

Maternal perception and self-perception of the nutritional status of children and adolescents from private schools

Percepção materna e autopercepção do estado nutricional de crianças e adolescentes de escolas privadas

Ney Boa-Sorte¹, Luciana A. Neri², Maria Efigênia Q. Leite³, Sheila M. Brito², Ana Regina Meirelles⁴, Fábila B. S. Ludovice⁴, Jamille P. Santos⁴, Marcela R. Viveiros⁴, Hugo C. Ribeiro-Jr.⁵

Resumo

Objetivo: Descrever e comparar a percepção materna e a autopercepção da criança/adolescente do seu estado nutricional, identificando fatores associados a erro na percepção.

Métodos: Estudo transversal realizado em Salvador (BA) com 1.741 estudantes entre 6 e 19 anos, classificados de acordo com os percentis do índice de massa corporal (IMC) em baixo peso (IMC < p5), eutróficos (p5 ≤ IMC < p85), risco para sobrepeso (p85 ≤ IMC < p95) e sobrepeso (IMC ≥ p95). Perguntas acerca da percepção do peso, padrão de atividade física e realização de dieta foram respondidas por alunos e genitoras. Foram avaliados, através de análise multivariada, fatores associados a erro na autopercepção e percepção materna.

Resultados: Houve acerto de 64,7% para a autopercepção e de 75,3% para a percepção das genitoras. O principal fator associado a erro na autopercepção foi a faixa etária entre 6 e 9 anos (OR = 1,59; IC95% 1,15-2,20). Entre as meninas, ter excesso de peso e fazer atividade física foram as características associadas à melhor percepção. Para os meninos, a presença de excesso de peso resultou em maior risco de erro na autopercepção. Entre as genitoras, filho com excesso de peso (OR = 3,02; IC95% 2,05-4,46) e faixa etária de 6 a 9 anos (OR = 1,88; IC95% 1,28-2,76) foram os fatores associados a erro na percepção.

Conclusão: A falta de percepção adequada do peso ocorreu com muita frequência entre as crianças e suas genitoras, em especial quando havia excesso de peso, fatores que podem representar obstáculos ao correto reconhecimento de alterações nutricionais.

J Pediatr (Rio J). 2007;83(4):349-356: Percepção corporal, sobrepeso, obesidade infantil, atividade física, adolescente.

Abstract

Objective: To describe and compare maternal perception and the self-perception of children/adolescents of their nutritional status, identifying factors associated with incorrect perceptions.

Methods: Cross-sectional study carried out in Salvador, BA, Brazil with 1,741 students aged 6 to 19 years, classified according to body mass index (BMI) percentiles as underweight (BMI < p5), well-nourished (p5 ≤ BMI < p85), at risk of overweight (p85 ≤ BMI < p95) or overweight (BMI ≥ p95). Students and their mothers answered questions on perception of weight, patterns of physical exercise and dieting. By means of multivariate analysis, factors associated with incorrect maternal and self-perceptions were analyzed.

Results: Self-perceptions were correct in 64.7% of cases and 75.3% of maternal perceptions were correct. The principal factor associated with incorrect self-perception was age between 6 and 9 years (OR = 1.59; 95%CI 1.15-2.20). Among girls, being overweight and practicing physical exercise were characteristics associated with better perception. For boys, the presence of overweight resulted in an increased risk of incorrect self-perception. Among mothers, having an overweight child (OR = 3.02; 95%CI 2.05-4.46) and a child aged from 6 to 9 years (OR = 1.88; 95%CI 1.28-2.76) were associated with incorrect perception.

Conclusions: A failure to correctly perceive weight was very frequent among children and their mothers, especially when children were overweight. These factors could represent obstacles to correctly recognizing nutritional abnormalities.

J Pediatr (Rio J). 2007;83(4):349-356: Body perception, overweight, childhood obesity, physical activity, adolescent.

1. Mestre. Médico, Centro de Pesquisas Fima Lifshitz, Departamento de Pediatria, Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, BA.
2. Professora assistente, Curso de Nutrição, Faculdade de Tecnologia e Ciências, Salvador, BA.
3. Nutricionista, Centro de Pesquisas Fima Lifshitz, Departamento de Pediatria, Faculdade de Medicina da Bahia, UFBA, Salvador, BA.
4. Nutricionista, UFBA, Salvador, BA.
5. Doutor. Chefe, Centro de Pesquisas Fima Lifshitz, Departamento de Pediatria, Faculdade de Medicina da Bahia, UFBA, Salvador, BA. Professor adjunto, Departamento de Pediatria, Faculdade de Medicina da Bahia, UFBA, Salvador, BA.

Este artigo é parte da dissertação intitulada "Prevalência de sobrepeso e obesidade baseada em índices antropométricos entre crianças e adolescentes de escolas privadas de Salvador - Bahia", apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Medicina e Saúde da Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, BA, para a obtenção do título de mestre, em 23/03/2003.

Como citar este artigo: Boa-Sorte N, Neri LA, Leite ME, Brito SM, Meirelles AR, Ludovice FB, et al. Maternal perceptions and self-perception of the nutritional status among children and adolescents from private schools. *J Pediatr (Rio J)*. 2007;83(4):349-356.

Artigo submetido em 13.12.06, aceito em 30.05.07.

doi 10.2223/JPED.1678

Introdução

A obesidade infantil, endêmica em países desenvolvidos, vem aumentando rapidamente nos países em desenvolvimento¹⁻³. No Brasil, apesar das diferenças regionais, o incremento do número de crianças e adolescentes com excesso de peso está bem estabelecido^{1,2,4}. Na Região Nordeste, em 1989, a prevalência de crianças obesas menores de 5 anos era de 2,5%, passando a 4,5% em 1996². Entre adolescentes, a prevalência de sobrepeso e obesidade atinge índices de 12,1 e 10,8% nas Regiões Sudeste e Nordeste, respectivamente¹.

O peso excessivo está relacionado a importantes alterações metabólicas, como hiperinsulinemia e resistência periférica à insulina, aumento do risco cardiovascular, complicações ortopédicas e alterações psicossociais, que afetam a qualidade da saúde ainda na infância, resultando no aumento de doenças e fatores de morbidade entre adolescentes e adultos²⁻⁶. Além disso, a presença de índice de massa corporal (IMC) elevado na infância e adolescência aumenta a possibilidade de manter a obesidade na idade adulta, e esse risco aumenta de acordo com a gravidade e o tempo de obesidade^{5,7}.

Assim, o reconhecimento do problema na infância pelos pais e/ou provedores de saúde representa um esforço a ser estimulado, uma vez que o tratamento da obesidade infantil é, muitas vezes, negligenciado pela família e médicos^{5,8,9}. Por outro lado, os pais tendem a considerar o excesso de peso um problema somente quando existe algum prejuízo, em especial na atividade física¹⁰, embora associem a obesidade a maior risco de doenças e disfunções¹¹.

Os programas de intervenção precoce na obesidade pediátrica dependem da participação dos pais e, em primeira instância, da capacidade destes de reconhecerem adequadamente a situação nutricional de seus filhos^{10,12}. Além disso, a construção dos hábitos alimentares e padrões de atividade física em crianças e adolescentes, alvo principal do tratamento da obesidade na infância, sofre importante influência do ambiente familiar e das atitudes dos pais^{4,10}.

A percepção adequada da família e da própria criança ou adolescente em relação ao excesso de peso pode ser o requisito para a procura de uma assistência profissional especializada e aderência ao tratamento proposto. Por essa razão, este estudo objetivou descrever e comparar a percepção materna e da própria criança/adolescente do seu estado nutricional em relação à classificação obtida por meio do IMC, identificando fatores associados ao erro na percepção entre crianças e adolescentes de melhor nível socioeconômico em Salvador (BA).

Métodos

Estudo de corte transversal, com amostragem não-casual, realizado entre junho e novembro de 2002 em quatro escolas privadas do ensino fundamental e médio da cidade de

Salvador (BA) freqüentadas por alunos da classe média e média-alta da cidade. Um grupo de pesquisadores (um pediatra, três nutricionistas e quatro estudantes de nutrição) avaliou o estado nutricional de 2.216 estudantes entre 6 e 19 anos, utilizando os valores do IMC como critério diagnóstico. Foram considerados os valores descritos por Must et al.¹³, divididos por gênero e idade, com pontos de corte definidos a partir dos percentis 5, 85 e 95, caracterizando quatro grupos: abaixo do percentil 5, baixo peso; entre o percentil 5 e 85, eutrófico; entre o percentil 85 e 95, risco para sobrepeso; acima do percentil 95, sobrepeso¹⁴.

Em todas as escolas, os pais ou responsáveis receberam um termo de esclarecimento e, somente após consentimento, as crianças e adolescentes foram incluídos no estudo. Todos os participantes tiveram o peso aferido utilizando balança digital, modelo SECA 100, com precisão de 100 g e capacidade de 150 kg, devidamente calibrada por empresa especializada, segundo critérios do Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial (INMETRO). A altura foi aferida utilizando estadiômetro, modelo portátil SECA 208, com precisão de 0,1 cm e capacidade de 200 cm. As medidas foram realizadas em triplicata, e a média foi utilizada para cálculo do IMC, através da fórmula peso (kg)/altura² (m).

Antes da realização das medidas antropométricas, cada aluno era convidado a responder um questionário, baseado em estudos prévios^{15,16}, com as seguintes perguntas: (1) O que você acha do seu peso? (2) O que você acha da quantidade de alimentos que ingere? (3) O que você acha da qualidade da sua alimentação? (4) Você faz algum tipo de dieta para emagrecer? e (5) Você faz atividade física? O questionário era respondido em sala separada com um dos membros da pesquisa para orientar eventuais dúvidas, porém estes não poderiam interferir na resposta, conforme esclarecimento prévio. Apenas o aluno que estava respondendo o questionário poderia ficar na sala, para não ser influenciado por outro colega. As respostas foram categorizadas em adequado, excessivo e baixo para a questão relacionada à percepção do peso; pouca, suficiente ou excessiva para a questão referente à quantidade ingerida habitualmente; adequada, regular ou ruim em relação à qualidade da alimentação; e sim ou não para as duas últimas questões relacionadas a fazer ou não dieta e atividade física. A opção "não sei" foi disponibilizada para todas as questões e desconsiderada nas análises. As atividades físicas relatadas foram quantificadas em número de horas/semana e descritas de acordo com a modalidade referida (futebol, capoeira, natação, etc.).

As mesmas questões, com as devidas adaptações e acrescidas de perguntas relativas à história familiar de diabetes, doenças cardiovasculares e obesidade, foram enviadas para as genitoras dos alunos.

As respostas obtidas com a aplicação dos questionários foram comparadas com a classificação do estado nutricional pelo IMC, avaliando a percepção própria dos alunos e de suas mães. IMC \geq ao percentil 85 foi considerado peso excessivo. A idade foi categorizada em duas faixas: crianças (6 a 9 anos) e adolescentes (10 a 19 anos). O índice kappa e o kappa ponderado foram utilizados para avaliar a concordância entre os estudantes e suas genitoras em relação à percepção do excesso de peso. O qui-quadrado foi utilizado para avaliar diferenças de proporções. Medidas descritivas foram utilizadas, seguidas de análise bivariada entre a autopercepção do estudante e a percepção da genitora (variáveis dependentes), definidas como correta ou incorreta, e sexo, faixa etária, peso excessivo, fazer dieta e fazer atividade física (variáveis independentes). História familiar de obesidade também foi incluída como variável independente na análise da percepção materna. O *odds ratio* (OR) bruto foi ajustado, utilizando a regressão logística, procedimento *backward*, por todas as variáveis, permanecendo no modelo final apenas aquelas com $p < 0,05$, valor utilizado para determinar significância estatística. Devido à influência do sexo nas variáveis explicativas utilizadas, foi realizada, para a autopercepção, uma modelagem por sexo. As análises foram realizadas com o programa SPSS versão 9.0 para Windows. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Professor Edgar Santos da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Resultados

Dentre as quatro escolas pesquisadas, de um total de 2.730 estudantes matriculados, 2.216 (81,2%) alunos tiveram a avaliação nutricional autorizada e realizada. Destes, 370 (16,7%) não responderam o questionário proposto e 105 (4,7%) responderam a opção "não sei" quando questionados sobre a percepção do próprio peso, sendo excluídos. Assim, 1.741 (78,6%) respostas foram consideradas válidas. A comparação entre os que responderam o questionário e os que não responderam mostrou maiores perdas entre os meninos (18 *versus* 14,5%; $p = 0,023$), crianças (30,3 *versus* 14,3%; $p < 0,001$) e alunos com excesso de peso (20,4 *versus* 13,7%; $p = 0,001$).

A distribuição em relação ao gênero mostrou uma maior participação feminina, perfazendo 54% da amostra. A idade variou de 6 a 19 anos, com média de 13,15 anos (desvio padrão: 2,32) e mediana de 13 anos. Foram estudadas 169 crianças (9,7%) e 1.572 adolescentes, sendo 1.080 na adolescência precoce (10 a 14 anos), 466 na adolescência média (15 a 17 anos) e 26 na adolescência final (18 a 19 anos).

A classificação nutricional dos alunos revelou 70 (4,0%) estudantes com baixo peso, 1.374 (78,9%) eutróficos, 207 (11,9%) com risco para sobrepeso e 90 (5,2%) com sobrepeso. A percepção correta, independente da classificação nu-

tricional, foi adequada em 1.128 alunos (64,8%), sendo que 292 (16,8%) superestimaram o próprio peso e 321 estudantes (18,4%) subestimaram o peso percebido em relação à classificação pelo IMC (Tabela 1).

Entre os 468 alunos que perceberam o peso como excessivo, 271 (57,9%) superestimaram o peso. Destes, 79,7% eram do sexo feminino ($p < 0,001$). No grupo de alunos que tinham diagnóstico de excesso de peso, o erro na autopercepção ocorreu predominantemente entre os meninos ($p < 0,001$). O mesmo foi verificado entre os estudantes que subestimaram o peso ($p < 0,001$).

Entre as genitoras, foram devolvidos 838 questionários (37,8% dos 2.216 enviados). A maioria dos alunos retornava com a autorização, mas sem o questionário respondido. Dentre os respondidos, 11 foram desconsiderados por conterem respostas em branco ou "não sei", perfazendo um total de 827 respostas válidas. A classificação nutricional destes alunos demonstrou 35 (4,2%) com baixo peso, 640 (77,4%) eutróficos, 101 (12,2%) com risco para sobrepeso e 51 (6,2%) com sobrepeso. A comparação entre as genitoras que responderam ou não o questionário mostrou maiores perdas entre os meninos (67,4 *versus* 57,5%; $p < 0,001$), adolescentes (66,6 *versus* 28,0%; $p < 0,001$), mas sem diferenças em relação à presença de excesso de peso (64,8 *versus* 62,2%; $p = 0,326$). Em relação à percepção do estado nutricional, 623 genitoras (75,3%) tiveram uma percepção correta do peso do filho(a), 52 (6,3%) superestimaram e 152 (18,4%) subestimaram o peso real (Tabela 1).

Na análise bivariada (Tabela 2), constatou-se que as crianças e as meninas apresentavam maior possibilidade de erro na autopercepção. No modelo ajustado, a associação entre errar a autopercepção e ter entre 6 e 9 anos (OR ajustado = 1,59; IC95% 1,15-2,20) se manteve. O sexo feminino e a realização de atividade física tiveram tendências opostas, favorecendo e reduzindo, respectivamente, o erro na autopercepção.

Na análise dos fatores associados ao erro na autopercepção entre os meninos e as meninas, observou-se associação oposta entre apresentar excesso de peso e errar a percepção, sendo positiva no sexo masculino (OR = 1,96; IC95% 1,37-2,81) e negativa no feminino (OR = 0,30; IC95% 0,18-0,50). O contrário foi observado para a realização de dieta (Tabela 3).

Em relação à percepção do peso do aluno pela genitora (Tabela 4), encontrou-se, na análise bivariada, associação positiva entre erro na percepção materna e faixa etária de 6 a 9 anos (OR = 2,23; IC95% 1,56-3,19) e excesso de peso (OR = 3,32; IC95% 2,29-4,82). Quando ajustada pelas outras variáveis do modelo, a associação se manteve para as duas variáveis, sendo a presença de excesso de peso a prin-

principal característica associada a erro na percepção após os ajustes (OR ajustado = 3,02; IC95% 2,05-4,46).

Discussão

A prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças foi descrita previamente em Salvador e encontrada com maior frequência entre alunos de escolas privadas e em associação com melhor nível de renda¹⁷. Desse fato derivou a escolha de alunos de escolas privadas como objeto de estudo. Embora a amostra avaliada tenha sido obtida por conveniência, sendo uma limitação à extrapolação dos resultados, os índices de risco para sobrepeso (11,2%) e sobrepeso (5,4%) são compatíveis com outros estudos realizados no Brasil em amostras de características semelhantes^{1,17,18}, o que reforça uma tendência verificada em nível mundial: o incremento do sobrepeso e obesidade na infância e adolescência^{1,3,19,20}.

A utilização de questionários para aferir a autopercepção do peso entre crianças e adolescentes e dos pais em relação aos filhos, muitos deles com questões semelhantes às utilizadas neste trabalho, já foi descrita em outros estudos^{10,16,21}. Entre os alunos, a concordância global entre a autopercepção e o diagnóstico fornecido pelo IMC foi de 64,7%, sendo seme-

lhante o acerto entre os alunos com baixo peso, eutróficos e sobrepeso. Esse achado foi compatível com os encontrados em outro estudo semelhante realizado no Brasil²².

Entre os alunos com excesso de peso, 31,6% responderam estar com o peso adequado; destes, a grande maioria era do sexo masculino. Entre os que subestimaram o peso também foi significativa a participação dos meninos. Na análise multivariada dos fatores associados ao erro na percepção, a presença de excesso de peso tem influências opostas entre os sexos, sendo uma característica associada ao erro para os homens e ao acerto para as mulheres.

Maior subestimativa e associação positiva encontrada entre ter excesso de peso e erro na autopercepção entre os meninos reforçam o estereótipo de que o modelo de "corpo ideal e de masculinidade é um corpo inflado de músculos", fator de risco para o uso de esteróides anabolizantes²³. Já entre as meninas, a magreza é considerada uma situação ideal de aceitação e êxito social, tendo especial destaque na mídia²⁴⁻²⁶, o que justifica também a associação encontrada entre fazer dieta e ter maior erro na autopercepção corporal. Além disso, vários estudos referem serem as meninas as que

Tabela 1 - Comparação da concordância entre genitoras e seus filhos em relação à percepção do peso com a classificação nutricional obtida pelo índice de massa corporal (Salvador, 2002)

	Classificação pelo IMC			Total
	Baixo peso n (%)	Eutrófico n (%)	Sobrepeso* n (%)	
Autopercepção do peso do aluno [†]				
Baixo	47 (67,1)	221 (16,1)	6 (2,0)	274
Adequado	21 (30,0)	884 (64,3)	94 (31,6)	999
Excessivo	02 (2,9)	269 (19,6)	197 (66,3)	468
Total	70 (100,0)	1.374 (100,0)	297 (100,0)	1.741
Percepção materna do peso do aluno [‡]				
Baixo	23 (65,7)	83 (13,0)	00 (0,0)	106
Adequado	11 (31,4)	517 (80,8)	69 (45,4)	597
Excessivo	01 (2,9)	40 (6,2)	83 (54,6)	124
Total	35 (100,0)	640 (100,0)	152 (100,0)	827

IMC = índice de massa corporal.* Inclui alunos classificados como risco para sobrepeso e sobrepeso.

[†] Concordância global = 64,7%; kappa = 0,289 (IC95% 0,245-0,332); kappa ponderado = 0,330 (IC95% 0,292-0,369); p < 0,001.

[‡] Concordância global = 75,3%; kappa = 0,396 (IC95% 0,328-0,463); kappa ponderado = 0,434 (IC95% 0,372-0,497); p < 0,001.

mais utilizam dieta com restrição alimentar para obterem um "corpo delgado"^{24,27-29} e as que expressam se sentirem mais gordas ou insatisfeitas, mesmo sem apresentar sobrepeso^{26,29}.

Esse comportamento associado ao sexo feminino, demonstrado em outros estudos feitos no Brasil^{24,29}, auxilia na explicação da tendência de associação entre o sexo feminino e maior erro na autopercepção do peso (OR =1,22; IC95% 1,00-1,49) verificada em nosso estudo, uma vez que um maior percentual de alunas eutróficas se achavam com peso excessivo e referiam realizar dieta, independente de estarem ou não com excesso de peso.

Apesar da relação entre sexo feminino e maior erro na autopercepção do peso, a única variável, após ajuste por todas as variáveis incluídas no modelo, que demonstrou associação positiva com o erro na autopercepção foi a faixa etária de 6 a 9 anos (OR ajustado = 1,59; IC95% 1,15-2,20). Em estudo realizado com crianças de 8 a 11 anos, Pinheiro & Giugliani²⁶ demonstraram que existe uma forte associação entre

sentir-se gordo e a percepção da expectativa dos pais em relação ao peso da criança. Em nosso estudo, a percepção das genitoras em relação a seus filhos foi muito mais equivocada entre as crianças de 6 a 9 anos, o que poderia estar refletindo na autopercepção das crianças em relação ao seu estado nutricional.

Na modelagem por sexo, a atividade física se manteve como um marcador associado ao acerto da autopercepção entre as mulheres. Apesar das práticas de atividade física serem mais comuns entre os meninos^{24,30}, achado também observado em nosso estudo, em meninas essas práticas geralmente estão associadas a preocupações com o corpo²³. Além disso, a prática de dieta é mais comum entre as mulheres como resposta a percepções equivocadas do estado nutricional^{23,27,28}, associação também encontrada neste estudo.

Ao analisarmos as perdas ocorridas no preenchimento dos questionários entre os estudantes, baseado no fato de que houve maiores perdas entre o sexo masculino, crianças e

Tabela 2 – Variáveis associadas ao erro na autopercepção do peso entre 1.741 estudantes de escolas privadas (Salvador, 2002)

Variáveis	Análise bivariada		Regressão logística	
	OR	IC95%	OR	IC95%
Sexo				
Feminino	1,25	1,02-1,52	1,22	1,00-1,49
Masculino	1			
Idade (anos)				
6-9 (criança)	1,49	1,08-2,06	1,59	1,15-2,20
10-19 (adolescente)	1			
Excesso de peso (IMC ≥ p85)*				
Sim	0,92	0,71-1,20		
Não	1			
Faz dieta?*				
Sim	0,98	0,72-1,34		
Não	1			
Faz atividade física?				
Sim	0,84	0,68-1,03	0,81	0,66-1,00
Não	1			

IC95% = intervalo de confiança de 95%; IMC = índice de massa corporal; OR = *odds ratio*.
* Variáveis excluídas do modelo final, procedimento *backward*.

alunos com excesso de peso e que, para os meninos, encontramos associação entre aqueles dois fatores e erro na auto-percepção do peso, podemos especular que a maior recusa em responder o questionário entre os estudantes com essas características possa ser atribuída a uma auto-imagem negativa entre os alunos com excesso de peso²³. Diferentemente, a maior preocupação das mulheres com o peso e a imagem corporal, principalmente na adolescência^{23,29}, poderiam explicar a maior adesão desse grupo.

Entretanto, a maior possibilidade de viés de seleção ocorreu devido à baixa devolução dos questionários enviados para o domicílio. Esse número de perdas entre as respostas maternas pode ter influenciado na magnitude da associação entre erro na percepção materna e faixa etária de 6 a 9 anos, uma vez que houve um predomínio significativo de ausência de respostas entre as genitoras dos adolescentes. O procedimento adotado na coleta de dados antropométricos pode ter sido o principal responsável pelas perdas, uma vez que não era exigida a entrega do questionário para a realização das medidas antropométricas, sendo solicitada apenas a autorização dos pais. Além disso, os resultados finais foram fornecidos aos pais sem a exigência da devolução dos questionários. Apesar dessas limitações na logística do trabalho de campo, não podemos afastar as possibilidades de não entrega do questionário às mães pelos alunos ou o não interesse das genitoras em respondê-los.

Apesar dessas limitações amostrais, baseados em estudos prévios, que demonstram pior percepção do peso do filho

entre crianças^{15,16,21}, e no fato de não ter ocorrido diferenças na classificação nutricional dos alunos cujas mães responderam ou não o questionário, consideramos que a associação entre presença de excesso de peso no filho e erro na percepção materna, após ajuste para as outras variáveis independentes incluídas no modelo multivariado (OR ajustado = 3,02; IC95% 2,05-4,46), corrobora que, em nossa população de estudo, esse fato não tenha sido resultado das perdas ocorridas e reflita, em nosso meio, uma tendência já verificada em outros locais.

A tendência a subestimar o peso dos filhos com sobrepeso ou obesidade foi descrita em um estudo realizado com 111 crianças afro-americanas entre 5 e 10 anos, no qual 54% dos genitores tiveram percepção inadequada em relação ao peso dos filhos²¹. Achado semelhante foi descrito por Jackson et al. em genitoras de crianças de 3 a 6 anos de idade¹⁶. Nesse estudo, 55,3% das genitoras das crianças com excesso de peso não reconheceram seus filhos como tendo peso excessivo.

Entre as causas possíveis para explicar a não-percepção do excesso de peso entre as genitoras das crianças, pode-se citar a crença de que a criança “gordinha” tem boa saúde e recebe um melhor cuidado dos pais. Além disso, muitas mães acreditam que, com o crescimento do seu filho, o peso tenderá a se distribuir melhor e este não se tornará um adolescente obeso¹⁵.

Tabela 3 - Variáveis associadas ao erro na autopercepção, entre 1.741 estudantes de escolas privadas, de acordo com o sexo (Salvador, 2002)

Variáveis	OR (ajustado)	IC95%
Sexo masculino		
Criança (6 a 9 anos)	1,62	1,00-2,61
Excesso de peso (sim)	1,96	1,37-2,81
Faz dieta (sim)	0,35	0,19-0,67
Sexo feminino		
Atividade física (sim)	0,69	0,52-0,92
Criança (6 a 9 anos)	1,81	1,13-2,92
Excesso de peso	0,30	0,18-0,50
Fazer dieta (sim)	1,85	1,23-2,79

IC95% = intervalo de confiança de 95%; OR = *odds ratio*.

Tabela 4 - Variáveis associadas a erro na percepção do peso do filho entre as 827 genitoras que responderam a avaliação (Salvador, 2002)

Variáveis	Análise bivariada		Regressão logística	
	OR	IC95%	OR	IC95%
Sexo*				
Feminino	0,79	0,58-1,09		
Masculino	1			
Idade (anos)				
6-9 (criança)	2,23	1,56-3,19	1,88	1,28-2,76
10-19 (adolescente)	1			
Excesso de peso (IMC \geq p85)				
Sim	3,32	2,29-4,82	3,02	2,05-4,46
Não	1			
Faz dieta?*				
Sim	0,97	0,58-1,63		
Não	1			
Faz atividade física?*				
Sim	1,11	0,78-1,57		
Não	1			
História familiar de obesidade*				
Sim	1,24	0,88-1,76		
Não	1			

IC95% = intervalo de confiança de 95%; IMC = índice de massa corporal; OR = *odds ratio*.

* Variáveis excluídas do modelo final, procedimento *backward*.

O reconhecimento do excesso de peso pelos pais representa um importante passo para o processo de prevenção, diagnóstico e tratamento da obesidade na infância^{5,9}. Uma vez que muitos pais, especialmente aqueles com menor nível educacional, podem não perceber a presença de sobrepeso em seus filhos^{10,25}, ou até mesmo associarem esta condição a um melhor nível de saúde, a busca ao profissional de saúde pode ser tardia ou então não participam adequadamente do tratamento prescrito quando o excesso de peso é diagnosticado¹⁵.

Baseado nesses fatos e nos achados deste estudo, uma maior divulgação dos riscos para a saúde em pacientes pediátricos, principalmente nas crianças com sobrepeso, é necessária para aumentar a consciência dos pais para o

reconhecimento precoce desta alteração. Políticas intervencionistas dirigidas aos adultos, apesar de relevantes e necessárias, não serão, por si só, suficientes para determinar o controle da obesidade.

References

1. Abrantes MM, Lamounier JA, Colosimo EA. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes das regiões Sudeste e Nordeste. *J Pediatr (Rio J)*. 2002;78:335-40.
2. Escrivão MA, Oliveira FL, Taddei JA, Lopez FA. Obesidade exógena na infância e na adolescência. *J Pediatr (Rio J)*. 2000;76 Supl 3:S305-10.
3. Hoffman DJ. Obesity in developing countries: causes and implications. *Food, Nutrition and Agriculture*. 2001;28:35-44.

4. Mello ED, Luft VC, Meyer F. Obesidade infantil: como podemos ser eficazes? *J Pediatr (Rio J)*. 2004;80:173-82.
5. Schonfeld-Warden N, Warden CH. Pediatric obesity. An overview of etiology and treatment. *Pediatr Clin North Am*. 1997;44:339-61.
6. Ramin A, Rising R, Cedillo M, Lifshitz F. Obesity in Children. In: Lifshitz F, editor. *Pediatric endocrinology*. 4th ed. New York: Marcel Dekker; 2003. p. 823-58.
7. Guo SS, Wu W, Chumlea WC, Roche AF. Predicting overweight and obesity in adulthood from body mass index values in childhood and adolescence. *Am J Clin Nutr*. 2002;76:653-8.
8. Barlow SE, Trowbridge FL, Klish WJ, Dietz WH. Treatment of child and adolescent obesity: reports from pediatricians, pediatric nurse practitioners, and registered dietitians. *Pediatrics*. 2002;110(1 Pt 2):229-35.
9. Boog MC. Dificuldades encontradas por médicos e enfermeiros na abordagem de problemas alimentares. *Rev Nutr*. 1999;12:261-72.
10. Etelson D, Brand DA, Patrick PA, Shirali A. Childhood obesity: do parents recognize this health risk? *Obes Res*. 2003;11:1362-8.
11. Davison KK, Birch LL. Weight status, parent reaction, and self-concept in five-year-old girls. *Pediatrics*. 2001;107:46-53.
12. Golan M, Weizman A, Apter A, Fainaru M. Parents as the exclusive agents of change in the treatment of childhood obesity. *Am J Clin Nutr*. 1998;67:1130-5.
13. Must A, Dallal GE, Dietz WH. Reference data for obesity: 85th and 95th percentiles of body mass index (wt/ht²) and triceps skinfold thickness. *Am J Clin Nutr*. 1991;53:839-46.
14. US Preventive Services Task Force. Screening and interventions for overweight in children and adolescents: recommendation statement. *Pediatrics*. 2005;116:205-9.
15. Baughcum AE, Chamberlin LA, Deeks CM, Powers SW, Whitaker RC. Maternal perceptions of overweight preschool children. *Pediatrics*. 2000;106:1380-6.
16. Jackson J, Strauss CC, Lee AA, Hunter K. Parents' accuracy in estimating child weight status. *Addict Behav*. 1990;15:65-8.
17. Leão LSC, Araújo LMB, Moraes LTL, Assis AM. Prevalência de obesidade em escolares de Salvador, Bahia. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2003;47:151-7.
18. Balaban G, Silva GA. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes de uma escola da rede privada de Recife. *J Pediatr (Rio J)*. 2001;77:96-100.
19. Ogden CL, Flegal KM, Carroll MD, Johnson CL. Prevalence and trends in overweight among US Children and Adolescents, 1999-2000. *JAMA*. 2002;288:1728-32.
20. Livingstone B. Epidemiology of childhood obesity in Europe. *Eur J Pediatr*. 2000;159 Suppl 1: S14-34.
21. Young-Hyman D, Herman LJ, Scott DL, Schlundt DG. Care giver perception of children's obesity-related health risk: a study of African American families. *Obes Res*. 2000;8:241-8.
22. Branco LM, Hilário MOE, Cintra IP. Percepção e satisfação corporal em adolescentes e a relação com seu estado nutricional. *Rev Psiquiatr Clin*. 2006;33:292-6.
23. Iriart JAB, Andrade TM. Musculação, uso de esteróides anabolizantes e percepção de risco entre jovens fisiculturistas de um bairro popular de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2002;18:1379-87.
24. Braggion GF, Matsudo SMM, Matsudo VKR. Consumo alimentar, atividade física e percepção da aparência corporal em adolescentes. *Rev Bras Ciên Mov Brasilia*. 2000;8:15-21.
25. Padgett J, Biro FM. Different shapes in different cultures: body dissatisfaction, overweight, and obesity in African-American and Caucasian females. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2003;16:349-54.
26. Pinheiro AP, Giugliani ER. Who are the children with adequate weight who feel fat? *J Pediatr (Rio J)*. 2006;82:232-5.
27. McVey G, Tweed S, Blackmore E. Dieting among preadolescent and young adolescent females. *CMAJ*. 2004;170:1559-61.
28. Wong Y, Chen SL, Chan YC, Wang MF, Yamamoto S. Weight satisfaction and dieting practices among college males in Taiwan. *J Am Coll Nutr*. 1999;18:223-8.
29. Nunes MA, Olinto MTA, Barros FC, Camey S. Influência da percepção do peso e do índice de massa corporal nos comportamentos alimentares anormais. *Rev Bras Psiquiatr*. 2001;23:21-7.
30. Costa MCO, Silva MCM, Santos JS, Teles C, Souza KEP, Melo BO. Estilo de vida de adolescentes: consumo alimentar, de bebida alcoólica e atividade física em Teixeira de Freitas-Bahia. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2004;28:151-66.

Correspondência:
Ney Boa-Sorte
Rua Almirante Barroso, 96/301, Edifício Mirante da Paciência,
Rio Vermelho
CEP 41950-350 – Salvador, BA
Tel.: (71) 3334.1105
E-mail: neyboasorte@uol.com.br