

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

OBESIDADE INFANTIL – ABORDAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Juliana Porto Penna Drummond

GOVERNADOR VALADARES/MINAS GERAIS

2012

Juliana Porto Penna Drummond

OBESIDADE INFANTIL – ABORDAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

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

Orientador: Prof^ª.Sirley Alves Silva Carvalho

GOVERNADOR VALADARES/MINAS GERAIS

2012

Juliana Porto Penna Drummond

OBESIDADE INFANTIL – ABORDAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

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

Orientador: Prof^ª.Sirley Alves Silva Carvalho

Banca Examinadora

Prof^ª. Sirley Alves Silva Carvalho – Orientadora

Prof^ª. Stela Maris Aguiar Lemos – Examinadora

Aprovada em Belo Horizonte, 26 de maio de 2012

A Deus que me manteve firme até aqui.

A meu esposo Fabrício, o qual me apoiou e acreditou nesta realização.

Ao meu pequeno milagre, João Lucas, que me incentiva com seu sorriso.

Aos meus familiares que sempre me ajudaram.

Agradeço primeiramente a Deus, que com sua bondade e misericórdia me auxiliou nesta jornada: a Ele toda glória e louvor! Ao meu carinhoso esposo Fabrício, que sempre esteve ao meu lado. Aos meus pais e ao pequeno João Lucas, que em tudo me ajudaram. Aos meus irmãos, que sempre confiaram em mim. Aos amigos pela força.

*“Alguns confiam em carros
Outros em sua própria força até
Mas eu ainda prefiro confiar em Ti
Tu és a rocha dos séculos
Ninguém jamais pode te destruir
E não há maneiras de se negar
E tentar impedir o que eu sinto por Ti*

*Porque eu amo a Tua lei
Teus mandamentos trazem vida a mim
Posso triste ficar
Pode enfraquecer minha luz
Mas tenho vida em Ti Jesus*

*Os teus caminhos são vida
Gosto de nos teus decretos pensar
Ao céu faz meu espírito transportar
Enquanto caiei meus pecados
De dor minha alma desfaleceu
Mas logo a Ti confessar
Uma porta se abriu
Tua glória surgiu.”*

MARTIN LUTERO

Resumo

O presente trabalho estuda um sério problema de saúde, a obesidade infantil. Tal fenômeno vem crescendo mundialmente de forma avassaladora, já sendo interpretado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma epidemia de nosso tempo. Diante desta problemática, tivemos como objetivo geral realizar uma revisão da literatura referente a este fenômeno em face da atenção primária. Abordamos os conceitos gerais da obesidade, suas complicações e efetuamos um trabalho de revisão bibliográfica demonstrando a obesidade infantil no mundo, no Brasil, além do papel do enfermeiro para a prevenção da obesidade infantil e promoção da saúde no cotidiano da atenção básica. No desenvolvimento do trabalho foi enfatizada a importância do enfermeiro como incentivador de atitudes que combatam o sedentarismo, bastando apenas induzir mudanças nos hábitos de seus clientes; o papel do núcleo familiar na função desafiadora de quebrar o ambiente propício à obesidade pela rotina de má alimentação e sedentarismo; a necessidade de se estimular as práticas saudáveis e de baixo custo e o incentivo de modelo as família pelo enfermeiro. Na prática, os enfermeiros que trabalham no Programa Saúde da Família, por manterem um contato cotidiano com a comunidade, devem se tornar disseminadores das práticas de educação e promoção da saúde.

Palavras-Chave: Obesidade. Criança. Atenção Primária à Saúde.

Abstract

The present work studies a serious problem of health: the infant obesity. This phenomenon comes world-wide growing of overwhelming form, already being interpreted for the World-wide Organization of Health (OMS), as an epidemic of our time. Ahead of this problematic one, we had as objective generality to carry through a particular interpretation this to carry through a revision of referring literature à this phenomenon in face of the primary attention. We approach the concepts of the obesity, its complications general and effect a work of bibliographical revision demonstrating the infantile obesity in the world, in Brazil, beyond the paper of the nurse for the prevention of the infant obesity de and promotion of the health in the day of day the basic attention. The responsible nurse for the Unit for the Basic Unit of Health must be the conductor of small victories, that take the children if to distance of the obesity, time that a set of small victories can have a significant impact in the entire problem (Brazil, 2008). The nurse only must be stimulator of attitudes that fight the sedentariness, being enough to induce changes in the habits of its customers. The familiar nucleus must be defied to break the propitious environment to the obesity for the routine me the feeding and sedentariness. Practical healthful and of low cost they must be stimulated. The example on the part of the family must be stimulated by the nurse. In the practical one, the nurses who work in the PSF, for keeping a daily contact with the community, must become disseminators of practical of education and the promotion of the health.

Keywords: Obesity. Child. Primary Health Care.

Sumário

1 Introdução	10
2 Objetivos	12
3 Metodologia	13
4 Desenvolvimento	14
4.1 Obesidade: panorama geral e aspectos das complicações	14
4.2 Os hábitos de vida: implicações para o desenvolvimento da obesidade	16
4.3 Crescimento e desenvolvimento infantil	17
4.4 Ações preventivas e de promoção à saúde no PSF	19
4.4.1 Buscando pequenas vitórias	19
4.4.2 Trabalhando com a família	19
4.4.3 Trabalhando os hábitos alimentares dos nascituros	20
4.4.4 Trabalhando os hábitos alimentares das crianças	21
4.4.5 Lutando contra o sedentarismo	23
5 Considerações Finais	25
Referências	27

1 Introdução

A obesidade não é uma manifestação hodierna. Os registros históricos narram a ocorrência deste fenômeno há mais de 25.000 anos atrás, remontando a época paleolítica ou idade da pedra lascada. Neste período os homens eram nômades e viviam se deslocando de um lugar para outro atrás de alimentos, pois ainda não tinham domínio da agricultura ou da pecuária (MAIA, 1999).

Na pré-história a luta pela obtenção de suprimentos e a necessidade de movimentação geográfica do homem, a fim de encontrar condições que permitissem a sobrevivência em situações extremas, exigia de nossos antepassados a capacidade de estocar energia e de obter proteção térmica. Neste sentido é natural que houvesse em seu organismo mecanismos que facilitassem a obtenção desta reserva e desta proteção térmica. O resultado final era a produção de gordura, que era rapidamente metabolizada para prover as grandes queimas calóricas diárias. Esta capacidade de armazenar gordura - essencial no passado - tornou-se prejudicial devido aos padrões de vida de nosso tempo, baseado na grande oferta de alimentos ricos em gorduras e o sedentarismo (GRACIANA, 2011).

Historicamente, tal fenômeno também está ligado ao desenvolvimento da agricultura no Egito e na Mesopotâmia, e por consequência do surgimento dos primeiros centros urbanos, por volta de três mil anos antes de Cristo. Com tal desenvolvimento, foi possível a estocagem do acúmulo dos excedentes produzidos na atividade agrícola (MUTO, 2009).

A obesidade nem sempre foi vista como doença. Em algumas sociedades no decorrer da história humana a obesidade chegou a ser considerada como um sinal de saúde sendo relacionada à fertilidade e a beleza. O primeiro registro histórico referente aos riscos da obesidade data de cerca de 500 anos a.C., na ocasião o médico grego Hipócrates alertava através de um manuscrito antigo, sobre os perigos que a obesidade oferecia para a saúde. Ele afirmava que a morte súbita ocorria com mais frequência em indivíduos gordos do que naqueles magros (GRACIANA, 2011).

Porém, a prevalência da obesidade nunca atingiu proporções como as vividas em nossos dias. Uma das principais características da população nas últimas décadas tem sido o processo de intensas mudanças na sua composição demográfica, com aumento na expectativa de vida. Nosso país acompanha essa tendência natural, tendo como principais características a diminuição dos óbitos devido a causas infecciosas, a queda da fertilidade e o aumento da expectativa de vida. Daí surgem implicações no que se refere ao agravamento de doenças não transmissíveis, sendo a obesidade um dos fatores de maior risco para o adoecimento. A

prevenção e o diagnóstico precoce da obesidade são importantes aspectos para a promoção da saúde, não só por ser um fator de risco para outras enfermidades, mas também por interferir na qualidade de vida do indivíduo, e ainda ter implicações diretas na aceitação social dos indivíduos quando excluídos da estética difundida pela sociedade contemporânea, gerando inclusive o *Bullying*¹ em meio às crianças (BRASIL, 2006, p. 9).

Daí a importância de realizamos uma revisão da literatura sobre o fenômeno obesidade infantil em face da atenção primária, principalmente sobre a ótica do enfermeiro que deve realizar ações de promoção de saúde, orientação de alimentação saudável e prevenção do excesso de peso, realizar ações de vigilância nutricional, além, é claro, de estimular a participação comunitária para ações que visem à melhoria da qualidade de vida, acompanhando as ações dos auxiliares de enfermagem e dos agentes comunitários e realizando consultas de enfermagem, aferindo os dados antropométricos de peso e altura, avaliando os casos de riscos e a necessidade de buscar o apoio especializado do serviço de nutrição, ou mesmo de outros profissionais (BRASIL, 2006, p. 82).

Tal revisão será de grande valia no direcionamento das ações práticas desenvolvidas no combate a obesidade infantil no âmbito da saúde pública, mormente as ações desenvolvidas no âmbito do Programa de Saúde da Família (PSF), tanto por parte dos profissionais de enfermagem quanto por parte dos demais profissionais.

¹Trata-se de uma forma de pressão colocada por um grupo ou indivíduo, em desfavor de outro, cujo objetivo é caçoar, molestar e baixar a estima. Pode se revestir de violência psicológica ou mesmo física.

2 Objetivos

Realizar uma revisão de literatura acerca da obesidade infantil, dos fatores associados, assim como a revisão das diretrizes adotadas na atenção básica para o correto atendimento da obesidade infantil no Programa de Saúde da Família.

3 Metodologia

A metodologia adotada para a elaboração do presente trabalho teve como principal finalidade obter o máximo de informações possíveis sobre a obesidade infantil e suas implicações, sendo a pesquisa bibliográfica e análise de evidências científicas o método utilizado para esta tarefa. A revisão sistemática foi realizada em livros e em sites especializados, possuidores de bases de dados específicas: SciELO, LILACS, BVS, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da UFMG (NESCON), documentos do Ministério da Saúde, Organização Mundial de Saúde, além de estudos já produzidos por outros autores em livros e periódicos, tomando-se por base a literatura produzida a respeito do tema em língua portuguesa do ano de 1988 até os dias atuais, sendo realizada análise qualitativa dos dados obtidos.

Os descritores foram localizados na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Descritores em Ciências da Saúde (DECS): Obesidade, Atenção Primária à Saúde e Criança. Foi com base nas idéias apresentadas pelos autores em cada artigo ou literatura que obtivemos o resultado da pesquisa. Após leitura e escolha do material o conteúdo foi organizado por núcleos específicos: desenvolvimento; obesidade: panorama geral e aspectos das complicações; os hábitos de vida: implicações para o desenvolvimento da obesidade; crescimento e desenvolvimento infantil; ações preventivas e de promoção à saúde no PSF; buscando pequenas vitórias; trabalhando com a família; trabalhando os hábitos alimentares dos nascituros; trabalhando os hábitos alimentares das crianças e lutando contra o sedentarismo.

4 Desenvolvimento

4.1 Obesidade: panorama geral e aspectos das complicações

A obesidade é uma enfermidade caracterizada notadamente pelo acúmulo excessivo de gordura corporal em um nível que compromete a saúde dos indivíduos, acarretando alto risco para complicações de saúde tais como: doenças cardiovasculares, diabetes e dificuldades respiratórias (SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. 2002).

A obesidade pode também ser definida como o resultado de ingerir mais energia que a necessária para manutenção de uma vida saudável. Trata-se, portanto, de uma doença crônica que se acompanha de múltiplas complicações e como já dito, caracterizada pela acumulação excessiva de gordura em uma magnitude tal que compromete a saúde. Pode-se ainda dizer, que este mal é gerado pela interação entre fatores genéticos, culturais e familiares (COUTINHO, 1999).

Antigamente, nossa nação era assolada pela desnutrição infantil, hoje, com as políticas públicas de inserção social, difundidas pelo Governo nas últimas duas décadas, o problema se inverteu e agora somos assolados pela obesidade infantil. Em nossos dias, a obesidade tem sido considerada a mais importante desordem nutricional nos países do chamado “primeiro mundo”, assim como das nações em desenvolvimento, atingindo aproximadamente 10% da população destas nações. No velho continente, verificou-se na última década um aumento entre 10% a 40% da obesidade na maioria dos países. Nos países situados no Pacífico Oeste como Austrália, Japão e China, também nota-se a elevação das taxas de obesidade, todavia na África e na Ásia, a obesidade é ainda incomum, sendo que sua prevalência é mais elevada nas populações urbanas. Na América, de uma forma geral, este mal vem aumentando. No Brasil, a análise de quatro estudos de base populacional permitiu avaliar a amplitude dos agravos nutricionais mais relevantes na nação, incluindo a obesidade. De acordo com esses levantamentos, a prevalência da desnutrição na população em geral teve um declínio acelerado, enquanto o sobrepeso e a obesidade aumentaram na população brasileira, principalmente entre os adultos (WANDERLEY & FERREIRA, 2010).

A prevenção a este mal deve ser empreendida não só por ser um fator de risco para outras enfermidades, mas também por interferir na qualidade de vida do indivíduo, e ter

implicações diretas na aceitação social do obeso, normalmente excluído do padrão estético difundido pela sociedade contemporânea (BRASIL, 2006, p. 9).

A obesidade é um dos fatores de risco mais importantes para outras doenças não transmissíveis, com enfoque especial para as doenças cardiovasculares e o diabetes. O excesso de peso está claramente associado com o aumento da morbidade e mortalidade. Pessoas obesas morrem mais de doenças do aparelho circulatório do que pessoas que estão em seu peso adequado. Notou-se que o diabetes mellitus e a hipertensão ocorrem 2,9 vezes mais frequente em indivíduos obesos do que naqueles com peso normal e 1,5 vezes mais propensão a apresentar níveis sanguíneos elevados de triglicerídeos e colesterol (WAITZBERG, 2000).

A história de excesso de peso pode contribuir para variações nos riscos à saúde. A combinação do índice de massa corporal (IMC) com outros fatores, como tabagismo, hipertensão, dislipidemia, diabetes mellitus, pode levar a riscos diferentes de adoecer. Igualmente, o excesso de peso resultante da combinação do baixo consumo de legumes, frutas e verduras, e o consumo excessivo de açúcares, álcool e gorduras saturadas, associada à ausência atividade física pode acelerar o aparecimento de doenças em virtude da pré-disposição genética (FRANCISCHI, 2000).

Conforme ensina Escrivão *et al* (2001), em publicação da Sociedade Brasileira de Pediatria, temos variadas complicações trazidas pela obesidade, sendo necessário comentarmos uma a uma:

- Diabetes mellitus tipo II: é uma das doenças crônicas que está associada à obesidade. Este mal é comum em adultos obesos, sendo raro seu aparecimento em crianças e adolescentes.

- Alterações da pele: aparecimento de estrias, a fragilidade da pele nas regiões das dobras, com tendência às infecções fúngicas são as alterações dermatológicas mais encontradas no indivíduo obeso.

- Distúrbios psicossociais: provocados pelo estigma da obesidade não podem ser ignorados, constituindo um importante fator associado a este mal.

- Hiperinsulinemia: é uma das alterações metabólicas encontradas no indivíduo obeso, correlacionando-se com a porcentagem de gordura corpórea. A resistência à insulina denota ser devida às alterações de seus receptores nos tecidos periféricos.

- Aterosclerose: também está associada à obesidade e pode iniciar-se na infância e os níveis elevados de colesterol nesta fase têm papel importante no estabelecimento da aterosclerose do adulto. Estudos demonstraram associação entre obesidade e aumento dos

níveis de colesterol total e LDL colesterol com maior risco para o desenvolvimento de doença aterosclerótica e baixos níveis de HDL colesterol, aumentando ainda mais este risco por tratar-se da fração antiaterogênica.

- Hipertensão: disposição corpórea do tecido adiposo, mormente a gordura centralizada, mais na região do tronco, está associada ao maior risco para doenças cardiovasculares, hipertensão arterial e diabetes.

- Complicações de ordem ortopédicas: são freqüentes em associação com obesidade, devido ao atrito provocado nas articulações pelo peso excedente. As articulações dos joelhos normalmente são as mais prejudicadas neste processo.

- Alterações da função pulmonar: são verificadas em obesos a diminuição do volume residual e do volume expiratório máximo e tendência para redução geral do volume pulmonar (ESCRIVÃO *et al*, 2001).

4.2 Os hábitos de vida: implicações para o desenvolvimento da obesidade

Nas últimas décadas estão ocorrendo mudanças marcantes nos hábitos de lazer e alimentação da maioria da população mundial, especialmente nos países desenvolvidos e naqueles em desenvolvimento, como no caso do Brasil. Em nosso país existiam em 1989 cerca de um milhão e meio de crianças obesas. As prevalências da obesidade nas regiões Sul (7,2%) e Sudeste (6,2%) eram mais do que o dobro da observada na região Nordeste (2,5%), ficando as regiões Norte e Centro-Oeste em situação intermediária. Pela leitura, verifica-se que a obesidade é mais recorrente nas regiões mais desenvolvidas da nação, por consequência da introdução de hábitos urbanos de vida. Nota-se que a região Nordeste está vivendo fase anterior da transição nutricional, com o aumento do acesso a alimentos industrializados. Tal fato associado à falta de informação nutricional adequada redundará em erros alimentares, como o consumo imoderado de alimentos ricos em sal e gorduras que agravará a situação (ESCRIVÃO *et al*, 2001).

Conforme ensina o professor Rech *et al* (2007), a obesidade infantil tornou-se uma epidemia de nível internacional nas últimas décadas. Estudos sobre o assunto são necessários em regiões diferentes devido à natural diversidade nos hábitos de vida das pessoas. A prevenção desta doença deve ter constante atenção por parte dos governos, vez que a obesidade infantil traz problemas para a criança e também para o futuro adulto.

Outro ponto importante a ser observado, é a comodidade trazida pelo avanço tecnológico. A televisão também auxilia no avanço da obesidade, em um primeiro momento encorajando a inatividade física e em um segundo momento através da difusão de mídias nocivas à qualidade de vida. As crianças (em idade escolar) assistem TV em média de mais de 23 horas semanais. A maioria dos comerciais veiculados na mídia é de alimentos, sendo direcionados ao público infantil. Ressalta-se que as crianças em idade pré-escolar normalmente não são capazes de distinguir os ataques comerciais da programação regular (MAHAN; STUMP, 1998). O computador e a internet, por roubarem o tempo dos pequenos também devem ser incluídos neste contexto.

Conforme ensinou Zaché *et al* (2003), em matéria jornalística veiculada na Revista Isto É: o planeta está engordando. Organização Mundial da Saúde (OMS) classificou o problema da obesidade como uma epidemia. Abaixo vemos outra importante reflexão sobre o assunto:

“[...] Na contemporaneidade, convivemos constantemente com paradoxos que, por sua vez, expressam bem a pós-modernidade, com a nuance da co-existência dos contraditórios, e da harmonia conflitual, em muitos momentos. Assim, em nossa sociedade convivemos com avanços tecnológicos, a opulência e, ao mesmo tempo, com a fome e a miséria como realidade mundial. É o entrelaçamento do arcaico e do high-tech, com sua tecnosocialidade, envolvendo-nos no nosso dia-dia. Enquanto milhares de crianças morrem todo dia por não terem o que comer, por outro lado, o abuso alimentar e a vida sedentária também já estão no ranking das causas de mortalidade. É o fenômeno da transição nutricional, que sobrecarrega nosso sistema de saúde com uma demanda crescente de atendimento a doenças crônicas relacionadas com a obesidade, como o diabetes tipo 2[...].”

“[...]Em 1995, o prato das crianças brasileiras era essencialmente composto de feijão, arroz, carne e salada. A porcentagem de crianças obesas na população brasileira infantil era de 4%. Em 2005, tomaram espaço à batata frita e as grandes porções de carne gordurosa, como hambúrgueres. Com isso, a alimentação ganhou um excesso de gorduras saturadas e de proteínas, o que eleva as taxas de colesterol. [...]” (GASTALDON, MARTINS, POLTRONIÉRI, 2007, p. 13).

Vivemos hoje, em uma sociedade que valoriza o rápido, o *fastfood* virou moda, inclusive entre as crianças que quase sempre não hesitam em trocar uma fruta por um engordurado pastel.

4.3 Crescimento e desenvolvimento infantil

Em nossa vida, passamos por um processo evolutivo que se inicia na concepção e para alguns, se finda com a morte. Conforme ensina Marcondes (1988) o crescimento significa o aumento físico do corpo humano, e pode ser aferido através de medidas. Já o

desenvolvimento trata-se do aumento da capacidade do indivíduo na realização de funções cada vez mais complexas, sendo que tanto um quanto o outro são diretamente influenciados por um conjunto de fatores intrínsecos e extrínsecos.

Logo abaixo estão as principais características do período de crescimento e desenvolvimento das crianças entre 0 e 6 anos de idade, divididas em faixas etárias:

- Lactentes (0 a 2 anos): trata-se do período onde ocorre rápido desenvolvimento das funções motoras, cognitiva e social. Quanto ao desenvolvimento cognitivo, as crianças precisam desenvolver as potencialidades herdadas através de interações com o ambiente, visando seu crescimento intelectual. Através do processamento das informações recebidas, começam a compreender as relações entre os objetos e entre elas próprias. A inteligência das crianças é inicialmente prática, com elaboração de esquemas mentais que consistem na memorização de seus brinquedos, desta feita, seu pensamento se estrutura a partir da repetição frequente. Desenvolvem-se ainda os instintos de confiança e os princípios fundamentais para o estabelecimento das relações interpessoais. A motricidade fina, a última etapa a ser desenvolvida com relação ao controle neuro-motor, que se faz no sentido céfalo-caudal e do tronco para os dedos. Entre os 10 e 18 meses a criança é capaz de sentar-se, engatinhar e caminhar sozinha.

- Primeira infância ou fase Pré-Escolar (2 a 6 anos): trata-se do momento de maior desenvolvimento físico e da personalidade. Nesta ocasião adquirem linguagem e as relações sociais são desenvolvidas. Começam a ter consciência própria e a agir por elas mesmas, não apenas orientadas pelas pessoas que os cercam. Já no educandário, as interações sociais aumentam, surgem atitudes como a comparação e a autoafirmação. Iniciam-se os famosos “porquês”. Durante a infância, o ganho de peso é rápido e importante, todavia, medidas de peso isoladas não dizem muito, porém sua mensuração rotineira nos permite construir uma curva de peso, essencial para avaliação da criança. Até os primeiros seis meses ocorre maior acúmulo de gordura, após esse período a acumulação diminui (WONG, 1989; STEFANE, 1995 *apud* GASTALDON, MARTINS, POLTRONIÉRI, 2007, p. 21).

É na infância que a criança aprende, principalmente com sua família, as crenças, valores, costumes e hábitos – inclusive alimentares – que levará por toda vida. Daí a importância das famílias com relação ao problema da obesidade.

4.4 Ações preventivas e de promoção à saúde no PSF

4.4.1 Buscando pequenas vitórias

O ser humano costuma procurar problemas que são vistos em grande escala, definindo-os de forma que ficam quase impossíveis de serem vencidos. Entendendo tal conceito, a Secretaria Nacional de Segurança Pública trouxe a tona um conceito de “pequenas vitórias”, que se aplica ao campo da segurança pública e salienta que, embora uma pequena vitória possa não ser importante, um conjunto de pequenas vitórias pode ter um impacto significativo no todo do problema. Tal conceito se emprega totalmente ao nosso estudo, vez que pequenas vitórias contra obesidade infantil terão um impacto significativo se analisadas em conjunto (BRASIL, 2008).

O enfermeiro responsável pela Unidade Básica de Saúde deve ser o condutor destas pequenas vitórias, vez que cuidar é mais que um simples ato: é uma atitude. Portanto, abrange mais que o momento de atenção, representa uma atitude de ocupação, de preocupação, responsabilidade e envolvimento com o outro (COFEN, 2007).

4.4.2 Trabalhando com a família

O Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos, adotado na Assembléia Geral das Nações Unidas, em 16/12/1966 e ratificado por nosso país em 24/01/1992, aduz que toda criança terá direito, sem discriminação alguma, às medidas de proteção que a sua condição de menor requer por parte de sua família, da sociedade e do Estado (ONU, 1966).

Como já afirmado, é na infância que a criança aprende, principalmente com sua família, as crenças, valores, costumes, daí a importância de se trabalhar os hábitos familiares saudáveis, que certamente redundarão em um ataque eficaz ao problema da obesidade infantil. Neste diapasão, o núcleo familiar é de grande importância na construção dos hábitos e do processo de vida das crianças, que vão agir em concordância com os significados que lhes são transmitidos (GASTALDON, MARTINS, POLTRONIÉRI, 2007).

O núcleo familiar deve ser desafiado à quebra o ambiente propício à obesidade pela rotina de má alimentação e sedentarismo. Práticas saudáveis e de baixo custo devem ser

estimuladas. Uma das alternativas é a inserção de frutas e verduras na alimentação de toda a família, incentivando a criança a manter uma alimentação saudável. A inserção de práticas esportivas como uma caminhada em família também não pode ser desprezada.

“[...]A Enfermagem é profissão, ciência e arte. Esta tem papel fundamental no cuidado às famílias, e para oferecer um cuidado com maior qualidade, precisa ter destreza, sensibilidade e coração. Precisa interagir com as famílias de modo a conhecer seu cotidiano e compartilhar símbolos [...]” (GASTALDON, MARTINS, POLTRONIÉRI, 2007, p. 41).

O enfermeiro deve sempre que possível incentivar tais condutas. O enfermeiro deve ouvir as necessidades dos familiares, lembrando que eles também devem ser cuidados, priorizando uma comunicação no nível de compreensão da família (COFEN, 2007).

4.4.3 Trabalhando os hábitos alimentares dos nascituros

Nossos hábitos alimentares se iniciam logo após o nascimento, através do aleitamento que é um processo natural ao homem.

“[...]A lactação é um processo biológico próprio dos mamíferos e durante a gravidez, as glândulas mamárias preparam-se para lactar através do estrógeno e da progesterona, principalmente. No nascimento do bebê e após a expulsão da placenta, a prolactina é liberada e estimula o reflexo da produção do leite, o que ocorre em todas as puérperas. Quando o bebê suga a mama, estimula as terminações nervosas do mamilo, o que faz liberar a ocitocina. Esse hormônio é responsável pelo reflexo da ejeção do leite, basicamente somato-psíquico, portanto fatores emocionais e ambientais como confiança, desejo, prazer, ansiedade, dor e depressão podem influenciá-lo [...]” (ALVES, C. R. L.; MOULIN, Z. S., 2008, p. 72).

Balaban & Silva *apud* Filho (2004) salientam o efeito protetor do aleitamento materno contra a obesidade na infância, levantando em conta a hipótese de que o leite possui efeito protetor em relação à obesidade, em face dos diversos benefícios que o ato da amamentação traz para a mãe e para a criança.

A amamentação também trás outros benefícios conforme explica Alves & Moulin, em tratado escrito para este Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família:

“[...]As evidências epidemiológicas demonstram os efeitos benéficos do aleitamento materno para a criança, a mãe, a família e mesmo para a sociedade. A dimensão desses benefícios é modificada por diversos fatores, como o socioeconômico, o ambiental e o dietético. Os efeitos positivos do aleitamento materno proporcionam:

redução da mortalidade infantil, principalmente por diarreia e por infecções respiratórias. Lactentes menores, exclusivamente amamentados, que residem em locais de pobreza, sem acesso à água potável e que recebem alimentos de má qualidade são os que mais se beneficiam; redução do número de internações hospitalares. O aleitamento materno, além de proteger, também diminui a incidência e a gravidade das doenças. Nos prematuros nos quais a imaturidade imunológica é maior, essa função é essencial, especialmente contra a enterocolite necrosante; redução de manifestações alérgicas, especialmente durante a amamentação exclusiva; redução da incidência de doenças crônicas, tais como aterosclerose, hipertensão arterial, diabetes, doença de Crohn, colite ulcerativa, doença celíaca, doenças autoimunes e linfoma; melhora do desenvolvimento neuro-psicomotor, especialmente nos prematuros, tendo uma relação direta com o tempo de amamentação; proteção à nutriz contra o câncer de mama pré-menopausa e de ovário em qualquer idade. Na amamentação exclusiva ocorre o rápido retorno ao peso pré-gestacional e há um efeito contraceptivo, principalmente na que se mantém amenorreica; promoção do vínculo afetivo mãe-filho; proteção contra problemas de oclusão dentária, síndrome do respirador bucal e distúrbios dos órgãos fonarticulatórios; economia familiar, pois a alimentação artificial é onerosa para a maioria da população; benefício para a sociedade como um todo, pois a criança, ao adoecer menos, reduz o número de falta dos pais ao trabalho, necessita de menos atendimento médico, medicações e hospitalizações e se torna mais saudável nos aspectos psíquico e social [...]” (ALVES, C. R. L.; MOULIN, Z. S, 2008, p. 75-76).

O enfermeiro deve ser o indutor deste processo, acompanhando de perto os nascituros de sua área de abrangência, incentivando as mães a vencer o desafio da amamentação, principalmente quebrando paradigmas antigos, muitas vezes impostos pelas avós e vizinhos (ALVES, C. R. L.; MOULIN, Z. S, 2008).

4.4.4 Trabalhando os hábitos alimentares das crianças

O PSF caracteriza-se como uma estratégia de saúde pública que possibilita a integração e promove a organização das atividades de atenção à saúde em uma determinada área territorial de abrangência, na tentativa de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados, como a obesidade infantil. A proposta é a de se trabalhar com o princípio da vigilância à saúde, apresentando uma característica de intervenção inter e multidisciplinar, atuando de maneira preventiva sobre os problemas de saúde da população de sua área. Tais medidas devem ser adotadas inclusive em relação à criação de hábitos de vida saudáveis, como uma alimentação balanceada e o banimento do sedentarismo (BRASIL, 1997).

A partir dos seis meses de idade a criança necessita de complementação alimentar, vez que o leite materno não mais supre suas necessidades nutricionais. Os alimentos complementares devem ser preparados para a criança pequena até que ela possa receber os alimentos consumidos pela família, em torno dos nove meses. Os alimentos da família são

aqueles do hábito familiar, todavia alterados em sua consistência para adequar à maturação da criança. Inicialmente devem ser oferecidos em forma de papa, passando para pequenos pedaços e, após os doze meses, na mesma consistência dos alimentos consumidos pela família (ALVES, C. R. L.; MOULIN, Z. S, 2008). O enfermeiro deve sugerir à família a adoção de uma dieta saudável, que certamente contribuirá para vencer a obesidade infantil.

É necessária a adaptação da Pirâmide Alimentar com a finalidade de promover orientação nutricional e hábitos alimentares saudáveis para crianças de dois a três anos de idade. A pirâmide adaptada foi baseada em dieta padrão (1300 quilocalorias) com seis refeições, calculadas de acordo com o recomendado para a idade. Os alimentos foram organizados em oito grupos: arroz, pão, massa, batata, mandioca (5 porções), verduras e legumes (3 porções), frutas (3 porções), carnes e ovos (2 porções), leite, queijo e iogurte (3 porções), feijões (1 porção), óleos e gorduras (1 porção) e açúcares e doces (1 porção). Foi avaliado o percentual de distribuição dos macro-nutrientes em relação ao valor energético total, obtendo-se 15% para proteínas, 59% para carboidratos e 26% para lipídios. Foram calculados ainda os valores para ferro total e ferro bio-disponível. A pirâmide alimentar serve como guia para o planejamento de uma alimentação saudável para crianças, apresentando-se como um instrumento importante para orientação nutricional (CRUZ; COLUCCI; PHILIPPI, 2003).

O enfermeiro deve solicitar às mães que evitam a utilização de corantes e alimentos artificiais assim como incentivar o desuso de refrigerantes e guloseimas, vez que os hábitos alimentares adquiridos nessa fase, normalmente mantêm-se por toda vida (ALVES, C. R. L.; MOULIN, Z. S, 2008).

A pirâmide alimentar descrita abaixo foi elaborada para criança, nela se descreve as porções sugeridas para cada grupo de alimentos.

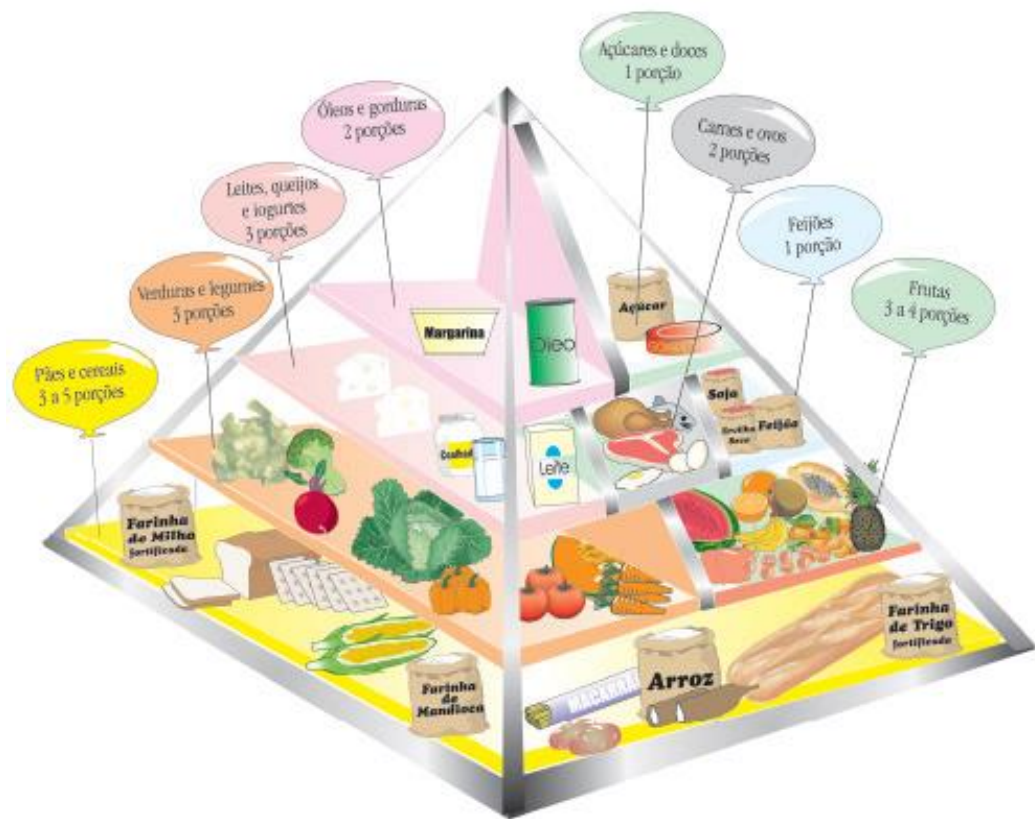


Figura 1 - Pirâmide Alimentar para crianças. Fonte: Alves, & Moulin (2008, p. 91).

Nota-se que alimentos ricos em carboidratos, como as massas, cereais e leguminosas, devem ser inseridos em quantidades maiores nas refeições. Já verduras e legumes são alimentos ricos em vitaminas, minerais e fibras devendo ser oferecidos duas a três vezes ao dia nas refeições; as frutas, pelo menos duas vezes ao dia, também devem fazer parte do cardápio (ALVES, C. R. L.; MOULIN, Z. S, 2008).

4.4.5 Lutando contra o sedentarismo

O Sedentarismo é definido como a ausência de atividade física a ponto de afetar a saúde da pessoa. Daí surge sua relação com a obesidade, vez que o gasto calórico é negativo.

[...]O sedentarismo é definido como a falta ou a grande diminuição da atividade física. Na realidade, o conceito não é associado necessariamente à falta de uma atividade esportiva. Do ponto de vista da Medicina Moderna, o sedentário é o indivíduo que gasta poucas calorias por semana com atividades ocupacionais. Segundo um trabalho realizado com ex-alunos da Universidade de Harvard, o gasto calórico semanal define se o indivíduo é sedentário ou ativo. Para deixar de fazer

parte do grupo dos sedentários o indivíduo precisa gastar no mínimo 2.200 calorias por semana em atividades físicas[...].” (NETO, 2011).

Este mal dos dias atuais vem também assolando as crianças que trocaram as antigas brincadeiras pelo conforto da sala de TV e pelos computadores. Neto (2011) apresenta como solução a este problema o aumento do gasto calórico semanal, simplesmente reagindo aos confortos da vida moderna. Subir os andares de escada ao chegar a casa ou escola, dispensar o interfone e o controle remoto, caminhar até a padaria são alternativas inteligentes que podem iniciar a mudança de hábitos.

Um estilo de vida sedentária não se associa apenas a obesidade, mas a inúmeras outras doenças, trazendo um grande custo econômico a nosso país.

[...]O sedentarismo custou pelo menos R\$ 93,7 milhões aos cofres públicos no Estado de São Paulo no ano de 2002. Com o auxílio do Centro de Controle de Doenças dos EUA, o Celafiscs (Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul) calculou pela primeira vez no país o impacto econômico da falta de atividade física. O valor corresponde a 3,6% do total de gastos em saúde no Estado no ano e a mais da metade do total de gastos hospitalares (R\$ 179,9 milhões) com dez problemas de saúde associados à inatividade. Os gastos com internações por doenças cardiovasculares respondem por 85% do custo do sedentarismo. Os valores proporcionais são semelhantes aos encontrados em outros países, como os EUA, o que mais explora argumento econômico na defesa de políticas públicas na área da saúde. A prática de calcular o custo dos maus hábitos também ganha força no país [...].” (FOLHA,2003).

Desta feita, o enfermeiro deve ser o incentivador de atitudes que combatam o sedentarismo, como já fora mencionado, levando seu cliente a alcançar pequenas vitórias. Verifica-se que a luta contra este mal, do ponto de vista da pessoa, não é necessariamente cara, bastando apenas mudanças nos hábitos. A caminhada é ideal para qualquer idade. Assim, esta atividade deve ser incentivada as crianças, como medida de prevenção a obesidade (LEITE, 1996).

5 Considerações Finais

Como visto, a obesidade tem assolado o mundo. Muito nos preocupa o avanço precoce desta doença que vem acometendo crianças, refletindo-se diretamente nos atendimentos do Programa de Saúde da Família, porta de entrada do usuário ao sistema público de saúde no Brasil.

Com a implementação pelo Governo Federal da Estratégia Saúde da Família, a atenção básica a saúde passou a ser esquematizada de forma diferenciada. O foco passou a ser dado para o trabalho voltado para assistência integral e contínua de todos os indivíduos vinculados à Unidade Básica de Saúde. Nossas crianças não podem ficar de fora deste contexto, sobretudo quando assoladas por um mal como a obesidade infantil.

O enfermeiro responsável pela Unidade Básica de Saúde deve ser o condutor de pequenas vitórias, que levem as crianças a se distanciar da obesidade, vez que um conjunto de pequenas vitórias pode ter um impacto significativo no todo do problema (Brasil, 2008).

O núcleo familiar deve ser desafiado a quebrar o ambiente propício à obesidade pela rotina de má alimentação e sedentarismo. Práticas saudáveis e de baixo custo devem ser estimuladas. Uma das alternativas é a inserção de frutas e verduras na alimentação de toda a família, incentivando a criança a manter uma alimentação saudável. O exemplo por parte da família deve ser incentivado pelo enfermeiro.

O profissional da enfermagem, em face de sua condição de proximidade da população de sua área de abrangência, deve sugerir à família a adoção de uma dieta saudável, que certamente contribuirá para vencer a obesidade infantil. Na prática, os enfermeiros que trabalham no PSF, por manterem um contato cotidiano com a comunidade, se tornam grandes disseminadores das práticas de educação e promoção da saúde.

Assim, o enfermeiro deve ser incentivador de atitudes que combatam o sedentarismo, bastando apenas induzir mudanças nos hábitos de seus clientes, incentivando pequenas ações como dispensar o controle remoto ou caminhar até a padaria da esquina.

Se estas reflexões forem adotadas no cotidiano das crianças, certamente vamos dar início a uma geração mais saudável, livre dos malefícios trazidos pela obesidade infantil, que certamente se reflete na vida adulta do indivíduo. O enfermeiro responsável pela Unidade Básica de Saúde não pode se calar diante desta enfermidade, devendo trabalhar com as

crianças e suas famílias o assunto de nosso tratado sem medo, levando informações sinceras e claras a respeito deste mal.

Referências

ALVES, C. R. L.; MOULIN, Z. S. **Saúde da criança e do adolescente: crescimento, desenvolvimento e alimentação**. Caderno de estudo do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.112p.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica - n.º 12 - Obesidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, p. 9-82.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pratique Saúde contra a Obesidade**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude>>. Acesso em: 10 out. 2011.

BRASIL. **Secretaria Nacional de Segurança Pública. Curso Nacional de Promotor de Polícia Comunitária**. Brasília, **Secretaria Nacional de Segurança Pública**, 2008, p. 143.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução nº. 311**, de 8 de fevereiro de 2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro: COFEN, 2007. Disponível em:<<http://www.portalfcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7221§ionID=34>>. Acesso em: 10 out. 2011.

COUTINHO, W. O Consenso Latino- Americano em Obesidade. **Arq Brás de End e Metab**. V. 43. n. 1, p. 21-67. 1999.

CRUZ, A. T. R; COLUCCI, A. C..A.; PHILIPPI. S. T. **Pirâmide Alimentar para crianças de 2 a 3 anos**. Rev. Nutr; Campinas, jan/ mar, p. 5-11. 2003.

GRACIANA, C. **Obesidade – Entendendo a doença**. Disponível em: <<http://cristocentrado.blogspot.com/2011/02/obesidade-entendendo-doenca.html>>. Acesso em: 10 out. 2011.

Folha de São Paulo OnLine. Sedentarismo custa R\$ 93,7 mi a SP. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/folha/equilibrio/noticias/ult263u2845.shtml>. Acesso em: 10 out. 2011.

FRANCISCHI, R. P. P. et al. Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. **Revista de Nutrição**, v. 13, p. 17-28, 2000.

LEITE, P.F. **Exercício, envelhecimento e promoção de saúde**.Belo Horizonte: HEALTH, 1996.

MAHAN. L. K; STUMP. S. E. Alimentos,Nutrição e Dietoterapia. 9. ed. São Paulo : ROCA, 1998. p. 260 -475.

MAIA, R.*et al*, eds. **Novo Ensino Dinâmico de Pesquisa**.1. ed. São Paulo: Difusão Cultural do Livro, 1999.

MARCONDES, E. **Pediatria Básica**. 7 ed. v. 1. São Paulo: Sarvier. 1988.

MUTO, E. **Exércitos: a gênese da guerra**. Disponível em: <<http://historia.abril.com.br/guerra/exercitos-genese-guerra-434036.shtml>>. Acesso em: 10 ago. 2011.

NETO, T.L.B. **Sedentarismo**. Disponível em: <http://emedix.uol.com.br/doe/mes001_1f_sedentarismo.php>. Acesso em: 10 out. 2011.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos, adotado pela XXI Sessão da Assembleia Geral das Nações Unidas, em 16 de dezembro de 1966**. Disponível em: <<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/direitos/tratado5.htm>>. Acesso em: 10 ago. 2011.

RECH, R. R. et al. Obesidade Infantil: complicações e fatores associados. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*; v. 15, n. 4: p. 47-56, 2007.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Brunner&Suddarth. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 9. ed. Rio de Janeiro, 2002.

WAITZBERG, D.L. **Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2000.

WANDERLEY, E.N.; FERREIRA, V.A. Obesidade: uma perspectiva plural. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n.1: p. 185-194, 2010.

ZACHÉ, J. CASTELLÓN, L., TARANTINO, M. O mundo diz não às tentações. **Isto é**. São Paulo. n. 1765. p. 57-58, jul. 2003