

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

FELIPE CALIMAN REIS

**PLANO DE AÇÃO PARA COMBATE AO SOBREPESO E À
OBESIDADE EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM
DEFICIÊNCIAS FÍSICAS E COGNITIVAS**

BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS

2017

FELIPE CALIMAN REIS

**PLANO DE AÇÃO PARA COMBATE AO SOBREPESO E À
OBESIDADE EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM
DEFICIÊNCIAS FÍSICAS E COGNITIVAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo

BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS

2017

FELIPE CALIMAN REIS

**PLANO DE AÇÃO PARA COMBATE AO SOBREPESO E À
OBESIDADE EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM
DEFICIÊNCIAS FÍSICAS E COGNITIVAS**

Banca examinadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo – orientadora

Prof. Ms. Daniela Coelho Zazá

Aprovado em Belo Horizonte, em: 09/03/2017

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho às crianças e adolescentes atendidas em minha atuação como profissional de educação física, bem como seus familiares, que superam barreiras vivenciadas na sociedade apesar de todas as dificuldades, ensinando-nos a cada dia sobre dar valor às nossas bênçãos e desvalorizar problemas insignificantes.

AGRADECIMENTOS

Agradeço às equipes de Reabilitação Infantil e de Educação Física do Hospital Sarah de Belo Horizonte pelo aprendizado diário; à equipe do curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família, pela proximidade durante este período; e à Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo pela dedicação e compreensão no processo de elaboração deste trabalho.

RESUMO

A obesidade e o sobrepeso têm sido condições de saúde de ampla prevalência na infância e adolescência, sendo este aumento um fenômeno global. No trabalho realizado por equipe interdisciplinar de um hospital de reabilitação em Belo Horizonte, observamos que esta tendência segue também em menores com deficiências físicas e cognitivas, causando impactos negativos na qualidade de vida destes indivíduos e de suas famílias. As dificuldades de locomoção e acessibilidade, o preconceito na sociedade, a falta de políticas públicas e o isolamento social são algumas das causas para estes problemas, levando a níveis elevados de sedentarismo e à adoção de hábitos não saudáveis. Este trabalho teve como objetivo formular um plano de ação, considerando os contextos dos serviços de Reabilitação e de Atenção Básica à Saúde, visando o combate à obesidade e ao sobrepeso em crianças e adolescentes com deficiências físicas e cognitivas, atendidas neste hospital. Para subsidiar a elaboração desta proposta, nos moldes do Planejamento Estratégico Situacional, foi realizada uma pesquisa bibliográfica nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde para identificar as evidências já existentes sobre o tema deste estudo. Ressalta-se que a equipe interdisciplinar de reabilitação tem um papel fundamental para a atuação sobre este problema, através de ações que incentivem a adoção de um estilo de vida mais saudável e ativo. As Equipes de Saúde da Família e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família devem atuar em conjunto nesta proposta, proporcionando uma maior adesão às orientações, considerando as realidades locais.

Palavras-chave: Sobrepeso. Obesidade. Crianças com deficiências.

ABSTRACT

Obesity and overweight have been health conditions of wide prevalence in childhood and adolescence, and this increase is a global phenomenon. In the work carried out by an interdisciplinary team of a rehabilitation hospital in Belo Horizonte, we observed that this tendency also follows in minors with physical and cognitive deficiencies, causing negative impacts on the quality of life of these individuals and their families. The difficulties of locomotion and accessibility, prejudice in society, lack of public policies and social isolation are some of the causes for these problems, leading to high levels of sedentary lifestyle and the adoption of unhealthy habits. This study aimed to formulate a plan of action, considering the contexts of Rehabilitation and Basic Health Care services, aiming at combating obesity and overweight in children and adolescents with physical and cognitive disabilities, who are attended at this hospital. In order to support the elaboration of this proposal, according to the Strategic Situational Planning, a bibliographic research was carried out in the databases of the Virtual Health Library to identify the existing evidence on the subject of this study. It is emphasized that the interdisciplinary team of rehabilitation has a fundamental role to act on this problem, through actions that encourage the adoption of a healthier and more active lifestyle. Family Health Teams and Family Health Support Centers should work together on this proposal, providing greater adherence to the guidelines, taking into account local realities.

Key-words: Overweight. Obesity. Children with disabilities.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	08
2	JUSTIFICATIVA	11
3	OBJETIVO	12
4	METODOLOGIA	14
5	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	16
6	PLANO DE AÇÃO	21
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
	REFERÊNCIAS	33

1 INTRODUÇÃO

1.1 Identificação do município

Belo Horizonte é a capital do estado de Minas Gerais. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2016), conta com uma população de 2.375.151 habitantes, que é urbana em sua totalidade, residindo em uma área territorial de 331,401Km², com densidade demográfica de 7.167 hab/Km². Ressalta-se da população total do município, 46,88% são homens, enquanto que 53,12% são mulheres. Atualmente, a expectativa de vida ao nascer da população Belo-horizontina é de 76,4 anos. A capital mineira vem vivenciando uma melhora na maioria dos indicadores demográficos desde 1991 quando ocorreu o primeiro censo demográfico do IBGE, e conta atualmente com um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal de 0,810, que corresponde à faixa “Muito Alto”. No geral, estes indicadores estão acima da média nacional (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2016).

Os indicadores educacionais também têm vivenciado uma melhora. Atualmente, 93,68% das crianças de 5 e 6 anos de idade estão matriculadas na escola, 90,01% das de 11 a 13 anos estão nos anos finais do ensino fundamental ou com o mesmo completo, 65,35% dos adolescentes de 15 a 17 anos têm o ensino fundamental completo e 52,84% dos de 18 a 20 anos tem o ensino médio completo (ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO DO BRASIL, 2013).

A renda *per capita* da população é de R\$1.497,29, sendo que 3,80% da população é considerada pobre e 0,79% é extremamente pobre. Sua economia é baseada, principalmente, no setor de serviços, seguido pela indústria (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2016).

1.2 Sistema Municipal de saúde de Belo Horizonte

A rede de média e alta complexidade conta com nove Centros de Especialidades Médicas, quatro unidades de referência secundária, uma policlínica, um Núcleo de Cirurgia Ambulatorial, um Centro Municipal Oftalmológico, um Centro Municipal de

Imagem e oito ambulatórios conveniados que prestam serviços ao Sistema Único de Saúde municipal em mais de 20 especialidades. Possui vários Hospitais conveniados, a exemplo dos hospitais da rede da Fundação Hospitalar de Minas Gérias (FHEMIG).

O Programa Saúde da Família, implantado em 2002, tem uma cobertura de 86% da população, contando com mais de 500 equipes de saúde da família. Segundo informações da prefeitura (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2016), existem 48 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), 287 Equipes de Saúde Bucal, 58 equipes de Saúde Mental e 46 Academias da Cidade.

O hospital de reabilitação em que estamos inseridos faz parte de uma rede nacional, que foi inaugurada em Brasília, em 1980, após trajetória que se iniciou em 1956 com a criação da Fundação das Pioneiras Sociais. Durante o tempo se expandiu e, atualmente, conta com nove unidades (Belém, Belo Horizonte, Brasília Centro, Brasília Lago Norte, Fortaleza, Macapá, Rio de Janeiro, Salvador e São Luís). Seus princípios estão pautados no trabalho sobre as potencialidades dos indivíduos, transformando-o em agente de sua própria saúde, no trabalho interdisciplinar, na inovação e no serviço humano e de qualidade. As equipes são compostas por médicos de diferentes especialidades em conjunto com uma equipe paramédica, incluindo o profissional de educação física. A unidade de Belo Horizonte, inaugurada em 1997, conta com recursos para diagnóstico e tratamento de adultos e crianças em programas de reabilitação ortopédica, reabilitação neurológica, neuroreabilitação em lesão medular e reabilitação infantil. Na população infanto-juvenil, as patologias mais comumente atendidas são paralisia cerebral, mielomeningocele e malformações congênitas (REDE, 2016).

As crianças e adolescentes atendidos são provenientes de diferentes regiões do estado. Além disso, outros estados, como Espírito Santo e da região sul do país, são atendidos. As famílias estão inseridas em diversas classes sociais, porém é observada uma maior quantidade de usuários de classes mais pobres e com menores recursos disponíveis.

Quando realizamos o diagnóstico situacional da nossa unidade de trabalho

verificamos a existência de muitos problemas de saúde, que afetavam as crianças e adolescentes que estavam sob a nossa responsabilidade nesta unidade. Ao priorizarmos os problemas considerando a aplicação de critérios, selecionamos atuar com as crianças e adolescentes com deficiências físicas e cognitivas que se encontravam com sobrepeso e/ou com obesidade. A escolha foi feita com a participação da equipe multidisciplinar que atua nesta unidade.

A obesidade tem sido considerada como o “mal do século”, em virtude de sua prevalência cada vez mais significativa e do impacto desta condição de saúde na qualidade de vida da população, gerando, também, altos gastos financeiros por parte do poder público. Tem sido considerada como um dos principais problemas de saúde pública dos países desenvolvidos e sua prevalência nas áreas em desenvolvimento tem aumentado significativamente. Em 2010, o número de crianças menores de cinco anos com sobrepeso foi de mais de 42 milhões, sendo 35 milhões residentes em países em desenvolvimento (VERDE, 2014).

Esta condição de saúde na infância tem sido considerada fator de risco para diversas comorbidades, como diabetes tipo 2, hipertensão arterial, dislipidemia, infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico, além de provocar atraso na aquisição de habilidades motoras, interferindo diretamente na qualidade de vida do indivíduo (POETA, 2010).

Pelo exposto, considera-se importante realizar um plano de ação para combate ao sobrepeso e à obesidade em crianças e adolescentes com deficiências físicas e cognitivas.

2 JUSTIFICATIVA

Nas últimas décadas tem sido observada uma tendência de aumento significativo da prevalência de obesidade na população infanto-juvenil. Em 1974, inquéritos nacionais relataram uma prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças de 6 a 9 anos de idade de 4,9%; já em 1996/1997, este indicador subiu para 17,4%, o que demonstra a magnitude deste problema (WANG; MONTEIRO; POPKIN, 2002).

Através da atuação em hospital de reabilitação, podemos observar que as pessoas que apresentam alguma deficiência física e/ou cognitiva tendem a apresentar um comportamento mais sedentário. A justificativa está nos relatos de diversas barreiras que os usuários encontram para a aquisição de hábitos mais saudáveis, incluindo a prática de atividades físicas regulares, como: falta de acessibilidade na comunidade, preconceito, carência de serviços voltados a esta população, dificuldades financeiras, dentre outras.

Nos Estados Unidos, crianças e adolescentes com algum tipo de limitação física, cognitiva, visual e/ou auditiva tem uma prevalência de obesidade de 27 a 59% mais alta quando comparadas à população que não apresenta estas limitações, e crianças com limitações na mobilidade são mais obesas do que aquelas com outros tipos de limitações (BANDINI, 2015). Além dos motivos relatados anteriormente, poderíamos considerar como causas deste número mais significativo um menor gasto energético diário, considerando a limitação da mobilidade, e uma taxa de metabolismo inferior.

Durante a prática em equipe de reabilitação, temos observado que a tendência a um crescimento da obesidade nesta população tem sido verdadeira. Crianças e adolescentes com sobrepeso ou obesidade têm sido admitidas com uma frequência maior, segundo observação de membros da equipe. Na enfermaria pediátrica, aonde são atendidas crianças de diversas regiões do estado de Minas Gerais e do país, há relatos constantes de sedentarismo nesta população. Além de ter poucas oportunidades de práticas de atividades físicas na comunidade, considerando fatores já relatados anteriormente, observa-se acesso limitado a uma alimentação de qualidade. Geralmente, a dieta é caracterizada pelo consumo de alimentos industrializados, ricos em gorduras e calorias e pobres em nutrientes importantes

para uma vida mais saudável. A desinformação, a limitação financeira e questões culturais são algumas das principais causas para este cenário.

Considerando, portanto, este quadro de uma prevalência cada vez maior do sobrepeso e da obesidade em crianças e adolescentes e considerando a população de indivíduos com deficiências físicas e cognitivas desta faixa etária atendidos no serviço de reabilitação, acreditamos que se justifica uma proposta de um plano de ação para o combate deste problema. Levam-se em consideração, também, as múltiplas causas e consequências deste problema para a qualidade de vida destes indivíduos e de suas famílias e o fato de que este é um problema sobre o qual temos condições de atuar, em virtude de um trabalho interdisciplinar, tanto no serviço de reabilitação quanto na Atenção Básica à Saúde.

3 OBJETIVO

Formular um plano de ação, considerando os contextos do serviço especializado em reabilitação e da Atenção Básica à Saúde, visando o combate da obesidade e do sobrepeso em crianças e adolescentes com deficiências físicas e cognitivas, atendidas em um hospital de reabilitação situado em Belo Horizonte.

4 METODOLOGIA

Para definirmos a obesidade em crianças e adolescentes com deficiências como o problema a ser enfrentado por este futuro plano de ação, foi utilizado o método de estimativa rápida. Trata-se de um método de baixo custo e que trás informações pertinentes à elaboração de um plano de ação com uma abordagem bastante rápida.

Segundo Campos, Faria e Santos (2010, p. 36):

[...] a Estimativa rápida torna-se o primeiro passo de um processo de planejamento que busca definir as intervenções necessárias para o enfrentamento dos problemas de saúde de uma população específica.

No entanto, deve-se considerar que, devido ao fato de o serviço especializado de reabilitação não trabalhar com o conceito de território (são atendidos usuários de diversas regiões do estado e do país, ao invés de uma população delimitada territorialmente como na Atenção Básica à Saúde), alguns aspectos deste método foram adaptados.

Inicialmente, foram levantados dados subjetivos provenientes da observação ativa durante os atendimentos durante o segundo semestre do ano de 2015. Na prática do profissional de educação física no contexto da reabilitação, são observados alguns problemas crônicos, como: o sedentarismo, incluindo a exclusão da criança ou adolescente das aulas de educação física escolar; o comportamento sedentário, devido ao uso cada vez mais frequente de jogos eletrônicos, aplicativos de celular, televisão e computador; e o sobrepeso/obesidade. Estes três aspectos estão intimamente correlacionados; a criança sedentária e com comportamento sedentário tem um menor gasto energético diário, favorecendo um maior acúmulo de gordura corporal e gerando o sobrepeso; já este indivíduo que está acima do peso vivencia uma maior limitação motora e sobrecarga articular, tornando-se menos disposto a um estilo de vida mais ativo, gerando um ciclo vicioso.

Com o objetivo de obter a percepção também dos demais membros da equipe de profissionais que atuam na reabilitação, foi realizado um levantamento sobre a

impressão da equipe a respeito das condições de saúde prevalentes durante o primeiro semestre do ano de 2016 (APENDICE A). Nele, o profissional indicava de três a cinco condições de saúde (exceto o diagnóstico de base) que observava com maior frequência no serviço de reabilitação, selecionando aquela que julgava ter um maior impacto negativo na qualidade de vida dos usuários. Foram consultados 13 profissionais das seguintes áreas: nutrição, fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia, pedagogia, educação física, enfermagem e medicina (pediatria e psiquiatria). A condição citada com maior frequência (85%) foi a “obesidade/sobrepeso”, sendo que quatro profissionais a consideraram como aquela de maior impacto na qualidade de vida da criança e do adolescente. Em segundo lugar apareceu a “depressão” (46% dos membros da equipe a relataram e cinco a consideraram de maior impacto), sendo seguida pela “ansiedade” e “pelo déficit de atenção” (38% cada).

Para a realização de busca bibliográfica visando construção e fundamentação do problema, foi realizada pesquisa nas bases de dados LILACS e PubMed. Além disso, foram consultados websites institucionais.

A pesquisa bibliográfica foi realizada por meio dos seguintes descritores:

- Sobrepeso.
- Obesidade.
- Crianças com deficiências.

Sendo assim, selecionamos e priorizamos o problema da obesidade na população de crianças e adolescentes com deficiências físicas e cognitivas como aquele de maior relevância. O plano de ação para atuação sobre este problema teve como referência o Planejamento Estratégico Situacional (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Sobrepeso e Obesidade

Pode-se definir a obesidade como o acúmulo de tecido gorduroso localizado ou generalizado, provocado por desequilíbrio nutricional associado ou não a distúrbios genéticos ou endócrinos (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA, 2009).

Em adultos, utiliza-se o índice de massa corpórea como referência para classificação; por exemplo, um IMC maior ou igual a 25 kg/m² é classificado como sobrepeso, sendo considerada obesidade a partir de 30,0 kg/m². Há ainda uma graduação de obesidade de I a III, segundo sua gravidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000 *apud* ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA, 2009).

Segundo a Associação Brasileira para Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (2009), que definiu as diretrizes brasileiras de obesidade, quando pensamos na obesidade em crianças e adolescentes, devido à variação da composição corporal durante o crescimento, a interpretação difere de acordo com o sexo e a faixa etária. Desse modo, o limite de normalidade é estabelecido por curvas de percentil do índice de massa corpórea. É definido como condição de sobrepeso índice situado na curva de percentil de IMC entre valores de 85% a 95% para faixa etária, e a classificação para obesidade corresponde ao valor acima de 95%.

São reconhecidos atualmente diversos fatores de risco para a obesidade infanto-juvenil. Observa-se que a criança que tem pais obesos, nasce com sobrepeso e/ou é sedentária tem mais chance de ser uma criança obesa. O aleitamento materno mostra-se como um fator de proteção contra a obesidade nas crianças. Quando a menarca ocorre com 11 anos de idade ou menos, há um maior risco de obesidade na idade adulta (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA, 2009).

O sedentarismo e o comportamento sedentário, causas importantes da obesidade

nas crianças e adolescentes, têm sido cada vez mais prevalentes, considerando que o processo de urbanização, a especulação imobiliária, a redução de espaços públicos de lazer, o uso cada vez mais disseminado de veículos motorizados e o crescimento da violência têm restringido as pessoas de realizarem práticas de atividades físicas (COUTO; SOUZA, 2011).

Deve-se considerar a doença “obesidade” com um olhar integral, contextualizando-a na vida do indivíduo, entendendo suas múltiplas manifestações. Normalmente, a pessoa que sofre de obesidade se utiliza do alimento por razões que escapam do seu controle, por exemplo, para alívio de um intenso estado de angústia (OLLITTA, 2013). Neste sentido, um olhar interdisciplinar sobre a obesidade torna-se fundamental, em virtude de suas causas multifatoriais, incluindo, as não orgânicas.

Além de questões de causa e consequência já amplamente discutidas quanto às comorbidades relacionadas à obesidade, como a hipertensão arterial, o diabetes e as doenças articulares, devemos considerar também a depressão, dificuldades de relacionamento, problemas escolares, dificuldades de inserção social e em atividades do dia a dia (COUTO; SOUZA, 2011).

5.2 Crianças com deficiências

Para a realização deste estudo, estamos considerando a população atendida por um hospital de neuroreabilitação em Belo Horizonte, no programa de reabilitação infantil. As crianças atendidas possuem os mais diversos diagnósticos, que envolvem limitações motoras, associadas, ou não, a *déficits* cognitivos. Dentre as patologias atendidas, destacam-se a paralisia cerebral, a lesão medular, a mielomeningocele e as sequelas de traumatismos cranioencefálico.

A paralisia cerebral é uma encefalopatia crônica infantil que se caracteriza por distúrbios motores de caráter não progressivo, que se manifestam em um cérebro em desenvolvimento (antes dos 3 anos de idade), levando a distúrbios de motricidade, tônus e postura, podendo ou não se associar a um déficit cognitivo. Pode ser classificada de acordo com o tipo (espástica, discinética, atáxica, hipotônica e mista) e distribuição (tetraplégica, hemiplégica ou diplégica)

(FONSECA; LIMA, 2008).

As lesões medulares (LM) podem ter diferentes causas, como as congênitas, traumáticas, degenerativas, tumorais e infecciosas. Dentre as congênitas, destaca-se a Mielomeningocele. Esta é a forma mais frequente de disrafismo, que é a falha no fechamento do tubo neural durante a quarta semana de embriogênese. Neste caso, o disrafismo é aberto e há herniação das meninges, medula espinhal e raízes nervosas através do canal vertebral. Os principais fatores predisponentes são a história familiar de defeitos no tubo neural e a deficiência de ácido fólico na dieta da mãe. Além das alterações medulares, cerca de 80 a 90% dos casos tem hidrocefalia associada, 20% apresentam Síndrome de Chiari e há ainda alterações ortopédicas frequentes, como pés-tortos e encurtamento do tendão de Aquiles. O prognóstico é diversificado, podendo o indivíduo ter pequenas alterações na marcha ou até um maior comprometimento motor, havendo necessidade de uso de cadeira de rodas para locomoção. As alterações cognitivas também podem variar. Há ainda, com frequência, alterações no controle da bexiga e do intestino (FONSECA *et al.*, 2006).

Tanto as LM congênitas quanto as demais, incluindo as traumáticas, causam a interrupção da passagem de informações do encéfalo para demais sistemas do organismo, o que pode levar ao comprometimento da função motora (paraplegia para lesões em segmentos torácico, lombar e sacral, e tetraplegia para lesões cervicais), além de disfunções vesico-esfincteriana, intestinais e sexuais. Outras complicações, como dores crônicas, espasticidade, úlceras de pressão e deformidades osteoarticulares podem comprometer a qualidade de vida do paciente. Sendo assim, a reabilitação torna-se fundamental para que o indivíduo possa readquirir sua capacidade de viver e trabalhar (GREVE; CASALIS; BARROS FILHO, 2001).

O traumatismo cranioencefálico (TCE) é a principal causa de morte na população pediátrica. Suas causas mais frequentes, na infância, são os acidentes automobilísticos e ciclísticos e as quedas de altura, mas também entram na estatística, casos como projéteis de arma de fogo e de maus tratos. A depender da localização e da extensão das lesões neurológicas causadas pelo TCE, a criança pode apresentar alterações motoras, cognitivas, comportamentais, de linguagem,

dentre outras. Pode ser necessária a introdução de auxílio locomoção e de adaptações para comunicação e aprendizagem escolar, por exemplo (FONSECA; XAVIER; PIANETTI, 2011).

Atualmente, podemos observar que o modelo biomédico predomina sobre as definições de deficiência, com foco em limitações físicas, sensoriais e mentais específicas. No entanto, há esforços significativos com o intuito de incorporar outros aspectos em classificações de deficiências. Temos o exemplo da CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde), elaborada pela Organização Mundial de Saúde, que considera a deficiência “[...] como uma questão física de estrutura e funcionamento e em termos da atividade e da participação do indivíduo” (UNICEF, 2013, p. 17). Desta forma, a deficiência é considerada como um aspecto comum da existência humana e que ocorre em um contexto, fazendo sentido a avaliação de fatores sociais e ambientais, assim como os aspectos físicos.

Estima-se que cerca de 10 por cento de todas as crianças do planeta apresentem alguma deficiência de saúde sensorial, intelectual ou mental (UNITED NATIONS, 2006 *apud* UNICEF, 2007). Há uma variação quanto à incidência e prevalência de deficiências na população de diferentes países, mas especialistas concordam que, no mínimo, 2,5 por cento das crianças de 0 a 14 anos de idade apresentem níveis de moderados a severos de deficiências sensoriais, físicas ou intelectuais. Podem ser somadas a esta estatística cerca de 8% de crianças com dificuldades no aprendizado e comportamentais, ou ambos.

No entanto, deve-se considerar que a coleta e interpretação de dados estatísticos sobre crianças com deficiências são complexos. Fatores como a alta taxa de mortalidade em uma região, causando baixas taxas de sobrevivência de crianças com alguma alteração física, sensorial e/ou intelectual, podem subestimar dados, assim como falhas na contagem de crianças que vivem confinadas em instituições, escondidas pela família ou mesmo nas ruas. Entram, nesta mesma consideração, as variações culturais presentes nas diversas sociedades (UNICEF, 2013).

O Fundo das Nações Unidas para as Crianças realizou, em dezembro de 2006, a Convenção dos Direitos da Criança e a Convenção dos Direitos da Pessoa com

Deficiência, gerando um documento importante na discussão dos direitos da criança com deficiência (UNICEF, 2007). Considerando que, apesar de inúmeros esforços sociais e políticos que levaram à adoção da convenção dos direitos da pessoa com deficiência, crianças deficientes e suas famílias continuam enfrentando desafios diários que comprometem o gozo destes direitos. A discriminação e a exclusão continuam ocorrendo com frequência, não importa o país, a cultura ou o setor da sociedade.

Este documento discute a inclusão destas crianças na sociedade, referindo-se ao “modelo social” da deficiência, enfatizado por instrumentos de igualdade e não discriminação em direitos humanos internacionais. Este modelo rejeita a ultrapassada ideia de que os obstáculos à maior participação de pessoas com deficiência na sociedade se devem, principalmente, às suas limitações individuais ao invés de barreiras ambientais. Estas barreiras se referem a preconceitos, políticas governamentais, estrutura de sistemas de saúde, educação e bem-estar, falta de acessibilidade a recursos da comunidade e transporte e pobreza.

Por fim, destacamos aqui a questão do sobrepeso e da obesidade em crianças com deficiências. Se o fenômeno da epidemia dessas condições de saúde é observado de maneira marcante na população de crianças e adolescentes sem algum tipo de deficiência, podemos esperar que, para crianças com deficiências, esta seja uma questão de saúde ainda mais séria, levando-se em consideração os aspectos abordados acima. Os jovens com algum tipo de deficiência são, normalmente, menos ativos fisicamente; soma-se a isso a menor participação social, a superproteção dos familiares, os erros alimentares, dentre outros fatores que levam a uma pior qualidade de vida (RIMMER *et al.*, 2011).

6 PLANO DE AÇÃO

Primeiro passo: definição dos problemas

O dia a dia do trabalho em uma equipe de reabilitação mostra aos seus integrantes os problemas que os usuários apresentam ou encontram na comunidade. Durante entrevistas, atendimentos e consultas ao prontuário eletrônico é possível verificar uma incidência maior ou menor de determinadas situações e o impacto das mesmas na qualidade de vida destes indivíduos e de suas famílias.

Considerando que a população atendida pela equipe deste hospital de reabilitação está distribuída em diversas regiões de Minas Gerais e de outros estados, o conceito de “território” fica comprometido, dada a significativa diversidade de realidades encontradas. Desta forma, para uma melhor definição dos problemas com maior incidência e maior importância no cotidiano dos usuários que são atendidos por este serviço, foi realizada uma pesquisa junto à equipe que os atendem, baseada no método de estimativa rápida. Como citada na metodologia deste trabalho, esta pesquisa teve, como resultados, os seguintes problemas mais citados: obesidade, sobrepeso, depressão, ansiedade e *déficit* de atenção. Além desses, nós, profissionais de educação física ainda identificamos o sedentarismo e o comportamento sedentário, através de nossas análises subjetivas.

Importante ressaltar que os problemas definidos e citados acima estão muitas vezes correlacionados entre si ou a outros problemas. Por exemplo, uma criança com comportamento sedentário, em virtude de pouco gasto energético no cotidiano, tem a tendência de desenvolver uma condição de sobrepeso ou obesidade. Esta condição, considerando situações em que a criança sofre de *bullying* com isolamento social, pode levar a quadros de depressão e ansiedade, que por sua vez levam a um maior sedentarismo, criando um ciclo em uma direção desfavorável.

Segundo passo: priorização dos problemas

A partir dos problemas identificados, realizamos a priorização dos problemas (quadro 1), levando em consideração a capacidade de enfrentamento do problema pela

equipe e a importância do mesmo para o bem-estar do usuário:

Quadro 1 – Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico dos usuários da Reabilitação Infantil.

Seleção	Problema
1	Obesidade e sobrepeso
2	Sedentarismo
3	Depressão
4	Comportamento sedentário
5	Ansiedade

Fonte: Autoria própria (2017)

Desta forma, selecionamos os problemas “obesidade e sobrepeso”, por parte dos usuários acompanhados na reabilitação infantil deste serviço de reabilitação. Decidimos por agrupar os dois problemas em um, pois percebemos que ambos têm causas e efeitos semelhantes.

Terceiro passo: descrição do problema selecionado

Ao analisarmos as impressões dos membros da equipe de reabilitação que atendem aos usuários deste serviço, observamos que tem havido um aumento da prevalência deste problema. Cada vez mais crianças e adolescentes acima do peso são admitidas no hospital, algumas já apresentando sinais clínicos desfavoráveis, como hipertensão arterial e diabetes, ou mesmo prejuízos funcionais em domicílio e na comunidade.

O diagnóstico e classificação dessas condições de saúde são realizados com base nas curvas de percentil de obesidade (WORLD, 2000 *apud* ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA, 2009) e realizados pela equipe de pediatria do programa de reabilitação infantil. É observado que as crianças e adolescentes com estes diagnósticos são provenientes de diferentes realidades: moradores de áreas urbanas e rurais, de diferentes classes sociais e dos mais diversos diagnósticos de base.

Quarto passo: explicação do problema

Como indicado nos passos anteriores, o problema a ser explorado pelo nosso plano de ação será a ocorrência elevada de sobrepeso e obesidade em crianças com deficiências físicas e cognitivas (atendidas pelo serviço de reabilitação). Mas, se fizermos uma análise mais profunda, podemos encontrar diversas causas para este problema; são outros problemas intermediários.

Um importante fator causal é a falta de informação por parte da família. Como muitas crianças atendidas são provenientes de núcleos familiares com baixo índice de instrução, são comuns os erros alimentares e a falta de estímulo para a prática de atividades físicas regulares. O consumo de alimentos de alto índice calórico e o comportamento sedentário são marcantes, e a família apresenta poucos recursos financeiros e cognitivos para realizar alguma mudança neste padrão.

A falta de recursos financeiros, inclusive, também se torna um fator causal, pois a família acaba optando por destinar estes recursos à compra de alimentos mais baratos e pobres nutricionalmente e, atividades como práticas esportivas e lazer acabam não sendo contempladas no orçamento familiar.

Como mencionado na introdução deste trabalho, crianças com deficiência física e cognitiva tendem a apresentar um menor gasto energético diário e uma menor taxa metabólica de repouso em virtude de suas limitações. Além disso, outros problemas, como a falta de acessibilidade e de locais para práticas adaptadas nas comunidades dificultam o combate ao sedentarismo nesta população e, por consequência, do sobrepeso e da obesidade. Há também a falta de profissionais que atuem nesta área ou que apresentem formação para o atendimento a crianças com deficiências.

Nas escolas, observamos que muitas destas crianças não participam ativamente das aulas de educação física, o que muitas vezes é explicado pela insegurança de familiares e professores quanto à integridade física destes alunos nestas práticas. Também passa por este problema a pouca formação profissional. Se analisarmos os currículos da maioria das escolas de educação física, observamos que há apenas uma disciplina obrigatória que aborda especificamente a atividade física adaptada;

em alguns casos, existe ainda mais uma disciplina optativa. Nas demais disciplinas, este assunto não é, normalmente, abordado sistematicamente. Deste modo, o professor de educação física acaba enfrentando, apenas na prática, o desafio de ter um aluno com deficiência em sua turma regular de ensino.

A falta de conhecimento acadêmico prático e teórico não é a única desinformação por parte do professor. Faltam, também, conhecimentos sobre o(s) aluno(s) com deficiência(s). Em nossa atuação neste serviço de reabilitação, quando discutimos casos com os professores de educação física escolar, geralmente não há, por parte deles, informações quanto ao diagnóstico da criança e suas causas e consequências. A atuação do professor acontece no escuro, gerando, inclusive, certo risco ao aluno. Esta deficiência na formação e na informação, muitas vezes, vem acompanhada por falta de iniciativa por parte dos professores, que têm dificuldades para sair da zona de conforto e realizar mudanças no planejamento e na didática de suas aulas. Esta pouca iniciativa, por sua vez, pode ser causada pela desmotivação deste profissional, frente a pouca valorização e reconhecimento e o baixo incentivo para buscar novos conhecimentos. Neste ponto, vemos que a política pública para a educação tem papel importante no problema relatado.

Não podemos deixar de reconhecer que muitos professores de educação física escolar, mesmo com todas as dificuldades relatadas, realizam trabalhos exemplares de inclusão, ou ao menos tentam. Vemos que a escola tem um papel fundamental também no combate ao sedentarismo, à obesidade e ao sobrepeso, pois este é um dos objetivos da educação física neste contexto pela via educacional.

Quinto passo: seleção dos “nós críticos”

A partir da explicação do problema, realizada no item anterior, selecionamos alguns nós críticos considerando aqueles sobre os quais temos a possibilidade de realizar algum tipo de intervenção. Consideramos, novamente, a atuação como profissionais em serviço de reabilitação, mas com possibilidade de diálogos junto às equipes que atuam na Atenção Básica à Saúde, destacamos como importante:

- **Informação da família e da criança** → como descrito no passo anterior,

muitas famílias apresentam poucos recursos cognitivos para mudanças de hábitos alimentares e de comportamento sedentário.

- **Sedentarismo** → como estas crianças residem, muitas vezes, em locais aonde não há ambientes propícios a uma prática de atividade física regular adaptada, ou acesso a entidades (clubes, academias e associações) que ofereçam este serviço, esta população acaba tendo poucas oportunidades.
- **Atuação junto à equipe de saúde da família** → trata-se de um nó crítico importante, pois estes profissionais têm a possibilidade de manter um vínculo mais próximo a estas crianças e seus familiares na realidade em que os mesmos vivem. Apesar de, atualmente, não ter uma atuação direta sobre este aspecto, o contato com estas equipes, seja através do telefone, relatórios ou mesmo visita presencial poderia ser uma forma de movimentação.

Sexto passo: desenho das operações

No Quadro 2 podemos observar o desenho das operações pensadas para a resolução dos problemas identificados como “nós críticos”.

Quadro 2 – Desenho de operações para os “nós críticos” dos problemas quanto ao sobrepeso e à obesidade em crianças e adolescentes atendidas no serviço de reabilitação.

Nó Crítico	Operação/Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Informação da família e da criança	<p>Grupo Informativo para crianças e familiares</p> <p>Realizar grupos operativos com a participação dos familiares dos usuários atendidos na Reabilitação Infantil</p>	<p>Maior informação dos pais com relação à importância da prática de atividades físicas regulares e de uma alimentação mais equilibrada nutricionalmente</p>	<p>Mudanças simples na rotina alimentar e sensibilização para um perfil mais ativo e diminuição do comportamento sedentário</p>	<p>Organizacional: inclusão do grupo informativo na grade de atendimento dos profissionais (educador físico e nutricionista) e planejamento de apresentação</p> <p>Cognitivo: informações sobre estratégias mais atrativas de apresentação e mídia</p> <p>Financeiro: uso de equipamentos como Datashow e computador para apresentação</p>
Sedentarismo	<p>Orientação de atividades para continuidade</p> <p>Vivência prática de possibilidades simples de atividades físicas regulares, como locomoção em cadeira de rodas, caminhada, jogos etc., considerando diferentes realidades socioculturais.</p>	<p>Ampliar possibilidades de práticas de atividades físicas de forma regular na comunidade ou em domicílio, principalmente em realidades com pouco acesso e poucos recursos financeiros.</p>	<p>Diminuição do comportamento sedentário e do sedentarismo</p>	<p>Organizacional: inclusão de atividades práticas na grade do usuário durante seu período de internação</p> <p>Cognitivo: informações sobre maiores possibilidades de práticas corporais que não exijam materiais e técnicas complexas e possam ser continuadas em ambientes com poucos recursos</p>
Atuação junto à equipe de saúde da família	<p>Contatos</p> <p>Realização de contatos junto aos profissionais que atendem estes usuários no contexto da atenção básica, através do telefone, visitas técnicas e/ou relatórios.</p>	<p>Maior envolvimento da equipe de saúde da família no combate a estes problemas</p>	<p>Possibilidade mais significativa de continuidade das orientações repassadas, considerando a realidade do usuário.</p>	<p>Organizacional: inclusão das visitas institucionais e dos contatos na grade de atividade do profissional</p> <p>Financeiro: transporte da equipe que fará a visita às equipes</p> <p>Cognitivo: informações sobre a atuação do profissional de educação física no contexto da atenção básica à saúde</p> <p>Político: contato com lideranças de equipes de saúde da família que atendem usuários</p>

Fonte:

Autoria

própria

(2017)

Sétimo passo: identificação dos recursos críticos

No quadro 3 estão identificados os recursos críticos para o plano de ação.

Quadro 3 – Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para os nós críticos do problema sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes atendidos no serviço de reabilitação.

Operação/Projeto	Recursos críticos
Grupo informativo para crianças e familiares	Organizacional: planejamento de apresentação Cognitivo: estratégias mais atrativas de apresentação e mídia
Orientação de atividades para continuidade	Cognitivo: informações sobre maiores possibilidades de práticas corporais que não exijam materiais e técnicas complexas e possam ser continuadas em ambientes com poucos recursos
Contatos	Cognitivo: informações sobre a atuação do profissional de educação física no contexto da atenção básica à saúde Político: contato com lideranças de equipes de saúde da família que atendem usuários

Fonte: Autoria própria (2017)

Oitavo passo: análise de viabilidade do plano

Para a análise de viabilidade do plano para o problema proposto, foi elaborado o quadro 4.

Quadro 4 – Propostas e ações para a motivação dos atores.

Operações/Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
Grupo Informativo para crianças e familiares Realizar grupos operativos com a participação dos familiares dos usuários atendidos na Reabilitação Infantil	Organizacional: planejamento de apresentação Cognitivo: estratégias mais atrativas de apresentação e mídia	Equipe de Educação Física	Favorável	Reuniões para elaboração do trabalho
		Setor de Comunicação	Favorável	Reuniões de orientação e pesquisa
Orientação de atividades para continuidade Vivência prática de possibilidades simples de atividades físicas regulares, como locomoção em cadeira de rodas, caminhada, jogos etc., considerando diferentes realidades socioculturais.	Cognitivo: informações sobre maiores possibilidades de práticas corporais que não exijam materiais e técnicas complexas e possam ser continuadas em ambientes com poucos recursos	Equipe de Educação Física	Indiferente	Organização de grupo de estudos para discutirmos as possibilidades entre os professores
Contatos Realização de contatos junto aos profissionais que atendem estes usuários no contexto da atenção básica, através do telefone, visitas técnicas e/ou relatórios.	Cognitivo: informações sobre a atuação do profissional de educação física no contexto da atenção básica à saúde Político: contato com lideranças de equipes de saúde da família que atendem usuários	Serviço Social	Indiferente	Auxílio na realização de contatos com equipes que atuem junto aos usuários atendidos nas equipes de saúde da família
		Equipe de reabilitação infantil	Indiferente	Grupos de estudos que abordem a atuação das equipes de saúde da família e possibilidades de ações em conjunto para continuidade de orientações na comunidade.

Fonte:

Autoria

própria

(2017)

Nono passo: elaboração do plano operativo

No quadro 5 está apresentada a elaboração do plano operativo.

Quadro 5 – Plano operativo.

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
<p>Grupo Informativo para crianças e familiares</p> <p>Realizar grupos operativos com a participação dos familiares dos usuários atendidos na Reabilitação Infantil</p>	<p>Maior informação dos pais com relação à importância da prática de atividades físicas regulares e de uma alimentação mais equilibrada nutricionalmente</p>	<p>Mudanças simples na rotina alimentar e sensibilização para um perfil mais ativo e diminuição do comportamento sedentário</p>	<p>Reuniões para elaboração do trabalho</p> <p>Reuniões de orientação e pesquisa</p>	<p>Professores de educação física que atuam na reabilitação infantil; equipe do setor de comunicação e arquivo</p>	<p>Entregar o trabalho ao setor de comunicação em 3 meses; disponibilização pelo setor de comunicação em outubro/2017</p>
<p>Orientação de atividades para continuidade</p> <p>Vivência prática de possibilidades simples de atividades físicas regulares, como locomoção em cadeira de rodas, caminhada, jogos etc., considerando diferentes realidades socioculturais.</p>	<p>Ampliar possibilidades de práticas de atividades físicas de forma regular na comunidade ou em domicílio, principalmente em realidades com pouco acesso e poucos recursos financeiros.</p>	<p>Diminuição do comportamento sedentário e do sedentarismo</p>	<p>Organização de grupo de estudos para discutirmos as possibilidades entre os professores</p>	<p>Professores de educação física do hospital</p>	<p>Elaboração de atividades que poderão ser orientadas a partir de outubro/2017</p>
<p>Contatos</p> <p>Realização de contatos junto aos profissionais que atendem estes usuários no contexto da atenção básica, através do telefone, visitas técnicas e/ou relatórios.</p>	<p>Maior envolvimento da equipe de saúde da família no combate a estes problemas</p>	<p>Possibilidade mais significativa de continuidade das orientações repassadas, considerando realidade do usuário</p>	<p>Auxílio do serviço social na realização de contatos com equipes que atuem junto aos usuários atendidos nas equipes de saúde da família</p> <p>Grupos de estudos que abordem a atuação das equipes de saúde da família e possibilidades de ações em conjunto para continuidade de orientações na comunidade.</p>	<p>Assistente social e professores de educação física que atuam na reabilitação infantil</p> <p>Educadores físicos da reabilitação infantil e pediatra (com participação de toda a equipe)</p>	<p>Realização de contatos em conjunto durante 2 meses e, a partir de setembro/2017, apenas pelo educador físico, Realização de apresentações mensais durante todo o ano de 2017</p>

Fonte:

Autoria

própria

(2017)

Décimo passo: gestão do plano

No momento em que o plano de ação for colocado em prática, já teremos planejado o monitoramento das ações estratégicas propostas. Este acompanhamento será realizado pelos professores de educação física que atuam no serviço de reabilitação infantil, pois são os que têm uma previsão de maior atuação.

O monitoramento ocorrerá ao final de cada mês, quando será verificado se a ação proposta foi implementada no prazo estipulado. Caso positivo, a cada trimestre, no primeiro ano de implementação, será feita uma avaliação quanto à efetividade desta ação estratégica, sendo sugeridas, ou não, propostas de melhoramento ou de substituição.

Em caso de a ação não ter sido colocada em prática no prazo estipulado, os responsáveis deverão apresentar justificativa e um novo prazo será oferecido. Caso sejam necessárias alterações nas estratégias originalmente planejadas, as mesmas serão discutidas em equipe.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de reabilitação, no qual o indivíduo é estimulado a ter uma maior independência e autonomia, respeitando-se suas condições atuais relacionadas às funções motoras, cognitivas e sociais, tem um valor significativo para um alcance de uma melhor qualidade de vida. A atuação do profissional de educação física neste contexto tem uma fundamental importância: auxiliar na transição da perspectiva médico-hospitalar, na qual o usuário até então está inserido, considerando rotinas de consultas, exames, cirurgias etc., para um contexto social, comunitário e cultural. A reabilitação deve oferecer instrumentos para que o usuário possa tomar decisões, exercer funções e explorar recursos da comunidade. Em resumo, a reabilitação quer que o usuário deixe de ser “paciente”, assumindo um papel primário de cidadão, que pode exercer seus deveres e reivindicar por seus direitos.

Levando-se em consideração as diferenças socioculturais de nosso país e as realidades de cada região ou de cada território, a atuação das equipes de saúde da família junto aos usuários atendidos por serviço especializado de reabilitação torna-se decisiva ao sucesso das orientações realizadas por este. A presença das equipes nas residências, nas unidades básicas de saúde e nos demais locais da comunidade permite uma melhor avaliação daquelas condições de vida e do funcionamento das dinâmicas familiares. Esta melhor percepção permite que orientações possam ser aperfeiçoadas, visando adequação à realidade em que aquela família está inserida. Além disso, o profissional de educação física inserido neste contexto pode propor atividades físicas regulares coletivas, considerando cultura e interesses locais, levando mais possibilidades de práticas que promovam saúde, bem-estar e qualidade de vida.

Considerando estes aspectos, nosso plano de ação propõe um aperfeiçoamento no atendimento às crianças e adolescentes atendidos pelo serviço de neuroreabilitação, que apresentem sobrepeso ou obesidade, condições de saúde cada vez mais frequentes e impactantes. Além disso, esta proposta de intervenção considera uma necessidade de haver maior contato do serviço de reabilitação com as equipes de saúde da família que atendem estes usuários. Trata-se de um desafio, considerando que a população atendida está espalhada por diversas regiões do

Brasil, com diferentes realidades. Acreditamos, também, que encontraremos diferentes cenários no que diz respeito às propostas e dinâmicas das próprias equipes. A depender dos recursos disponíveis, filosofia das gerências e equipes ou mesmo interesses políticos e populacionais, acreditamos que este trabalho poderá ser facilitado ou dificultado. A abertura para o diálogo, a capacidade de adaptação e o trabalho interdisciplinar tornam-se significativamente fundamentais neste processo.

Desta forma, acreditamos que esta proposta poderá organizar melhor os processos de trabalho, permitindo que estratégias sejam colocadas em práticas e metas sejam atingidas ou reajustadas. Considerando toda a diversidade de propostas, tanto do serviço de reabilitação, quanto da atuação na atenção básica à saúde, o processo de avaliação torna-se essencial para que estas propostas sejam sempre rediscutidas, adaptadas e, até mesmo, substituídas por outras com maior eficácia.

Acima de tudo, não podemos desvirtuar do principal objetivo desta e de outras propostas direcionadas à área da saúde (seja ela primária, secundária ou terciária): o bem-estar do usuário. Este indivíduo e sua família necessitam de apoio, geralmente em momentos adversos, muitas vezes em mudanças importantes de ciclos de vida. Por isso, são necessários processos de trabalho adequados, atuação interdisciplinar e organização das ações através de planejamentos, com relações e comunicação entre os diferentes sistemas de saúde.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. **Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010** / ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. - 3.ed. Itapevi, SP : AC Farmacêutica, 2009.

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2013. **Perfil Municipal – Belo Horizonte /MG.** Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/belo-horizonte_mg>. Acesso em: 30 maio 2016.

BANDINI, L. *et al.* Obesity in children with developmental and/or physical disabilities. **Disability and Health Journal**. v. 8, n.3, p. 309-316, jul., 2015.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte, Nescon/UFMG, 2010.

COUTO, A. C. P.; SOUZA, G. S. **Educação Física**: atenção à saúde da criança e do adolescente. Belo Horizonte, Nescon/UFMG, 2011.

FONSECA, L.F.; *et al.* **Manual de Neurologia Infantil: clínica, cirurgia, exames complementares**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2006.

FONSECA, L.F.; LIMA, C. L. A. **Paralisia Cerebral: Neurologia, Ortopedia e Reabilitação**. 2. Ed. Rio de Janeiro, Medbook, 2008.

FONSECA, L.F.; XAVIER, C.C.; PIANETTI, G. **Compêndio de Neurologia Infantil**. 2. ed. Rio de Janeiro, Medbook, 2011.

GREVE, J. M. D.; CASALIS, M. E. P.; BARROS FILHO, T. E. P. **Diagnóstico e tratamento da lesão da medula espinhal**. São Paulo, Roca, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. 2016. Cidades. Minas Gerais – Belo Horizonte. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=310620>>. Acesso em: 30 maio 2016.

OLLITTA, C. S. Obesidade infantil: uma reflexão sobre os tratamentos. *Pediatria*

Moderna [on line]. v. 49, n. 12, p. 564-568. Moreira Jr Editora **Revista Brasileira de Medicina**, dez. 2013. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=5574&fase=imprime>. Acesso em: 30 maio 2016.

POETA, L. S. *et al.* Desenvolvimento motor de crianças obesas. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**. v. 4 n.18, p.18-25, 2010.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. 2016. **Portal da Saúde**. Disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=saude&tax=7481&lang=pt_BR&pg=5571&taxp=0&>. Acesso em: 31 maio 2016.

REDE Sarah de Hospitais de Reabilitação. **Portal da Rede Sarah**. 2016. Disponível em: <<http://www.sarah.br>>. Acesso em: 31 maio 2016.

RIMMER, J.H.; *et al.* Obesity and overweight prevalence among adolescents with disabilities. **Prev Chronic Dis** v. 8, n. 2, p. A41, 2011. http://www.cdc.gov/pcd/issues/2011/mar/10_0099.htm. Acesso em: 25 jan 2017.

UNICEF. **Promoting the rights of children with disabilities**. Innocenti Digest. N. 13. Innocenti Research Centre, 2007.

UNICEF. **Situação mundial da infância 2013: Crianças com Deficiência**. Resumo executivo. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/pt/PT_SOWC2013ResumoExecutivo.pdf>. Acesso em: 25 jan 2017.

UNITED NATIONS. **Disability Fact Sheet**. International Convention on the Rights of Persons with Disabilities. United Nations, New York, 2006.

VERDE, S. Obesidade Infantil: o Problema de Saúde Pública do Século 21. **Revista Brasileira de Promoção de Saúde**. Fortaleza, v. 1, n. 27, p. 1-2, jan./mar., 2014.

WANG, Y.; MONTEIRO, C.; POPKIN, B. M. Trends of obesity and underweight in older children and adolescents in the United States, Brazil, China, and Russia. **American Journal of Clinical Nutrition**. v. 75, n. 6, p. 971-977, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. Report of a World Health Organization Consultation. Geneva: World Health

Organization, 2000.

APÊNDICE A – Impressão da equipe sobre condições de saúde prevalentes

Sua profissão:

Pela sua observação, cite de 3 a 5 condições de saúde que têm tido uma maior prevalência na população pediátrica atendida neste serviço:

Circule aquela que você julga ter um maior impacto negativo na qualidade de vida do usuário.