



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS) - NÚCLEO DO CEARÁ
NÚCLEO DE TECNOLOGIAS EM EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM SAÚDE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO, PESQUISA E INOVAÇÃO EM SAÚDE DA
FAMÍLIA

EVANDRO ALVES DOS SANTOS

REEDUCAÇÃO ALIMENTAR: UMA ESTRATÉGIA PARA PREVENÇÃO DA
OBESIDADE NA ADOLESCÊNCIA

BARBALHA

2018

EVANDRO ALVES DOS SANTOS

REEDUCAÇÃO ALIMENTAR: UMA ESTRATÉGIA PARA PREVENÇÃO DA
OBESIDADE NA ADOLESCÊNCIA

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Orientadora: Prof.^a. Joyse Mirele Figueiredo Silva

BARBALHA

2018

Dados Internacionais de Catalogação na
Publicação Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitaria

S234r Santos, Evandro Alves dos.
REEDUCAÇÃO ALIMENTAR: UMA ESTRATÉGIA PARA PREVENÇÃO DA OBESIDADE
NA
ADOLESCÊNCIA / Evandro Alves dos Santos. – 2018.
37 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Universidade Federal do Ceará,
Faculdade de Medicina, Especialização NUTEDS - Saúde da família, Fortaleza, 2018.
Orientação: Prof. Me. Joyce Mirele Figueiredo Silva.

1. Obesidade. 2. Adolescência . 3. Saúde. I. Título.

CDD 362.1

RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo abordar a problemática dos hábitos alimentares e prevenção a obesidade na adolescência que podem prevenir e combater a obesidade, bem como, as respectivas causas de tal distúrbio alimentar que tem se tornado uma epidemia atualmente. O trabalho foi desenvolvido através de pesquisa bibliográfica com base em artigos que abordam tal temática em análise qualitativa e aplicação de questionários. Dentre as divisões teóricas do trabalho será abordado o conceito de obesidade como um problema de saúde pública levando em consideração nos tópicos seguintes os maus hábitos da sociedade contemporânea destacando o sedentarismo, as implicações psicológicas e a influência midiática que agrava as tendências alimentares negligentes que desencadeiam a obesidade. Logo, este trabalho também focaliza em sua temática de discussão questões centrais da qualidade de vida do indivíduo, possibilitando vislumbrar com toda a explanação teórica as causas e prevenção da obesidade, gerando conclusões sobre as consequências desta doença para a saúde e os benefícios de uma vida saudável.

Palavras-chave: Obesidade. Saúde. Adolescência.

ABSTRACT

The present work aims to address the problems of eating habits and prevention of obesity in adolescence that can prevent and combat obesity, as well as the respective causes of such an eating disorder that has become an epidemic today. The work was developed through bibliographical research based on articles that deal with this topic in qualitative analysis and questionnaires application. Among the theoretical divisions of the work will be approached the concept of obesity as a public health problem taking into consideration in the following topics the bad habits of contemporary society highlighting the sedentary lifestyle, the psychological implications and the media influence that aggravates the negligible alimentary tendencies that trigger the obesity. Therefore, this work also focuses on the topic of discussion central issues of the quality of life of the individual, making it possible to glimpse with all theoretical explanation the causes and prevention of obesity, generating conclusions about the consequences of this disease for health and the benefits of a life healthy.

Key words: Obesity, Health, Adolescence.

LISTA DE SÍMBOLOS

SUS	Sistema Único de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
OMS	Organização Mundial de Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Perfil sociodemográfico dos adolescentes estudados no distrito de Naraniú, no ano de 2018. Várzea alegre- ce.	25
Tabela 2: Caracterização de hábitos alimentares em alunos de uma escola do distrito de Naraniú, no ano de 2018. Várzea alegre- ce.....	27
Tabela 3: Cronograma.	28

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Índice de massa corporal em alunos de uma escola do distrito de Naraniú, no ano de 2018. Várzea alegre- ce.	26
---	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 PROBLEMA	9
3 JUSTIFICATIVA	9
4 OBJETIVOS	10
4.1 OBJETIVO GERAL	10
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
5 REVISÃO DE LITERATURA.....	10
5.1 OBESIDADE, UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA	11
5.2 IMPLICAÇÕES PSICOSSOCIAIS	17
5.3 MÍDIA, CONSUMO E QUALIDADE DE VIDA	20
6 METODOLOGIA.....	23
6.1 TIPO DE ESTUDO	23
6.2 CENÁRIO DA INTERVENÇÃO	23
6.3 SUJEITOS ENVOLVIDOS NO BENEFÍCIO DA INTERVENÇÃO	23
6.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	24
6.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	24
6.6 TÉCNICAS UTILIZADAS.....	24
6.7 COLETA DE DADOS	24
7 RESULTADOS E DISCUSSÃO	25
8 CRONOGRAMA.....	28
9 RECURSOS NECESSÁRIOS	28
10 CONCLUSÃO.....	28
11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	29

1 INTRODUÇÃO

A adolescência é uma fase em que o indivíduo é amplamente influenciado por fatores como autoestima e imagem, hábitos e valores familiares, meios de comunicação, preferências alimentares e desenvolvimento psicossocial; que reverbera com efeito no comportamento alimentar. Nessa época, os adolescentes são vulneráveis e facilmente influenciáveis, adotando assim dietas e comportamentos, necessitando assim serem bem orientados para que seus hábitos alimentares adquiridos sejam satisfatórios, de forma a permitir manter uma boa saúde ao longo da vida. A maior oferta de alimentos e algumas facilidades da vida moderna propiciam um ambiente que favorece a superalimentação e o sedentarismo. A avaliação clínica do paciente obeso deve ser iniciada com dados de anamnese e exame físico, além de exames complementares direcionados a diferenciar a obesidade exógena de causas secundárias ou genéticas e monitorizar possíveis complicações geradas pelo ganho ponderal. A abordagem deve ser feita por equipe multiprofissional, com base em modificações no estilo de vida (BARBIERI, 2011).

O atendimento ao adolescente obeso é um desafio para toda a equipe de saúde e deve ser focado em medidas preventivas e mudança no estilo de vida, tanto do paciente quanto da sua família. As medidas preventivas devem ter início ainda no pré-natal e nos primeiros anos de vida, evitando-se a obesidade gestacional, priorizando o aleitamento materno exclusivo e introduzindo outros alimentos só a partir do sexto mês de vida. Uma vez estabelecida a obesidade, o índice de sucesso do tratamento é baixo, tendo aumentado com as novas modalidades terapêuticas. Faltam evidências de estudos de longo prazo que nos permitam afirmar que a perda ponderal será sustentada, o que reforça ainda mais a necessidade de medidas de prevenção (CARVALHO, 2004).

2 PROBLEMA

Com a modernidade foi inserida na sociedade uma comodidade no cotidiano que alterou o gasto energético, onde o excesso produzido fica armazenado causando a obesidade, com a industrialização proporcionou novos alimentos muito mais calóricos que por apresentarem rapidez e comodidade logo ganharam a preferência dos consumidores que pela palatabilidade e ganho de tempo modificaram seus hábitos alimentares. Logo, este trabalho vem problematizar a alimentação dos adolescentes, considerando o estilo de vida moderno, a reprodução de maus hábitos (também familiares), a grande demanda de alimentos calóricos e a propagação destes pela mídia e entre o próprio público adolescente.

3 JUSTIFICATIVA

A relevância da discussão proposta neste trabalho para as pesquisas e práticas na saúde se reflete na necessidade de padrões de consumo alimentares considerados saudáveis, na prevenção da obesidade, bem como, a prática de outras atividades de prevenção e cuidado, além da articulação de estratégias dos profissionais de saúde de abordagem. Possibilita ainda, a reflexão sobre o estilo de vida contemporâneo que desencadeia a obesidade na adolescência e posteriormente outras doenças derivadas dela, enfatizando a questão da qualidade de vida no decorrer o trabalho.

A obesidade é causada, principalmente, pelo sedentarismo aliado a uma má alimentação e pode acarretar uma série de problemas de saúde como, por exemplo, o aparecimento de diversos tipos de câncer e diabetes. A maior oferta de alimentos e algumas facilidades da vida moderna propiciam um ambiente que favorece a superalimentação e o sedentarismo. A avaliação clínica do paciente obeso deve ser iniciada com dados de anamnese e exame físico, além de exames complementares direcionados a diferenciar a obesidade exógena de causas secundárias ou genéticas e monitorizar possíveis complicações geradas pelo ganho ponderal. A abordagem deve ser feita por equipe multiprofissional, com base em modificações no estilo de vida.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Realizar intervenção educativa para reeducação alimentar em adolescentes de uma escola pertencente ao município de Várzea Alegre no distrito de Naraniú

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar a prevalência da obesidade destes escolares
- Analisar os hábitos alimentares destes adolescentes

5 REVISÃO DE LITERATURA

O acúmulo excessivo de gordura no organismo, aliada aos maus hábitos da vida moderna, consequência da industrialização tem reverberado na intensificação dos níveis de obesidade na sociedade, sendo este excesso de peso a principal característica da patologia, que ainda se encontra como fator de risco para o desenvolvimento de várias outras doenças. O estilo de vida com a modernização alterou muito a rotina das pessoas, no tocante aos padrões de nutrição e consumo, considerando o aumento na necessidade do aproveitamento do tempo a preferência por refeições rápidas e com maior intensidade de calorias nos alimentos industrializados (BARBIERI, 2011).

Visto que, a maior oferta de alimentos e algumas facilidades da vida moderna propiciam um ambiente que favorece a superalimentação e o sedentarismo. A avaliação clínica do paciente obeso deve ser iniciada com dados de anamnese e exame físico, além de exames complementares direcionados a diferenciar a obesidade exógena de causas secundárias ou genéticas e monitorizar possíveis complicações geradas pelo ganho ponderal. A abordagem deve ser feita por equipe multiprofissional, com base em modificações no estilo de vida (BOAS, 2016).

No Brasil, estima-se que 20% das crianças sejam obesas e que cerca de 32% da população adulta apresentem algum grau de excesso de peso, sendo 25% casos mais graves (BRASIL, 2006). Considerando que a obesidade é multifatorial, além de fatores genéticos e

os maus hábitos alimentares, o sedentarismo é um fator que pode acarretar uma série de problemas de saúde como, por exemplo, o aparecimento de diversos tipos de câncer e diabetes, incluindo problemas psicossociais graves associados a uma baixa qualidade de vida em vários aspectos, físico, psicossocial e emocional, prejudicando até o rendimento escolar de crianças e adolescentes. (BARBIERI, 2011).

5.1 OBESIDADE, UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

A alimentação desequilibrada aliada a falta de exercício físico são responsáveis pelo sobrepeso em crianças e adolescentes. Para que exista mudança deve ser iniciado um trabalho para que a prática de exercício físico se torne cotidiana para estas crianças. A atividade física também contribui para o afastamento das crianças da tecnologia assim evitando influência direta da mídia para consumo deliberado de alimentos com alto valor calórico. (GUEDES, 1998).

A maior mecanização do trabalho e a introdução da robótica e da informática no controle dos sistemas têm produzido a necessidade de o homem moderno se expor a esforços físicos de algum significado na realização de suas tarefas profissionais. A prática de assistir à televisão por várias horas ao dia, associada aos inúmeros dispositivos que facilitam a execução dos afazeres domésticos, tem limitado ao extremo a realização de movimentos em casa. A necessidade de locomoção atualmente é atendida por eficiente sistema de transporte onde o gasto energético é minimizado para a maioria das pessoas. A difusão de atividades de lazer envolvendo prioritariamente diversões eletrônicas e as intensas campanhas publicitárias de estímulo à ocupação de tempo livre com atividades sedentárias são fortes contribuintes ao abandono de práticas lúdicas que exijam esforços físicos mais intensos (GUEDES, 1998, p. 35-36).

Mudanças ocorridas nos padrões alimentares nas últimas décadas, como o aumento do consumo de açúcares simples, alimentos industrializados e ingestão insuficiente de frutas e hortaliças, estão diretamente associadas ao ganho de peso dos adolescentes. Além disso, a redução progressiva da prática de atividade física combinada ao maior tempo dedicado às atividades de baixa intensidade, como assistir televisão, usar computador e jogar *videogame*, também tem contribuído para o aumento de peso dos jovens. Conclui-se, portanto, que as variáveis relacionadas ao padrão alimentar e de atividade física devem ser priorizadas nas intervenções voltadas para a prevenção da obesidade entre adolescentes. (FERRARI, 1997).

Uma análise geral da situação nutricional da população brasileira adulta num período de catorze anos, de 1974 a 1989, revelou uma diminuição marcante na prevalência de desnutrição energético-protéica com uma redução de 36% entre a população masculina e 37% na população feminina. Por outro lado, observou-se um aumento de 58% de sobrepeso entre os homens e de 42% entre as mulheres. De

forma semelhante, a obesidade aumentou 100% nos homens e 70% nas mulheres durante o mesmo período (FERRARI, 1997, p.21).

Nos últimos anos a porcentagem de obesidade infantil tem aumentado incontrolavelmente, em uma pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) aponta que 15% das crianças entre 05 e 09 anos está acima do peso. (BOAS, 2016). Segundo o Manual de Orientação da Obesidade na infância e adolescência:

Prevenir a obesidade na infância é a maneira mais segura de controlar essa doença crônica grave, que pode se iniciar já na vida intrauterina. A importância de prevenir a obesidade na infância decorre de sua associação com doenças crônicas não transmissíveis no adulto, que podem se instalar desde a infância (2008, p. 21).

A atividade física na infância e na adolescência pode trazer efeitos benéficos sobre fatores de risco tais como: Obesidade, hipertensão arterial, diabetes, doença coronariana bem como capacidade funcional do indivíduo e também sua capacidade aeróbica demonstrando que a Educação Física tem função de prevenção e controle sobre esses fatores de risco e expor a importância de hábitos alimentares básicos que ajudam no combate a estas doenças. (BETTIE E ZULIANI, 2003).

A Educação Física enquanto componente curricular da Educação básica deve assumir então uma outra tarefa: introduzir e integrar o aluno na cultura corporal de movimento, formando o cidadão que vai produzi-la, reproduzi-la e transformá-la, instrumentalizando-o para usufruir do jogo, do esporte, das atividades rítmicas e dança, das ginásticas e práticas de aptidão física, em benefício da qualidade da vida (BETTI E ZULIANI, 2002, p.75).

Nos leva a acreditar que: ser fisicamente ativo desde a infância apresenta muitos benefícios, não só na área física, mas também nas esferas social e emocional, e pode levar a um melhor controle das doenças crônicas da vida adulta. Além disso, a atividade física melhora o desenvolvimento motor da criança, ajuda no seu crescimento e estimula a participação futura em programas de atividade física. (ALVES, 2003, p.22)

.Nessa perspectiva ao pontuar métodos para combater a inatividade e o sedentarismo, o exercício físico regular pode vir a obter resultados satisfatórios. O exercício físico regular é de grande relevância na prevenção e tratamento tanto da obesidade como de várias outras doenças, como o diabetes e as doenças cardiovasculares e os benefícios podem ser adquiridos geralmente como consequências de melhoras cardiorrespiratórias e alterações na composição corporal (como diminuição de gordura corporal e/ou aumento de massa magra (FRANCISCHI; PEREIRA; LANCHI, 2001).

Segundo (LEITE, 2000) a atividade física ocasiona grandes benefícios a saúde de quem a pratica tais com: redução do peso e gordura corporal, aumento da taxa metabólica basal, utilização das reservas lipídicas, melhora da capacidade aeróbica, regulação do apetite,

melhor imagem e expressão corporal e também uma maior integração social. A atividade física traz benefícios psicológicos sendo eles: autoconceito, autoconfiança, autoestima, diminuição da ansiedade e também de níveis de depressão. (LEITE, 2000).

Os transtornos alimentares caracterizam-se pelos desvios de comportamento que levam ao emagrecimento ou a obesidade, refletindo uma distorção de imagem, que valoriza além da imagem do corpo; nos casos da anorexia e bulimia nervosa; ou a deprecia, no caso da obesidade e dos riscos associados (SANTOS, 2007, p.19).

Considerando o nível de desinformação ou desinteresse de parte da população sobre o valor nutricional dos alimentos, das necessidades corporais para a saúde e a busca de alimentos rápidos na rotina, (GUYTON, 1997) afirma que tal estilo de alimentação tem baixo valor nutricional, fazendo com que o indivíduo tenha fome mais vezes durante o dia, elevando o consumo destes alimentos carregados de açúcar e gordura pela atratividade ao paladar, que fornecem energia à curto prazo, que não são saudáveis ao organismo quando consumidos em excesso e nem produzem saciedade. (GUYTON, 1997).

Não obstante a pouca precisão de nossas informações a respeito dos diferentes fatores de *feedback* que atuam na regulação da ingestão de alimentos a longo prazo, podemos fazer a seguinte informação geral: Quando as reservas nutritivas do organismo caem abaixo do normal, o centro da alimentação do hipotálamo fica muito ativo, e a pessoa apresenta aumento da fome; por outro lado, quando as reservas nutritivas são abundantes, a pessoa perde a fome e desenvolve o estado de saciedade. (GUYTON, 1997, p.13).

A obesidade é medida através do Índice de Massa Corporal. O (IMC) é calculado através da altura do indivíduo ao quadrado dividido pelo peso do indivíduo. Se o índice for menor que 20, a pessoa está abaixo de seu peso ideal; entre 20 e 25 é considerado normal; entre 25 e 30 a pessoa está com sobrepeso; acima de 30 apresenta obesidade moderada e acima de 40 é considerada obesidade mórbida (BUSSE, 2004).

Durante muito tempo um dos grandes problemas do Brasil foi à fome e a desnutrição, ou seja, o não atendimento das necessidades nutricionais básicas diárias a todos os indivíduos. Atualmente, pode-se dizer que o país vem consolidando o que se chama de transição nutricional, com a complexificação dos problemas alimentares. Não se reverteram totalmente os problemas alimentares no país estão mais ligados à má nutrição. (HENRIQUES, 2013, p.20-21).

Decorrente do consumo excessivo de alimentos, que causa disfunção no metabolismo e hábitos alimentares errados, a obesidade tem aumentado significativamente na atualidade. Uma tentativa de explicação é que estas populações são geneticamente suscetíveis à obesidade, e têm recentemente experimentado um aumento nos fatores ambientais que favorecem a obesidade. (HENRIQUES, 2013)

O fator de risco mais importante para o aparecimento da obesidade na criança é a presença de obesidade em seus pais, pela soma de influência genética e do ambiente. 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 a possibilidade de que elas os consumam. Da mesma forma, a restrição por parte dos pais pode ter efeito deletério. Na primeira infância, recomenda-se que os pais forneçam às crianças refeições e lanches saudáveis, balanceados, com nutrientes adequados e que permitam às crianças escolher a qualidade e a quantidade que elas desejam comer desses alimentos saudáveis (MELLO; LUFT; MEYER, 2004).

A alimentação é um importante fator tanto na prevenção como no tratamento da obesidade e de muitas doenças de alta prevalência nas sociedades atuais. As tendências de transição nutricional ocorridas neste século em diferentes regiões do mundo convergem para uma dieta mais rica em gorduras, açúcares e alimentos refinados. O controle alimentar é a principal forma utilizada no combate à obesidade. As estratégias de manipulação dietética geralmente englobam modificações no total energético ingerido e/ou na composição dietética. (BOAS, 2016)

O sobrepeso e a obesidade devem ser combatidos e tratados precocemente, para evitar agravos na saúde durante a juventude e depois, no decorrer da vida. Crianças e adolescentes têm o benefício de se valer do crescimento para melhorar a proporção peso/altura. A mudança de estilo de vida é o principal meio para a redução e controle do peso. Além da reeducação alimentar e do estímulo à atividade física, certos hábitos devem ser modificados, tais como comer assistindo televisão e não ter rotina para as refeições. A obesidade é mais comum do que se imagina, atingindo a população de modo geral e apresentando-se como um problema social, com sérios danos à sociedade tanto como o tabagismo, o alcoolismo e as drogas, como afirma o autor a seguir: (SANTOS, 2007).

A obesidade é considerada uma epidemia mundial, caracterizando-se como problema de saúde pública. No Brasil, estima-se que mais de 40% da população estão com sobrepeso. No caso das crianças, o caso é ainda mais trágico: crianças obesas, se não forem tratadas, serão adolescentes e adultos obesos (SANTOS, 2007, p.7).

A dieta recomendada é rica em fibras e ômega 3, como verduras, legumes, frutas, castanhas e peixes e pobre em açúcares, sal e gorduras. Os alimentos industrializados devem ser evitados ou controlados, tais como salgadinhos, frituras, bolachas, sucos e chás adoçados. Aconselha-se atividades físicas diárias durante 60 minutos, sendo que 3 vezes na semana devem ser de média a alta intensidade. Também faz parte do combate ao sedentarismo restringir o tempo dedicado às telas, ou seja, a somatória do tempo em atividades no computador, televisão, celulares e *tablets* não deve ultrapassar 2 horas ao dia. (LEITE, 2000).

1) - O tratamento farmacológico da obesidade não cura a obesidade, quando não há continuidade ocorre novamente o ganho de peso. 2) - Medicamentos devem ser utilizados sob supervisão profissional contínua. 3) - O tratamento e a escolha medicamentosa deve ser individual. 4)- Os riscos associados ao uso de uma droga devem ser avaliados em relação aos riscos da persistência da obesidade. 5)- O tratamento deve ser mantido apenas quando considerado seguro e efetivo para o paciente. 6)- O tratamento com agentes farmacológicos não é recomendado para crianças, pois não há estudos suficientes nessa faixa etária. (SANCHES, 2008, p. 11).

A maioria dos tratamentos utilizados para o combate a esse problema advém da combinação de medicamentos e dietas que, muitas vezes, se tornam ineficazes e o paciente acaba sofrendo recaídas, provocando o chamado “efeito sanfona”. A preocupação com a obesidade vai além de questões estéticas e de construção de ideais sociais que podem causar desgaste emocional, visto que trata-se de uma questão de qualidade de vida em suas fases: infantil, adolescência e adulta. As discussões de promoção a saúde na família alertam para a atenção com o consumo alimentar desde a infância, para evitar adolescentes obesos e adultos obesos. (PORTO, 2007).

O aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade em idades cada vez mais precoces tem despertado a preocupação de pesquisadores e profissionais da área de saúde, em razão dos danos e agravos à saúde provocados pelo excesso de peso, tais como hipertensão arterial, cardiopatias, diabetes, hiperlipidêmicas, dentre outras (PORTO, 2007, p.67).

Em uma perspectiva educativa de promoção a saúde, a escolha do ambiente escolar para a promoção de hábitos de vida saudáveis também deve ser encorajada, por ser um local de intenso convívio social e propício para atividades educativas. As intervenções nos hábitos de vida devem ser iniciadas o mais precocemente possível, já que na adolescência ocorrem mudanças importantes na personalidade do indivíduo e por isso é considerada uma fase favorável para a consolidação de hábitos que poderão trazer implicações diretas para a saúde na vida adulta. (BARBIERI, 2011).

As necessidades nutritivas dos jovens são elevadas, em virtude da rapidez do crescimento, particularmente no caso das proteínas, sais minerais e vitaminas. Ainda, salienta o autor, que são comuns nessa idade, mesmo em adolescentes de classe média e superior, os maus hábitos alimentares, a omissão de refeições ou a substituição destas por sanduíches ou refrigerantes. Tais aspectos alimentares aliados ao sedentarismo são considerados os grandes responsáveis pelo número crescente de adolescentes com sobrepeso e obesidade. (BARBIERI, 2011, p.10)

Ao tratar das consequências da obesidade para o corpo, o estado nutricional do adolescente é de particular interesse, pois a presença de obesidade nesta faixa etária tem sido associada ao aparecimento precoce de hipertensão arterial, dislipidemias, aumento da

ocorrência de diabetes tipo 2, distúrbios na esfera emocional, além de comprometer a postura e causar alterações no aparelho locomotor (PORTO, 2007).

O atendimento ao adolescente obeso é um desafio para toda a equipe de saúde e deve ser focado em medidas preventivas e mudança no estilo de vida, tanto do paciente quanto da sua família. As medidas preventivas devem ter início ainda no pré-natal e nos primeiros anos de vida, evitando-se a obesidade gestacional, priorizando o aleitamento materno exclusivo e introduzindo outros alimentos só a partir do sexto mês de vida. Uma vez estabelecida a obesidade, o índice de sucesso do tratamento é baixo, tendo aumentado com as novas modalidades terapêuticas. Faltam evidências de estudos de longo prazo que nos permitam afirmar que a perda ponderal será sustentada, o que reforça ainda mais a necessidade de medidas de prevenção (BARBIERI, 2011).

As crianças costumam também a imitar os pais em tudo que eles fazem, assim sendo se os pais tem hábitos alimentares errados, acaba induzindo seus filhos a se alimentarem do mesmo jeito. A vida sedentária facilitada pelos avanços tecnológicos (computadores, televisão, videogames, etc.), fazem com que as crianças não precisem se esforçar fisicamente a nada. Não são apenas os adultos que sofrem de ansiedade provocados pelo estresse, os jovens também são alvos deste sintoma, causados, por exemplo, por preocupações em semanas de prova na escola ou pela tensão do vestibular, entre outros. A ansiedade os faz comer mais, como se fosse uma compulsão, sem fome. Por trás de um obeso sempre poderá existir um problema psicológico, agravando-se devido a nossa cultura onde a sociedade produz exclusão. Isso só leva a criança ou adolescente a piorar, porque quase sempre são tímidas e sentem-se envergonhadas, acabam se isolando e fazendo da alimentação uma “fuga” da realidade, isto é, quanto mais rejeitado, mais ansiosos mais comem (MELLO; LUFT; MEYER, 2004).

Pessoas com sintomas de depressão sofrem alterações no apetite, podendo emagrecer ou engordar. Algumas pesquisas comprovaram que a pessoa deprimida, geralmente não pratica atividades físicas e come mais doces, principalmente, o chocolate. A obesidade pode ainda ter correlação com variações hormonais tais como: excesso de insulina; deficiência do hormônio de crescimento; excesso de hidrocortisona, os estrógenos etc. Se um dos pais é obeso, o filho tem 50% de chances de se tornar gordinho, e se os dois pais estão acima do peso, o risco aumenta para 100%. A criança que tem pais obesos corre o risco de se tornar obesa também porque a obesidade pode ser adquirida geneticamente (MELLO; LUFT; MEYER, 2004).

Os fatores genéticos desempenham papel importante na determinação da suscetibilidade do indivíduo para o ganho de peso, porém são os fatores ambientais e de estilo de vida, tais como hábitos alimentares inadequados e sedentarismo, que geralmente levam a um balanço energético positivo, favorecendo o surgimento da obesidade. Em 2002 a Organização Mundial da Saúde, deu início à Estratégia Global sobre Dieta, Atividade Física e Saúde, onde os principais objetivos são:

- 1) Reduzir os fatores de risco para doenças não transmissíveis, associados a padrões alimentares inadequados e inatividade física, através de ações de saúde pública e medidas de promoção à saúde e prevenção de doenças;
- 2) Aumentar a conscientização e compreensão das influências da dieta e da atividade física para a saúde e o impacto positivo de medidas preventivas;
- 3) Encorajar o desenvolvimento, fortalecimento e implementação de políticas e planos de ação no nível global, regional, nacional e comunitário visando à melhoria da dieta e o aumento da atividade física que sejam sustentáveis, abrangentes, e que envolvam todos os setores, incluindo sociedade civil, setor privado e a mídia;
- 4) Monitorar informações científicas e influências importantes na dieta e atividade física; apoiar pesquisas em diversas áreas relevantes, incluindo a avaliação de intervenções; e fortalecer os recursos humanos necessários neste domínio para melhorar e manter o estado de saúde. (O.M.S., 2002).

5.2 IMPLICAÇÕES PSICOSSOCIAIS

A avaliação psicológica é fundamental no acompanhamento dos adolescentes obesos, visto que muitos com obesidade grave apresentam sintomas depressivos e altos níveis de ansiedade. Ao refletir sobre os aspectos psicossociais relacionados à obesidade, percebe-se que muitos indivíduos obesos, por se manterem fixados na fase oral do desenvolvimento infantil, passam a vida inteira tentando suprir de forma inconsciente suas carências emocionais e afetivas com o excesso de alimento, tendo a comida como o único prazer disponível, visto que encontram muitas vezes dificuldade em obter prazer nas relações sociais e afetivas, por exclusão, rejeição e discriminação, pois, numa dimensão imaginária, não correspondem ao atual padrão de beleza sociocultural que tende a valorizar os indivíduos magros. (SANTOS, 2007).

A criança obesa, hoje, se não lhe for dada à devida atenção, será o adolescente obeso de amanhã e o adulto obeso, no futuro. Os prejuízos do convívio dos sujeitos com a obesidade podem se agravar com a associação com outras doenças, como diabetes, problemas coronários, câncer, entre outros, ou pela exclusão e desajustamento do indivíduo do convívio social. (SANTOS, 2007).

Aspectos gerais relacionados à obesidade, tais como o conceito de transtornos alimentares, o conceito de obesidade, os aspectos multicausais da obesidade, a configuração do ato de comer como sendo um ato cultural, social e psicológico e, também, a construção da imagem corporal e a obesidade. Há aspectos psicossociais relacionados com a causa e a consequência da obesidade, como a representação social dos indivíduos obesos, a atual pressão social em favor da magreza, a discriminação e exclusão social sofridas pelos obesos, e também mostrará como o social influencia no psicológico das pessoas com excesso de peso. De acordo com Busse (2004), a origem e manutenção da obesidade estão relacionadas a causas internas e externas do indivíduo. Por essas causas estarem bastante interligadas, tem-se uma questão bastante complexa que congrega aspectos biológicos, fisiológicos, culturais, sociais e psicológicos. (BUSSE, 2004).

Indivíduos obesos mostram que grande parte da obesidade é decorrente de fatores psicogênicos, sendo que o fator psicogênico mais comum no desenvolvimento da obesidade seja a ideia prevalente de hábitos alimentares que exigem pelo menos três refeições por dia sendo que cada uma delas seja substancial. Muitos adolescentes são induzidos a esse hábito pelos pais, de modo que essas crianças continuam a praticá-lo durante seu desenvolvimento. Muitas vezes as pessoas adquirem aumento de peso durante ou após situações estressantes, que afetam o psicológico. (GUYTON, 1997, p.17).

Conforme Carneiro (2000), a obesidade não deveria ser considerada uma doença, mas sim, uma síndrome, ou seja, um estado mórbido caracterizado por um conjunto de sinais e sintomas atribuídos, geralmente, a mais de uma causa, como o tipo constitucional do indivíduo (hereditariedade), alimentação irregular (hábitos alimentares), estado psicológico (emocionais) e sedentarismo. A obesidade também pode ser descrita, segundo Busse (2004), como um desequilíbrio entre as entradas, ou seja, as calorias ingeridas e sua queima pelo organismo, ou seja, as saídas. (CARNEIRO, 2000).

O processo de alimentação nutrição é importante não somente no aspecto fisiológico, mas também para o desenvolvimento psicossocial do indivíduo, interferindo em seus aspectos relacional e emocional, pois o ato alimentar tem função estruturante na personalidade do indivíduo, por se tratar de um dos caminhos possíveis para se estabelecer relações entre o mundo interno do indivíduo e a realidade, ou seja, o mundo externo. (CARNEIRO, 2000).

Segundo Carneiro (2000), alguns indivíduos têm dificuldade em diferenciar a fome da vontade de comer. A fome é um fenômeno fisiológico, enquanto que a vontade de comer é uma necessidade psicológica. A fome, mesmo sendo instintiva, pode ser alterada e mal direcionada, por condicionamento reflexo ou estado psicológico consciente ou inconsciente. A mãe, ao mesmo tempo em que dá o seio para alimentar o bebê, o acaricia, dando-lhe calor humano e afeto. E com isso efetua-se a associação afeto-alimento. (CARNEIRO, 2000).

O indivíduo obeso apresenta grande sofrimento psicológico decorrente tanto dos problemas relacionados ao preconceito social, como da discriminação em relação à obesidade. A depreciação da própria imagem física leva à preocupação opressiva com a obesidade, tornando o obeso cada vez mais inseguro devido a sua condição. A falta de confiança, a sensação de isolamento, atribuída principalmente à dificuldade de familiares e amigos em entender o problema, assim como a humilhação, decorrente do intenso e crescente preconceito e discriminação aos quais os indivíduos obesos estão sujeitos, remete em enorme carga psicológica aos indivíduos obesos. (CARNEIRO, 2000).

A obesidade está relacionada a fatores psicológicos como o controle, a percepção de si, a ansiedade e o desenvolvimento emocional. Entretanto ser gordo não significa ter problemas psicológicos, sendo necessário desmistificar esta crença que é muito utilizada como explicação para o excesso de peso. Frente a isso, a inclusão dos profissionais da área da psicologia e da psiquiatria na terapêutica da obesidade mostra-se de fundamental importância, por permitir um diagnóstico mais apurado desses aspectos na formação da obesidade, assim como para a definição do tratamento mais adequado (DOBROW, 2002, p.14).

Quando a obesidade for consequência de alguma doença, ou deixar sequelas do ponto de vista físico ou psíquico, o tratamento será orientado pelo médico ou psicólogo. As famílias obesas devem ter em mente que as pessoas não conseguem modificar seus genes, mas podem melhorar seus hábitos, encorajando seus filhos a se alimentarem de forma saudável e a praticarem atividades físicas. Essas mudanças trazem benefícios para todos os membros da família, inclusive para as próximas gerações, que irão crescer em um ambiente saudável e sem os riscos associados à obesidade (LEITE, 2000).

Esses indivíduos com obesidade podem apresentar dificuldades em obter prazer nas relações sociais, por se sentirem excluídos, rejeitados ou discriminados, o que os leva ao isolamento. A pressão social pode levar a excessivas dietas, as quais normalmente desencadeiam reações psicológicas e fisiológicas que levam à recuperação e ao aumento da obesidade, o chamado efeito rebote ou efeito sanfona. (DOBROW, 2002)

Em geral, observa-se que dentro da esfera social a obesidade recebe duas definições: a de um estado desviante dos padrões de normalidade na cultura. Assim, o corpo

gordo é considerado fora da norma social vigente por que contrapõe o modelo de corpo magro e/ou musculoso tido como socialmente aceitável. A outra definição compreende a obesidade enquanto um estado patológico, uma doença, em função dos inúmeros sinais e sintomas da enfermidade, da sua alta relação com outras comorbidades e ainda por comprometer a qualidade de vida do indivíduo no seu ambiente (CARVALHO, 2004, p.17)

5.3 MÍDIA, CONSUMO E QUALIDADE DE VIDA

A mídia possui grande contribuição, ao criar o desejo de consumo principalmente por alimentos ricos em açúcares, sódio e gorduras. Mudanças têm refletido nos hábitos alimentares e muitas vezes na qualidade do que se consome e no aumento da gordura corporal na população nas mais diversas faixas etárias. (INSTITUTO ALANA, 2009).

Até aproximadamente os oito anos de idade, elas misturam fantasia e realidade. Por exemplo, uma criança de mais ou menos quatro anos, quando está assistindo ao seu desenho preferido na TV e ocorre uma interrupção pelos intervalos comerciais, não entende que o programa acabou e iniciou-se um intervalo. E mesmo depois que consegue fazer tal distinção, é só aproximadamente aos 12 anos que tem condições de compreender o caráter persuasivo da publicidade. (INSTITUTO ALANA, 2009, p.9).

Cabe uma reflexão sobre a influência da mídia no contexto do consumo de alimentos menos saudáveis, associado à fortes campanhas de marketing incentivando o consumo, destinado na maioria das vezes, à primeira infância, através de personagens, embalagens atraentes e brindes. O consumo historicamente acabou transformando-se em um palco para a realização de desejos, logo, o consumo é sedução; o consumo o que supõe a manipulação de objetos. (INSTITUTO ALANA, 2009)

Insatisfação, compulsão, criação de novas necessidades, desejo de obtenção de lucro são os pilares para a construção e desenvolvimento da sociedade de consumo. Quanto maior for a posse de bens de um indivíduo, maior será seu prestígio social. Deste modo, a sociedade de consumo tem como lógica a criação de novas necessidades que se traduzem na criação de novos bens de consumo (PIETRACOLLA, 1989, p. 37-38).

O ritmo acelerado característico da vida moderna, a necessidade de praticidades no dia-a-dia, a proposta crescente de produtos industrializados, e a busca permanente por experiências de novidade, diversidade, alegria, prazer e bem-estar nos alimentos, tendem a tornar os momentos de alimentação cada vez mais rápidos, práticos, individualizados. “[...] O que é posto em destaque pela propaganda não é o valor nutricional dos alimentos, mas a capacidade de entreter, de tornar o cotidiano da criança mais divertido [...]” (GALINDO,

2008, p. 10). Logo, a rede de *fast food* pode ser traduzida como um local “[...] que explora, em sua publicidade, aspectos da alimentação e do consumo”. (GALINDO, 2008)

A partir da proteção oferecida pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, cabe refletir o papel da mídia nesse contexto, em que se registra a incapacidade dos infantes em entender as mensagens publicitárias, em reconhecer o seu poder persuasivo e por fim diferenciar a realidade da fantasia, tendo em vista se tratar de propagandas atrativas e inovadoras, focadas na mercantilização: (MACHADO, 2003).

[...] por se acharem na peculiar condição de pessoas humanas em desenvolvimento – crianças e adolescentes encontram-se em situação especial e de maior vulnerabilidade, ensejadora da outorga de um regime especial de salvaguardas, que lhes permitam construir suas potencialidades humanas em sua plenitude (MACHADO, 2003, p.109).

Aproveitando da situação peculiar em desenvolvimento dos infantes, grandes empresas do ramo alimentício aproveitam o espaço midiático e o considerável tempo que as crianças passam em frente à televisão, para publicitar de maneira desenfreada alimentos altamente calóricos e de baixo valor nutricional. (CHAGAS, 2006)

A criança é, portanto, desde cedo tratada como consumidor e não como um cidadão com direito a cumprir todas as fases de seu desenvolvimento. A publicidade dirigida à infância através da televisão joga um papel vital na formação dos valores e atitudes necessários ao consumismo, especialmente para as crianças menores. Não é por acaso que a grade da programação televisiva é construída com a área comercial das emissoras (CHAGAS, 2006, p.173).

A sociedade de consumo disponibiliza diferentes oportunidades (mercadorias) que colaboram para a “criação” do obeso, ao mesmo tempo, a obesidade é tratada como “doença” que deve ser combatida. Assim, novas mercadorias são oferecidas aos indivíduos para se prevenirem destes “riscos fabricados”. Estes riscos são tratados nas esferas mundiais, como atesta a “estratégia global da OMS – Organização Mundial da Saúde – para dietas, atividade física e saúde” que enfatiza o combate à obesidade e ao sobrepeso. Assolin (2010, p.65) diz que “quanto mais consumidores houver, melhor para o sistema e econômico, que cresce e se fortalece. Assim, a cultura da sociedade contemporânea está baseada no descarte e na celebração do novo ou, em outras palavras, no consumismo”. (ASSOLIN, 2010).

O *Fast Food* é o principal fenômeno de consumo do mundo globalizado, é o ícone da globalização, sendo que os seus produtos ganham a preferência, principalmente entre os jovens, quando o mais importante é a praticidade e a rapidez. A indústria cultural trata-se de um mercado do conhecimento, da cultura, da aquisição de valores, na qual tudo se torna mercadoria e consumo. A Indústria Cultural cria mecanismos de sedução e fetiche, atraindo

peessoas (adultos, crianças, idosos) para o processo de adaptação e conformação ao produto, ou seja, a mercadoria. É possível pensar o fenômeno da mídia para consumo como Indústria cultural e o surgimento do Sistema *Fast Food*, ou a cozinha compartimentada, que bem cedo iria impor a sua dominação alimentar em termos econômico, social, político e cultural, embalada por uma grande explosão de consumo. (CHAGAS, 2006).

Hoje, no imaginário de muitos jovens, estarem num Mcdonald é se sentir no centro do mundo. Entretanto, as pesquisas mostram a maior tendência à obesidade entre a população infantil, e os males causados para aqueles que são clientes assíduos [vide o filme “Super Size me” ou “A dieta do Palhaço”] (SANTOS, 2006, p.11).

A mídia, enquanto produtora de um discurso social, está longe de ser considerada neutra e acaba por produzir, reproduzir, refletir e reforçar imagens existentes na sociedade em um momento histórico particular. Sendo assim, é possível perceber que esta acaba por reforçar um tipo de estereótipo como sendo o único capaz de ser bonito, feliz e saudável, através de um poder normalizador que expressa a disciplinarização, a naturalização do indivíduo, do seu corpo, cuja função é “adestrar” e criar formas de comportamento e de pessoas, regulando os aspectos morais. É esse “bio-poder” que intervém e controla o corpo de modo a torná-lo produtivo, se propondo a gerir a vida da sociedade, a partir da construção de um discurso legítimo sobre a identidade do sujeito baseado apenas em suas características físicas/ biológicas. (SANTOS, 2006).

[...] a publicidade merece atenção especial, por ser fator relevante de impulso ao consumo excessivo entre todas as gerações e, principalmente, junto às crianças. A disseminação de valores consumistas desde a infância, preocupa não apenas por que aumenta o consumo de fato, mas também por que forma hábitos que serão levados para toda a vida. Em particular a publicidade de alimentos e bebidas altamente calóricas e de baixo valor nutricional tem incrementado sobre maneira a difusão de uma verdadeira epidemia de obesidade e doenças crônicas não transmissíveis – um problema de saúde pública [...] (HENRIQUES, 2013, p. 10).

6 METODOLOGIA

6.1 TIPO DE ESTUDO

A pesquisa é de cunho qualitativo, o estudo foi desenvolvido apoiando-se em pesquisas bibliográficas e científicas sobre a temática abordada. O método de desenvolvimento dessa pesquisa tem como intuito fazer uma análise qualitativa, descritiva e explicativa para explanar sobre a obesidade enquanto problema de saúde pública. Logo, este estudo dá ênfase a fase da adolescência ao abordar a problemática da industrialização e apelo da mídia, também, o desconhecimento dos consumidores sobre as propriedades nutricionais, aspectos psicossociais e necessidade de atividade física regular diante de um estilo de vida que tende ao sedentarismo. Ao tratar a obesidade como sendo determinante para outras doenças. Os estudos denominados qualitativos têm como preocupação fundamental o estudo e a análise do mundo empírico em seu ambiente natural. Nessa abordagem valoriza-se o contato direto e prolongado do pesquisador com o ambiente e a situação que está sendo estudada (GODOY, 1995).

6.2 CENÁRIO DA INTERVENÇÃO

O presente estudo foi realizado com adolescentes estudantes do Colégio Pedro Leandro da Silva, no território da equipe de saúde da Unidade de Atenção Primária a Saúde Vicente Elias Correia, localizada na rua Francisco Elias Correia, no distrito de Naraniú, município de Várzea Alegre, do estado do Ceará.

6.3 SUJEITOS ENVOLVIDOS NO BENEFÍCIO DA INTERVENÇÃO

Foram aplicados questionários para tomar conhecimento dos hábitos alimentares do público adolescente. Posteriormente, foi realizada uma palestra, por meio de um roteiro estruturado de forma a orientar sobre alimentação e qualidade de vida, utilizando como recurso didático, um vídeo no formato de reportagem, para fixação do conteúdo, trabalhando a referida temática de obesidade com alunos.

6.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Adolescentes com faixa etária de 11 a 15 anos estudantes das séries 7^a, 8^a, 9^a do Colégio Pedro Leandro da Silva.

6.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Outras faixas etárias.

6.6 TÉCNICAS UTILIZADAS

Aula expositiva, dialogada com utilização de recurso áudio visual, além da aplicação de 60 questionários com os adolescentes, enquanto meio avaliativo da proposta do projeto.

6.7 COLETA DE DADOS

O instrumento de coleta de dados foi um questionário aplicado aos adolescentes, visando mensurar seus hábitos e entendimento sobre alimentação e estilo de vida saudável. Além da palestra no formato de aula dialogada com os alunos da referida instituição.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste estudo foi realizada a intervenção educativa em 61 alunos, de uma escola pública da cidade de Várzea Alegre a média da idade foi de 13 anos (11-15 anos) sendo 30 (49,18%) do sexo feminino, 31 do masculino (50,81%). Em relação a etnia 3 (5%) eram negros, 26 (43,33%) pardos e 32 (53,33) brancos.

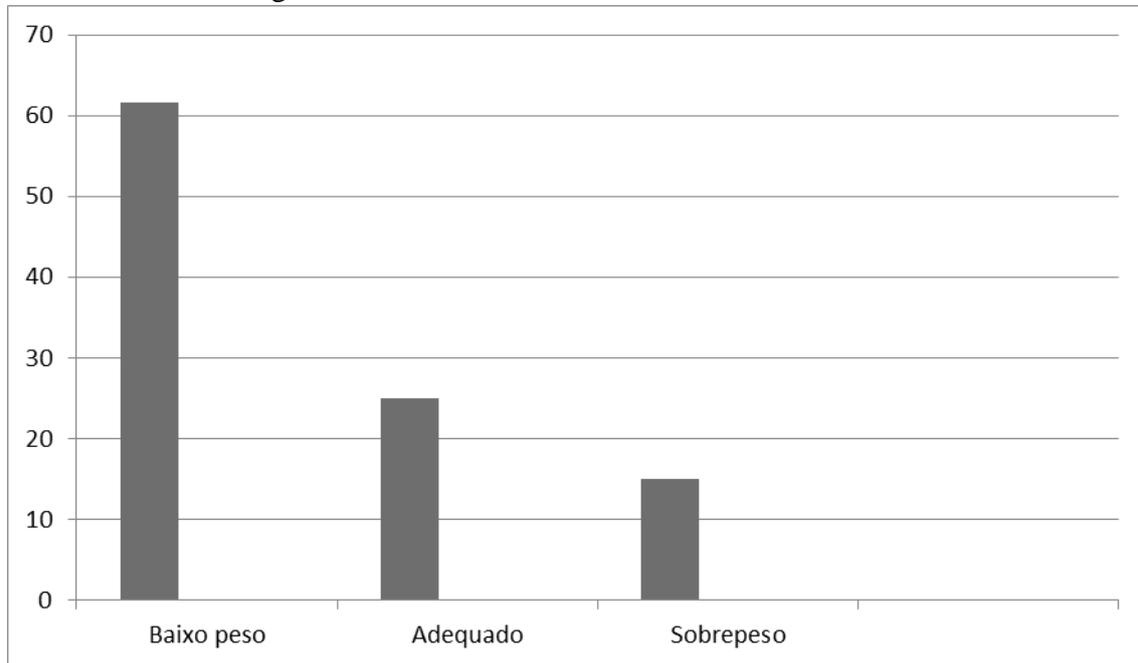
Tabela1. Perfil sociodemográfico dos adolescentes estudados no distrito de Naraniú, no ano de 2018. Várzea Alegre- Ce.

Sexo	N	%
Masculino	31	50,81
Feminino	30	49,18
Etnia		
Negro	3	5
Pardo	26	43,33
Branco	32	53,33

Fonte: Próprio autor, 2018.

Verificou-se que 16 (26,22%) alunos se encontram com baixo peso e 37(60,65%) alunos com o peso adequado considerando a taxa de IMC, aliada a avaliação do questionário de hábitos alimentares, pode-se constatar também que a má alimentação dos alunos pode levar ao desenvolvimento da obesidade futuramente, onde 8 (13,11%) dos alunos do campo estudado, já se encontram com sobrepeso. É importante salientar a existência de um padrão de respostas dos alunos no que se refere a alimentação, por ambas as categorias designadas apresentam hábitos semelhantes de risco à obesidade e baixa qualidade de vida, dessa forma é possível verificar nas respostas de ambos, os altos índices de ingestão de doces, gorduras e ausência de exercício, considerando um estilo de vida desregrado deste grupo de adolescentes.

Gráfico 1: Índice de massa corporal em alunos de uma escola do distrito de Naraníú, no ano de 2018. Várzea Alegre- Ce.



Fonte: próprio autor, 2018.

Com a aplicação dos questionários se percebe que os hábitos alimentares destes alunos não segue um ritual diário calórico adequado para a sua sustentabilidade do organismo, dos 61 alunos submetidos ao questionário 31 consomem salgadinhos doces e chocolates 5 vezes por semana, 29 alunos relatam que consomem carne vermelha todos os dias 31 alunos afirmam que consomem refrigerantes todos os dias 29 alunos referem que a merenda e somente café preto com no máximo um biscoito, 31 afirma que consomem 2 ou menos vezes por semana frutas e verduras.

Estes adolescentes alimentam-se diariamente de maneira desajustada, ingerindo alimentos industrializados pobres em vitaminas que são essenciais para o seu desenvolvimento.

Com a intervenção verificamos a necessidade da educação alimentar tanto para estas crianças, como também com os pais ou responsáveis pelas mesmas para que elas possam aprender práticas alimentares saudáveis e evitar assim, futuros obesos ou desnutridos por falta de uma reeducação alimentar na fase juvenil, percebe-se que 60% se alimentam de forma inadequada e 40% de forma correta no tocante 90% dos alunos pratica exercícios físicos regularmente, após palestra e foi aplicado novamente o questionário e percebemos uma mudança na compreensão de práticas alimentares adequadas.

Tabela 2: Caracterização de hábitos alimentares em alunos de uma escola do distrito de Naraniú, no ano de 2018. Várzea Alegre- Ce.

Frequência de compras semanais em lanchonetes		
	N	%
5 ou mais vezes na semana	5	8.19
3 ou 4 na semana	20	33
1 ou 2 na semana	25	41.66
Não tem hábito de comer em lanchonete	11	18
Total	61	100
Frequência de compras semanais em ambulantes		
5 ou mais vezes na semana	7	11.47
3 ou 4 na semana	28	45.90
1 ou 2 na semana	16	26.22
Não tem hábito de comer lanches vendidos por ambulantes	10	16.39
Total	61	100
Frequência de substituição de jantar por lanche		
3 ou mais vezes na semana	30	49.18
1 a 2 vezes na semana	20	32.78
Não substitui jantar por lanches	11	18.03
Total	61	100
Frequência de substituição de almoço por lanche		
3 ou mais vezes na semana.	14	22.09
1 a vezes na semana	21	34.41
Não substitui almoço por lanche	26	42.62
Total	61	100
Hábitos alimentares no intervalo da aula		
Não consome nenhum alimento	6	9.83
Consome lanches preparados em casa	15	24.59
Consome lanches de ambulantes	13	21.31
Consome lanches oferecidos pela escola	27	44.26
Total	61	100

Fonte: próprio autor, 2018.

8 CRONOGRAMA

Tabela 3: Cronograma.

CRONOGRAMA	JUN/ 2018	JUL/ 2018	AGO/ 2018	SET/ 2018	OUT/ 2018	NOV/ 2018
Elaboração do Projeto	X	X	X			
Intervenção com os adolescentes					X	X
Coleta de dados				X	X	
Discussão e análise dos resultados					X	X
Revisão final e digitação						X
Entrega do trabalho final						X
Socialização do trabalho						X

9 RECURSOS NECESSÁRIOS

Os recursos financeiros utilizados para a elaboração desse projeto foram próprios. Também foi necessário o apoio logístico com o carro.

Tabela 4: Recursos Necessários

Item	Preço unitário (R\$)	Quantidade (unidade)	Valor final (R\$)
Impressão do <i>banner</i>	65	1	65
<i>Pendrive</i>	25	1	25
Gasolina	10	1	10
	Total		100

10 CONCLUSÃO

O tratamento da obesidade deve ser realizado por uma equipe multidisciplinar e baseia-se primariamente em mudanças no estilo de vida. A participação da família é fundamental para o sucesso do tratamento. A obesidade é uma doença de difícil tratamento em crianças e adolescentes, pois estes dependem dos pais para modificar os hábitos de alimentação e atividade física. Além disso, a dificuldade em refletir sobre as consequências da doença e a baixa autoestima dos pacientes prejudica a adesão ao tratamento. Como a maioria

das famílias não se envolve no tratamento, o manejo da obesidade infantil e na adolescência pode ser ainda mais difícil do que no adulto.

São recomendadas algumas modificações na maneira de se alimentar para o adequado treinamento do paladar e resgate da percepção de saciedade, como evitar grandes intervalos entre as refeições, comer pequenas porções, mastigar adequadamente, evitar refeições apressadas ou durante a realização de outra atividade (estudo, programas de TV) e evitar a ingestão de líquidos durante as refeições.

A adolescência é uma fase do desenvolvimento em que o aspecto exterior se reveste de uma importância extrema, funcionando como a “chave” para o relacionamento com os outros. A comparação e identificação com o grupo de pares torna-se determinante à estigmatização social associada à obesidade pode originar um mal-estar crônico, sentimentos de vergonha e até de culpa, os quais por sua vez poderão conduzir a perturbações afetivas. Nesta perspectiva de análise, a prevenção e o tratamento da obesidade adolescente deverão, desejavelmente, contemplar a aquisição de competências emocionais que ajudem os adolescentes a identificar os seus sentimentos e a aprender formas de se autocontrolar e de conseguir gerir melhor os seus impulsos e relações, sem que para isso tenham de recorrer a hábitos alimentares prejudiciais, nomeadamente, comer em excesso.

A reeducação alimentar é fundamental, uma vez que, através dela, reduziremos a ingesta calórica total e o ganho calórico decorrente. Esse procedimento pode necessitar de suporte emocional ou social, através de tratamentos específicos (psicoterapia individual, em grupo ou familiar). Nessa situação, são amplamente conhecidos grupos de reforço emocional que auxiliam as pessoas na perda de peso. Independente desse suporte, porém, a orientação dietética é fundamental.

11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, J. G. B. **Atividade física em crianças:** promovendo a saúde do adulto. Revista Brasileira Saúde Materno Infantil, Recife, v. 3, nº 1, p. 5-6, 2003.

BARBIERI, Aline Fabiane. **Obesidade na adolescência:** aspectos de adesão e permanência em programa de tratamento multiprofissional pautado na terapia comportamental. Revista da Faculdade de Educação Física da UNICAMP, Campinas, v. 9, n. 1, p. 1-23, jan./abr. 2011.

BETTI, M; ZULLIANI, L. R. **Educação Física Escolar**: uma proposta de diretrizes pedagógicas. Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte. São Paulo, v. 1, n.º 1, 2002, p. 73-81

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. Coordenação De Orientação Alimentar. **Manual Da Pirâmide Dos Alimentos**. Brasília, 2006.

BUSSE, Salvador de Rossi (org.) et al. **Anorexia, bulimia e obesidade**. Barueri: Manole, 2004.

BOAS, A. B. **Como a educação física e exercício físico podem auxiliar no combate contra a obesidade em crianças e jovens**. Paraná, 2016.

CASTRO, Juliana de Oliveira. **A propaganda de “alimentação saudável” do McDonald’s**. Brasília, 2013. Disponível em: http://bdm.unb.br/bitstream/10483/5260/1/2013_JulianadeOliveiraCastro.pdf. Acesso em: 10 Jun. 2018.

CARNEIRO, Hely Felisberto. **A obesidade sob a visão do psiquiatra**: um conceito humano para avaliar o peso. São Paulo: Atheneu, 2000.

CARVALHO, M. C, MARTINS, A. **A obesidade como objeto complexo**: uma abordagem filosófico-conceitual. Cien Saude Colet 2004.

CHAGAS, Claudia Maria de Freitas. **Classificação Indicativa no Brasil**: desafios e perspectivas. Brasília: Secretaria Nacional de Justiça, 2006.

DOBROW, I. J; KAMENETZ, C; DEVLIN, M. J. **Aspectos psiquiátricos da obesidade**. Revista Bras Psiquiatria, 2002 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v24s3/13975.pdf> Acesso em: 10 junho 2018.

FERRARI, Alexandre Archanjo. et al. **Desnutrição urbana no Brasil em um período de transição**. São Paulo: Cortez, 1997.

FRANCISCHI, R. P.; PEREIRA, L. O.; LANCHETA JR., A. H. **Exercício, comportamento alimentar e obesidade:** revisão dos efeitos sobre a composição corporal e parâmetros metabólicos. Revista Paulista de Educação Física, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 117-146, julho/dezembro, 2001.

GALINDO, Daniel. **Eatertainment:** a divertida publicidade que alimenta o público infantil. Disponível em: ww.alaic.net/alaic30/ponencias/cartas/.../GT5_3GALINDO.pdf. Acesso em: 10 Junho 2018.

GUEDES, D. P.; GUEDES, J. E. R. P. **Crescimento composição corporal e desempenho motor de crianças e adolescentes.** São Paulo: CLR Balieiro, 1997.

GUYTON, Arthur C. **Tratado de fisiologia médica.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

HENRIQUES, Isabella. **Publicidade de alimentos e crianças:** regulação no Brasil e no mundo. São Paulo: Saraiva, 2013.

INSTITUTO ALANA. **Por que a publicidade faz mal para as crianças.** São Paulo, 2009. Disponível em: <
www.alana.org.br/banco_arquivos/Arquivos/downloads/ebooks/porquê_a_publicidade_faz_mal_para_as_crianças.pdf>. Acesso em: 25 de julho de 2018.

LEITE, P. F. **Aptidão física e saúde.** 3ª ed., São Paulo: Robe Editorial, 2000.

Manual de Orientação / Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia. **Obesidade na infância e adolescência** – São Paulo, 2008. 116 p.

MELLO, E. D.; LUFT, V. C.; MEYER, F. **Obesidade infantil:** como podemos ser eficazes? J Pediatría. 2004.

OMS. **Ações sobre os determinantes sociais da saúde.** Secretaria da comissão sobre determinante sociais da saúde. 2005. Disponível em: <http://www.who.int/social>. Acesso em 10 Junho 2018.

OBESIDADE.ORG. **Obesidade Infantil**. Disponível em: <<http://obesidade.org/obesidade-infantil/>>. Acesso em: 25 de julho de 2018.

PL 5921. Disponível em: <http://publicidadeinfantilnao.org.br/2015/06/07/10-motivos-para-nao-expor-as-criancas-a-publicidade/>. Acesso em 01 Junho 2018.

PORTO, E. B. S; MORAIS, T. W; RASO, V. **Avaliação do nível de conhecimento multidisciplinar dos futuros profissionais na propedêutica da obesidade**. Revista Bras Nutrição Emagrecimento, 2007; 67-71.

SANCHES, W. D.; TUMELERO, S. **Incidência de sobrepeso e obesidade hereditária**. Revista Digital, Buenos Aires, v. 11, n. 115, p. 1-1, fev. 2007.

SANTOS, Carlos Roberto Antunes dos. **O império Mcdonald e a McDonatização da sociedade**: alimentação, cultura e poder. Universidade Federal do Paraná, 2006. Disponível em: <https://docs.ufpr.br/~andreadore/antunes.pdf>. Acesso em: 13 Julho.2018

SANTOS, Andréia Mendes dos. **Sociedade do Consumo**: Criança e propaganda, uma relação que dá peso. Tese (doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.. Porto Alegre, 2007. Disponível em: http://tede.pucrs.br/tde_arquivos/21/TDE-2007-05-25T182918Z-633/Publico/390388.pdf. Acesso em: 10 maio. 2018.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos Responsáveis

O menor de idade pelo qual o(a) senhor(a) é responsável está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “(hábitos alimentares e prevenção a obesidade)”

Os objetivos deste estudo consistem em orientação e prevenção a saúde e hábitos alimentares, Caso você autorize, seu filho irá: participar de um questionário A participação dele(a) não é obrigatória e, a qualquer momento, poderá desistir da participação. Tal recusa não trará prejuízos em sua relação com o pesquisador ou com a instituição em que ele estuda. Tudo foi planejado para minimizar os riscos da participação dele(a), porém se ele(a) (especificar riscos, ex: sentir desconforto com as perguntas, dificuldade ou desinteresse) poderá interromper a participação e, se houver interesse, conversar com o pesquisador sobre o assunto.

O(A) senhor(a) e o menor de idade pelo qual é responsável não receberão remuneração pela participação. A participação dele(a) poderá contribuir para (benefícios da pesquisa) As suas respostas não serão divulgadas de forma a possibilitar a identificação. Além disso, o(a) senhor(a) está recebendo uma cópia deste termo onde consta o telefone do pesquisador principal, podendo tirar dúvidas agora ou a qualquer momento.

CONSENTIMENTO

Eu, _____ (colocar o nome legível do pai/mãe/responsável/cuidador) declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da participação do menor de idade pelo qual sou responsável, _____ (colocar o nome do menor), sendo que:

() aceito que ele(a) participe () não aceito que ele(a) participe

Barbalha, de de 20__

Assinatura

Anexo 1

Questionários de hábitos alimentares

1) quantas vezes na semana você come em lanchonetes ?

- 5 ou mais vezes na semana.
- 3 ou 4 na semana.
- 1 ou 2 na semana.
- não tenho hábito de comer em lanchonete.

2) frequência de consumo de lanches vendidos por ambulantes.

- 5 ou mais vezes na semana.
- 3 ou 4 na semana.
- 1 ou 2 na semana.
- não tenho hábitos de comer lanches vendidos por ambulantes.

3) frequência de substituição de janta por lanche.

- 3 ou mais vezes na semana.
- 1 a 2 vezes na semana.
- não substituo jantar por lanche.

4) frequência de substituição de almoço por lanche.

- 3 ou mais vezes na semana.
- 1 a 2 vezes na semana.
- não substituo almoço por lanche.

5) hábitos alimentares no intervalo da aula.

- não consumo nenhum alimento.
- consumo lanches preparados em casa.
- compro lanche vendidos por ambulantes.
- compro lanche na cantina da escola.
- consumo merenda oferecida pela escola.

6) consumo semanal de xilitos, doces e chocolates.

- 5 ou mais vezes na semana.
- 3 ou 4 na semana.
- 1 ou 2 na semana.
- não tenho hábito de comer xilitos, doces ou chocolates.

7) Quantas vezes por semana você come carne vermelha?

- a) Todos os dias.
- b) Não consumo carne vermelha.
- c) Duas vezes ou mais.

8) Quantas vezes por semana você pratica atividades físicas?

- a) Todos os dias.
- b) Duas vezes ou mais.
- c) Não pratico nenhuma atividade física.

9) Qual tipo de gordura é mais utilizado na sua casa para cozinhar os alimentos?

- a) Gordura animal ou manteiga.
- b) Óleos vegetais (óleo de soja, girassol, algodão, canola)
- c) Margarina ou gordura vegetal.

10) Você costuma tomar refrigerantes com qual frequência?

- a) Não tomo refrigerantes.
- b) Três ou menos vezes por semana.
- c) Todos os dias.

11) Como costuma ser seu café da manhã?

- a) Café preto e no máximo um biscoitinho.
- b) Café com leite, pão branco, margarina, queijo e presunto.
- c) Frutas e sucos naturais, cereais integrais, tapioca, pão integral.

12) Qual é, em média, a quantidade de frutas e sucos naturais que você consome por dia?

- a) Não como frutas nem bebo suco natural de frutas todos os dias.
- b) Três unidades.
- c) Duas ou menos unidades.