente adequados, sem insistir para não gerar rejeição, permitindo que as crianças participem ativamente do processo da alimentação, escolhendo a qualidade e quantidade que querem comer dos alimentos ofertados (FRANCISCHI *et al.*, 2001).

Outrossim, alguns estudos revelam que as crianças e pré-adolescentes costumam associar o *fast food* com prazer, independência e comodidade, à medida em que apreciar refeições saudáveis e nutritivas é tido como fora do normal, incomum. Isso sugere que é imprescindível investir na ressignificação dos alimentos e no entendimento social do comportamento alimentar, por meio das percepções que se adquire em casa para que, no futuro, esses adolescentes façam a melhor escolha porque sabem da sua importância e, mesmo usufruindo de maior liberdade, optem pela escolha mais saudável (BHADORIA *et al.*, 2015).

ASPECTOS ALIMENTARES DA FAMÍLIA E A OBESIDADE NOS MENORES

Em relação a temática obesidade infantil, é importante ressaltar que a criança não pode ser considerada somente sob a ótica do seu estado nutricional, mas também sob aspectos que abrangem seu contexto familiar e o ambiente onde está inclusa rotineiramente. Assim, aspectos como o ambiente doméstico, incluindo modelo dos pais em relação à alimentação saudável e à prática de atividade física são fatores influenciadores determinantes para o risco de obesidade na infância e adolescência. Todavia, a família é encarregada por inculcar, ao longo do processo de educação e desenvolvimento, valores sobre os hábitos de vida saudáveis ou fatores como

sedentarismo, má alimentação e ingestão excessiva de alimentos industrializados e pobres em vitaminas, minerais e proteínas (DURÉ *et al.*, 2015).

O âmbito onde a criança está inserida seja o familiar, o escolar ou o social pode promover uma combinação facilitadora para o surgimento da obesidade infantil. Conjecturando que a família é a principal fonte de influência para as crianças e adolescentes, reitera-se a importância da participação dos entes familiares em oferecer um ambiente de apoio no sentido de promover um modelo de vida saudável (MENDES; BASTOS; MORAES, 2019).

Todavia, premiações oferecidas por meio de alimentos na infância podem ensinar a criança que a comida é um meio de recompensa, e esta vai perdendo sua função principal, que é suprir a necessidade nutricional. Assim, a ação de comer desregradadamente, por parte da criança, pode comunicar uma disfuncionalidade das relações familiares. Ademais, pode existir, também, a presença da transmissão geracional, tanto na origem quanto na manutenção da obesidade nas famílias, configurando uma lealdade entre os membros do sistema familiar (MENDES; BASTOS; MORAES, 2019).

A maternidade faz desenvolver uma conexão importante, entre mãe e filho, e essa relação íntima com o filho desde o período da gestação, é responsável por estabelecer uma ligação entre a criança e o ambiente, e negativamente, influenciar os hábitos alimentares de seus filhos. Mães que tem uma alimentação adequada, também fazem uma escolha de alimentação mais adequada para seus filhos, mesmo em famílias de baixa renda. Dados apontam que a mãe possui maior influência sobre o IMC dos filhos, quando comparado à influência que o pai exerce. Ainda, esta é determinante para o desenvolvimento da obesidade em crianças recém-nascidas e na infância tardia, apontando que o controle do excesso de peso em mulheres em idade reprodutiva é um fator influenciador benéfico para evitar a obesidade infantil. O estado nutricional adequado da mãe durante a gestação dá suporte às boas condições de desenvolvimento do feto, influenciando o peso das crianças ao nascer (DURÉ *et al.*, 2015).

Logo, há evidências de que a infância é um período importante para a adoção de preferências alimentares e de outros comportamentos cruciais associados ao consumo alimentar e à prática de atividade física, a família possui um papel extremamente relevante na inserção de hábitos alimentares saudáveis e atividade física a fim de garantir que a criança desenvolva um estilo de vida saudável, perpetuando-o também na vida adulta. Desse modo, há evidências de que intervenções que trabalhem com pais e filhos em conjunto apresentam bons resultados (DURÉ *et al.*, 2015).

Em conclusão, é importante, também, salientar a influência dos avós cuidadores na vida das crianças, mediante ao fato que muitos avós oferecem determinados alimentos de forma

imoderada aos netos para agradá-los, ocasionando ganho de peso demasiado. Sendo assim, o estudo de AN *et al.* (2020), corrobora com o fato, visto que crianças que ficam aos cuidados dos avós estavam associadas a um aumento de 30% no risco de sobrepeso/obesidade na infância, segundo a meta-análise realizada pelo autor.

PREVENÇÃO CONTRA A OBESIDADE INFANTIL

Como os programas de intervenção ainda têm pouca concordância, a prevenção continua sendo o melhor caminho para combater a obesidade na infância e adolescência. Os empenhos para a prevenção da obesidade na infância são certamente mais eficazes quando endereçados ao mesmo tempo aos alvos primordial, primário e secundário, com objetivos devidamente diferentes. A prevenção primordial tem como finalidade prevenir que as crianças se tornem "de risco" para sobrepeso; a prevenção primária objetiva evitar que as crianças "de risco" adquiram sobrepeso; e a prevenção secundária destina-se a impedir a gravidade crescente da obesidade e diminuir a comorbidade entre crianças com sobrepeso e obesidade. Dentro deste âmbito, as prioridades básicas de ação podem ser identificadas, priorizadas e vinculadas às estratégias de intervenção potencialmente satisfatórias (MELLO; LUFT; MEYER, 2004).

As ações de prevenção primordial e primária são as mais eficientes, principalmente se forem iniciadas antes da idade escolar e mantidas durante a infância e a adolescência. Deve haver um esforço significativo no sentido de direcioná-las à prevenção da obesidade já na primeira década de vida. A fase escolar pode impulsionar ou desencorajar dietas saudáveis e atividade física. É mister que seja incorporado ao currículo formal das escolas, em diferentes séries e turmas, o estudo de nutrição e hábitos de vida saudável, visto que é neste local e momento que se pode começar o interesse, a compreensão e mesmo a modificação dos hábitos dos adultos, por intermédio das crianças e dos adolescentes (MELLO; LUFT; MEYER, 2004).

A maioria das recomendações de prevenção para a obesidade infantil deve ser seguida por toda a família, sendo os indivíduos obesos ou não. Dentre as orientações de prevenção destaca-se: diminuição da ingestão calórica; aumento do gasto energético; prevenção do ganho excessivo de peso; aumento da atividade física (MELLO; LUFT; MEYER, 2004).

Dessarte, para conquistar uma alimentação saudável e desejada, além de fornecer informações verídicas sobre alimentação e saúde, é preciso evitar que informações falsas e contraditórias alcancem indivíduos e, ao mesmo tempo, propiciar a esses indivíduos condições que tornem possíveis a adoção das orientações que recebem. Isso significa que uma política consistente de prevenção da obesidade infantil deve compreender não só ações de caráter

educativo e informativo, como também medidas legislativas, tributárias, treinamento e reciclagem de profissionais de saúde, medidas de apoio à produção e comercialização de alimentos saudáveis e mesmo medidas relacionadas ao planejamento urbano (MELLO; LUFT; MEYER, 2004).

Entretanto, essas medidas não são suficientes sem o auxílio familiar no processo de reeducação alimentar de uma criança ou adolescente obeso e, também, na prevenção do sobrepeso e obesidade dos menores. Contudo, adquirir uma alimentação adequada, enquanto criança ou adolescente, envolve diversos fatores e, principalmente, a conduta dos pais e familiares frente ao assunto.

3.4 HIPÓTESES DE SOLUÇÃO

- Orientar o paciente em relação às mudanças na rotina diária que visem proporcionar um peso adequado, através de uma dieta com baixo teor de gorduras, incentivo a prática de atividade física e redução da ingestão de alimentos industrializados, ricos em teor de gorduras.
- Planejar estratégias não medicamentosas para mudanças nos hábitos de vida do paciente e da família, visto que o histórico familiar de doenças crônicas do paciente merece atenção e prevenção. Dentre elas, orientação em relação à alimentação diária e ingestão hídrica.
- Orientar à família (pai, mãe e avó) sobre a importância em mudarem seus hábitos alimentares em conjunto com a criança para apoiá-la, uma vez que o ambiente ao qual ela se insere pode influenciá-la positivamente ou negativamente.
- Criar conteúdo em vídeo, no qual explica-se sobre receitas, boas práticas de alimentação e práticas de exercícios físicos em casa, visando melhor comunicação com o paciente, pais e avó, uma vez que esta é analfabeta e tem dificuldade com a tecnologia. Ainda, é importante ressaltar que o paciente durante a semana (segunda a sexta-feira) aloja-se na casa da avó enquanto os pais trabalham, onde faz todas as suas principais refeições do dia, geralmente, de forma inadequada.
- Elaborar um folder com plano de exercícios e brincadeiras que podem ser feitas em casa, fazendo com que o paciente se movimente, principalmente durante a duração da atual pandemia, visto que a sua principal forma de atividade física (treino de goleiro) foi interrompida.

- Interagir através de jogos educativos, de forma *on-line*, com o paciente. Através desses jogos seria possível mostrar a importância dos alimentos, expondo de forma lúdica o que cada alimento possui de melhor para a sua saúde, respeitando suas preferências alimentares.
- Direcionar ao profissional médico pediatra para melhor orientação, esclarecimento de dúvidas da família, realização de exames preventivos e o acompanhamento através das curvas de crescimento. Encaminhamento ao profissional nutricionista, para que este desenvolva uma dieta adequada para a idade do paciente, com o objetivo de perda de peso, regulação do nível de triglicérides e melhoria do colesterol *High Density Lipoproteins* (HDL). Além dele, encaminhar a família ao nutricionista, visto que será importante para o paciente que toda a família participe das mudanças alimentares.

3.5 APLICAÇÃO À REALIDADE

Mediante a observação da realidade do paciente em estudo e posterior criação de hipóteses de solução, foi realizado orientações sobre a importância das mudanças nas suas práticas habituais para que ele perca peso de forma saudável, visto que está em um quadro característico de obesidade infantil grave, através de uma dieta com baixo teor de gorduras, redução da ingestão de alimentos industrializados, redução da ingestão de carboidratos simples e maior consumo de carboidratos complexos.

Além disso, foi realizado um planejamento de ações não medicamentosas para mudança nos hábitos de vida do paciente e da família. Dentre elas, orientação ao paciente em relação à alimentação diária e ingestão hídrica de água e capacitação à família sobre a importância em mudarem seus hábitos alimentares em conjunto com a criança para apoiá-la, uma vez que o âmbito ao qual a criança se insere pode influenciar seu padrão de consumo alimentar.

Foram produzidos materiais em vídeos na qual foi abordada a temática de boas práticas de alimentação e modo de preparo de receitas caseiras saudáveis de acordo com os gostos do paciente e poder aquisitivo da família, para que a família juntamente com o paciente preparasse, promovendo assim a mudança de hábitos e uma maior interação entre a família, já que os pais trabalham fora. Ainda, é importante ressaltar que o paciente durante a semana (segunda a sexta-feira) fica na casa da avó, onde faz todas as suas principais refeições do dia. Logo, foi imperioso a criação desses materiais para melhor comunicação com o paciente e com a avó analfabeta, ambos moradores do município de Franca (SP).

Além do mais, foi elaborado um folder e vídeo com plano de exercícios simples e brincadeiras que podem ser feitas em casa, fazendo com que o paciente e os familiares se movimentem, principalmente no momento de pandemia ocasionado pela COVID-19.

Ainda, por meio do ambiente virtual, *internet*, foi apresentado através de jogos educativos a importância dos alimentos ao paciente, expondo de forma lúdica e simplificada o que cada alimento possui de melhor para a saúde, respeitando as preferências alimentares pessoais.

Ademais, com o olhar biopsicossocial dos responsáveis pelo estudo, foram traçadas à família algumas orientações. Entre elas, o direcionamento da mãe ao profissional médico para a realização de exames preventivos e ginecológicos, pois não fazia esses exames há aproximadamente 7 anos, além do incentivado a família da prática de atividade física e reeducação alimentar familiar. Ainda, foi realizada a condução do paciente a uma consulta com o pediatra para acompanhamento do seu desenvolvimento e realização de exames de rotina e, também, encaminhamento do paciente e familiares ao nutricionista para que fossem realizados cardápios individuais para cada membro.

Por fim, os autores do presente estudo não só encaminharam o paciente para o profissional pediatra, mas passaram todas as orientações simples e de grande valia para que esta orientação ocorresse. Em relação ao acompanhamento com o profissional nutricionista, os autores do trabalho conseguiram de forma voluntária a ajuda de uma nutricionista para acompanhar o paciente e passar toda a dieta necessária para melhora na sua qualidade de vida, visto que somente este profissional tem conhecimento e aptidão para isso. Logo, pretende-se que com estas medidas o paciente possa mudar seu estilo de vida, influenciando, assim, a sua vida adulta posterior.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pôde-se perceber a partir do presente estudo que o paciente vem de um quadro de obesidade grave e alimentação desequilibrada relacionada com o comportamento familiar, uma vez que os pais durante a semana trabalham fora de casa e o paciente fica aos cuidados da avó. Diante do exposto, é perceptível que ele não mantém a mesma rotina de alimentação da casa dos pais na casa da avó, com refeições desreguladas, sem horários fixos, nas quais a criança usufrui de uma maior liberdade sem que consiga administrar essa realidade de modo benéfico à sua saúde.

As hipóteses de solução foram cumpridas, devido a boa receptividade da família e do paciente, caso o paciente e a família persistam na mudança na rotina diária adquirida após a intervenção dos autores do estudo, é possível que haja melhoras significativas na qualidade de vida, não só da criança, como também de toda a família.

Através da informação em saúde realizada pelos autores do presente estudo com o paciente, foi explicada a importância da mudança do estilo de vida com a aquisição de uma alimentação equilibrada aliada à atividade física. Através de atividades lúdicas que incentivaram o paciente e a família a ter maior consciência da consequência de uma vida desregulada para a sua saúde, para que possam usufruir da sua liberdade de uma maneira mais saudável. Além disso, a mãe resolveu retornar ao médico após alguns anos para realizar acompanhamento do seu estado geral de saúde. Ademais, os autores também conduziram o paciente a uma consulta com o pediatra para que este acompanhe o crescimento do paciente de perto e de forma constante, e realizar exames de rotina, que estimularam ainda mais a mudança de hábitos direcionadas às necessidades da criança.

Diante da importância no presente trabalho, vê-se que além da intervenção familiar também foram alcançados esclarecimentos pelos autores, uma vez que foi possível observar que a obesidade, sobretudo a infantil, não representa um problema de fator individual, mas uma condição de origem coletiva e que como tal necessita de ações coletivas para mitigar sua existência.

REFERÊNCIAS

ABARCA-GÓMEZ, Leandra *et al.* 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. **The Lancet**, v. 390, n. 10113, p. 2627-2642, 2017. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)32129-3/fulltext?elsca1=tlpr](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)32129-3/fulltext?elsca1=tlpr). Acesso em: 07 abr. 2021.

ABEB. **Associação Brasileira para Estudo da Obesidade**, 2016. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/>. Acesso em 08 abr. 2021.

ABESO. Associação Brasileira Para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica. **Mapa da Obesidade**, 2018. Disponível em: <https://abeso.-org.br/obesidade-e-sindrome-metabolica/mapa-da-obesidade/>. Acesso em: 09 abr. 2021.

ABRANTES, Marcelo M.; LAMOUNIER, Joel A.; COLOSIMO, Enrico A. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes das regiões Sudeste e Nordeste. **Jornal de Pediatria**, v. 78, n. 4, p. 335–375, 2002. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf-jped/v78n4/v78n4a14](https://www.scielo.br/pdf/jped/v78n4/v78n4a14). Acesso em: 15 abr. 2021.

AN, Ruopeng *et al.* Influence of grandparental child care on childhood obesity: a systematic review and meta-analysis. **Childhood Obesity**, v. 16, n. 3, p. 141-153, 2020. Disponível em: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/chi.2019.0246>. Acesso em: 15 de abr. 2021.

BHADORIA, Ajeet Singh; SAHOO, Krushnapriya; SAHOO, Bishnupriya; *et al.* Childhood obesity: Causes and consequences. **Journal of Family Medicine and Primary Care**, v. 4, n. 2, p. 187, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25949965/>. Acesso em: 09 abr. 2021.

BRAY, G. A. Sobrepeso, Mortalidade e Morbidade. In: Bouchard, C. (Org.). **Atividade física e obesidade**. São Paulo: Manole, 2003. p. 35-62.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 38, Brasília, 2014. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf. Acesso em: 17 abr. 2021.

DA SILVA, Francisco de Assis Lopes; BEZERRA, José Airton Xavier. Benefícios da atividade física no controle da obesidade infantil. **Revista Campo do Saber**, v. 3, n. 1, 2017. Disponível em: <https://periodicos.iesp.edu.br/index.php/campodosaber/article/view/69/57>. Acesso em: 18 abr. 2021.

DURÉ, Micheli Lüttjohann; SCHWANKE, Natalí Lippert; Borges, Tássia Silvana; Burgos, Miria Suzana; Garcia, Edna Linhares; Krug, Suzane Frantz. **A obesidade infantil: um olhar sobre o contexto familiar, escolar e da mídia**. Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2015. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/tas-sia-borges/publication/291392649>. Acesso em: 07 abr. 2021.

FRANCISCHI, R. P.; PEREIRA, L. O.; LANCHETA JUNIOR, A. H. Exercício, comportamento alimentar e obesidade: revisão dos efeitos sobre a composição corporal e parâmetros metabólicos. **Revista Paulista de Educação Física**, [S. l.], v. 15, n. 2, p. 117-140, 2001. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rpef/article/view/139894>. Acesso em: 08 abr. 2021.

HERNANDES, F.; VALENTINI, M. P. Obesidade: causas e consequências em crianças e adolescentes. **Conexões**, Campinas, SP, v. 8, n. 3, p. 47-63, 2010. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/conexoes/article/view/8637727>. Acesso em: 18 abr. 2021.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Um em cada quatro adultos do país estava obeso em 2019; Atenção Primária foi bem avaliada. **Agência IBGE**, Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/29204-um-em-cada-q-uatro-adultos-do-p-ais-estava-obeso-em-2019>. Acesso em: 05 abr. 2021.

KOSTI, R.; PANAGIOTAKOS, D.B. A epidemia de obesidade em crianças e adolescentes em todo o mundo. **Cent Eur J Saúde Publ.**, 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292007000200009. Acessado em 15 abr. 2021.

LIMA, S. C. V. C.; ARRAIS, R. F.; PEDROSA, L. F. C. Avaliação da Dieta Habitual de Crianças e Adolescentes com Sobrepeso e Obesidade. **Rev. Nutr.**, Campinas, v.17, n.4, p.151-157, dez. 2004.

MELLO, Elza D. de; LUFT, Vivian C.; MEYER, Flavia. Obesidade infantil: como podemos ser eficazes? **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 80, n. 3, pág. 173-182, junho de 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S002175572-004000400004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 abr. 2021.

MENDES, Juliana de Oliveira Hassel; BASTOS, Rita de Cássia; MORAES, Priscilla Machado. Características psicológicas e relações familiares na obesidade infantil: uma revisão sistemática. **Rev. SBPH**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 228-247, dez. 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516085820190003000-13&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 13 abr. 2021.

PORTO, T. N. R. dos S.; CARDOSO, C. L. da R.; BALDOINO, L. S.; MARTINS, V. de S.; ALCÂNTARA, S. M. L.; CARVALHO, D. P. Prevalência do excesso de peso e fatores de risco para obesidade em adultos. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 22, p. e308, 27 abr. 2019. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/308/399>. Acesso em: 10 abr. 2021.

PRADO, Marta Lenise do; VELHO, Manuela Beatriz; ESPÍNDOLA, Daniela Simoni; *et al.* Arco de Charles Maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. **Escola Anna Nery**, v. 16, n. 1, p. 172–177, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141481452012000100023&-script=sci_art-text. Acesso em: 06 abr. 2021.

RODRIGUES, L. G. **Obesidade infantil: associação de grau de adiposidade com os fatores de risco para doenças cardiovasculares**. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro, 1998. Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/vd7hfQkGMMHwbcDjZC8QHMH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 abr. 2021.

SAHOTA, P.; RUDOLF, M. C.; DIXEY, R.; HILL, A. J.; BARTH, J. H.; CADE, J. (2001). Evaluation of implementation and effect of primary school-based intervention to reduce risk factors for obesity. **BMJ (Clinical research ed.)**, 323(7320), 1027–1029. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11691758/>. Acesso em: 22 abr. 2021.

SILVA, C. P; BITTAR, C ML. Fatores ambientais e psicológicos que influenciam na obesidade infantil. **Saúde e Pesquisa**, v. 5, n. 1, 2012. Disponível em: <https://177.129.73.3/index.php/saudpesq/article/view/2063/1568>. Acesso em: 07 abr. 2021.

SOARES, Ludmila D.; PETROSKI, Edio L. Prevalência, fatores etiológicos e tratamento da obesidade infantil. **Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum**, v. 5, n. 1, p. 63-74, 2003. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/edio-petroski-2/publication/24225710-3>. Acesso em: 03 abr. 2021.

SUPLICY, H. L. Quais as consequências do excesso de peso? as doenças associadas à obesidade. In: HALPERN, A.; MANCINI, M. C. (Org.). **Manual de obesidade para o clínico**. São Paulo: Roca, 2002. p. 61-84.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity and overweight**. Geneva, Switzerland, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. Acesso em: 05 abr. 2021.