



**UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ**

**VANESSA OLIVEIRA SENA**

**ASSOCIAÇÃO ENTRE EXCESSO DE PESO INFANTIL E  
VIOLÊNCIA FAMILIAR CONTRA A CRIANÇA: UM  
ESTUDO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

RIO DE JANEIRO - RJ

2017



**VANESSA OLIVEIRA SENA**

**ASSOCIAÇÃO ENTRE EXCESSO DE PESO INFANTIL E  
VIOLÊNCIA FAMILIAR CONTRA A CRIANÇA: UM  
ESTUDO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

LINHA DE PESQUISA: DIAGNÓSTICO LOCAL E  
VIGILÂNCIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação apresentada à  
Universidade Estácio de Sá como  
requisito parcial para a conclusão do  
curso de Mestrado Profissional em  
Saúde da Família.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Anna Tereza  
Miranda Soares de Moura

RIO DE JANEIRO - RJ

2017

A dissertação

# **ASSOCIAÇÃO ENTRE EXCESSO DE PESO INFANTIL E VIOLÊNCIA FAMILIAR CONTRA A CRIANÇA: UM ESTUDO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Elaborada por

**Vanessa Oliveira Sena**

E aprovada por todos os membros da Banca Examinadora foi aceito pelo curso de Mestrado em Saúde da Família como requisito parcial à obtenção do título de

**MESTRE EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Salvador, 04 de setembro de 2017.

Banca Examinadora

---

**Profª Drª Anna Tereza Miranda Soares de Moura**  
Presidente  
Universidade Estácio de Sá

---

**Profª Drª Isabel Rey Madeira**  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro/UERJ

---

**Prof. Dr. Ricardo de Mattos Russo Rafael**  
Universidade Estácio de Sá

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BA: Bahia

CEP: Comitê de Ética e Pesquisa

CTS: Conflict Tactics Scale

CTSPC: Parent Child Conflict Tactics Scale

DAB: Departamento de Atenção Básica

DATASUS: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DIRES: Diretoria Regional de Saúde

DP: Desvio Padrão

ECA: Estatuto da Criança e do Adolescente

EqSF: Equipe de Saúde da Família

ESF: Estratégia Saúde da Família

HDL: high density lipoproteins

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC: Intervalo de Confiança

IMC: índice de Massa Corpórea

IDH: Índice de Desenvolvimento Humano

LDL: low density lipoproteins

NASF: Núcleos de Apoio a Saúde da Família

OMS: Organização Mundial de Saúde

ONU: Organização das Nações Unidas

PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PMAQ: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

POF : pesquisa de orçamentos familiares

PSE: Programa Saúde na Escola

PSF: Programa de Saúde da Família

SAOS: síndrome da apneia obstrutiva do sono

SB: saúde bucal

SINAM: Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SMS: Secretaria Municipal de Saúde

SSP: Secretaria de Segurança Pública

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS: Unidade Básica de Saúde

UNESA: Universidade Estácio de Sá

UNICEF: United Nations Children's Fund

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Distribuição dos Distritos Sanitários Salvador - Bahia \_\_\_\_\_ 43

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil da amostra das crianças atendidas _____	48
Tabela 2 – Perfil nutricional das crianças atendidas _____	49
Tabela 3 – Hábitos alimentares e linha de cuidado das crianças atendidas	50
Tabela 4 – Ocorrência da violência familiar contra a Criança _____	51
Tabela 5 – Associação entre violência contra a criança e sobrepeso/ obesidade infantil _____	52

Aos meus filhos, Pedro e Mateus, para que acreditem  
que com dedicação e coragem, tudo é possível.

## AGRADECIMENTOS

Este trabalho é fruto de um sonho, com muito esforço. Chegar até aqui foi quase uma maratona, aprendendo a driblar todos os “nãos” que apareceram no caminho. Por isto, em primeiro lugar, preciso agradecer a Deus. Foi ele quem me deu as ferramentas para conseguir galgar o caminho que me trouxe até o mestrado. A ele, toda a minha emoção e gratidão.

À Anna Tereza, meu sonho de orientadora, alguém que acreditou em mim quando nem eu mesma tinha certeza de que daria conta. Obrigada, Anna, pelo seu exemplo, serenidade na condução desse processo, carinho e parceria. Serei eternamente grata a você.

À UNESA, por viabilizar meu sonho, investindo na capacitação dos seus professores, estimulando nosso crescimento. Em especial, à Estácio Bahia, através da Reitoria e Direção acadêmica, muito obrigada!

Ao professor Ricardo Russo, pelo exemplo, pelas aulas inspiradoras e pela honra em participar da minha banca. À professora Isabel Madeira, pela disponibilidade e contribuições importantíssimas na qualificação e defesa.

Ao meu amor, Marcelo Britto, grande parceiro que foi, sem dúvidas, o divisor de águas na realização deste sonho, sempre me apoiando e estimulando meu crescimento. Esse mestrado é nosso, meu amor!

À minha irmã, Gabriela, pelo seu incentivo e amor desde o início, quando nada era ainda possível. Não seria possível sem você.

À minha mãe, meu “pequeno grande” tesouro, como agradecer por tanto, em tão poucas palavras? Tudo que galguei até aqui foi por ter você sempre por perto, me apoiando em tudo. Mãe, eu te amo!

À enfermeira Valéria Borges pelo apoio no estudo, na viabilização da coleta, por toda a ajuda, obrigada, Val!

Às minhas “empoderadas” amigas do mestrado: Cintya Veiga, Clara Junia, Erika Barros e Mônica Motta, que dividiram comigo tantas risadas, almoços, lágrimas, conversas, desabafos, e tornaram o mestrado mais leve, me mostrando o sentido da verdadeira amizade.

Propositalmente, por fim, não posso deixar de agradecer a Pedro e Mateus, meus grandes amores, por serem o estímulo que preciso, diariamente, para realizar sonhos, acreditar em novas possibilidades, agradecer o dom da

vida... pensar em vocês me emociona, sempre. Obrigada por, mesmo ainda tão pequenos, compreenderem tantas “ausências”, tantas viagens, tanto estudo. Tenham certeza de que tudo foi por vocês e para vocês!

## APRESENTAÇÃO

A motivação deste trabalho veio, acima de tudo, pela minha inquietação com os dados alarmantes da obesidade infantil, e a aparente minimização da relevância desses dados. Como enfermeira e docente da UNESA, ao me deparar com tantos estudos sobre a temática, pude observar, na prática, que a obesidade infantil parece ser algo aceitável, ainda que seja uma doença crônica e preditiva para vários agravos no adulto. Diante da perspectiva do ingresso no mestrado em saúde da família, passei a ter contato com mais textos a respeito do assunto, e, em paralelo a isto, me deparei com a relevância de outro tema que também trazia inquietação por sua “invisibilidade”, a violência contra a criança. Tais questões resultaram no estudo que por hora se apresenta.

O primeiro capítulo do estudo traz à tona os dados relevantes sobre a obesidade, sua classificação, diagnóstico, complicações e magnitude. Vale ressaltar que os aspectos da dinâmica familiar foram ressaltados, sendo objeto que norteia todo o estudo. Na sessão seguinte, o estudo aborda a relevância da violência contra a criança, passando pelo conceito, magnitude, consequências e políticas de enfrentamento da mesma, seguida das relações já comprovadas na literatura, entre as doenças crônicas e a ocorrência de violência intrafamiliar. Além disso, a introdução aborda a importância da Estratégia Saúde da Família, especialmente a atuação da equipe multiprofissional, na identificação, acolhimento e acompanhamento dos dois agravos.

Seguindo os procedimentos metodológicos, o estudo realizado foi do tipo transversal, com os seguintes objetivos: Identificar a associação entre a violência familiar e sobrepeso ou obesidade, identificar o perfil de crianças atendidas na ESF, identificar a prevalência de sobrepeso e obesidade e identificar prevalência de violência familiar contra crianças. Após a descrição do cenário de estudo, sujeitos de pesquisa, critérios de inclusão e exclusão, logística de trabalho e questões éticas, os resultados foram apresentados em forma de cinco tabelas.

Na discussão do trabalho, foi possível descrever o perfil sócio demográfico das crianças atendidas, dos seus pais, além de observar como resultado que houve alta prevalência de obesidade infantil e de violência

intrafamiliar contra a criança. Na identificação da associação entre a obesidade e a violência, o estudo apresentou limitações quanto ao número de sujeitos pesquisados, porém os resultados apontaram para a co-ocorrência dos agravos. Sugere-se que haja continuidade deste estudo, e também o ensaio de dois artigos científicos, um abordando os resultados da pesquisa e outro propondo caminhos possíveis na interface entre as linhas de cuidado para a obesidade e violência intrafamiliar contra a criança.

## RESUMO

O aumento de peso entre as crianças e adolescentes vem se tornando um problema de saúde pública no mundo. Estudos mostram que o número de crianças acima do peso tem crescido, mesmo em países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil. As consequências da obesidade infantil podem ser divididas naquelas relacionadas ao físico e nas psicológicas. Contemplando essa temática, a dinâmica familiar aparece como base da estratégia de cuidados para a obesidade infantil. O enfrentamento do diagnóstico de doenças crônicas pode provocar desgaste, levando a família à necessidade de orientação sobre como lidar com as estratégias de cuidado. A literatura aponta para associação entre doença crônica na infância e violência contra a criança no ambiente intrafamiliar. Esta consiste em formas agressivas da família se relacionar, por meio do uso da violência como forma de resolução de conflitos. Os objetivos desta pesquisa foram identificar a associação entre a violência familiar e sobrepeso ou obesidade, identificar o perfil de crianças atendidas na ESF, identificar a prevalência de sobrepeso e obesidade, identificar prevalência de violência familiar contra crianças e avaliar a associação entre sobrepeso ou obesidade e violência familiar nas crianças atendidas. Foi realizado um estudo quantitativo, do tipo transversal, no distrito do Cabula Beiru em Salvador- BA, entre os meses de abril e maio de 2017, através de amostra por oportunidade, aplicação de 80 questionários que foram divididos entre entrevista e CTSPC (*Parent Child Conflict Tactics Scale*). Os resultados apontaram maior parte das mães (66,2%) tinha idade superior a 18 anos, escolaridade até o primeiro grau (50,6%), e trabalhava fora (62,3). O resultado demonstrou prevalência elevada de obesidade infantil (35,1%), maioria das crianças não estava em acompanhamento com nutricionista (90,4%). Sobre a violência, 84,4% das respondentes foram positivas para a escala dimensão da violência psicológica e 68,8% responderam pelo menos um item positivo para a escala de castigo corporal. Os resultados deste estudo apontaram que houve associação entre alguns aspectos da violência intrafamiliar contra a criança e o excesso de peso, no entanto, pela limitação do estudo, não encontrou associação com violência psicológica ou física. A identificação da importância da dinâmica familiar nas duas linhas de cuidado pode favorecer a atuação do profissional de saúde, especialmente os da Estratégia Saúde da Família, na medida em que possibilita uma nova ferramenta de trabalho, através da abordagem a partir da atenção aos aspectos familiares. O profissional da ESF, justamente por conhecer melhor o ambiente onde a criança está inserida, tem maior condição de perceber a dinâmica familiar, as vulnerabilidades existentes, podendo assim identificar os dois agravos e apoiar a família, a fim de evitar a perpetuação dos mesmos. O uso de escuta ativa, orientações e encaminhamentos parecem ser elementos fundamentais neste processo.

**Palavras chave:** Obesidade Infantil. Violência Infantil. Doenças Crônicas. Violência intrafamiliar.

## ABSTRACT

Weight gain among children and adolescents has become a public health problem in the world. Studies show that the number of overweight children has grown, even in developing countries, like Brazil. The consequences of childhood obesity can be related to physical changes or even psychological issues. Contemplating this theme, the family environment appears as the basis of the strategy of care for childhood obesity. The diagnosis of chronic diseases can lead to burnout, leading the family to the need for guidance on how to deal with care strategies. The literature link the association between chronic illness in childhood and violence against the child in the intrafamily environment. This consists of aggressive ways of the family to relate, through the use of violence as a form of conflict resolution. The objective of this study were to identify the association between family violence and overweight or obesity, identify the profile of children attending the ESF, identify the prevalence of overweight and obesity, identify prevalence of family violence against children and measure the association between overweight or obesity against those children who suffer family violence. A cross-sectional study was carried out in the district of Cabula Beiru in Salvador-BA, between April and May 2017, using a random selection group, were applied 80 questionnaires, which were divided between interviews and the CTSPC Conflict Tactics Scale). The results showed that most of the mothers (66.2%) were over 18 years of age, had first grade education (50.6%), and worked (62.3). The result showed a high prevalence of childhood obesity (35.1%), most of the children were not followed up with nutritionists (90.4%). Regarding violence, 84.4% of the interviewed shows positive for the scale of psychological violence and 68.8% answered at least one positive item for the scale of corporal punishment. The results of this study indicated that there was an association between some aspects of intrafamily violence against children and overweight, which converges with others national and international studies. The identification of the importance of family dynamics in those two care lines can help the health professional, especially those of the Family Health Professional, as it enables a new work tool, through an approach based on attention on family aspects. The Family Health professional, due to knowing better the environment where the child is inserted, has more condition to perceive the family dynamics, the vulnerabilities, therefore being able to identify those problems and support the family, in order to avoid their perpetuation. The use of active listening, guidance and referrals seem to be key elements in this process.

**Keywords:** Childhood Obesity. Child Violence. Chronic diseases. Domestic violence.

# SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>15</b>
<b>1.1 Obesidade na infância</b>	<b>15</b>
1.1.1 Magnitude e relevância	15
1.1.2 Definição e classificação	17
1.1.3 Consequências e abordagem da obesidade infantil	20
<b>1.2 Violência intrafamiliar contra a criança</b>	<b>24</b>
1.2.1 Magnitude e relevância	24
1.2.2 Definição e classificação	25
1.2.3 Consequências, abordagem e fatores da violência	27
1.2.4 Políticas para o enfrentamento da violência contra a criança	30
<b>1.3 Doenças crônicas e violência intrafamiliar contra a criança: uma realidade</b>	<b>32</b>
<b>1.4 Estratégia Saúde da Família: uma possibilidade para a abordagem da obesidade e violência intrafamiliar contra a criança</b>	<b>35</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA</b>	<b>39</b>
<b>3 OBJETIVOS</b>	<b>40</b>
<b>3.1 Objetivo Geral</b>	<b>40</b>
<b>3.2 Objetivos Específicos</b>	<b>40</b>
<b>4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b>	<b>41</b>
<b>4.1 Tipo de estudo</b>	<b>41</b>
<b>4.2 Cenário</b>	<b>41</b>
4.2.1 O município de Salvador	41
4.2.2 Estratégia Saúde da Família em Salvador	42
<b>4.3 Sujeitos da pesquisa</b>	<b>44</b>
<b>4.4 Instrumentos</b>	<b>44</b>
4.4.1 Perfil sociodemográfico	44
4.4.2 Informações sobre os padrões nutricionais	45

4.4.3 Aferição da violência familiar contra a criança	45
<b>4.5 Logística</b>	<b>46</b>
<b>4.6 Análise de dados</b>	<b>47</b>
<b>4.7 Questões éticas</b>	<b>47</b>
<b>5 RESULTADOS</b>	<b>47</b>
<b>6 DISCUSSÃO</b>	<b>52</b>
<b>7 ARTIGO</b>	<b>60</b>
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS E DESDOBRAMENTOS FUTUROS</b>	<b>67</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>68</b>
<b>APÊNDICES</b>	<b>75</b>
<b>APÊNDICE A - Questionário Multidimensional: Aspectos sociodemográficos e nutricionais da criança</b>	
<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>	

# **1 INTRODUÇÃO**

## **1.1 Obesidade na infância**

### **1.1.1 Magnitude e relevância**

A obesidade entre as crianças e adolescentes vem se tornando, nos últimos anos, um problema de saúde pública no mundo. Estudos mostram que o número de crianças acima do peso tem crescido, mesmo em países mais pobres ou em desenvolvimento, como é o caso do Brasil. Dados apontam que os agravos não transmissíveis, dentre eles algumas doenças do adulto, podem ter início na infância, gerando problemas de larga repercussão para a saúde durante toda a vida do indivíduo (OMS, 2016). A obesidade, antes apenas preocupante na saúde do adulto, passa a configurar doença presente e crescente na população infantil. Os agravos durante a infância são fatores de risco já comprovados para a linearidade de algumas doenças, e dentre estes, a obesidade é largamente descrita como condição preditiva para diversas patologias, tais como as doenças cardiovasculares, metabólicas, dentre outras (SBP, 2012).

O relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2016) destaca que em 2014 41 milhões de crianças com até 5 anos de idade tiveram diagnóstico de excesso de peso, e que a prevenção e controle da obesidade infantil devem ser considerados como prioritários nas políticas de saúde. Seus dados apontam que entre os anos de 1990 e 2014, o número de crianças obesas passou de 7,5 para 15,5 milhões. Em número absoluto, a doença nos países de baixa renda vem superando os de renda alta, apesar da presença de outros problemas nutricionais, como a desnutrição proteico calórica, ainda estarem na pauta de preocupação nos países menos desenvolvidos.

Muitos são os fatores que podem explicar esse aumento da obesidade e parece que a industrialização, maior acesso ao consumo de alimentos de alta densidade energética por parte das famílias, novos padrões de comportamento que distanciam a criança dos exercícios físicos pelos mais variados motivos, geram desbalanceamento entre ganho e gasto energéticos (OMS, 2016). Observa-se também em estudos recentes, que há mudança de hábitos familiares, quando os pais faziam suas refeições junto aos filhos, e atualmente isso vem sendo substituído pelo hábito de comer enquanto se pratica outras atividades, especialmente o uso da televisão, prejudicando o diálogo entre a

família e influenciando nas escolhas alimentares, favorecendo o ganho de peso (BALLONE; MOURA, 2008; ERICA, 2016; JAIME; PRADO; MALTA, 2017). Seguindo essa tendência, o Brasil, estando em transição nutricional (substituição da desnutrição infantil por alto índice de sobrepeso e obesidade), também apresenta dados alarmantes de obesidade (BRASIL, 2015). O excesso de peso na criança, com alta disseminação pelo mundo, tem sido foco de preocupação também para pediatras, profissionais de saúde e pesquisadores relacionados à saúde da criança (DAMIANI, 2015).

A pesquisa nacional de saúde (2013) expressa estreita relação entre o número de horas em que se assiste televisão e consumo de bebidas açucaradas, com consequente ganho de peso, no Brasil. Estudo realizado com adolescentes brasileiros mostrou que 70% dos jovens passam tempo superior a duas horas em frente à televisão, computador ou videogame consumindo petiscos, além de realizarem as principais refeições assistindo à TV (ERICA, 2016).

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) na última pesquisa de orçamentos familiares (POF), publicada em 2009, apontam que a prevalência de excesso de peso nas crianças abaixo de 9 anos oscila entre as regiões, variando de 25 a 40%, com maior prevalência em regiões mais ricas do país (Sudeste, Sul). A obesidade aumentou nas estatísticas das últimas décadas, e, caso não existam medidas efetivas de controle, em poucos anos o Brasil pode se tornar um dos países de maior índice de obesidade no mundo (BRASIL, 2010). O excesso de peso em crianças e adolescentes expressa desequilíbrio entre a ingestão e gastos calóricos. Porém, as medidas isoladas de mudança do padrão alimentar, escolha de alimentos saudáveis, lazer e atividade física não parecem suficientes para ajudar no controle de peso das crianças, sendo necessário um conjunto de intervenções, de maneira a permitir o controle da doença, inclusive com a atuação multiprofissional. Em virtude desta prevalência crescente na infância e adolescência, do potencial de persistência ao longo da vida, a dificuldade do controle e a associação com riscos à saúde na vida adulta, a obesidade infantil tornou-se como um dos grandes problemas de saúde (BRASIL, 2015).

### 1.1.2 Definição e classificação

A obesidade infantil pode ser definida como “[...] o acúmulo de tecido gorduroso localizado ou generalizado, provocado por desequilíbrio nutricional associado ou não a distúrbios genéticos ou endocrinometabólicos” (ABESO, 2010; OMS, 2016). Esta doença tem causas relacionadas aos fatores endógenos e exógenos. Estes englobam aspectos educacionais, tais como hábitos alimentares, estilo de vida e dinâmica familiar da criança. Importante ressaltar que é consenso na literatura que, especialmente nas crianças abaixo de 5 anos, os fatores exógenos são decisivos no crescimento e desenvolvimento (BRASIL, Caderno de Atenção Básica 33, 2012).

A obesidade pode se iniciar em qualquer idade. Na infância, esta poderá ser desencadeada pelo desmame precoce ou falta de amamentação, baixa qualidade de escolha para a introdução de alimentos complementares ao leite materno, consumo excessivo de carboidratos e o comportamento sedentário (SBP, 2012). As causas endógenas (menos comuns nas crianças) englobam os fatores hormonais, hereditários e genéticos que irão acelerar ou retardar o ganho de peso, bem como o aumento de estatura da criança. Estes são considerados não modificáveis, atuam no metabolismo, levando ao desequilíbrio entre a ingesta e gasto calórico. Disfunções que alterem o hormônio do crescimento, os hormônios tireoidianos (hipotireoidismo), diabetes, ou síndrome metabólica, podem causar obesidade na infância (SBP, 2012).

Os fatores exógenos estão relacionados aos comportamentais, adquiridos, aqueles que estão envolvidos com hábitos alimentares, aspectos familiares e emocionais do ganho de peso, tema que necessita de maior aprofundamento, por envolver questões não orgânicas bastante relevantes para a prática profissional no atendimento à criança. Estudo de Barros Filho (2004) afirma que as características ambientais são aspectos centrais da obesidade, já que populações geneticamente semelhantes, quando em ambientes diversos, irão apresentar diferentes prevalências de sobrepeso/obesidade, ou seja: os fatores endógenos não parecem ter tanta influência no desenvolvimento da doença, quanto os fatores exógenos.

O vínculo entre mãe e filho também é descrito como fator exógeno importantíssimo na gênese da obesidade infantil, na medida em que as vivências psíquicas que envolvem esta relação parecem implicar nas escolhas e padrões de comportamento alimentar, aliviando ou potencializando

ansiedades e emoções da criança (SBP, 2012; DORNELLES, ANTON, PIZZINATO, 2014). Estudo de Thompson (2013) chama atenção para a influência das mães obesas ou com sobrepeso em relação ao excesso de peso em seus filhos. Outros estudos têm apontado a educação alimentar materna como um preâmbulo para melhores escolhas alimentares da criança, inclusive quando esta se torna adulta (FERREIRA, 2010; LACERDA et al., 2014; MOTTER et al., ALMEIDA et al., 2017).

Sabe-se que a ingestão de alimentos pode ser utilizada para compensar determinadas perdas, substituir algumas ausências emocionais e afetivas, reduzir os sentimentos de privação emocional. Além disso, o “[...] ganho excessivo de peso pode estar associado aos relacionamentos instáveis dentro da família ou escola, reforçando relação entre a dinâmica familiar e a doença descrita” (WANDERLEY; FERREIRA, 2010). Neste sentido, a literatura afirma que, a partir da vida intrauterina, o vínculo construído entre mãe e filho, também se dá a partir da alimentação ofertada ao mesmo, havendo intensa troca de emoções neste binômio, o que parece influenciar também no padrão alimentar e ganho de peso para a criança. O bebê reconhece o mundo através da boca, e através da amamentação, ele é nutrido do alimento e do afeto. Em sequência, a partir da introdução alimentar, há influência da mãe e de toda a dinâmica familiar nos padrões aprendidos pela criança, conseqüentemente no seu peso corpóreo. A ligação afetiva entre a maternidade e a alimentação, por muitas vezes parece aparecer sob forma de “compensações afetivas”. A obesidade pode ser analisada e reconhecida, tendo seu “fundo emocional” avaliado através da observação do vínculo construído entre mãe e filho (SBP, 2012).

Para diagnosticar a criança com sobrepeso ou obesidade, é necessário entender de que maneira o excesso de peso se classifica, considerando o processo de crescimento e desenvolvimento. Para isso, alguns consensos foram descritos: a classificação geral de excesso de peso na infância, para as crianças menores de 5 anos baseia-se nas referências de crescimento infantil propostas pela OMS em 2006, e para as crianças de 5 a 10 anos incompletos, a referência da OMS em 2007. A Sociedade Brasileira de Pediatria (2012) considera que o diagnóstico de obesidade infantil deverá ser, sobretudo, a partir da clínica apresentada pelo paciente, e parâmetros como o perfil nutricional (qualidade e quantidade) deverão ser correlacionados com os dados antropométricos, através das curvas de crescimento. Estas curvas preveem o

índice de massa corpórea (IMC) como critério de classificação, através dos limites dos percentis. Este é considerado excelente marcador para medir o sobrepeso em crianças, e é adotado por outros órgãos de pesquisa, tais como o IBGE na Pesquisa de Orçamentos Familiares (IBGE, 2009). O Ministério da Saúde, complementando as orientações da OMS, unificou a classificação das crianças de 2 a 10 anos, através do Caderno de Atenção nº 38 – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Obesidade, utilizando o IMC (Índice de Massa Corpórea) como ponto de corte entre normalidade sobrepeso e obesidade (BRASIL, 2014).

A classificação apresenta uma diferença entre os parâmetros femininos e masculinos e de idade até os dez anos incompletos. Evidencia também que existe atenção com o sobrepeso infantil, já que mantém no seu quadro de classificação limites numéricos para diferenciar as duas condições. Os parâmetros deverão ser anotados no cartão da criança, e os dados encontrados deverão ser confrontados com a anamnese realizada pelo profissional, e com a avaliação dos hábitos alimentares e atividades de da família (BRASIL, 2014).

O caderno de atenção supracitado sugere, como estratégias de classificação e cuidado com a criança com excesso de peso a identificação precoce dos casos, estratificação dos riscos e organização da oferta de cuidados, através de acompanhamento da criança e de toda a família (BRASIL, 2014).

Esta classificação não é a única utilizada. Entre instituições e associações de alta confiabilidade, como Sociedade Brasileira de Pediatria, Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica e Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, existem algumas discussões quanto ao que seria o padrão ouro do diagnóstico e classificação. Todos eles indicam o IMC para classificar o sobrepeso e a obesidade, ainda que o mesmo não deva ser critério único para o diagnóstico da obesidade infantil, já que é um parâmetro que considera apenas o valor numérico, desconsiderando outros elementos relevantes (ABESO, 2009). O exame clínico é especialmente importante e determinante no diagnóstico, sendo consenso que o profissional de saúde necessita destes dados, além dos antecedentes familiares e pessoais de outras doenças além da obesidade, como o uso de droga e álcool pela genitora ou familiares da criança, antecedentes

alimentares, tempo de aleitamento materno, história de alimentação atual e hábitos de vida (SBP, 2012). Sabe-se que a quantidade total de gordura, o excesso de gordura em tronco ou região abdominal e o excesso de gordura visceral são três aspectos da composição de algumas doenças crônicas (especialmente as cardiovasculares e metabólicas) já descritas largamente na literatura. Destaque especial deve ser dado à síndrome metabólica como agravo relacionado também à obesidade, ao aumento de peso, circunferência da cintura elevada, baixo colesterol HDL, aumento de triglicérides e glicemia (DAMIANI *et al*, 2011; BRASIL, 2014; CANTALICE *et al*, 2015; ERICA, 2016).

Além do peso e estatura, outras observações devem ser realizadas, especialmente quando em consulta com a criança. No exame clínico, deve-se verificar a prega cutânea tricípital, circunferência do braço, circunferência abdominal através do ponto médio entre a última costela fixa e a borda superior da crista ilíaca, avaliando a gordura visceral, estadiamento puberal (verificação de surgimento de caracteres sexuais na infância, o que representa descontrolado hormonal), mensuração da pressão arterial sistêmica em todas as consultas pediátricas, levando em consideração o sexo, idade e estatura, e bioimpedância. Além disso, fatores como presença de alterações de pele (acne, acanthosis nigricans) também serão importantes para o diagnóstico de obesidade (SBP, 2012). Outros métodos também propedêuticos devem ser citados, tais como o DXA (*Dual Energy X-ray Absorptiometry*), que se relaciona com a impedância da criança. No entanto, vale ressaltar que as aferições que vão além do IMC não são rotina em ambulatórios de pediatria geral e também não são rotineiramente verificadas na atenção básica, além das curvas da OMS.

### 1.1.3 Consequências e abordagem da obesidade infantil

As consequências da obesidade infantil podem ser divididas nas relacionadas ao físico e em consequências psicológicas. Do ponto de vista da saúde física, a obesidade leva a criança a uma série de limitações nas atividades normais da infância, como o correr e brincar, além de oferecer risco de a mesma desenvolver agravos como: síndrome metabólica (condição clínica geradora de anormalidades que facilitam o acometimento de diabetes e doenças do aparelho cardiovascular), hipertensão arterial sistêmica, dislipidemias (aumento de triglicérides, diminuição de HDL e aumento de LDL),

síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS) e síndrome dos ovários policísticos nas meninas, além do risco no desenvolvimento de outras doenças em longo prazo, tornando-a um adulto doente (SBP 2008, 2012; ABESO, 2010; HERNANDES; VALENTINE, 2010).

Das complicações supracitadas, é importante destacar a síndrome metabólica (SM). Esta, como já relatado, define-se como condição clínica composta por anormalidades antropométricas, fisiológicas e bioquímicas que acabam por predispor o indivíduo às doenças do sistema cardiovascular e metabólico, especialmente a diabetes tipo 2. Na criança, vale ressaltar que o sobrepeso e a obesidade são fatores de risco para o desenvolvimento da SM, já que esta é desencadeada por adiposidade abdominal (gordura visceral), história familiar de diabetes ou hipertensão arterial, elevado peso ao nascer, dislipidemia (SBP, 2012).

O diagnóstico da SM na criança e adolescente é realizado através da confirmação de três elementos: obesidade abdominal e mais dois componentes já descritos. A *International Diabetes Federation* (IDF) afirma que o critério relacionado à circunferência da cintura (elevada) associado a dois critérios clínicos ou laboratoriais (glicemia elevada e/ou HDL baixo) pode ser utilizado no diagnóstico da doença na criança acima de 10 anos, com segurança. Abaixo de 10 anos, o diagnóstico de SM não deve ser feito, porém a criança deve ser orientada quanto à necessidade de perda de peso e mudança de estilo de vida (ERICA, 2016; DAMIANI, 2011). Sabe-se que o desenvolvimento da doença se dá através da associação da predisposição genética e estilo de vida da família/ criança, e que o tratamento se dará através da mudança alimentar imediata, maior gasto energético e acompanhamento sistemático, não havendo indicação num primeiro momento, de terapia medicamentosa (DUARTE, 2015).

Os acometimentos psicológicos da obesidade na criança podem atingir não somente a mesma, mas a família como um todo, já que esta terá que lidar diariamente com os aspectos nutricionais da criança, limitando a qualidade e/ ou quantidade alimentar, além de haver a necessidade da mudança de rotina, o que pode gerar desconforto e descontentamento. O filho “gordo”, inadequado fisicamente e até socialmente, pode gerar, nos pais, uma sensação de impotência e quebra da expectativa. O momento da alimentação da criança pode ser fonte de prazer, encontro, diálogo, mas também pode ser momento

de desgaste. O ato de ser alimentado pode ser relacionado com recompensas ou premiação, levando a uma associação psicológica que pode gerar prejuízo e piora nos padrões de escolhas alimentares (ANDRADE; MORAES; LOPEZ, 2014).

Como tratamento da obesidade infantil, a literatura indica que o mesmo deverá ser realizado com cautela, considerando a idade da criança e seu histórico de saúde, além dos fatores que causam a doença. Quando a mesma é de origem endógena, o ideal é atenção à doença de base (muitas vezes necessitando de intervenções medicamentosas), e quando esta está sendo causada por fatores ambientais, o tratamento deverá ser direcionado às mudanças de hábitos (MELLO et al., 2003; SBP, 2012). A ênfase deste estudo está na abordagem à criança na rede básica, e considerando as recomendações do Ministério da Saúde, esta deve ser através de esclarecimento, avaliação do comportamento alimentar, quantidade, qualidade e manutenção, utilizando a equipe multiprofissional (BRASIL, 2014).

O plano do tratamento deverá considerar a realidade vivenciada por cada criança e família, relevando o fato de que a criança se encontra em processo de crescimento e desenvolvimento, ou seja: um mau planejamento poderia interferir na saúde da mesma. A atenção nutricional deverá ser pensada de forma balanceada, visando melhor organização e escolha dos alimentos através do tratamento dietético, monitorando o crescimento da criança e promovendo educação nutricional (SBP, 2012). Além disso, o tratamento deverá envolver a orientação de atividades físicas do dia a dia: subir escadas, brincadeiras ao ar livre, caminhar, andar de bicicleta, entre outros, sempre envolvendo a família, determinante no processo de emagrecimento (DORNELLES; ANTON; PIZZINATO, 2014).

O tratamento medicamentoso deverá ser utilizado como coadjuvante na atuação terapêutica da obesidade infantil. Por ser doença multifatorial, a obesidade exige atuação ampliada e seu tratamento necessita obedecer à interlocução entre os fatores causais da mesma, como já mencionado. É consenso que as medicações a serem utilizadas jamais deverão ser a primeira escolha para o tratamento, devendo a criança passar por período mínimo de seis meses de intervenções para melhoria dos hábitos nutricionais e físicos (para maior qualidade alimentar e gasto energético adequado), e a terapêutica medicamentosa, quando utilizada, atuará nas comorbidades (BRASIL, 2010; SBP 2008; SBP 2012).

Em consonância com a tendência mundial, descrita pela OMS (2016), as ações de saúde governamentais passaram a considerar fatores que envolvem múltiplas possibilidades na prevenção e controle da doença, que vão além dos aspectos genéticos e imutáveis. Dentre as medidas, é necessário que exista

uma ocupação maior com os fatores que envolvem a dinâmica familiar da criança, já que esta parece ter íntima relação com a doença, através de padrões alimentares estabelecidos previamente, hábitos de vida e consequentemente variação no crescimento e desenvolvimento da mesma. Além disso, parece que aquelas crianças envolvidas em conflitos familiares, separações traumáticas, processos violentos, podem construir relação afetiva e confusa com o ato de comer, bem como a própria obesidade ou sobrepeso piorar as relações dentro da família, a partir do momento em que essa criança “foge do padrão”. Vale ressaltar que a obesidade pode não ser vista como doença, e em geral é reconhecida como “problema” a partir de olhar estético, além do fato de que culturalmente, a obesidade é fortemente associada à fartura (SANTOS, 2003; JULI, 2016).

Contemplando essa temática, a dinâmica familiar aparece como base da estratégia de cuidados para as doenças crônicas na infância, dentre elas a obesidade. A família como primeira expressão social, através da construção de hábitos e crenças em comum, irá influenciar nas escolhas da criança ao longo da vida (BRASIL, 2014). Outro aspecto que a literatura aponta como interlocução entre a obesidade infantil e os aspectos familiares, é a obesidade dos pais. Torna-se importante considerar que em determinadas famílias a obesidade não é considerada um problema. Diferentes educações alimentares e conceitos de saúde podem influenciar na maneira que a família enxerga e lida com a criança com sobrepeso. Tal visão do quadro de aumento de peso pode levar a uma falsa impressão de saúde, negligenciando a necessidade da mudança alimentar e de maior gasto energético, e a necessidade de acompanhamento. Os padrões alimentares aprendidos ao longo da infância podem reeditar a obesidade dos pais ou cuidadores (TENORIO; COBAYASHI, 2010). Outros comportamentos, como o ritmo empregado nas refeições, horários desregulados, escolha alimentar, também são associados à obesidade e dinâmica familiar. Deve-se levar em consideração que os hábitos alimentares são formados nas primeiras fases da infância, internalizando padrões de comportamentos alimentares, além de experimentar novas texturas, sabores, e variação de qualidade e quantidade alimentar (GARCIA, 2013).

Mesmo sendo considerada “saudável” ou “ esteticamente aceita” pela família, esta criança com sobrepeso ou obesidade lidará com as dificuldades enfrentadas na socialização e limitações da doença. O sobrepeso e a

obesidade infantil podem levar à introspecção da criança, não só do ponto de vista estético, mas também do seu próprio desenvolvimento. Apesar de a gordura ser esteticamente aceita e até parecer “positiva” em determinadas faixas etárias (especialmente na lactância), é confrontada com padrões rígidos de beleza e parâmetros de saúde (ABREU, 2010).

## **1.2 Violência intrafamiliar contra a criança**

### **1.2.1 Magnitude e relevância**

A violência contra a criança tem sido estudada e percebida como um fenômeno importante. Dimensionar sua magnitude ainda é um desafio para os pesquisadores, sendo difícil estimar sua frequência de ocorrência. No entanto, há evidências crescentes de que o problema é significativo e universal (OMS, 2002).

Dados da OMS (2015) apontam que a violência é a quarta maior causa de morte no mundo. No Brasil, as causas externas configuram-se como a primeira causa de morte na faixa etária de 5 a 19 anos, e a segunda no período de um a quatro anos, e na contramão das causas naturais de morte, estão em aumento nos últimos anos. Quanto a ocorrência de violência contra a criança, sabe-se que os dados podem não expressar a realidade dos casos, já que as notificações ainda são subdimensionadas, e fazem referência àqueles que chegam aos serviços de saúde. Estes dados atestam, portanto, que a violência ainda é um grave problema a ser enfrentado (BRASIL, 2012; BRASIL, 2014).

Em 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) através da Lei nº 8.069/90, trouxe em seu artigo 5º que “nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punindo na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais”. No entanto, segundo dados do Governo Federal Brasileiro, a cada dez minutos uma criança sofre violência no país (BRASIL, 2015).

Dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAM) em 2011 apontam que quase dois terços dos casos ocorrem dentro da residência daqueles que estão na faixa etária de até 10 anos de vida, ou seja: apontam que a violência contra a criança ocorre essencialmente no ambiente familiar. A partir da adolescência, o perfil dos agravos muda, dando lugar a incidência secundária da violência acontecida na via pública (BRASIL, 2012). O

Mapa da Violência no Brasil (2012) concluiu que prevalece a violência física, que concentra 40,5% do total de atendimentos de crianças e adolescentes pelo SUS, em segundo lugar, destaca-se a violência sexual, notificada em 20% dos atendimentos, com especial concentração na faixa de 5 a 14 anos de idade, em terceiro lugar, com 17% dos atendimentos, a violência psicológica ou moral; já negligência ou abandono foi motivo de atendimento em 16% dos casos. Dados Brasileiros recentes afirmam que a violência mais comum em crianças é o abuso psicológico, seguido do abuso físico (BRASIL, 2014). Em consonância com os dados acima, estudo da Secretaria de Direitos Humanos (2014) reafirma que os pais são os principais sujeitos envolvidos na violência contra a criança, especialmente as mães, o que confirma outros estudos levantados, dentro e fora do Brasil (ANTONI; BATISTA, 2014; MARTINS, 2013; BRASIL, 2012; 2010). No contexto da dinâmica familiar, muitas vezes transmitido através de gerações, há a justificativa de castigo corporal pelo fato de que a mãe ou o pai pretende “educar” a criança. Até historicamente, a violência contra a criança praticada dentro da família, era aceita, sendo combatida no Brasil a partir da década de 1980 (MORAIS et al., 2016). No país, cerca de 39% dos atendimentos pelo SUS à criança vítima de violência foram provocados pelos pais, especialmente em crianças menores de um ano de vida (BRASIL, 2012).

### 1.2.2 Definição e classificação

Segundo Relatório da OMS, violência pode ser definida como

[...] o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça contra si próprio, outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002, p.5).

Para Minayo (2001), a violência é problema social que acompanha a história, sendo um fato humano, social e presente em todas as classes sociais.

A OMS compreende a violência a partir do Modelo Ecológico, introduzido a partir da década de 1970, considerando os fatores de risco e fatores de proteção, já que a mesma exige olhar mais aprofundado, sobretudo na sua causalidade. Não existe uma única explicação para o fato de que alguns indivíduos ou comunidades são mais violentos do que outros, assim como é

importante ressaltar que a violência é fruto de múltiplos fatores, que não envolvem apenas a característica individual, mas também de contexto sociocultural em que se vive. O modelo ecológico considera os elementos sociedade, comunidade, relações e indivíduo como indispensáveis na compreensão do processo da violência. Ou seja: explora a relação existente entre o indivíduo, o contexto em que ele vive e a sociedade na qual ele está inserido (OMS, 2002).

Ainda sobre o modelo ecológico, importante ressaltar que o mesmo possibilita uma abordagem abrangente das questões de saúde, já que amplia o entendimento da violência, não restringindo a mesma a um fator só. No seu primeiro nível, aborda as questões individuais, tais como história pessoal, características que levam o indivíduo a cometer atos violentos na sua vida. O segundo nível abrange a questão social, das relações que envolvem os sujeitos em questão, da interação que existe entre estes, destacando o fato de a convivência facilitar a repetição do impulso violento. O terceiro nível examina o contexto social em que as relações estão inseridas, dentro da comunidade e suas particularidades. Sabe-se que, dentro deste nível, fatores tais como impermanência residencial, heterogeneidade, alta densidade populacional são aspectos facilitadores para comportamentos violentos. No quarto nível, o modelo ecológico aprofunda o olhar sobre as questões relacionadas às normas sociais que influenciam nas taxas de violência. Este modelo examina condições tais como: normas que apoiam o uso excessivo de força policial, normas relacionadas a maiores benefícios para os pais em detrimento da criança, entre outras (OMS, 2002).

Quanto ao conceito de violência familiar, a Organização Mundial da Saúde (2002) define que é aquela que se caracteriza por

[...] ações ou omissões que prejudiquem o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família. Pode ser cometida dentro ou fora de casa por algum membro da família, incluindo pessoas que passam a assumir função parental, ainda que sem laços de consanguinidade, e em relação de poder à outra (OMS, 2002).

Dentro do contexto interpessoal, a violência familiar é definida como aquela que ocorre na família, atingindo mais as crianças pela sua fragilidade física e emocional. Consiste em formas agressivas da família se relacionar, por

meio do uso da violência como forma de resolução de conflitos, podendo incluir ainda a negligência de cuidados básicos com os filhos (WAISELFISZ, 2012).

Segundo a sua natureza, a violência contra a criança e adolescente pode ser física, aquela que seja realizada sob o uso de força, intencional ou não, podendo ser exemplificada por tapas, castigos físicos, beliscões etc., psicológica, cuja ação tem como ponto principal as ações que causem dano à autoestima, confiança, identidade do sujeito, sexual, cuja característica é de que haja ato ou jogo sexual com a criança ou adolescente, consensual ou não, onde os autores da violência estão em estado mais avançado (psicológico e/ou físico) do que a vítima, e a negligência, quando há falta de cuidados e atenção ou omissão do responsável para com o menor (OMS, 2002; BRASIL, 2010).

A violência intrafamiliar contra a criança envolve a força física e/ou psicológica contra a criança por parte dos pais, responsáveis ou familiares, pessoas próximas. Neste caso, a força é utilizada de forma intencional e muitas vezes baseada em premissas e crenças “disciplinares” e autoritárias, com o objetivo da obediência (BRASIL, 2002; BRASIL, 2010).

### 1.2.3 Consequências, abordagem e fatores da violência

Sendo um processo social, a violência intrafamiliar é influenciada por fatores de convivência, adequação e hábitos pertinentes à própria dinâmica entre os membros, atingindo a criança mais facilmente, pelas relações hierárquicas. Nos estudos encontrados, é consenso que a maior aproximação da mãe com a criança favorece a agressão física e a negligência, pelo tempo maior que ela dedica à criança (ROCHA; MORAES, 2011, FONSECA et al., 2013; PIERANTONI, 2007). É importante mencionar que as repercussões da violência familiar nem sempre ocorrem diretamente na criança ou no momento da violência, mas o fato desta estar exposta à violência entre os pais ou cuidadores pode ser elemento importante para o surgimento dos indicadores de ordem psicológica, principalmente. Além das consequências e males imediatos, o maltrato na criança pode causar problemas mentais e psicológicos, a longo prazo (BRASIL, 2002, 2012, 2014; FUH, 2010).

A violência intrafamiliar contra a criança, é antiga e socialmente aceita, especialmente em algumas comunidades. Fatores sociais e econômicos, associados ao fato de que a educação à criança ainda pode ser ofertada com “limites físicos”, tornam a violência presente e “invisível”. Minayo (2001) afirma

que a violência contra criança e adolescente sempre esteve vinculada ao processo de educar. Esta tem sido considerada como um instrumento de socialização e resposta automática a desobediências e rebeldias típicas da infância. O fato de a violência intrafamiliar ser tratada como questão pública, não só do ponto de vista do aparato jurídico, mas também da assistência à vítima e da saúde, tem contribuído para retirá-la do âmbito exclusivamente privado e, desse modo, possibilita a análise do contexto desse complexo fenômeno social (MOREIRA; SOUSA, 2012). O Ministério da Saúde (2010) afirma que “[...] o ambiente familiar é o que mais pode proteger ou expor crianças e adolescentes à violência”. Esta pode se prolongar por muito tempo, já que há situações onde a mesma acoberta o acontecido, por medo ou receio de ser “descoberta”, criticada ou notificada (GABATZ, 2010). Além disso, há dificuldade no enfrentamento da violência dentro da própria família, já que essencialmente, a mesma é a instituição protetora de seus componentes.

Como fatores explicativos, estão descritos na literatura os sociais e econômicos, porém considerando o modelo ecológico, estes não deverão ser analisados de forma isolada, já que a violência é multicausal (MOREIRA; SOUSA, 2012; OMS, 2002). Da mesma forma, a vulnerabilidade para a ocorrência também necessita de observação a partir da perspectiva ecológica, considerando as quatro dimensões já citadas (OMS, 2002). Ou seja: levando-se em consideração a realidade de cada criança e família, seu contexto social, cultural, além dos fatores de proteção existentes diante dos recursos da própria comunidade. Tais fatores auxiliam na explicação, prevenção e abordagem dos maus-tratos e violência infantil (SOUZA, 2000; FERREIRA, 2011). A partir destas dimensões, a prevenção da violência deverá fazer parte do cotidiano da equipe de saúde, partindo do reconhecimento de características de cada criança e família, aspectos que as possam colocar em maior risco para determinadas ações violentas, crenças e hábitos dos pais ou responsáveis no processo educativo da criança e também do contexto comunitário em que a mesma está inserida (OMS, 2002; FERREIRA, 2011). Da mesma maneira, assim como os fatores de risco, os elementos de proteção contra a violência deverão ser observados pelo profissional no momento da abordagem, tais como: membros da família que sejam mais resilientes ou tenham mais habilidades na resolução de conflitos, conhecimento dos pais sobre as etapas do desenvolvimento infantil, estimulando a família a encontrar a sua própria

maneira de, valorizando os próprios recursos, evitar a violência contra a criança (FERREIRA, 2011).

Aproximando os fatores de risco e de proteção para a violência sob o olhar do modelo ecológico, alguns fatores são descritos como vulnerabilidade para a violência intrafamiliar, e estes envolvem a presença da criança como vítima: grupos socioeconômicos mais baixos, pais de baixa idade, filhos não planejados, uso de álcool e drogas. Outros fatores também são descritos: violência contra a mulher, mãe que não trabalha fora de casa, recém-nascidos prematuros, de baixo peso ou portadores de anomalias congênitas, deficiência física ou mental, meninos (mais que meninas) até a adolescência, crianças adotadas, crianças em fase difícil do desenvolvimento, como cólicas no lactente e controle dos esfíncteres (OMS, 2002; ALMEIDA *et al.*, 2010). Ainda segundo Almeida *et al.* (2010), as crianças dos países desenvolvidos apresentam a mesma vulnerabilidade para a violência, do que aquelas de locais subdesenvolvidos.

A infância é período de grande aprendizado e absorção de ideias, valores, e a violência sofrida neste período podem alterar padrões de comportamentos, bem como causar à criança sequelas dolorosas e algumas vezes irreversíveis. Visto que as crianças se encontram em um processo de desenvolvimento físico e psíquico, sofrer atos de violência afeta sua saúde mental, causando prejuízos no desempenho escolar, na adaptação social e no desenvolvimento orgânico. As consequências do abuso podem persistir por anos e se manifestarem na vítima sob forma de depressão, ansiedade, mudança de apetite, queixas psicossomáticas. Quanto menor a idade da vítima e maior o vínculo com o agressor, piores as possibilidades de sequelas (ALMEIDA *et al.*, 2010; BRASIL, 2010).

É notório que a criança vítima de violência apresenta sofrimento, por viver em constante estado de alerta. A criança tem necessidade de se sentir amada e valorizada, sentindo-se apoiada. Quando isto não ocorre, tende a sentir-se desamparada, entrando no ciclo de sofrimento e abandono (ALMEIDA *et al.*, 2010). Além disto, a violência, o abuso infantil gera consequências físicas, psicológicas e mentais na vida adulta do indivíduo (FONT, 2016).

Dentro do contexto familiar, a violência se torna facilmente presente se há, por parte de um ou ambos os pais, por exemplo, alguns fatores de vulnerabilidade já descritos anteriormente. Além disso, o hábito de “educar”

pelo limite físico pode levar aos familiares a praticarem violência física contra a criança, levando às consequências já mencionadas. Os estudos convergem nos resultados, no que se refere ao fato de que, na maioria dos abusos físicos relatados, os principais envolvidos são a mãe (em primeiro lugar) e o pai (segundo lugar). Outros graus de “parentesco” ou vínculo também são relatados, tais como namorado da mãe e babás, além de pais adotivos e cuidadores de creches (BRASIL, 2002).

#### 1.2.4 Políticas para o enfrentamento da violência contra a criança

Os direitos de crianças e adolescentes estão certificados na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, bem como na Convenção sobre os Direitos da Criança, adotada pela Resolução nº 44/25 da Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), em 20 de novembro de 1989, e promulgada pelo Decreto nº 99.710, de 21 de novembro de 1990. Esses acordos internacionais foram recepcionados pela Constituição Federal de 1988, sintetizados no art. 227, que afirma:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (BRASIL, 1990).

No caso das crianças e dos adolescentes, tanto a Constituição Brasileira de 1988 quanto o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (1990) asseguram que estes são sujeitos de direitos e pessoas em desenvolvimento que devem ser tratadas como prioridade absoluta, diferente do Código de Menores, que fazia distinção entre menores considerados em “situação irregular”, e estes se tornavam objeto de ações regulatórias e punitivas por parte do Estado, sendo afastados de suas famílias (MOREIRA; SOUSA, 2012). O ECA passou a garantir que houvesse igualdade entre os menores, convergindo com o “setor saúde”, elemento fundamental na articulação necessária ao combate à violência, visando a promoção do direito à vida, através de ações de promoção, prevenção de doenças e agravos, atenção humanizada e trabalho em rede. Posteriormente, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (Portaria nº 737/2001), assim como outras ações, foram fruto de amplas reflexões e

preconizou instrumento de notificação de casos de suspeita ou confirmação da violência (Portaria MS/GM nº 1.968, de 25 de outubro de 2001).

A notificação da violência foi implantada no SINAN em 2009, devendo ser realizada de forma universal, contínua e compulsória nas situações de suspeita ou confirmação. Em 2006, o Ministério da Saúde realinhou os eixos de ação, relativos à promoção da saúde e à atenção integral às pessoas em situação de violência no conjunto de diretrizes específicas da Política Nacional de Promoção da Saúde (Portaria nº 687/2006), da Política Nacional de Atenção Básica (Portaria nº 648/2006) e das diretrizes para organização de redes de atenção integral às urgências (Portaria nº 1.020/2009), pactuadas com as três esferas de gestão do SUS (BRASIL, 2010).

Em 2010, o Ministério da Saúde publicou a “Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de crianças, Adolescentes e suas Famílias em situação de Violências”, a fim de sensibilizar e orientar os gestores e profissionais de saúde para uma ação contínua e permanente (BRASIL, 2010). A linha de cuidado é uma estratégia de ação, para o alcance da atenção integral e integralidade do cuidado às crianças e adolescentes, buscando a articulação dos níveis de atenção à saúde, a fim de promover a interação com os demais sistemas e garantindo direitos e proteção para a vítima de violência, mas também pressupondo o olhar voltado para toda a dinâmica familiar. Relaciona-se com a prática humanizada, articulada e norteada pela relação entre os profissionais de saúde e usuário, através do acolhimento, aceitação e aproximação com a realidade vivenciada (BRASIL, 2014).

A atuação na perspectiva da Linha de Cuidado pode facilitar a organização e articulação dos recursos disponíveis nos diferentes serviços, oferecendo atenção a partir de situações de vulnerabilidades identificadas. Busca auxiliar no desenvolvimento das ações de prevenção de violências e promoção à saúde, através do trabalho junto às famílias, reforço dos fatores de proteção e alertas nas situações onde haja risco. Orientar também os profissionais na detecção de sinais do agravo, facilitando a atenção integralizada à saúde da família, aumentando a possibilidade de compreensão dos aspectos da violência com a complexidade que este fenômeno merece, favorecendo o entendimento e a colaboração de todos os envolvidos (BRASIL, 2010, 2014).

### **1.3 Doenças crônicas e violência intrafamiliar contra a criança: uma realidade**

A mudança do perfil de morbidade brasileira, evidenciada pelo aumento de doenças não transmissíveis em detrimento das transmissíveis, trouxe a tona a discussão acerca da necessidade de maior atenção ao cuidado com a criança portadora de agravos crônicos. A família que possui sujeito (criança ou não) portador de doença crônica passa por processo de aceitação, privação e adaptação para conviver com a necessidade de cuidado constante, muitas vezes vivenciando conflitos diários e sobrecarga, o que pode gerar insatisfação e medo (BRASIL, 2006).

O enfrentamento do diagnóstico de doenças crônicas pode provocar desgaste para o cuidador, levando a família à necessidade de orientação sobre como lidar com a reorganização sua estrutura e as estratégias de cuidado. Parece haver relação entre a dificuldade natural do cuidado a uma criança doente, gerando estresse intrafamiliar (REID, 2012). Tal relação pode ser justificada por diversos fatores: expectativa frustrada com a presença de uma criança “ não saudável”, ausência de suporte (inclusive social), tensão pelo cuidado intenso e não compartilhado ( sendo as vezes de um único membro da família, em geral a mãe), preocupação excessiva com o futuro e papel social da criança com o passar dos anos, entre outros. Além disso, há necessidade de adaptação com a nova realidade apresentada. Mudanças na estrutura física da casa, na rotina, conciliação com trabalho ou estudos dos pais/ cuidadores, presença de outras crianças que exigem cuidado, são pontos de atenção e discussão familiar ( BRASIL, 2006, 2012; LIMA, 2008; OTTO, RIBEIRO, 2012; SALVADOR et al., 2013).

Para Mendes (2011), o modelo de atenção crônica, proposta de atenção às condições crônicas, traz um novo olhar sobre o atendimento ao usuário do sistema de saúde, com melhoria na qualidade da atenção ao sujeito portador de enfermidade crônica e família, a partir do momento em que se apoia em seis elementos divididos em dois subgrupos: o sistema de atenção à saúde e a comunidade. Esses elementos são: Organização da atenção à saúde, desenho do sistema de prestação de serviços, suporte às decisões, sistema de informação clínica, autocuidado apoiado e recursos da comunidade. A aplicação do modelo é realizado através da diferenciação do manejo clínico (estratificando riscos), otimização da agenda dos profissionais da atenção

básica e especialidade, melhoria na concentração da atenção dos membros das equipes multiprofissionais, distribuição entre os profissionais generalistas e especialistas. Vale ressaltar que tal modelo tem sido reconhecido internacionalmente como eficaz, já que vem resultando em melhorias nos processos e resultados em relação às condições crônicas de saúde.

A proposta do modelo de atenção crônica foi adaptada em outros países tais como Alemanha, Canadá, Dinamarca, Itália, entre outros. No Brasil, este modelo tem sido utilizado parcialmente em alguns estados e projetos de atuação na atenção básica, tais como: Curitiba, Florianópolis, Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro, entre outros (MENDES, 2011).

Vianna (2007) e Brasil (2006) chamam atenção para o fato de que, naquelas famílias onde o cuidado só é oferecido basicamente pela mãe, há maior probabilidade de conflitos e desgaste, bem como nas situações de maior vulnerabilidade fisiológica da criança. Quanto mais coesa a família, mais fácil se torna a adaptabilidade ao processo. A anormalidade do fato de ter uma criança doente em casa leva à família a sensação de “luta”, “batalha”, exigindo dela uma coesão maior (VIANNA, 2007).

Existem também questões financeiras importantes, que estão intimamente ligadas com a maneira pela qual a família lida com a doença da criança, a partir da possibilidade de inserção no contexto escolar e social amplo. Tal fator também pode ser elemento de estresse, já que famílias menos abastadas têm necessidade de cuidar diretamente da criança nas 24 horas, não tendo condições financeiras de dividir o cuidado (SALVADOR et al., 2015). Além disto, estudos mostram que, quanto menor a condição financeira da família que possui criança em condições crônicas, maior o risco para a ocorrência de violência intrafamiliar, apontando relação com as condições sócio econômicas mencionadas (SVENSSON, 2011).

A literatura aponta para associação entre doença crônica na infância e violência contra a criança no ambiente intrafamiliar. Estudo realizado em Ambulatório de Especialidades Pediátricas, no Rio de Janeiro (MOURA; RAFAEL, 2016) demonstrou que famílias com pacientes portadores de doenças crônicas tendem a ter uma forma de resolução violenta de conflitos, pois o cuidado é um fator frequente de estresse na dinâmica cotidiana da família, evidenciando a vulnerabilidade já descrita. Tal estudo traz consonância com a Linha de cuidados já citada, que afirma que as crianças portadoras de

doenças crônicas ou deficiências demandam “[...] mais trabalho e atenção, não atendem às expectativas dos pais, e por isso, se tornam mais vulneráveis às várias formas de expressão da violência” (BRASIL, 2010, p. 18).

Outros estudos convergem com a afirmativa de associação entre doenças crônicas na infância e violência: Segundo Brasil (2006), a violência física e psicológica frequentemente ocorre com portadores de doenças mentais, principalmente com os de quadros mais severos. O estudo refere que os maus tratos físicos contra o portador de doenças crônicas são comuns no ambiente familiar, seguido de violência psíquica e violência sexual. Estudo publicado pela UNICEF (AZEVEDO et al., 2005) afirma que “[...] demonstrou-se também que crianças que já sofrem estigmatização e isolamento têm maior probabilidade de sofrer abusos físicos”. A condição crônica da criança é risco para relações abusivas dentro do ambiente familiar, e aumenta a chance de a criança ser vítima de violência, seja ela psicológica física ou sexual (SVENSSON, 2011).

A definição de doença crônica já foi descrita por diversos autores, dentre eles Roland (2005) que define a mesma como “[...] aquela que tem um curso longo, podendo ser incurável, deixando sequelas e impondo limitações às funções do indivíduo, requerendo adaptação”. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2015) acompanha a OMS (2008) na definição de doenças crônicas como “[...] aquelas multifatoriais que se desenvolvem no decorrer da vida e são de longa duração”. A obesidade infantil vem despontando (como já abordado anteriormente) como doença prevalente e persistente na atualidade. Como doença crônica, pode favorecer a ocorrência de violência dentro do ambiente familiar, já que exige maior preparo para lidar com o cuidado com a criança, limites físicos, problemas nutricionais e possíveis inadequações sociais (WANDERLEY; FERREIRA, 2010). Aplicando neste contexto, importante se faz a reflexão sobre a possibilidade de o processo educativo alimentar também estar perpetrado de violência, seja ela física psicológica ou até mesmo negligência (OTTO; RIBEIRO, 2012).

Outro aspecto importante a ser levantado é a possibilidade de violência psicológica com a criança acima do peso. Salvador et al. (2015) afirma que, nos casos de doenças hereditárias (como por exemplo, a obesidade endógena), pode haver raiva e conflitos violentos entre pais e filhos, além do sentimento de culpa pela “transmissão” da mesma. Além disso, a família que

rejeita a criança obesa, ou cobra demasiadamente o emagrecimento, pode realizar punições depreciativas, castigos excessivos ou físicos, discriminação através de termos pejorativos, apelidos, comparações com outros irmãos, podendo gerar consequências graves ao desenvolvimento e a autoestima da mesma (BRASIL, 2010).

#### **1.4 Estratégia Saúde da Família: uma possibilidade para a abordagem da obesidade e violência intrafamiliar contra a criança**

A Estratégia Saúde da Família (ESF), reconhecidamente projetada para a reorientação do modelo de saúde, tem como premissa básica o acompanhamento familiar, de maneira a qualificar e consolidar a atenção básica, respeitando os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS). O surgimento da mesma se deu em 1994, a partir da implantação do PACS (Programa de Agentes comunitários de Saúde), que visava contribuir para a diminuição da mortalidade infantil, sendo chamado inicialmente de PSF (Programa de Saúde da Família), tornando-se Estratégia posteriormente. A ESF é descrita como modelo que utiliza a família como centro do cuidado, deixando de considerar apenas o indivíduo doente, indo além do olhar biomédico. Os profissionais da ESF têm, nos seus processos de trabalho, maior possibilidade de identificar vulnerabilidade e agravos já instalados, bem como situações de vulnerabilidade social (ROSA; LABATE, 2005; BRASIL, 2014; BRASIL, 2012).

A equipe mínima da ESF é formada por um médico generalista ou especialista em saúde da família, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional um cirurgião-dentista e auxiliar ou técnico em saúde bucal. Cada membro da equipe tem atribuições específicas, atendendo às particularidades de cada profissão, porém algumas atribuições serão comuns a todos, tais como: atender na unidade básica e/ou domicílio ou outros espaços comunitários, realizar ações de saúde priorizando as necessidades locais, participar do acolhimento utilizando a escuta ativa aos usuários, entre outras (PNAB, BRASIL, 2012). Diante disto Souza et al. (2012) afirmam que

[...] o desenho da ESF parece favorecer o acesso, o conhecimento e a intervenção do profissional de saúde para a

família, havendo espaço para aproximação com as realidades de cada território, o que lhes permite identificar necessidades. A aproximação é facilitada pela visita domiciliar, reuniões de equipe, a atuação do agente comunitário de saúde, elementos presentes no processo de trabalho na ESF (SOUZA et al., 2012, p. 1368).

Os profissionais da saúde inseridos na ESF devem, na sua prática de acolhimento, manter também a atenção voltada para os aspectos relacionados à nutrição da criança e família, já que estes são considerados excelentes indicadores de saúde. Para uma prática eficiente, será necessário que exista articulação com outros setores, favorecendo o diagnóstico precoce e acompanhamento dos casos. O profissional da ESF tem as condições favoráveis para o reconhecimento de sinais precoces de sobrepeso ou obesidade, já que acompanha toda a família antes mesmo da criança nascer. A partir do reconhecimento dos sinais de agravos nutricionais, a equipe pode dar atenção à criança acometida, evitando assim que ela desenvolva outras doenças crônicas em decorrência da doença obesidade (ARAÚJO et al., 2012).

Existem ferramentas próprias da ESF que podem favorecer a resolutividade no controle dos casos de sobrepeso/ obesidade infantil, como a abordagem em rede intersetorial, infraestrutura de atendimento, oferta e acesso regular aos exames necessários para o diagnóstico, apoio matricial, teleconsultoria (BRASIL, 2014). Outra ação potente diz respeito à visita domiciliar, que pode promover momentos oportunos de diálogo, entendimento, retirada de dúvidas, orientações sobre a maneira que a família lida com as dificuldades, relacionadas à alimentação (BRASIL, 2012).

Trazendo novamente o olhar de Mendes (2011), o modelo de atenção às condições crônicas parece bastante útil, a medida que pode ser aproveitado como ferramenta de melhoria na qualidade da assistência prestada ao usuário da atenção básica, além de permitir maior fluidez e efetividade no trabalho do profissional da equipe de saúde da família. Este modelo, baseado em alguns pilares já citados em capítulo anterior, possibilita a incorporação das intervenções sociais, expandindo a ação ao doente crônico e também garantindo o acesso universal preconizado pelo SUS, na medida em que estratifica riscos e utiliza ferramentas de gestão clínica.

No que se refere à violência intrafamiliar, a equipe da ESF, justamente por conhecer melhor o ambiente onde a criança está inserida, tem maior condição de perceber a dinâmica familiar, as vulnerabilidades existentes,

podendo assim identificar os casos e apoiar a família, a fim de evitar a perpetração do comportamento violento. Parece interessante que a equipe busque repensar continuamente as práticas adotadas, buscando a contribuição na busca de melhorias e mudanças para a família, fornecendo orientação sobre maneiras de comunicação não violentas (BRASIL, 2010). Utilizando as ferramentas de intervenção baseadas do modelo ecológico, a equipe de saúde compreende o processo de violência por perspectiva mais ampla, obtendo maior chance de sucesso na sua abordagem e atuação. O uso de escuta ativa, orientações e encaminhamentos parecem ser elementos fundamentais neste processo (MACHADO et al., 2014).

Aproximando a perspectiva do modelo ecológico com a Linha de cuidados preconizada pelo Ministério da Saúde, a atenção integral do profissional à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências perpassa pelo acolhimento de forma empática, acompanhamento de casos e encaminhamentos necessários, atitudes positivas por parte dos profissionais envolvidos, atendimento em consulta com anamnese detalhada, planejando a assistência “caso a caso”, notificação ao sistema de vigilância e ao conselho tutelar, seguimento da rede de cuidado e proteção social através de acompanhamento do adolescente ou criança até o momento da alta, e acesso a rede de apoio (BRASIL, 2010).

A identificação dos casos de violência intrafamiliar não é fácil para o profissional da atenção básica. Ainda que consiga avaliar as práticas adotadas na dinâmica familiar, ele pode ter dificuldade no acesso às informações e situações em que a violência ocorre especialmente a violência psicológica, que é a mais subjetiva (BRASIL, 2002). Além disso, a atuação da equipe se torna limitada, já que, por residirem na mesma área (especialmente os agentes comunitários de saúde), podem se sentir intimidados e desprotegidos para esta abordagem. Igualmente, o acesso a certos pontos das comunidades e formação deficitária para um tema tão complexo quanto a violência, apresentam-se como dificuldades enfrentadas pela equipe multiprofissional (NUNES; SARTI; OHARA, 2009; KEBIAN; ACIOLY, 2014). Além disso, a própria dinâmica da rotina do profissional, diminuindo o tempo disponível, os recursos deficitários são pontos que dificultam a detecção e apoio aos casos (MOURA, 2008).

Para o apoio do profissional dentro da atenção básica, criado com o objetivo de ampliar as ações dentro da ESF, o Núcleo de apoio à saúde da família (NASF), criado em 2008, pode oferecer cuidado diferenciado para crianças e adolescentes em vulnerabilidade para a violência, ou para os casos confirmados. Além disso, o NASF deverá oferecer apoio e suporte às equipes de saúde da família, favorecendo a identificação e acompanhamento sistemático da violência intrafamiliar, já que muitas vezes a equipe não consegue dar conta do número excessivo de ocorrências e tem dificuldade de articulação com os demais setores de apoio, tais como escola e conselho tutelar. A atuação do serviço social e da psicologia será fundamental na identificação e acompanhamento das famílias (BRASIL, 2012).

É possível perceber que a literatura aborda a relação dos profissionais de saúde com a identificação e acompanhamento da violência intrafamiliar, uma vez que estes são, ou deveriam ser os primeiros a identificá-la. Isso parece apontar para a necessidade de modificações na formação, a fim de contribuir para o atendimento de qualidade às famílias, com capacidade de identificar e intervir em possíveis casos de violência (MIRANDA et al., 2010).

O profissional da atenção primária de saúde é sujeito importante na detecção de vulnerabilidades, bem como na resolutividade de conflitos, já que atende à família na unidade, mas também dentro do próprio domicílio, conhecendo os hábitos da criança e pais, tendo maior acesso às dificuldades enfrentadas. No entanto, pela complexidade do processo e ausência de rede de apoio, o profissional tem dificuldades na identificação e abordagem da violência. Estudos (GONÇALVES, 2002; BANNWART, 2011) convergem na ideia de que a dificuldade existe na dúvida do profissional em afirmar que a violência de fato ocorre, ausência de mecanismos legais de proteção aos profissionais encarregados de notificar os maus-tratos, além do receio de envolver-se legalmente com o fenômeno, através da quebra do sigilo profissional. A dificuldade em lidar com estas situações pode impedir a notificação e orientação familiar, perpetrando e nutrindo o ciclo de agressividade e negligência existentes.

## **2 JUSTIFICATIVA**

O Brasil vivencia, nas últimas décadas, transição epidemiológica com queda dos indicadores relacionados às doenças infecciosas e aumento

vertiginoso das não transmissíveis. A obesidade infantil, agravo que acarreta inúmeras complicações à saúde, repercute na fase adulta do indivíduo e apresenta elevada morbidade, configurando-se como doença crônica, exigindo cada vez mais atenção e cuidado por parte dos profissionais de saúde.

A doença tem características diversas, relacionadas aos aspectos físicos e psicológicos. Em geral, nota-se que as crianças obesas têm dificuldade na aceitação da autoimagem “diferente” das demais magras, podendo sofrer discriminação no ambiente escolar gerando introspecção por não obedecerem aos padrões esperados, gerando dificuldade de adaptação não só na escola, mas também no ambiente familiar. Desta forma, é necessária uma abordagem específica e ampliada à criança portadora de sobrepeso ou obesidade, que contemple também os fatores relacionados ao seu dia a dia, formação de vínculos e relacionamentos, em especial com sua família.

A literatura indica que há estreita relação entre a violência intrafamiliar contra a criança e a ocorrência de doença crônica. Apesar dos inúmeros avanços nas estratégias de enfrentamento da violência, ainda existe “invisibilidade”, em especial na atenção primária à saúde. Vários instrutivos formais já foram elaborados com o objetivo de chamar a atenção dos profissionais para a importância da integralidade do cuidado às crianças vítimas, em todas as suas dimensões (acolhimento, atendimento, notificação e seguimento na rede de cuidados e de proteção social), propondo direcionamento especial neste nível de atenção.

A detecção da obesidade parece não trazer grandes dificuldades, pela sua maior visibilidade, inclusive no âmbito social. Porém, sua abordagem permanece como um desafio principalmente na atenção básica, sendo necessária a mobilização de diversos atores para a sua resolução, em longo prazo. Já a violência permanece invisível, a despeito dos inúmeros avanços nas políticas para seu enfrentamento e amplo material teórico já disponibilizado. Este estudo justifica-se na medida em que tenta aproximar dois agravos que têm em comum a necessidade de abordagem na perspectiva da Linha de Cuidado, de longo prazo, com a participação da equipe multiprofissional e outros setores para além da saúde. O cenário escolhido foi a Estratégia de Saúde da Família, norteadora do modelo de atenção no SUS, que busca reorganizar os serviços e reorientar as práticas profissionais na lógica da promoção da saúde, constituindo-se em proposta com dimensões

técnica, política e administrativa. A escolha se deu pelo fato de que a dinâmica de maior aproximação com o território e suas particularidades, pode facilitar a criação de maior vínculo entre o profissional e a família, necessários na condução do cuidado dos fenômenos em apreço.

Aproximar esses dois agravos prevalentes e com grande impacto no desenvolvimento infantil parece oportuno, trazendo olhar diferenciado através das ferramentas oferecidas pela Estratégia Saúde da Família.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

- Identificar associação entre a violência familiar e sobrepeso ou obesidade, nas crianças atendidas na Estratégia de Saúde da Família no Distrito Cabula Beiru em Salvador – BA.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Identificar o perfil de crianças atendidas na ESF do Distrito Cabula Beiru em Salvador- BA.
- Identificar a prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças atendidas na ESF do Distrito Cabula Beiru em Salvador- BA.
- Identificar prevalência de Violência familiar contra crianças atendidas na ESF do Distrito Cabula Beiru de Salvador- BA.
- Avaliar a associação entre sobrepeso ou obesidade e violência familiar nas crianças atendidas pela ESF do Distrito Cabula Beiru em Salvador- BA.

### **4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

#### **4.1 Tipo de estudo**

Foi realizado estudo quantitativo, do tipo corte transversal, tendo como referência as crianças de dois a dez anos cadastradas nas equipes de saúde da família do distrito do Cabula Beiru, em Salvador- Bahia, através de amostragem por oportunidade.

## **4.2 Cenário**

### **4.2.1. O município de Salvador**

O município de Salvador, capital do estado da Bahia, ocupa uma extensão territorial de 693,3 km<sup>2</sup>. A sua organização compreende 10 Regiões Administrativas, denominadas Prefeituras Bairros, e 12 Distritos Sanitários. Do ponto de vista regional, o município integra a Região Metropolitana de Salvador (RMS), ao lado dos municípios de Camaçari, Candeias, Dias D'Ávila, Itaparica, Lauro de Freitas, Madre de Deus, Mata de São João, Pojuca, São Francisco do Conde, São Sebastião do Passe, Simões Filho e Vera Cruz. Pertence à 1ª Diretoria Regional de Saúde (DIRES), sendo referência para os municípios da macro e microrregião de saúde, em relação aos procedimentos (atendimentos) de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar (SMS Salvador, 2010).

Possui uma população em torno de 2.883.672 habitantes, sendo a cidade mais populosa do Nordeste e a terceira mais populosa do Brasil (IBGE, 2013), além de comandar a sexta região metropolitana brasileira em termos demográficos. Ocupa o quarto lugar em densidade demográfica, com o equivalente a 3.859,44 hab./km<sup>2</sup>. Seu Índice de Desenvolvimento Humano é de 0,759 (IBGE, 2013), superando o do estado (0,660), mostrando tendência crescente. Os aspectos demográficos acompanham a tendência nacional, com aumento da expectativa de vida, número crescente das mulheres no mercado de trabalho, queda da mortalidade geral e infantil e substituição das doenças transmissíveis pelos agravos crônicos (SMS Salvador, 2010).

Segundo IBGE (2010), até o ano de 2009, Salvador possuía 1563 estabelecimentos de saúde, sendo, dos públicos: 109 municipais, 37 estaduais e 10 federais, contando com 284 ambulatórios que prestavam serviços ao SUS, 20 estabelecimentos de hemodiálise, 44 de emergência ao SUS e 43 de internamento.

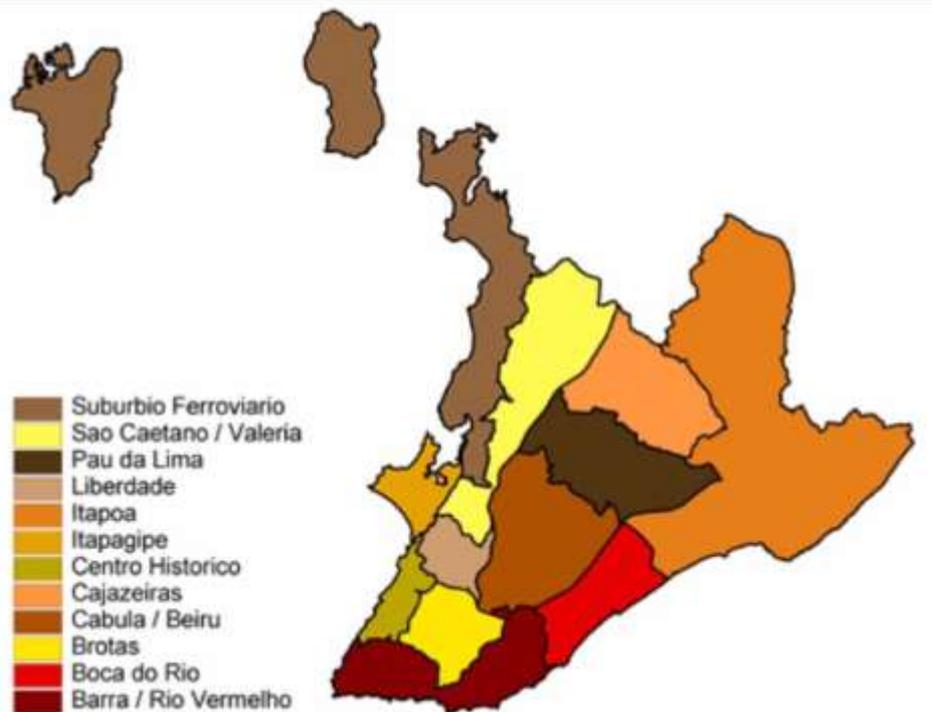
### **4.2.2 Estratégia Saúde da Família em Salvador**

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi implantada em Salvador em 2002. Até 2013, a cobertura populacional da ESF no município passou de 3% para 23%, contribuindo para o alcance de 31,4% de cobertura de Atenção Básica (DAB/SAS/MS, 2013).

A rede de atenção básica está composta por 111 unidades de saúde, sendo 50 UBS sem SF e 61 com a ESF. Para qualificação da produção do cuidado e ampliação do escopo de ações da Atenção Básica, o município dispõe do Telessaúde Brasil Redes e 08 Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), distribuídos nos distritos sanitários do Subúrbio Ferroviário, Barra Rio Vermelho, Itapuã, São Caetano Valeria, Cabula e Cajazeira (SMS Salvador, 2010). Os NASF prestam apoio matricial a 102 EqSF com o intuito de qualificar o processo de trabalho e ampliar a resolutividade das mesmas. O município possui 25% de cobertura de Saúde Bucal (SB), sendo 12,5% na estratégia de SF. A rede básica de saúde conta com 158 equipes SB distribuídas em 36 UBS e 61 UBS com ESF.

O município aderiu ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) com o cadastramento de 189 equipes de Atenção Básica, 144 equipes SB e 02 NASF. Aderiu ao Programa Saúde na Escola (PSE), que institui a atenção integral voltada para a saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino público, privilegiando o espaço da escola para as práticas de promoção da saúde (SMS Salvador, 2014). A figura 1 mostra os 12 Distritos Sanitários de Salvador.

Figura 1 - Distribuição dos Distritos Sanitários Salvador- Bahia



Extraído de: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SALVADOR, 2013.

O distrito do Cabula Beiru, escolhido para este estudo, é localizado na região central de Salvador, historicamente era formado por quilombos de negros fugitivos e posteriormente transformado em fazendas e chácaras as quais foram doados por Tomé de Souza a Antônio de Ataíde, conhecido como o Conde de Castanheira. Antônio, primo-irmão de Tomé, acabou arrendando esta área, onde posteriormente foi construída a Capela Nossa Senhora do Resgate, hoje Igreja de Assunção (MACENA, 2007). Até o início da década de 1940, o Cabula era constituído por fazendas, sendo estas destruídas em 1950 por uma praga. Os anos 1970 foram de substituição destes lotes de terra por invasões e construções de conjuntos habitacionais (NUNES; SOUZA, 2007).

A divisa entre as fazendas era através do Rio Negrão, hoje um córrego poluído pelos dejetos lançados ao longo do povoamento. Nas margens da avenida principal, a população se estabeleceu em um lado do Rio Negrão e no outro com a reserva da Mata do Horto Florestal (SANTOS et al., 2007).

### 4.3 Sujeitos da pesquisa

O desenho amostral foi por oportunidade e incluiu crianças cadastradas na ESF do distrito do Cabula Beiru, com idade entre 2 e 10 anos, que estavam,

no momento da consulta, acompanhadas por um adulto responsável ou cuidador.

Foi adotado como critério de inclusão o cadastro na Estratégia de Saúde da Família do distrito, que foram pesadas, medidas e tiveram calculado o IMC no momento da consulta, para que posteriormente fosse identificado ou não o sobrepeso ou obesidade da mesma.

Foram excluídas da pesquisa as crianças que apresentaram outras doenças crônicas, pelas características diversas que as mesmas poderiam apresentar ou outras comorbidades e necessidades especiais e excluídas aquelas que morassem em abrigos ou orfanatos.

A amostragem por oportunidade previa a captação de sujeitos em número suficiente para atender aos objetivos do estudo, tendo como tamanho amostral final o número de 80 questionários, o que representou 1/3 dos atendimentos mensais de crianças na unidade. O distrito Cabula Beiru atende, em média, 12 crianças ao dia, entre consultas médicas e de enfermagem, totalizando cerca de 250 por mês.

#### **4.4 Instrumentos**

Foi aplicado um questionário multidimensional abarcando os seguintes temas: perfil sócio – demográfico, padrões nutricionais e instrumento para detecção de-ocorrência de violência.

##### **4.4.1 Perfil sociodemográfico**

Esta primeira parte do questionário continha variáveis sobre a criança e sua família, tais como: iniciais do nome, data de nascimento, sexo, escolaridade, história de doenças crônicas prévias, iniciais dos pais, idade, escolaridade, profissão/ ocupação, imersão no mercado de trabalho, situação conjugal, endereço residencial, com quem a criança reside, quem a mantém financeiramente. Além disso, foi questionada a presença ou não de irmãos, portadores de doenças crônicas na família e condições da residência: se própria ou alugada, aspectos gerais de saneamento e esgotamento sanitário (Apêndice 2).

##### **4.4.2 Informações sobre os padrões nutricionais**

Para atender os objetivos propostos, esta dimensão do questionário possuía duas partes distintas, aquela relacionada à aferição dos dados antropométricos necessários à classificação do estado nutricional da criança índice, e outra com questões sobre seus hábitos alimentares e da família.

Os instrumentos utilizados para classificar o padrão nutricional da criança foram relacionados à pesagem e mensuração, a saber: utilização de balança própria de acordo com o peso - balança analógica ou digital. As crianças também foram medidas em relação à sua estatura (com estadiômetro ou fita métrica fixa à parede). Através destas variáveis, foi utilizado o cálculo do IMC como indicador para classificar a criança em eutrófica, com sobrepeso ou obesidade, levando em consideração o cálculo da idade em meses. O cálculo do IMC, para a OMS se dá através da divisão entre o peso (em Kg) dividido pela altura (em metro) ao quadrado:  $IMC = \text{Peso} / \text{Altura}^2$ .

Em relação aos hábitos alimentares, foi pesquisado quem preparava as refeições da criança, quantas refeições a criança fazia por dia, quais as suas preferências alimentares, e se apresentava alguma dificuldade alimentar, especificando se em excesso ou escassez. Também foi interrogado sobre a prática de atividade física, sendo explicado ao cuidador que entendesse como atividade física qualquer atividade que envolvesse o corpo com motricidade, ao ar livre ou não, o número de vezes em que passou por pesagem/mensuração no último ano, orientações recebidas a respeito da nutrição e se a criança era ou já teria sido acompanhada por nutricionista e psicólogo.

#### 4.4.3 Aferição da violência familiar contra a criança

Para aferição da ocorrência de violência familiar contra a criança foi aplicado a CTSPC (*Parent-Child Conflict Tactics Scale*), escala desenvolvida pelo Family Violence Research Program, nos Estados Unidos, composta originalmente por 22 itens que investiga a violência doméstica a partir do comportamento parental de educação de filhos. O instrumento foi concebido por Straus et al.. (1998) em língua inglesa e consiste em um refinamento da primeira CTS, elaborada pelo *Family Research Laboratory*, nos Estados Unidos, há cerca de três décadas, sendo adaptado ao Brasil em 2006 (REICHENHEIM; MORAES, 2006). Três dimensões são avaliadas por ela: disciplina não violenta (4 itens), agressão psicológica (5 itens) e violência física, que se subdivide em castigo corporal (6 itens), maus tratos físicos (3 itens) e

maus tratos físicos graves (4 itens), além de violência sexual e negligência, essas duas últimas não utilizadas neste estudo. Os itens de cada escala são apresentados ao longo do instrumento de maneira intercalada, dificultando a identificação por parte do respondente de algum padrão de escalonamento de gravidade. Foi escolhido pela sua ampla utilização, reconhecimento pela OMS e por ser validado para uso no Brasil.

#### **4.5 Logística**

Após liberação do comitê de ética, foi realizado contato com a Secretaria de Saúde do município e com coordenação do Distrito, além da apresentação do projeto ao coordenador da Unidade de Saúde. Também foi possível realizar previamente conversa e explicação do projeto à equipe de saúde da unidade, a fim de esclarecer a presença da pesquisadora e os objetivos da pesquisa.

Diante da organização de material, local a ser realizada a pesquisa, foi realizado o “piloto” do questionário, com posterior início das atividades. Após avaliação dos critérios de elegibilidade do sujeito (idade e estar acompanhado pelo adulto responsável no momento da consulta), o convite para a pesquisa para o adulto responsável, aplicação do Termo de consentimento livre esclarecido, houve a aplicação dos questionários na seguinte ordem: questionário multidimensional (sociodemográfico, nutricional e CTSPC), e em seguida realizada a pesagem, mensuração e cálculo de IMC das crianças em questão, além de cálculo da idade em meses.

A captação dos sujeitos ocorreu por oportunidade, a partir de uma janela temporal de dois meses, e a pesquisadora permaneceu na unidade três vezes por semana em turnos alternados.

O questionário foi aplicado com cuidador das crianças cadastradas na ESF do distrito, que estavam acompanhadas de adulto responsável no momento da pesagem, sendo reservado local adequado para aplicação do mesmo, para que não houvesse interferências externas, sendo garantido o sigilo das respostas.

#### **4.6 Análise de dados**

Os dados foram digitados em banco elaborado no Epi Info. Após a limpeza do banco, os dados foram analisados pelo programa STATA 12 com

cálculo de prevalência de obesidade infantil, prevalência da violência intrafamiliar contra a criança e posterior cálculo de razão de prevalência, através de construção de tabela 2x2, com Intervalo de confiança de 95%. O plano de análise consta da utilização de estatística descritiva para analisar as variáveis de estudo, calculando-se as médias, as proporções, as razões de prevalência e os respectivos intervalos de confiança a 95%. Para as análises bivariadas foram calculados os p-valores, utilizando o qui-quadrado e considerando os resultados estatisticamente significantes quando menores que 0,05 e limítrofes, quando no intervalo entre 0,05 e 0,1. Também foi utilizado o Software estatístico *Statistical Package of Social Science* (SPSS) versão 22.0.

#### **4.7 Questões éticas**

Foi garantida a participação voluntária dos pais ou cuidadores em todas as fases do processo de pesquisa. A coleta de dados foi realizada após aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética da Universidade Estácio de Sá sob número de protocolo 65881616.7.0000.0041, além de aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde do município. O questionário foi aplicado após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo registrado o compromisso da ética em pesquisa e o não prejuízo do atendimento de saúde prestado, respeitando os preceitos da Resolução 466/2012.

### **5 RESULTADOS**

A coleta de dados ocorreu nos meses de abril e maio de 2017, sendo entrevistadas neste período 80 mães, pais ou cuidadores de crianças cadastradas na ESF do Cabula Beiru, totalizando 77 questionários. A perda se deu pelo fato de duas crianças serem portadoras de outras doenças crônicas, não sendo compatíveis com critério de inclusão estabelecidos e uma delas a cuidadora desistir no meio da entrevista.

Seguindo os critérios de inclusão, todas as crianças pesquisadas estavam acompanhadas pelos cuidadores responsáveis, e já eram atendidas e cadastradas na Estratégia Saúde da Família do Distrito Cabula Beiru. Da amostra pesquisada, 53,2 % das crianças eram do sexo masculino, com média de idade de 4,9 anos (intervalo de 2 a 10 anos) (DP: 2,29) A **Tabela 1** apresenta o perfil sócio- demográfico da população estudada.

**Tabela 1** - Perfil da amostra de crianças atendidas na Estratégia Saúde da Família do Distrito Cabula Beiru em Salvador- BA, abril a maio de 2017.

<b>Frequência Regular na Escola (77)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sim	67	87,0
Não	10	13,0
<b>Idade da Mãe (77)</b>		
Até 18 anos	26	33,8
Maior de 18 anos	51	66,2
<b>Escolaridade da Mãe (77)</b>		
Nenhuma	13	16,9
Até 1º grau	39	50,6
Até 2º grau	18	23,4
Até 3º grau	7	9,1
<b>Trabalho / Ocupação da Mãe (77)</b>		
Trabalha fora	48	62,3
Não trabalha fora	29	37,7
<b>Idade do Pai (77)</b>		
Até 18 anos	15	19,5
Maior de 18 anos	59	76,6
<b>Escolaridade do Pai (77)</b>		
Nenhuma	17	22,1
Até 1º grau	37	48,1
Até 2º grau	13	16,9
Até 3º grau	9	11,7
<b>Trabalho / Ocupação do Pai (77)</b>		
Trabalha fora	55	71,4
Não trabalha fora	18	23,4
<b>Situação conjugal do Casal (76)</b>		
Convivem maritalmente	55	72,4
Não convivem maritalmente	18	23,7
<b>Presença de Irmãos (77)</b>		
Sim	33	42,9
Não	42	54,5
<b>Portadores de Doenças Crônicas na Família (75)</b>		
Sim	31	41,3
Não	31	41,3
<b>Residência Própria (77)</b>		
Sim	47	61,0

Elaborada pela autora do trabalho.

Diante do resultado apresentado, percebe-se que a maioria das crianças pesquisadas frequentava a escola regularmente (87%). A maior parte das mães (66,2%) tinha idade superior a 18 anos, escolaridade até o primeiro grau (50,6%), e trabalhava fora (62,3). No que se refere à situação conjugal, os resultados expressaram que a maioria dos cuidadores entrevistados referiram situação de convivência marital entre os pais da criança (72,4%). A **Tabela 2** apresenta o perfil nutricional dos sujeitos da pesquisa:

**Tabela 2:** Perfil Nutricional das Crianças atendidas na Estratégia Saúde da Família do Distrito Cabula Beiru em Salvador- BA, abril a maio de 2017.

<b>Classificação Nutricional (77)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>IC</b>
Baixo Peso	13	16,9	2,45 – 2,68
Eutrófico	20	26,0	
Sobrepeso	17	22,1	
Obesidade	27	35,1	

Elaborada pela autora do trabalho.

O resultado do perfil nutricional das crianças pesquisadas demonstrou prevalência elevada de obesidade infantil (35,1%), seguida de crianças eutróficas (26,0%). Esta classificação foi estabelecida de acordo com o Índice de Massa Corpórea (IMC), através da idade e percentil aferidos. A **Tabela 3** aborda os hábitos alimentares e linha de cuidado de crianças pesquisadas.

**Tabela 3 -** Hábitos alimentares e linha de cuidado de crianças atendidas na Estratégia Saúde da Família do Distrito Cabula Beiru em Salvador- BA, abril a maio de 2017.

<b>Criança acompanhada por Nutricionista (73)</b>			
Sim	5	6,8	1,89 – 2,03
Não	66	90,4	
<b>Criança acompanhada por Psicólogo (74)</b>			
Sim	3	4,0	1,00 – 1,11
Não	70	94,6	

<b>Local onde realiza principais Refeições (77)</b>			
Residência	73	94,8	1,13 – 1,33
Creche/ Escola	4	5,2	
Outros	-	-	
<b>Criança costuma assistir TV enquanto come (77)</b>			
Sim	60	77,9	1,13- 1,33
Não	17	22,1	
<b>Criança tem horários certos para fazer as refeições (77)</b>			
Sim	41	53,2	1,34 – 1,61
Não	33	42,9	
<b>Criança faz atividade física (77)</b>			
Sim	8	10,4	1,85- 2,07
Não	66	85,7	
Às Vezes	1	1,3	

Elaborada pela autora do trabalho.

A maioria das crianças não estava em acompanhamento com nutricionista (90,4%). Em relação aos hábitos das crianças, 77,9 % assistiam TV enquanto comiam e 85,7% não praticavam atividade física.

Na **Tabela 4** são apresentados os resultados da violência familiar contra a criança com a aplicação da CTSPC. A tabela aborda as dimensões da CTSPC na ordem descrita e apresenta os seguintes resultados importantes, a saber, 84,4% das respondentes foram positivas para a escala dimensão da violência psicológica e 68,8% responderam pelo menos um item positivo para a escala de castigo corporal. Em relação à escala de violência física grave, foram encontrados 13% de prevalência da população estudada.

Elaborada pela autora do trabalho.

**Tabela 4** – São apresentados os resultados da violência familiar contra a Criança na Estratégia Saúde da Família do Distrito Cabula Beiru em Salvador- BA no período de Abril e Maio de 2017.

Variáveis	N	%	IC
<b>Disciplina não violenta</b>			
<b>Sim</b>	<b>75</b>	<b>97,4</b>	0,99 – 1,06
Não	2	2,6	
<b>Violência psicológica</b>			
<b>Sim</b>	<b>65</b>	<b>84,4</b>	1,07 – 1,24
Não	12	15,6	
<b>Castigo corporal</b>			
<b>Sim</b>	<b>53</b>	<b>68,8</b>	1,22 – 1,43
Não	24	31,2	
<b>Violência física</b>			
<b>Sim</b>	<b>24</b>	<b>31,2</b>	1,58 – 1,79
Não	53	68,8	
<b>Violência física grave</b>			
<b>Sim</b>	<b>10</b>	<b>13,0</b>	1,79 - 195
Não	67	87,0	

A associação entre a violência intrafamiliar contra a criança e o perfil nutricional da criança (baixo peso, eutrófico, sobrepeso e obesidade) encontram-se descritos na **Tabela 5**. Foram utilizados os seguintes critérios para avaliação de associação: p valor e razão de prevalência, com intervalo de confiança (95%). Na primeira dimensão da CTSPC, que avalia a disciplina não violenta, houve associação entre o sobrepeso/ obesidade (p valor: 0,043). No que se refere à agressão psicológica, o p valor ficou em 0,526.

**Tabela 5** – Associação entre Violência contra a Criança e Sobrepeso/ Obesidade Infantil na Estratégia Saúde da Família do Distrito Cabula Beiru em Salvador- Ba no período de Abril e Maio de 2017. \* valor de p obtido pelo teste qui-quadrado de Pearson.

Variáveis	Estado nutricional		* p-valor	RP	IC (95%)
	Eutrófico	Sobrepeso/ Obesidade			
Disciplina não violenta					
<b>Sim</b>	32(41,6%)	43(55,8%)	<b>0,043</b>	0,744	(0,045 –
<b>Não</b>	1(1,3%)	1(1,3%)			
Agressão Psicológica					

<b>Sim</b>	29(37,7%)	36(46,7%)	0,526	1,611	(0,441 – 5,888)
<b>Não</b>	4(5,2%)	8(10,4%)			
Castigo corporal					
<b>Sim</b>	25(32,4%)	28(36,4%)	1,291	1,786	(0,653 – 4,881)
<b>Não</b>	8(10,4%)	16(20,8%)			
Violência física					
<b>Sim</b>	14(18,2%)	10(13,0%)	3,410	2,505	(0,934 – 6,720)
<b>Não</b>	19(24,7%)	34(44,1%)			
Violência física grave					
<b>Sim</b>	6(7,8%)	4(5,2%)	1,379	2,222	(0,573 – 8,624)
<b>Não</b>	27(35,1%)	40(51,9%)			

Elaborada pela autora do trabalho.

## 6. DISCUSSÃO

A análise dos resultados mostrou que o perfil das crianças atendidas estava na faixa escolar, com maior prevalência daquelas que frequentavam a escola ou creche regularmente. Em relação às características paternas, chama a atenção o baixo nível de escolaridade tanto da mãe quanto do pai, com cerca de 67 e 70% respectivamente com até o primeiro grau completo. A prevalência de nenhuma escolaridade materna (16,9%) foi mais alta no estudo do que a média nacional (7,7%) de analfabetismo (IBGE, 2017). Alguns autores chegam a afirmar que quanto menor a escolaridade dos genitores existe dificuldade até mesmo na percepção do ganho de peso corporal da criança (TENORIO; COBAYASHI, 2011).

Considerando que um terço da amostra era de mães adolescentes e quase 25% dos pais não referiram presença de atividade laboral, é fácil perceber algumas vulnerabilidades em relação ao cuidado geral com as crianças. Além da idade, a situação conjugal dos pais muitas vezes influencia a relação e a construção de vínculos, por meio da construção de parentalidade (WAGNER; MOSMANN, 2009; MORAES; DIAS, 2013). O perfil da amostra estudada mostrou que a maior parte dos casais mantinha relação conjugal convivendo maritalmente (72,4%). A literatura vem chamando atenção sobre o fato de que mais do que a situação conjugal per si, o mais importante seria o clima que se estabelece entre os membros da família, que pode adquirir papel protetor e até facilitador para o adequado desenvolvimento da criança (MAYER; WEBER; TON, 2014). Estas características familiares têm relação direta com os vínculos que se estabelecem nos primeiros cinco anos de vida, período plástico para a criança com fases importantes do seu crescimento e

desenvolvimento. Para Coelho e Pires (2014), o contexto familiar é local de partilha e construção de afeto, além de padrões que irão atuar na construção dos processos psicológicos e das características individuais (COELHO; PIRES, 2014). Os elementos que podem interferir na dinâmica familiar também acabam influenciando na construção de padrões alimentares, com especial destaque para o protagonismo da figura materna (MENDES; LOUREIRO; CRIPPA, 2008; PIZETA et al., 2013).

Entre outros fatores que influenciam no cuidado com a criança, o estudo destacou a presença de irmãos e doença crônica na família. Foram encontrados dados que expressam que quase metade dos entrevistados referiu que haveria doença crônica na família (41,3%), sem especificar qual a sua tipologia, informação para além do objetivo da pesquisa. Também foi respondido pelos participantes a existência de irmãos em quase metade da amostra. Esses dois componentes podem significar maior sobrecarga para os cuidadores, em especial as mães, dificultando a atenção à criança além de trazer maior possibilidade de conflito e estresse familiar (RAMIREZ, 2016; MARTINS et al., 2013; SVENSSON, 2011; FUH, 2010; AZEVEDO et al. 2005).

A obesidade infantil é preditiva para várias doenças do adulto, sendo doença crônica e agravo persistente ao longo da vida, exigindo olhar diferenciado na abordagem à mesma, já que engloba fatores familiares e comportamentais, não apenas físicos. Sabe-se ainda que o sobrepeso, quando instalado na infância, aumenta a chance do desenvolvimento da obesidade, na adolescência e na vida adulta (SBP 2012; BRASIL, 2014; MOTTER et al., 2015; ABESO, 2016). Os resultados confirmam dados nacionais já existentes, evidenciando elevada prevalência de crianças obesas (35,1% - IC: 2,45 – 2,68) superando a de Salvador, que gira em torno de 19,1% e do Brasil que alcança 15 % (BRASIL, 2016; ABESO 2016). Os números envolvendo o sobrepeso também são preocupantes e algumas destas crianças já estavam, no momento da consulta, no limiar entre o excesso de peso e a obesidade.

A obesidade parece ser visível à família e ao profissional da ESF, o que nem sempre acontece. O conceito da criança “gordinha” muitas vezes se confunde com uma falsa impressão de saúde, havendo necessidade de reconstrução e revisão destas orientações (BRASIL, 2014). A percepção do peso real da criança e do que ele representa depende de uma série de fatores culturais, referências e crenças (TENORIO; COBAYASHI; 2011). Nem sempre

uma criança obesa será encarada como tal, podendo ser classificada de saudável por sua família e até pelos profissionais de saúde, a depender das crenças que foram estabelecidas previamente. Vale ressaltar que a dificuldade do reconhecimento do sobrepeso e obesidade é citada como uma das razões que levam à dificuldade no tratamento da criança (GIACOMOSSI, 2011). Estes são desafios postos aos profissionais da rede de atenção primária, por seu papel privilegiado como porta de entrada para a rede de saúde e maior possibilidade de criação de vínculo com a clientela adscrita. A avaliação criteriosa do estado nutricional das crianças, em especial aquelas abaixo de 5 anos, precisa se tornar rotina nos atendimentos, na perspectiva de detecção de fases iniciais de ganho ponderal excessivo.

Para além dos dados alarmantes sobre obesidade e sobrepeso, os dados mostraram ainda alguns aspectos importantes na dinâmica alimentar das crianças e suas famílias. Para Contreras e Garcia (2011), o ato da alimentação é extremamente complexo, sendo reconhecido como um fenômeno social e cultural. O estudo trouxe como resultado que as refeições eram realizadas principalmente em casa na maioria da amostra (94,6) expressando que o preparo da alimentação é realizado pela própria família, mas quase metade dos respondentes afirmou não existir rotina de horários para as refeições o que corrobora com a necessidade de olhar especial para a dinâmica familiar como um todo. A maneira de preparar os alimentos, bem como a presença de rotina nos horários (ou ausência), assistir ou não TV enquanto comem, jogar videogame, fazer ou não as refeições junto à criança são aspectos que podem influenciar no padrão de escolha alimentar para toda a vida, além de favorecer o ganho de peso e conseqüente obesidade da criança, comprometendo a qualidade do momento de comer (BAYER, 2011; ERICA, 2016; BICKHAM et al., 2013; REZENDE et al., 2014). O ato de assistir televisão enquanto come leva à inatividade física e distrações que impedem a consciência dos alimentos ingeridos, além do estímulo em excesso da publicidade, fatores que podem proporcionar compulsividade e desequilíbrio alimentar (BALLONE; MOURA, 2008; JAIME; PRADO; MALTA, 2017). O estudo mostrou que a maioria das crianças assistia TV enquanto faziam suas refeições (77,9% - IC: 1,13- 1,33). Estes hábitos familiares poderiam ser contemplados por ocasião das visitas domiciliares realizadas pelas equipes de saúde da família, com oportunidade de refletir sobre crenças e modelos

alimentares que favorecem a ocorrência de obesidade e sobre peso. A divulgação das elevadas prevalências encontradas poderia sensibilizar os profissionais para a importância do agravo e necessidade de prevenção. Durante a infância são desenvolvidos hábitos e preferências que se alongam durante toda a vida, ressaltando a importância de abordar esses aspectos na perspectiva da promoção de cuidados, atributo fundamental da atenção primária à saúde (ALMEIDA et al., 2017; ERICA, 2016; HANCOX; MILNE; POUTON, 2005).

Outro fator importantíssimo que pode influenciar no perfil nutricional da criança é a atividade física. Com o passar dos anos, as brincadeiras de rua foram gradativamente substituídas por jogos eletrônicos, programas de televisão e uso cada vez mais precoce do computador (ROSSI; VASCONCELOS, 2010). Além disto, nas localidades menos favorecidas socialmente, há carência de espaços adequados à prática de exercício físico, além de insegurança nos espaços públicos, o que pode contribuir ainda mais para o confinamento e sedentarismo infantis. Os resultados encontrados apontam para limitada prática de atividades físicas, quando 85,7% das crianças não praticavam.

Os resultados indicaram que quase a totalidade das crianças (90,4%) não era acompanhada por nutricionista, expressando que parte significativa das crianças obesas ou com sobrepeso não estaria sendo acompanhada de maneira adequada, com orientação alimentar e recomendações para manutenção ou perda de peso. Isto também se repetiu no quesito acompanhamento por psicólogo, quando 94,6% das crianças não estavam em acompanhamento por este profissional, limitando a abordagem das questões psicológicas presentes na obesidade, como ansiedade, controle, percepção de si, desenvolvimento emocional, medo, insegurança, associação do alimento com premiação (BRASIL, 2014; TENORIO; COBAYASHI, 2011; BAYER, 2010).

No módulo da disciplina não violenta, a positividade entre as respostas foi de 97,4%. A disciplina positiva é elemento fundamental na educação da criança, tornando a convivência familiar mais fácil e menos propensa à própria violência entre pais e filhos, já que fortalece a resiliência através do diálogo, autocontrole, expressão de sentimentos de tristeza, raiva ou medo (BRASIL, 2010). Dando continuidade aos resultados, a pesquisa demonstra que 84,4% dos entrevistados responderam positivamente para a violência psicológica,

configurando prevalência significativa. Diante de dados nacionais de 2011 (BRASIL, 2012) os atendimentos no SUS de crianças vítimas de violência psicológica notificadas no país foram 8,5% (até 1 ano de vida), 12,3% (entre 1 e 4 anos) e 21,4% (5 a 9 anos). Destaca-se que a violência psicológica é aparentemente mais sutil, até porque não deixa marcas físicas, conseqüentemente é mais difícil de diagnosticar, inclusive para a equipe de ESF. Ainda que a equipe conheça, acompanhe a dinâmica familiar, necessita haver um olhar integralizado, a fim de atender e acolher corretamente a criança e a família. O resultado expressou que o grito, a ameaça e até mesmo a agressão verbal fazem parte da rotina da maioria das famílias pesquisadas. A violência psicológica não atinge apenas a criança, mas toda a família, já que os cuidadores muitas vezes também apresentam sofrimento, ainda que não aparentem (BRASIL, 2010; MILANI; LOUREIRO, 2015). Diante do modelo ecológico, todo o contexto familiar precisa ser analisado e seus potenciais pontos de fragilidade poderão e deverão ser trabalhados pela equipe de saúde (OMS, 2007).

Em relação aos castigos corporais, o resultado expressou que houve também prevalência alta na população pesquisada, ficando o valor em 68,8% das respostas das famílias pesquisadas. Dados do SINAM 2011 mostram que a violência física é o principal tipo de violência notificada, tendo uma prevalência de 40,5% (BRASIL, 2012). Tais dados evidenciam que, na comunidade estudada houve positividade para o castigo corporal, demonstrando que ainda existem famílias que utilizam desta maneira de lidar ou de “educar” seus filhos. Segundo o Ministério da saúde (BRASIL, 2010) e Durrant (2008), não há diferença entre castigo corporal e violência física, ainda que o uso do castigo seja usado com a perspectiva de educar a criança, ou evitar que ela se comporte mal.

O estudo evidenciou que a violência física contra a criança na população estudada teve características mais relacionadas à violência física leve. Ainda que a predominância das respostas para os itens destacados tenha sido negativa, existe a positividade em 31,2%, evidenciando que o estudo acompanha outras pesquisas: algumas famílias utilizam esta ferramenta como forma de resolução de conflitos, punição ou educação. Os achados evidenciam ainda que parte dos entrevistados (13%) foi positivo para a violência física grave. A violência intrafamiliar contra a criança foi e ainda é encarada muitas

vezes como um problema somente familiar, justificando-se alguns atos violentos como maneira de educar e de tornar a criança “responsável” (GOMES; FILHO, 2004; GABATZ et al., 2013). Sabe-se que a violência física é mais praticada com crianças do sexo masculino, porém este estudo não estratificou a ocorrência de violência por sexo.

Estudos convergem na ideia de que as situações de violência contra a criança ou adolescente, especialmente quando praticada por seus pais ou responsáveis, prejudicam os mesmos não só pelas memórias, traumas, mas também pela quebra de desenvolvimento, além das sequelas físicas e emocionais. Além de toda a repercussão para a criança, pela sua natural imaturidade, há incapacidade de compreensão do fenômeno, gerando a médio ou longo prazo mudanças no seu modo de pensar e reagir, distúrbios de comportamento, e até mesmo repetição de padrão violento de resolução dos conflitos (JUNIOR; BORGES; SANTOS, 2015; PFEIFFER, 2011; CARDON, 2006). A violência psicológica, por exemplo, causa na criança danos à autoestima, prejudica desenvolvimento de habilidades, dificuldade de convivência social, dificuldade na autoaceitação, além de conflitos que podem levar a mesma à rejeição e desrespeito por si própria. Envolve comportamento autoritário ou destrutivo do adulto, através de descaso, expectativas irreais ou exageradas. Neste contexto, muitas vezes o profissional da ESF só consegue identificar a violência quando a mesma se evidencia através de marcas, hematomas ou outros sinais visíveis no corpo da criança, o que no caso da violência física leve ou psicológica poderá não acontecer. Isso dificulta a revelação e o acompanhamento do caso, necessitando um olhar mais ampliado por parte da equipe (MOREIRA et al., 2013). Ainda estudo de Moreira (2013) comprovou que os profissionais de saúde têm dificuldade na notificação da violência, existindo, portanto, lacunas e fragilidades na assistência, favorecendo a invisibilidade da violência.

A linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e famílias em situações de violência (BRASIL, 2010) enriquece a discussão, trazendo à tona a reflexão sobre a necessidade da criação de protocolos que envolvam a identificação precoce da violência pela equipe de saúde da família, através do acompanhamento da dinâmica familiar, atendendo a perspectiva de promoção à saúde.

O estudo teve limitações relacionadas especialmente ao número de participantes. A pesquisa se deu por oportunidade, a partir da identificação dos sujeitos inseridos na ESF do distrito escolhido, havendo a preocupação em garantir a tranquilidade do momento das perguntas e respostas, a fim de preservar a qualidade dos resultados. O uso de entrevista e questionário permitiu a observação de pontos importantes na dinâmica familiar, através das respostas dos cuidadores.

Ao analisar a possível associação entre o sobrepeso e obesidade com a ocorrência de violência intrafamiliar contra a criança, o estudo teve como base teórica as diversas pesquisas que apontam relação entre doenças crônicas na infância, estresse familiar e comportamentos violentos na família (MOURA, 2015; 2016; SOUZA, 2013; RAFAEL, 2013; REID, 2012; MARCON, 2007). A vivência com a doença crônica exige da família atenção constante com aspectos que seriam naturais na criança não portadora de doença crônica, tais como alimentação, uso de medicamentos etc., além do próprio desgaste diário, exigindo da família muitas estratégias de enfrentamento (SALVADOR et al., 2015). Sendo a obesidade um agravo crônico e de componente que acompanha a criança ao longo da adolescência e vida adulta, esta se configura como doença que poderia facilitar episódios violentos com a criança, seja a violência física, ou não. Além disto, tanto a obesidade quanto a violência necessitam de olhar apurado da equipe de saúde da família, englobando aspectos da dinâmica familiar, aspectos esses destacados nas linhas de cuidados específicas de cada um destes agravos (BRASIL, 2010; BRASIL, 2014; ABESO, 2016; SBP 2012).

Os resultados deste estudo apontaram que houve associação entre alguns aspectos da violência intrafamiliar contra a criança e o excesso de peso, confirmando outros estudos que relacionam doença crônica e violência. A prevalência da obesidade entre as crianças estudadas ficou em 35,1%, excedendo a média nacional, e a violência intrafamiliar foi positiva, especialmente a psicológica, além da violência física leve, também dado preocupante no Brasil (BRASIL, 2012; SINAN 2011). No confronto das variáveis em questão, observou-se, através da razão de prevalência e  $p < 0,05$ , associação entre a disciplina positiva com a ocorrência de sobrepeso e obesidade infantil na comunidade estudada. Pela característica do estudo transversal, este resultado expressa a realidade pontual daquela população, no

período de tempo escolhido, não tendo caráter de obtenção de causalidade. Sabe-se que o excesso de peso e a obesidade acarretam na criança, muitas vezes, cobranças excessivas ou até mesmo negligência pela família. Foi observado neste estudo que alguns aspectos alimentares foram negligenciados, tais como hábitos inadequados, família assistindo TV durante as refeições, ausência de horários específicos para comer, além da inatividade física na maioria das crianças. A linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências (Brasil, 2010), na descrição sobre a negligência cita que esta se caracteriza por omissões da família, deixando de prover as necessidades para o desenvolvimento físico, emocional e social da criança. Além disso, cita como um sinal de ausência de cuidados a “obesidade por descuido ou imposição nutricional” (BRASIL, 2010, p. 45).

Sabe-se que há dificuldades no cuidado com a criança obesa, já que esta, em geral tem aporte calórico maior do que o necessário, e a maioria das crianças acima do peso tem interesse por alimentos pouco nutritivos e calóricos (ABESO, 2016; BRASIL, 2014). A associação entre o excesso de peso na criança e ocorrência de violência psicológica traz a tona a discussão necessária para a reflexão dos possíveis motivos e as consequências da mesma. O excesso de peso traz exposição psicológica através do bullying, da sensação de inadequação social, bem como isolamento. Portanto, parece muito claro que, quando a violência psicológica ocorre dentro da família, especialmente quando praticada pelos pais (que seriam o suporte emocional de proteção à autoestima da criança), os danos emocionais causados tornam-se ainda mais severos. Existe, no ser humano e especialmente na criança, a necessidade do amor e da segurança, compreensão nas atitudes e sentimentos, sendo tais elementos essenciais para o desenvolvimento emocional da mesma (JUNIOR; BORGES; SANTOS, 2015; GABATZ et al., 2010; BONAVIDES, 2005).

Observando os dados da pesquisa, percebe-se que o perfil dos genitores não converge com o perfil de risco para a violência contra a criança, já que a maioria deles é maior de idade, trabalha fora, e maior parte dos casais convive maritalmente. No entanto, sabe-se que, mais do que o estado civil, a ausência de conflitos familiares seria um fator de proteção para a violência contra a criança, ainda que os pais não convivessem na mesma casa. Sob a

perspectiva da ESF, o papel da equipe de saúde é fundamental neste processo. O fato de conhecer, acompanhar a família como um todo, facilita o processo de identificação, acolhimento, abordagem e acompanhamento da criança vítima de violência. Sob a perspectiva do modelo ecológico, faz-se necessária abordagem multidisciplinar, a fim de abrir os horizontes da interpretação as associações encontradas, inclusive. Parece mais adequado analisar a ocorrência da violência física associada ao sobrepeso ou obesidade da criança levando em consideração o local em que a família vive a cultura e informações prestadas a ela (como essa família foi educada e aprendeu a educar), situação financeira, entre outros fatores de risco, e perceber os pontos de fortalecimento que a própria família pode encontrar, favorecendo a resiliência. Ainda que pareça paradoxal acolher os pais que praticam a violência com seus filhos, sabe-se que é a partir de olhar não punitivo que o profissional consegue sensibilizar e atuar positivamente no contexto, e através do modelo ecológico compreende o processo da violência, auxiliando a família a encontrar (muitas vezes nos seus próprios elementos) pontos de fortalecimento de vínculos e mudança de comportamento (OMS, 2007; BRASIL, 2010).

## **7. ARTIGO**

Na sequência dos resultados, em consonância com pontos convergentes entre o Caderno de Atenção 38 (Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica obesidade) e a Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências (BRASIL 2014, BRASIL 2010) relacionados à importância da abordagem destes agravos na rotina do profissional da ESF, foi desenvolvido o artigo a seguir, ainda em processo de construção.

### **INTERFACES entre LINHA DE CUIDADOS PARA CRIANÇAS COM OBESIDADE e PARA CRIANÇAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA: Caminhos possíveis.**

Vanessa Oliveira Sena<sup>1</sup>, Anna Tereza Soares de Moura<sup>2</sup>, Ricardo de Mattos Russo Rafael<sup>3</sup>, Isabel Rey Madeira

1. Enfermeira. Mestranda em Saúde da Família pela Universidade Estácio de Sá. Professora da Universidade Estácio de Sá de Salvador- Ba.
2. Médica. Doutora em Saúde Coletiva (Epidemiologia) pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Professora do quadro permanente do Mestrado em Saúde da Família (UNESA). Professora do Departamento de Pediatria da UERJ.
3. Enfermeiro. Doutor em Ciências pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Professor do quadro permanente do Mestrado em Saúde da Família (UNESA). Professor do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública da UERJ.
4. Médica. Doutora em Ciências Médicas pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Professora da Faculdade de Medicina da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

## **INTRODUÇÃO**

O aumento de peso entre crianças e adolescentes vem se tornando, nos últimos anos, um problema de saúde pública no mundo, mesmo em países mais pobres ou em desenvolvimento, como é o caso do Brasil. A obesidade, antes apenas preocupante na saúde do adulto, passa a configurar doença presente e crescente na população infantil (SBP, 2012). As doenças e agravos não transmissíveis se configuram como as principais causas de mortalidade e algumas podem ter início ainda na infância, gerando problemas de saúde durante toda a vida do indivíduo (BRASIL, 2011). A obesidade é largamente descrita como condição preditiva para diversas patologias prevalentes na vida adulta (SBP, 2012; OMS, 2016).

O relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2016) destaca que em 2014, 41 milhões de crianças com até 5 anos de idade tiveram diagnóstico de excesso de peso e que a prevenção e controle da obesidade infantil devem ser considerados como prioritários nas políticas de saúde. Os dados apontam ainda para um expressivo aumento no número de crianças obesas, que passou de 7,5 para 15,5 milhões entre os anos de 1990 e 2014. Em números absolutos, a ocorrência de obesidade em países de baixa renda vem superando os de renda alta, apesar de outros problemas nutricionais, como a

desnutrição proteico calórica, ainda estarem na pauta de preocupação nos países menos desenvolvidos (OMS, 2016).

Seguindo essa tendência, o Brasil também vivencia uma transição nutricional (substituição da desnutrição infantil por alto índice de sobrepeso e obesidade) e apresenta dados alarmantes (BRASIL, 2015; PEREIRA, 2015). Segundo levantamento do Panorama da Segurança Alimentar e Nutricional na América Latina e Caribe (2013), mais da metade da população brasileira está com sobrepeso e a obesidade já atinge a 20% das pessoas adultas no país.

Existem alguns fatores de vulnerabilidade já reconhecidos para a ocorrência de obesidade na infância, como o desmame precoce ou falta de amamentação, baixa qualidade de escolha para a introdução de alimentos complementares ao leite materno, o comportamento sedentário, entre outros (SBP, 2012). Fatores comportamentais também estão intimamente relacionados à gênese do ganho de peso corporal, em especial os hábitos alimentares desenvolvidos na infância, organização familiar e aspectos do desenvolvimento emocional infantil. O vínculo entre a criança e sua família também é descrito como importantíssimo no entendimento da obesidade infantil, na medida em que as vivências que envolvem esta relação parecem implicar nas escolhas e padrões de comportamento alimentar, aliviando ou potencializando ansiedades e emoções da criança (SBP, 2012; DORNELLES; ANTON; PIZZINATO, 2014).

Como visto, a obesidade é um fenômeno complexo, de múltiplas causas e demanda atenção diferenciada para os aspectos nutricionais e familiares, necessitando de abordagem ampliada, de longo prazo e multiprofissional. Em publicação recente do Ministério da Saúde (MS) são descritas a definição e classificação da obesidade no adulto e na criança, com recomendação atenção especial para os aspectos “não nutricionais”, tais como a importância do momento da refeição, a visão familiar sobre o ganho ponderal entre outros. A ideia do documento seria organizar uma linha de cuidado que recomenda um olhar mais amplo para a obesidade como doença crônica, sugerindo ações multidisciplinares nos diferentes níveis de atenção, que envolvam captação e acolhimento da demanda, apoio diagnóstico e terapêutico para o paciente e a família (BRASIL, 2014; MIRANDA, 2016; ALMEIDA, 2017).

Como um agravo crônico, a obesidade traz inúmeras complicações ao longo de seu curso, tanto no aspecto físico, quanto emocional e afetivo. Em relação à vigilância do crescimento e desenvolvimento, estes múltiplos

aspectos precisam ser contemplados já que afetam sobremaneira a saúde global da criança e do adolescente. Além da sabida vulnerabilidade para ocorrência de hipertensão arterial, diabetes mellitus e síndrome metabólica, também existe maior risco para desfechos como baixo rendimento escolar, bullying e depressão (ABESO, 2016) .

### **Doenças crônicas na infância – proposta de abordagem na perspectiva da linha de cuidados**

Essa visão ampliada sobre doenças e agravos de evolução crônica tem sido amplamente recomendada, com necessidade de desenvolvimento de linhas de cuidado de longo prazo e com objetivos assistenciais bem definidos. No caso do aparecimento de doenças crônicas ainda na infância, estes cuidados parecem ainda mais importantes diante da necessidade de detecção precoce, do longo percurso terapêutico e maior possibilidade de complicações. Somam-se a estas questões as fortes evidências de maior vulnerabilidade de crianças portadoras de doenças crônicas serem vítimas preferenciais de violência familiar (RAMIREZ, 2016; MARTINS et al., 2013; RAFAEL, 2013; SVENSSON, 2011; FUH, 2010;). Parece haver relação entre a dificuldade natural do cuidado com uma criança doente e o estresse familiar. Tal relação pode ser explicada pela expectativa frustrada com a presença de uma criança “não saudável”, ausência de suporte (inclusive social), tensão pelo cuidado intenso e não compartilhado (sendo as vezes de um único membro da família, em geral a mãe) e a preocupação excessiva com o futuro e o papel social da criança com o passar dos anos (BRASIL, 2006; BRASIL, 2012; RIBEIRO, 2012; SALVADOR et al., 2013).

### **Violência contra a criança e possibilidades de atenção**

A violência intrafamiliar foi definida pela OMS (2002) como ações que prejudiquem o bem-estar e a integridade, e o pleno desenvolvimento de outro membro da família. Pode ser cometida dentro ou fora de casa, incluindo como família as pessoas que passam a assumir função parental, ainda que sem laços de consanguinidade, e envolvidas em relação de poder.

As situações de violência intrafamiliar geram consequências físicas e emocionais para toda a vida da criança, deixando sequelas pela fragilidade da mesma, que se perpetuam ou se repetem (WAISELFISZ, 2012). A mesma

pode se constituir de violência física, sexual, psicológica ou negligência (BRASIL, 2010).

Neste mesmo documento, a OMS propõe um modelo explicativo para a ocorrência de violência, o modelo ecológico, a partir da década de 1970, considerando os fatores de risco e fatores de proteção, já que a violência exige olhar mais aprofundado, sobretudo na sua causalidade. Não existe uma única explicação para o fato de que alguns indivíduos ou comunidades são mais violentos do que outros, assim como é importante ressaltar que a violência é fruto de múltiplos fatores, que não envolvem apenas a característica individual, mas também de contexto sociocultural em que se vive. O modelo ecológico considera os elementos sociedade, comunidade, relações e indivíduo como indispensáveis na compreensão do processo da violência. Ou seja: explora a relação existente entre o indivíduo, o contexto em que ele vive e a sociedade na qual ele está inserido (OMS, 2002).

A violência contra a criança tem sido estudada e percebida como um fenômeno complexo e de elevada magnitude. Dimensionar sua magnitude ainda é um desafio para os pesquisadores, sendo difícil estimar sua frequência (OMS, 2002). A detecção da mesma nos serviços de saúde é difícil e muitas vezes os avanços não impedem que haja despreparo para a abordagem dos casos, bem como na prevenção dos casos (MOURA, 2008; BRASIL, 2010).

### **Interfaces entre linhas de cuidado – Aproximando caminhos de assistência à criança com doença crônica**

A partir das reflexões expostas, parece claro que existe alguma similaridade entre as abordagens propostas para a obesidade - como um evento representativo de agravos de evolução crônica - e para as crianças vítimas de violência familiar, ambas traduzidas na perspectiva de linhas de cuidado. Esta proposta de atuação considera a necessidade da integralidade da assistência, recomenda ao profissional de saúde um olhar mais sensível, não envolvendo apenas suas habilidades técnicas, mas a capacidade de compreensão de fenômenos complexos e multifatoriais, aqui exemplificados pela obesidade e violência. Aborda também o conceito de vulnerabilidades, enfatizando o contexto de vida social da criança e das relações que estabelece com seus familiares, fundamental para a adequada compreensão da ocorrência destes eventos (BANNWART, 2011; RAMOS, 2011).

A dinâmica familiar e suas implicações na vida da criança estão fortemente presentes em ambas as Linhas de cuidado demonstrando que há, portanto, intercessão entre as temáticas. O ambiente familiar pode proteger ou expor crianças e adolescentes à violência, já que é ali que a criança aprende e experimenta seus primeiros relacionamentos, que pouco a pouco vão se ampliando e passam a englobar outras instâncias sociais (BRASIL, 2010). O ambiente familiar também é aquele onde a criança desenvolve seus hábitos do cotidiano, entre eles a higiene, alimentação, seus gostos e preferências. Aprende ainda diferentes códigos de conduta, a aceitar (ou não) o que é diferente, o que é belo e desejado. Com isso se depara com seus limites, podendo criar mecanismos de defesa e resiliência para as adversidades que irá enfrentar (BRASIL, 2010; TEIXEIRA, 2016).

Além das aparentes semelhanças apontadas, também é possível identificar similaridades no que se refere às dificuldades ainda observadas no âmbito dos serviços de saúde, onde permanecem inúmeros desafios assistenciais. Qualquer agravo que necessite de abordagem a longo prazo, equipe multidisciplinar e mudança de comportamentos parece ser de difícil manejo pelos profissionais de saúde. Apesar do vasto material na literatura, portarias e diretrizes ainda existe necessidade de sensibilização e capacitação profissional para lidar com estas situações (MOREIRA, 2014; BANNWART, 2011; RAMOS, 2011).

Na identificação e acolhimento da obesidade infantil, o profissional de saúde lida com o fato de que a doença obesidade parece mais “visível”, ou seja: mais fácil de ser identificada até mesmo pela família, ao contrário da violência, que permanece invisível e em campo de dificuldade de identificação, confirmação e abordagem sobre ela. As pesquisas evidenciam fragilidades e limites no preparo dos profissionais para lidar com situações de violência, que parecem estar intimamente relacionados com suas próprias definições de violência, suas causas e ações envolvidas, além da relação que estes estabelecem com a família envolvida (MOREIRA, 2014).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A identificação da importância da dinâmica familiar nas duas linhas de cuidado pode favorecer a atuação do profissional de saúde, especialmente os da Estratégia Saúde da Família, na medida em que possibilita uma nova

ferramenta de trabalho, através da abordagem a partir da atenção aos aspectos familiares. O profissional da ESF, justamente por conhecer melhor o ambiente onde a criança está inserida, tem maior condição de perceber a dinâmica familiar, as vulnerabilidades existentes, podendo assim identificar os dois agravos e apoiar a família, a fim de evitar a perpetração dos mesmos. A visibilidade da violência doméstica no contexto de saúde implica em algumas mudanças em serviço, também na própria abordagem dos profissionais, exigindo que os mesmos não se prendam apenas ao cumprimento de protocolos e técnicas propostas pelos programas. Parece interessante que a equipe utilize as ferramentas de intervenção baseadas do modelo ecológico, compreendendo o processo por perspectivas mais amplas, obtendo maior chance de sucesso na sua abordagem e atuação. O uso de escuta ativa, orientações e encaminhamentos parecem ser elementos fundamentais neste processo (MACHADO et al., 2014; MORAIS et al., 2016).

## **8 CONSIDERAÇÕES FINAIS E DESDOBRAMENTOS FUTUROS**

Como já afirmado anteriormente, mesmo com as limitações quanto ao número de sujeitos pesquisados e por ter sido realizado por oportunidade, o estudo encontrou associação entre os agravos violência e obesidade. Além disso, chamou a atenção a alta prevalência de sobrepeso e obesidade infantil na população estudada, o que parece demandar novas abordagens à dinâmica familiar, não só com atenção voltada ao tipo de alimentação oferecida à criança em casa, mas atenção quanto aos horários de refeições, não assistir TV enquanto come, realização de atividade física, entre outros. Além disso, os dados também apontaram prevalência igualmente elevada de violência contra a criança, o que traz a reflexão da necessidade de abordagem

multiprofissional. Tais dados são superiores aos nacionais, especialmente a prevalência da obesidade infantil. O estudo mostrou que os dois agravos são relevantes e precisam ser observados com maior atenção, especialmente pela equipe de saúde da família.

Ainda no que tange à equipe de saúde, percebe-se, portanto com esse estudo que, na abordagem com a criança em excesso de peso, existe a necessidade de atenção da equipe aos aspectos familiares que vão além das questões físicas, por exemplo. Houve percepção de aproximação teórica entre as linhas de cuidado para a obesidade (caderno de atenção nº 38, BRASIL, 2014) e para atenção às crianças, adolescentes e famílias em situações de violência (BRASIL, 2010), já que ambas abordam paralelamente a importância do acompanhamento familiar, sobretudo na ESF.

O estudo se tornou relevante, na medida em que se propôs a refletir sobre a necessidade da equipe de saúde abordar, em sua rotina de visitas domiciliares e consultas, aspectos comportamentais da família como um todo, garantindo melhor identificação, acolhimento e acompanhamento do sobrepeso, obesidade infantil e violência intrafamiliar contra a criança.

## REFERÊNCIAS

- ABESO. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica. **Diretrizes Brasileiras de obesidade**. 2016.
- ABREU, J. R. **Obesidade Infantil**: Abordagem em contexto familiar. Funchal, 2010.
- ALMEIDA, L.M.; CAMPOS, K.F.C; RANDOW R. et al. Estratégias e desafios da gestão da atenção primária à saúde no controle e prevenção da obesidade. *Rev. Gestão & Saúde* (Brasília) Vol. 08, n. 01, jan. 2017. P. 114-139.
- ALMEIDA, M.G.B. (Org.); CARVALHO, C.M. **A violência na sociedade contemporânea**. Rio Grande do Sul. EdPUCRS. 2010. p. 31- 43.
- ANDRADE, T.M.; MORAES, D.E.; LOPEZ, F.A. Problemas psicológicos e psicodinâmicos de crianças e adolescentes obesos: Relato de pesquisa. **Psicologia, ciência e profissão**, 2014. 34(1). P. 126- 141.
- ANTONI, C.D.; BATISTA, F.A. Violência familiar: Análise de fatores de risco e proteção. 2014. **Diaphora** | Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul 14(2). Set/Dez.
- ARAUJO, S. N.M et al. Obesidade Infantil: conhecimentos e práticas de enfermeiros da Atenção Básica. São Paulo. COFEN. **Enfermagem em Foco**, 2012; 3(3): p. 139-142.
- BARROS, A.C.M.; DESLANDES, S.F.; BASTOS, O.M. A violência familiar e a criança e o adolescente com deficiências. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 32(6):e00090415, jun, 2016.
- BAYER, A.A.A; VASCO, C.C; LOPES, S.R.A; TEIXEIRA, C.J. Intervenção grupal em pacientes com obesidade e seus familiares: relato de experiência. **Psicologia, ciência e profissão**. 2010, 30 (4), 868-818.
- BONAVIDES S.M.P.B. **A autoestima da criança que sofre violência física pela família**. [dissertação de mestrado]. Natal (RN): Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes/ Programa de Pós-Graduação em Psicologia/ UFRGS, 2005.
- COELHO, H. M.; PIRES, A. P. Relações familiares e comportamento alimentar. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 30, n. 1, p. 45-52, 2014.
- FILHO, BARROS, A. Um quebra-cabeça chamado obesidade. **Jornal de Pediatria**, Vol. 80, n. 1, 2004.
- BANNWART, T.H. Sensibilização de profissionais do programa de saúde da família para notificação de violência contra a criança e adolescente: um estudo de caso. **Revista Universidade São Carlos**. São Carlos. 2013.
- BICKHAM D.S., et al. Characteristics of screen media use associated with higher BMI in young adolescents. **Pediatrics**. 2013;131(5):935-41. DOI:10.1542/peds. 2012-1197.

BONFIM, C.B. et al. **Um estudo sobre a validade de Construto da Parent – Child Conflicts Tactics Scale (CTSPC), em uma amostra populacional urbana do Nordeste Brasileiro.** 2011.

BRASIL. **Violência Familiar:** Orientações para a prática em serviço. 2002.

\_\_\_\_\_.; PFEIFFER, L.. **Violência faz mal à saúde.** Brasília- DF. Cap XI. p. 117- 123. 2006.

\_\_\_\_\_. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências.** Brasília – DF. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (MS). **Viva:** instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências. Brasília: MS; 2011.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Atenção Básica/ PNAB.** 2012.

\_\_\_\_\_. Caderno de Atenção número 33. **Saúde da Criança:** Crescimento e Desenvolvimento. Secretaria de Atenção à saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília – DF, 2012.

\_\_\_\_\_. **Resolução 466/12.** 2013.

\_\_\_\_\_. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica-obesidade. **Caderno de Atenção Básica,** n. 38. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

\_\_\_\_\_. Secretaria Especial de Direitos Humanos. Ministério da Justiça e Cidadania. **Dados de violência contra a criança:** Relatos do Disque 100 em 2014. Brasília – DF, 2015.

\_\_\_\_\_. Vigitel. Ministério da Saúde. **Hábitos dos brasileiros impactam no crescimento da obesidade e aumenta prevalência de diabetes e hipertensão:** 20146. Brasília – DF, 2016.

CADERNO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES. São Paulo. **CODEPPS.** Secretaria Municipal da Saúde. 2007.

CANTALICE, A. S; SANTOS, C.C; OLIVEIRA, R.C; COLLET, N; MEDEIROS, C.M. Persistência da síndrome metabólica em crianças e adolescentes com excesso de peso de acordo com dois critérios diagnósticos: um estudo longitudinal. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2015;48(4): 342-348.

CARDON L, PFEIFFER L. Consequência dos traumas na infância e adolescência. In: **Sociedade Brasileira de Pediatria.** Crianças e adolescentes seguros. São Paulo: Publifolha; 2006. p. 292.

CONCEIÇÃO, L.V.; RAFAEL, R.M.R.; MOURA, A.T.M.S. Violência Familiar Contra a Criança: Entendendo a Associação de Doenças Crônicas com Episódios de Violência. **Revista de Pediatria, SOPERJ.** 2015; 15 (Sup.).

CONTRERAS, J.; GRACIA, M. A. Alimentação humana: um fenômeno biocultural. In: \_\_\_\_\_. **Alimentação, sociedade e cultura.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 109-146.

DAMIANI, D; KUBA, V, COMINATO, L; CABRAL FILHO, H. Síndrome metabólica em crianças e adolescentes: dúvidas na terminologia, mas não nos riscos cardiometabólicos. **Arq Bras Endocrinol Metab.** 2011; 55/8 .

DESLANDES, S. et al. Indicadores das ações municipais para a notificação e o registro de casos de violência intrafamiliar e exploração sexual de crianças e adolescentes. **Cad. Saúde Pública.** 2011; 27(8): 1633-1645.

DORNELLES, A. D; ANTON, M.C.; PIZZINATO, A. O papel da sociedade e da família na assistência ao sobrepeso e à obesidade infantil: percepção de trabalhadores da saúde em diferentes níveis de atenção. **Saúde Soc.** São Paulo. V.23, n.4, p 1275-1287, 2014.

FERREIRA A.L. A violência contra a criança sob a perspectiva ecológica: implicações para a prática pediátrica. **Resid. Pediatr.** 2011; (0 supl. 1): 24 – 27.

FERREIRA, V.A; MAGALHÃES, R. Desigualdade, pobreza e obesidade. **Ciência e Saúde Coletiva.** 2010.

FONSECA, R.M.G.S. et al. Reincidência da violência contra criança no Município de Curitiba: um olhar de gênero. **Acta Paul Enferm.** 2012.

FONT, S. A; JACK, K. M; Pathways from Childhood Abuse and Other Adversities to Adult Health Risks: The Role of Adult Socioeconomic Conditions. OHIO. **Child Abuse Negl.** 2016 January; 51: 390–399.

FUH, J.L et al. Relationship Between Childhood Physical Maltreatment and Migraine in Adolescents. Taiwan. **Headache.** N. 50, p. 761-768, 2010.

GABATZ, R.I.B et al. O significado de cuidado para crianças vítimas de violência intrafamiliar. Anna Nery **Rev. Enferm.** 2010 jan-mar; 14 (1): 135-42.

GARCIA, R. W. D, Reflexos da Globalização na Cultura Alimentar: considerações sobre as mudanças na alimentação urbana, **Revista de Nutrição**, v.16, n.4, p. 483-492, 2003.

GONÇALVES, H.S.; FERREIRA, A.L. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2002, vol.18, n.1, p.315-319.

GIACOMOSSI, AMC; ZANELLA,T; HOFELMANN, D.A. Percepção materna do estado nutricional de crianças de creches de cidade do sul do Brasil. **Revista Nutrição**, Campinas, 24(5), 689-702, set/ out, 2011.

HERNANDES, F.; VALENTINI, M.P. Obesidade: Causas e Consequências em Crianças e Adolescentes. **Conexões:** revista da Faculdade de Educação Física da UNICAMP, Campinas, v. 8, n. 3, p. 47-63, set./dez. 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de Orçamentos Familiares.** POF. Brasília – DF. 2015.

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estatísticas e Cidades.** Brasília- DF. 2009.

JAIME, P.C; PRADO, R.R; MALTA, D.C. Influência familiar no consumo de bebidas açucaradas em crianças menores de dois anos. **Rev Saúde Pública.** 2017; 51 Supl. 1:13s.

- JULI, M.R. Childhood obesity: global issues. **Psiquiatria Danubina**, 2016; Vol. 28, Suppl. 1, pp 87-91.
- JUNIOR, A. A. P; BORGES, V.C. B; SANTOS, J.G. Caracterização da violência doméstica contra crianças e adolescentes e as estratégias interventivas em um município do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Colet.**, 2015, Rio de Janeiro, 23 (2): 124-131.
- KEBIAN, L.V. A.; ACIOLY, S.; A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Eletr. Enf.** 2014 jan/mar;16(1):161-9.
- LACERDA, L.R. et al. Prevalência de obesidade infantil e sobrepeso em escolares. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, Vol. 2, Nº 5, Ano 2, 2014.
- KUSCHNIR, M.C.C. et al. Prevalência de síndrome metabólica em adolescentes brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, 2016; 50 (supl. 1): 11 s. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- LIMA, L.P. **A educação infantil diante da violência doméstica: compreendendo sentidos e práticas.** 2008. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.
- MACHADO, P. M; DIAS, M.S. B. Nem só de pão se vive: A voz das mães na obesidade infantil. **Psicologia: Ciência e Profissão**. 2013, 33 (1), 46-59.
- MACHADO, S.S.; SASSÁ, A.H.; SOARES, N.T.I. Dificuldades e conflitos enfrentados pela família no cuidado Cotidiano a uma criança com doença crônica. **Ciênc Cuid Saúde**. 2007.
- MAIA A.C.; BARRETO M. Violência contra crianças e adolescentes no Amazonas: análise dos registros. **Psicol. Estud.** 2012; 17 (2): 195-204.
- MARCON S.S. et al. Dificuldades e conflitos enfrentados pela família no cuidado Cotidiano a uma criança com doença crônica. **Ciênc Cuid Saúde** 2007; 6 (Suplem. 2): 4119.
- MARTINS, A.F. et al. Violência envolvendo crianças e adolescentes: Perfil das vítimas, da agressão e dos agressores. **Rev Enferm UFPI**. 2013 Oct-Dec;2(4):50-7.
- MAYER, A.P.F.; WEBER, L.N.D.; TON, C.T. Perfis parentais com base nas práticas educativas e alimentares: análises por agrupamento. **Psi, Saúde & Doenças**. 2014. 15 (3), 683 – 697.
- MELLO, E.D.; LUFT, V.C.; MEYER, F. Obesidade Infantil: Como podemos ser eficazes? **Jornal de Pediatria** - Vol. 80, Nº3, 2004.
- MENDES, A.V.; LOUREIRO, S.R.; CRIPPA, J.A.S. Depressão materna e a saúde mental de escolares. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 35, n. 5, p. 178-186, 2008.

- MILANI, R.G.; LOUREIRO, S.R. Famílias e Violência Doméstica: Condições Psicossociais Pós Ações do Conselho Tutelar. **PSICOLOGIA CIÊNCIA E PROFISSÃO**, 2008, 28 (1), 50-67
- MINAYO, M. C.S. **Violência contra crianças e adolescentes**: questão social, questão de saúde. Rio de Janeiro, 2001.
- MIRANDA, M.P.M.; PAULA, C.S.; BORDIN, C.S. Violência conjugal física contra a mulher na vida: prevalência e impacto imediato na saúde, trabalho e família. **Rev Panam Salud Publica**. 2010;27(4):300–8.
- MIRANDA L.L., SOUZA FILHO J.A., SANTIAGO M.V. A relação lazer e mídia entre adolescentes e jovens de escolas públicas em Fortaleza/CE. **Psicol Argum**. 2014;32(79 Supl 1):29-43. DOI:10.7213/psicol.argum.32.s02.AO03.
- MIZIARA, A.M; VECTORE,C. Excesso de peso em escolares: percepções e intercorrências na escola. **Associação Brasileira de Psicologia Escolar**, SP, 18(2), Maio/ Agosto de 2014; 283- 291.
- MORÉ, C.L.; KRENHEL, S. Violência no Contexto Familiar. **USFC**, Florianópolis, 2014.
- MORAIS, L.R.G.L et al. Violência intrafamiliar contra crianças no contexto da saúde da família. **Rev enferm UFPE online.**, Recife, 10(5):1645-53, maio, 2016.
- MOREIRA, M.I.C.; SOUZA, S.M.G. Violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes: do espaço privado à cena pública. **O Social em Questão** - Ano XV - nº 28 – 2012.
- MOREIRA, G.A.R. et al. Instrumentação e conhecimento dos profissionais da equipe saúde da família sobre a notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes. Fortaleza – CE **Rev. Paulista Pediatria**. 2013; 31(2): 223- 30.
- MOURA, A.T., REICHENHEIM, M.E. Estamos realmente detectando violência familiar contra a criança em serviços de saúde? A experiência de um serviço público no Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(4):1124-1133, jul-ago, 2005.
- MOTTER, A. F; VASCONCELOS,F.A.G; CORREA,E.N; ANDRADE,D.F.Pontos de venda de alimentos e associação com sobrepeso/ obesidade em escolares de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 31(93): 620 – 632, mar, 2015.
- NUNES, C. B; SARTI, C.A; OHARA, C. V. S. Profissionais de saúde e violência intrafamiliar contra a criança e adolescente. **Acta Paul Enferm** 2009; 22 (Especial - 70 Anos): 903-8.
- OLIVEIRA, J.S. et al. Uso de telas e consumo de refeições e petiscos por adolescentes brasileiros. **Rev Saúde Pública** 2016; 50(supl 1):7s.
- OMS; KRUG, E.G. et al. Relatório mundial sobre violência e saúde. **World Health Organization**, Genebra. 2002.
- \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_. DAHLBERG, L.L. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(Sup): 1163-1178 2007

\_\_\_\_\_. **Report of the commission on ending childhood obesity.** 2016

OTTO, A.F.N.; RIBEIRO, M.A. Unidos em torno da mesa: a dinâmica familiar na obesidade. São Paulo. **Estudos de Psicologia**, 17(2), maio-agosto/2012, 255-263.

PEREIRA, R.; SOUZA, R.A.; VALE, J.S. O processo de transição epidemiológica no Brasil: Uma revisão de literatura. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente** 6(1): 99-108, jan-jun, 2015.

PFEIFFER, L.; ROSARIO N. A.; CAT, M. N. Violência contra crianças e adolescentes – proposta de classificação dos níveis de gravidade. Curitiba. **Revista Paulista de Pedriatia**. 2011; 2994): 477 – 82.

PIERANTONI L.M.M. **(Des) caminhos do protetor da criança em situação de violência**: subsídios para a ação da enfermagem na equipe de saúde [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery; 2007. 185 p.

PIRES, A.L.D.; MIYAZAKI, M.C.O.S. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão de literatura para profissionais de saúde. São Paulo. **Arq Ciênc Saúde** 2005 jan-mar; 12(1): 42-9.

PIZETA, F. A. et al. Depressão materna e riscos para o comportamento e a saúde mental das crianças: uma revisão. **Estudos de Psicologia**, v. 18, n. 3, p. 429-437, 2013

**Plano Municipal de Saúde / SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde de Salvador.** 2014.

REICHENHEIM, M.E.; MORAES, C. L. Adaptação transcultural do instrumento PARENT-CHILD CONFLICT TACTICS SCALES (CTSPC) utilizado para identificar a violência. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(6):1701-1712, nov-dez, 2003.

\_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_.; HALSSEMAN, M.H. **Consequências da violência familiar na saúde da criança e do adolescente: contribuições para a elaboração de propostas de ação.** 1999.

REID, M.J; KOHL, P.L; DRAKE, B. Child and Adult Outcomes of Chronic Child Maltreatment. **PEDIATRICS** Volume 129, Number 5, May 2012.

REZENDE, L.F.M. et al. Sedentary behavior and health outcomes: an overview of systematic reviews. **PLoS One**. 2014; 9(8):e105620. DOI:10.1371/journal.pone.

RIBAS S.A., SILVA L.C.S. Fatores de risco cardiovascular e fatores associados em escolares do município de Belém, Pará, **Brasil.Cader de Sau Púb** 2014;30(3):577 586.

RIBEIRO, M.A.; FERRIANI, M.G.C.; REIS, J.N. Violência sexual contra crianças e adolescentes: características relativas à vitimização nas relações familiares. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(2): 456-464 mar- abr, 2004.

ROCHA P.C.X.; MORAES C.L. Violência familiar contra a criança e perspectiva de intervenção do Programa Saúde da Família: a experiência do PMF/Niterói (RJ, Brasil). **Ciênc Saúde Coletiva**. 2011.

ROLAND, J.D. Doença crônica e o ciclo de vida familiar. In: Carter S, Goldrinle M. As mudanças no ciclo de vida familiar. Porto Alegre (RS): **Artes Médicas**; 1995. p. 372-92.

ROSA, W.A.G., LABATE, R.C. Programa de Saúde da Família: A construção de um novo modelo de assistência. **Rev Latino-Am Enfermagem** 2005 novembro-dezembro; 13(6):1027-34

ROSSI, ALBERNAZ D.O. et al. Influência da televisão no consumo alimentar e na obesidade em crianças e adolescentes: uma revisão sistemática. **Rev Nutr**. 2010; 23(4):607-20. DOI:10.1590/S1415-52732010000400011

SALVADOR, M.S., GOMES, G.C., OLIVEIRA. P.K. **Estratégias de famílias no cuidado a crianças portadoras de doenças crônicas**. Florianópolis, 2015 jul-set; 24 (3) 662-9.

SANTOS, A.M. O excesso de peso da família com obesidade infantil. **Revista Virtual Textos & Contextos**, nº 2, dez. 2003.

SANTOS, S.C. F. et al. Prevalência de violência familiar em crianças portadoras de doenças crônicas atendidas em um ambulatório de especialidades pediátricas. - **Revista de Pediatria SOPERJ**. 2016; 16(1): 11-16

SILVA, C.; BITTAR, C.M. **Fatores ambientais e psicológicos que influenciam na obesidade infantil**. 2012.

SIQUEIRA C.G., VIEIRA I.Y.D., SANTIAGO S.R. Domestic violence against children: an analysis from the perspective of parents. **Rev Enferm UFPI**. 2013. Jan-Mar; 2(1):49-55.

SOUZA, C.; FIGUEIREDO, B. Perspectiva ecológica na compreensão dos maus tratos infantis. **Infância e Juventude**. Rio de Janeiro, Vol. 2, 56- 58.

SOUZA. E. F. R.; COSTA, E.A.O. Acompanhamento de famílias de crianças com doenças crônicas: percepção da equipe de saúde da família. **Rev. Esc. Enfermagem USP**. 2013; 47(6) 1367-72.

SBP. Sociedade Brasileira de Pediatria. **Obesidade na Infância e na Adolescência: Manual de Orientação**. 2008.

\_\_\_\_\_: Sociedade Brasileira de Pediatria. **Obesidade na Infância e na Adolescência: Manual de Orientação**. 2012.

SVENSSON, B.; BORNEHAG, C. G.; JANSON, S. **Chronic conditions in children increase the risk for physical abuse – but vary with socio-economic circumstances**. **Foundation Acta Pædiatrica**. 2011 n100, pp. 407–412

TENORIO, A.S.; COBAYASHI, F. Obesidade Infantil na percepção dos pais. **Rev Paul Pediatr** 2011;29(4):634-9. São Paulo.

WASELFISZ, J.J. **Mapa da violência 2012 crianças e adolescentes do Brasil**. Rio de Janeiro. 2012.

WANDERLEY, E. N.; FERREIRA, A. F. Obesidade: uma perspectiva plural. **Ciência & Saúde Coletiva**. 185- 194; 2010.

ZANOTI JERONYMO, D.V., ZALESKI M., PINSKY I., Caetano R, Figlie NB, Laranjeira R. Prevalência de abuso físico na infância e exposição à violência parental em uma amostra brasileira. **Cad. Saúde Pública**. 2009; 25(11): 1452-61.

## **APÊNDICES**

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ – UNESA

MESTRADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**Questionário Multidimensional**

**MÓDULO I – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA**

**1.1 – INFORMAÇÕES SOBRE A CRIANÇA**

**ENTREVISTADOR – LEIA:** “*Vou fazer algumas perguntas sobre a criança, para conhecer um pouco sobre a vida dela, algumas coisas importantes para que a gente possa conhecer vocês melhor*”.

<b>Q5</b>	<i>Quantos anos ele (a) tem? Observação para entrevistador: colocar a idade em meses (ex: 1 ano e 2 meses)</i>	<b>Q5</b>
<b>Q6</b>	<i>Qual a data e ano em que ele (a) nasceu?</i>	<b>Q6</b>
<b>Q7</b>	<i>Qual o sexo dele (a)? (1) <b>Masculino</b>; (2) <b>Feminino</b>;</i>	<b>Q7</b>
<b>Q8</b>	<i>Ele (a) frequenta a escola ou creche (a)? (1) <b>Sim</b>; (2) <b>Não</b></i>	<b>Q8</b>
<b>Q9</b>	<i>A frequência dele (a) na escola é regular? (1) <b>Sim</b>; (2) <b>Não</b>.</i>	<b>Q9</b>
<b>Q10</b>	<i>Ele (a) tem alguma doença crônica? (1) <b>Sim</b>; (2) <b>Não</b>. Observação para entrevistador: Caso afirmativo, perguntar qual a doença_____</i>	<b>Q10</b>

**1.2- INFORMAÇÕES DA FAMÍLIA E DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS**

**ENTREVISTADOR – LEIA: “Agora vou fazer algumas perguntas sobre a família e sobre a casa que vocês moram”**

Q11	(Ao acompanhante da criança no momento): Qual o seu grau de parentesco com ele (a)? (1) Mãe (2) Pai (3) Babá/ cuidador (a) (4) Tio/Tia (5) Vizinho (a) (6) Outro	Q11
Q12	Qual a idade da mãe dele (a)? (1) Até 18 anos (2) Maior de 18 anos (3) Não sabe	Q12
Q13	Qual a escolaridade da mãe dele (a)? (0) Nenhuma (1) Até 1º grau (2) Até 2º grau (3) Até 3º grau (4) Não sabe	Q13
Q14	Qual a profissão/ Ocupação da mãe?	Q14
Q15	A mãe trabalha fora? (1) Sim (2) Não (3) Não sabe	Q15
Q16	Qual a idade do pai dele? (1) Até 18 anos (2) Maior de 18 anos (3) Não sabe	Q16
Q17	Qual a escolaridade do pai dele (a)? (0) Nenhuma (1) Até 1º grau (2) Até 2º grau (3) Até 3º grau (4) Não sabe	Q17
Q18	Qual a profissão/ Ocupação do pai?	Q18
Q19	O pai trabalha fora? (1) Sim (2) Não (3) Não sabe	Q19
Q20	O pai e a mãe convivem maritalmente? (Observação ao entrevistador: explicar o que seria maritalmente/ como casal) (1) Sim (2) Não (3) Não sabe	Q20
Q21	Com quem ele (a) mora, no momento? (1) Pais (2) Mãe (3) Pai (4) Avós (5) Outros	Q21
Q22	A casa em que a criança mora é própria ( da família)? (1) Sim (2) Não (3) Não sabe	Q22
Q23	A casa em que ele(a) mora tem esgotamento sanitário, água encanada? (1) Sim (2) Não (3) Não sabe	Q23
Q24	Quem sustenta financeiramente ele (a)? (1) Pais (2) Mãe (3) Pai (4) Avós (5) Outros	Q24
Q25	Quem cuida dele (a) quando ele (a) está em casa? (1) Pais (2) Mãe (3) Pai (4) Avós (5) Outros	Q25
Q26	Ele (a) tem irmão (os)? (1) Sim (2) Não (3) Não sabe	Q26
Q27	Caso afirmativo, quantos? (1) Um (2) Até três (3) Mais de três (4) Não sabe	Q27
Q28	Qual a idade do irmão (s)?	Q28
Q29	Existe, na família, algum portador de doenças crônicas? (1) Sim (2) Não (3) Não sabe	Q29
Q30	Caso afirmativo, qual o grau de parentesco com a criança? (1) Mãe (2) Pai (3) Irmão/ irmã (4) Avós (5) Outros	Q30
Q31	Caso afirmativo, qual (s) a doença crônica?	Q31

## MÓDULO II – ASPECTOS NUTRICIONAIS

**ENTREVISTADOR – LEIA:** “Agora vamos conversar um pouco sobre como xxx(nome da criança) se alimenta, sobre o que ele gosta de comer no dia- a dia, como são os horários, etc”

<b>Q32</b>	<i>Peso dele (a), no momento:</i>	Q32
<b>Q33</b>	<i>Estatura / Comprimento dele (a) no momento, em metros:</i>	Q33
<b>Q34</b>	<i>IMC (Índice de massa corpórea) dele(a) no momento:</i>	Q34
<b>Q35</b>	<i>Classificação do IMC (1) <b>Baixo peso</b> (2) <b>Eutrófico</b> (3) <b>Sobrepeso</b> (4) <b>Obesidade</b></i>	Q35
<b>Q36</b>	<i>xxx (Nome da criança) está sendo acompanhado (a) por nutricionista, no momento? (1) <b>Sim</b> (2) <b>Não</b> (3) <b>Não sabe</b></i>	Q36
<b>Q37</b>	<i>xxx (Nome da criança) está sendo acompanhado (a) por psicólogo, no momento? (1) <b>Sim</b> (2) <b>Não</b> (3) <b>Não sabe</b></i>	Q37
<b>Q38</b>	<i>xxx (Nome) já foi acompanhada por nutricionista anteriormente? (1) <b>Sim</b> (2) <b>Não</b> (3) <b>Não sabe</b></i>	Q38
<b>Q39</b>	<i>Onde xxx(Nome) faz as principais refeições? (1) <b>Residência</b> (2) <b>Creche/ Escola</b> (3) <b>Outros</b> (4) <b>Não sabe</b></i>	Q39
<b>Q40</b>	<i>Ele (a) apresenta dificuldade de aceitação em comer? (1) <b>Sim</b> (2) <b>Não</b> (3) <b>Não sabe</b></i>	Q40
<b>Q41</b>	<i>Quais são os alimentos que compõem a preferência alimentar dele(a)? (1) <b>Verduras, Frutas, Cereais, Grãos</b> (2) <b>Carnes, Peixe, Frango, Ovos, Frutos do Mar</b> (3) <b>Farináceos, Arroz, Massas</b> (4) <b>Doces, Guloseimas, Salgadinhos, Sucos adocicados</b> (5) <b>Todos os grupos</b> (6) <b>Nenhum dos Grupos</b></i>	Q41
<b>Q42</b>	<i>Quem prepara as refeições dele (a)? (1) <b>Pais</b> (2) <b>Mãe</b> (3) <b>Pai</b> (4) <b>Avós</b> (5) <b>Outros</b></i>	Q42

<b>Q43</b>	<i>xxx (Nome da criança) faz as refeições junto com os pais? (1) Sim (2) Não (3) Não sabe</i>	<b>Q43</b>
<b>Q44</b>	<i>Com ele (a) costuma fazer as refeições em casa? (1) Pais (2) Mãe (3) Pai (4) Avós (5) Outros</i>	<b>Q44</b>
<b>Q45</b>	<i>xxx (Nome) costuma assistir TV enquanto come? (1) Sim (2) Não (3) Não sabe</i>	<b>Q45</b>
<b>Q46</b>	<i>xxx (Nome) tem horários certos para comer? (1) Sim (2) Não (3) Não sabe</i>	<b>Q46</b>
<b>Q47</b>	<i>Na hora das refeições, a família vê TV? (1) Sim (2) Não (3) Às Vezes (4) Não sabe</i>	<b>Q47</b>
<b>Q48</b>	<i>Quantas vezes na semana ele(a) come verduras/ legumes/ folhas? (0) Nenhuma (1) No máximo duas vezes na semana (2) Mais de duas vezes na semana (3) Não sabe</i>	<b>Q48</b>
<b>Q49</b>	<i>Quantas vezes na semana ele(a) come frutas? (0) Nenhuma (1) No máximo duas vezes na semana (2) Mais de duas vezes na semana (3) Não sabe</i>	<b>Q49</b>
<b>Q50</b>	<i>Em sua opinião, você acha que xxx come muito? (1) Sim (2) Não (3) Às Vezes (4) Não sabe</i>	<b>Q50</b>
<b>Q51</b>	<i>Em sua opinião, você acha que xxx come pouco? (1) Sim (2) Não (3) Às Vezes (4) Não sabe</i>	<b>Q51</b>
<b>Q52</b>	<i>xxx faz alguma atividade física? (1) Sim (2) Não (3) Às Vezes (4) Não sabe</i>	<b>Q52</b>
<b>Q53</b>	<i>Caso afirmativo, qual?</i>	<b>Q53</b>
<b>Q54</b>	<i>Caso negativo, por qual motivo? (1) Não gosta (2) Tem limitação Física (3) Não tem quem acompanhe (4) Outros</i>	<b>Q54</b>
<b>Q55</b>	<i>xxx brinca na rua? (1) Sim (2) Não (3) Às Vezes (4) Não sabe</i>	<b>Q55</b>
<b>Q56</b>	<i>Caso negativo, por qual motivo? (1) Não gosta (2) Tem limitação Física (3) Não tem quem acompanhe (4) Outros</i>	<b>Q56</b>
<b>Q57</b>	<i>A criança foi pesada no último ano? (1) Sim (2) Não (3) Não sabe</i>	<b>Q58</b>

## **MÓDULO II – CTSPC – PARENT – CHILD CONFLIT TACTICS SCALE**

**ENTREVISTADOR – LEIA:** *“A gente sabe que cuidar de criança não é fácil, principalmente enquanto elas são pequenas, às vezes dá muito trabalho e nem sabemos como fazer para obedecerem. Mesmo a gente amando muito, é difícil dar disciplina, cuidar. Agora gostaria de falar um pouco sobre como você ou a família fazem ou fizeram quando xxx desobedeceu ou deixou de fazer as tarefas dele em casa, no dia –a –dia”.*

Q58	Você explicou a xxx por que o que ele(a) estava fazendo estava errado? <b>(1) Sim (2) Não</b>	Q58
Q59	Você o (a) colocou de castigo do tipo: mandou-o(a) ficar em seu quarto ou em qualquer outro lugar? <b>(1) Sim (2) Não</b>	Q59
Q60	Você sacudiu xxx(Nome da criança)? <b>(1) Sim (2) Não</b>	Q60
Q61	Você bateu no bumbum dele (a) com alguma coisa ou um cinto, chinelo, escova de cabelo, vara ou outro objeto duro? <b>(1) Sim (2) Não</b>	Q61
Q62	Você deu a ele (a) outra coisa para fazer em vez daquilo que ele(a) estava fazendo de errado? <b>(1) Sim (2) Não</b>	Q62
Q63	Você falou alto, berrou ou gritou com xxx(Nome da criança)? <b>(1) Sim (2) Não</b>	Q63
Q64	Você bateu com a mão fechada ou deu um chute com força nele(a)? <b>(1) Sim (2) Não</b>	Q64
Q65	Você deu uma palmada no bumbum de xxx ( nome da criança)? <b>(1) Sim (2) Não</b>	Q65
Q66	Você o (a) agarrou pelo pescoço e o(a) sacudiu? <b>(1) Sim (2) Não</b>	Q66
Q67	Você xingou ou praguejou, quer dizer, rogou praga, contra ele(a)? <b>(1) Sim (2) Não</b>	Q67
Q68	Você bateu muito em xxx ( Nome da criança), ou seja, bateu nele(a) sem parar, o máximo que você já conseguiu? <b>(1) Sim (2) Não</b>	Q68
Q69	Você disse alguma vez que iria expulsá-lo(a) de casa ou enxotá-lo(a) para fora de casa? <b>(1) Sim (2) Não</b>	Q69
Q70	Você queimou xxx( Nome da criança) ou derramou líquido quente nele(a) de propósito? <b>(1) Sim (2) Não</b>	Q70
Q71	Você ameaçou dar um tapa nele(a), mas não deu? <b>(1) Sim (2) Não</b>	Q71
Q72	Você bateu em alguma parte do corpo dele(a) diferente do bumbum com alguma coisa como um cinto, chinelo, escova de cabelo, vara ou outro objeto duro? <b>(1) Sim (2) Não</b>	Q72
Q73	Você deu um tapa na mão, no braço ou na perna de xxx( nome da criança)? <b>(1) Sim (2) Não</b>	Q73
Q74	Você tirou as regalias dele (a) ou o(a) deixou sem sair de casa? <b>(1) Sim (2) Não</b>	Q74
Q75	Você deu beliscão em xxx(nome da criança)? <b>(1) Sim (2) Não</b>	Q75
Q76	Você o (a) ameaçou com uma faca ou arma? <b>(1) Sim (2) Não</b>	Q76
Q77	Você jogou xxx(Nome da criança) no chão? <b>(1) Sim (2) Não</b>	Q77
Q78	Você o (a) chamou de estúpido (a), burro (a), preguiçoso (a) ou de outra coisa parecida? <b>(1) Sim (2) Não</b>	Q78
Q79	Você deu um tapa/ bofetada no rosto, na cabeça ou nas orelhas de xxx( nome da criança)? <b>(1) Sim (2) Não</b>	Q79

Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO OBRIGATÓRIO  
PARA PESQUISAS CIENTÍFICAS EM SERES HUMANOS**

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

Nome: \_\_\_\_\_

Sexo: Masculino ( ) Feminino ( )

Data Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Título da Pesquisa: “Associação entre o excesso de peso infantil e violência intrafamiliar contra a criança: Um estudo na Estratégia Saúde da Família”

Subárea de Investigação: Diagnóstico local e vigilância em saúde

Pesquisadora responsável: Vanessa Oliveira Sena

Instituição: Universidade Estácio de Sá

Endereço : Rua Xingu, 179, Stiep. Salvador – Bahia. Rua do Riachuelo, 27. Centro, Rio de Janeiro- RJ.

Telefone: (71) 21028220

Email: van2504@yahoo.com.br

Avaliação do risco da pesquisa: ( x ) Risco Mínimo ( ) Risco Médio ( ) Risco Baixo ( ) Risco Maior

Objetivos: Identificar associação entre o excesso de peso em crianças e violência intrafamiliar contra a criança.

Informações Adicionais: Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – da Universidade Estácio de Sá, em horário comercial pelo e-mail cep.unesa@estacio.br ou pelo telefone (71) 21028220.

Para esta pesquisa, não haverá nenhum custo do participante em qualquer fase do estudo. Do mesmo modo, não haverá compensação financeira relacionada à sua participação. Você terá total e plena liberdade para se recusar a participar bem como retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo: “Associação entre o excesso de peso infantil e violência intrafamiliar contra a criança: Um estudo na Estratégia Saúde da Família”. Os propósitos desta pesquisa são claros. Do mesmo modo, estou ciente dos procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente na minha participação, sabendo que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízos.

Este termo será assinado em 02 (duas) vias de igual teor, uma para o participante da pesquisa e outra para o responsável pela pesquisa.

Salvador, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

Assinatura do (a) participante: \_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_