

**FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS DE
SERGIPE – FANESE
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO E EXTENSÃO – NPGE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO “LATO SENSU”
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE PÚBLICA E DA FAMÍLIA**

**JACELINE MARIA FERREIRA FIGUEIREDO CARNEIRO
MILENA BRAGA TEIVE E ARGOLLO**

OBESIDADE INFANTIL: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Aracaju - SE
2008

**JACELINE MARIA FERREIRA FIGUEIREDO CARNEIRO
MILENA BRAGA TEIVE E ARGOLLO**

OBESIDADE INFANTIL: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Monografia apresentada no Núcleo de Pós-Graduação e Extensão da FANESE, como requisito para obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde Pública e de Família

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Leticia Gaspar Tunala Mendonça

Aracaju - SE
2008

FICHA CATALOGRÁFICA

Carneiro, Jaceline Maria Ferreira Figueiredo

Obesidade Infantil: Revisão Bibliográfica / Jaceline Maria Ferreira Figueiredo Carneiro; Milena Braga Teive e Argollo. – 2008.
35f.

Monografia (pós-graduação) – Faculdade de Administração e Negócios de Sergipe, 2008.

Orientação: Psicóloga, Mestre e Doutora em Psicologia Social USP, especialista em aconselhamento para mudança de hábito, promoção da saúde – Letícia Gaspar Tunala Mendonça.

1. Obesidade Infantil 2. Fatores Etiológicos 3. Saúde Pública
4. Argollo, Milena Braga Teive. I. Título

CDU 616.008.847.9 – 053.2

**JACELINE MARIA FERREIRA FIGUEIREDO CARNEIRO
MILENA BRAGA TEIVE E ARGOLLO**

OBESIDADE INFANTIL: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

**Monografia apresentada ao Núcleo de Pós-Graduação e Extensão – NPGE,
da Faculdade de Administração e Negócios de Sergipe – FANESE, como requisito
para obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde Pública e da Família**

Nome completo do orientador

Nome completo do coordenador do curso (se houver)

Nome completo dos alunos

Aprovado (a) com média: _____

Aracaju (SE), ____ de _____ de 2008

Agradecemos a DEUS pelo Dom, à Família e Amigos pela compreensão e companheirismo e aos Professores pelos preciosos ensinamentos.

“Vários aspectos importantes da obesidade humana são desconhecidos e o esclarecimento dos mecanismos básicos que controlam o peso corporal estão apenas na sua mais tenra infância”.

DURVAL DAMIANI, e outros.

RESUMO

A obesidade infantil é na atualidade um dos graves problemas de saúde pública, apresentando prevalência crescente nas últimas décadas, em países com diferentes graus de desenvolvimento. Poucos problemas de saúde ligados à infância apresentam efeitos tão danosos a longo prazo quanto este distúrbio. É uma doença de difícil controle, e uma das grandes preocupações decorrentes da obesidade infantil é a associação desta com um quadro de morbidez, devido ao surgimento de inúmeras doenças, tais como: diabetes, coronariopatias, cardiopatias, doenças hepáticas e problemas osteo-articulares, entre outros. Além disso, outro fato relevante é a manutenção da obesidade pela vida adulta. Para seu tratamento e prevenção, recomendam-se mudanças nos hábitos alimentares e combate ao sedentarismo. Nesta revisão foram abordados os aspectos epidemiológicos, tendo como objetivo os principais fatores de risco, tratamento e medidas preventivas. Constatou-se que o Índice de Massa Corpórea - IMC é o índice mais utilizado pelos autores nos estudos selecionados. Na prevalência encontrada para a obesidade infantil entre os anos 80 e 90, houve um aumento de 12% nos meninos e 44% nas meninas, e em constante crescimento. No Nordeste houve um aumento entre os lactentes de 3,9% para 7,3%. As mudanças de hábitos devem ser consideradas determinantes nesse momento. Com relação às classes sociais, a frequência da obesidade foi maior entre crianças de classe sócio-econômica mais elevada, embora tenha sido destacado pelos estudiosos o aumento desse agravo entre crianças de classe sócio-econômica mais baixa. Quanto a sua etiologia, sabe-se que há uma diversidade de fatores que se agrupam em genéticos, ambientais e psíquico-emocionais. Os estudiosos reconheceram no aumento crescente da obesidade infantil, uma situação preocupante que deve merecer atenção e medidas efetivas da Saúde pública e o envolvimento de toda a sociedade.

Palavras-Chave: Obesidade Infantil, fatores etiológicos, aspectos epidemiológicos, Saúde Pública.

SUMÁRIO

<u>1. INTRODUÇÃO</u>	8
<u>1.1 DEFINIÇÃO E HISTÓRICO DA OBESIDADE INFANTIL</u>	10
<u>1.2 OBJETIVOS</u>	14
<u>1.2.1 Objetivo Geral</u>	14
<u>1.2.2 Objetivos Específicos</u>	14
<u>1.3 METODOLOGIA</u>	14
<u>2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS</u>	16
<u>2.1 PREVALÊNCIA</u>	16
<u>2.2 FATORES ETIOLÓGICOS</u>	18
<u>2.3 TRATAMENTO</u>	23
<u>2.4 MEDIDAS PREVENTIVAS</u>	25
<u>3. CONSIDERAÇÕES FINAIS</u>	31
<u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	33

1. INTRODUÇÃO

Para Burrows e outros (2001) um dos mais graves problemas de saúde pública atualmente é a obesidade, com prevalência¹ crescente nas últimas décadas, em países com diferentes graus de desenvolvimento. É na infância, em particular, que o aumento desse acontecimento é preocupante, uma vez que ainda se tenta reduzir ou erradicar as doenças infecciosas e a desnutrição, em determinadas regiões ou grupos populacionais. Para a população pediátrica, tal enfermidade tem sido considerada como o principal problema de saúde ou desordem nutricional.

A obesidade é um dos problemas de saúde mais comuns nas sociedades afluentes. A organização Mundial de Saúde (OMS) qualificou a obesidade mundial como epidêmica. Na verdade, sua prevalência está aumentando em todo o mundo de forma alarmante, em adultos e crianças. Esse aumento da incidência tão rápido e marcante é observado nos países ricos, naqueles em transição econômica e nos países em desenvolvimento. (JAMES, 2002)

Lottenberg (2001) afirma que o peso corpóreo, dentro de certos limites, tem a genética como fator determinante. Para a manutenção do peso é necessário que a ingestão de energia alimentar seja igual ao gasto energético. Por sua vez, para manter esse equilíbrio existem três componentes fundamentais: metabolismo basal² ou taxa metabólica de esforço (aproximadamente 60% do total), efeito térmico da alimentação (15%) e atividade física (aproximadamente 25%, no homem sedentário).

A identificação das crianças em risco de se tornarem adultos obesos proporcionou a oportunidade de prevenir ou retardar o estabelecimento dessa doença através da intervenção apropriada. A constatação de que filhos de pais obesos têm maior possibilidade de se tornarem obesos precocemente sugere o envolvimento de fatores hereditários na predisposição à obesidade infantil, não podendo ser exclusivamente atribuído ao estilo de vida em comum e à exposição ao mesmo ambiente. (UKKOLA; BOUCHARD, 2002)

¹ É o número total de casos de uma determinada doença, numa população e tempo definido considerando os casos antigos e os mais novos. In : Enfermagem: dicionário de termos. São Paulo: Editora Escolar, 2006.

² Quantidade mínima de energia que o corpo gasta em repouso e estado de jejum (para manter a temperatura corpórea, respiração, transpiração, circulação). Segundo estudos atuais, pessoas que possuem metabolismo basal mais baixo têm uma tendência a engordar. In: Dicionário de Termos Médicos e de Enfermagem. 1º edição. São Paulo: Editora Rideel, 2002.

Para Whaley & Wong (1998), poucos problemas de saúde ligados à infância são tão intratáveis e apresentam efeitos tão danosos em longo prazo quanto a obesidade infantil. Além de ser o distúrbio nutricional mais freqüente em crianças, constitui-se também em um dos problemas de saúde contemporâneos mais desafiadores em todas as idades.

O aumento da incidência de casos de obesidade infantil nas sociedades ocidentais contemporâneas é um fato que vem preocupando os órgãos de saúde pública, assim como toda a sociedade, que a considera como uma doença de difícil tratamento. Uma das grandes preocupações decorrentes da obesidade infantil é a associação desta com um quadro de morbidez³, devido ao surgimento de inúmeras doenças, tais como: diabetes⁴, coronariopatias⁵, cardiopatias⁶, doenças hepáticas⁷ e problemas osteo-articulares⁸, entre outros. Além disso, outro fato relevante é a manutenção da obesidade pela vida adulta (TEIXEIRA; ALBUQUERQUE, 2002).

Segundo Credidio (2002) e um site sobre o tema, a vida moderna tem criado condições para o desenvolvimento da obesidade em crianças, na medida em que são impedidas de saírem de casa (por causa da violência) e, desta forma, deixam de correr nas praças, andar de bicicleta e participar de outras brincadeiras de boa atividade física. A obesidade deve ser prevenida tão logo a criança nasça. O bebê deve ter uma alimentação inicial baseada exclusivamente no leite materno durante os seis primeiros meses de vida, tendo em mente que quanto mais tempo durar a amamentação, melhor.

A partir do primeiro ano de vida, fase em que a criança começa a ingerir alimentos sólidos, as frutas, legumes e carnes magras deve entrar no seu cardápio diário. A primeira lição que a criança deve aprender é que o açúcar deve ser consumido em pequenas quantidades e após as refeições.

³ Estado de mórbido (doentio). In: Dicionário de Termos Médicos e de Enfermagem. 1º edição. São Paulo: Editora Rideel, 2002.

⁴ É uma doença na qual o pâncreas não produz insulina suficiente, de modo que o açúcar se acumula, em vez de ser utilizado apropriadamente. In: Dicionário de Termos Médicos e de Enfermagem. 1º edição. São Paulo: Editora Rideel, 2002.

⁵ Lesões anatomopatológicas das artérias coronarianas. In: Compacto Dicionário Ilustrado de Saúde. São Caetano do Sul, SP; Yendis, 2005.

⁶ Denominação genérica de toda afecção do coração. In: Dicionário de Termos Médicos e de Enfermagem. 1º edição. São Paulo: Editora Rideel, 2002.

⁷ Doença do fígado.

⁸ Relativo a osso e articulação.

Nem todos os adultos obesos foram crianças obesas, mas como de 70% a 80% dos adolescentes obesos virão a ser adultos obesos, chegar à adolescência livre da obesidade já é um grande passo para permanecer magro durante os próximos anos. Daí a importância do tratamento precoce da obesidade no sentido de prevenir complicações futuras, principalmente no sistema cardiovascular (NETO, 2002).

Hoje, já é possível identificar entre os estudiosos o reconhecimento da seriedade da crescente frequência do excesso de peso entre as crianças, bem como é notada a preocupação e busca de ajuda de familiares. Contudo, a obesidade infantil é um problema que ainda exige estudos, reflexão e atitudes que possam contribuir, efetivamente, para a redução das estatísticas desfavoráveis, para manutenção da saúde e a redução de possíveis agravos.

O presente estudo constitui-se de uma revisão da literatura sobre obesidade infantil, tendo sido definido como objetivo conhecer a prevalência, identificar os principais fatores etiológicos⁹ e medidas preventivas, e principais formas de abordagem para o tratamento da obesidade infantil, utilizando-se de artigos científicos disponíveis e selecionados na literatura pertinente, nos últimos anos.

1.1 DEFINIÇÃO E HISTÓRICO DA OBESIDADE INFANTIL

A obesidade pode ser definida como sendo o excesso de gordura corporal, seja generalizada ou localizada, em relação ao peso corporal. O método mais utilizado para classificar sobrepeso e obesidade é o Índice de Massa Corporal (IMC), que consiste em uma classificação que resulta da relação entre peso (em kilogramas) e a altura ao quadrado (em metros) - kg/m^2 (AMARAL et al., 2001; MAHAN e ESCOTT-STUMP, 2005). O número obtido é avaliado segundo a tabela que se segue:

⁹ Fatores que causam as doenças e infecções. In : Enfermagem: dicionário de termos. São Paulo: Editora Escolar, 2006.

Tabela 1 - Classificação geral de sobrepeso e obesidade com indicação de risco para saúde

IMC (kg/m ²)	Classificação	Risco para a Saúde
18,0 – 24,9	Peso saudável	Sem risco
25,0 – 29,9	Sobrepeso	Moderado
30,0 – 34,9	Obesidade Grau I	Alto
35,0 – 39,9	Obesidade Grau II	Muito alto
> 40,0	Obesidade Grau III	Extremo

Fonte: Amaral e outros. (2001)

Tabela 2 - Classificação geral de sobrepeso e obesidade.

Classificação	IMC kg/m ²
Baixo peso	< 18,5
Normal	18,5 – 24,9
Sobrepeso	25,0 – 29,9
Obesidade Grau I	30,0 – 34,9
Obesidade Grau II	35,0 – 39,9
Obesidade Grau III	≥ 40

Fonte: Mahan e Escott- Stump (2005).

As tabelas 1 e 2, acima, apesar de terem sido produzidas por diferentes autores, demonstram a mesma classificação de risco para saúde.

“A obesidade pode ser classificada de acordo com o índice de massa corpórea como: pré-obeso ou sobrepeso, obeso de classe I, obeso de classe II, obeso de classe III ou mórbido¹⁰ [...] (LOTTENBERG, 2001).

É uma patologia¹¹ crônica, complexa, proveniente de múltiplos fatores, com poucas chances de cura. Desde que seja de interesse do paciente tem possibilidade de

¹⁰ Patológico, doentio. In: Dicionário de Termos Médicos e de Enfermagem. 1º edição. São Paulo: Editora Rideel, 2002.

¹¹ Parte da medicina que se ocupa das doenças, suas origens, sintomas e natureza. In: Dicionário de Termos Médicos e de Enfermagem. 1º edição. São Paulo: Editora Rideel, 2002.

controle a longo prazo, através da mudança do seu cotidiano e sua relação com os alimentos. Geralmente o tratamento é fonte usual de frustração para médicos e pacientes. “A obesidade afeta homens e mulheres, todas as raças e etnias e todos os grupos etários” (Op. cit., 2001, 2005).

Segundo o Consenso Latino Americano em obesidade (Coutinho, 1998) a obesidade é uma enfermidade crônica que vem acompanhada de múltiplas complicações que têm como características o excesso de gordura.

Existem três períodos críticos da vida que podem ocorrer o aumento do número de células adiposas, são eles: último trimestre da gravidez (podem modificar a composição corporal do feto), o primeiro ano de vida e o súbito crescimento da adolescência (KATCH e McARDLE, apud SOARES e PETROSKI, 2003).

A obesidade infantil é um problema nutricional de saúde pública que vem preocupando e incentivando a criação de práticas de prevenção e tratamento do problema, desde a discussão da publicidade, educação até de intervenções médicas. O aumento de sua prevalência em crianças e adolescentes é rápido e vem acontecendo constantemente, interferindo e repercutindo nos aspectos psicossociais deles, além do que, existe o grande risco de crianças obesas se tornarem adultos obesos. O gasto energético total em crianças e adolescentes compõe-se de: metabolismo basal, termogênese¹², atividade física e crescimento.

Sem controle, a obesidade infantil pode ser fatal. É preciso alertar para o fato de que é em torno dos dois anos e meio que se definem o número de células gordurosas de uma pessoa adulta. Trata-se de um mal que provoca, ainda na infância, problemas de coluna, nas articulações, fere a auto-estima e leva à rejeição social. Ao atingir a fase adulta pode surgir diabetes tipo 2 e, segundo estudos realizados no mundo inteiro, a obesidade também está ligada a vários fatores de risco para doenças do coração como: hipertensão arterial, colesterol e triglicérides elevados entre outros (ALVES, 2002; BALLONE, 2003; LEAL; PAMPANELLI, 2002).

¹² Relativo a termogênico (capaz de gerar calor). In: Compacto Dicionário Ilustrado de Saúde. São Caetano do Sul, SP; Yendis, 2005.

Antigamente a gordura era associada à saúde e beleza, principalmente porque muitas das epidemias¹³ tinham como característica a perda de peso, então a obesidade significava saúde. A partir de meados do século passado, começou-se a acumular evidências de que obesidade era uma condição que poderia prejudicar a saúde das pessoas. Atualmente está bem estabelecido, que ela aumenta muito o risco das pessoas desenvolverem doenças crônicas como hipertensão, diabetes tipo 2, doenças coronariana, vários tipos de câncer, doenças hepáticas, problemas osteoarticulares, dentre outras; e essa visão vem sendo verificada, também, em populações com diferentes economias e culturas.

Há décadas o homem vem se preocupando com os danos que o sobrepeso e a obesidade poderiam causar para o organismo, porém só nos últimos anos os especialistas vêm percebendo o desafio que é a obesidade. Hoje a obesidade é um dos mais alarmantes problemas de saúde pública. Sua prevalência nas últimas décadas é de grande significância até mesmo em países em desenvolvimento, com isso sendo considerada uma epidemia global.

Os seres humanos são produtos do patrimônio genético dos seus genitores no amplo ambiente sócio econômico, cultural e educativo e o pequeno ambiente familiar que as pessoas são concebidas, nascem, crescem, amadurecem, se reproduzem e morrem. Para identificar os fatores e causas que contribuem para o aumento da prevalência e incidência da condição crônica denominada obesidade, é fundamental considerar as necessidades básicas das pessoas e o papel que julgam no processo de crescimento e desenvolvimento nas diferentes etapas da vida.

Sendo assim, pode-se valorizar e identificar os ambientes e condições que favorecem e promovem a manutenção de peso saudável e fatores que facilitam e levam ao sobrepeso e obesidade (Op. cit., 1998).

¹³ Aumento importante do nível de prevalência de uma determinada doença na população. Doença transmissível que acomete ao mesmo tempo e no mesmo lugar um grande número de pessoas. In: Dicionário de Termos Médicos e de Enfermagem. 1º edição. São Paulo: Editora Rideel, 2002.

Os problemas físicos do excesso de peso na infância geralmente só são objetos de consulta médica nos casos mais extremos, quando o excesso de peso impede as crianças de participar de atividades esportivas e quando elas se queixam de problemas relativos à sua postura e desenvolvimento esquelético (JAMES, 2002).

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Pretende-se através de uma revisão bibliográfica, identificar os principais fatores etiológicos relacionados ao crescimento da obesidade infantil.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Descrever os diversos fatores relacionados ao desenvolvimento da obesidade infantil e as principais formas de abordagem para seu tratamento;
- Identificar as medidas de prevenção da obesidade infantil.

1.3 METODOLOGIA

As fontes utilizadas para a presente revisão de literatura foram:

- Bases de eletrônicas - Scielo, Medline, Abeso, Google.
- Material impresso em bibliotecas nas seguintes instituições de ensino - Universidade Tiradentes (Unit), Biblioteca Pública de Aracaju, Centro de estudos Fundação São Lucas, Universidade Católica do Salvador (UCSal) e na Faculdade Jorge Amado-SSA.

As buscas foram feitas nas línguas portuguesa e espanhola; e não foram realizadas pesquisas na língua inglesa pelo não domínio da mesma. Os unitermos utilizados foram: obesidade infantil, fatores etiológicos, tratamento e prevenção. Não houve delimitação do período pesquisado.

Foi feita uma análise de conteúdo simples dos artigos encontrados.

2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Foram selecionados materiais para análise, 30 artigos e 12 livros, distribuídos como se segue nas bases pesquisadas. Utilizamos 32 desses, sendo os principais autores encontrados: Amaral e outros, Coutinho, de Mello e outros, Mahan & Escott-Stump, Soares e Petroski. O restante do material, 10 (livros e artigos), não foi utilizado, pois não tinham o conteúdo necessário para nosso objetivo do trabalho. Estabelecemos através da análise de conteúdo os temas que serão apresentados a seguir: prevalência, fatores etiológicos, tratamento e medidas preventivas.

2.1 PREVALÊNCIA

Segundo dados de Soares e Petroski (2003) a prevalência da obesidade infantil vem aumentando nos países desenvolvidos, sendo considerada um dos principais problemas de saúde pública. Vem crescendo significativamente também nos países em desenvolvimento, onde geralmente coexiste com a desnutrição.

“No Brasil de 1980 a 1990, constatou-se que a obesidade em crianças de 06 à 11 anos aumentou 12% nos meninos e em 44% nas meninas” (DIETZ, apud SOARES e PETROSKI, 2003). Os últimos dados nacionais são da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (INAN – PNSN) de 1989, na qual a prevalência de obesidade em crianças era de 7,8% e em adolescentes era de 7,6% (Op. cit., 2003). “Na região Nordeste houve aumento da prevalência, principalmente entre os lactentes, de 3,9% para 7,3%” (SIGULEM, apud SOARES e PETROSKI, 2003).

É alarmante o número de crianças que estão com sobrepeso, porque na década anterior esse número era bem menor. Há relato de prevalência crescente da obesidade entre crianças em idade pré-escolar de família de baixa renda (MAHAN & ESCOTT-STUMP, 2005).

“Um terço da garotada brasileira está obesa ou acima do peso ideal para sua idade”. Segundo relato da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a obesidade infanto-juvenil no Brasil cresceu 240% em 20 anos. A projeção para o futuro é preocupante, há previsões de que dentro de cinco anos as crianças com excesso de peso serão dois terços da população infantil no Brasil, devendo com isso, os pais e autoridades sanitárias enfrentarem e tentarem resolver esse grande problema (FRARE, 2006).

“Do ponto de vista epidemiológico¹⁴, tudo leva a mudança nos fatores ambientais, uma vez que, nas últimas décadas, não ocorreram alterações nas características genéticas de tais populações, enquanto que houve inúmeras mudanças de hábitos” (ESCRIVÃO e outros, apud SOARES e PETROSKI, 2003). Essas mudanças devem ser consideradas determinantes no aumento da prevalência da obesidade infantil.

O aumento da prevalência da obesidade em crianças e adolescentes reflete biopsicossocialmente, os insucessos terapêuticos¹⁵, as recidivas¹⁶ e o grande risco de que a criança obesa se torne um adulto obeso fazem da obesidade um dos mais alarmantes problemas nutricionais na infância. Estima-se que no Brasil cerca de 15% a 20% das crianças e adolescentes são obesos. Estudos recentes sobre a prevalência de crianças com sobrepeso e obesidade, realizado em escolas de algumas cidades do país, confirmam a tendência de crescimento da prevalência. “O risco de uma criança obesa maior de nove anos, tornar-se um adulto obeso é de 80% até a idade de 35 anos” (AMARAL et al., 2002).

Tirapequi (2006) afirma que no Brasil em 1997, a prevalência de sobrepeso em crianças e adolescentes do sexo masculino e do feminino entre 6 a 18 anos era de 13,1% e 14,8% respectivamente, valores que se aproximam dos encontrados entre adultos do mesmo sexo.

Aproximadamente 25% das crianças e adolescentes de 06 a 17 anos estão com sobrepeso ou são obesas. Para a criança que é obesa após os 06 anos, a probabilidade de obesidade na idade adulta é maior que 50% e os riscos são maiores se um dos genitores for obeso. As crianças, cujo rebote de adiposidade¹⁷ de crescimento normal ocorre antes de cinco anos e seis meses têm probabilidade maior de serem mais pesadas na fase adulta do que aquelas cujo rebote de adiposidade ocorre após os sete anos (WHITAKER e cols., apud MAHAN e ESCOTT-STUMP, 2005).

¹⁴ Relativo a epidemias.

¹⁵ Relacionado a, ou consistindo de um tratamento; curativo. In : Enfermagem: dicionário de termos. São Paulo: Editora Escolar, 2006.

¹⁶ Recaída; agravamento da doença após remissão bem-sucedida. In: Dicionário de Termos Médicos e de Enfermagem. 1º edição. São Paulo: Editora Rideel, 2002.

¹⁷ Acúmulo excessivo de gordura no organismo, em geral localizada. In: Dicionário de Termos Médicos e de Enfermagem. 1º edição. São Paulo: Editora Rideel, 2002.

No entanto, a ruralidade também não mostra um cenário diferente. As estatísticas dizem que, a nível nacional, 31,5% das crianças entre os 9 e os 16 anos são obesas ou sofrem de excesso de peso. E daí sobressai uma conclusão: é preciso agir. Caso contrário, a já ameaçada esperança média de vida destas crianças vai ser ainda mais curta do que aquela que a geração dos pais tem neste momento. Perante a informação que é disponibilizada constantemente, ainda é pouca a sensibilização para este problema, que a Organização Mundial de Saúde entende como uma das atuais e preocupantes epidemias.

É indiscutível a necessidade de implantar medidas preventivas e terapêuticas eficazes para diminuição da prevalência da obesidade infantil. Sendo necessário uma abordagem ampla, não só com a família, mas também à sociedade.

2.2 FATORES ETIOLÓGICOS

A obesidade é considerada uma enfermidade multifatorial causada também por um desequilíbrio energético. Existem vários fatores importantes na origem da obesidade, como os genéticos, os fisiológicos (endócrinos metabólicos), os ambientais (prática alimentar e atividade física) e psicológicos; fatores esses que interferem na percepção da fome e da saciedade do indivíduo na relação com o alimento; no entanto os que poderiam explicar este crescente aumento da obesidade parecem estar mais relacionados às mudanças no estilo de vida e os hábitos alimentares (SOARES & PETROSKI, 2003; AMARAL et al., 2002).

A maioria dos estudos (sobre família, gêmeos e adoções) sustenta a idéia da existência de um componente genético importante no desenvolvimento da obesidade. As contribuições da genética e dos fatores ambientais para a frequência da obesidade na família variam de estudo para estudo, embora a influência de um ambiente familiar comum pareça mínima. "Sem dúvida, o desenvolvimento da obesidade é resultado da combinação e interação entre predisposição genética e fatores comportamentais" (UKKOLA BOUCHARD, 2002).

A busca do gene relacionado com a obesidade exógena¹⁸ tem tido um grande avanço nos últimos anos. Até agora tem sido identificado diferentes genes relacionados com a obesidade em humanos (Op. Cit., 1998).

Senise (1970), afirma que a causa da obesidade são os fatores exógenos, através do “balanço energético positivo”, ou seja, há uma ingestão de energia alimentar superior ao seu gasto energético, que pode acontecer devido a uma alimentação excessiva ou vida sedentária. E acredita que os fatores endógenos¹⁹ (distúrbios glandulares) apresentam quadros clínicos bem definidos e são relativamente raros.

Embora nem todos os obesos na idade adulta tenham sido na infância, já está bem demonstrado que crianças e adolescentes obesos, principalmente antes dos cinco anos de idade, tornam-se adultos obesos, porém a relevância a ser considerada é que as patologias que antes eram observadas apenas em adultos, hoje estão relacionadas a crianças, e principalmente adolescentes com sobrepeso (BARROS FILHO, 2004).

A ênfase sobre os motivos psicológicos e emocionais, que podem levar a criança à obesidade exógena, recai sobre as falhas estruturais da relação entre mãe e filho, vínculo através do qual a personalidade se desenvolve. Esse vínculo é responsável pela formação de representações capazes de construir a estrutura psíquica, uma vez que a presença materna está diretamente ligada ao ato de comer e satisfazer necessidades corporais viscerais. Tais interações nunca são verbalizadas, visto que, a criança não é capaz de verbalizar.

É possível dizer que a alimentação e a compulsão de comer, que caracteriza o obeso, deixam-os presos a momentos de prazer precoce, levando o indivíduo a se fixar e não querer abandonar esse estágio de satisfação primitivo. Um outro ponto relevante na relação entre mãe/filho obeso, é o prazer da aparência saudável explorado pela mídia, dos bebês dos concursos de robustez infantil, tão valorizado no passado. O alimento é oferecido de forma indiscriminada, ao menor sinal de necessidade manifestada pela criança.

¹⁸ De causa externa. In: Dicionário de Termos Médicos e de Enfermagem. 1º edição. São Paulo: Editora Rideel, 2002.

¹⁹ Formado no próprio organismo. In: Dicionário de Termos Médicos e de Enfermagem. 1º edição. São Paulo: Editora Rideel, 2002.

Isso ocorre principalmente com pais desatentos e ansiosos, que desconhecem a real necessidade da criança, deixando de perceber que seus filhos choram, não só por fome, mas também porque sente frio, calor, cansaço, sono, etc., muitas vezes essa associação persiste até a idade adulta, porque quando criança aprendeu que o alimento é a solução para todos os conflitos, angústias, ansiedade e dores, fazendo com que associem a comida como uma forma de resolver ou compensar problemas.

Os principais fatores relacionados ao meio ambiente são: o aumento no consumo de alimentos ricos em açúcares simples e gordura, e a diminuição da prática de exercícios físicos, ocasionando o acúmulo excessivo de energia sob forma de gordura no organismo.

Na classe socioeconômica menos favorecida pode existir um equívoco entre comer e alimentar-se, tendo como consequência obesos involuntários. Na ausência de uma adequada orientação nutricional e sem recursos para manter um padrão alimentar nutritivo, naturalmente essas pessoas confundem qualidade com quantidade. Resultando em acúmulo de gordura e a ilusão de estarem fortalecidos.

A natureza e as causas da obesidade são objetos de intensas e contínuas pesquisas. Tanto os fatores ambientais como os genéticos estão envolvidos numa complexa interação de variáveis, que incluem influências psicológicas e culturais bem como os mecanismos fisiológicos reguladores. (Op. cit., 2005)

Sabe-se que muitas crianças com sobrepeso apresentam um ou mais fatores de risco cardiovasculares como hiperlipidemia, hiperinsulinemia e hipertensão.

Para Soares e Petroski (2003), o apetite do obeso responde mais aos estímulos externos (tipo e qualidade do alimento) do que aos internos (fome e saciedade).

Senise (1970) defende que os fatores psíquico-emocionais são mais importantes que os genéticos, culturais e ambientais. Afirmando que o obeso necessita mais de um analista do que de um nutricionista, com isso, sendo a dieta um complemento secundário, que poderá ser rejeitada ou não pelo paciente.

Adicionalmente Amaral e outros (2002), diz que a capacidade de saciar-se está relacionada com a maneira como a pessoa se alimenta e saboreia o alimento. "O

bebê de um modo geral percebe muito bem a sua saciedade. Ele chora quando tem fome e recusa o alimento quando não quer mais”.

A vontade de superalimentar o bebê, a falta de percepção dos pais, ou os hábitos inadequados da família pode induzir a criança a não perceber a sua fisiologia de saciedade, aceitando a saciedade do outro. Quanto mais tranquilas, percebendo o que estão comendo, saboreando bem os alimentos as pessoas estiverem, mais prazer e sensação de saciedade terão ao se alimentarem, e com isso haverá uma ingesta menor de alimento. Ele ressalta que atribuir à obesidade só as causas genéticas faz do obeso uma vítima passiva, condenado à obesidade: “O problema é que toda a minha família é gorda, e eu também herdei esta tendência”. Talvez o principal problema gerado pela obesidade seja o desequilíbrio emocional.

Alguns fatores são determinantes para o estabelecimento da obesidade infantil: desmame precoce associado à introdução da mamadeira, alimentos sólidos precocemente oferecidos e inadequadamente preparados, distúrbios do comportamento alimentar e relacionamento familiar conturbado (FRISBERG, 2000). Então os adolescentes que mamaram no peito por mais de 07 meses estão menos sujeitos à obesidade do que os que usaram fórmulas lácteas ou que foram superalimentados.

Vários estudos informam que a obesidade infantil foi inversamente relacionada com a prática da atividade física sistemática, com a presença de TV, computador e vídeo-game nas residências, além do baixo consumo de verduras e frutas, confirmando a influência do meio ambiente sobre o desenvolvimento do excesso de peso em nosso meio.

O sedentarismo pode ser considerado como um dos principais fatores que contribuem para que as crianças fiquem obesas, e que por falta de segurança, os pais preferem que os filhos fiquem nos aparelhos eletrônicos dentro de casa ao invés de se exercitarem na praça, quadra ou campos de futebol perto de casa. Esses aparelhos eletrônicos tornaram-se as principais formas de diversão para uma parcela significativa da sociedade. A falta de exercício físico, associada aos péssimos hábitos alimentares, torna-se fator determinante para a obesidade infantil. “O excesso de peso dos brasileiros também pode estar relacionado ao aumento do consumo de alimentos

industrializados e à ingestão de grande quantidade de açúcar e gordura" (FRARE, 2006).

De acordo com a pesquisa, dietas ricas em sal pode ser a chave para explicar a obesidade em crianças. Em um estudo com dados de 1600 crianças, os pesquisadores concluíram que aquelas que têm uma dieta rica em sal consomem mais líquidos, inclusive refrigerantes e refrescos adoçados com açúcar, estudo que já era comprovado em adultos. Ao cortar pela metade o consumo diário médio de sal de 6 gramas por dia, as crianças estariam cortando 250 calorias de sua dieta semanal.

Conforme estudo de alguns cientistas, a cada hora a mais de sono o risco da criança apresentar sobrepeso ou obesidade diminui em 9%. A análise mostra que pouco sono ou noites mal dormidas pode aumentar as chances de desenvolver sobrepeso ou obesidade. Os pesquisadores informam que a quantidade de sono recomendada varia de acordo com o estudo e com a idade das crianças: pelo menos 11 horas por dia de sono para crianças com menos de 05 anos de idade; pelo menos 10 horas para 05 a 10 anos; e o mínimo de 09 horas por dia para crianças com mais de 10 anos.

Um outro ponto a ser observado é a falta de tempo para que os integrantes de uma mesma família possam discutir e trocar informações da necessidade da ingestão de alimentos importantes, execução de atividade física, objetivando o crescimento e desenvolvimento das crianças e adolescentes, bem como a prevenção de doenças cardiovasculares e circulatórias. As pizzas, os hambúrgueres, as salsichas, a comida já previamente confeccionada que se coloca no microondas e os refrigerantes gaseificados são exemplos flagrantes dessa situação. Há outra falha grave, que é a ausência de um bom pequeno-almoço, completo e diversificado. O papel dos pais na obesidade infantil assume duas vertentes essenciais; em primeiro lugar, emerge a questão inevitável da hereditariedade; e em segundo lugar a questão da educação alimentar, que perpassa o campo familiar e abrange as instituições educativas, onde muitas vezes não abordam a problemática de forma clara e objetiva privilegiando a prevenção.

A mídia também exerce um papel fundamental para o agravamento dessa problemática, onde buscam promover e atrair as crianças e os jovens para os lanches

rápidos e pobres, essa é a era da geração “*Fast Food*” que além das propagandas envolventes, contam com a facilidade, comodidade e rapidez na aquisição. Os avanços tecnológicos também têm o seu papel e não deve ser esquecido, por conta do acarretamento da ociosidade nas atividades recreativas, verificando a mudança na forma de aproveitamento do tempo em que poderiam ser dispensados para atividades aeróbicas, onde há uma grande queima de calorias, sem esquecer da falta de interação social que provoca um maior isolamento dessa geração. A obesidade é um problema que perpassa gênero, raça, etnologia, condições econômicas ou culturais, hoje vista como um problema sério de saúde pública. A indústria alimentícia tem uma parcela significativa nessa questão, principalmente entre as crianças que tem seu foco aguçado e motivado à ingestão de alimentos coloridos, visivelmente atraentes e de degustação tentadora, porém ricos em conservantes, corantes, açúcares, gorduras saturadas, enfim tudo que vem para acentuar a obesidades nessa faixa etária.

As embalagens sofreram transformações ao longo dos anos e vem se adequando e explorando essa população e tornando-se cada vez mais fácil de manusear e transportar, assegurando a comodidade que seus pais necessitam para acompanhar o ritmo de vida a que está inserido.

2.3 TRATAMENTO

Em conformidade com Consenso Latino Americano em Obesidade (Coutinho, 1998) o tratamento da obesidade em crianças e adolescentes tem como meta conseguir manter um peso adequado para a altura com um crescimento e desenvolvimento normal, tornando-se um dos problemas mais difíceis e frustrantes para a equipe multidisciplinar²⁰. Mais de 80% destas crianças voltam ao peso do início do tratamento. É de fundamental importância o controle da ingesta energética. Uma alimentação bem balanceada que forneça todos os nutrientes necessários é o tratamento mais seguro e efetivo da obesidade. No tratamento das crianças obesas

²⁰ Equipe de vários profissionais como: Médico, Enfermeiro, Psicólogo, Assistente Social, Nutricionista, etc.

deve haver um equilíbrio entre a ingesta calórica e o gasto energético proporcionando um peso estável ou uma perda de peso moderada.

Existem alguns princípios básicos para esse tratamento:

- Não há “drogas maravilhosas” para a redução do peso;
- O tratamento é individualizado;
- O tratamento é responsabilidade de uma equipe multidisciplinar de atenção (incluindo paciente e família que são os membros mais importantes dessa equipe).
- Não devemos esperar milagres nos resultados.
- Deve existir apoio emocional permanente.

Independente da proporção dos nutrientes, a perda de peso deve-se ao balanço negativo; como regra geral, além da dieta ser hipocalórica ela deve ter no máximo 35% de calorias na forma de gordura (principalmente mono e poli insaturados), 10% a 20% de proteínas e o restante de carboidratos, predominantemente complexos. Frutas, verduras e fibras devem ser uma constante. A prática de uma atividade física não precisa ser na academia de ginástica ou a prática de um esporte específico. Pode ser apenas uma maior atividade no dia-a-dia, como movimentar-se mais, não ficar muito tempo parado em frente à televisão ou do computador, [...] (HALPERN, 2001).

Para o tratamento da obesidade infantil é importante verificar a idade da criança, pois para as pré-púberes, isto é, aquelas que ainda apresentam um bom potencial para o crescimento, a manutenção do peso, mais do que a sua perda é geralmente a estratégia apropriada. No entanto para muitos adolescentes gravemente obesos isto não será possível, principalmente para as meninas que estejam no período pós-menarca, devendo nestes casos o tratamento ser semelhante à de um indivíduo adulto (CINTRA et al., 2001).

Para Hockenberry, et al. (2006) os componentes essenciais de qualquer dieta são as fibras e os carboidratos complexos, a diminuição significativa da ingesta de gorduras e o incentivo à alimentação somente em resposta à fome. Uma dieta saudável deve incluir alimentos nutritivos, como frutas, verduras, grãos integrais e laticínios pobres em gordura, além das proteínas.

Afirmam Mahan e Escott-Stump (2005) que as crianças não devem ser colocadas em “dietas”. Para uma criança que está com sobrepeso o objetivo de tratamento deve ser ao controle do peso ou a diminuição do ritmo de ganho do peso.

Com certeza, a criança que precisa perder peso necessita de mais atenção da família e dos profissionais de saúde, além de um esforço de sua parte. Devendo acontecer também uma modificação dos hábitos alimentares da família, e aumento da atividade física que é de extrema importância para o controle de peso da criança.

Para melhores resultados nos tratamentos é importante a cooperação dos pais, que devem estar consciente de que a obesidade infantil é um risco e que pode causar graves problemas na vida adulta; sendo a prevenção o melhor caminho para esse controle.

Segundo Heaney e cols., apud Mahan e Escott-Stump (2005), crianças perdem aproximadamente 1kg de gordura corporal quando associadas a ingestão regular de 300mg de cálcio, e os adultos perdem em torno de 2,5 a 3kg de peso corporal. Com isso, o aumento da ingestão diária de cálcio reduziria o risco de sobrepeso, talvez em até 70%.

Estudos sugerem que para atingir o equilíbrio máximo de cálcio no organismo, as meninas adolescentes necessitam consumir mais do que a quantidade recomendada (Matkovic e Heaney, apud Mahan e Escott-Stump, 2005).

Enfim para o tratamento da obesidade infantil, faz-se necessário a presença de uma equipe multiprofissional, que consiste de médico, nutricionista, educador físico, e um outro profissional de extrema importância – o psicólogo, pois se sabe que algumas causas da obesidade podem ser psicogenéticas, tais como: rejeição materna e falta de afeto, depressão e culpa, angústias circunstanciais, mães simbióticas²¹ e pais superprotetores, pais alcoólatras, criança imatura e problemas orgânicos, como os neurológicos.

2.4 MEDIDAS PREVENTIVAS

Segundo Vitolo e Campos, apud Soares e Petroski (2003) torna-se mais difícil a reversão do quadro da obesidade infantil, quanto maior for a idade da criança e excesso de peso. Crianças que permanecem obesas até os 13 anos, mostram maiores

²¹ Relativo a simbiose (associação entre dois organismos, em que um beneficia o outro). In: Compacto Dicionário Ilustrado de Saúde. São Caetano do Sul, SP; Yendis, 2005.

oferece nenhuma propensão de se tornar um adulto obeso” (WRIGHT et al., apud SOARES e PETROSKI, 2003).

É de grande importância incentivar as mães a amamentação exclusiva desde o nascimento até o sexto mês de vida. Os pais devem ser encorajados a ter uma alimentação saudável, com horários e lugares certos para a alimentação, atividades físicas, hábitos de vida não sedentários e evitar muito tempo em frente da televisão ou computador. É fundamental a prevenção da obesidade já na primeira década de vida.

Conforme o Consenso Latino Americano em Obesidade (Coutinho e outros, 1998) uma forma de prevenir é evitar o excesso de peso durante a gestação (que deve ser de 10 à 12kg); estimular a amamentação; evitar introduzir alimentos farináceos antes dos quatro meses; evitar alimentos muito doces; incentivar a atividade física; controlar e vigiar constantemente o peso corporal; promover educação nutricional e hábitos de vida saudáveis; e enfatizar que a obesidade é uma enfermidade de difícil cura e que todos devem lutar pela prevenção.

Pelo fato dos programas de intervenção ter pouco consenso, a prevenção ainda é o melhor caminho para controle da obesidade infantil. Existem três alvos eficazes nessa prevenção, porém com metas diferentes: Prevenção primordial visa prevenir “o risco” para sobrepeso; prevenção primária evita que crianças “de risco” adquiram sobrepeso; e a prevenção secundária visa impedir a gravidade crescente da obesidade e reduzir a comorbidade entre crianças com sobrepeso e obesidade. Provavelmente, a prevenção primordial e primária são as mais eficazes se forem iniciadas antes da idade escolar e mantidas durante a infância e a adolescência.

É de grande valia acrescentar o estudo de nutrição e hábitos de vida saudável ao currículo escolar em várias séries, pois neste local e momento é que pode começar o interesse, o entendimento e mesmo a mudança dos hábitos dos adultos, através das crianças e adolescentes. A escola também pode proporcionar o aumento do interesse pela atividade física. Pelo fato das crianças fazerem pelo menos uma refeição na escola, a merenda escolar deve atender às necessidades nutricionais das crianças em quantidade e qualidade e ser um agente formador de hábitos saudáveis.

Existem três fatores fundamentais para uma alimentação saudável:

- Promoção: fornecer informações corretas sobre alimentação e saúde;
- Proteção: evitar que informações incorretas e contraditórias alcancem indivíduos;
- Apoio: propiciar a esses indivíduos condições que tornem factíveis a adoção das orientações que recebem (de MELLO e outros, 2004).

A prevenção primária é a grande prioridade na luta do nutricionista contra a obesidade infantil, através da adoção de hábitos alimentares e estilos de vida saudáveis, de forma a reduzir a longo prazo a obesidade e outras doenças crônicas associadas. A grande dificuldade da prevenção está na falta de autonomia das crianças. Por este motivo, a aplicação de medidas preventivas na obesidade infanto-juvenil depende da colaboração da família e das escolas onde as crianças passam a maior parte do seu tempo. Estas proporcionam uma excelente oportunidade para prevenir e tratar a obesidade, uma vez que estão em contato regular e continuamente com as crianças oferecendo-lhes oportunidades para uma adequada educação alimentar juntamente com a promoção da atividade física.

O cuidado e acompanhamento dos pais na alimentação das crianças têm grande importância para a aquisição de hábitos alimentares saudáveis. A exposição aos alimentos consumidos pelos pais é um fator importante para a aceitação por parte das crianças de determinados alimentos e para a modificação das preferências alimentares. Desta forma, a educação alimentar deve passar sempre pelos pais ou pessoas responsáveis pela alimentação das crianças. Na prevenção secundária, o nutricionista tem um papel fundamental no tratamento da obesidade, com o objetivo de incentivar a criança/adolescente obesa a desenvolver hábito alimentar correto para redução equilibrada de peso.

Com isto, podemos afirmar que o nutricionista tem um papel fundamental na prevenção da obesidade infantil, no sentido de informar e encorajar as crianças, os pais e o ambiente escolar para a promoção de hábitos alimentares e estilos de vida saudável, e deste modo prevenir a obesidade infantil.

É importante o desenvolvimento de programas de promoção e manutenção do controle de peso em crianças e adolescentes que devem contribuir para pequenas mudanças sucessivas ao nível da alimentação e atividade física diárias, conducentes à

aquisição de um estilo de vida mais saudável. Um dos problemas atuais é o fato de a dieta mediterrânea ter caído no desuso.

Entre as medidas de prevenção incluem-se não apenas a sensibilização dos alunos nas escolas, mas a chave reside também na intervenção junto das cantinas. Algumas já começam a adotar práticas mais saudáveis de fornecimento alimentar aos alunos. A verdade é que continuam a existir, na maior parte dos casos, tentações nos bares, nas máquinas de venda automática e pouca imaginação na oferta alimentar das cantinas e *buffets*.

O café no outro lado da rua é, muitas vezes, a opção mais lógica. Mas nem sempre a mais correta do ponto de vista da saúde. Nem tudo deve entrar nas escolas e os fornecedores de alimentação deve ser alvo de um controle mais eficaz. Paralelamente, a aprendizagem da alimentação saudável também deve ser incluída no currículo escolar, através dos projetos desenvolvidos pela comunidade educativa.

É importante que a obesidade infantil seja encarada como um grave problema da atualidade e que sejam divulgados os comportamentos preventivos a desenvolver para evitar o risco de obesidade e todas as conseqüências que deste problema advém, sensibilizando não apenas as crianças e os jovens, mas também os pais para a importância da educação e estilo de vida saudável.

As crianças são grandes consumidoras de achocolatados, balas e biscoitos recheados, quanto antes tiverem acesso a esse tipo de produto mais cedo passam a rejeitar o arroz, o feijão, as verduras e as frutas. Portanto, na primeira infância é necessário que a criança seja estimulada a consumir alimentos saudáveis, contando sempre com a contribuição da família, escola, sociedade e o reforço importante da mídia.

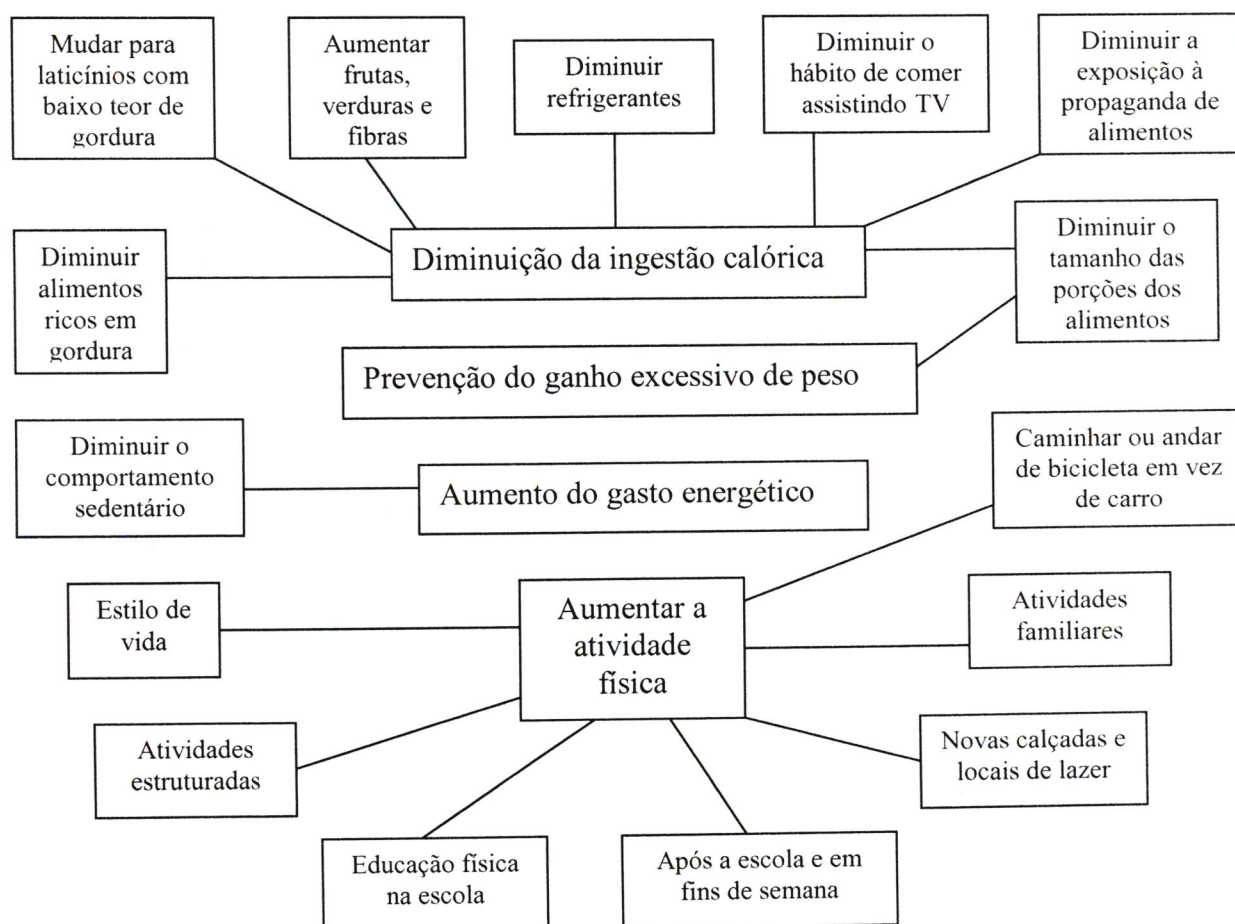
Alguns Estados estão proibindo a comercialização no ambiente escolar de alimentos como balas e outras guloseimas, refrigerantes, alimentos industrializados e frituras em geral. É uma iniciativa pela promoção da alimentação saudável nas escolas que vem sendo disseminada por todo o País. Existem programas de promoção da alimentação saudável, e o material é direcionado para a prevenção de doenças e orienta o trabalho dos profissionais de saúde nos estados e municípios. O que se come

e se bebe ainda é, em grande parte, uma questão familiar e social. Existe uma grande influência familiar e cultural quanto às escolhas e os hábitos dos indivíduos.

É na infância que começa a prevenção da osteoporose com o aumento da retenção de cálcio e da densidade óssea durante o crescimento. Também é na infância e adolescência que essa prevenção torna-se mais eficiente, quando os ossos estão em crescimento e mais sensíveis aos fatores ambientais, como a dieta e atividade física (LEONARD e ZEMEL, apud MAHAN e ESCOTT-STUMP 2005).

Uma medida preventiva importante para controle da ingestão de sal é solicitar às indústrias que diminuam a quantidade de sal dos alimentos, e que uma melhor rotulagem, ajudaria os pais a escolherem uma alimentação mais saudável para suas famílias. Reduções de 10% a 20% da quantidade de sal são imperceptíveis ao paladar humano. As crianças necessitam de apoio para selecionarem alimentos saudáveis e evitarem a obesidade podendo acarretar problemas de hipertensão futuramente.

Na figura 1, os principais alvos para prevenção da obesidade infantil e adolescente:



Fonte: Mello et al. (2004)

Em suma, a prevenção da obesidade deve começar cedo, com o desenvolvimento de hábitos alimentares saudáveis, exercícios físicos, incentivo as crianças e adolescentes a reduzirem o consumo de refrigerantes e sucos não cítricos e a aumentarem a ingesta de alimentos ricos em cálcio, e uma relação positiva entre pais e filhos. Os profissionais de saúde devem incentivar consultas freqüentes para crianças que estejam acima do peso ou obesas e incorporar uma história alimentar e aconselhamento em cada encontro.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como foi visto, nos últimos anos, a obesidade tem aumentado em todas as faixas etárias em várias partes do mundo; nosso país não ficou imune a esta incidência (DAMIANI, 2002). Os estudos analisados demonstraram o aumento acentuado da obesidade infantil nos países em desenvolvimento, a um nível similar a dos países desenvolvidos.

Assim sendo, o interesse na prevenção da obesidade infantil se justifica pelo aumento de sua prevalência, com possibilidade de permanência na idade adulta, bem como por constituir-se em importante fator de risco para diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, dislipidemia, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e outros. (LEÃO et al., 2003)

As principais estratégias para controlar a obesidade são: a prevenção e o diagnóstico²² precoce. Uma mudança nos hábitos alimentares e no grau de atividade física deve ser o objetivo mais importante nesse controle (BURROWS, 2000). É importante:

- Manter o leite materno exclusivo ao menos até os 04 meses, já que a criança alimentada no peito melhor a quantidade de sua ingesta;
- Não forçar a criança a ingerir alimentos sólidos antes dos 05 meses, pois condiciona à obesidade desde o 1º ano de vida;
- Planejar as compras do supermercado com base em uma dieta saudável para toda a família. É bom não exagerar nos alimentos prontos, como biscoitos, doces e salgadinhos;
- Levar a criança para atividade de lazer longe das lanchonetes.

A orientação nutricional é essencial no tratamento da criança obesa, pois usa a reformulação permanente do hábito alimentar, a fim de evitar possíveis consequências com a permanência da obesidade, na idade adulta (DAMIANI, CARVALHO & OLIVEIRA, 2000).

²² Avaliação e identificação de uma determinada doença, através de seus sintomas clínicos e de exames específicos. In : Enfermagem: dicionário de termos. São Paulo: Editora Escolar, 2006.

Uma diminuição do número de horas dedicadas a TV, com substituição por jogos recreativos, e a possibilidade de ir andando ao colégio podem ter um impacto muito importante no gasto calórico (BURROWS, 2000).

Dessa forma torna-se necessária a modificação do comportamento das crianças, facilitando sua adesão ao tratamento e a alteração de seus hábitos alimentares inadequados (FISBERG, 2000). Assim, a maior defesa contra o desenvolvimento da obesidade infantil é sem dúvida a sua prevenção ou o seu diagnóstico e tratamento precoces.

Não existem dificuldades para saber o que é necessário para emagrecer após algum tempo de prática. Querer, dever e poder emagrecer são questões imensamente mais complexas e exigem grande investimento emocional, intelectual e físico.

Nada mais justo, portanto, do que a preocupação do mundo atual em corrigir a obesidade. E vale notar que o obeso, de um modo geral, não aceita a sua sobrecarga de peso como uma doença. Os pais devem reconhecer a necessidade de um esclarecimento sobre as conseqüências da obesidade infantil, procurando ajudar a equipe multiprofissional na localização das causas para combatê-la.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, A. K. L. **Obesidade na infância: a hora de alertar.** Disponível em: <<http://www.epub.org.br/ntriweb/obesidade.htm>,2002>. Acesso em: 17/08/2007

AMARAL, C. F. S., et al. **Enciclopédia da Saúde: Obesidade e outros Distúrbios Alimentares.** Vol. 2 - Rio de Janeiro; Medsi, 2001.

BALLONE, G. J. **Tratamento da obesidade.** Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/trats/obesitrat.html>,2003>. Acesso em: 20/07/2007

BARROS FILHO, A. A. **Um quebra-cabeça chamado obesidade.** Jornal de pediatria. Rio de Janeiro. 2004.

BURROWS, R. et al. **Características biológicas, familiares y metabólicas de la obesidad infantil y juvenil.** Rev Méd Chil, v.129,n.10, 2001.

BURROWS, R. **Prevención y tratamiento de la obesidad desde la niñez: la estrategia para disminuir las enfermedades crónicas no transmisibles del adulto.** Ver. Méd.Chil, v.128, n.1, 2000

CINTRA, I. P. et al. **Obesidade na Infância e na adolescência.** Revista Nutrição. Nº 50 Setembro/ Outubro, 2001.

COUTINHO, W. et al. **Consenso Latino Americano em Obesidade.** Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/pdf/consenso.pdf>(1998)>. Acesso em: 30/08/2007

CREDÍDIO, E. **Obesidade infantil – Quais os motivos e soluções.** Disponível em: <http://www.planetanatural.com.br/detalhe.asp?codsecao=45&idont=454>,2002. Acesso em: 10/07/2007

DAMIANI, D. et al. **Obesidade – fatores genéticos ou ambientais?** Pediatria Moderna, v.38, n.3, 2002.

DAMIANI, D. et al. **Obesidade na infância – um grande desafio!** Pediatria Moderna , v.36, n.8, 2000.

FISBERG, M. **Obesidade na infância e na adolescência.** Revista Ciência Hoje, v.28, n.164, set. 2000.

FRARE, J. L. **A obesidade avança no Brasil.** Jornal da Cassi. Brasília; Julho/Agosto, 2006.

GEOVANINI, T.; ALMEIDA, M. F. P. V. **Enfermagem: dicionário de termos**. São Paulo: Editora Escolar, 2006.

GIUGLIANO, R.; CARNEIRO, E. C. **Fatores associados à obesidade em escolares**. Jornal de Pediatria. Rio de Janeiro. 2004.

GUIMARÃES, D. T. **Dicionário de Termos Médicos e de Enfermagem**. 1º edição. São Paulo: Editora Rideel, 2002.

HALPERN, A. **Os mais recentes avanços na prevenção e tratamento da obesidade**. Revista Nutrição. Nº 50 Setembro/ Outubro, 2001.

HOCKENBERRY, M. J. et al. **Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. 7ª edição. Rio de Janeiro. 2006.

JAMES, W.P.T. **Tendências globais da Obesidade Infantil – Consequências a longo prazo**. In: Anais Nestlé – Obesidade na Infância. Vol. 62. São Paulo: Nestlé Nutrição, 2002.

LEAL, C. N.; PAMPANELLI, H. B. **Obesidade – Porque livrar-se desse mal?** Disponível em: <<http://www.abeso.org.br>, 2002>. Acesso em: 05/07/2007

LEÃO, L. S. C. S. et al. **Prevalência de obesidade em escolares de Salvador, Bahia**. Arq Bras Endocrinol Metab, v.47, n.2, 2003.

LIMA, E. M. **Avaliação de fatores de risco associados com elevação da pressão arterial em crianças e adolescentes**. Jornal de Pediatria. Rio de Janeiro. 2004

LOTTENBERG, S. A. Obesidade. In: MAGRONI, D. ; CUKIER, C. **Perguntas e respostas em nutrição clínica**. 1ª edição. São Paulo: Roca Ltda, 2001.

MAHAN, L. K.; ESCOTT-STUMP, S. Krause – **Alimentos, Nutrição e Dietoterapia**. 11ª edição. São Paulo: Roca, 2005.

MELLO et al. **Obesidade infantil: como podemos ser eficazes?** Jornal de Pediatria. Artigo de revisão. Rio de Janeiro. 2004.

NETO, L. **Um instrumento de suporte ao combate à obesidade infantil**. Disponível em:< <http://www.crbm1.com.br/bio47/rev13.asp>,2002>. Acesso em: 05/07/2007

OBESIDADE Infantil. Disponível em: <[http://www.saudebrasilnet.com.br / documentarios/obesidadeinfantil.asp](http://www.saudebrasilnet.com.br/documentarios/obesidadeinfantil.asp),2002 >. Acesso em: 30/07/2007

POUCO sono na infância pode levar à obesidade. Disponível em: <[http://www.agencia.fapesp.br/boletim_dentro.php?data\[id_materia_boletim\]=8475](http://www.agencia.fapesp.br/boletim_dentro.php?data[id_materia_boletim]=8475)> Acesso em: 01/03/2008

SAL estimula obesidade em crianças. Disponível em: http://www.bbc.co.uk/portuguese/reporterbbc/story/2008/02/080221_saldieta. Acesso em: 25/02/2008

SENISE, N. **Pare de engordar – Obesidade: um problema psicológico.** São Paulo. Distribuidora Record, 1970.

SILVA, C. R. L. et al. **Compacto Dicionário Ilustrado de Saúde.** São Caetano do Sul, SP; Yendis, 2005.

SOARES, L. D.; PETROSKI, E. L. **Prevalência, fatores etiológicos e tratamento da obesidade infantil. Revista Brasileira de Cineantropometria e Desenvolvimento Humano.** Artigo de Revisão. 2003.

TEIXEIRA, A. R.; ALBUQUERQUE, M. A. F. **Atividade física na prevenção e combate à obesidade infantil.** Disponível em: <<http://ceme.eefde.ufrj.br/monobacef/mono054.htm>, 2000>. Acesso em: 26/07/2007

UKKOLA, O. ; BOUCHARD, C. **Fatores genéticos e obesidade infantil.** In: Anais Nestlé – Obesidade na Infância. Vol. 62. São Paulo: Nestlé Nutrição, 2002.

WHALEY, L. F. & WONG, D. L. **Enfermagem Pediátrica – elementos essenciais à intervenção efetiva.** 2ª edição. Guanabara, 1998.