



A DINÂMICA FAMILIAR DA CRIANÇA COM FATOR DE RISCO CARDIOVASCULAR

Nataís Bilhão Mombach Brites
Raquel Lacerda Paiani
Sérgio Pedro Hattge Júnior
Evelyn Soledad Reyes Viguera
Lucia Campos Pellanda.

¹Acadêmica do Curso de Graduação em Nutrição – Centro Universitário Univates, Lajeado, RS.

²Nutricionista, Doutora em Ciências Cardiovasculares pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS; professora do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde: Cardiologia do Instituto de Cardiologia/Fundação Universitária de Cardiologia (IC/FUC) de Porto Alegre, RS; professora do curso de Nutrição do Centro Universitário UNIVATES, Lajeado, RS.

³Nutricionista, Doutora em Medicina e Ciências da Saúde pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, RS; professora do Programa de Pós-graduação em Biotecnologia do Centro Universitário UNIVATES, Lajeado, RS; professora do curso de Nutrição do Centro Universitário UNIVATES, Lajeado, RS.

Endereço para contato:

E-mail:

INTRODUÇÃO:

Atualmente, a obesidade infantil é assunto de extrema importância para a saúde pública, devido ao aumento de sua prevalência e também pelas implicações médicas, psicológicas e sociais a ela relacionadas (1-3). Além disso, é um fator de risco associado a dislipidemias, hipertensão arterial, resistência à insulina e em especial, a doenças cardiovasculares, hoje a maior causa de mortalidade mundial (4). A obesidade infantil triplicou nas duas últimas décadas, acometendo entre um quinto e um terço de crianças a partir dos cinco anos de idade, independente da renda familiar e da região geográfica onde residem (5). O excesso de peso pode atingir cerca de quarenta e dois milhões de crianças

menores de cinco anos, sobretudo em países em desenvolvimento (6).

Os distúrbios da dinâmica familiar, em especial alterações na relação mãe-filho são de extrema relevância, pois o maior fator de risco da obesidade infantil é a frequência de familiares obesos, devido às questões genéticas e por aspectos psicossociais (8). Embora a obesidade infantil seja assunto amplamente explorado, a maioria dos estudos não considera as relações familiares e psicossociais envolvidos nos fatores de risco cardiovascular na infância, estudando-as de forma isolada e não em suas relações. Assim, este estudo tem como objetivo identificar a dinâmica familiar de pacientes com fator de risco para doença cardiovascular na infância.

MÉTODOS

Esta pesquisa, de delineamento transversal, foi realizada no Ambulatório de Cardiologia Pediátrica Preventiva, do Instituto de Cardiologia, localizado na cidade de Porto Alegre/RS.

O ambulatório busca a prevenção de crianças e adolescentes para cardiopatias na idade adulta, por meio de atendimento multidisciplinar, com o objetivo de mudança no hábito alimentar no longo prazo, adesão da família às mudanças propostas pela equipe, diminuição de atividades sedentárias (televisão, computador e videogames) e aumento global da atividade física (hábitos de vida diários e exercícios programados). Fazem parte da equipe as áreas de medicina, psicologia, nutrição, enfermagem e educação física.

Estão presentes na entrevista questões sobre planejamento e desenvolvimento da gestação, relação inicial da mãe com o bebê, com quem a criança reside, como são os relacionamentos interpessoais da criança em família, na escola e com seus amigos. Além disso, investiga-se sobre o desenvolvimento infantil, com o objetivo de verificar de que forma o responsável se envolveu neste momento e qual a sua participação, bem como identificar se estas informações se mostram relevantes para a família.

Em relação à definição sobre a aceitação de limites, há uma questão específica no questionário sobre isso, para verificar com o responsável de que forma a criança reage frente às regras impostas a ela. Esta pergunta é aberta e em geral os pais já respondem se a criança aceita, tem dificuldades ou não respeita as regras.

A análise estatística deu-se por intermédio de frequência e percentual, qui-quadrado. Os dados foram introduzidos no programa SPSS, versão 19, e o nível de significância estatística considerado foi de 0,05.

Fontes de Financiamento: O presente estudo não teve fontes de financiamento externas.

RESULTADOS

A amostra foi de pacientes de ambos os sexos, sendo 94 meninas e 104 meninos, caracterizados na Tabela 1,

Quando questionados sobre quais as refeições que a família faz reunida (considerando, café da manhã, almoço e jantar), 51,2 % relatam fazer ao menos duas refeições, entretanto poucas famílias conseguem se reunir no momento da refeição com seus filhos, conforme descrito na Tabela 2. O relacionamento familiar conflituoso faz com que as famílias tenham mais dificuldade em se reunir para as refeições, sendo que, nestas, 27,7% não fazem

qualquer refeição unidos, enquanto nas famílias com relacionamento familiar adequado, 16,6% não fazem refeições reunidas.

A ordem de nascimento foi predominantemente de filhos caçulas, seguido de únicos, conforme Figura 1.

DISCUSSÃO

Neste estudo transversal realizados com crianças portadoras de fator de risco para doença cardiovascular, observou-se que a maioria é proveniente de gestação não planejada, tem a mãe como responsável, sendo a criança o membro mais novo da casa, e que somados filhos caçulas e únicos representam aproximadamente 75% da amostra.

Estudos descrevem que a obesidade infantil é prevalente em crianças do gênero feminino, mas o presente estudo não corroborou este resultado, sendo que a amostra dividiu-se de forma homogênea entre os sexos (9-12). Segundo a Organização Mundial da Saúde, há diferença fisiológica do sobrepeso entre os gêneros, sendo que o excesso de energia das meninas é estocado em forma de gordura e o dos meninos, em forma de proteína(6). Entretanto, a doença arterial coronariana na idade adulta é prevalente entre o gênero masculino, o que vai ao encontro deste estudo, sobretudo considerando que os fatores de risco surgidos na infância permanecem na idade adulta. Nos últimos anos, se percebe crescimento de doença arterial coronariana entre as mulheres(13, 14).

Doenças cardiovasculares são a maior causa de mortalidade brasileira e mundial, independente do gênero, sendo que, nos países em desenvolvimento, ocorre maior incidência nas últimas décadas(1, 6, 8). Portanto, são necessários estudos que diagnostiquem de maneira precoce a população de risco, considerando ser a prevenção a melhor estratégia diante dos números crescentes.

Faz-se necessário ressaltar que a obesidade pode ser endógena, aquela associada a doenças do sistema endócrino ou problemas hormonais. A obesidade exógena é aquela sociogênica, influenciada pelas rotinas modernas, como o sedentarismo, dificuldades emocionais e/ou alimentação inadequada. É inegável a influência genética na obesidade infantil, mas fatores comportamentais e ambientais merecem um olhar diferenciado, devido às mudanças de hábitos na modernidade, que preconizam grande consumo de açúcares e gordura, bem como diminuição da realização de atividade física. Destaca-se o aumento de horas em frente à televisão, a disseminação dos jogos eletrônicos, o abandono precoce do aleitamento materno e a substituição de alimentos processados domesticamente por alimentos de baixo custo, industrializados e com grande densidade calórica (7).

Analisando as possíveis associações entre as constituições e funcionalidades familiares com os fatores de risco cardiovascular, cabe ressaltar a importância da família como constituinte das primeiras relações da criança com seu meio externo (15). Em termos psicanalíticos, o sujeito não tem origem, portanto não se desenvolve, ele se constitui. Antes de falar e caminhar, antes mesmo de nascer, o sujeito já é objeto do discurso, do desejo e das fantasias de seus pais que, por sua vez, estão sujeitos às estruturas linguísticas, psicanalíticas e histórico-sociais. Tal afirmativa leva à concepção de que o desejo dos pais repercute diretamente sobre aquele sujeito que está em formação (16).

Hoje, o que se vê são novas constituições familiares, as quais deixaram de ter a tradicional formação nuclear (pai, mãe e filhos) e passam a ser constituídas das mais diferentes formas (pai, pai e filhos, mãe e filhos, pai e filhos, mãe, mãe e filhos, cuidadores e filhos), dado que se comprova na amostra pesquisada, na qual apenas 11,2% dos pacientes residem só com pais e/ou irmãos. Com estas variantes de formação, há também mudanças sobre o papel que cada membro ocupa e o que significa para a criança, o que acarretou variantes no desempenho na tarefa de educar filhos. Uma destas mudanças significativas das novas constituições familiares é o papel que as mulheres tomaram, já que foram inseridas no mercado de trabalho, fazendo com que a formação familiar nuclear, onde o pai era o único provedor e a mãe, a cuidadora dos filhos, fosse aos poucos tomando outras formas; sendo assim, ambos foram ocupando novos lugares, dividindo responsabilidades, principalmente a tarefa de educar, embora ainda se perceba o acúmulo de funções das mulheres (17). Os dados encontrados neste estudo reforçam esta ideia, pois em quase 85% dos casos a mãe é quem comparece às consultas, como referência para os cuidados do filho, também sendo sua responsável. Além disso, a maior parte das famílias possui uma das outras constituições familiares que não a nuclear: mãe, pai e filho. Isso demonstra, ao mesmo tempo, a modernização da família, por suas novas constituições, mas também o quanto o papel da mulher (mãe) ainda hoje é o de provedora dos cuidados ao filho.

Um dos dados que mais se destacou foi percentual elevado de filhos caçulas e únicos, que somados contemplam quase 80% da amostra, indicando ser a ordem de nascimento um dos fatores de risco para a obesidade e cardiopatias adquiridas na população investigada. Estas são aquelas crianças descritas pelos pais como os bebês da casa e da família, o que impacta nos cuidados dirigidos a elas e também nas relações que se estabelecem, pois o que se percebe é superproteção por parte dos pais e grande dificuldade de impor limites, tanto para o estabelecimento e cumprimento de rotinas como para a ingestão de alimentação adequada.

Estudo sobre obesidade exógena faz levantamento da relação entre o filho único, gestação não planejada e obesidade infantil, corroborando os resultados encontrados. Segundo os autores, a relação se deve ao fato de que filhos não planejados interferem na relação conjugal dos pais, tendo o divórcio como desfecho da relação(8, 18). No caso dos pacientes em estudo, a homogeneidade da amostra poderá ser explicada por esta relação, pois, assim como o estudo anterior, depois destes filhos os pais optaram por não ter mais descendente; embora o planejamento de filho único possa estar presente, não é o que se verifica na amostra. Talvez um questionamento pertinente, seja qual fator, vem primeiro: a gestação não planejada desencadeou dificuldades conjugais ou as dificuldades conjugais levaram ao não planejamento familiar. No estudo anterior, tais variáveis não foram relacionadas, entretanto dados mostram que os pais têm dificuldades de impor limites para os filhos, independente da sua ordem de nascimento(19). Salienta-se a relação de que, no Brasil, as últimas pesquisas do Censo revelam diminuição do número de filhos nascido vivos ao final do período fértil da mulher, o qual, em 2000, era de 2,38 filhos e, em 2010, reduziu para 1,76, redução essa de mais ou menos 26%(20).

Quanto à esfera escolar, a maioria ingressou em idade correta na escola, entre cinco e seis anos, sendo que quase 80% começaram a ler entre seis e sete anos e hoje têm bom rendimento escolar, contraditoriamente ao encontrado na literatura, cuja afirmativa é de que crianças obesas têm dificuldade nos relacionamentos e também no seu desenvolvimento escolar(3).

Ressaltamos que o desempenho escolar não foi medido de forma direta, mas por intermédio de relatos das famílias.

Possíveis limitações deste estudo incluem, por exemplo, a falta de grupo controle sem qualquer fator de risco cardiovascular na infância. Sugerem-se outros estudos que comparem a dinâmica familiar de crianças com fator de risco cardiovascular com crianças sem fatores de risco. Além do mais, a descrição deste grupo é importante para que se obtenha uma visão geral da funcionalidade familiar de crianças com fator de risco cardiovascular, em especial a obesidade. Ao mesmo tempo, estudos observacionais estão inerentemente sujeitos a vieses de confusão.

CONCLUSÃO

Conclui-se que as crianças com fator de risco cardiovascular são provenientes, em sua maioria, de gestação não planejada, de famílias não nucleares, e que embora atualmente se estude sobre a mudança do papel da mulher na sociedade moderna, as mães ainda são designadas como responsáveis pelos filhos quando se trata de levá-los aos cuidados de saúde. O relacionamento familiar e escolar é adequado, mesmo que estas crianças tenham dificuldades em aceitar os limites impostos pela família e seus pais optarem por não ter mais filho depois deles.

Pretende-se, com este estudo possibilitar, a formulação de estratégias adequadas à população, em especial no que tange ao paciente e a suas relações familiares, independente da formação e funcionalidade familiar, contemplando visão integral da criança.

POTENCIAL CONFLITO DE INTERESSE

Declaramos não haver conflito de interesse pertinente.

TABELAS

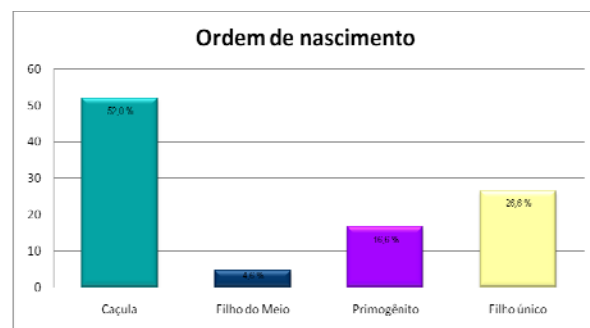
Tabela 1: Caracterização da amostra

	(%) Válido
Gênero Masculino	52,8
Gênero Feminino	47,2
Não planejaram gestação	65
Residem somente com pais e/ou irmãos	11,2
Mãe é responsável	83,9
Relacionamento familiar adequado	66,5
Relacionamento familiar conflituoso	33,5
Bom relacionamento escolar	77
Dificuldade de relacionamento na escola	23
Bom rendimento escolar	66,4
Dificuldade de aprendizagem	33,6
Têm dificuldades ou não aceitam limites	52,4

Tabela 2 : Refeições com a família (%) Válido

Almoço	7,7
Almoço e jantar	20,2
Café da manhã	3,0
Café da manhã e almoço	3,0
Café da manhã e jantar	0,6
Jantar	19,0
Nenhum	19,0
Todas	27,4
Ao menos duas	51,2
Somente uma	29,7

GRÁFICOS:



Referência Bibliográfica:

1. Reis CEG, Vasconcelos IAL, Barros JFdN. Políticas públicas de nutrição para o controle da obesidade infantil. Rev Paul Pediatr. 2011;29(4):625-33.
2. Jesus GMd, Vieira GO, Vieira TO, Martins CdC, Mendes CMC, Castelão ES. Determinants of overweight in children under 4 years of age. Jornal de Pediatria. 2010;86(4):311-6.
3. Pereira A GA, Verreschi ITN, Santos RD, Martinez TLR. A Obesidade e sua Associação com os Demais Fatores de Risco Cardiovascular em Escolares de Itapetinga. Arquivos Brasileiros de Cardiologia [Internet]. 2009; 93:[253-60 pp.].
4. Poeta LS, Duarte MdFdS, Giuliano IdCB, Farias Junior JcD. Intervenção interdisciplinar na composição corporal e em testes de aptidão física de crianças obesas; Interdisciplinary intervention on body composition and physical fitness tests in obese children. Rev bras cineantropom desempenho hum. 2012;14(2):134-43.
5. 2008-2009 PdOF. Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil 2010 [cited 2013]. Available from: <http://www.ibge.gov.br>.
6. Organization) WWH. Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. WHO Technical Report Series 8942000.
7. Tenorio A, Cobayashi F. Perception of childhood obesity by parents. Revista Paulista de Pediatria. 2011;29(4):634-9.
8. Escrivão M, Oliveira FLC, Taddei J, Lopez FA. Obesidade exógena na infância e na adolescência. J Pediatr. 2000;76(Supl 3):S305-S10.
9. Han JC, Lawlor DA, Kimm S. Childhood obesity. The Lancet. 2010;375(9727):1737-48.
10. Antunes A, Moreira P. Prevalência de excesso de peso e obesidade em crianças e adolescentes Portugueses. Acta Médica Portuguesa. 2011;24(2):279-84.
11. Oliveira AMAd, Cerqueira EdM, Oliveira ACd. Prevalência de sobrepeso e obesidade infantil na cidade de Feira

de Santana-BA: detecção na família x diagnóstico clínico. J pediatr. 2003;79(4):325-8.

12. de Mello ED, Luft VC, Meyer F. Obesidade infantil: como podemos ser eficazes. J Pediatria. 2004;80(3):173-82.

13. Nahás EAP. Avaliação dos biomarcadores precoces da doença cardiovascular-clínicos, inflamatórios e ecográficos-em mulheres na pós-menopausa. 2010.

14. de Pinho RA, de Araújo MC, de Melo Ghisi GL, Benetti M. Doença arterial coronariana, exercício físico e estresse oxidativo. Arq Bras Cardiol. 2010;94(4):549-55.

15. Outeiral JO. Adolecer:Estudos revisados sobre Adolescência. Rio de Janeiro2003.

16. Lajonquiere L. De Piaget a Freud: a (psico)pedagogia entre o conhecimento e o saber. 14° ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2007.

17. Wagner A, Predebon J, Mosmann C, Verza F. Compartilhar tarefas? Papéis e funções de pai e mãe na família contemporânea. Psicologia: teoria e pesquisa. 2005;21(2):181-6.

18. Baldi ET, Vieira MRR. Dinâmica familiar de crianças em tratamento de obesidade. Arquivos de Ciências da Saúde; 2011. p. 109-13.

19. Santos LRdC, Rabinovich EP. Situações familiares na obesidade exógena infantil do filho único. Saúde e Sociedade. 2011;20:507-21.

20. Estatística IIBdGe. Censo 2010: País tem declínio de fecundidade e migração e aumentos na escolarização, ocupação e posse de bens duráveis. 2010.