



PROMOÇÃO DA SAÚDE X OBESIDADE EM CRIANÇAS

FASSHEBER, Daniela Monteiro¹

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo evoluir a discussão acerca do acompanhamento na promoção da saúde das crianças. A globalização, má alimentação, o sedentarismo, a necessidade de prazeres rápidos e respostas imediatas contribuem para o aparecimento da obesidade como questão social. A promoção da saúde é um processo de envolvimento da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida, incluindo maior participação no controle deste processo. Nesse sentido, o presente estudo, por meio de uma pesquisa com abordagem qualitativa de caráter exploratório, vem com o intuito de apontar os indicadores e os desafios enfrentados para que se faça práticas preventivas ou que promovam a saúde da criança. Adiciona a indigência de um estudo mais detalhado e abrangente nessa perspectiva, a fim de constatar e diagnosticar a situação vivenciada, para que possa fundamentar uma adoção de novas práticas de acompanhamento multiprofissional, na promoção da saúde das crianças, principalmente, aquelas que apresentam quadro de sobrepeso e obesidade.

PALAVRAS CHAVE: Sedentarismo. Má alimentação. Promoção da saúde. Crianças

1. INTRODUÇÃO

O Brasil (2006) propõe que à necessidade de prazeres rápidos e retornos imediatos, o consumismo e a globalização contribuem para a manifestação da obesidade como questão social. A obesidade infantil envolve uma complexa relação entre corpo/saúde/mente/alimento, família e comunidade, uma vez que os grupos têm diferentes inserções sociais e diversas concepções sobre estes temas, os quais mudam conforme a história.

No artigo no. 196 da Constituição Federal de 1988, o direito à saúde foi definido como direito de todos e dever do Estado, sendo regulamentado no ato

¹ Graduada em administração de empresa, contabilidade e fisioterapia (UNILESTE/MG); Pós graduada em Dermato funcional (Gama Filho); Pós graduada em saúde pública com ênfase em saúde da família (Faculdade Única); Pós graduada em Gestão estratégica em EaD. (SENAC/SP).

da publicação das Leis no. 8.080 e 8.142, ambas em 1990, as quais passaram a ser referenciadas como Lei Orgânica da Saúde (LOS, 1990), pois, esboçam diretrizes que afiançam políticas sociais e econômicas que apontem a redução do risco de doença e ao acesso a saúde, que visem a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Vários estudos mencionam a carência de pesquisas no Brasil tratando da obesidade infantil, mas, poucos são os trabalhos de efetivo combate aos motivos da obesidade crescente, entre crianças e adolescentes. A atuação multiprofissional tem sido considerada uma proposta viável, para tal acompanhamento e combate, conforme retrata Damaso (2003).

Sendo assim, justifica-se a realização do trabalho, em prol da prevenção e do diagnóstico precoce da obesidade, pois, eles são importantes aspectos para a promoção da saúde. Ohara (2009) cita que, o peso exacerbado e a obesidade são encontrados com grande frequência, a partir de 5 anos de idade, em todos os grupos de renda e em todas as regiões brasileiras, de acordo com as informações produzidas pelo IBGE (2008/09).

Nesse estudo, foi esboçado algumas informações com propósito de contribuir na promoção da saúde das crianças, as quais tem sido vítima dos malefícios das sociedades modernas, particularmente nos hábitos alimentares inadequados, a prática de exercícios físicos diminuto e de sedentarismo.

2. PROMOÇÃO DA SAÚDE

Arouca (2003) apresentou a promoção da saúde como políticas, planos e programas de saúde pública com ações voltadas evitar que as pessoas se exponham a fatores condicionantes e determinantes de doenças, além disso, incentiva condutas e ações da medicina preventiva que identificam precocemente o dano e ou controlam a exposição do hospedeiro ao agente causal em um dado meio-ambiente.

A Carta de Otawa (1986), surgiu na Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde, foi o principal documento pós "Declaração de Alma-Ata" (1978) e foi realizada em novembro de 1986, em Ottawa, Canadá, nessa carta a

promoção da saúde foi definida como:

o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar de forma favorável, o meio ambiente. Ottawa(1986)

A comunidade e/ou a família em que a criança está inserida tem grande influência na otimização da qualidade de vida e da saúde da criança. O bem estar físico, mental, social e espiritual de uma criança, possui relação com meioambiente externo, o qual é determinado pelas interferências das relações interpessoais de sua convivência.

Buss (2000) retrata com veemência que a prevenção primária, a ser desenvolvida no período de pré-patogênese, consta de medidas destinadas a desenvolver uma saúde geral melhor, pela proteção específica do homem contra agentes patológicos ou pelo estabelecimento de barreiras contra os agentes do meio ambiente. A educação em saúde é elemento importante para esse objetivo.

Damaso (2003) propõe que a promoção da saúde escolar deve, pela sua potencialidade em evitar agravos e promover a saúde e qualidade de vida, constituir um espaço privilegiado de atuação das equipes de Saúde da Família. Em concordância, Gonçalves (2008) retrata que, a escola é o ambiente ideal para se desenvolverem programas da Promoção e Educação em Saúde de largo alcance e repercussão, já que desempenha uma grande influência sobre seus alunos nas etapas formativas e mais admiráveis de suas vidas.

Dessa forma, Catrib (2003) cita o espaço escolar como um ambiente de vida da sociedade em que está introduzida a escola, cujo referencial para ação deve ser o desenvolvimento do educando, como expressão de saúde, com base em uma prática pedagógica participativa, tendo como abordagem metodológica a educação em saúde transformadora. Como aponta Damaso (2003), a escola, que tem como missão primordial desenvolver processos de ensino-aprendizagem, desempenha papel decisivo na formação dos estudantes, na percepção e construção da cidadania e no acesso às políticas públicas, tornando-se *locus* para ações de promoção da saúde para crianças, adolescentes e jovens adultos.

Damaso (2003) instiga que nas escolas, o trabalho de promoção da saúde com os estudantes, e também com professores e funcionários, precisa ter como ponto de partida “o que eles sabem” e “o que eles podem fazer”, desenvolvendo em cada um a capacidade de interpretar o cotidiano e atuar de modo a incorporar atitudes e/ou comportamentos adequados para a melhorada qualidade de vida.

3. SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Segundo Brasil (2008):

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) representa um grande avanço da legislação brasileira iniciado com a promulgação da Constituição Federal de 1988, tornando-se uma das conquistas da sociedade. O ECA veio afiançar a todas as crianças e adolescentes o tratamento com atenção, proteção e cuidados especiais para se desenvolverem e se tornarem adultos conscientes e participativos do processo inclusivo. Buss(2000)

O Estatuto da Criança e Adolescente assegura que as mesmas possam ter cuidados e informações, com intuito de se tornarem adultos conscientes da importância de se manterem saudáveis, com alimentação equilibrada, hábitos na prática de atividades físicas e participativos em relação a inclusão social.

A partir das contribuições de Costa (2009), a vida das crianças é profundamente influenciada por seu ambiente social, cultural, psicológico e físico. Discursa ainda que as ações de saúde da criança abrangem a vigilância nutricional, imunização e a assistência às doenças prevalentes na infância. A assistência à criança se fundamenta na promoção da saúde, prevenção, diagnóstico precoce e recuperação dos agravos à saúde.

O acompanhamento planejado do crescimento e desenvolvimento, complementado por atividades de controle das doenças prevalentes, contribui para a promoção de uma boa qualidade de vida. Para isso, torna-se imprescindível o esforço conjunto da família, da equipe e das diversas organizações, governamentais ou, não.

4. A FAMÍLIA/CASA

Para Osta (2009) a abordagem dos hábitos e estilos de vida visando a promoção da saúde deve envolver a compreensão da dinâmica familiar e da determinação saúde-doença dentro dela.

Pereira (2012) destaca que a deficiência de almoço completo e diversificado

é uma situação comum, além de outras regras simples que não são cumpridas: os pais devem dar farináceos ao almoço e ao jantar (alimentame tiram a fome); não permitir que as crianças estejam muitas horas sem comer; estimular o exercício; tratar a ansiedade ou depressão infantil, se existirem.

Costa (2009) retrata os processos de feedback, em que o comportamento de uma pessoa afeta o comportamento de outra, assim, o alcoolismo do pai, pode desencadear o distúrbio alimentar do filho. O mesmo autor ressalta ainda que, o hábito alimentar, como o de lazer, relacionam-se com o fator econômico, costumes, gratificações e as demonstrações de afeto que vigoram em um contexto familiar. Contudo, o autoconceito das pessoas é abase de seu comportamento e roteiro de vida.

Para Pereira (2012), a alimentação deixou de ser realizada à mesa, no prato, para ser fora da mesa e à mão, ocorre mais a ingestão de comida hipercalórica, constituída muitas vezes por alimentos saborosos, mas pobres sob o ponto vista nutritivo, que contêm muitas calorias por volume de alimento. Os tempos livres brincadeiras deixaram de existir, principalmente nos meios urbanos, por razões de segurança, mas também pela tranquilidade de ter a criança sentada na sala, sob controle. As atividades de educação física das escolas e fora delas também podem não produzir os efeitos desejados, uma vez que o tempo a elas destinado é, muitas vezes, insuficiente.

Santos (2003) expõe que a família é hoje uma composição em restabelecimento. Frente a todas as modificações exibidas, o núcleo vem desenvolvendo uma economia nos afetos, refletindo-se maciçamente no acréscimo de sentimentos idênticos aos de culpa, admitindo a inserção de cicatrizes no próprio grupo e, em nível social, supressão e distanciamento. Como resposta a esse sofrimento infundável, os sujeitos se deparam em busca de novas fontes de prazer, saciedade e bem-estar. A obesidade não se instala ao acaso, está sempre pautada ao excesso de comida. Por outro lado, as crianças que buscam na comida a fonte de satisfação e o combustível necessário para enfrentar as frustrações do dia-a-dia contam com uma certa dose de aprovação (não consciente) das famílias para tal prática.

Santos (2003) adverte que, em relação ao problema, as crianças, além do fator excesso de comida, versa em agregar a alimentação um refúgio para os seus medos, angústias e temores de rejeição. Dessa forma, pode-se compreender diversos quadros de patologias atuais ou contemporâneas, tanto pelo caráter epidêmico que muitas delas vêm adquirindo quanto das linhas de trabalho que enfatizam, em sua determinação, o papel dos modos hegemônicos de produção de subjetividade.

Assim, se faz necessário olhar com os olhos do outro, viver com ele os obstáculos, as mudanças necessárias, para poder conduzi-lo ao patamar que almejamos.

5. A ESCOLA

Viuniski (2003) especifica que a escola é a melhor janela de oportunidade para promoção da prevenção da obesidade infantil por uma série de motivos, pois a criança faz pelo menos uma refeição por dia na escola. Nesse ambiente é possível trabalhar, de uma forma transversal, noções de educação alimentar, oportunidade (infelizmente perdida) do exercício físico e esporte, potencial da criança de ser um agente de mudança na família, para modificar o estilo de vida dos alunos. O corpo docente tem que repensar o seu próprio, oportunidade de ter uma cantina escolar saudável, projetos integrados, como uma horta.

Moreira (2001) advertiu que a ideia de Promoção de Saúde vem sendo debatida em todo o planeta, na perspectiva de melhorias das condições de saúde do cidadão, e a atenção básica é a porta de entrada do usuário do sistema, conforme discutido anteriormente e, por estar inserida próxima à comunidade, tem maior poder de compreensão de sua dinâmica social, tornando-se local privilegiado de atuação na promoção de saúde e no enfrentamento do peso excessivo, o qual acomete a criança, família e a população.

Em trabalhos realizados por Bonato (2004), fica claro que a aquisição de hábitos alimentares na infância se solidifica na fase adulta, sedimentando o compromisso da escola com a educação em saúde. Este compromisso exige o uso de abordagens educativas que permitam não apenas trabalhar os problemas

alimentares de maneira ampla, mas também, atuar como ferramentade promoção da saúde. A intervenção nutricional no ambiente escolar precisa valer-se de técnicas lúdicas, facilitadoras do aprendizado, tais como teatros de fantoches, jogos, vídeos, exposição de gravuras, cartazes, histórias e músicas, para que se obtenha mudança de conhecimentos.

Estudos indicam que ações de educação nutricional que combinam informação e motivação propiciam conhecimentos e incrementam habilidades para a introdução do tema alimentação no contexto escolar. Souza e VilasBoas (2004), em um de seus estudos concluíram que, apesar dos escolares possuírem o conhecimento, saberem da importância do consumo e saberem onde buscar os alimentos-fonte de vitaminas, muitas vezes não incorporam estes alimentos nas suas refeições, reforçando a necessidade da utilização dasatividades lúdicas.

Oliveira (2003) advoga que a escola e o ambiente familiar são cenários que possibilitam mudanças em relação a hábitos alimentares, tipo de vida e atividade física. No sentido de promover tais mudanças, programas podem ser desenvolvidos, levando em consideração a potencialidade da criança, sua idade, à participação da família e de uma equipe multidisciplinar integrada. Ainda, atividades desenvolvidas em grupos propiciam a socialização e a solidariedade.

A promoção de saúde, num contexto escolar, deverá estar incluída na proposta política pedagógica, envolvendo a estrutura escolar e parcerias no desenvolvimento de ações integradas com diversos assuntos que envolvem a educação, saúde, meio ambiente, trabalho, cultura, música, educação física, alimentação saudável, moradia e outros, conforme Moreira (2001).

Leão (2003) ressalta a importância dos progenitores e da escola na educação das crianças é evidente, visto que a escolha dos alimentos feitos por elas é determinada, também, por diversos fatores. Além disso, existe a dificuldade em estabelecer mudanças no hábito alimentar de crianças, principalmente nas mais velhas, as quais são capazes de escolher seus próprios alimentos para o consumo. É importante considerar que a aplicação de intervenções nutricionais desde a infância parece ser a melhor maneira de reverter o quadro de consumo alimentar inadequado por elas.

6. OBESIDADE E SUAS IMPLICAÇÕES

Goulart (2008) justifica a necessidade do estudo da obesidade/sobrepeso pelo aumento da prevalência na população (crianças, adolescentes) e constitui em um fator de risco importante para algumas doenças. As complicações advindas de obesidade não tratada levam ao aparecimento de doenças de caráter crônico (hipertensão, diabetes, infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral, doença da vesícula biliar, alguns tipos de câncer, etc.) que respondem, na saúde pública, por um número muito grande de consultas, exames e consumo de medicamentos. Há também os distúrbios emocionais, em consequência da super valorização em obter um corpo “sarado”.

A obesidade, uma doença crônica, definida como o acúmulo de gordura no corpo, o qual, por muitas vezes, ocorre devido a um balanço positivo de energia em que a ingestão de nutrientes é maior que o gasto calórico. Ao longo dos anos, tem-se assistido o aumento significativo na incidência da Obesidade Infantil, particularmente nos países desenvolvidos, atingindo, em alguns casos, proporções epidêmicas. Demarzo (2008) define a obesidade como o acúmulo excessivo de tecido gorduroso em relação à massa corporal magra, consequente a um desequilíbrio entre o consumo (ingestão excessiva) e gasto (atividade física reduzida) ou secundária a uma doença. Mello (2004) relata que a mesma vem aumentando de forma significativa, determinando várias complicações na infância e na idade adulta. Na infância, o manejo pode ser ainda mais difícil, pois está relacionado a mudanças de hábitos e disponibilidade dos pais, além de uma falta de entendimento da criança quanto aos danos da obesidade.

Borges (2007) retrata a obesidade como uma patologia multicausal, tendo como influências uma combinação de fatores: genéticos, ambientais, culturais e psicológicos. Nestas faixas etárias, a obesidade tem vindo a tornar-se preocupante devido ao risco aumentado da sua persistência na idade adulta e pelos riscos patológicos associados, causadores de situações incapacitantes na vida diária e morte prematura. Se a morbidade não é frequente em menores, os potenciais obesos sujeitam-se a desenvolver patologias como a Diabetes Mellitus Tipo II, HTA, Enfarte

de Miocárdio e Acidentes Vasculares Cerebrais diversos.

Dentre as características e complicações da criança com peso excessivo, podem ser apontadas: articulares, com maior predisposição as artroses e osteoartrite. O trauma nas articulações é incitado pelo excesso de peso, trazendo complicações ortopédicas, sendo que as articulações dos joelhos são as mais prejudicadas; cardiovasculares: hipertensão arterial, sistêmica e hipertrofia cardíaca, maior risco para arteriosclerose; cirúrgicas, com aumento do risco cirúrgico se houver necessidade do paciente em sofrer alguma intervenção; cutâneas, com maior predisposição à micoses, dermatites e piodermites, estrias, fragilidade da pele nas regiões das dobras e acantose nigrians com escurecimento da pele nas axilas e no pescoço, são alterações dermatológicas mais comumente encontradas na obesidade, assim descreve Mello (2004).

Outras características e complicações estão relacionadas a obesidade como, a relação com o endócrino/atividades metabólicas, com maior possibilidade da predisposição ao diabetes do tipo II; a hipertrigliceridemia, a dispilidemia; problemas gastrintestinais, com o aumento da frequência de litíase biliar, esteatose hepática e esteato hepatite; respiratórias, como a apnéia do sono, asma e intolerância a exercícios, aumento do esforço respiratório, infecções, diminuição da reserva funcional, diminuição da eficiência muscular e microestacias. A criança obesa pode ter uma diminuição do volume residual e do volume expiratório máximo e tendência para redução geral do volume pulmonar, ainda Mello (2004).

Mello (2004) contribuiu, ainda a mais, a nível psico emocional, relatando que a criança obesa pode apresentar sofrimento psicológico decorrente tanto do preconceito social e discriminação devido ao seu comportamento alimentar. A obesidade pode ser prejudicada através de um estímulo ambiental, prejudicando no seu psicossocial, onde poderá ser desencadeado por uma desagregação familiar, por uma separação mãe/filho, delegar por outros o cuidado com a criança e possível depressão materna.

Demarzo (2008) descreve que vários estudos mencionam a escassez de pesquisas no Brasil tratando da obesidade infantil e, mas, pouco são os trabalhos de efetivo combate às causas da obesidade crescente entre crianças e adolescentes. A atuação multiprofissional tem sido a indicação de propostade atuação mais viável apresentada por estes estudos.

A obesidade infantil e suas consequências representam um desafio para os profissionais que trabalham com as crianças e, a intervenção imediata nas práticas preventivas são importantes para evitar problemas futuros. Os dados apresentados motivam e sugerem ações efetivas na busca da solução ou diminuição dos problemas.

Para Fonseca (2001), os limites estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para a ingestão de nutrientes devem-se basear em uma dieta hipocalórica, contendo um consumo total de 30% de gordura e de 10% de açúcar, o colesterol deverá ter 300 mg/dia ou 100mg/kcal e o consumo do sal, não deve ultrapassar 6 g/dia. Devendo haver a ingestão de carboidratos com o mínimo de 50% do consumo calórico total e, os legumes, verduras e frutas deverão ser consumidos em 400g/ dia. Observa-se que a obesidade é uma doença de difícil tratamento e controle, com altos percentuais de insucessos e recidivas pois, costuma ser negligenciado, não só por parte da família, mas também por profissionais que esperam por uma resolução espontânea. Sendo assim, a criança obesa tem grande probabilidade de permanecer com obesidade na vida adulta, e o risco aumenta com a idade, quanto mais tempo a criança permanecer obesa, maior será o risco de se tornar um adulto obeso, pondera Bernardi (2005).

Nas últimas décadas, a obesidade infantil apresentou-se como uma epidemia global, sendo considerada como um problema crônico, representado atualmente como principal distúrbio nutricional dos países industrializados, ressalta Spada (2005).

No Brasil, o crescimento do excesso de peso na infância está presente nas diferentes classes socioeconômicas, influenciando a obesidade por meio da educação, da renda e, da ocupação, resultando em padrões comportamentais específicos que afetam a ingestão calórica, gasto energético e taxa de metabolismo, pois os alimentos mais saudáveis como carnes magras, vegetais e frutas, menos acessíveis para a população de condições de baixa renda.

Atualmente a obesidade pode ser observada com maior frequência nas classes média e alta, pela facilidade de acesso aos *fast-food* de acordo com as

normas de Fonseca (2001). São várias as complicações da obesidade, pois quanto maior o tempo dos indivíduos se manterem obesos, maior o risco de complicações ocorrerem. Há estudos que mostram que as crianças com complicações graves onde apresentam risco de morte, são candidatas a perder peso mais dificilmente assim discorre Spada (2005).

Os fatores ambientais criam um ambiente interno favorável ao desenvolvimento do acúmulo de gordura corporal, tais fatores são estimulados pelos fatores genéticos e biológicos, reconhecidos nas escolhas de alimentos das crianças, a falta das práticas de atividades físicas, pelos hábitos alimentares dos pais, avigorando a hipótese de que ambiente interfere na manutenção ou não, na obtenção do peso saudável. Oliveira (2003) retrata que a hereditariedade pode ser um agente determinante para o sobrepeso e obesidade, mas, se faz necessária amortizar a sua extensão, devida à influência ambiental em que vivem as pessoas.

No contexto da etiologia da obesidade, a maior parte dos pais a atribui a um metabolismo herdado e acreditam que quase nada é possível fazer para alterar um peso já pré-determinado geneticamente. Os pais de crianças mais jovens têm a convicção de que, com o crescimento, o peso se tornará adequado e, portanto, não há motivos para preocupação ou intervenção.

Levando em consideração a idade das crianças, os hormônios sexuais não foram desenvolvidos a ponto de determinar a presença de tecido gorduroso nas meninas, e nos meninos o acréscimo de massa magra, o IMC modificar-se aumentando gradativamente ao longo dos anos e para o desenvolvimento da obesidade, sugere-se que tenha três períodos identificados como cruciais: o primeiro ano de vida; entre os 5-7 anos de idade e; a adolescência. Demarzo (2008) realizou alguns apontamentos, assim, se faz necessário salientar que, independentemente do gênero, a precocidade do distúrbio do peso, poderá provocar maiores chances de se ter sobrepeso na fase adulta.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As atitudes dos adultos interferem, do ponto de vista psicológico, socioeconômico e cultural nas condutas das crianças pois, as mesmas são dependentes do ambiente em que vivem, o qual sendo desfavorável, poderá

proporcionar o aparecimento de distúrbios alimentares que, uma vez alojados, permanecer até que incidam modificações de hábitos no cerne da família. Deste modo, saber das variáveis que acometem o aparecimento do sobrepeso ou obesidade, facilita a identificação de ações que visem a redução, controle e o fim do problema em relação ao excesso de peso.

Poucos são os resultados publicados que relacionam as intervenções nutricionais como um dos métodos de prevenção do excesso de peso na infância. Tais atividades devem envolver os pais como importante força de mudança de comportamento das crianças para obter a alimentação saudável.

Baseado no contexto da obesidade infantil faz-se necessário uma padronização e melhor acompanhamento das crianças portadoras desta patologia, podendo assim intervir e melhorar a qualidade de vida dos portadores e preveni-las na fase adulta, através da realização de grupos e informações sobre a dieta nutricional adequada de acordo com as necessidades calóricas diárias.

Borges (2007) propôs que, em função das explosões econômicas, houve o favorecimento do crescimento urbano, o qual determinou alterações nos estilos de vida do cidadão, modificando os hábitos alimentares, de forma prejudicial à saúde, levando a obesidade. Para além, na atualidade, as diversas possibilidades ou opções de programações da TV, *games*, computadores, celulares proporcionam ao indivíduo comodidades que gerem um estilo de vida inativo.

Oliveira (2003) aponta que há uma significativa associação entre o período de permanência a frente da TV e a incidência do sobrepeso e obesidade, a qual é justificada pela natureza sedentária da atividade, sucedida pelo acréscimo de consumo de lanches e, ainda, a implicação da exposição constante das propagandas de alimentos hipercalóricos. Há uma sucessão de movimentos viciosos: obesidade – diminuição da atividade – assistir TV – comer sem ter fome – obesidade, os quais devem ser interrompidos com intuito de diminuir as taxas de obesidade.

Por enfrentarem várias complicações decorrentes da vida moderna, é essencial que os pais proporcionem aos filhos uma dieta equilibrada e atividades

físicas. Bons hábitos alimentares podem ser aprendidos desde cedo, permitindo que a criança conheça desde os seis meses a maior variedade de sabores possível. A criança aprende pelo modelo dos pais, por isso, quando os veem se exercitando, tal atitude serve de estímulo para que ela aprenda desde cedo a adquirir hábitos saudáveis. Quando os pais são sedentários, os filhos provavelmente o serão, e futuramente poderão desenvolver doenças como hipertensão, diabetes e problemas cardíacos.

A carência de educação continuada em nutrição na atenção básica dificulta o vínculo da cadeia multiprofissional do cuidado, com o consequente isolamento do nutricionista na tomada de decisões clínicas. Profissionais preparados e que façam a ponte entre os serviços de assistência, comunidade e família podem atingir resultados mais otimistas no manejo da criança obesa.

Para tanto, faz-se necessário investir em uma reeducação alimentar, atividades físicas, orientações e educação para que a criança seja menos sedentária, acompanhamento psicológico, quando necessário e, o envolvimento de toda a família. Acrescenta-se a necessidade de um estudo mais amplo nessa perspectiva, a fim de se diagnosticar essa situação vivenciada para fundamentar a adoção de novas práticas de acompanhamento multiprofissional.

REFERÊNCIAS

AROUCA, Sergio. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. SP, UNESP; RJ, FIOCRUZ, 2003

BERNARDI F, Cicherele C, Vítolo RM. **Comportamento de restrição alimentar e obesidade**. Rev Nutr 2005; 18:(1):83-93.

BONATO, J. A. S., PARRA, J. A. Q. **Educação Nutricional na Infância**. Revista Nutrição: Saúde e Performance, São Paulo, ano 5, ed.25, p.28-33, jul./set. 2004.

BORGES CR, Köhler MLK, Leite ML, Silva ABF, Camargo AT, Kanunfre C.C. **Influência da televisão na prevalência de Obesidade infantil em Ponta Grossa, Paraná**. Ciências Cuidado Saúde. 2007 Jul/Set;6(3):305-311.

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde, n. 8.080. Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1990. Disponível e acesso: <http://www.cofen.gov.br/lei-8080-lei->

orgnica-da-saude_4163.html; acesso em 06/12/2021

BRASIL. **Constituição Federal**. Constituição da República |Federativa do Brasil.21.ed São Paulo. Saraiva. 1999.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Obesidade / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 108 p. il. - (Cadernos de Atenção Básica, n. 12) (Série A. Normas e Manuais Técnicos) ISBN 85-334-1066-2

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Estatuto da Criança e do Adolescente / Ministério da Saúde. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.96 p. – (Série E. Legislação de Saúde) ISBN 85-334-1058-1

BUSS, Paulo Marchiori. **Promoção da saúde e qualidade de vida**. Ciência &Saúde Coletiva, 5(1):163-177, 2000

CATRIB, A.M.F. et al. **Saúde no espaço escolar**. In: BARROSO, M.G.T.; VIEIRA, N.F.C.; VARELA, Z.M.V. (Orgs.). Educação em saúde no contexto dapromoção humana. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2003.

CONFERÊNCIA DE ALMA ATA. Disponível em:
www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf. Acesso 02.12.2012.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO DE SAÚDE, Carta de Ottawa. 1986. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em 02/12/2021

COSTA, Elisa Maria Amorim da, et al. **Saúde da Família – Uma Abordagem Multidisciplinar – 2. Ed.** – Rio de Janeiro: Editora Rublo, 2009. ISBN 978-85-7771-039-3.

DÂMASO et al, A. R. **Edtiologia da Obesidade**. In: DÂMASO, A. R. (Coord.). Obesidade. Rio de janeiro: Medsi, 2003. P.3-34.

DEMARZO, M. M. P.; AQUILANTE, A. G. **Saúde Escolar e Escolas Promotoras de Saúde**. In: Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre, RS: Artmed: Pan-Americana, 2008. v. 3, p. 49-76.

FONSECA, J..GM. **Obesidade e outros distúrbios alimentares**. Clin Med 2001;1(6):279-89.

GONÇALVES, F.D, Catrib AMF, Vieira NFC, Souza LJV. **A promoção da Saúde na educação infantil.** Interface. 2008; 12:181-92.

GOULART, Lúcia Maria Horta de Figueiredo. **Saúde da criança e do adolescente:** agravos nutricionais / Lúcia Maria Horta de Figueiredo Goulart e Maria Regina de Almeida Viana. Belo Horizonte: Coopmed, 2008. 92p. : il. color. Caderno de estudo do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF/NESCON/FM/UFMG). ISBN 978- 85 - 7825 - 010 – 2

LEÃO, L.S.C.S, ARAÚJO, L. M. B., MORAES, L.T.L.P. **Prevalência de obesidade em escolares de Salvador, Bahia.** Arq Bras Endocrinol Metab. 2003;47(2):151-7.

MELLO, Elza D. de, LUFT Vivian C., Meyer, Flavia. **Obesidade Infantil,** Jornal de Pediatria - by Sociedade Brasileira de Pediatria Vol. 80, Nº3, 2004.

MOREIRA, L.L.S.; QUEIROZ, I.N.B. **A escola promotora de saúde.** 2001. Disponível em: <<http://www.tevebrasil.com.br/salto/boletins2001/se1txt2.htm>>. Acesso em fevereiro de 2012.

OHARA, Conceição Vieira da Silva, Fujimori, Elizabeth. **Enfermagem e a Saúde da Criança na Atenção Básica.** Baueri, SP- Manole Ltda, 2009. Série Enfermagem.

OLIVEIRA, Ana Mayra A. de; Cerqueira, Eneida M. M.; Souza, Josenira da Silva; Oliveira, Antonio César de Oliveira. **Sobrepeso e Obesidade Infantil:** Influência de Fatores Biológicos e Ambientais em Feira de Santana, BA. Arq Bras Endocrinol Metab vol 47 nº 2, abril 2003.

PEREIRA, Paulo Almeida & Lopes, Liliana Correia (2012). **Obesidade Infantil:** Estudo em Crianças num ATL. Millenium, 42 (janeiro/junho). Pp. 105-125. 109
SANTOS, Andréia Mendes dos. **O excesso de peso da família com obesidade infantil.** Textos & Contextos. Revista Virtual Textos & Contextos. Nº 2, ano II, dez. 2003.

SOUZA, W. A., VILAS BOAS, O. M. G. **Orientação sobre o uso de vitamina A** na saúde escolar: comparação de técnicas pedagógicas. Ciência, Saúde Coletiva, v.9, n. 1, 2004. SKINNER, B. Ciência e comportamento humano. São Paulo: Martins Fonte, 1994.

SPADA VP. **Obesidade Infantil.** Rio de Janeiro: Revinter; 2005.
Villares FMS, Ribeiro MM. Obesidade infantil em exercício. Rev. ABESO 2003; 13.

VIUNISKI. Nataniel. **Projeto Escola Saudável.** A ABESO aposta nessa ideia. Revista da ABESO » Edição nº 16 - Ano IV - Nº 16 - Out/2003 » Projeto Escola Saudável. <http://www.abeso.org.br/pagina/175/projeto-escola-saudavel.shtml>. Acesso 02.12.12.