

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – UFMG
FACULDADE DE MEDICINA - NESCON
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**OBESIDADE INFANTIL: POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

NÚBIA MATOS DE ANDRADE

UBERABA/ MINAS GERAIS

2012

NÚBIA MATOS DE ANDRADE

**OBESIDADE INFANTIL: POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Trabalho apresentado ao Curso de Especialização
em Atenção Básica em Saúde da Família
Universidade Federal de Minas Gerais para
obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Anézia M. F. Madeira

UBERABA/ MINAS GERAIS

2012

NÚBIA MATOS DE ANDRADE

**OBESIDADE INFANTIL: POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Trabalho apresentado ao Curso de Especialização
em Atenção Básica em Saúde da Família
Universidade Federal de Minas Gerais para
obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Anézia M. F. Madeira

Banca Examinadora:

UBERABA/ MINAS GERAIS

2012

RESUMO

É consenso que a obesidade infantil vem se tornando uma epidemia mundial e causa como no adulto, sérias complicações como hipertensão e diabetes. Na infância, o manejo da obesidade pode ser ainda mais difícil do que na fase adulta, pois está relacionado a mudanças de hábitos de vida da criança e da família, além do não entendimento da criança quanto aos danos provocados pela obesidade. Neste sentido, este trabalho visa descrever, a partir de revisão bibliográfica, possibilidades de intervenção na obesidade infantil na atenção primária à saúde. Foram analisados 19 artigos, disponibilizados nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no período de 2002 a 2011, no idioma português. Assim sendo, conhecer as possibilidades de intervenção em saúde frente à obesidade infantil poderá de certa forma nortear os profissionais da UAPS Paraíso II, do município de Carmo do Paranaíba/MG, no direcionamento de ações específicas e mais viáveis tanto para as crianças quanto para os familiares envolvidos com essa questão. Dessa maneira, vê-se a importância de orientar as famílias quanto a hábitos alimentares saudáveis de maneira mais criativa, prazerosa e que leve a criança a perceber a importância do alimento saudável à sua mesa e estímulo ao exercício físico como prevenção de enfermidades, levando a melhor qualidade de vida para a população e, conseqüentemente diminuindo gastos para Saúde Pública.

Palavras-chave: obesidade, criança.

ABSTRACT

The consensus is that childhood obesity is becoming a worldwide epidemic, and in adults and causes serious complications such as hypertension and diabetes. In childhood, the management of obesity may be even more difficult than in adulthood, it is related to changes in life habits of the child and family, not beyond the understanding of the child and the damage caused by obesity. Thus, this study aims to describe from a literature review possibilities of intervention in childhood obesity in primary care. We analyzed 19 articles, available in the databases of the Virtual Health Library (VHL) in the period 2002 to 2011, the Portuguese language. Thus, knowing the possibilities of intervention in health in childhood obesity may somehow guide professionals UAPS of Paradise II, the city of Carmo do Paranaiba / MG, in directing specific actions and more viable for both the children and for the family involved with this issue. Thus, one sees the importance of guiding families about healthy eating habits in a more creative, enjoyable and takes the child to realize the importance of healthy food to your table and encouragement to exercise and prevention of illness, leading to better quality of life for the population and therefore decreasing expenditures for Public Health.

Keywords: obesity, child.

LISTA DE SIGLAS

ACS: Agente Comunitário de Saúde

APS: Atenção Primária à Saúde

CAPS: Centro de Atenção Psico-Social

CLAO: Consenso Latino Americano em Obesidade

CREAS: Centro de Referência em Assistência Social

CSC: Caderneta de Saúde da Criança

ECA: Estatuto da Criança e do Adolescente

IMC: Índice de Massa Corporal

MS: Ministério da Saúde

NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NCHS: National Center for Health Statistics

OMS: Organização Mundial de Saúde

UAPS: Unidade de Atenção Primária à Saúde

VAN/SIAB: Vigilância da Alimentação e Nutrição/Sistema de Informação da Atenção Básica

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	07
2 JUSTIFICATIVA.....	09
3 OBJETIVOS.....	11
4 METODOLOGIA.....	12
5 REVISÃO DE LITERATURA.....	13
5.1 Contextualizando a obesidade infantil.....	13
5.2 Algumas características da obesidade.....	15
5.3 Avaliando a obesidade.....	16
5.4 Possibilidades de intervenção na obesidade infantil na Atenção Primária à Saúde.....	17
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	21
REFERÊNCIAS.....	23
ANEXO.....	25

1 INTRODUÇÃO

Luiz *et al.*, (2005).citado por Frelut & Navarro (2000) declara que a obesidade infantil é definida como nos adultos, por um acúmulo excessivo de massa de gordura. Entre os transtornos nutricionais infantis, é um dos problemas de saúde mais freqüentes, por isto é considerada um grave problema de saúde pública .

Araújo, Beserra e Chaves (2006) afirmam que no Brasil na população infantil, existe cerca de três milhões de crianças com idade inferior a dez anos, apresentando excesso de peso. Destes casos, 95% estariam relacionados à má alimentação, enquanto apenas 5% seriam decorrentes de fatores endógenos. A obesidade está entre os principais fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis, particularmente as afecções cardiovasculares, o diabetes *mellitus*, os distúrbios metabólicos e endócrinos, a apnéia do sono, as osteoartrites, certos tipos de câncer e vários problemas psicológicos, sendo que a criança portadora de excesso de peso tem maiores chances de se tornar um adulto obeso (NUNES; FIGUEIROA; ALVES, 2007).

Nos países industrializados, a obesidade infantil tem aumentado drasticamente, nos quais a inatividade física parece contribuir da mesma forma que a ingestão elevada e desbalanceada de alimentos. A obesidade pode ter início em qualquer etapa da vida, mas seu aparecimento é mais comum especialmente no primeiro ano de vida, entre cinco e seis anos de idade e na adolescência, mas deve-se considerar que em qualquer fase da vida a obesidade exige uma atenção especial (LUIZ *et al.*, 2005).

Luiz *et al.* (2005) citado por Camos (1995) afirma ainda que a família de indivíduos com obesidade exógena apresenta como características: excesso de ingestão alimentar, sedentarismo, relacionamento intrafamiliar complicado, desmame precoce, introdução precoce de alimentos sólidos, substituições de refeições por lanches e dificuldades nas relações interpessoais.

Rinaldi et al (2008) citado por Barros Filho (2004) afirma que a obesidade é preocupante não apenas pelas implicações à saúde, como pela complexidade de seu tratamento e controle, uma vez que acarreta em mudanças de comportamento alimentar no plano individual e da adoção de políticas públicas que podem ir contra os interesses de diferentes setores da indústria e comércio de alimentos (

O aumento do sobrepeso e obesidade na infância e adolescência faz com que a sociedade se organize por meio de medidas de prevenção e promoção da saúde, tendo a mídia, principalmente a televisiva, como nossa grande aliada quando conclama a população a cuidar melhor de sua saúde. Trabalhar com medidas simples e eficazes que levem a mudanças de comportamento estimulando hábitos de vida mais saudáveis, torna-se nosso grande desafio nos últimos tempos.

Neste sentido, ao ingressar-me no Curso de Especialização em Atenção Básica voltado para Saúde da Família, da Universidade Federal de Minas Gerais, pensei em direcionar meu trabalho de conclusão para esta temática. Contextualizar acerca da obesidade infantil poderia ser um caminho para ajudar-nos em nossa prática no município de Carmo do Paranaíba, Minas Gerais.

2 JUSTIFICATIVA

A vivência profissional enquanto enfermeira da Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) Paraíso II, do município de Carmo do Paranaíba, Minas Gerais tem mostrado aumento do número de crianças e adolescentes com sobrepeso e obesidade na área de abrangência da equipe, além do número elevado de hipertensos e diabéticos na área adscrita, o que certamente advém do excesso de peso, fator este prevenível na infância e adolescência. Este fato é preocupante considerando o investimento dos profissionais de saúde da unidade em orientar as famílias acerca destes agravos e de suas conseqüências, durante as ações desenvolvidas na unidade e por ocasião das visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários de saúde (ACS). Controlar o peso das crianças, por meio de orientações e ações educativas, torna-se um grande desafio para os profissionais de saúde.

O município de Carmo do Paranaíba situa-se no Triângulo Mineiro, no Alto Paranaíba, com área territorial de 1.307,862km² e 29.735 habitantes. Faz limites com os seguintes municípios: Patos de Minas, Lagoa Formosa, Serra do Salitre, Rio Paranaíba, Arapuá e Tiros. A economia do município está ligada ao plantio e colheita do café (IBGE, 2011).

A história de Carmo do Paranaíba iniciou-se com os Índios Araxás e, posteriormente, os bandeirantes, que por lá passaram rumo aos garimpos de Abaeté e Paracatu. Segundo a tradição Francisco Antônio de Moraes e Elias de Deus Vieira ali se estabeleceram, agruparam-se economicamente e fundaram o arraial. Com o tempo, ramificaram-se as famílias, aumentando a população tendo o núcleo primitivo expandido consideravelmente. A ocupação deu-se graças aos influxos da afamada picada de Goiás, no desbravamento das matas à procura do ouro e, muitas vezes, do índio, para escravizá-lo. Entretanto a fertilidade das terras foi o principal motivo da ocupação e desenvolvimento do atual município (IBGE, 2011).

Atualmente o município, do ponto de vista sanitário, conta com os seguintes estabelecimentos públicos: unidade de Pronto Atendimento, policlínica, oito UAPS, Centro Odontológico, Centro de Atenção Psico Social (CAPS) I e Centro de Referência em Assistência Social. A UAPS Paraíso II foi vinculada ao município há 11 anos. É constituída por oito agentes comunitárias de saúde, técnica de enfermagem, enfermeira, médica, recepcionista, auxiliar de limpeza e agente de

endemias. Soma-se a esta o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), composto por educadora física, nutricionista, psicóloga, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta. O ginecologista e psicóloga fazem o atendimento individual do serviço secundário referenciado pela equipe. A UAPS Paraíso II conta com 3.659 habitantes, correspondendo a 1.210 famílias, atendidas por oito microáreas, sendo seis urbanas e duas rurais. É na sua maioria composta por uma população feminina na faixa etária de 20 a 49 anos. Em se tratando da população infantil (0 a 9 anos), que é o objeto de estudo, temos 380 crianças.

Assim sendo, conhecer as possibilidades de intervenção em saúde frente à obesidade infantil, por meio de revisão bibliográfica, poderá de certa forma nortear os profissionais da UAPS Paraíso II no direcionamento de ações específicas e mais viáveis tanto para as crianças quanto para os familiares envolvidos com essa questão, justificando novas estratégias de promoção e recuperação para o enfrentamento da obesidade infantil.

3 OBJETIVO

- Descrever, a partir de revisão bibliográfica, possibilidades de intervenção na obesidade infantil na atenção primária à saúde.

4 METODOLOGIA

Este trabalho trata-se de uma revisão bibliográfica. Para desenvolvê-la foi realizada busca de artigos científicos na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados SciELO (Scientific Electronic Library Online), no período de 2002 a 2011, no idioma português, utilizando-se os seguintes descritores: obesidade; criança. Após leitura de 44 resumos foram selecionados aqueles que mais se aproximavam do objetivo do trabalho. Sendo assim, a amostra foi constituída por 16 artigos para análise. Além disso, foram consultados documentos produzidos pelo Ministério da Saúde, direcionados para obesidade infantil

5 REVISÃO DA LITERATURA

5.1 Contextualizando a obesidade infantil

A estabilização na disponibilidade dos alimentos, iniciada no período histórico da antiguidade, com o domínio das técnicas agrícolas, foi um marco na vitória do homem contra a morbimortalidade desencadeada pela fome; característica daquela época, e conseqüentemente um passo decisivo para a ascensão e manutenção da espécie humana. Todavia, mesmo neste período no qual a inanição era predominante, já se encontravam esporadicamente casos de sobrepeso e obesidade na população. Atualmente, na era da globalização, houve uma inversão deste quadro: a fome diminuiu, mas continua causando mortes em países subdesenvolvidos, enquanto a obesidade é considerada uma pandemia mundial e importante problema de saúde pública em países desenvolvidos e subdesenvolvidos (ARAÚJO; BESERRA; CHAVES, 2006).

A vida moderna impulsionada pelo processo de globalização fez com que modificasse os padrões alimentares das famílias. A facilidade de aquisição de alimentos industrializados simplifica o trabalho doméstico e, por sua vez, são mais fáceis de serem consumidos pela população, em contrapartida proporcionam desequilíbrio entre os nutrientes, sobressaindo ingestão maior de açúcares, gorduras e carboidratos.

Por outro lado, nas escolas os alimentos ricos em gordura saturada são vendidos em cantinas, desencadeando o aumento de peso nas crianças e adolescentes. Além disso, a mídia divulga em suas propagandas e programas alimentos com alto teor calórico e menos nutritivos, o que de alguma forma faz com que este público rejeite alimentos mais saudáveis, como frutas e hortaliças.

O aumento da obesidade vêm ocorrendo com o progresso das últimas décadas, devido as mudanças enormes do estilo de vida, fazendo as pessoas viverem um estilo mais sedentário e tendo acesso a alimentos ricos em gordura, calorias e pobre em fibras. Vê-se que poucas ou quase nenhuma alteração nas características genéticas da população tenha ocorrido nos últimos tempos gerando o aumento da obesidade (GASTALDON; MARTINS; POLTRONIÉRI,2007).

Gastaldon; Martins, Poltroniéri,(2007) citado por Viuniski (2007) afirmam que neste início do Século 21, vivemos o desenvolvimento de uma epidemia global de obesidade em muitos países, dentre eles o Brasil. No nosso meio, a obesidade entre crianças e adolescentes triplicou nos últimos 30 anos, enquanto que nos Estados Unidos ela duplicou nesse mesmo período ;

Fator que contribui na prevalência da obesidade americana, é que, infelizmente, quase 50% das crianças e jovens com idade de 12 a 21 anos não participam de nenhum tipo de atividade física regular, muito menos em atividades de gasto calórico (FARIAS, 2005).

Farias (2005) afirma ainda que a nível nacional pode-se observar que apenas 14% dos brasileiros praticam esportes, contrariamente crianças e jovens estão ficando cada vez mais sedentários, por passarem várias horas frente à televisão, computador e vídeo games; formas de entreterimento presentes no mundo contemporâneo. A preocupação dos pais em relação à segurança dos filhos, deixando-os confinados em seus lares, e o desinteresse das escolas em promover práticas esportivas mais organizadas e contínuas, possibilitam a adoção de um estilo de vida sedentário e com isso maior vulnerabilidade a problemas físicos e orgânicos em crianças e adolescentes.

Exercitar-se com brincadeiras de rua, praticar jogos que gastem energia não faz mais parte do mundo infantil. As crianças preferem ficar horas frente ao computador ou jogos eletrônicos, sendo que na grande maioria das vezes não param para alimentar-se; condições estas do mundo contemporâneo.

A obesidade, segundo Farias (2005), pode desencadear uma série de outras complicações, aumentando os custos da economia anual, devido gastos médicos. Os custos com a obesidade em adultos são de aproximadamente 70 bilhões de dólares nos Estados Unidos, pelo menos 30 bilhões são destinados a dietas alimentares, produtos e programas para diminuir o peso.

5.2 Algumas características da obesidade

A obesidade pode ser definida como o acúmulo de tecido gorduroso, localizado em todo o corpo, causado por doenças genéticas, endocrinometabólicas ou por alterações nutricionais. Segundo o Consenso Latino Americano em Obesidade (CLAO), a obesidade é uma enfermidade crônica que vem

acompanhada de múltiplas complicações, caracterizada pela acumulação excessiva de gordura (SOARES; PETROSKI, 2003).

Goulart e Viana (2008) afirmam que esse acúmulo, na grande maioria das vezes, ocorre devido a um balanço positivo de energia em que a ingestão de nutrientes é maior que o gasto calórico deles. Nesse caso é designada como obesidade exógena e corresponde a 95% dos casos; 5% dos casos são endógenos (doenças endócrinometabólicas) ou genéticos (hipotireoidismo, *cushing*, excesso de androgênios, síndromes genéticas, dentre outras).

A obesidade, na maioria das vezes, é resultante da ingestão de calorias, além do necessário. Não há dúvidas que o consumo excessivo de calorias pode se iniciar nas primeiras fases da vida, nas quais as influências culturais e os hábitos alimentares possuem papel fundamental. Por isso, dizemos que a obesidade é provocada por multifatores, tais como genéticos, psicossociais, culturais, endócrinos e metabólicos (GASTALDON; MARTINS; POLTRONIÉRI, 2007).

Rech *et al.* (2007) ressaltam que a obesidade normalmente está associada a fatores genéticos ou ambientais, sendo o sedentarismo e os maus hábitos alimentares seu fatores potencializadores.

Mello, Luft e Meyer (2004) afirmam que a obesidade, já na infância, está relacionada a várias complicações, como também a uma maior taxa de mortalidade. E, quanto mais tempo o indivíduo se mantém obeso, maior é a chance das complicações ocorrerem, assim como mais precocemente. São elas: *Articulares*: artroses, osteoartrite; *Cardiovasculares*: hipertensão arterial sistêmica, hipertrofia cardíaca; *Cirúrgicas*: aumento do risco cirúrgico; *Crescimento*: idade óssea avançada, aumento da altura, menarca precoce; *Cutâneas*: maior predisposição a micoses, dermatites e piodermite; *Endócrino-metabólicas*: resistência a insulina e maior predisposição ao diabetes, hipertrigliceridemia, hipercolestoremia; *Gastrointestinais*: litíase biliar, esteatose hepática, esteatohepatite; *Mortalidade*: aumento do risco da mortalidade; *Neoplásicas*: câncer de mama, endométrio, vesícula biliar, cólon, reto e próstata; *Psicossociais*: isolamento social, dificuldade de expressar seus sentimentos; *Respiratórias*: asma, infecções, apnéia do sono, diminuição da eficiência muscular.

5.3 Avaliando a obesidade

Ao avaliar a obesidade infantil devemos nos basear em alguns procedimentos importantes como observação, pesagem, avaliação da altura e realização de alguns exames. A curva a ser usada é a que contém os valores de percentil para o Índice de Massa Corporal (IMC), construída pelo *National Center for Health Statistics* (NCHS), a mesma referência utilizada para os gráficos da Caderneta de Saúde da Criança (CSC) (GOULART; VIANA, 2008).

Em 2009 a Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde do Brasil adota as curvas desenvolvidas pela OMS em 2007, que incluem curvas de IMC desde o lactente até os 19 anos de idade e consideram os pontos de corte para sobrepeso e obesidade os percentis 85 e 97, respectivamente (**Anexo**). Troiano; Flegal (1998) citados por Melo (2011) afirma que tais curvas são fundamentais tanto para o diagnóstico quanto para a avaliação da evolução do paciente durante o tratamento. Somente visualizando o gráfico da criança de acordo com a faixa etária e sexo é que podemos verificar o quanto pequenas variações no peso e, conseqüentemente, no IMC podem ser significantes. A Caderneta de Saúde da Criança ou Cartão da Criança e a Caderneta do Adolescente são instrumentos importantes para monitorar o crescimento. Devemos lembrar aos pais da necessidade de trazê-los sempre nas ações desenvolvidas na unidade de saúde, só assim os profissionais de saúde poderão avaliar de forma mais precisa as condições nutricionais de crianças e adolescentes.

5.4 Possibilidades de intervenção na obesidade infantil na Atenção Primária à Saúde

Goulart e Viana (2008) afirmam que a obesidade da criança deve ser alicerçada em uma mudança de comportamento, que deve ser instituído e seguido para sempre. As mudanças de comportamento são muito difíceis, lentas, daí a importância da prevenção, incentivando a formação de hábitos alimentares saudáveis no primeiro ano de vida. Devem ser fornecidas orientações quanto à introdução de novos hábitos, mudanças de comportamento, motivação para o exercício físico e atenção às necessidades emocionais.

Os pais, escola e poder público devem realizar ações educativas voltadas para mudanças de comportamento das famílias, e que essas mudanças sejam encaradas como eixo norteador de intervenção na obesidade infantil.

As UAPS juntamente com os NASF compostos por educador físico, psicólogo, terapeuta educacional, fisioterapeuta, farmacêutico e assistente social deverão se organizar no sentido de intervir de forma multidisciplinar na obesidade infantil, já que conhecem a população de sua área adscrita. Inicialmente, a possibilidade de intervenção será no controle do peso da criança, por meio de mensurações periódicas e orientações aos pais/familiares acerca da ingestão de alimentos mais saudáveis, como frutas, legumes e verduras, e enfatizando os inconvenientes do excesso de peso para a saúde da criança. Normalmente a perda de peso serve como estímulo aos pais para continuarem o processo de monitoração do crescimento do filho. A participação dos pais no monitoramento da saúde da criança, por meio da compreensão das linhas de crescimento, principalmente peso x idade, é de fundamental importância para prevenção do sobrepeso/obesidade e para condutas apropriadas e oportunas.

Inserir o profissional educador físico na UAPS é muito importante, já que pode orientar a população sobre medidas corretas de saúde. Na maioria das vezes as crianças são levadas por seus familiares para praças ou espaços de lazer, para prática de exercícios físicos, sem orientação específica, que podem trazer algum agravante à saúde das crianças. A prática incorreta de atividades físicas muitas vezes traz mais malefícios, que benefícios, segundo Dias (2007).

Segundo ainda Dias (2007), a equipe multiprofissional deverá prescrever a atividade física, informando acerca da necessidade da mesma, o modo de realizá-la, a intensidade ou trabalhar com esses indivíduos em grupos com o objetivo de proporcionar a integração dos participantes, fazendo com que a comunidade esteja mais unida para resolver ou atenuar o desafio da obesidade infantil.

Vale destacar o importante papel preventivo que os serviços de saúde podem desempenhar junto às crianças portadoras de obesidade, contudo, acredita-se que, para ter êxito, as ações devem tratar a causa base do problema e não apenas os sintomas ou o quadro clínico aparente. É importante conhecer melhor as famílias de

crianças obesas e construir a assistência estimulando suas potencialidades e seu protagonismo social (ROCHA; GERHARDT; SANTOS, 2007).

A preocupação em relação ao excesso de peso deverá ser de todos: família, profissionais da saúde e educadores. Pensamos que, caso as políticas públicas de saúde fossem mais resolutivas, muito se poderia fazer para amenizar ou até mesmo diminuir o sofrimento causado pelas complicações da obesidade na infância e, conseqüentemente, na vida adulta.

Como forma de socializar, extravasar angústias, e externar meios de enfrentamento da obesidade pelos pais/familiares, sugerimos criação de grupos operativos. Os assuntos a serem discutidos nesses grupos deverão partir da necessidade dos sujeitos; deverão acontecer de forma multidisciplinar, onde a promoção e a prevenção da saúde permeiem todo processo de discussão. Condutas prescritivas e impositivas deverão ser abolidas, para que ocorram motivação e vínculo dos participantes ao grupo.

Segundo Goulart; Viana (2008), grupos operativos são uma forma de abordagem importante, pois o empenho de um, o desânimo de outro, as dificuldades e os acertos são compartilhados. Reeducação alimentar, exercício físico e a abordagem da questão emocional devem ser instituídas aos poucos, gradativamente, com informações e sugestões sobre cada item a cada retorno. Isso é importante, pois se as recomendações não forem seguidas não gerem mais angústia, mais ansiedade, o que levaria à ingestão aumentada dos alimentos.

Oportunamente as visitas domiciliares realizadas pelos ACS são importantes no combate à obesidade infantil, já que estes profissionais poderão verificar *in loco* a qualidade da alimentação recebida pelas crianças, e ao mesmo tempo orientar sobre hábitos alimentares mais saudáveis, conforme realidade social e econômico-cultural das famílias de sua área adscrita.

A prevenção da obesidade/sobrepeso infantil na atenção primária à saúde, segundo Goulart; Viana (2008), poderá ser trabalhada de várias maneiras, como por exemplo, no estímulo ao aleitamento materno; no controle do crescimento e desenvolvimento da criança; no conhecimento da dinâmica familiar quanto ao desenvolvimento de hábitos alimentares adequados com as crianças ainda pequenas; no trabalho junto às escolas e creches da região para uma boa merenda escolar do ponto de vista nutricional, dentre outras ações.

Numa dimensão mais ampla, o Ministério da Saúde sugere ações voltadas para atenção primária à saúde no combate à obesidade infantil e de forma geral (BRASIL, 2006):

- articular atores sociais locais (escolas, produtores agrícolas, comércio), com vistas à integração de ações para promoção da Segurança Alimentar e Nutricional;
- coletar e analisar as informações sobre Vigilância Alimentar e Nutricional;
- monitorar a situação nutricional da população adscrita com base nos indicadores de Vigilância da Alimentação e Nutrição/Sistema de Informação da Atenção Básica (VAN/SIAB);
- participar no desenvolvimento de ações de promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis;
- conhecer e estimular a produção e consumo dos alimentos saudáveis produzidos regionalmente;
- promover a articulação intersetorial para viabilizar o cultivo de hortas comunitárias;
- elaborar e divulgar material educativo e informativo sobre Alimentação e Nutrição com ênfase nas práticas alimentares saudáveis;
- promover ações de Segurança Alimentar e Nutricional no âmbito domiciliar,
- utilizar práticas seguras de manipulação, preparo e acondicionamento de alimentos;
- promover a orientação para o uso da rotulagem nutricional (composição e valor calórico) como instrumento de seleção de alimentos;
- realizar orientações nutricionais às diferentes fases do curso de vida, com atenção prioritária a hipertensos, diabéticos, nutrizes, crianças, idosos, acamados, entre outros;
- elaborar rotinas de atendimento para doenças relacionadas à alimentação e nutrição, de acordo com protocolos de atenção básica;

- participar de ações vinculadas aos programas de controle e prevenção aos distúrbios nutricionais como carências por micronutrientes, sobrepeso, obesidade, doenças crônicas não transmissíveis, entre outros.

Além disso, o atendimento nutricional deve ser fundamentado na promoção da alimentação saudável, atividade física e lazer, busca do prazer, do autoconhecimento e da autoestima (BRASIL, 2006).

Dessa maneira, vê-se a importância de orientar as famílias quanto a hábitos alimentares saudáveis de maneira mais criativa, prazerosa e que leve a criança a perceber a importância do alimento saudável à sua mesa e estímulo ao exercício físico como prevenção de enfermidades, levando a melhor qualidade de vida para a população e, conseqüentemente, diminuindo gastos para Saúde Pública.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta revisão mostrou-nos que a obesidade infantil vem se tornando um grave problema de saúde pública em nível mundial. Um dos fatores responsáveis pela obesidade infantil nos dias de hoje são os padrões de vida assumidos pela família moderna. As crianças estão cada vez mais sedentárias, passam horas afincadas conectadas a jogos eletrônicos, internet, TV, dentre outros, além de ingerirem alimentos com alto teor calórico, não só guloseimas, mas componentes das refeições principais, quase sempre de preparo rápido e de fácil manipulação. A melhoria do poder de compra da população brasileira menos privilegiada atrelada ao papel da mídia televisiva e escrita como incentivadora ao consumismo de alimentos industrializados, a própria globalização fez com que as pessoas modificassem seus padrões alimentares e passassem a consumir alimentos altamente calóricos e pobres em outros nutrientes.

A obesidade tornou-se um problema universal, e este fato está levando alguns países a estabelecer políticas públicas severas no combate a esta pandemia. Sabemos que as conseqüências da obesidade são preocupantes para a saúde pública, já que oneram o sistema de saúde e torna um problema de todos, diminuindo a qualidade de vida da população. Doenças cardiovasculares e diabetes estão dentre as graves conseqüências.

Os autores mostram o quanto é difícil para os pais monitorarem a alimentação do filho, e ao mesmo tempo se empenharem em atividades que possam ajudar a criança a controlar o peso. A necessidade de se ausentarem para o trabalho por um período longo do dia, deixando seus filhos sob a responsabilidade de avós, parentes, vizinhos ou até mesmo de um irmão mais velho, gera angústia e muitas vezes culpa pelo problema da criança. Neste caso, o que podemos fazer para amenizar a culpa dos pais? Como ajudá-los a enfrentar este problema?

Nós, profissionais de saúde, que atuamos na atenção primária devemos procurar formas de interagir com os pais/crianças obesas, não no sentido prescritivo ou punitivo, mas orientando-os, motivando-os, com relação ao que se fazer para controlar o peso dos filhos. Muitas vezes deparamos também com pais obesos, neste caso a abordagem é mais complicada.

Medidas de apoio às escolas, educação em saúde, formação de grupos operativos na unidade, atendimento individual, trabalho multiprofissional com participação de psicólogo, enfermeiro, médico, educador físico e nutricionista são essenciais para conscientizar pais, escolas e principalmente a criança, que mudanças de hábitos são essenciais para uma vida de qualidade.

Um grande passo seria o monitoramento do peso da criança desde seu nascimento por meio do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (puericultura), incentivo ao aleitamento materno e introdução de alimentos saudáveis em sua dieta. Sabemos que crianças que se encontram acima do peso aos 12 meses de idade, caso não seja acompanhadas, com certeza serão obesas na infância, adolescência e na idade adulta.

Sendo assim, a caderneta de saúde da criança constitui instrumento fundamental no monitoramento do peso tanto pelos profissionais de saúde quanto pelos pais. Acompanhar a saúde da criança de forma individual por meio da consulta médica ou de enfermagem, visitas domiciliares, ou de grupos operativos faz parte das atribuições dos profissionais de saúde que atuam na atenção primária, e está legalmente instituído no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. F. M; BESERRA, E. P.; CHAVES, E. S. O papel da amamentação ineficaz na gênese da obesidade infantil: um aspecto para a investigação de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 19, n. 4, out/dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?ing=em>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Obesidade**. Cadernos de Atenção Básica. Série A – Normas e Manuais Técnicos. N 12; 1 ed. Brasília. 2006. 108p

DIAS, J. A. A importância da execução de atividade física orientada: uma alternativa para o controle de doença crônica na atenção primária. **Rev Digital** - Buenos Aires – Año 12 - N° 114 - Novembro de 2007 disponível em <http://www.efdeportes.com/efd114/a-importancia-da-execucao-de-atividade-fisica-orientada.htm> <acesso em 18/01/2012>.

FARIAS, J. M. **Orientação para prevenção e controle da obesidade infantil**: um estudo de caso. Tese de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC. 2005.

GASTALDON, B; MARTINS, J. C.; POLTRONIÉRI, K. V. **Obesidade infantil**: um problema do presente com olhares para o futuro - promovendo o ser e a família saudável no cotidiano junto à enfermagem. Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina Florianópolis, 2007.

GOULART, L. M. H. F.; VIANA, M. R. A Saúde da criança e do adolescente: agravos nutricionais. **Caderno de estudo do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família**. Belo Horizonte: UFMG, 2008. 92p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. <acesso em 2011 set 20>.

LUIZ, A. M. A. G. *et al.* Depressão, ansiedade, competência social e problemas comportamentais em crianças obesas. **Estudos de Psicologia**. V. 10, n. 3, set/dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?ing=en>.

MELO, M. E. Diagnóstico da obesidade infantil. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica - ABESO. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/pdf/artigo%20fev%20.2011.pdf>.

MELLO, E. D.; LUFT, V. C.; MEYER, F. Atendimento ambulatorial individualizado versus programa de educação em grupo: qual oferece mais mudança de hábitos alimentares e de atividade física em crianças obesas?. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro. V.80, n. 6. Nov/ Dez 2004.

NUNES, M. M. A.; FIGUEIROA, J. N.; ALVES, J. G. B. Excesso de peso, atividade física e hábitos alimentares entre adolescentes de diferentes classes econômicas em Campina Grande (PB). **Rev da Associação Médica Brasileira**. v. 53, n. 2, mar/abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?ing=en>.

RECH, R. R. *et al.* Obesidade infantil: complicações e fatores associados. **Rev Brasil. de Ciência e Movimento**. V. 15(4), p.47-56.15(4). 2007.

ROCHA, L.; GERHARDT, T. E; SANTOS, D. L.. Desnutrição e excesso de peso em crianças menores de cinco anos no meio rural de Arambaré, RS: (Des) Construindo idéias repessando novos desafios. **Rev. Ciências e Cuidados em Saúde**. V. 6, n.2, abril/junho.2007

RINALDI, A. E. M. *et al.* Contribuições das práticas alimentares e inatividade física para o excesso de peso infantil. **Rev Paulista de Pediatria**. V. 26, n. 3, set. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielophp?ing=en>.

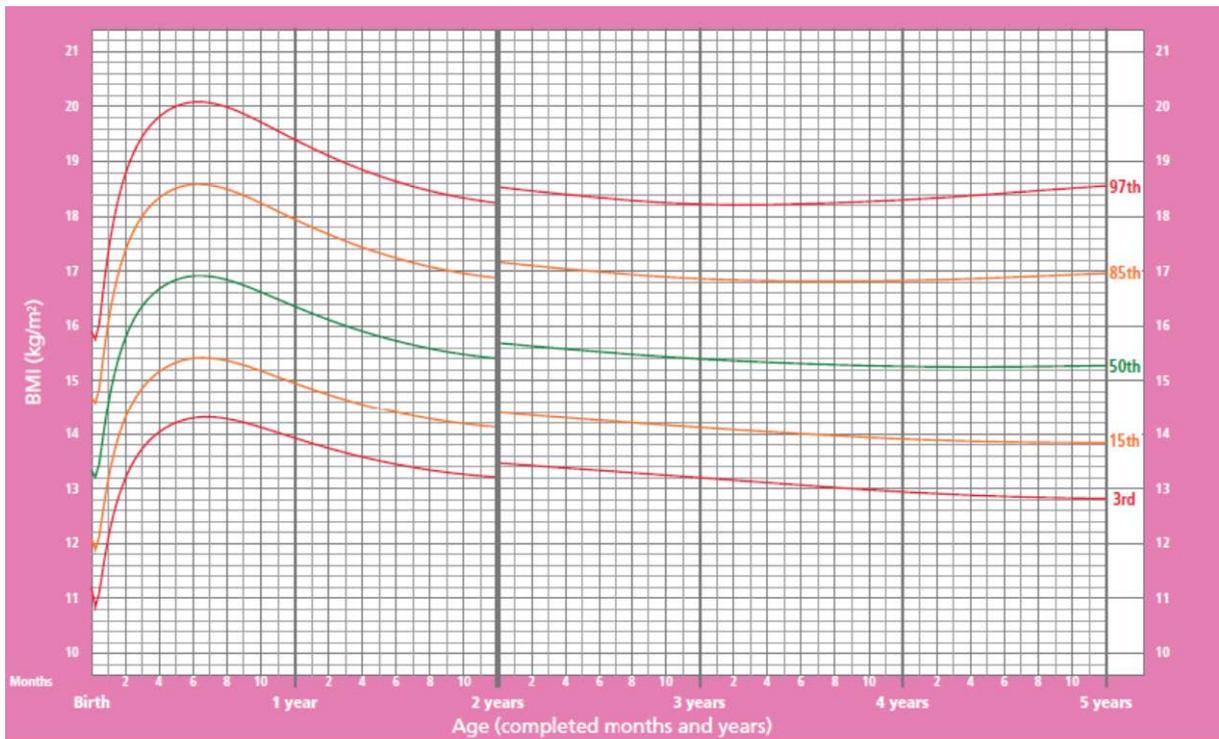
SOARES, L. D. S.; PETROSKI, E. L. Prevalência fatores etiológicos e tratamento da obesidade infantil. **Rev Brasil. de Antropometria e Desempenho Humano**. V. 5, n. 1, p. 63-74, 2003.

ANEXO

Quadro 1: Valores de referência para diagnóstico do estado nutricional utilizando as curvas de IMC para idade, da Organização Mundial de Saúde.

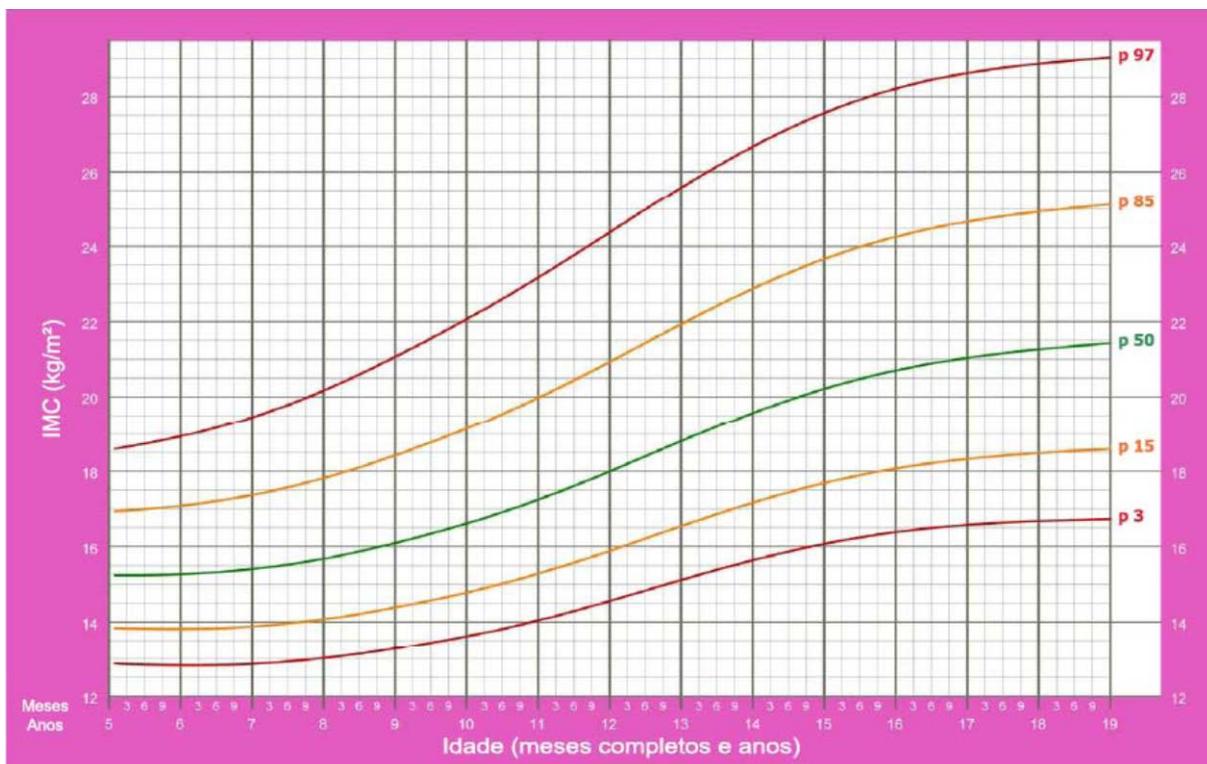
Valor encontrado na criança	Diagnóstico Nutricional
< Percentil 0,1	Magreza acentuada
≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3	Magreza
≥ Percentil 3 e < Percentil 85	Eutrofia
≥ Percentil 85 e < Percentil 97	Sobrepeso
≥ Percentil 97 e ≤ Percentil 99,9	Obesidade
> Percentil 99,9	Obesidade grave

Figura 1 - Gráfico de percentil do IMC para meninas com até 5 anos de idade.



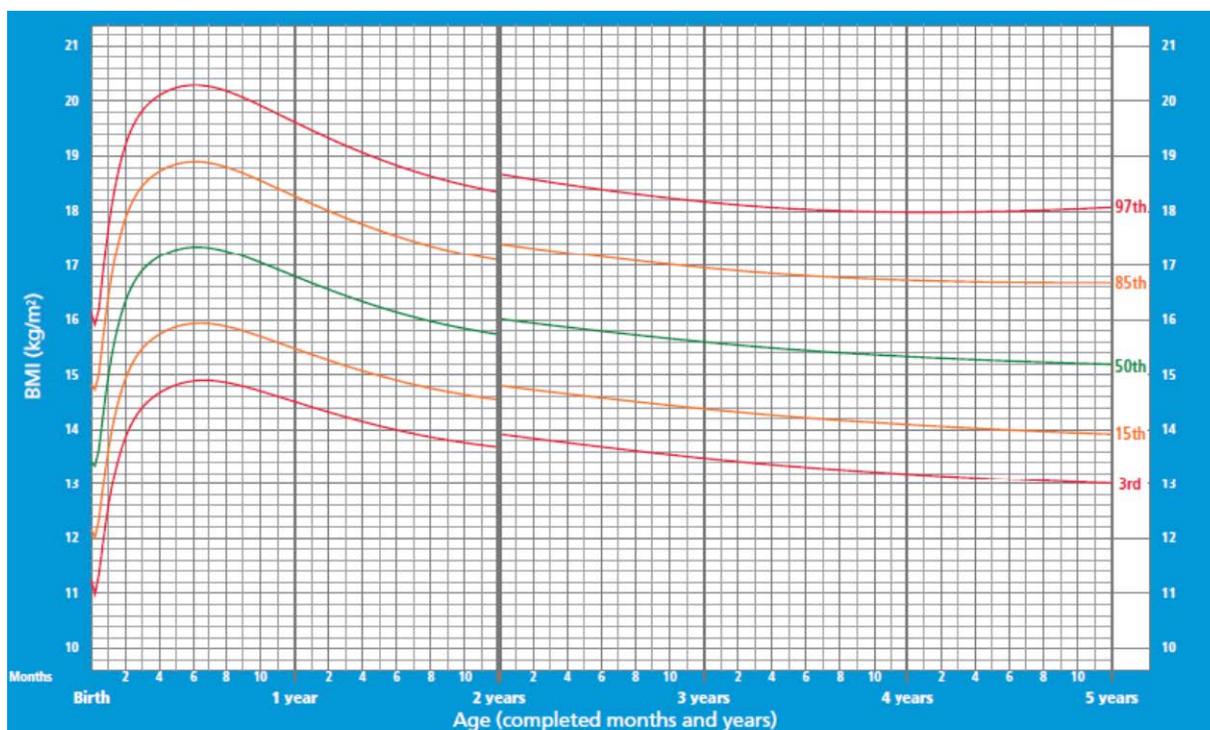
FONTE: MELO, M. E. Diagnóstico da Obesidade infantil. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica- ABESO. Disponível em <http://www.abeso.org.br/pdf/artigo%20fev%20.2011.pdf>

Figura 2 - Gráfico de percentil do IMC para meninas entre 5 até 19 anos de idade.



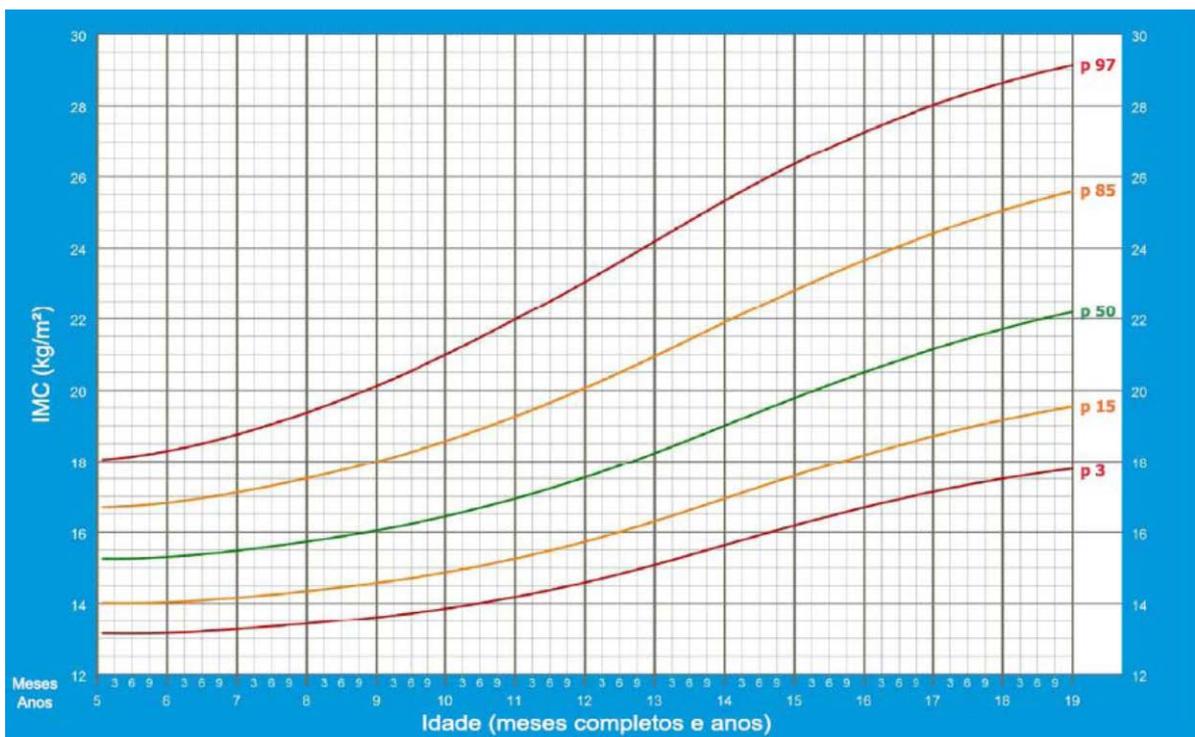
FONTE: MELO, M. E. Diagnóstico da Obesidade infantil. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica- ABESO. Disponível em <http://www.abeso.org.br/pdf/artigo%20fev%20.2011.pdf>

Figura 3 - Gráfico de percentil do IMC para meninos com até 5 anos de idade.



FONTE: MELO, M. E. Diagnóstico da Obesidade infantil. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica- ABESO. Disponível em <http://www.abeso.org.br/pdf/artigo%20fev%20.2011.pdf>

Figura 4 - Gráfico de percentil do IMC para meninos entre 5 e 19 anos de idade.



FONTE: MELO, M. E. Diagnóstico da Obesidade infantil. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica- ABESO. Disponível em <http://www.abeso.org.br/pdf/artigo%20fev%20.2011.pdf>