

Qualidade de vida de cuidadores de crianças e adolescentes com sobrepeso ou obesidade*

QUALITY OF LIFE OF CAREGIVERS OF OVERWEIGHT OR OBESE CHILDREN AND ADOLESCENTS

CALIDAD DE VIDA DE CUIDADORES DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CON SOBREPESO O OBESIDAD

Tatiana Rocha Melo¹, Ann Kristine Jansen², Rogério de Melo Costa Pinto³, Rogério Rizo de Moraes⁴, Nívea Macedo Morales⁵, Marília Martins Prado⁶, Carlos Henrique Martins da Silva⁷

RESUMO

Este estudo avaliou a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) de cuidadores de crianças e adolescentes com sobrepeso e obesidade. Trezentos e sessenta cuidadores de crianças e adolescentes com idade entre 9 e 12 anos, com diagnóstico de sobrepeso (n=96; idade média=11,1 anos), obesidade (n=62; idade média de 10,9 anos) e eutrofia (n=202; idade média de 10,7 anos), matriculadas em escolas públicas e particulares da cidade de Uberlândia (MG), foram convidados a responder o questionário *The 36 item Short Form Questionnaire* (SF-36). Os escores obtidos pelo questionário foram comparados segundo o índice de massa corpórea (IMC) das crianças e adolescentes e não foram encontradas diferenças significativas entre os cuidadores de crianças e adolescentes com sobrepeso, obesidade e eutrofia. Logo, os cuidadores de crianças e adolescentes com sobrepeso ou obesidade não apresentam prejuízo na sua QVRS.

DESCRIPTORIOS

Qualidade de vida
Cuidadores
Criança
Adolescente
Sobrepeso
Obesidade

ABSTRACT

This study evaluated the health-related quality of life (HRQL) of caregivers of overweight and obese children and adolescents. Three-hundred and sixty caregivers of children and adolescents (ages ranging from 9 to 12 years) diagnosed with overweight (n=96; average age 11.1 years), obesity (n=62; average age 10.9 years) and eutrophy (n=202; average age 10.7 years), regular students of public and private schools in Uberlândia (Minas Gerais), were invited to answer *The 36 item Short Form Questionnaire* (SF-36). The scores obtained were compared according to the body mass index (BMI) of the children and adolescents, and no significant differences were found between caregivers of overweight, obese and eutrophic children and adolescents. Hence, there is no harm to the HRQL of caregivers of overweight and obese children and adolescents.

DESCRIPTORS

Quality of life
Caregivers
Child
Adolescent
Overweight
Obesity

RESUMEN

Este estudio evaluó la calidad de vida relacionada a la salud (QVRS) de cuidadores de niños y adolescentes con sobrepeso y obesidad. Trescientos sesenta cuidadores de niños y adolescentes con edad entre 9 y 12 años, con diagnóstico de sobrepeso (n=96; edad media=11,1 años), obesidad (n=62; edad media 10,9 años) y eutrofia (n=202; edad media 10,7 años), matriculados en escuelas públicas y particulares de la ciudad de Uberlândia (MG, Brasil), fueron invitados a responder el cuestionario *The 36 items Short Form Questionnaire* (SF-36). Los puntajes obtenidos por el cuestionario fueron comparados según el índice de masa corporal (IMC) de los niños y adolescentes y no se encontraron diferencias significativas entre los cuidadores de niños y adolescentes con sobrepeso, obesidad y eutrofia. Se infiere que los cuidadores de niños y adolescentes con sobrepeso y obesidad no presentan perjuicio en su QVRS.

DESCRIPTORIOS

Calidad de vida
Cuidadores
Niño
Adolescente
Sobrepeso
Obesidad

* Extraído da dissertação "Qualidade de vida de cuidadores de crianças e adolescentes com sobrepeso ou obesidade", Universidade Federal de Uberlândia, 2007. ¹ Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Uberlândia. Especialista em Saúde Nutrição e Alimentação Infantil pela Universidade Federal de São Paulo. Nutricionista do Instituto do Coração do Distrito Federal. Brasília, DF, Brasil. tatanutri@globo.com ² Professora Doutora Departamento de Enfermagem Básica do Curso de Nutrição da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil. annkjansen@gmail.com ³ Professor Adjunto da Faculdade de Matemática da Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia, MG, Brasil. rmcipinto@uf.br ⁴ Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Uberlândia. Médico Neurologista do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia, MG, Brasil. rogerio.morales@netsite.com.br ⁵ Doutora em Neurologia pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Médica Neuropediatra do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia, MG, Brasil. niveamacedo@netsite.com.br ⁶ Graduanda do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia, MG, Brasil. marylila@gmail.com ⁷ Professor Associado do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia, MG, Brasil. carlosmh@netsite.com.br

INTRODUÇÃO

A obesidade infantil é um problema de saúde pública emergente e este fato é preocupante visto que existe uma relação direta entre o elevado índice de massa corporal na infância e a hiperlipidemia, resistência à insulina, hipertensão, obesidade e doença cardiovascular na vida adulta⁽¹⁾. A maioria das conseqüências para a saúde (respiratórias, ortopédicas, gastrintestinais, neurológicas e endocrinológicas) terá relevância clínica apenas na vida adulta. Morbidades imediatas (esteatose hepática, apnéia do sono, epifisiólise da cabeça do fêmur e diabetes do tipo 2) podem ocorrer em crianças e adolescentes com sobrepeso e obesidade⁽¹⁾. No entanto, as repercussões psicossociais como a baixa auto-estima⁽²⁾, a estigmatização e o comprometimento da qualidade de vida são as mais significativas a curto prazo⁽¹⁾. O aumento do Índice de Massa Corporal (IMC) é inversamente proporcional à qualidade de vida de crianças e adolescentes⁽²⁻⁸⁾.

As repercussões das doenças crônicas incidem também no universo familiar e podem resultar em prejuízo na qualidade de vida dos seus componentes e na dinâmica familiar (comprometimento da economia doméstica e do cuidado dos outros filhos)⁽⁹⁾. Cuidadores familiares de crianças e adolescentes com problemas crônicos de saúde, além das suas responsabilidades habituais, assumem tarefas adicionais para o cumprimento da agenda de tratamento dos seus filhos.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, define-se qualidade de vida (QV) como

a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto cultural e no sistema de valores em que ele vive e em relação a seus objetivos, expectativas, preocupações e desejos⁽¹⁰⁾.

Na área da biomédica, a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) descreve a percepção dos indivíduos na função física, psicológica e social.

Os programas para o acolhimento e tratamento de crianças e adolescentes com sobrepeso e obesidade apresentaram resultados divergentes. Um estudo realizado em 2005 encontrou resultados desfavoráveis no tratamento destas crianças⁽²⁾ e outro, realizado em 2008⁽⁷⁾, apresentou resultados favoráveis no tratamento e como resultado tem-se a redução do prejuízo na qualidade de vida. É possível que o melhor conhecimento das demandas psicossociais dos pacientes e dos seus familiares possa contribuir para ações de saúde mais eficazes⁽⁸⁾. Assim, a avaliação da percepção de bem-estar dos pacientes e dos cuidadores familiares pode contribuir para análise dos resultados das ações de saúde direcionadas ao tratamento do sobrepeso e da obesidade nesta faixa etária.

A QVRS dos cuidadores de crianças e adolescentes com sobrepeso e obesidade até o presente momento não foi avaliada. Uma vez que os principais agravos à saúde decorrentes desta doença não são perceptíveis imediatamente⁽⁴⁾, postulamos que cuidadores de crianças e adolescentes com sobrepeso/obesidade não apresentam impacto negativo na sua QVRS apesar de contribuir para um maior nível de estresse dos cuidadores⁽¹¹⁾.

OBJETIVO

O objetivo deste estudo é conhecer a QVRS de cuidadores de crianças e adolescentes com sobrepeso ou obesidade por meio do SF-36 (36 - *Item Short Form Health Survey Questionnaire*).

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia no dia 17 de junho de 2005, protocolado sob o número 129/05 e realizado entre agosto de 2005 e fevereiro de 2006, com a colaboração de três auxiliares de pesquisa previamente treinados.

Participantes

Foram convidados para participar do estudo cuidadores (pais ou responsáveis) de crianças e adolescentes matriculados em escolas públicas e particulares dos diferentes setores da cidade de Uberlândia (norte, sul, leste, oeste e centro), com idade entre nove e doze anos e em estado nutricional de sobrepeso, obesidade e eutrofia.

Para o cálculo da amostra foi levada em consideração a prevalência de sobrepeso entre crianças e adolescentes de 10% e de 2% a 3% de obesidade⁽¹²⁾ e o número de crianças e adolescentes matriculados nas escolas particulares e públicas da cidade de Uberlândia-MG, na faixa etária escolhida para o estudo. Considerou-se um intervalo de confiança de 95% e um erro máximo de 3%.

Manteve-se uma proporção de 3:1 entre o grupo de cuidadores de crianças e adolescentes com obesidade e o grupo de cuidadores de eutróficos, e uma relação de 2:1 entre o grupo de cuidadores de crianças e adolescentes com sobrepeso e o grupo de cuidadores de eutróficos.

Os grupos de estudo foram representados por cuidadores de crianças e adolescentes com sobrepeso e com obesidade, e para comparar com estes foram selecionados cuidadores de crianças e adolescentes com eutrofia.

O estado nutricional das crianças e adolescentes foi avaliado por meio dos indicadores Índice de massa corporal

...a avaliação da percepção de bem-estar dos pacientes e dos cuidadores familiares pode contribuir para análise dos resultados das ações de saúde direcionadas ao tratamento do sobrepeso e da obesidade...

($IMC = \text{Peso}/\text{Altura}^2$) e *Altura/Idade* expressos como a diferença entre o valor observado e o valor de referência para idade e sexo, em afastamento da média quantificada em percentis, segundo a população de referência. O padrão antropométrico de referência utilizado foi do *Center for Disease Control*⁽¹³⁾.

Foi definido como eutrofia o índice antropométrico *Altura/Idade* maior que o percentil 3 e *IMC* entre os percentis 5 e 85; como sobrepeso o *IMC* maior ou igual ao percentil 85 e menor que o percentil 95, e como obesidade o *IMC* maior ou igual ao percentil 95.

As crianças e adolescentes com obesidade foram classificadas segundo o percentual de gravidade em relação ao *IMC* no percentil 95, por meio da fórmula: $\text{porcentagem de gravidade do IMC P95} = (\text{IMC atual}/\text{IMC P95}) \times 100$ ⁽¹⁴⁾.

Foram considerados como obesidade leve os casos em que a porcentagem de gravidade do *IMC* no percentil 95 foi de até 110%, moderada entre 111% a 120%, e grave acima de 120%.

Foram excluídos de todos os grupos os cuidadores que relataram ter doenças crônicas.

Medidas antropométricas

As medidas antropométricas foram tomadas conforme descreve a Organização Mundial de Saúde⁽¹⁵⁾:

- *Peso* - utilizado balança tipo plataforma da marca Marte, com capacidade para pesar até 200 kg e divisão de 50 g;
- *Estatura* - a estatura foi aferida com fita métrica de 150 cm de extensão, com precisão de 1 mm, e auxílio de um esquadro de madeira.

Instrumento: The 36 – Item Short Form Health Survey Questionnaire (SF - 36)

O SF-36 é um instrumento genérico para avaliação da QVRS, amplamente utilizado na avaliação de diversas condições de saúde. O questionário foi traduzido para a língua portuguesa, validado e adaptado culturalmente para a população brasileira⁽¹⁶⁾. O SF-36 baseia-se em um modelo multidimensional de saúde formado por dois componentes – o físico e o mental. O componente físico é formado pelos domínios de capacidade funcional, estado geral da saúde, dor e aspectos físicos. O componente mental é constituído pelos domínios de saúde mental, vitalidade, aspectos sociais e aspectos emocionais.

Os escores dos domínios são obtidos por meio das pontuações dos itens de cada domínio, assim como os escores dos componentes derivam dos domínios a eles relacionados, com valores que variam de 0 a 100 pontos, indicando pior e melhor estado geral da saúde, respectivamente.

Para testar a confiabilidade do SF-36, ou seja, o grau de precisão deste instrumento foi verificada a confiabilidade da consistência interna do item.

Procedimentos

Após a seleção das escolas integrantes do estudo, por meio de sorteio, entrou-se em contato com seus responsáveis para o esclarecimento dos objetivos da pesquisa e, posteriormente, adquirir a permissão para a realização do trabalho.

Foram tomadas as medidas antropométricas de peso e estatura, e calculado o *IMC* para a classificação do estado nutricional das crianças e adolescentes de terceira a sexta série do ensino fundamental, com idade entre nove e doze anos. Por meio de sorteio, foi selecionada a quantidade de crianças e adolescentes com sobrepeso, obesidade ou eutrofia definida pelo plano amostral. A seguir, seus cuidadores foram contactados por telefone para receberem explicações quanto aos objetivos do estudo e para convidá-los a participar da pesquisa.

Os cuidadores que concordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, forneceram informações sobre a criança (nome, data de nascimento, sexo), informações pessoais (idade, grau de escolaridade, estado civil, renda familiar) e a responderam ao questionário SF-36 por meio de entrevista.

Foram comparados os escores dos domínios e dos componentes do SF-36 dos cuidadores de crianças e adolescentes com sobrepeso, obesidade e eutrofia, e os escores dos domínios e dos componentes do SF-36 dos cuidadores de crianças e adolescentes com obesidade leve, moderada e grave. Foram realizadas correlações dos escores dos domínios e componentes do SF-36 com o *IMC*.

Análise estatística

A análise descritiva foi utilizada para a caracterização sociodemográfica, determinação das características nutricionais das crianças e adolescentes e de seus cuidadores. Para a comparação dos dados sócio-demográficos entre os grupos foi aplicado o teste qui-quadrado de Pearson.

Foi testada a normalidade de todos os dados por meio do teste de D'Agostino e detectado que os dados não apresentaram distribuição normal.

A confiabilidade da consistência interna foi verificada pelo coeficiente de alfa-Cronbach, para cada escala multi-item.

O teste de Kruskal Wallis foi empregado para a comparação dos escores médios dos domínios e componentes do SF-36 dos cuidadores de crianças e adolescentes com sobrepeso, obesidade e eutrofia.

O coeficiente de correlação de Spearman foi utilizado para verificar a relação entre os domínios e componentes do SF-36 com o *IMC*.

O nível de significância para a rejeição da hipótese de nulidade considerada foi de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Características sociodemográficas

Foram convidados a participar do estudo 388 cuidadores de crianças e adolescentes, entretanto 28 foram excluídos porque relataram apresentar doenças crônicas. Dessa forma participaram do estudo 360 cuidadores, sendo 96 cuidadores de crianças e adolescentes com sobrepeso, 62 cuidadores de crianças e adolescentes com obesidade e 202 cuidadores de crianças e adolescentes com eutrofia.

A maioria (87,6%) dos cuidadores avaliados eram mães, com idade média de 37,6 anos (27 a 60 anos; DP=6,80), 38,1 anos (28 a 62 anos; DP=6,50) e 35,6 anos (24 a 53 anos; DP=5,6), respectivamente, de crianças e adolescentes com sobrepeso, obesidade e eutrofia. Em todos os grupos, a distribuição de cuidadores, estado civil e renda familiar foram semelhantes. Entre os cuidadores de crianças e adolescentes com obesidade houve uma maior proporção de cuidadores com escolaridade no ensino fundamental completo (Tabela 1).

Tabela 1 - Dados sociodemográficos dos cuidadores segundo o estado nutricional das crianças e adolescentes

	Sobrepeso n=96	Obesidade n=62	Eutrofia n=202
Idade média em anos (DP)	37,6 (6,8)	38,1 (6,5)	35,6 (5,6)
Cuidador n (%)			
Mãe	85 (87,6)	55 (88,7)	184 (90,7)
Escolaridade n (%)*			
Analfabeto	1 (1,0)	0 (0,0)	1 (0,5)
Fundamental incompleto	35 (36,5)	15 (24,2)	78 (38,6)
Fundamental completo	18 (18,8)	19 (30,6)	20 (10,1)
Médio completo	29 (30,2)	20 (32,3)	70 (34,7)
Superior completo	13 (13,5)	8 (12,9)	33 (16,3)
Estado civil n (%)			
Casado	74 (76,3)	46 (74,2)	157 (77,4)
Renda familiar n (%)			
Até 3 salários mínimos	32 (33,3)	18 (29,0)	50 (24,5)
Entre 3 e 5 salários mínimos	34 (35,4)	28 (45,9)	82 (40,2)
Acima de 5 salários mínimos	30 (31,2)	16 (25,8)	72 (35,5)

* Significativo ($p < 0,05$) pelo teste Qui - Quadrado; DP= desvio-padrão

As crianças e adolescentes com sobrepeso, obesidade e eutrofia apresentavam idade média, respectivamente, de 11,1 anos (DP=0,74), 10,9 anos (DP=1,15); 10,9 anos

(DP=1,10), com variação entre 9 e 12 anos. Não foram encontradas diferenças significantes de acordo com o sexo e as séries segundo os estados nutricionais (Tabela 2).

Tabela 2 - Características clínicas e sociodemográficas das crianças e adolescentes segundo o estado nutricional

	Sobrepeso n=96	Obesidade n=62	Eutrofia n=202
Idade média em anos (DP)	11,1 (0,74)	10,9 (1,15)	10,9 (1,10)
Sexo feminino n (%)	49 (50,5)	26 (41,9)	121 (59,6)
Séries n (%)			
3 ^a	19 (19,6)	7 (11,3)	40 (19,7)
4 ^a	21 (21,6)	22 (35,5)	60 (29,6)
5 ^a	37 (38,1)	21 (33,9)	64 (31,5)
6 ^a	19 (19,6)	12 (19,4)	39 (19,2)
Grau de obesidade (%)			
leve	-	38 (61,3)	-
moderada	-	17 (27,4)	-
grave	-	7 (11,3)	-

DP= desvio-padrão

Das 62 crianças e adolescentes com obesidade, 38 (61,3%), 17 (27,4%) e 7 (11,3%) foram classificadas como obesidade leve, moderada e grave, respectivamente.

Avaliação da QVRS

O coeficiente alfa-Cronbach foi maior que 0,70 em todos os domínios do SF-36 nos diferentes grupos com exce-

ção do domínio *aspectos sociais* em todos os grupos e no domínio *dor* no grupo de cuidadores de crianças e adolescentes com obesidade.

Não houve diferença ($p>0,05$) entre os escores dos domínios e os componentes do SF-36 dos cuidadores de

crianças e adolescentes com sobrepeso, obesidade e eutrofia (Tabela 3). As medianas dos escores dos cuidadores de crianças e adolescentes com obesidade foram maiores nos domínios *vitalidade*, *saúde mental* e *componente mental*.

Tabela 3 - Mediana, valores mínimos e máximos dos escores dos domínios e componentes do SF-36 nos cuidadores segundo a classificação do estado nutricional das crianças e adolescentes

Domínios e componentes	Sobrepeso (Min-Máx)	Obesidade (Min-Máx)	Eutrofia (Min-Máx)	*p valor
Capacidade funcional	95 (30-100)	90 (20-100)	90 (20-100)	0,19
Aspectos físicos	100 (1-100)	100 (0-100)	100 (0-100)	0,82
Dor	72 (0-100)	67 (10-100)	72 (0-100)	0,90
Estado geral da saúde	82 (17-100)	82 (20-100)	90 (10-100)	0,68
Aspectos emocionais	100 (0-100)	100 (0-100)	100 (0-100)	0,78
Vitalidade	65 (15-100)	75 (15-100)	68 (5-100)	0,06
Saúde mental	68 (16-100)	76 (8-96)	72 (4-100)	0,24
Aspectos sociais	81 (13-100)	88 (13-100)	88 (13-100)	0,07
Componente físico	53 (26-68)	52 (25-61)	53 (21-66)	0,46
Componente mental	49 (12-67)	53 (11-63)	50 (13-64)	0,09

* teste Kruskal Wallis

Não foram encontradas diferenças ($p>0,05$) nos escores dos domínios e componentes do SF-36 dos cuidadores entre os grupos de cuidadores de crianças e adolescentes com obesidade leve, moderada e grave (Tabela 4).

As correlações entre os escores dos domínios do SF-36 com o IMC das crianças e adolescentes foram fracas e não-significativas ($p>0,05$) (Tabela 5).

Tabela 4 - Comparação dos domínios do SF-36 da obesidade

Domínios e componentes	Obesidade leve (Min-Máx)	Obesidade moderada (Min-Máx)	Obesidade grave (Min-Máx)	*p Valor
Capacidade funcional	90 (20-100)	90 (60-100)	90 (35-100)	0,38
Aspectos físicos	100 (0-100)	100 (0-100)	100 (0-100)	0,67
Dor	61 (10-100)	72 (31-100)	74 (51-100)	0,47
Estado geral da saúde	82 (20-100)	85 (47-100)	82 (35-100)	0,90
Aspectos emocionais	100 (0-100)	100 (0-100)	67 (0-100)	0,09
Vitalidade	75 (15-100)	75 (15-100)	60 (25-85)	0,62
Saúde mental	74 (8-92)	76 (20-88)	80 (24-96)	0,93
Aspectos sociais	87 (50-100)	100 (13-100)	87 (37-100)	0,90
Componente físico	51 (25-61)	54 (38-61)	57 (31-60)	0,17
Componente mental	53 (18-60)	54 (11-67)	51 (34-59)	0,58

* teste Kruskal Wallis

Tabela 5 - Coeficientes de Correlação de Spearman entre o IMC e os domínios e os componentes do SF-36

Domínios	IMC	*p valor
Capacidade Funcional	-0,07	0,20
Aspectos Físicos	-0,04	0,46
Dor	-0,04	0,48
Estado Geral da Saúde	0,02	0,64
Aspectos Emocionais	0,01	0,87
Vitalidade	-0,02	0,66
Saúde Mental	0,05	0,34
Aspectos Sociais	-0,06	0,26
Componente Físico	-0,07	0,19
Componente Mental	0,04	0,46

* teste t

DISCUSSÃO

A utilização de um instrumento genérico na avaliação de QVRS de cuidadores de crianças e adolescentes com sobrepeso ou obesidade, como o SF-36, e a comparação com um grupo de cuidadores de crianças e adolescentes com eutrofia confirmou a hipótese de que o sobrepeso e a obesidade em crianças e adolescentes não causam um impacto negativo na função física e psicossocial de seus cuidadores. Os resultados do presente estudo são interessantes, uma vez que o prejuízo observado por vários estudos na QVRS crianças e adolescentes com obesidade⁽³⁻⁶⁾ poderiam repercutir negativamente na QVRS dos cuidadores^(3-5,7-8).

As crianças obesas são freqüentemente importunadas pelos colegas e menos aceitas do que aquelas que possuem peso normal, o que faz com que elas sofram ou se imponha restrições diante de atividades rotineiras como ir à escola, fazer determinados exercícios físicos, comprar roupas, se relacionar e divertir-se. Uma característica importante em adolescentes obesos é a depreciação da própria imagem física, pois eles se sentem inseguros em relação aos outros jovens e imaginam que estes os vêem com hostilidade e desprezo. Tendo em vista um ideal de beleza imposto pelo corpo magro o adolescente apresenta constante preocupação com seu peso, e a não aceitação de seu corpo, o que o leva a sentir-se marginalizado na sociedade. Outros aspectos destacados por estes jovens se referem aos apelidos pejorativos relacionados com o excesso de peso, que os induzem a uma baixa auto-estima, à limitação na realização das atividades físicas, somados aos sentimentos de impotência e fracasso e, assim como as crianças, sentem dificuldades em relação às roupas, em fazer novos amigos e nas situações de paquera⁽¹⁷⁾.

Crianças e adolescentes obesos, algumas vezes, podem parecer alegres e despreocupados no convívio social, mas sofrem com o sentimento de inferioridade, insatisfação e carência afetiva, e tendem a revelar profunda necessidade de serem amados e aceitos⁽¹⁷⁾. Por outro lado, não se pode afirmar que todos eles apresentam problemas psicológicos, uma vez que, nem sempre se observa uma relação entre a obesidade e a ansiedade em crianças e adolescentes com obesidade⁽¹⁸⁾.

Devido às repercussões psicológicas e físicas da obesidade, é de fundamental importância que os cuidadores se sensibilizem com o estado nutricional das crianças e adolescentes, cuja alteração, na maioria dos casos, se desenvolve como reflexo dos hábitos alimentares e de atividade física dos pais ou responsáveis.

Apesar de a obesidade ser uma doença crônica, relacionada ao aumento da morbimortalidade, e provocar um impacto negativo na função física e/ou psicossocial e/ou escolar de crianças e adolescentes à medida que aumenta o IMC⁽³⁻⁶⁾, no presente estudo a qualidade de vida de seus cuidadores não se mostrou alterada com o aumento do IMC de seus filhos e nem mesmo nos diferentes graus de obesidade.

É interessante o fato de que, nos domínios *vitalidade e saúde mental* e no *componente mental*, as maiores medianas dos escores foram verificadas nos cuidadores de crianças e adolescentes com obesidade (quando comparadas às medianas de cuidadores de crianças e adolescentes com eutrofia), embora estatisticamente não significante. Esses resultados poderiam indicar uma tendência de melhor função mental nos cuidadores de crianças e adolescentes com obesidade. É possível que um instrumento genérico como o utilizado no presente estudo - o SF-36 - não consiga identificar diferenças específicas (como na função psicossocial), caso existam, entre cuidadores de crianças e adolescentes com

obesidade, sobrepeso e eutróficos. Outra explicação plausível seria o fato de que a obesidade nessa faixa etária não se associa a curto prazo, em geral, com graves complicações do estado de saúde como ocorre em outras doenças crônicas.

Estudos mostram que muitas vezes o sobrepeso ou obesidade não são reconhecidos ou considerados como uma doença pelos pais, os quais subestimam o peso de seus filhos⁽¹⁹⁻²¹⁾. Estima-se que apenas 48% dos pais identificam corretamente o peso de seus filhos⁽¹⁹⁾ e, o fato de a mãe ter sobrepeso faz com que ela subestime mais o peso de seus filhos e filhas do que uma mãe com peso normal⁽²⁰⁻²¹⁾, no entanto ambas costumam subestimar com maior freqüência o peso de suas filhas do que dos seus filhos⁽²⁰⁾.

Em alguns casos, os pais reconhecem a obesidade como um risco para a saúde, mas reagem como se fosse um problema momentâneo que será superado com o crescimento, e se esquecem de que, quanto mais tempo o indivíduo se mantém obeso, maior será a chance de permanência desse estado nutricional e de suas conseqüências associadas⁽²⁰⁾.

Segundo os pais de crianças e adolescentes com sobrepeso ou obesidade, seus filhos não são mais limitados fisicamente do que os eutróficos, em relação aos hábitos e à habilidade nas atividades, exceto nas crianças menores de seis anos⁽²²⁾. Para o mesmo autor, somente 26% dos pais estão preocupados com o peso de seus filhos, e concordam que exercem extrema influência nas escolhas alimentares e de atividades físicas dos mesmos⁽²²⁾. Outro estudo mostra que 33% dos pais se consideram responsáveis pela obesidade infantil, porém não tomam nenhuma atitude para controlar essa situação⁽²³⁾.

Aproximadamente 20% dos cuidadores de crianças e adolescentes com sobrepeso e obesidade apresentam algum tipo de estresse relacionado com a doença dos filhos e isto é considerado baixo quando comparado a outras doenças crônicas que apresentam maior impacto na vida de seus pais⁽¹¹⁾. Estes achados podem contribuir para que a qualidade de vida do cuidador de crianças e adolescentes com sobrepeso e obesidade não seja afetada negativamente enquanto que a de cuidadores de outras doenças crônicas seja afetada.

De modo geral, a versão brasileira do SF-36 é um instrumento confiável para ser utilizado na avaliação de cuidadores de crianças e adolescentes com sobrepeso e obesidade. A confiabilidade da consistência interna foi adequada exceto no domínio *aspectos sociais* (coeficiente alfa-Cronbach inferior a 0,70). Este domínio possui apenas dois itens com respostas inversas, o que pode levar a uma maior dificuldade de compreensão em relação aos demais domínios.

O SF-36 fornece dados relevantes de natureza multidimensional e é bastante prático, por sua rapidez e facilidade de aplicação, mas por se tratar de um instrumento genérico não aborda vários aspectos psicossociais que poderiam estar presentes em cuidadores de crianças e adolescentes com

sobrepeso ou obesidade. Assim, a utilização de um instrumento genérico pode não ser suficiente para detectar aspectos específicos importantes de uma condição ou doença que interfiram na qualidade de vida do indivíduo. Um instrumento específico para cuidador seria mais adequado para o estudo, entretanto os que existem ainda não foram traduzidos para a língua portuguesa, validados e adaptados culturalmente para a população brasileira. Nota-se, então, a necessidade urgente de trabalhos de tradução e validação de instrumentos específicos para a população estudada, devido ao crescente aumento da obesidade no Brasil.

CONCLUSÃO

Concluindo, cabe enfatizar que o sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes não influenciaram a qualidade de vida de seus cuidadores, o que pode estar relacionado com o não reconhecimento da obesidade como uma doença crônica que contribui para o aumento da morbimortalidade.

A importância da atenção aos cuidadores deve ser garantida pelos profissionais de saúde, para que os pais ou responsáveis possam ficar mais atentos aos seus filhos com sobrepeso ou obesidade, uma vez que a família exerce papel fundamental na prevenção e tratamento desse distúrbio nutricional que a cada dia consolida-se como um problema de saúde pública.

Novos estudos são necessários para uma melhor avaliação da qualidade de vida dos cuidadores de crianças e adolescentes com sobrepeso e obesidade, para que profissionais de saúde, ao conhecerem o real impacto desta doença na vida dos cuidadores, possam orientá-los melhor.

REFERÊNCIAS

1. Whitlock EP, Williams SB, Gold R, Smith PR, Shipman SA. Screening and interventions for childhood overweight: a summary of evidence for the US Preventive Services Task Force. *Pediatrics*. 2005;116(1):e125-44.
2. Griffiths LJ, Parsons TJ, Hill AJ. Self-esteem and quality of life in obese children and adolescents: a systematic review. *Int J Pediatr Obes*. 2010;5(4):282-304.
3. Schwimmer JB, Burwinkle TM, Varni JW. Health-related quality of life of severely obese children and adolescents. *JAMA*. 2003;289(14):1813-9.
4. Friedlander SL, Larkin EK, Rosen CL, Palermo TM, Redline S. Decreased quality of life associated with obesity in school-aged children. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2003; 157(12):1206-11.
5. Swallen KC, Reither EN, Haas SA, Meier AM. Overweight, obesity and health related quality of life among adolescents: the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Pediatrics*. 2005;115(2):340-7.
6. Williams J, Wake M, Hesketh K, Maher E, Waters E. Health-related quality of life of overweight and obese children. *JAMA*. 2005; 293(1):70-6.
7. Wille N, Erhart M, Peterson C, Ravens-Sieberer U. The impact of overweight and obesity on health-related quality of life in childhood-results from an intervention study. *BCM Public Health*. 2008;8:421-9.
8. Wille N, Bullinger M, Holl R, Hoffmeister U, Mann R, Goldapp C, et al. Health-related quality of life in overweight and obese youths: results of a multicenter study. *Health Qual Life Outcomes*. 2010;8:36-62.
9. Stein REK, Jessop DJ. A non categorical approach to chronic childhood illness. *Public Health Rep*.1982;97(4):354-62.
10. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1403-10.
11. Guilfoyle SM, Zeller MH, Modi AC. Parenting stress impacts obesity-specific health-related quality of life in a pediatric obesity treatment-seeking sample. *J Dev Behav Pediatr*. 2010;31(1):17-25.
12. International Association for the Study of Obesity (IASO); International Obesity Taskforce. Childhood obesity [Internet]. London; 2005 [cited 2005 Mar 10]. Available from: <http://www.iotf.org/childhoodobesity.asp>
13. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). National Center for Health Statistics. Growth Charts [Internet]. Atlanta; 2000 [cited 2005 Mar 10]. Available from: <http://www.cdc.gov/growthcharts>.
14. Cintra IP. Avaliação da composição corporal e do gasto energético basal em crianças pré-púberes, com obesidade grave, na vigência de programa de orientação nutricional [tese doutorado]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 1999.
15. World Health Organization (WHO). Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. Geneva; 1995.
16. Ciconelli RM. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação da qualidade de vida "Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form-Health Survey (SF-36) [dissertação]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 1997.

-
17. Ferriani MGC, Dias TS, Silva KZ, Martins CS. Auto-imagem corporal de adolescentes atendidos em um programa multidisciplinar de assistência ao adolescente obeso. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2005;5(1):27-33.
 18. Carvalho AMP, Bugliani MAP, Netto JRC, Borges CD, Mariano FN, Brancaleoni AP, et al. Maturidade emocional, locus de controle e ansiedade em pré-adolescentes obesos. *Paidéia (Ribeirão Preto)*. 2001;11(20):39-47.
 19. Etelson D, Brand DA, Patrick PA, Shirali A. Childhood obesity: do parents recognize this health risk? *Obes Res*. 2003;11(11):1362-8.
 20. Boutelle K, Fulkerson JA, Neumark-Sztainer D, Story M. Mothers' perceptions of their adolescents' weight status: are they accurate. *Obes Res*. 2004;12(11):1754-7.
 21. Doolen J, Alpert PT, Miller SK. Parental disconnect between perceived and actual weight status of children: a metasynthesis of the current research. *J Am Acad Nurse Pract*. 2009; 21(3):160-6.
 22. Eckstein KC, Mikhail LM, Ariza AJ, Thomson JS, Millard SC, Binns HJ, et al. Parents' perceptions of their child's weight and health. *Pediatrics*. 2006;117(3):681-90.
 23. Nazario Rodriguez IJ, Figueroa WI, Rosado J, Parrilla Idel C. Perception of parents regarding their children's weight. *Bol Assoc Med PR*. 2008;100(2):33-8.

Apoio

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais - FAPEMIG e
Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq