



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA – UniCEUB
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE
CURSO DE NUTRIÇÃO

**A IMPORTÂNCIA DA NUTRIÇÃO COMPORTAMENTAL E ATITUDES
SAUDÁVEIS DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO DA OBESIDADE INFANTIL.**

Évelen Muniz Cavalcanti

Professora Orientadora: Maria Cláudia da Silva

Brasília – 2019



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA – UniCEUB
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE
CURSO DE NUTRIÇÃO

**A IMPORTÂNCIA DA NUTRIÇÃO COMPORTAMENTAL E ATITUDES
SAUDÁVEIS DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO DA OBESIDADE INFANTIL.**

Autora: Évelen Muniz Cavalcanti

Professora Orientadora: Maria Cláudia da Silva

Brasília, 2019

Data de apresentação: 04 de julho de 2019

Local: Centro Universitário de Brasília – UniCEUB. Ginásio, bloco 4.

Membro da banca: _____

1. INTRODUÇÃO

A alimentação é mais que a ingestão de nutrientes, além de uma alimentação saudável e balanceada, devem ser levados em considerações aspectos biológicos, culturais e as questões comportamentais que envolvem o ato de alimentar-se (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

A obesidade infantil vem aumentando de forma significativa nos últimos anos, expondo as crianças a grandes riscos, tais como sociais e psicológicos, além de trazer vários reflexos negativos à saúde na idade adulta. Estudos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística informaram que uma em cada três crianças de cinco a nove anos de idade estavam acima do peso (IBGE, 2009). Caracterizada por um estado inflamatório crônico e um acúmulo excessivo de gordura corporal (PAES; MARINS; ANDREAZZI, 2015), a obesidade infantil apresenta riscos para saúde e contribuiu para o aparecimento de novas patologias, como doença cardiovascular, hiperlipidemias, câncer colorretal, diabetes tipo II, gota e artrite (FREITAS; COELHO; RIBEIRO, 2009). Além de causar doenças psicossociais, como depressão, ansiedade, baixa autoestima, dificuldade de ajustamento social e inúmeros transtornos alimentares.

Essa condição tem vários fatores causais, como: fatores genéticos, ambientais, comportamentais, econômicos, excesso de ingestão alimentar, sedentarismo, relação intrafamiliar complicada, substituição de refeições por lanches. Brincadeiras de rua, como pega-pega, pular corda, esconde-esconde, que exigem um esforço físico e gasto energético alto, deixaram de ser muito praticadas atualmente por conta do aumento da criminalidade e a falta de segurança pública, onde os pais preferem manter os filhos em segurança dentro de casa, onde as brincadeiras mais ativas deram lugar para jogos eletrônicos, tornando as crianças sedentárias, o ingresso das mulheres no mercado de trabalho exigindo praticidade nas refeições, onde comidas preparadas em casa passaram a ser industrializadas para economizar tempo, foram outros aspectos analisados como fatores causais da obesidade infantil. (DORNELLES; ANTON; PIZZINATO, 2014).

A família possui papel fundamental físico, psíquico e moral das crianças, já que são os seus primeiros influenciadores nos hábitos alimentares (WILHELM; LIMA; SCHIRMER, 2007). A maioria das famílias tem dificuldade de reconhecer a questão da obesidade infantil como um problema de saúde a ser tratado, acham que a obesidade é algo normal, muitas vezes

sinônimo de saúde, ou uma questão passageira, que com o crescimento a criança vira a perder peso sozinho (DORNELLES; ANTON; PIZZINATO, 2014).

O tratamento da obesidade infantil vai muito além de restrições alimentares, é preciso ter um olhar mais amplo, saber ouvir e conhecer a criança e seus familiares para entender qual o comportamento e sentimento dela em relação à comida. Cada criança tem uma relação diferente com a alimentação, e os pais são os seus principais influenciadores, serão eles os agentes transformadores, que irão atuar diretamente com a criança, é necessário que haja uma mudança de hábito alimentar dessas famílias, para auxiliar as crianças nesse processo (WILHELM; LIMA; SCHIRMER, 2007).

Dessa forma, o objetivo desse estudo é avaliar a importância do acompanhamento multiprofissional, a compreensão, entendimento e mudanças de hábito dos familiares no tratamento de crianças obesas, visando reverter o quadro de forma saudável, harmoniosa e sem trazer grandes reflexos psicossociais e de saúde para o futuro dessas crianças.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura, com foco na importância da nutrição comportamental e a intervenção saudável da família no tratamento da obesidade infantil. A coleta de dados foi realizada através das plataformas como PubMed, SciELO e Google Acadêmico. Também foram utilizados livros acadêmicos e científicos, sistema de legislação em saúde e legislação em vigilância sanitária como material de pesquisa.

Foram utilizadas as seguintes palavras chaves para auxiliar na busca da pesquisa: “obesidade”, “obesidade infantil”, “consequência da obesidade”, “acompanhamento familiar”, “problemas psicossociais”, “equipe multiprofissional”, “nutrição comportamental”. Foram incluídos estudos de revisão e experimentais, que apresentaram algumas das palavras-chaves em seu título, publicados entre 2001 a 2019.

Como critérios de exclusão foram utilizados os artigos repetidos que estivessem em mais de uma base de dado, idioma inglês ou espanhol, aqueles que não tivessem nenhuma relação com a obesidade infantil em seu título. Foi realizada a leitura detalhada, crítica e na íntegra, para identificação dos núcleos a respeito da abordagem nutricional e intervenção saudável no tratamento da obesidade infantil, excluindo artigos que não apresentassem em seu resumo algumas das palavras chaves, e que não tinham nenhuma relação com o tratamento da obesidade infantil, suas consequências acarretadas à vida da criança e a importância da intervenção familiar saudável. Seguindo os critérios de inclusões e exclusões foram selecionadas 36 publicações.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1. NUTRIÇÃO COMPORTAMENTAL

A nutrição comportamental é uma abordagem científica que tem como objetivo incluir na atuação do nutricionista aspectos fisiológicos, sociais e emocionais que envolvem a alimentação, deixando um pouco de lado a questão do “saudável e não saudável”, onde pessoas ditam o que deve ou não comer e o prazer muitas vezes se associa a culpa. O objetivo da nutrição comportamental é promover mudanças no relacionamento das pessoas com a comida, considerando que as funções simbólicas, como por exemplo, cultura, religião, política, memórias afetivas, família, relacionamento e questões de gêneros, são tão importantes quanto às funções nutricionais (ALVARENGA et al., 2015).

Baseada em evidências científicas utilizam como peça-chave o prazer de comer e o equilíbrio, acreditando que todo alimento independente dos nutrientes que apresenta ou não, pode ter espaço em uma alimentação saudável, respeitando as questões de quantidade e frequência (MACEDO, 2016). Utilizando uma orientação nutricional que não se baseia em uma “dieta” e não utiliza o peso como um comportamento e sim como uma consequência de hábitos saudáveis, utilizando a comunicação como um pilar. (ALVARENGA et al., 2015).

Os idealizadores da Nutrição comportamental são o grupo especializado em Nutrição, Transtornos Alimentares e Obesidade (Genta) e a Equilibrium, trazendo abordagens que são aplicadas no tratamento de transtornos alimentares e obesidade, facilitando relações e construindo um diálogo aberto entre profissional da saúde e pacientes, praticando uma nutrição gentil, entendendo saúde como um bem-estar emocional e social e não apenas físico. Os idealizadores surgiram com essa proposta após analisarem na prática que pacientes com transtornos alimentares e obesidade necessitam de outras formas de abordagem que não as dietas prescritivas (MACEDO, 2016).

De acordo com as características específicas da infância, a Nutrição Comportamental, oferece alternativa e estratégias para abordar a mudança de comportamento alimentar nesse período, acolhendo pais e filhos, para uma terapia nutricional eficaz e bem-sucedida. Ressaltando aos pais a relação do quadro atual dos filhos e sendo realista ao mostrar que um acompanhamento nutricional pode ser lento e gradual, respeitando o limite da criança (ALVARENGA et al., 2015).

3.2. OBESIDADE INFANTIL

Atualmente a obesidade infantil vem aumentando de forma alarmante em todo o mundo, apontando a obesidade como um dos maiores problemas de saúde pública, uma em cada três crianças entre 05 e 09 anos estão acima do peso no Brasil, atingindo cerca de 15% da população infantil (IBGE, 2009). Segundo a Organização Mundial de Saúde, dados da obesidade infantil tendem a crescer muito se nenhuma providencia for tomada, a estimativa é que cerca de 75 milhões de crianças estejam com sobrepeso e obesidade no ano de 2025.

Foram identificados fatores exógenos e endógenos associados à obesidade infantil, sendo os exógenos fatores ambientais como sedentarismo, maus-hábitos alimentares, e os endógenos são fatores genéticos. Os fatores ambientais estão relacionados com 95% dos casos de obesidade infantil e os fatores genéticos são responsáveis por apenas 5% dos casos (RECH; HALPRN, 2011). Fatores como a mudança de hábitos, aumento do consumo de alimentos industrializados associados à diminuição de atividade física, avanço da tecnologia incentivando as crianças a trocarem brincadeiras de ruas, com um maior gasto energético, por horas em frente a videogames, computadores e televisão (FREITAS et al., 2009). Essa mudança de comportamento, pode se associar também a falta de segurança e aumento da criminalidade, impedindo que as crianças tenham uma vida social igual de antigamente.

A obesidade infantil traz diversos riscos para saúde da criança, e pode ser associada a várias doenças como cardiovasculares, hiperlipidemias, câncer colorretal, diabetes mellitus II, gota, artrite, doenças pulmonares, baixa resistência ao calor, entre outras (FREITAS; COELHO; RIBEIRO, 2009). Além das chances de uma criança obesa se tornar um adulto obeso serem muito grandes, a obesidade iniciada na infância acaba apresentando reflexos de suas complicações na vida adulta. Doenças psicossociais também são bem frequentes em crianças obesas, como depressão, ansiedade, baixa autoestima, dificuldade de ajustamento social, além de inúmeros transtornos alimentares. Com a autoestima bastante afetada, essa criança costuma se sentir rejeitada, apresentando grande dificuldade de interação social, e tendem a isolar-se (HERNANDES; VALENTINI, 2010).

Devido aos reflexos que a obesidade infantil causa na qualidade de vida da criança tanto psicológico como de saúde e os reflexos negativos na vida adulta, é necessário dar um grau de importância elevado, identificando riscos e fatores ocasionais, possibilitando o desenvolvimento de ações preventivas, que devem ser tratadas com urgência, sendo decisivas para recuperação da saúde (RECH; HALPERN, 2011).

3.3. OBESIDADE INFANTIL, TRANSTORNOS ALIMENTARES E ASPECTOS SOCIAIS.

Problemas psicológicos, como depressão e ansiedade associados a transtornos alimentares vêm crescendo de forma assustadora no grupo infantil (LUIZ et al., 2005). Vivemos em uma incoerência alimentar, onde a oferta abundante de alimentos processados e ultra processados, e uma influência enorme da indústria alimentar incentivando o consumo dessas comidas, vai contra um padrão de beleza imposto pela mídia onde o bonito e saudável é uma magreza inalcançável. Como consequência a esse paradoxo os índices de obesidade e transtornos alimentares não param de aumentar (ALVARENGA et al., 2015).

Atualmente as crianças vêm apresentando problemas psicológicos que antes acreditavam surgir apenas em adolescentes e adultos, como por exemplo, a ansiedade, que é uma resposta normal ao estresse ou a uma situação de perigo, mas pode se tornar uma patologia crônica quando passa a ser excessiva, ocorrendo de forma constante em relações a circunstâncias inadequadas e sem uma situação real de perigo, chegando até a atrapalhar situações normais do cotidiano da pessoa. Esses comportamentos de estresse e ou ansiedade excessivos antigamente não eram comuns se apresentarem em crianças (MENEZES; MOURA; MARFA, 2017). A ansiedade pode desencadear o consumo excessivo de comida, que traz certo conforto e uma sensação de alívio, durante o ataque de ansiedade.

A própria convivência familiar pode ser um fator precursor de possíveis transtornos alimentares. Muitas vezes em situação de desespero os pais acabam forçando seus filhos a comerem aquilo que eles julgam ser “bom” e retirando aquelas que elas acreditam ser “más”. Isso acaba gerando uma confusão na cabeça das crianças, trazendo uma situação inversa da que os pais esperavam, tirando o prazer que o alimento deveria oferecer, além de aumentar a preferência pelos alimentos proibidos que são sempre ofertados em momentos de prazer, como festas, viagens, além de muitas vezes serem usadas como recompensas por um bom comportamento ou por comer aquele alimento julgado como “bom” e “saudável”. Restringir a alimentação em excesso também pode ser uma forma de contribuir para os transtornos alimentares, seguindo a justificativa de que as crianças vão sempre priorizar o consumo desses alimentos “proibidos” mesmo na ausência da fome, tornando o alimento ainda mais atrativo e desejado, podendo levar ao consumo exagerado (ALVARENGA et al., 2015).

Transtornos alimentares como anorexia nervosa e bulimia nervosa, também podem se manifestar em crianças que sofreram ou sofrem algum episódio traumático ou muito estressante especialmente relacionado à sexualidade como os abusos sexuais, desestruturando

a personalidade e autoestima da criança (NARVAZ; OLIVEIRA, 2009). Os abusos sexuais geram na maioria dos casos uma insatisfação corporal, baixo autoestima, e a imagem corporal distorcida. Muitas dessas pessoas acabam desenvolvendo um transtorno alimentar, que na grande maioria dos casos é classificado como bulimia nervosa (PARAVENTI et al., 2011).

A alimentação ocupa um papel importante na relação entre pais e filhos, sendo os pais os primeiros educadores nutricionais, responsáveis pela formação do comportamento alimentar das crianças. O ato de comer é um meio de troca de afeto, comunicação, e por vezes de oposição, dessa forma o núcleo familiar predispõe geneticamente e psicologicamente para a formação da obesidade infantil (MORAES; DIAS, 2013).

Observando a família na perspectiva da teoria sistêmica que compreende o todo por meio da análise das partes que a formam (DIAS, 2011), ou seja, procura entender o convívio familiar, analisando cada indivíduo como um todo, onde a interação e comunicação estabelece um vínculo mantendo um sistema de equilíbrio, assim o desequilíbrio de um indivíduo causa o desequilíbrio do sistema inteiro. Então, pensando na família como uma teoria sistêmica, uma relação conjugal harmoniosa possui uma eficácia maior em resolver conflitos e ajustamento dos filhos, relações conjugais conflitantes podem gerar uma educação fria, insensível, ausente, não afetiva, gerando um monitoramento mais frágil do que cônjuges com relações mais estruturadas (MORAES; DIAS, 2013). Crianças que possuem uma troca afetiva e um vínculo mais forte com a família possuem uma base e um emocional mais seguro, e crianças que não possuem esse vínculo, tendem a um potencial mais elevado para problemas emocionais.

Os transtornos de ansiedade com mais prevalência em crianças e adolescentes é o transtorno de ansiedade de separação com prevalência em torno de 4%, caracterizado por um medo excessivo do afastamento dos seus pais, causando um sofrimento intenso, prejudicando diferentes áreas da vida das crianças (ASBAHR, 2004), A associação de transtornos de ansiedade e outros desordens psicológicas na maioria dos casos são associados com transtornos alimentares, essas desordens psicológicas possuem um papel importante no desenvolvimento da obesidade exógena (MORAES; DIAS, 2013).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, entre 2008-2009 o número de crianças desnutridas foi substituído pelo excesso de peso, observou-se também que a renda familiar influencia diretamente ao excesso de peso (IBGE, 2009). Esses dados podem ser compreendidos pelo aumento do poder aquisitivo de famílias baixa renda, aumentando o acesso aos alimentos industrializados com alto teor de energia, que associada ao

sedentarismo, contribui para o aumento do percentual de obesidade infantil, além de aspectos como a inserção da mulher no mercado de trabalho, que agora por uma questão de falta de tempo, busca pela praticidade e muitas vezes da preferencia para um alimento ultra processado, de fácil preparo do que refeições caseiras que demandam mais tempo, sem horários fixos para refeições e cardápios elaborados para serem consumidos em família (ESKENAZI et al., 2018).

3.4. A INFLUÊNCIA DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO DA OBESIDADE INFANTIL

As famílias de crianças com excesso de peso, geralmente, possuem uma grande dificuldade em reconhecerem o problema dos seus filhos (MELLO; LUFT; MEYER, 2004), tendem a subestimar o peso corporal da criança, não reconhecendo a obesidade infantil como um problema de saúde, visando ser algo de “fase”, passageiro, que se resolverá com o desenvolvimento e crescimento, esse problema é mais frequente em crianças mais novas, quanto menor a idade, menos os pais percebem o excesso de peso (TENORIO; COBAYASHI, 2014). É muito importante o entendimento e a aceitação dos pais em relação ao problema crônico de seus filhos, quanto mais rápida as intervenções menores são os danos e consequências futuras.

As famílias possuem um papel muito importante na educação dos seus filhos, sendo os primeiros influenciadores nos hábitos alimentares das crianças. São considerados um fator intermediário para prevenção e manutenção na situação de obesidade a família possuir ou não hábitos saudáveis influencia de forma direta o tratamento infantil. O ser humano adquire seus conhecimentos, costumes, e todos os outros hábitos, através do que é passado e ensinado para ele durante a vida, o seu desenvolvimento ocorre a partir das interações com o meio, tornando o contexto em que a criança está envolvida muito importante (WILHELM; LIMA; SCHIRMER, 2007).

É de extrema importância que os pais entendam as consequências e os riscos que a obesidade infantil apresenta, quando a família reconhece esses fatores e está ciente do risco o sucesso da prevenção e tratamento se torna maior, além da porcentagem de desistência no meio do tratamento ser menor (TENORIO; COBAYASHI, 2011). Estudos mostram que após cinco meses de tratamento comportamental, ou seja, dieta associada à atividade física e atividades lúdicas, o número de pacientes que desistem do tratamento é muito alto, cerca de 70% não chegam ao fim do programa, devido ao fato dos resultados do tratamento em longo prazo, necessitando de tempo, paciência, dedicação e mudança de hábitos exclusivamente da família, são fatores que desmotivam a continuação ao programa.

A mudança de hábito familiar é um dos fatores principais para o sucesso do tratamento, e uma das maiores dificuldades encontradas no processo, muitas vezes esses hábitos já estão enraizados na família, que acompanha a criança desde os primeiros anos de vida, e muda-los significa esforço em conjunto e um pouco de autoridade para retirar um costume que a criança já está acostumada há anos, um ponto que os pais apresentam bastante dificuldade. Famílias

que apresentam uma maior aceitação e estão dispostas a mudar os hábitos alimentares apresentam uma adesão maior ao tratamento (DORNELLES; ANTON; PIZZINATO, 2014).

A família possui uma grande influencia no fator psicossocial da criança, esta que passa a ter consciência e a se preocupar com a sua imagem corporal a partir dos sete anos de idade, momento em que o psicológico da criança costuma ser afetado. A forma como a família trata e aborda a obesidade do filho, é de extrema importância, e faz um grande diferencial no tratamento. É primordial que a família saiba conversar, e ter pudor nas palavras, não dizer para criança que ela está “gorda”, “gorduchinha”, precisando fazer um regime ou comer menos, não é dessa forma que o problema se resolvera. A criança precisa ser desenvolvida e incentivada a se respeitar e ter autoestima desde cedo, pois esses sentimentos e essa autoconfiança se ligam aos fatores cognitivos, emocionais e sociais da personalidade (RECH; HALPERN, 2011; ALVARENGA et al., 2015).

É importante a família ser exemplo nas mudanças de hábitos alimentares e estilo de vida saudável, incentivar os filhos a fazerem atividade física e acompanhá-la, para que criança se sinta segura, motivada e acolhida pelo seu núcleo familiar (ZAMPARONI et al., 2014).

3.5. TRATAMENTO MULTIPROFISSIONAL

A obesidade infantil afeta diversas áreas da vida da criança, como saúde, social e psicológica, devido a esse fato, é de extrema importância que a criança passe por um acompanhamento multiprofissional, para que seja assistida integralmente, visando não apenas o seu físico, mas também bem estar mental, psicoemocional e social. O tratamento permite mais contato com a criança, viabilizando uma melhor interação e mais adesão ao tratamento. Estudos mostraram uma maior eficiência quando o acompanhamento é feito por uma equipe multiprofissional, quando comparadas a somente um profissional (SILVEIRA et al., 2010). É necessário que toda equipe multiprofissional motive a mudança comportamental da criança, reduzir o sedentarismo, motivando a criança a fazer atividades físicas, que não sejam estáticas e monótonas, dando preferencia a atividades mais dinâmicas (SOARES; PETROSKI, 2003).

3.5.1 Educador físico

O trabalho do educador físico associado a uma reeducação alimentar é mais efetivo do que a reeducação alimentar sozinha no tratamento da obesidade infantil. O programa de atividade física deve ser desenvolvido de forma individual, pensando nas capacidades e limitações da criança, para que haja adesão ao tratamento. A criança deve gostar e sentir prazer na atividade que realiza, devendo ser um tratamento realista e com metas atingíveis. É necessária a mudança no estilo de vida da criança, de uma vida sedentária para ativa, recomendam-se exercícios programados combinados com a mudança de comportamento (SOARES; PETROSKI, 2003).

3.5.2 Psicólogo

Os efeitos psicológicos que a obesidade causa podem deixar marcas por toda a vida. Dificuldades nos esportes, alvo de bulingue entres os colegas de escola, apelidos, vergonha do próprio corpo, provoca sentimentos de inferiorização, desprezo, tristeza, solidão e nervosismo (MISHIMA; BARBIERI, 2009). Intervenções psicológicas necessitam de uma atenção especial, o psicólogo precisa ajudar a criança a superar o estigma social, trabalhar problemas relacionados com a autoestima, autocontrole e imagem corporal, além de intervir na ansiedade e depressão quando presentes (LUIZ et al., 2005).

3.5.3 Pediatra

É fundamental a atuação do pediatra no tratamento multiprofissional, geralmente, esse profissional tem o primeiro contato com a criança, então cabe a ele diagnosticar e abordar a

importância da prevenção e do tratamento com as crianças e familiares, salientando a importância do tratamento multiprofissional na obesidade infantil (CARVALHO et al., 2013).

3.5.4 Nutricionista

Muitas vezes o nutricionista precisa acolher não só a criança, mas também a sua família, que geralmente busca uma ajuda profissional quando já estão esgotados e sem esperanças em relação à obesidade do filho, é importante que o profissional seja sincero com os pais em relação à situação dos seus filhos, deixando-os cientes de que os resultados dos trabalhos são em longo prazo, e com resultados demorados, ajudando a família a ter paciência e persistir no tratamento. É necessário que esse profissional busque conhecer ao máximo a criança, e entender sua relação e sentimentos em relação à comida, crie um vínculo com a criança para que ela tenha confiança, e se sinta bem em relação ao tratamento, visando diminuir as resistências por parte delas, obter um maior sucesso nos resultados, diminuindo o número de famílias desistentes (ALVARENGA et al., 2015).

Segundo a Resolução do Conselho Federal de Nutricionista nº 600, de 25 de fevereiro de 2018, o nutricionista que atuar no ambiente escolar deve realizar a avaliação do estado nutricional utilizando os índices de peso por idade, estatura para idade, peso para estatura e Índice de Massa Corporal (IMC) para idade, obtendo um diagnóstico e realizar um monitoramento nutricional do escolar, baseada nas recomendações e necessidades nutricionais específicas. Além de desenvolver projetos de educação alimentar e nutricional para a comunidade escolar, promovendo a consciência social, ecológica e ambiental (CFN, 2018).

3.6. AÇÕES NUTRICIONAIS PARA TRATAMENTO DA OBESIDADE INFANTIL

A educação alimentar e nutricional consiste em um conjunto de atividades designadas a melhoras dos hábitos alimentares saudáveis, no âmbito do Direito Humano à Alimentação Adequada e da garantia da Segurança Alimentar e Nutricional (BRASIL, 2012).

Um projeto de intervenção realizado em uma escola no município de Palmitinho/RS avaliou o estado nutricional de 194, verificando peso, altura e classificação do IMC. Na primeira avaliação realizada foram identificadas 102 crianças com pré-obesidade ou obesidade que foram incluídas no estudo. Após definir a quantidade de crianças que participariam dos estudos, o segundo passo consistiu em explicar os 10 passos para uma alimentação saudável de forma lúdica, com vídeos, demonstrações de imagens, histórias sobre alimentação infantil e jogos didáticos sobre nutrição e saúde (FRANCHINI; SCHMIDT; DEON, 2018).

No terceiro passo foi realizada uma nova avaliação nutricional com os participantes do estudo, utilizando os mesmo parâmetros de medidas e classificações da primeira avaliação. A média de peso na avaliação pré-nutricional foi de 43,16kg. Observou-se que após a intervenção e conscientização nutricional a avaliação nutricional foi de 42,35kg, houve uma redução de 1,87% do peso (FRANCHINI; SCHMIDT; DEON, 2018).

O instituto Oswaldo Cruz avaliou as estratégias de ensino a partir de um jogo cooperativo aplicado em 14 turmas do Ensino Fundamental, que aborda as causas da obesidade. O jogo chamado “Fome de Q?” que consiste em um tabuleiro representado por uma mesa de piquenique, onde o objetivo era resolver um caso que foi apresentado para os alunos em forma de imagens, textos, esquemas, gráficos ou tabelas. Um dos casos tinha como objetivo mostrar a diferença de uma refeição realizadas na década de 70 *versus* década de 2000, salientando as mudanças nos padrões de alimentação ao longo dos anos, outro exemplo de caso apresentado no jogo foi a associação de um texto com uma tabela onde se verificava os valores nutricionais de refeição balanceada *versus* lanche, e o objetivo era que os alunos comparassem os valores nutricionais de ambos (ROSSE, 2016).

O tabuleiro era formado por casas de sorte ou azar, onde o aluno deveria jogar um dado e mover os peões para coletar as pistas presentes nas casas, que poderiam fazê-los avançar ou retroceder, as pistas estimulavam as associações e auxiliariam os alunos a proporem soluções mais completas para os casos. Uma das finalidades do jogo era que os alunos conseguissem interpretar e fazer associações entre os diferentes tipos de informações presentes nas pistas, possibilitando que a troca de informações e de conhecimento entre os colegas se tornasse uma

forma dinâmica para abordar as causas e o perigo da obesidade, servindo como uma forma de alerta (ROSSE, 2016).

3.7. POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O CONTROLE DA OBESIDADE INFANTIL

3.7.1 Política Nacional de Alimentação e Nutrição

Segundo dados alarmantes do aumento da obesidade em crianças, suas graves consequências para a vida adulta e gastos elevados que causam aos cofres públicos é importante a realização de prevenções e promoções de saúde ainda na infância, com implementação de educação nutricional, desenvolvimento e infraestrutura para práticas de exercícios físicos, regulamentação de publicidades e propaganda de alimentos e legislação específica para rotulagem alimentar (CARVALHO et al., 2013).

De acordo com o parâmetro atual de obesidade infantil medidas governamentais visando à prevenção e controle da doença crônica, foi criada a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), no ano de 1999, que através de um conjunto de políticas públicas, garante o direito de respeitar, proteger, promover e prover os direitos humanos à saúde e alimentação adequada (BRASIL, 2013).

3.7.2 Alimentação escolar

O Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), programa que executa um repasse financeiro para estados e municípios, destinados à expansão do atendimento de alimentação escolar a todos os matriculados em escolas da rede pública (educação infantil, ensino fundamental, ensino médio e educação de jovens e adultos), sendo que 30% dos recursos recebidos devem ser obrigatoriamente destinados à compra de produtos da agricultura familiar local, promovendo a inclusão de alimentos produzidos perto das escolas, estimulando circuitos curtos de comercialização e o desenvolvimento local e sustentável das comunidades, beneficiando a alimentação dos alunos e investindo na economia e desenvolvimento dos agricultores locais (BRASIL, 2009).

Em 2016 o programa beneficiou 41 milhões de estudantes, o valor é dividido em 10 parcelas anuais. No valor de repasse observa-se o número de estudantes da instituição, per capita e os dias letivos de atendimento. O programa é fiscalizado pela sociedade civil, Conselho de Alimentação Escolar (CAE), pelo FNDE órgão que gerencia o PNAE, Tribunal de Contas da União (TCU), Controladoria Geral da União (CGU) e Ministério Público (BRASIL, 2009).

3.7.3 Cantinas escolares - Lei nº 3.695, de 08 de novembro de 2005.

Foram impostos critérios de qualidade nutricional aos estabelecimentos alimentícios que prestam serviços em escolas públicas e privadas que atendem a educação básica, visando à qualidade de vida dos alunos. Tornando expressamente proibida a comercialização de bebidas com teores alcóolicos, doces, refrigerantes ou sucos artificiais, salgadinhos industrializados, salgados fritos e pipocas industrializadas, alimentos industrializados cujo percentual de gordura saturada ultrapasse 10% das calorias totais e alimentos em que é utilizada na preparação gordura vegetal hidrogenada (BRASIL, 2005).

Além de garantir a condição higiênico-sanitária dos produtos vendidos, colocar a disposição dos alunos diariamente uma variedade de fruta *in natura*, interina, em pedaços ou em forma de suco, deverá também conter informações fixadas em local visível, para divulgar assuntos relacionados com a área alimentícia, para isso a escola tem que promover a capacitação do seu corpo docente para abordagem dos assuntos (BRASIL, 2005).

3.7.4 Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas

O Ministério da Saúde e Educação instituiu pela Portaria Interministerial nº 1.010 as diretrizes para a Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas, públicas e privadas, que atendem a educação básica (educação infantil, fundamental e nível médio), considerando a forte influência que a educação escolar tem sobre a educação alimentar dos estudantes. O projeto tem o objetivo de desenvolver ações que promovem a adoção de práticas alimentares mais saudáveis no ambiente escolar. Reconhecendo a alimentação saudável como um direito inerente ao homem, de acordo com as necessidades biológicas, social e cultural (BRASIL, 2006).

Tendo como base alguns eixos como: respeitar os hábitos alimentares, culturais, regionais e nacionais, estimular à produção de hortas nas escolas com a ajuda dos estudantes e utilizar os alimentos produzidos na alimentação oferecida na escola e oferecer o monitoramento nutricional dos alunos. Com base nesses eixos foram criados os “Dez Passos para a Promoção da Alimentação Saudável nas escolas”, que consistem em: a escola em conjunto com a comunidade escolar deve promover estratégias para favorecer escolhas saudáveis, fornecer informações sobre alimentação saudável nas atividades curriculares da escola, informar para a família do aluno a sua responsabilidade e a importância da participação no processo para a promoção da alimentação saudável no ambiente escolar, capacitar os profissionais envolvidos na preparação dos alimentos ofertados na escolas, implantando as boas práticas de manipulação de alimentos, restringir a comercialização de

alimentos ricos em gorduras, açúcares e sal, desenvolver refeições saudáveis na escola, oferecer frutas, legumes e verduras, regionais e frutas da estação, auxiliar na divulgação de opções saudáveis, divulgar experiências da alimentação saudável para outras escolas, desenvolver um trabalho contínuo de promoção de hábitos alimentares saudáveis (BRASIL, 2006).

3.7.5 Propagandas alimentares

Crianças fazem parte do público que é mais afetado e influenciado por propagandas alimentícias, é o público alvo das estratégias de marketing cada vez mais criativas desenvolvidas pelas grandes indústrias que controlam esse setor (MONTEIRO; CASTRO; 2009).

A lei nº 11.265, de 03 de janeiro de 2006 tem como objetivo auxiliar na adequação nutricional dos lactentes e das crianças de até seis anos de idade, etapa essencial para o desenvolvimento infantil, regulamentando propagandas comerciais e o uso apropriado de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância, como o uso de mamadeiras, bicos e chupetas; Incentivando e protegendo o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade e sua continuidade até os dois anos de idade com complemento da alimentação (BRASIL, 2006).

Proibindo a promoção comercial dos produtos como fórmulas infantis, vedados também promoção comercial que tenha por finalidade induzir a aquisição ou a venda, como embalagens promocionais. Quanto aos rótulos, fica proibido utilizar fotos, desenhos ou gráficos que não sejam necessários para ilustrar o método de preparação ou ingredientes contidos no produto, frases com o intuito de sugerir semelhança do produto com o leite materno ou que induzam dúvidas na capacidade das mães de amamentarem seus filhos (BRASIL, 2006).

Devido ao fato da criança brasileira passar cerca de 5 horas e 20 minutos por dia assistindo tevê e por serem grandes influenciadores na compra de toda a família, torna-se um público alvo altamente atrativo para as grandes indústrias e estratégias de marketing começaram a produzir conteúdos que atraíssem ao máximo. Como forma de coibir ou chantagear imagens de ídolos infantis como propaganda, influenciando a criança a desejar aquele produto, foi criado o projeto de lei nº 5.921, de 2001 que veda a publicidade destinada à promoção de vendas e produtos infantis, com o objetivo de assegurar os direitos da criança, determinando a proibição de qualquer tipo de publicidade de produtos ou serviços dirigidos às

crianças no horário entre sete e 21 horas, horário em que as crianças mais veem televisão (BRASIL, 2001).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudos mostram que crianças obesas têm grandes chances de desenvolverem problemas psicológicos, além dos reflexos negativos que a doença crônica traz a vida adulta. Sendo assim a família deve ter o papel de assumir a obesidade da criança o quanto antes, enxergando a gravidade e dimensão do problema, sabendo agir de forma consciente para reverter o quadro de forma saudável, tornando a sua participação essencial para minimizar os efeitos que a obesidade acarreta para a vida da criança, por questões de saúde física e mental, sabendo conversar de forma saudável sem usar apelidos, ou insinuar que a criança necessita de dieta por estar “gordinha” ou “acima do peso”, para que ela também entenda a situação, colaborando com a autoestima e elevando a confiança da criança independente da sua forma física.

A Nutrição Comportamental tem como finalidade uma abordagem mais ampla, busca conhecer a fundo a história de vida da criança, a relação e sentimentos que ela possui com o alimento, visando um tratamento mais eficiente, sem impor uma dieta ou fazer restrições absurdas a uma criança e sim mudar o seu relacionamento com o alimento, tratando o peso corporal como uma consequência de hábitos saudáveis e não um objetivo. Além de deixar a família ciente da situação da criança, salientando a importância da participação em conjunto, a Nutrição Comportamental possui a tarefa de acolher toda a família, sendo o mais transparente possível, informando para os pais que os resultados de um tratamento da obesidade infantil apresentam resultados em longo prazo, ressaltando a importância da perseverança e se tornando uma base para que essa família continue até o fim no tratamento, minimizando as desistências no meio do caminho.

A intervenção saudável é essencial para o tratamento da obesidade infantil, quando a criança possui o apoio dos pais e um acompanhamento de uma equipe multiprofissional auxiliando nos resultados e minimizando os efeitos negativos acarretados pela doença, principalmente os efeitos psicológicos que afetam muito a vida e a evolução da criança, podendo desencadear outros problemas de saúde como, por exemplo, transtornos alimentares, associados à depressão e ansiedade. A equipe multiprofissional oferece um acompanhamento mais amplo e personalizado, uma das vantagens desse acompanhamento em conjunto é ter um contato e uma liberdade maior com a criança, conhecendo seus gostos e limites, visando não apenas a saúde física, como também a saúde mental.

A obesidade é um dos maiores problemas de saúde pública do mundo, além de sobrecarregar o sistema de saúde com inúmeras doenças crônicas associadas ao sobrepeso e

obesidade, traz anualmente grandes gastos para os cofres públicos, a tendência de acordo com o estilo de vida da população brasileira atualmente é que o número de crianças com sobrepeso e obesidade cresça a cada ano. Visando os problemas que a obesidade infantil acarreta para a saúde e aos cofres públicos é essencial que políticas públicas sejam realizadas e aplicadas em ambientes em que geralmente a criança passa boa parte do tempo, como as escolas e o ambiente familiar, que são grandes influenciadores na educação alimentar e hábitos das crianças. Assim como políticas públicas aplicadas ao meio de comunicação em que as crianças atualmente estão tão envolvidas, para controlar propagandas abusivas que utilizam o marketing cada vez mais criativo para incentivar as crianças a consumirem produtos industrializados.

O nutricionista tem um papel muito importante na educação tanto da criança, como dos pais, sendo responsável pela mudança no hábito alimentar de toda a família, devendo sempre conhecer a fundo a história da criança para abordar a melhor intervenção nutricional, sem prescrições dietéticas ou restrições alimentares e sim buscando uma mudança no relacionamento que a criança tem com a comida. Esse profissional deve estabelecer uma rotina para criança juntamente com a família, com horários certos para as refeições, evitando assim que a criança fique petiscando durante o dia comidas que geralmente não são saudáveis. Demonstrar para os pais a importância de realizar preparações em casa, que além de ser mais saudável permite que a criança também possa participar das preparações para se familiarizar com novos alimentos e motivar o consumo, sendo importante que o nutricionista indique receitas de fácil preparo e que possam ser congeladas para um rápido preparo posterior, mostrando que esse alimentos podem ser facilmente substituídos pelos processados e ultra processados.

5. REFERÊNCIAS

ALVARENGA, Marle. et. al. **Nutrição comportamental**. 1 ed. Barueri São Paulo: Manoel, 2015.

ASBAHR, Fernando. *Transtornos ansiosos na infância e adolescência: aspectos clínicos e neurobiológicos*. **Jornal da Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 2, p. 28-34, 2004.

BONAVIDES, Syrleine Maria Penaforte Bastos. *A auto-estima da criança que sofre violência física pela família*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós Graduação em Psicologia, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 02 set. 2005.

BRASIL. Lei no. 3.695, de 8 de novembro de 2005. Dispõe sobre a promoção da alimentação saudável nas escolas da rede de ensino do Distrito Federal. Brasília (DF): Diário Oficial do Distrito Federal, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição, Brasília, Ed. Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Portaria interministerial no. 1.010, de 08 de maio de 2006. Institui as diretrizes para a Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas de educação infantil, fundamental e nível médio das redes públicas e privadas, em âmbito nacional. Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Projeto de lei n. 5.921 de 2001. Proíbe a publicidade dirigida à criança e regulamenta a publicidade dirigida a adolescentes. Brasília (DF): Diário Oficial da União, 2001.

BRASIL. Lei nº 11.265, de 3 de janeiro de 2006. Regulamenta a comercialização de alimentos para lactantes e crianças de primeira infância e também a de produtos de puericultura correlatos. Brasília (DF): Diário Oficial da União, 2006.

BRASIL. Resolução/FNDE/CD/ no. 38 de 16 de julho de 2009. Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar aos alunos da educação básica no Programa Nacional de Alimentação Escolar - PNAE. Brasília (DF): Diário Oficial da União, 2009.

CARVALHO, Elaine Alvarenga de Almeida. et. al. *Obesidade: aspectos epidemiológicos e prevenção*. **Revista Médica de Minas Gerais**, Minas Gerais, v. 23, n. 1, p. 74-82, fev. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. Resolução CFN nº 600, de 25 de fevereiro de 2018. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, indica parâmetros numéricos mínimos de referência, por área de atuação, para a efetividade dos serviços prestados à sociedade e dá outras providências. Brasília (DF): Diário Oficial da União, 2018.

DIAS, Maria Olívia. *Um olhar sobre a família na perspectiva sistêmica - O processo de*

comunicação no sistema familiar. **Gestão e Desenvolvimento**, p. 139-156, abr. 2011.

DORNELLES, Aline Dias; ANTON, Márcia Camaratta; PIZZINATO, Adolfo. *O papel da sociedade e da família na assistência ao sobrepeso e à obesidade infantil: percepção de trabalhadores da saúde em diferentes níveis de atenção*. **Saúde e sociedade**, [S.L], v. 24, n. 3, out./dez. 2014. Disponível em: <www.scielo.org>. Acesso em: 17 fev. 2019.

Eckstein KC, Mikhail LM, Ariza AJ, Thomson JS, Millard SC, Binns HJ et al. Parents' perceptions of their child's weight and health. **Pediatrics** 2006; 117: 681-90.

ESKENAZI, Ednalva Maria de Sousa. et. al. *Fatores Socioeconômicos associados à obesidade infantil em Escolares do município de Carapicuíba (SP, BRASIL)*. **Brasileira de Ciências da Saúde**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 247-254, mar. 2018.

FRANCHINI, Luciana Aires; SCHMIDT, Leucinéia; DEON, Rúbia Garcia. *Intervenção nutricional na obesidade infantil*. **Perspectiva**, Erenchim, v. 42, n. 157, p. 151-160, mar. 2018.

FREITAS, Andréa Silva De Souza; COELHO, Simone Côrtes; RIBEIRO, Ricardo Laino. *Obesidade Infantil: Influência de hábitos alimentares inadequados*. **Saúde e Ambiente**, Duque de caxias, v. 4, n. 2, p. 9-14, jul./dez. 2009. Disponível em: <http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br>. Acesso em: 06 fev. 2019.

HERNANDES, Flavia; VALENTINI, Maire Pereira. *Obesidade: causas e consequências em crianças e adolescentes*. **Revista da Faculdade de Educação Física**, Campinas, v. 8, n. 3, p. 47-63, set./dez. 2010.

LUIZ, Andreia Mara Angelo Gonçalves. et. al. *Depressão, ansiedade, competência social e problemas comportamentais em crianças obesas*. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 10, n. 3, p. 371-375, jun. 2005.

MACEDO, Irene Coutinho de. *Contextos da alimentação*. **Revista de Comportamento, Cultura e Sociedade**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 1-99, dez. 2016.

MENEZES, Karla da Silva; MOURA, Lorena Fleury De; MARFA, Vanderson Ramos. *Transtorno de ansiedade generalizada: uma revisão de literatura e dados epidemiológicos*. **Amazônia Science & Health**, [S.L], v. 5, n. 3, p. 42-49, jul./set. 2017.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. **Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas**. Disponível em: <www.mds.gov.br>. Acesso em: 01 jun. 2019.

MISHIMA, Fernanda Kimie Tavares; BARBIERI, Valéria. *O brincar criativo e a obesidade infantil*. **Estudos de psicologia**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 249-255, set./dez. 2009.

MONTEIRO, Carlos Augusto; CASTRO, Inês Rugani Ribeiro De. *Por que é necessário regulamentar a publicidade de alimentos*. **Ciência e Cultura**, São Paulo, v. 61, n. 4, p. 56-59, 2009.

MORAES, Priscilla Machado; DIAS, Cristina Maria De Souza Brito. *Nem só de pão se vive: A voz das mães na obesidade infantil*. **Psicologia: Ciência e profissão**, Recife - PE, v. 33, n. 1, p. 46-59, abr. 2013.

MOREIRA, Larissa Quirino; TEIXEIR, Mariana Gonçalves Rodrigues; LOPES, Leandro Teixeira Paranhos. *Relação entre insatisfação, distorção corporal e risco de desenvolvimento de transtornos alimentares em adolescentes da cidade de Uberlândia-mg. E-rac reunião anual e ciências*, Uberlândia, v. 6, n. 1, jul. 2016. Disponível em: <<http://www.computacao.unitri.edu.br>>. Acesso em: 16 mar. 2019.

NARVAZ, Martha; OLIVEIRA, Letícia. *A relação entre abuso sexual e transtornos alimentares: Uma Revisão. Interamericana de Psicologia*, Porto Alegre, v. 43, n. 1, p. 22-29, jun./set. 2009.

PAES, Santiago Tavares; MARINS, João Carlos Bouzas; ANDREAZZI, Ana Eliza. *Efeitos metabólicos do exercício físico na obesidade infantil: uma visão geral. Revista Paulista de Pediatria*, [S.L], v. 33, n. 1, p. 122-129, fev. 2015. Disponível em: <www.rpped.com.br>. Acesso em: 06 fev. 2019.

PARAVENTI, Felipe. et. al. *Estudo de caso controle para avaliar o impacto do abuso sexual infantil nos transtornos alimentares. Psiquiatria Clin.*, São Paulo, v. 38, n. 6, p. 222-226, mai. 2011.

RECH, Ricardo Rodrigo; HALPERN, Ricardo. **Obesidade infantil**: Perfil epidemiológico e fatores associados. Caxias do Sul: Educus, 2011. 57-58 p.

ROSSE, Cássio Gomes. Avaliação de estratégias cooperativas de ensino a partir de um jogo de tabuleiro que aborda as causas da obesidade. **Instituto Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, 2016.

SAÚDE, Ministério Da. **Guia alimentar para população brasileira**. 2 ed. Brasília: MS, 2014. 11-22 p.

SILVEIRA, Adriana Márcia. et. al. *Efeito do atendimento multidisciplinar na modificação dos hábitos alimentares e antropometria de crianças e adolescentes com excesso de peso. Médica de Minas Gerais*, Minas Gerais, v. 20, n. 3, p. 277-284, mar./abr. 2010.

SOARES, Ludimila Dalben; PETROSKI, Edio Luiz. *Prevalência, fatores etiológicos e tratamento da obesidade infantil. Revista brasileira de cineantropometria e desempenho humano*, Santa Catarina, v. 5, n. 1, p. 63-74, mar. 2003.

TENORIO, Aline E Silva; COBAYASHI, Fernanda. *Obesidade infantil na percepção dos pais. Paulista de Pediatria*, São Paulo, v. 29, n. 4, p. 634-639, dez. 2011.

WILHELM, Fernanda Ax; LIMA, Jenniffer Haranda Colombo Antunes De; SCHIRMER., Keyla Franciani. *Obesidade infantil e a família: Educadores Emocionais e Nutricionais dos filhos. Psicologia Argumentativa*, Curitiba, v. 25, n. 49, p. 143-154, abr./jun. 2007. Disponível em: <www.periodicos.pucpr.br>. Acesso em: 11 fev. 2019.

ZAMPARONI, Silvia Victorino. et. al. *Viver com obesidade infantil: a experiência de crianças inscritas em programa de acompanhamento multidisciplinar. Rev Rene*, Ceará, v. 15, n. 6, nov./dez. 2014.