

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE CONTAGEM  
PSF RETIRO I  
SERGIO LUIZ DE OLIVEIRA**

**A OBESIDADE INFANTIL E JUVENIL:  
SUAS CONSEQUÊNCIAS PARA AS CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

**CONTAGEM  
2010  
SEGIO LUIZ DE OLIVEIRA**

**A OBESIDADE INFANTIL E JUVENIL:  
SUAS CONSEQÜÊNCIAS PARA AS CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

**Professor Orientador: HORACIO**

## RESUMO

Este trabalho teve como tema a obesidade infantil e suas implicações para saúde das crianças e adolescentes, a partir da observação de um número crescente de casos dentro da área de abrangência do psf do retiro 1, foram retratados assuntos ligados a característica dessa doença multifatorial, seus riscos, além do entendimento do papel do enfermeiro durante o processo de tratamento. Buscou-se na bibliografia especializada o método etnográfico que facilita o trabalho do enfermeiro junto com os familiares das crianças e adolescentes. Fica claro que, este trabalho é uma tentativa de rever os assuntos do ponto de vista teórico, privilegiando a reflexão e introduzindo uma proposta de intervenção.

## SÚMARIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>6</b>
<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>12</b>
<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....</b>	<b>12</b>
<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>13</b>
<b>Capítulo 1 A obesidade infantil .....</b>	<b>14</b>
<b>1.1 Características da doença .....</b>	<b>14</b>
<b>1.1.1 Definição e classificação .....</b>	<b>16</b>
<b>1.1.2 Complicações da obesidade infantil .....</b>	<b>18</b>
<b>1.2 Obesidade e atividade física .....</b>	<b>18</b>
<b>1.3 Obesidade e hábito alimentar .....</b>	<b>20</b>
<b>1.4 Orientação sobre modos preventivos.....</b>	<b>21</b>

<b>CAPÍTULO 2 O CUIDADO COM O CORPO.....</b>	<b>23</b>
<b>2.1 Os benefícios da atividade física.....</b>	<b>23</b>
<b>2.2 A prática da enfermagem na prevenção das crianças: o método etnográfico na compreensão da obesidade infantil.....</b>	<b>25</b>
<b>2.3 Educação em saúde: um cuidado de Enfermagem.....</b>	<b>27</b>
<b>2.4 Proposta de intervenção.....</b>	<b>27</b>
<b>CONSIDERAÇÕES GERAIS.....</b>	<b>328</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>339</b>

## Introdução

Este trabalho tem o intuito de refletir sobre a obesidade infantil e suas conseqüências para a saúde da criança e do adolescente. Dizer que criança gordinha é criança saudável é coisa do passado. Hoje é consenso que criança saudável é aquela que está dentro do seu peso e tem uma alimentação equilibrada. E quanto mais cedo a obesidade se apresentar, mais doenças associadas a ela vão surgir. Diabetes, hipertensão arterial, aumentam de colesterol e triglicérides levam a doenças do coração e problemas ortopédicos, já está relatada em literatura a ligação entre obesidade e câncer. A obesidade infantil, além dos problemas de saúde física, também traz distúrbios psicológicos. A criança e o adolescente obesos são discriminados, sofrem com os apelidos que ganha, com traumas, frustrações, ansiedade ficando a margem da sociedade desde a infância.

Nos últimos anos tem sido muito discutida a questão da obesidade, em todo o Brasil e em diferentes classes sociais. Muitas pesquisas sobre o tema vêm alertando a sociedade para este tipo de problema. (SANTOS, 1997; MONTEIRO et al. 1995; PIZZATTO, 1992). Assim como a desnutrição, a obesidade especialmente na infância pode trazer sérios danos à saúde global. Segundo MONTEIRO et al. (1995), o Brasil vive um momento de transição nutricional, ou seja, estão ocorrendo mudanças nos padrões alimentares dos indivíduos em conseqüência de modificações em sua dieta decorrente de mudanças sócias, econômicas e influencia da mídia.

PIZZATTO (1992) afirma que a principio o estudo da obesidade pode parecer irrelevante em um país em crise financeira e pessoal, no entanto a obesidade representa um fenômeno de incidência cada vez

mais elevada tanto entre as classes desprivilegiadas economicamente, como nas mais abastadas, não apenas no Brasil, mas em todos os países.

Segundo o Censo 2000, o número de indivíduos entre 0 e 19 anos corresponde a 40.2% da população total sendo que 38.8% vivem em áreas urbanas. A infância a adolescência são períodos críticos do desenvolvimento em que além da formação de hábitos de vida, sendo a ausência de práticas de exercícios físicos regulares, alimentação inadequada, pode afetar a estrutura do organismo,

A obesidade hoje supera os índices de desnutrição. No Brasil o número de obesos é calculado em 17 milhões de pessoas, ou 9,6 % da população (PIZZATTO, 1992). A obesidade na infância pode trazer sérias conseqüências para a saúde como a hipertensão, o colesterol alto, problemas cardíacos, morte prematura, entre outros.

Por outro lado, como citam WHALEY & WONG (1989), com a evolução da obesidade na criança, na maioria das vezes pode ocorrer sua marginalização pela falta de aceitação das outras crianças consideradas “normais” com relação ao peso. Esta situação leva a criança obesa a ter uma baixa auto-estima, como conseqüência, ela se isola socialmente, brinca menos, se sente envergonhada e come em excesso para aliviar o sofrimento e com isso fecha-se o ciclo vicioso.

Mediante a alimentação adequada em quantidade e qualidade, o organismo adquire a energia e os nutrientes necessários para o bom desempenho de suas funções e para a manutenção de um bom estado de saúde. É de se ressaltar o conhecimento dos prejuízos decorrentes quer do consumo alimentar insuficiente (deficiências nutricionais), quer do consumo alimentar excessivo (obesidade) (MONTEIRO et al. 1995).

Em tempos em que os principais meios de diversão de crianças e adolescentes são o computador e o videogame, um problema cresce

de forma cada vez mais rápida: a obesidade infantil. Em um recente levantamento, a Organização Mundial da Saúde (OMS) detectou índices preocupantes: 155 milhões de jovens apresentam excesso de peso em todo o mundo, ou seja, uma em cada dez crianças é obesa. Só no Brasil, a obesidade cresceu aproximadamente 240% nos últimos 20 anos. De acordo com a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, o país apresenta 6,7 milhões de crianças com esse problema. Segundo dados da Sociedade Brasileira de Pediatria, nos últimos 30 anos o índice de crianças obesas passou de 3% para 15% no país. Em nosso país, segundo o IBGE 2002/2003 De acordo com dados da pesquisa de orçamento familiares o número de meninos obesos mais que triplicou, passando de 3.9% em 1974/1975 para 17.9% em 2002/2003. Para as meninas este aumento foi de 100% passando de 7.0% para 15% no mesmo período. Há diferenças regionais no excesso de peso, sendo norte-meninos 15.3%, meninas 13.9%, nordeste 11.8%-11.6%, sudeste 21.5%-18%, sul 22.6%-17%, centro-oeste 19.3%-15.6% Como é consenso, atualmente, a obesidade deve ser prevenida desde cedo. O jornal SUPER NOTICIA, de 22/09/2009, publicou uma matéria sobre obesidade infantil como pandemia, ressaltando resolução da Anvisa para restringir propaganda de alimentos com excesso de gordura açúcar sal e sódio, e um alerta de que 30% dos jovens brasileiros estarão obesos em 2020. É nada melhor do que conhecer um pouco sobre essa doença para preveni-la, ou remediá-la. Além de danos psicológicos envolvidos, a obesidade desencadeia tantas doenças que é impossível não levá-la a sério. Diabetes, doença cardiovascular, lesões ortopédicas e musculares e problemas de pele podem ser algumas das suas conseqüências. A obesidade é uma doença multifatorial, ou seja, de difícil tratamento, por ter várias causas envolvidas. Didaticamente, os fatores desencadeantes da obesidade são divididos em internos



(biológicos) e externos (ambientais). São esses fatores que associados ou isolados, desencadeiam a obesidade.

Por isso, a reeducação alimentar está na ordem do dia para todos que comem de forma irregular. Não é fácil tratar da perda de peso em crianças e adolescentes. Com a ajuda dos familiares, professores e amigos, porém, o desafio fica menos difícil. É fundamental a conscientização e a motivação dessas crianças para o sucesso do tratamento.

Devemos prevenir a obesidade desde o nascimento da criança, estimulando o aleitamento materno. O sobrepeso como reserva energética para o crescimento pode existir em alguns momentos, mas sempre despertando a atenção dos pais. Nossa primeira atitude é mudar a crença de que comer muito é sinônimo de saúde. Como já vimos, o tratamento da obesidade é extremamente difícil, sabe-se também que quando a criança é obesa a chance de ela se tornar um adulto obeso é de 40%. Já para o adolescente obeso a probabilidade aumenta para 75%. Isto porque o ganho de peso acima do esperado, na infância e adolescência, acarreta um aumento irreversível do número de células gordurosas (DIAZ, 2000).

Portanto, fiquemos atentos: crianças que começam a apresentar um ganho de peso excessivo, percentil elevado na curva do cartão da criança ou seja, sinais de obesidade, devem ser avaliadas sobre os aspectos nutricionais, sobre seus hábitos alimentares e comportamento diante dos alimentos. E também seus familiares. Se detectada no início, apenas pequenas correções na alimentação da criança e da família serão suficientes para prevenirmos esse mal que é a obesidade.

Mas infalivelmente vem sempre a questão de como tratar um problema de saúde tão complexo. O problema básico é genético ou

ambiental? Se a base é genética, adianta tentar algum tipo de tratamento? Em que idade se deve iniciar o tratamento? Quais os profissionais devem ser utilizados no processo. A maioria dos autores tem concordado que a base genética é fundamental na obesidade e alguns estudos têm mostrado que gêmeos criados em ambientes diferentes seguem o padrão de peso de seus pais biológicos e não de seus pais adotivos. Para Pardo et al. (2001), muitas questões que estão envolvidas na obesidade mostram-se de caráter genético tais como a baixa atividade física, com baixo gasto energético, a extrema capacidade de “incorporar na sua massa adiposa, qualquer excesso alimentar”.

Tem se atribuído ao sedentarismo e à mudança de hábitos alimentares, introduzindo-se alimentos hipercalóricos, ricos em lipídeos e carboidratos, nos cardápios diários, a causa básica da obesidade é possível que a vontade de comer e de se exercitar sejam determinadas por genes específicos. Não devemos atribuir os maus hábitos a uma falta de amor próprio ou a uma auto-imagem distorcida porque certamente, estaremos sendo injustos com uma boa parte de nossos obesos (PARDO et al., 2001).

Pensando nestas relações descritas acima, descrevo o trabalho da seguinte maneira, divido o mesmo em dois capítulos que estão separados em dois módulos de principal importância para nossas reflexões e questionamentos:

O primeiro capítulo fala sobre a Obesidade infantil, as características principais da doença, porque as crianças estão sendo tão vitimadas com esta doença e quais as doenças vinculadas a ela. O intuito deste capítulo é dar um panorama geral das doenças em especial no Brasil, porque para propor qualquer atitude ou refletir sobre o crescimento dessa doença, requer um entendimento do que se passa na

cabeça de uma criança ou adolescente para chegar a ser um compulsivo por comida, mas é lógico que componentes genéticos podem estar associados .

No Capítulo 2, é tratado o cuidado com corpo, o sedentarismo é um dos principais aspectos que podem levar as crianças e adolescentes a obesidade, entender como o método etnográfico pode ser usado pelo enfermeiro e analisar toda essa questão do ponto de vista da educação. Revendo-se conceitos e propondo cuidados diferenciados para que a criança e o adolescente possam ter uma vida com qualidade.

## **OBJETIVOS**

Compreender como a obesidade infantil pode provocar alterações comportamentais e físicas na saúde das crianças e adolescentes.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Refletir sobre dados de obesidade infantil, descrevendo as características da doença.
- Entender o método etnográfico como ferramenta que facilite o trabalho do - profissional da enfermagem.
- Analisar o papel do enfermeiro no processo de cuidado com crianças e adolescentes obesas.
- Proposta de intervenção
- Implantação da proposta de intervenção
- Instrumentos de avaliação da proposta de intervenção

## **METODOLOGIA**

Esta pesquisa é uma revisão bibliográfica da literatura especializada em obesidade infantil. Este é um trabalho descritivo, com informações provenientes de estudos feitos sobre o tema proposto, além de ser analisado a situação das crianças e adolescentes obesos. Além da descrição da etnográfica como ferramenta para o melhor entendimento do que a criança e o adolescente percebem como saudável.

Pretendeu-se delinear aspectos importantes no entendimento da obesidade infantil e de adolescentes até 19 anos de idade. O uso de artigos, e outras referências foram utilizados para dar o embasamento teórico necessário ao entendimento e argumentação sobre o tema.

## CAPÍTULO 1 A OBESIDADE INFANTIL

### 1.1 Características da doença

A obesidade constitui-se num dos mais antigos problemas metabólicos de que se tem notícia e tem desafiado tantos quanto se propõem a criar soluções práticas e duradouras. Muito se conhece a respeito das repercussões do excesso de tecido adiposo no organismo humano, mas as causas que determinam o aparecimento e agravamento do estado de obesidade permanecem pouco claras (DAMIANI et al., 2000).

Fatores genéticos, sociais, econômicos, psicológicos, todos certamente tem sua parte numa etiologia bastante complexa de um problema que não pode ser supersimplificado, afirmando-se que o obeso ingere mais calorias por falta de disciplina.

A obesidade é o acúmulo excessivo e generalizado de gordura subcutâneo e em outros tecidos. Evidentemente o aumento de peso corpóreo devido ao desenvolvimento de massa muscular ou devido a uma estrutura óssea mais compacta não se enquadra na definição de obesidade. Decorre disto que o peso isoladamente não pode ser usado como critério para definir a obesidade. Mas há um índice que ajuda a compreender se a criança está obesa ou não, mas que deve ser correlacionado com os outros fatores já determinados acima. A fórmula é a seguinte: **Índice de Obesidade = peso corpóreo medido/ peso ideal -1 X 100**, ou seja, esse índice avalia quanto o peso da criança excede o seu peso ideal obtido do percentil 50 de sua altura. De acordo com esse critério, uma obesidade é considerada leve quando o índice

de obesidade se encontra de 20-30%, moderada quando é 30-50% e severa quando excede 50% (DAMIANI, 2000).

Um problema grave deste método é ele assumir que qualquer aumento acima do peso ideal represente aumento de gordura. Outro problema é selecionar o peso ideal para determinada altura, principalmente na época da puberdade, onde a criança com a mesma altura apresenta composições físicas diversas e, portanto, pesos diferentes, já que o aumento de massa magra levando à elevação do peso não produz aumento de gordura corpórea.

A Organização Mundial da Saúde relata que a obesidade infantil vem aumentando no mundo inteiro, inclusive no Brasil. O manejo da obesidade na infância é um desafio, pois está associado à mudança de hábitos familiares, principalmente dos pais, juntamente com a falta de entendimento da criança e o do adolescente quanto ao real valor do problema (VEIGA, 2003).

A criança obesa, por razões absolutamente compreensíveis, é ainda mais desafiadora já que, via de regra, a criança não tem a vaidade que os adolescentes e adultos passam a ter e, portanto, reeducar sua alimentação é entendido como um castigo. Daí, a cooperação, tão fundamental para que se obtenha um bom resultado final, fica muito comprometida. A verdade é que a obesidade tem aumentado sua prevalência de forma assustadora.

É um fato comprovado que desde 1960 tem havido um aumento progressivo da prevalência de obesidade em diversas populações do mundo, chegando, nos Estados Unidos da América do Norte a taxas verdadeiramente alarmantes: Num estudo realizado pelo *National Health and Nutrition Examination Survey* mostrou que 22% da população norte-americana adulta é obesa, definida por índice de massa

corpórea (IMC= peso/quadrado da altura) superior a 27,8 para homens e 27,3 para mulheres (CÔRREA, 2004).

Podemos dizer que a incidência de obesidade dobrou nos últimos 30 anos. Quinze a vinte e cinco por cento das crianças adolescentes nos EUA são obesas. Nos últimos 10 anos, tem havido aumento de 50% nessas cifras. Na Inglaterra, a proporção de obesos duplicou entre 1980 e 1991 (CÔRREA, 2004). Como se pode ver, a obesidade não tem nada de benigno e cerca-se de complicações em potencial que ultra-passam as questões meramente estéticas. Dessa forma, a abordagem para o problema não pode ser tão “suave” como usualmente vemos : todo empenho em evitar sérias complicações cárdio-vasculares, melhorar a qualidade de vida, minimizar os estigmas sociais e inclusão social hoje associados ao problema, deve ser posto em ação para que haja uma melhor qualidade de vida, isto requer que todos os profissionais estejam atentos ao problema.

### **1.1.1 Definição e classificação**

Na definição da obesidade, o visual do copo é o grande elemento a ser utilizado, observando o aumento da gordura corporal. É importante saber que o corpo está dividido em dois tipos de tecidos:

- ▶ massa gorda – é composta pela gordura presente em todo organismo e tem função de armazenar energia, proteger o corpo contra o frio e impactos e produzir hormônios;
- ▶ massa magra – representada pelos músculos que dão sustentação e movimento ao corpo.



Existem vários métodos para diagnosticar e classificar a criança em obesa ou com sobrepeso. Em geral, utiliza-se o Índice de Massa Corporal (IMC). Este calculado pela seguinte fórmula:

$$\text{IMC} = \text{peso (Kg)}/\text{altura(m)}^2$$

No caso de crianças e adolescentes, o resultado obtido deve ser comparado com os valores de referência específicos para idade e sexo. Os valores do IMC acima dos quais a criança e o adolescente podem ser considerados com sobrepeso ou obesidade estão na tabela a seguir:

<b>Categoria</b>	<b>IMC</b>	
<b>Abaixo de peso</b>	<b>18,5</b>	<b>do Abaixo de</b>
<b>Peso normal</b>	<b>18,5 - 24,9</b>	<b>Peso</b>
<b>Sobrepeso</b>	<b>25,0 - 29,9</b>	<b>Saudável</b>
<b>Obesidade Grau I</b>	<b>30,0 - 34,9</b>	<b>equivale ao peso</b>
<b>Obesidade Grau II</b>	<b>35,0 - 39,9</b>	<b>Normal.</b>
<b>Obesidade Grau III</b>	<b>40,0 e acima</b>	

### **1.1.2 Complicações da obesidade infantil**

A obesidade, já na infância, está relacionada a várias complicações. E quanto mais tempo os jovens se mantêm obesos, maiores são a chance de ocorrência das complicações e a sua precocidade. Os estudos indicam que o adolescente obeso aos 13 anos de idade tem maior chance de ficar obeso na vida adulta. Colesterol elevado, fumo, pressão alta, diabetes melito e o hábito de não praticar exercícios físicos são fatores de risco para as doenças do coração, que se torna ainda maior quando associado à obesidade (WHALEY e WONG, 1989).

O excesso de peso pode levar ao aumento do colesterol, triglicerídeos e redução da fração HDL colesterol (“colesterol bom”). A perda de peso melhora os níveis de colesterol e triglicerídeos, diminuindo o risco de doenças do coração (SILVA et al., 2005).

A aterosclerose é doença causada pelo depósito de colesterol nas artérias e pode ter início na infância e levar ao desenvolvimento de doença avançada na vida adulta. A solicitação de exames para crianças e adolescentes, periodicamente, não é recomendada embora seja pratica comum. Entretanto, deve ser realizada, em algum momento, entre os 2 e os 19 anos de idade nas situações de risco (PARDO, et al., 2001).

## **1.2 Obesidade e atividade física**

A criança e o adolescente tendem a ficar obesos quando sedentários, e a própria obesidade poderá fazê-los ainda mais sedentários. A atividade física, mesmo que espontânea, é importante na

composição corporal por aumentar a massa óssea e prevenir a osteoporose e a obesidade.

Hábitos sedentários, como assistir televisão e jogar videogame, contribuem para diminuição do gasto calórico diário. A taxa de obesidade em crianças que assistem televisão durante menos de uma hora diária é de 10%, enquanto o hábito de persistir por três, quatro, cinco ou mais horas por dia na frente da TV está associado a uma prevalência de obesidade (SCHARTZMAN e TEXEIRA, 2001).

A escolha da atividade adequada para os jovens é importante. A criança e o adolescente obesos, em geral, são menos hábeis no esporte (FERRIANI et al., 2000). Para a atividade física sistemática deve-se fazer uma avaliação clínica criteriosa. No entanto, a ginástica formal, feita em academia, dificilmente é tolerada por um longo período, porque é um processo repetitivo, artificial e pouco lúdico. Além disso, freqüentemente, os pais ou responsáveis têm dificuldade de levar as crianças em atividades sistemáticas, tanto pelo custo quanto pelo deslocamento. Portanto, devem-se ter idéias criativas para alimentar a atividade física, como descer escadas do edifício onde mora, jogar balão, pular corda, caminhar na quadra, além de ajudar nas lides domésticas dentre outras..

O aumento da atividade física, portanto, é uma meta a ser seguida, acompanhada da diminuição da ingestão alimentar. Além disso, fazer mais exercícios estimula os jovens a escolherem alimentos menos calóricos.

### 1.3 Obesidade e hábito alimentar

Um bom controle da saciedade é difícil de se estabelecer e pode ser um fator de risco para desenvolver obesidade, tanto na infância quanto na vida adulta. Quando as crianças são obrigadas a comer tudo o que é servido, elas podem perder o ponto de saciedade. A saciedade se origina após o consumo de alimentos, suprime a fome e mantém essa inibição por um período de tempo determinado.

Assim, o tamanho do prato ou porção servida não é o determinante da saciedade, a criança pode ter ficado satisfeita antes, ou então querer comer mais ainda. Existem alguns hábitos alimentares mais relacionados com a obesidade. O aleitamento materno tem se destacado como um fator protetor importante. No entanto, hábitos como não tomar o café da manhã, jantar consumindo grande quantidade calórica, ingerir uma variedade limitada de alimentos e em grandes porções, consumir em excesso líquidos leves mas calóricos e ter uma inadequada prática de alimentação precoce são prejudiciais e indutores da obesidade.

O hábito do consumo de lanches tem aumentado muito entre os jovens e as pesquisas mostram que a densidade calórica desses lanches tem aumentado cada vez mais. A tendência da manutenção desse comportamento contribui para o aumento da obesidade na infância e adolescência (MENDES et al., 2001).

Para Burrows et al. 2001), os pais exercem uma forte influência sobre a ingestão de alimentos pelas crianças. Entretanto, quanto mais os pais insistem no consumo de certos alimentos, menor é a probabilidade de que elas os consumam. Da mesma forma, a restrição por parte dos pais pode ter um efeito deletério na primeira infância,

recomenda-se que os pais forneçam às crianças refeições e lanches balanceados, com nutrientes adequados e que permitam às crianças escolher a qualidade e a quantidade que elas desejam comer desses alimentos saudáveis.

#### **1.4 Orientações sobre modos preventivos**

Como a obesidade pode ser dividida em endógena ou exógena, o primeiro passo é determinar a sua origem. Nos casos de obesidade endógena, que significa a minoria dos casos, diagnosticar a doença básica e tratá-la é a prioridade. Já nos casos de origem exógena, ou seja, quando há um desequilíbrio entre a ingestão e o gasto calórico, modificar hábitos alimentares e aumentar atividade física são as primeiras mudanças a serem adotadas.

Quanto à orientação dietética, é fundamental que ela determine a perda de peso controlada ou a manutenção do mesmo, para que o crescimento e o desenvolvimento mantenham-se normais. Crianças menores devem manter o peso ou ganhar pouco peso, mais do que perder, para que não comprometam o seu crescimento.

Em vários estudos sobre a família fica claro algumas ações que podem ser tomadas em conjunto (ELSEN, 2004; LIMA, 1999; NÓBREGA et al., 1996). Em resumo, as modificações de comportamento devem ser adotadas por toda a família e as seguintes dicas são importantes:METODOS;

- ▶ Estimular aleitamento materno e limitar a introdução de alimentos sólidos precocemente.

- ▶ Estabelecer horários para as refeições e lanches: intervalo mínimo de uma hora e meia e máximo de três horas.

- ▶ Encorajar a autonomia das crianças e adolescentes no controle da sua ingestão alimentar.
- ▶ Diminuir o tamanho das porções e não insistir que a criança raspe o prato.
- ▶ Evitar a sobremesa.
- ▶ Não saciar a sede com chás, sucos ou refrigerantes, estimular beber água.
- ▶ Não ter em casa alimentos que façam a criança sair do manejo.
- ▶ Não usar adoçantes de forma indiscriminada.
- ▶ Mudar o hábito familiar de comemorar situações comendo.
- ▶ Não comer assistindo televisão.
- ▶ Limitar o tempo de assistir televisão por 2 horas por dia.
- ▶ Estimular rotineiramente a atividade física, incluindo jogos não-estruturados em casa, na escola e na comunidade.
- ▶ Os pais devem participar e dar exemplo é fundamental.

A prevenção continua sendo o melhor caminho. As iniciativas de prevenção são as mais eficazes, principalmente se forem iniciadas antes da idade escolar e mantidas durante a adolescência. Uma grande aliada na prevenção deve ser a escola, que pode promover orientação quanto à dieta saudável e a prática de atividades físicas.

A obesidade infanto-juvenil é um sério agravo para a saúde e prevenir significa diminuir, de uma forma racional e menos onerosa, a incidência de doenças crônico-degenerativas na vida futura.

## **CAPÍTULO 2 O CUIDADO COM O CORPO**

### **2.1 Os benefícios da atividade física**

O exercício físico regular resulta benefícios para o organismo, como melhora na capacidade cardiovascular e respiratória, diminuição na pressão arterial em hipertensos, melhora na tolerância à glicose e na ação da insulina. O exercício regular está associado com diminuição da mortalidade em geral a longo prazo (DENGEL *et al.*, 1998). A atividade física compreende uma gama de dimensões que incluem todas as atividades voluntárias, como as ocupacionais, de lazer, domésticas e de deslocamento.

A redução do nível de atividade física e sua relação com a ascensão na prevalência da obesidade refere-se às mudanças na distribuição das ocupações por setores (exemplo: da agricultura para a indústria) e nos processos de trabalho com redução do esforço físico ocupacional; das alterações nas atividades de lazer, que passam de atividades de gasto acentuado, como práticas esportivas, para longas horas diante da televisão ou do computador; e do uso crescente de equipamentos domésticos com redução do gasto energético da atividade, como por exemplo, lavar roupa à máquina ao invés de fazê-lo manualmente (ANJO, 2001).

Desde que obesidade e hipercolesterolemia foram consideradas como fatores de risco cardiovascular, estudos surgiram na tentativa de modificar estes fatores já na infância, e a mudança do estilo de vida com dieta e exercício tornou-se uma arma importante (BECQUE, *et al.*, 1988).

Os hábitos de atividade física, adquiridos durante a infância e a adolescência, tendem a se manter durante toda a vida (ALVES *et al.*,

2005). Tendo em vista os inúmeros benefícios que o exercício físico regular induz, este deve ser parte das estratégias de redução de gordura corporal.

As crianças vêm se tornando cada vez mais vulneráveis ao excesso de peso, numa versão "júnior" da epidemia global da obesidade adulta, inclusive com a presença de resistência a insulina, diabetes melito tipo II<sup>3</sup> e aterosclerose precoce<sup>4</sup>, compondo o quadro da síndrome metabólica (Ribeiro et al., 2006). Neste estudo os autores descobriram que a maioria dos estudantes apresentou hábitos alimentares considerados adversos à saúde, caracterizados pelo consumo de quantidades preocupantes de *junk food*, alimentos ricos em gordura saturada, e pobre em frutas, vegetais e fibras. Vários apresentaram níveis muito baixos de atividade física, longos períodos de tempo despendido em atividades sedentárias, principalmente assistindo à TV, e mais da metade dos participantes da amostra foi composta por indivíduos considerados "muito menos ativo que os outros". Foi encontrada neste mesmo estudo, taxa preocupante de "excesso de peso" e distribuição truncal da adiposidade, as quais, juntamente com padrões adversos de atividade física/sedentarismo, estiveram associadas a níveis elevados de pressão arterial, colesterol total, LDL-c, e baixos níveis de HDL-c.

Os hábitos das crianças e adolescentes brasileiros estão se tornando deletérios a saúde, mas é necessário que pais, médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde, incentivem as atividades físicas e procurem ajudar as crianças e adolescentes a controlar a ingestão de lipídios. É lógico que a família precisa ser bem orientada, e por isso campanhas educativas podem ser estimuladas para que contribuam com informações a cerca dos riscos da obesidade infantil. O enfermeiro tem um papel primordial nisso, por isso, a compreensão dos



mecanismo de d o origem a obesidade infantil devem ser estudados e avaliados, também por estes profissionais de saúde.

## **2.2 A prática da enfermagem na preven o das crianças: o método etnográfico na compreensão da obesidade infantil**

De uma maneira sint tica, compreendeu-se, a partir das idéias dos autores analisados, ser a etnografia uma metodologia de pesquisa qualitativa que tem a finalidade de desvendar a realidade humana, partindo de uma perspectiva cultural (VEIGA e BARROSO, 2001b; VEIGA e VARELA, 2003).

O método etnográfico, na busca de desvendar as 'couraças culturais' para compreender a significância de símbolos, comportamentos e a o es humanas respalda-se no conhecimento empírico, nas experiências e na linguagem explícita e implícita do indivíduo. Nessa perspectiva, a etnografia é um instrumento de pesquisa aplicável   ciência Enfermagem, pois prima, como pilar funcional, por uma visão holística e pela valoriza o da cultura grupal (LIMA et al., 1996).

Reiterando, de forma mais incisiva, o relacionamento intrínseco existente entre Enfermagem e Etnografia, vale ressaltar, o pensamento que Madeleine Leininger propõe: a Etnoenfermagem. Essa é descrita pela enfermeira, em sua Teoria do cuidado cultural, como um estudo sistemático da Enfermagem sobre as crenças do cuidado, os valores e práticas percebidas cognitivamente por uma cultura designada através da sua linguagem local, experiências, crenças e sistemas de valores. O método em Etnoenfermagem exige que o enfermeiro pesquisador deduza o conhecimento e as percep o es culturais sobre as crenças,

práticas e valores de um determinado indivíduo ou grupo (VIEIRA e BARROSO, 2001a).

Durante a análise da bibliografia consultada sobre Etnografia, observou-se a predominância de abordagens sobre a família, tendo em vista que muitos mitos, valores e comportamentos exteriorizados no âmbito social têm suas bases na história familiar, sendo, muitas vezes, esse legado cultural familiar prejudicial à saúde de seus descendentes, por exemplo, a hiperfagia familiar (ROSA et al., 2003).

A partir de uma visão etnográfica, o enfermeiro pode perceber que, especialmente nas culturas de origem latina como a nossa, as refeições hiperfágicas ocorrem constantemente nos momentos de integração e festividade familiar, fortalecendo, no inconsciente infantil, a simbolização do alimento como fonte de alegria e poder. Isso, em sua grande maioria, deve-se à matriarca que mesmo vivendo em uma sociedade patriarcal, no momento das refeições, incorpora um papel ilustre: o de incentivar a alimentação. Todavia, em geral, há um demasiado incentivo, já que a pouca ingestão alimentar da família ou de convidados pode significar, para a matriarca, um sinal de reprovação como mãe, administradora do lar e mulher (VIEIRA e BARROSO, 2001a; LIMA, 1999).

Logo, no aspecto dos distúrbios nutricionais infantis, aqui representado pela obesidade, acredita-se ser fundamental, no cuidado de Enfermagem, a compreensão do contexto cultural no qual a criança obesa e sua família estão inseridos. Dessa forma, o enfermeiro busca fatores determinantes de risco para a gênese da adiposidade infantil.

### **2.3 Educação em saúde: um cuidado de Enfermagem**

O enfermeiro, enquanto vigilante nutricional e educador em saúde, ao se apropriar da Etnografia para a prática do seu cuidado em relação à obesidade infantil numa conjectura familiar inadequada, consegue, além de uma avaliação nutricional familiar efetiva, identificar comportamentos de risco para o excesso de peso infantil como: sedentarismo, alimentação hipercalórica excessiva, desmame precoce, má preparação dos alimentos, superproteção dos filhos ou crises familiares. Isto acontece porque este profissional passa a compreender a significância ou simbolização que esses comportamentos têm na vida da família em questão ou da própria criança obesa.

A contemplação etnográfica sobre a conjuntura familiar, no que diz respeito ao excesso de peso infantil pode facilitar a inserção da educação em saúde e a promoção da mesma na família. Entende-se ser educação em saúde um processo crítico e transformador, no qual o profissional habilitado é o agente promotor de um tipo de comunicação - aprendizagem que visa numa perspectiva individual ou coletiva, uma mudança de comportamento, antes desfavorável e de vulnerabilidade à saúde (VIEIRA e VARELA, 2003; VIEIRA e BARROSO, 2001b).

É notável o papel do enfermeiro como educador em saúde e como sanador de um problema que ainda hoje, o modelo biomédico não conseguiu transpor na terapêutica da adiposidade infantil: a percepção incorreta dos pais acerca do estado nutricional de seus filhos. Por meio da consulta de enfermagem, seja no ambulatório ou no domicílio do cliente, o enfermeiro esclarece aos pais suas funções como educadores e eternos vigilantes nutricionais. Outra função importante, se não for a mais importante, realizada pelo enfermeiro junto aos pais de crianças obesas é adverti-los sobre a perspectiva que os compromete enquanto

referencial biopsicossocial na construção da personalidade infantil, especialmente no caso que nos ocupa: o padrão alimentar. Dessa forma, o enfermeiro, também, incentiva a adoção de um estilo de vida que inclua uma alimentação saudável, práticas físicas cotidianas, amamentação eficaz, alimentos mais naturais e formas de lazer alternativas (VIEIRA e VARELA, 2003).

Atuando desse modo, o enfermeiro, após realizar a educação em saúde, fortalece no inconsciente infantil por meio do exemplo prestado pelos pais que existem outras formas de prazer e satisfação além da alimentação.

Estes cuidados de Enfermagem contribuem de forma substancial, no campo da saúde pública pois ao reduzir a hiperfagia da população infantil e, conseqüentemente a gênese do excesso de peso nessa a Enfermagem atua na prevenção da obesidade adulta e de várias outras patologias associadas a ela que, anualmente, oneram os cofres públicos com gastos em tratamentos e internações decorrentes de doenças que apresentam como um dos fatores de risco a obesidade. Todavia, em nossa concepção, a principal contribuição que a enfermagem traz com os seus cuidados às crianças ou adultos obesos e as famílias destes é a promoção de uma qualidade de vida que, em sua grande maioria, anteriormente, não existia.

## PROPOSTAS DE INTERVENÇÕES

A- Fazer levantamento de todas as crianças e adolescentes da área de abrangência do PSF, utilizando instrumentos de pesquisa, sisvan, ficha de cadastro, bolsa família, arquivo rotativo.

-classificar dentro da curva do crescimento de desenvolvimento e IMC, as crianças e adolescentes em risco de desenvolver a obesidade

-conhecer as crianças obesas e seus familiares em seu habitat

-desenvolver instrumentos de controle nutricional e orientação para a família.

### B - MODO DE AÇÃO

Grupo operacional

Pesagens

Orientação dietética

Ficha de controle

Avaliação nutricional

Avaliação medica

Visita domiciliar programada com equipe multiprofissional

### C - METODOLOGIA

#### INTRODUÇÃO

Desde o nascimento da criança, o aleitamento materno exclusivo, a promoção do crescimento e o desenvolvimento saudável, com enfoque prioritário para a vigilância à saúde da criança mais vulnerável e em risco para a obesidade, são ações que não podem deixar de ser realizadas em sua plenitude .

## CADASTRO

Toda a criança e adolescente residente na área de abrangência do PSF, deve ser cadastrada em livro ata e em ficha de arquivo rotativo, cada ACS responsável por uma micro área devera conhecer seus usuários de risco e fazer o acompanhamento domiciliar do mesmo.

A caderneta da criança devera ser conferida e preenchida com dados relativos ao nascimento crescimento e (curva de peso perímetro cefálico e estatura para a idade) desenvolvimento. Serão identificadas as crianças com sobrepeso, acima do percentil p97, intensificando nestas famílias os cuidados e vigilâncias nutricionais, envolvendo toda a família e a equipe multiprofissional, evitando que a criança venha a se tornar obesa.

## AGENDAMENTO

O agenda mento das consultas e atividades de acompanhamento serão realizadas na unidade mensalmente, devendo estar envolvidos na ação o enfermeiro o medico o auxiliar de enfermagem e os agentes comunitários de saúde com apoio na referencia do pediatra e do nutricionista, da saúde bucal e da saúde mental.

## CONTROLE DE FALTOSOS

A equipe devera realizar o controle dos faltosos a partir de um arquivo rotativo ou livro de registro.

## PROPOSTA DE INTERAÇÃO DO PSF COM A ESCOLA

A interação da saúde com a escola visa promover ações relacionadas ao

adolescente escolar, o profissional de educação tem papel importante como agente orientador de hábitos, a parceria visa atuar em conjunto abordando temas de interesse mútuo e modelador de uma consciência nutricional.

## ESTRATEGIA DE AÇÃO

Apoiar continuidade ações integradas

Aproximar o profissional de saúde da sala de aula, visando a faixa etária do adolescente.

Auxiliar nas atividades de prevenção promoção de saúde na escola

Acompanhar crescimento e desenvolvimento pondero estatural (nesta fase os adolescentes ganham cerca de 20% de sua estatura final e 50% de seu peso adulto) do aluno em seu meio estudantil

Interação com nutricionista responsável pela merenda escolar

## DINAMICA

Utilização de dinâmicas de grupo

Palestras, discussão de texto, discussão de casos, apresentações lúdicas, apostilas , jogos ,vídeos ,folders e cartazes

EQUIPE BASICA - Medico enfermeiro, técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde.

EQUIPE DE APOIO - Pediatra, saúde bucal, nutricionista, equipe saúde mental.

## CONSIDERAÇÕES GERAIS

Concluindo esse exercício reflexivo, pode-se destacar a família como um grupo que possui relações sociais dinâmicas e que durante todo o seu processo de desenvolvimento pode influenciar vários aspectos da vida de seus membros, entre eles, a nutrição. Pais ou parentes detentores de um estilo de vida que propiciem o seu acúmulo de peso estão, muitas vezes inconscientemente, construindo, no intelecto infantil, um padrão alimentar e de vida que condiciona o surgimento da adiposidade.

O enfermeiro, ao se utilizar do método etnográfico como recurso de cuidado, pode compreender e perceber a gênese da obesidade infantil numa dinâmica familiar prejudicial à saúde, já que este método aguça sua percepção para comportamentos que estimulam a hiperfagia e o sobrepeso pediátrico no ambiente familiar. Por causa disso, o enfermeiro pode reconhecer os pontos de vulnerabilidade à saúde desses clientes e, adequadamente, implantar o processo de educação em saúde. Em suma, o enfermeiro pode conscientizar seus clientes para a adoção de um estilo de vida mais saudável, assim, esse profissional estará cumprindo sua missão enquanto agente diferenciador na colaboração da saúde pública no Brasil.



## REFERÊNCIAS

ALVES, J. G. B.; MONTENEGRO, F. M. U.; OLIVEIRA, F. A.; ALVES, R. V. Prática de esportes durante a adolescência e atividade física de lazer na vida adulta. Rev Bras Med Esporte vol.11 no.5 Niterói Sept./Oct. 2005.

ANJOS L.A. Obesidade nas sociedades contemporâneas: o papel da dieta e da inatividade física. In: Anais do 3º Congresso Brasileiro de Atividade Física e Saúde. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; p. 33-4. 2001.

BECQUE, M.D; KATCH, V.L; ROCCHINI, A.P; MARKS, C.R; MOOREHEAD C. Coronary risk incidence of obese adolescents: reduction by exercise plus diet intervention. Pediatrics;81(5):605-12. 1988.

BURROWS A.R., GATTAS V.Z., BERRERA G.A. Características biológicas, familiares y metabólicas de la obesidade infantil y juvenil. Rev Med Chile out, 29 ( 10): 1-12, 2001.

CORRÊA, N.C. Qual o segmento da população mais afetado? Revista CRN-69. p.9-10. jan 2004.

Damiani D., Carvalho D.P.C., Oliveira R.G. Obesidade na infância – um grande desafio!. Pediatría Moderna, XXXVI : 489-528,2000.

DENGEL, D.R., HAGBERG, J.M., PRATLEY, R.E., ROGUS, E.M., GOLDBERG, A.P. Improvements in blood pressure, glucose metabolism,

and lipoprotein lipids after aerobic exercise plus weight loss in obese, hypertensive middle-aged men. *Metabolism*, London, v.47, n.9, p.1075-1082, 1998.

DIAZ M.P. Percepción materna del estado nutritivo de sus hijos obesos. *Rev Chil Pediatrjul*; 71 ( 4): 1-7. 2000.

ELSEN I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: Elsen I. O viver em família e suas interfaces com a saúde e a doença. Maringá: UEN; p.19-27. 2004.

FISBERG M. Obesidade na infância e na adolescência - Uma verdadeira epidemia. *Arq Bras Endocrinol Metabol*; 47 ( 2): 10-3. 2003.

LIMA A.J. Obesidade infantil. In: *Pediatria essencial*. Rio de Janeiro: Ateneu. p. 91-8, 1999.

LIMA C.M.G, DUPAS G, OLIVEIRA I, KAKEHASHI S. Pesquisa etnográfica: iniciando sua compreensão. *Rev Latinoam Enfermagem*, jan; 4 ( 1): 21-30. 1996.

MENDES, F.S.V.; PRIORE, S.E.; RIBEIRO, S.M.R. et al. Avaliação do estilo de vida e condições nutricionais de adolescentes atendidos em um programa específico. *Rev. Nutrição em Pauta*, n.2, p.20-24, 2001.

MONTEIRO, C.A. et al. Da desnutrição para a obesidade: a transição nutricional no Brasil. In: MONTEIRO,C.A.(org) *Velhos e novos males da saúde no Brasil*. São Paulo, Hucitic,. p.248-54. 1995.

Nóbrega F.J, Campos A.L.R. Distúrbios nutricionais e fraco vínculo mãe/filho. Rio de Janeiro: Revinter;. p. 1-68. 1996.

RIBEIRO, R. Q. C.; LOTUFO, P. A.; LAMOUNIER, J. A.; OLIVEIRA, R. G.; SOARES, J. F.; BOTTER, D. A. Fatores adicionais de risco cardiovascular associados ao excesso de peso em crianças e adolescentes. O estudo do coração de Belo Horizonte. Arq. Bras. Cardiol., vol.86, no.6, São Paulo, Jun., 2006.

PIZZATTO, V.T. Obesidade infantil. São Paulo, Sarvier,1992. Notícias. Edição nº76. Dez, 2004.

ROSA N.G., LUCENA A.F., CROSSETTI M.G.O. Etnografia e Etnoenfermagem: métodos de investigação em enfermagem. Revista Gaúcha de Enfermagem, abr., 24(1): 14, 2003.

SCHARTZMAN, F.; TEIXEIRA, A.C..Educação nutricional prevendo a obesidade. Revista Nutrição em Pauta. n.60, p.19-20, Set, 2001.

VEIGA G.V. Obesidade na infância e na adolescência: um problema em saúde pública. In: Fisberg M. Obesidade na adolescência. São Paulo: Instituto Danone; 2003.

VIERA L.J.S, BARROSO M.G.T. A abordagem etnográfica como caminho na ampliação do cuidado de enfermagem. Rev.RENE, Fortaleza (CE) jan/jul; 2 ( 1): 9-14. 2001a.

VIEIRA L.J.S., BARROSO M.G.T. Conceitos de cultura - uma compreensão necessária para o cuidado de enfermagem. RECCS, jul; 14 ( 4): 32-5. 2001b.

VIEIRA N.F.C, VARELA Z.M.V. Educação e saúde no contexto da produção humana. Fortaleza: Demócrito Rocha; 2003. p.5-15.

WHALEY, L.F; WONG, D.L. Enfermagem Pediátrica. 2ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1989.

CENSO 2000

IBGE 2002/2003