

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ

Teófilo Antonio Máximo Pimenta

**TRATAMENTO MULTIPROFISSIONAL: As limitações e
potencialidades da intervenção na obesidade infantil**

Taubaté - SP

2013

Teófilo Antonio Máximo Pimenta

**TRATAMENTO MULTIPROFISSIONAL: As limitações e
potencialidades da intervenção na obesidade infantil**

Dissertação apresentada para a obtenção do Título de Mestre em Desenvolvimento Humano: Formação, Políticas e Práticas Sociais do Programa de Pós Graduação da Universidade de Taubaté. Área de Concentração: Desenvolvimento Humano, Políticas Sociais e Formação.
Orientador: Prof. Dr. Renato Rocha.

Taubaté-SP

2013

TEÓFILO ANTONIO MÁXIMO PIMENTA

**TRATAMENTO MULTIPROFISSIONAL: As limitações e potencialidades da
intervenção na obesidade infantil**

Dissertação apresentada para a obtenção do Título de Mestre em Desenvolvimento Humano: Formação, Políticas e Práticas Sociais do Programa de Pós Graduação da Universidade de Taubaté. Área de Concentração: Desenvolvimento Humano, Políticas Sociais e Formação.

Orientador: Prof. Dr. Renato Rocha.

DATA: _____

RESULTADO: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Renato Rocha

Universidade de Taubaté

Assinatura _____

Prof. Dra. Alexandra Magna Rodrigues

Universidade de Taubaté

Assinatura _____

Prof. Dr. Michel Barbosa do Araújo

Universidade de São Paulo

Assinatura _____

Dedico este trabalho ao meu filho Leonardo

AGRADECIMENTO

A todos que participaram e contribuíram de forma direta ou indiretamente desta trajetória acadêmica, meu muito obrigado.

A minha esposa Márcia que me apoiou nesta longa caminhada.

Ao meu filho Leonardo, fonte de minha alegria, motivo do meu recomeçar sempre.

A minha família pela paciência e compreensão nas ausências em momentos de convívio familiar.

Ao meu orientador, Profº Dr. Renato Rocha, por ter caminhado ao meu lado com paciência, instruindo-me na construção desta dissertação.

Aos professores e colegas do MDH pelos momentos coletivos de estudo, aprendizagem, amizade e apoio.

À mestre Nilsen Aparecida Vieira Marcondes pela valiosa colaboração na configuração final desta dissertação.

Meus sinceros agradecimentos a todos!

Estamos, sem dúvida, perante um caso de saúde pública, pois se a obesidade infantil não for tratada poderá tornar-se uma patologia que acompanha o indivíduo ao longo da vida e cuja gravidade poderá evoluir. Além das conhecidas consequências negativas que comprometem o desenvolvimento físico e emocional das crianças existem ainda inúmeras doenças associadas a esta patologia, tais como hipertensão arterial, dislipidemia e diabetes *mellitus* tipo dois, entre outras, que podem colocar em risco a saúde do indivíduo.

Silva e Silva

RESUMO

A obesidade caracteriza-se por ser uma doença complexa, de origem multifatorial e seu tratamento é um processo lento, com possibilidades de reincidências. O processo de tratamento apresenta dificuldades tanto para os profissionais de saúde quanto para os pacientes obesos. Ressalta-se que o tratamento da obesidade infantil pode ser ainda mais difícil por envolver mudanças nos hábitos dos pais e também pela falta de entendimento das crianças com relação aos riscos da doença. Com a reconhecida complexidade da doença e as dificuldades do tratamento, o tema desperta o interesse e revela a necessidade de se investigar os modos de intervenção de uma equipe de saúde multiprofissional no tratamento de crianças com obesidade. O objetivo deste trabalho foi investigar, à luz da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano, as limitações e potencialidades interventivas de uma equipe multiprofissional que atua no tratamento da obesidade infantil. Participaram do estudo de caso cinco profissionais da equipe multiprofissional, uma assistente social, um médico, uma nutricionista, uma professora de educação física e um psicólogo. O método de análise dos dados utilizado foi a Análise do Conteúdo. Foram obtidos resultados relacionados: (1) dificuldades enfrentadas pelas crianças, famílias e equipe multiprofissional no decorrer do tratamento; (2) contribuições dos profissionais com relação às mudanças nos comportamentos alimentares e motores; e (3) aos resultados obtidos com as intervenções ao longo do período de tratamento da criança. Observou-se, ainda, que as práticas de intervenção são fragmentadas. Entretanto, tais práticas intervieram nas dificuldades relacionadas aos aspectos clínicos, ortopédicos, socioeconômicos, psicossociais e socioculturais. Por meio das práticas adotadas pela equipe foi possível constatar que as crianças obtiveram melhoras nos aspectos alimentares e motores bem como mudanças no ambiente familiar.

Palavras-chave: Obesidade. Tratamento. Equipe multiprofissional. Criança.

ABSTRACT

Obesity is considered a complex disease, originated from multiple factors. It demands a slow process treatment with the possibility of recurrence. The treatment process presents difficulties for both health professionals and for the patients. We emphasize that the treatment of childhood obesity may be even more difficult because it involves changes in habits of parents and the lack of understanding of children in regards to the risks involved in the disease. Knowing the complexity of the problem and the difficulty for treatment, the subject arouses interest and reveals the need to investigate means of intervention by a multidisciplinary health care team for the treatment of children with obesity. The aim of this study was to investigate in the light of the bioecological theory Human development, the limitations and potential intervention of a multidisciplinary team involved in treatment of childhood obesity. Participated in the case study five professionals of a multidisciplinary team, as follows: a social worker, a doctor, a nutritionist, a physical education teacher and a psychologist. The method of data analysis used for the study was Content Analysis. Related results were obtained: (1) difficulties faced by children, families and multidisciplinary team during treatment, (2) contributions of professionals in relation to changes in eating behaviors and motor skills, and (3) the results obtained with assistance throughout the period of the child's treatment. It is concluded that the practices are fragmented, held in groups formed by children and families. Practices intervened in difficulties related to clinical, orthopedic, socio-economic, psychosocial and socio-cultural aspects. Through the practices adopted by the team it was possible to state that the children had improvements in their eating disorders and on motor skills as well as changes in the family environment.

Keywords: Obesity. Treatment. Multidisciplinary. Children.

LISTA DE SIGLAS

ABESO – Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica

CAISAN – Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional

CID – Classificação Internacional das Doenças

CONAB – Companhia Nacional de Abastecimento

CONSEA – Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

IMC – Índice de Massa Corporal

NHANES – *National Health and Nutrition Examination Survey*

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização Não Governamental

OPAS – Organização Pan Americana de Saúde

PNAN – Política Nacional de Alimentação e Nutrição

PNSN – Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição

PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde

POF – Pesquisas de Orçamentos Familiares

PSE – Programa Saúde na Escola

SBP – Sociedade Brasileira de Pediatria

SNC – Sistema Nervoso Central

SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SUS – Sistema Único de Saúde

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|-----|
| Figura 1 – Evolução do sobrepeso e da obesidade de crianças de cinco a nove anos no Brasil no período de 1974 a 2009..... | 15 |
| Figura 2 – Estruturas do ambiente ecológico relacionadas ao contexto..... | 27 |
| Figura 3 – A Bela Nani, aproximadamente do ano de 1560, pintada por Paolo Veronese. | 36 |
| Figura 4 – “As três graças” de Peter Paul Rubens..... | 37 |
| Figura 5 – Dudu e Brutus, personagens do desenho animado Popeye..... | 41 |
| Figura 6 – Organograma da categoria Dificuldades e suas respectivas subcategorias..... | 88 |
| Figura 7 – Organograma da categoria Mudança de Hábitos e suas respectivas subcategorias..... | 98 |
| Figura 8 – Organograma da categoria Resultados do Tratamento e suas respectivas subcategorias..... | 105 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|-----|
| Quadro 1 – Valores percentis de parâmetro antropométrico (peso e estatura) para classificação do estado nutricional de crianças brasileiras menores de 10 anos..... | 31 |
| Quadro 2 – Doenças associadas à obesidade e possíveis consequências..... | 34 |
| Quadro 3 – Ações contra a obesidade no Brasil..... | 61 |
| Quadro 4 – Ações globais contra obesidade..... | 62 |
| Quadro 5 – Organograma do serviço prestado no programa de tratamento da obesidade infantil..... | 82 |
| Quadro 6 – Dificuldades enfrentadas pelas crianças obesas segundo a equipe de profissionais pesquisados..... | 90 |
| Quadro 7 – Aspectos positivos e seus respectivos alcances..... | 106 |

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 15 |
| 1.1 PROBLEMA..... | 18 |
| 1.2 OBJETIVOS..... | 19 |
| 1.2.1 Objetivo Geral..... | 19 |
| 1.2.2 Objetivos Específicos..... | 19 |
| 1.3 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO..... | 20 |
| 1.4 RELEVÂNCIA DO ESTUDO..... | 21 |
| 1.5 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO..... | 23 |
| 2 REVISÃO DE LITERATURA..... | 24 |
| 2.1 TEORIA BIOECOLÓGICA DO DESENVOLVIMENTO HUMANO..... | 24 |
| 2.2 OBESIDADE: PERSPECTIVAS BIOLÓGICAS, HISTÓRICAS, SOCIAIS E CULTURAIS..... | 29 |
| 2.2.1 Perspectivas Biológicas..... | 29 |
| 2.2.2 Perspectivas Históricas, Sociais e Culturais | 34 |
| 2.3 A POLÍTICA PÚBLICA DE INTERVENÇÃO NA OBESIDADE INFANTIL..... | 46 |
| 2.4 TRATAMENTO DA OBESIDADE INFANTIL..... | 64 |
| 3 MÉTODO..... | 71 |
| 3.1 TIPO DE PESQUISA..... | 71 |
| 3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA..... | 72 |
| 3.3 INSTRUMENTOS..... | 73 |
| 3.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS..... | 74 |
| 3.5 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS..... | 75 |
| 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO..... | 78 |
| 4.1 CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPE..... | 79 |
| 4.1.1 Assistente Social..... | 79 |
| 4.1.2 Médico..... | 79 |
| 4.1.3 Nutricionista..... | 79 |

| | |
|---|-----|
| 4.1.4 Professora de Educação Física..... | 80 |
| 4.1.5 Psicólogo..... | 80 |
| 4.2 CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO..... | 81 |
| 4.2.1 Programa..... | 81 |
| 4.3 CARACTERIZAÇÃO DAS INTERVENÇÕES..... | 82 |
| 4.3.1 Atividade Física..... | 82 |
| 4.3.2 Atendimento Médico..... | 83 |
| 4.3.3 Atendimento Nutricional..... | 84 |
| 4.3.4 Atendimento Psicológico..... | 85 |
| 4.3.5 Atendimento Social..... | 85 |
| 4.4 DIFICULDADES ENFRENTADAS PELAS CRIANÇAS NO TRATAMENTO | 88 |
| 4.4.1 Aspectos Clínicos..... | 89 |
| 4.4.2 Aspectos Ortopédicos..... | 91 |
| 4.4.3 Aspectos Psicológicos..... | 91 |
| 4.4.4 Aspectos Econômicos..... | 92 |
| 4.4.5 Aspectos Socioculturais..... | 94 |
| 4.5 MUDANÇA DE HÁBITOS..... | 97 |
| 4.5.1 Crianças..... | 98 |
| 4.5.2 Famílias..... | 100 |
| 4.5.3 Contexto..... | 102 |
| 4.6 RESULTADOS DO TRATAMENTO..... | 104 |
| 4.6.1 Aspectos Clínicos..... | 106 |
| 4.6.2 Aspectos Físicos..... | 108 |
| 4.6.3 Aspectos Psicológicos..... | 110 |
| 4.6.4 Aspectos Sociais..... | 112 |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 114 |
| REFERÊNCIAS..... | 117 |
| APÊNDICE I - Ofício..... | 127 |
| APÊNDICE II - Termo de Autorização da Instituição..... | 128 |

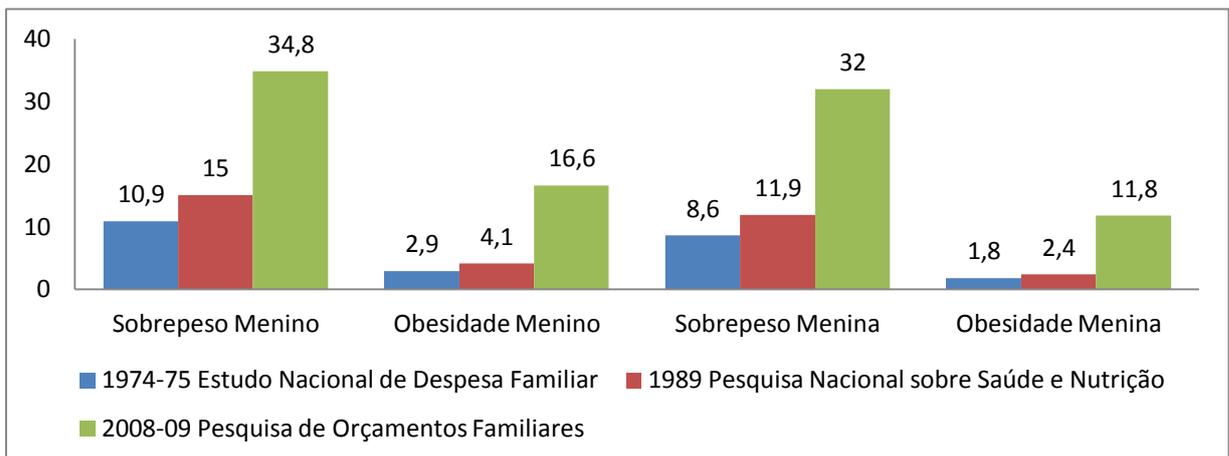
| | |
|---|-----|
| APÊNDICE III - Instrumento de Coleta de Dados..... | 129 |
| ANEXO A - Declaração de Aprovação do Comitê de Ética..... | 130 |
| ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... | 131 |

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, a obesidade se constitui como problema de dimensão global na sociedade moderna. A porcentagem de crianças com sobrepeso e/ou obesidade vem crescendo de forma contínua nos últimos anos. Conquanto, esse aumento tornou-se problema de saúde pública, discutido em larga escala por toda a sociedade.

No Brasil, “em 2009, uma em cada três crianças de cinco a nove anos estava acima do peso recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS)”, como apontou a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010). O número de crianças entre cinco a nove anos com sobrepeso, nos 35 anos pesquisados (período de 1974 a 2009), aumentou de maneira significativa. O sobrepeso atingiu 33,5% das crianças na faixa etária de cinco a nove anos (Figura 1). Segundo a POF 2008-2009 a região sudeste obteve destaque no percentual de crianças com sobrepeso, com 40,3% de meninos e 38% de meninas. O mesmo ocorreu com o índice de obesidade, porém num ritmo menor (pouco menos de cinco vezes), porém preocupante.

Figura 1 – Evolução do sobrepeso e da obesidade de crianças de cinco a nove anos no Brasil no período de 1974 a 2009.



Fonte: IBGE (2010).

O crescimento da obesidade infantil vem atrelado aos fatores socioculturais, associação de hábitos sedentários, a ausência de segurança, a pressão pelo consumo alimentar desregrado e as mudanças nas estruturas das famílias contemporâneas. Para Fragoso (2009) a violência urbana esvaziou as ruas e os espaços públicos aprisionando as crianças em suas casas, furtando a sua infância gerando o confinamento nos lares. Conseqüentemente, a criança

passa a ficar mais tempo em frente à televisão, ao videogame e ao computador. Conforme Oliveira et al. (2003, p. 149): “as comodidades que o mundo moderno oferece como possibilidade do uso de TV, telefones, videogames, computadores entre outros, [...], conduzem também a um estilo de vida sedentário.”

Malina e Silva, R. (2003) apontaram que há relação direta entre obesidade e o tempo dedicado em frente à televisão. A associação do tempo diário que a criança brasileira fica na frente da televisão e o baixo nível de atividade física são fatores que contribuem para a ocorrência do sobrepeso e da obesidade infantil. Os autores recomendam que as equipes de trabalho devam intervir nestes fatores, sugerindo de imediato que se diminua o tempo da criança sentada à frente da televisão e aumente o nível de atividade física, uma vez que tais manobras se mostraram eficazes em combater o excesso de peso, em especial na população com sobrepeso.

Fragoso (2009) afirma que há uma série de fatores que contribui para o consumo alimentar desenfreado da criança por produtos calóricos, entre esses fatores podemos citar a televisão com sua lógica mercadológica, influenciando nas escolhas das crianças, os supermercados, por meio de suas estratégias de venda, colocam suas mercadorias no campo visual à altura das crianças estimulando-as ao consumo e as indústrias alimentícias investem em mídia, embalagens atrativas, com personagens televisivos para conquistar esta fatia de pequenos consumidores. E além do mais, esses fatores se agravam por conta dos pais quererem compensar suas ausências de alguma forma, sendo uma delas pela via do consumo.

Assim o ciclo do capitalismo, contribuiu para o agravamento de realidades como a obesidade infantil. Os incentivos a esse mau hábito alimentar advêm dos processos de industrialização, os quais estimulam as práticas de consumo desenfreado.

A política capitalista e seu estímulo às práticas de consumo, o processo de urbanização, o desenvolvimento tecnológico e a globalização fizeram a obesidade despontar como um problema de saúde pública global, ganhando proporções de epidemia de forma assustadora. Portanto, a obesidade não é apenas uma doença alimentar, ela é uma doença gerada pelas mudanças sociais.

Dessa forma, o desenvolvimento da obesidade por ser multifatorial arroga diversas esferas da sociedade inclusive o poder público cabendo ao mesmo formular políticas de prevenção, controle da doença, promoção da saúde e da qualidade de vida, intervindo na regulamentação da propaganda de alimento, elaboração de projetos de utilização dos espaços de lazer, aumentando as ciclovias, campanhas educativas entre outras medidas possíveis e cabíveis de intervenção à obesidade.

Logo, o tratamento da obesidade é caracterizado como complexo, sendo que tratar a obesidade infantil de forma adequada faz-se necessário a intervenção de uma equipe multiprofissional. Mello et al. (2004a) destacam que o tratamento da obesidade na infância pode ser ainda mais difícil, pelo fato de estar relacionado a mudança de hábitos dos pais, familiares e pela falta de entendimento da criança em relação aos danos dessa doença. Assim, entende-se que com toda essa dificuldade o tratamento por meio de equipe multiprofissional pode ser uma via interessante.

Barros Filho (2004, p. 2) menciona uma proposta de análise focada na sociedade, ou seja, uma visão mais ampla da questão, não deixando de reconhecer o valor da intervenção familiar no processo de tratamento, assim:

[...] a abordagem com o paciente é um aspecto importante, mas se não houver um estímulo do ambiente, dificilmente a criança, o adolescente ou até mesmo o adulto vai conseguir resolver a sua obesidade. E não me refiro ao ambiente familiar, pois ele é fruto dos mesmos estímulos que influenciam as pessoas de forma individual, mas sim do ambiente de forma ampla, da sociedade.

Segundo Dâmaso et al. (2003a) a partir da década de 1990 no Brasil emergiram programas multiprofissionais de tratamento da obesidade, oferecidos por inúmeras instituições públicas ou privadas, que buscam realizar ações preventivas relacionadas a obesidade. Esses programas contribuíram como um novo olhar para o problema, um olhar multidisciplinar. Tendo como objetivo melhorar a qualidade de vida dos familiares através da educação por meio de palestra de orientação de como manejar os alimentos, como realizar uma alimentação saudável, incentivo a prática de atividade física regular, entre outras. Porém, algumas dessas práticas são mercadológicas, pouco estimuladas e restritas a uma pequena parcela da sociedade.

Os autores, ainda, apontam que programas de tratamento multiprofissional que basearam suas intervenções na associação de exercícios físicos e reeducação alimentar mostraram resultados mais satisfatórios se comparados a programas que realizam intervenções apenas nos aspectos alimentares. Conforme Nogueira (1997) os programas de tratamento multiprofissional da obesidade não devem se voltar apenas ao aspecto biológico, mas também pautar suas intervenções no reconhecimento do avanço do referencial epistemológico atual que observa igualmente aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais no tratamento.

1.1 PROBLEMA

Quais são as limitações e potencialidades interventivas de uma equipe multiprofissional que atua no tratamento da obesidade infantil com vistas à promoção do desenvolvimento biopsicossocial da criança?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Investigar as limitações e potencialidades interventivas de uma equipe multiprofissional que atua no tratamento da obesidade infantil.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Identificar os modos de intervenções da equipe multiprofissional.
- Conhecer as limitações e potencialidades vivenciadas pelos profissionais estudados nas ações de tratamento da obesidade infantil.
- Analisar as contribuições que a equipe multiprofissional proporciona às crianças sob seus cuidados.

1.3 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO

A obesidade infantil é fortemente influenciada e resultante das diversas formas de interação da criança com o meio na qual está inserida. Os contextos classificados como microsistema, mesossistema, exossistema e macrosistemas são responsáveis por promover continuidades e mudanças nos hábitos e comportamentos humanos. Além disso, o fator tempo também se caracteriza como variável a ser considerada enquanto possibilitador de agregação de novos valores às condutas humanas no transcorrer dos fatos históricos (BRONFENBRENNER, 2002, 2011; CASTRO, 2011; LEÃO, 2011).

Os hábitos alimentares da população não se apresentam como próprios de uma determinada faixa etária, mas como característica de uma cultura que emoldura a vida social dos indivíduos, sejam eles crianças, adolescentes, jovens, adultos ou idosos. É pelo fato de certas condutas se evidenciarem e manterem presentes em diversos contextos, que é possível afirmar que um objeto de investigação considerado como elemento transversal aos vários contextos como é o caso da obesidade infantil.

Assim, esta pesquisa tem como foco de estudo as ações e práticas realizadas num microsistema de intervenção de uma equipe multiprofissional que operacionaliza um programa direcionado ao tratamento direto da obesidade infantil. Equipe caracterizada por realizar intervenções por meio das áreas de endocrinologia pediátrica, nutrição, psicologia, serviço social e educação física.

O programa em questão é realizado por uma Organização Social situada numa cidade do Vale do Paraíba Paulista, cujo atendimento é voltado para crianças na faixa etária de 0 a 15 anos, gestantes e nutrizes, tendo como objetivo a elaboração, desenvolvimento e gestão de um conjunto de ações multidisciplinar para promover os direitos das crianças, adolescentes e gestantes.

Essa Organização Social, comumente denominada Associação de Direito Privado sem fins lucrativos ou econômicos foi fundada no ano de 1943, sendo pioneira na oferta de serviço com estrutura multiprofissional de caráter assistencial à mãe e à criança.

1.4 RELEVÂNCIA DO ESTUDO

O desenvolvimento do capitalismo, o crescimento demográfico, o desenvolvimento tecnológico, o processo de industrialização, a globalização e o sedentarismo contribuíram para a emergência da obesidade como um problema de saúde pública mundial, constituindo-se em epidemia.

As equipes constituídas por diferentes profissionais surgem como um caminho de intervenção eficaz no tratamento e controle da obesidade infantil, por conta da complexidade da doença. Para Farias (2005, p. 30) as intervenções,

[...] devem ter a participação de profissionais: da área médica, agentes de saúde, professores de educação física, psicólogas e nutricionistas, desenvolvendo atividades de intervenção e tratamento por meio de mudanças comportamentais relacionadas aos hábitos alimentares, e a prática de atividade física e controle emocional.

Kiess et al. (2001 apud FARIAS, 2005) apontam que as estratégias de intervenção e tratamento da obesidade em crianças e jovens devem partir de equipes multiprofissionais, tendo a participação de toda a equipe no processo de trabalho, desde a organização do planejamento e definições de metas à execução das atividades e cumprimento dos objetivos propostos previamente.

A prevenção constitui um caminho interessante, sendo que deve ser indicado desde o período neonatal, passando pelo período de amamentação (recomendado) e chegando à fase de introdução ao alimento. Logo após, por meio de uma vida mais saudável, incorporando atividade física, ou pela alimentação mais saudável. Porém, quando o problema está instalado a tarefa é da família e de outras instituições sociais, buscando realizar ações em conjunto, envolvendo desde os microssistemas compartilhados pela criança (família, programa de tratamento, escola, comunidade, organizações sociais de uma forma geral) até o macrossistema (poder público).

Acredita-se que com intervenções de equipe multiprofissional e formulações de políticas públicas de estímulo a uma vida saudável, desde a infância, poderiam contribuir para minimizar os riscos com relação às doenças associadas ao sobrepeso e à obesidade, como o desenvolvimento de diabetes, doenças cardiovasculares e alguns cânceres, na fase adulta. Também se pode reduzir problemas na capacidade funcional, na qualidade e expectativa de vida e na diminuição da morbi-mortalidade. Por consequência, a minimização de problemas e doenças, como: aterosclerose, alterações metabólicas, síndrome metabólica (agrupamento de

situações como obesidade abdominal, hipertensão arterial, diabetes e alteração no perfil lipídico sanguíneo), doenças osteo-articulares, limitações mecânicas, dificuldade de respiração, problemas dermatológicos e dores articulares.

Portanto, a presente pesquisa mostra-se relevante por ser uma proposta que busca investigar as limitações e potencialidades interventivas de uma equipe multiprofissional que atua no tratamento da obesidade infantil com vistas à promoção do desenvolvimento biopsicossocial da criança.

1.5 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

Este estudo, organizado em cinco capítulos, reforça a importância da discussão das limitações e potencialidades interventivas de uma equipe multiprofissional da área da saúde no trato de questões relacionadas à obesidade infantil.

O enfoque dado para esse estudo privilegiou a análise dos contextos por se entender que a questão da obesidade infantil transita por todos eles. A opção por priorizar reflexões em torno da interligação de múltiplos contextos que se interagem reciprocamente advém da escolha teórica adotada, qual seja a Abordagem Bioecológica do Desenvolvimento Humano proposta por Bronfenbrenner.

Assim sendo, no primeiro o capítulo apresenta-se a Introdução, que é composta pela delimitação do problema, o objetivo geral e os específicos, a delimitação e relevância da pesquisa e a organização do trabalho. No segundo capítulo tem-se a revisão da literatura que abarca reflexões em torno do referencial teórico utilizado, da teoria do desenvolvimento humano, da obesidade e algumas perspectivas, das políticas públicas de intervenção na obesidade infantil no Brasil e do tratamento da obesidade infantil. No terceiro capítulo, explana-se o método utilizado neste estudo com a apresentação do tipo de pesquisa, população e amostra, instrumentos, procedimentos para coleta e análise dos dados. No quarto capítulo são expostos os resultados e discussão do tema investigado. Concluindo no quinto capítulo, sendo assim apresentadas as considerações finais do estudo.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 TEORIA BIOECOLÓGICA DO DESENVOLVIMENTO HUMANO

A Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano é uma teoria nova com pouco mais de 40 anos de existência. Apesar da pouca idade “[...] essa teoria envolveu uma compreensão ampla e robusta da importância da dinâmica e da multiplicidade ecológica do desenvolvimento humano.” (LERNER, 2011, p. 23).

Para Bronfenbrenner (2002) afirmar que o desenvolvimento humano é um produto da interação do indivíduo com o seu meio ambiente é consenso entre os estudiosos do assunto, porém, há poucos que acreditam que essa afirmação seja extraordinária, ou seja, para muitos tal afirmação é senso comum. No entanto, conforme Santana e Koller (2004, p.109) tomando como referência os estudos de Urie Bronfenbrenner, afirmam que: “O desenvolvimento humano consiste em um processo de interação recíproca entre a pessoa e o seu contexto.”

Na visão de Dessen e Guedea (2005, p. 15):

[...] o desenvolvimento representa uma reorganização contínua dentro a unidade tempo-espaco, que opera no nível das ações, percepções, atividades e interações do indivíduo com o seu mundo, sendo estimulado ou inibido por meio das interações com diferentes participantes do ambiente da pessoa.

Com relação ao desenvolvimento o Modelo Bioecológico considera as acomodações orgânicas, as mudanças ambientais ocorridas ao longo do ciclo de vida do indivíduo e a dimensão temporal, incorporando os eventos históricos, que refletem nas mudanças sociais nas quais o individuo está inserido, que inibem ou motivam alterações individuais ao longo do curso da vida. Respaldados por este referencial teórico Dessen e Guedea (2005, p. 15-16) consideram “[...] o desenvolvimento como uma acomodação progressiva e mútua entre o organismo humano em desenvolvimento e a mudanças imediatas do ambiente no qual ele vive, durante o curso de vida.”

Inicialmente, a Teoria Ecológica partia da afirmação de que o desenvolvimento humano, “[...] está sempre inserido e expresso num comportamento em um determinado contexto ambiental.” (BRONFENBRENNER, 2002, p. 22). No entanto, com o seu aprimoramento de ecológica passou a ser denominada Bioecológica. Com isso, o desenvolvimento humano torna-se reconhecido e defendido como:

[...] fenômeno de continuidade e de mudança das características biopsicológicas dos seres humanos como indivíduos e grupos. Esse fenômeno se estende ao longo do ciclo de vida humano por meio das sucessivas gerações e ao longo do tempo histórico, tanto passado quanto presente. (BRONFENBRENNER, 2011, p. 43).

Desta forma, a Teoria Bioecológica de Bronfenbrenner “[...] representa a dinâmica das relações do desenvolvimento humano que esta em atividade e seu ambiente complexo, integrado e mutável.” (LERNER, 2011, p. 27).

Quanto ao método propriamente dito, a Teoria Bioecológica constitui-se de quatro elementos que estão associados e interligados, definidos por Bronfenbrenner como o Modelo PPCT (Processo, Pessoa, Contexto e Tempo). Para o referido autor esses quatro elementos são vivos, dinâmicos, mutáveis, integrados e que se interagem no ambiente. Para a análise do desenvolvimento humano deve-se considerá-los como componentes interligados e inseridos nas distintas especificações conceituais desse “[...] dinâmico sistema do desenvolvimento [bem como] investigar o papel de todos eles para prover informações adequadas à compreensão do desenvolvimento humano.” (LERNER, 2011, p. 25).

Para Narvaz e Koller (2004) o *processo* a partir do novo modelo passou a ser fundamental nos estudos do desenvolvimento humano, sendo definido, segundo Santana e Koller (2004, p. 112) como “[...] a interação recíproca ocorrida nas díades desenvolvimentais, tomadas pelas pessoas em estudo e seus diferentes objetos de interação que incluem pessoas, símbolos e objetos.”

Essas autoras fazem menção a uma importante questão relacionada ao estudo do *processo*, que se refere às diversas experiências vividas, e qual o significado que a pessoa atribui a elas. Desta forma, os significados “[...] atribuídos aos diversos aspectos do contexto onde ocorre o desenvolvimento, influenciam a maneira como a pessoa age e/ou reage a este ambiente.” (SANTANA; KOLLER, 2004, p. 112). Portanto, as diferenciadas experiências vividas ao longo do *processo* ganham significado podendo acarretar marcas que irão influenciar no desenvolvimento humano. Além disso, para Bronfenbrenner (2011, p. 46) “[...] o desenvolvimento ocorre por meio de processos de interação recíproca, progressivamente mais complexo entre os organismos em atividade e as pessoas, objetos e símbolos existentes no seu meio ambiente externo imediato [...]”.

De acordo com Bronfenbrenner (2011) experiências significativas como separação dos pais nem sempre podem afetar o desenvolvimento infantil ou o futuro da pessoa, embora sejam extremamente relevantes no processo de desenvolvimento. Da mesma forma esse autor

atribui peso considerável às influências das forças subjetivas e objetivas que se estabelecem por meio dos *processos proximais*. Para ele, as experiências significativas,

[...] exercem influência especialmente forte no desenvolvimento desde a primeira infância até a fase adulta do jovem. Um conjunto substancial de pesquisas realizadas durante o século passado indica que, há duas ou três décadas, essas forças estão situadas principalmente dentro da família, com os pais atuando como principal cuidadores e fonte de apoio emocional dos filhos, seguidos de outros membros adultos da família que moram na mesma casa. Em menor escala parentes, amigos da família e vizinhos também exercem esses papéis. (BRONFENBRENNER, 2011, p. 48).

Para Narvaz e Koller (2004) os significados associados a outros mecanismos de interação constituem nos *processos proximais*, que são as formas particulares de interação da pessoa com o ambiente ao longo do tempo. Essas autoras definem os *processos proximais* a partir de cinco aspectos: (1) engajamento da pessoa em uma atividade; (2) regularidade na interação; (3) aumento da complexidade; (4) reciprocidade nas relações interpessoais; e (5) objetos e símbolos imediatos que possam estimular a atenção e exploração, a manutenção e a imaginação.

Reforçando tais considerações, Prati et al. (2007, p. 161) afirmam que: “O desenvolvimento humano ocorre através da ampliações e aproximações entre a pessoa e os diversos elementos do contexto que se influenciam mutuamente de forma não linear e dinâmica, alterando-se qualitativamente ao longo do tempo.”

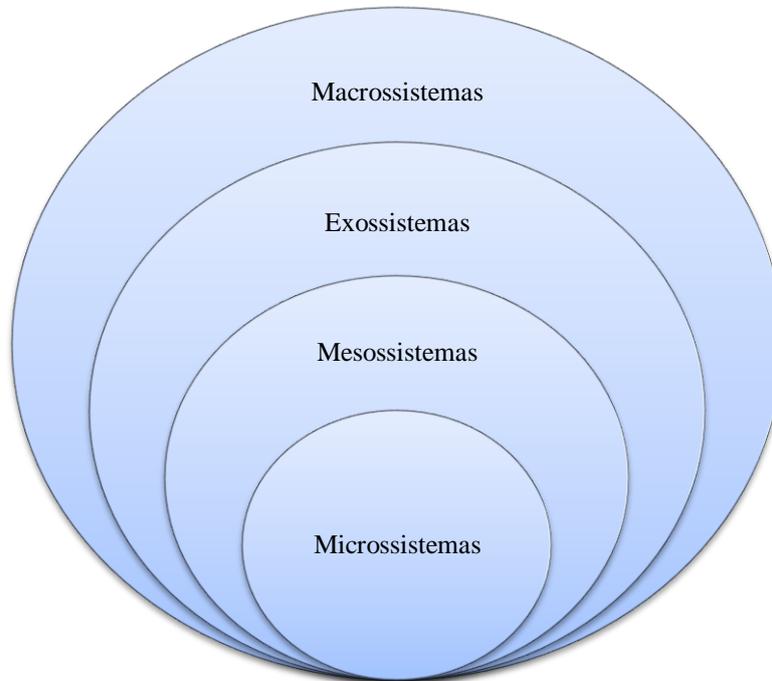
Outro aspecto importante que constitui o *processo* são as Transições Ecológicas, que englobam as mudanças de papéis e ambientes. Em se tratando de crianças, por exemplo, Santana e Koller (2004, p. 113) explicam que a transição ecológica ocorre de maneira recíproca onde se “[...] exige desta criança um exercício de novos papéis neste novo ambiente, assim como é exigido deste ambiente novas respostas decorrentes do ingresso da criança.”

A *pessoa* dentro da Teoria Bioecológica, “[...] envolve tanto características determinadas biopsicologicamente quanto aquelas características que foram construídas na interação com o ambiente.” (NARVAZ; KOLLER, 2004, p. 55). Assim, o indivíduo se constitui numa unidade biopsicossocial.

Santana e Koller (2004) definem a dimensão *contexto* como um conjunto formado por quatro sistemas concêntricos e com uma interconexão entre eles, sendo composto por microsistemas, mesossistemas, exossistemas e macrosistemas. Segundo Bronfenbrenner (2002, p. 18): “o meio ambiente ecológico é concebido topologicamente como uma organização de encaixe de estruturas concêntricas, cada uma contida na seguinte.” Dessen e

Guedea (2005, p. 16) reforçam a conceituação afirmando que esse ambiente ecológico é “[...] concebido em estruturas, cada uma delas contida em estruturas maiores.” (Figura 2).

Figura 2 – Estruturas do ambiente ecológico relacionadas ao contexto.



Fonte: Bronfenbrenner (2002).

Os *microsistemas* são os *contextos* mais imediatos e de maior proximidade em que os indivíduos participam diretamente. Bronfenbrenner (2002, p. 18) definiu *microsistema* como um “[...] conjunto de atividades, papéis e relações interpessoais experienciadas pelas pessoas em desenvolvimento num dado ambiente com características físicas e materiais específicos.” Sendo que uma estrutura menor dentro do ambiente ecológico tem como característica as importantes interações face a face, determinantes para o desenvolvimento individual. Exemplos de *microsistemas* da criança são: a família, a escola e a instituição de intervenção. Três elementos compõem o *microsistema*, são eles: as atividades, as relações interpessoais e os papéis.

Com relação às atividades ou o conjunto das mesmas, Bronfenbrenner (2002) as define como *atividades molares*. Segundo esse autor as *atividades molares* são as representadas pelas manifestações principais e imediatas no desenvolvimento individual, sendo as mais significativas e persistentes ao longo do ciclo da vida.

As ocorrências das relações interpessoais acontecem “[...] quando uma pessoa participa ou presta atenção à atividade de outra pessoa, [sendo] a principal fonte de influência

e exemplos da criança, até que esta ingresse em uma instituição infantil, primeiro ambiente frequentado pela criança fora do lar.” (SAI; MARCO, 2008, p. 335).

Bronfenbrenner (2002, p. 20-21) empresta a definição de papel das ciências sociais, que segundo ele são enfatizadas nas teorias de Mead e dos Thomas, o definindo como “[...] uma série de comportamentos e expectativas associadas a uma posição na sociedade, tal como a de mãe, professora, amigo e assim por diante.” Assim, o conceito de *microsistema* envolve estes três aspectos supracitados.

Os *mesossistemas* segundo Dessen e Guedea (2005, p. 16) são as “[...] inter-relações entre os cenários principais nos quais a criança em desenvolvimento participa.” Como exemplo cita-se as relações entre família e escola, ou seja, a interação de dois *microsistemas*.

Os *exossistemas* são definidos pelas “[...] estruturas sociais específicas, formais e informais, que tem efeitos sobre os cenários imediatos da pessoa em desenvolvimento, influenciando, delimitando e até determinando o que ia acontecer [...]” (DESSEN; GUEDEA, 2005, p. 16). Bronfenbrenner (2002) define exemplos de *exossistemas* relacionados às crianças pequenas, como: o local de trabalho dos pais e a sala de aula dos irmãos mais velhos. Eventos ocorridos nestes ambientes podem de alguma forma influenciar no desenvolvimento das crianças.

Por fim: “*Macrossistema* são protótipos gerais de uma cultura e subcultura que estabelecem o padrão das estruturas e atividades em um determinado nível.” (DESSEN; GUEDEA, 2005, p. 16). Apresenta-se como exemplos o governo federal e as suas políticas públicas. Resumido por Lerner (2011, p. 23): “O *macrossistema* influencia a natureza das interações de todos os outros níveis da ecologia do desenvolvimento humano.”

A dimensão *tempo* para Dessen e Guedea (2005) são os eventos históricos, refletidos nas sociedades onde os indivíduos estão inseridos e as mudanças que o próprio indivíduo sofre ao longo do seu ciclo de vida. O *tempo* na perspectiva bronfenbrenniana é constituído de um sistema integrado denominado de *cronossistema*, que possui três esferas, sendo elas: *micro*, *meso* e *macrotempo*.

Para Santana e Koller (2004) o *microtempo* refere-se ao tempo relativamente curto ou menor, envolvido nas interações das pessoas em desenvolvimento. Com relação a esta esfera do tempo, as irregularidades e descontinuidades podem dificultar os *processos proximais* e da mesma forma, as regularidades e as estabilidades desses processos podem contribuir para um desenvolvimento saudável. O *mesotempo* refere-se à periodicidade dos eventos, como os dias, semanas e anos. O *macrotempo* constitui-se dos eventos maiores,

como os períodos de longos anos, definidos nas etapas ou fases da vida, conhecida por todos, como a infância, adolescência, vida adulta e velhice.

Por fim, ressalta-se que o Modelo PPCT deve ser sempre considerado como processo dinâmico onde cada um de seus elementos movimenta-se ininterruptamente expressando sua interação recíproca.

2.2 OBESIDADE: PERSPECTIVAS BIOLÓGICAS, HISTÓRICAS, SOCIAIS E CULTURAIS

2.2.1 Perspectivas Biológicas

[...] A obesidade pode ser conceituada como uma doença de origem multifatorial, em que ocorre a interação de aspectos genéticos, ambientais além de influências socioeconômicas e alterações endócrinas e metabólicas. Trata-se de uma condição complexa que sobrecarrega o sistema de saúde, interfere em recursos econômicos e traz consequências clínicas, psicológicas e sociais de grande envergadura. Descrever suas causas não é tarefa simples, pois já está bem estabelecido na literatura que o aumento do peso corporal e também do excesso de adiposidade é um processo bastante complexo em que ocorre interação de inúmeros fatores. (BATCHELOR; BAUR, 2005 apud MARCHI-ALVES et al., 2011, p. 239)

Roschel et al. (2006, p. 98) caracterizam a obesidade como um “[...] resultado de uma ingestão calórica que excede o gasto calórico [...]”. Ressaltam-se as muitas definições caminhando no mesmo sentido, não obstante, a obesidade não se restringe unicamente ao excessivo processo de ingestão alimentar e a ausência de atividades físicas, mas podendo estar relacionada a uma diversidade complexa de muitos determinantes (DENADAI et al., 1998; GUERRA, 2000; HALPERN, 2000 apud DÂMASO et al., 2003).

Por conta de um terço da população do mundo estar obesa, a obesidade é classificada como epidemia pela Organização Mundial de Saúde (OMS). De acordo com a Organização Pan Americana da Saúde (2003, s.p.) a obesidade “[...] de uma forma geral, vem sendo definida como uma doença resultante do acúmulo anormal ou excessivo de gordura sob a forma de tecido adiposo, de forma que possa resultar em prejuízos diversos à saúde.” Sendo caracterizada como doença multifatorial simplificá-la como doença alimentar, associada a práticas sedentárias, não proverá resultados satisfatórios no tratamento, precisa-se, portanto de ações mais efetivas de todas as esferas da sociedade.

Pitanga e Lessa (2005), pensando nos aspectos antropométricos, classificam a obesidade, quanto à localização dos depósitos, distribuição de tecido adiposo de duas maneiras: andróide (central ou maçã) e ginóide (periférica ou pêra). A andróide é observada com maior frequência nos homens, caracteriza-se pela concentração de um volume maior de gordura na região abdominal. A ginóide é verificada na maioria dos casos nas mulheres, tem como característica acumular gordura na região do quadril. Considera-se a primeira mais perigosa em relação à segunda, devido ao fato da gordura corporal estar mais próxima aos órgãos vitais, em especial o coração, e ser metabolicamente mais ativa, isto é, estar constantemente sendo mobilizada e depositada nesta região.

Anjos (2006) considera o Índice de Massa Corporal (IMC) ou índice de Quetelet como melhor alternativa clínica para mensurar a adiposidade, especialmente em estudos populacionais. Porém, ressalta suas limitações na desconsideração da etnia, idade, sexo. “O valor do IMC é o calculado pela massa em quilogramas dividida pelo quadrado da altura do indivíduo (kg/m^2) [...]” (VIERIA et al., 2004, p. 142), sendo utilizado com mais frequência na população adulta. Considera-se o IMC o critério mais simples de classificação do estado nutricional.

Outra forma eficaz e simples de avaliar a obesidade é com relação ao local de deposição do tecido lipídico e os riscos aumentados para desenvolvimento de complicações, ocasionadas por doenças correlacionadas como as cardiovasculares e as metabólicas, é a medida da circunferência abdominal (Quadro 2).

Para Viunisk (2003) há um consenso com relação ao uso dos valores do IMC na identificação do sobrepeso e obesidade em adultos. Porém, o uso apenas do IMC como parâmetro antropométrico em crianças e adolescentes é discutido.

Em 2006 a OMS lançou a curva de padrão de acompanhamento do crescimento para crianças pré-escolares (0 a 5 anos). Imediatamente ocorreram discussões com relação a um padrão em escala contínua de acompanhamento do crescimento das crianças, por conta dessa curva ser restrita à população pré-escolar. Logo após, observada esta lacuna, em 2007 a OMS lançou as novas curvas de referências para crianças em idade escolar (5 a 19 anos), suprimindo esta e atendendo as exigências dos especialistas do mundo. Desta forma, as curvas de percentis do IMC x IDADE pelo gênero são parâmetros bastante utilizados e confiáveis na mensuração do sobrepeso e da obesidade infantil.

De acordo com padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a) por meio do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) define como parâmetro antropométrico os indicadores de peso e altura para a criança brasileira menor de 10 anos,

classificando três pontos de corte (percentis 3, 10 e 97) , apontam que crianças e adolescentes são identificados como risco de sobrepeso quando estiverem acima do percentil 97 da curva supramencionada, conforme mencionados no quadro três que segue.

Quadro 1 – Valores percentis de parâmetro antropométrico (peso e estatura) para classificação do estado nutricional de crianças brasileiras menores de 10 anos.

| Percentil | Interpretação |
|-----------------------|--|
| < 3 | Criança com baixo peso para a sua altura |
| > 3 a < 10 | Criança com risco de baixo peso para sua altura |
| > 10 a < 97 percentil | Criança com peso adequado para sua altura |
| > 97 percentil | Criança com risco de sobrepeso para sua estatura |

Fonte: Brasil (2011a).

A origem da obesidade pode ser estudada sob diferentes óticas, como por exemplo, a fisiológica (percentual de gordura, genética), a sociocultural (hábito alimentar, poder aquisitivo), a sócio-histórica (mudança na organização da sociedade). Inicialmente a obesidade é tratada sob o aspecto fisiológico, contextualizando o panorama sócio-histórico e por fim sob a ótica ambiental ou sociocultural de seu crescimento no Brasil.

Em se tratando dos aspectos fisiológicos, relacionados à origem endógena, Dâmaso et al. (2003a) mencionam que fatores genéticos, neuropsicológicos, endócrinos e metabólicos representam aproximadamente 5% dos casos de obesidade, causada por algum distúrbio nesses fatores. Porém, para esses autores, o sistema endócrino exerce papel importante na origem e manutenção da obesidade tendo participação ativa na regulação hormonal e controle do peso. “Em indivíduos obesos, mudanças na secreção e na ação hormonal resultam dos efeitos do progressivo balanço calórico positivo e do excesso de adiposidade.” (DÂMASO et al., 2003a, p. 10).

Ferreira, S. et al. (2006) afirmam que anormalidades na interação dos fatores hormonais e neurais são determinadas geneticamente, neste sentido, defeitos nesses fatores podem contribuir para dificuldade na saciedade e na regulação do peso corporal.

De acordo com Escrivão et al. (2000) um distúrbio hormonal que ganhou destaque nos últimos anos e estudado com frequência está relacionado ao hormônio leptina. Esse hormônio funciona como um sinal de saciedade para o Sistema Nervoso Central (SNC) após a alimentação. Há uma hipótese que em indivíduos obesos podem ocorrer sensibilidade diminuída a leptina ou falha no seu receptor. Desta forma, os obesos por não receberem o sinal de saciedade, continuam com ingestão de alimentos e consequente aumento do peso corporal.

Negrão e Licínio (2000) apontam que a produção da leptina ocorre em grande quantidade no tecido adiposo branco, porém, em outros órgãos do corpo humano, como estômago, placenta e tecido adiposo marrom, a produção acontece em quantidades menores. De acordo com resultados de uma revisão bibliográfica realizada por Marques-Lopes et al., (2004) a leptina pode também ser produzida pelo músculo e liberada na circulação sanguínea. Desta maneira, esses autores defendem que esta pode contribuir para os efeitos de regulação do peso e da gordura corporal, indicando-a como uma possível alternativa no tratamento da obesidade. Escrivão et al. (2000) afirmam que após a descoberta da leptina fomentou-se o desenvolvimento de novas pesquisas e melhorou a expectativa com relação ao tratamento da obesidade.

Salve (2006) observando aspectos genéticos atribui papel significativo aos genes na determinação da obesidade. Crianças de mãe e pai obesos têm 80% de chances de se tornarem obesas; se apenas um dos pais for obeso a chance cai para 40% e se ambos os pais não forem obesos a criança tem apenas 10% de probabilidade de se tornar obesa. Marques-Lopes et al. (2004) asseveram que a probabilidade da criança ser obesa é grande quando existe obesidade em vários membros da família.

Inversamente, para Roschel. (2006, p. 98): “estudos realizados com gêmeos monozigóticos de pais obesos mostram que o fator ambiental pode ser predominante aos fatores genéticos na determinação da quantidade de gordura corporal.” Ou seja, fatores genéticos, fisiológicos e metabólicos são importantes na origem da obesidade, porém ressaltam que o aumento do percentual da obesidade pode estar mais relacionado aos hábitos alimentares e a mudanças no estilo de vida. Portanto, considerando que é uma doença de múltiplas causas a interação dos fatores endógenos e exógenos não pode ser descartada (OLIVEIRA, C.; FISBERG, 2003).

Dâmaso et al. (2003a) relataram que fatores exógenos representam 95% ou mais dos casos de obesidade, causada pela ingestão calórica excessiva. Atentando para uma análise dos fatores ambientais, Oliveira, C. e Fisberg (2003, p. 107-108) mencionam que: “O aumento no

consumo de alimentos ricos em açúcares simples e gorduras, com alta densidade energética, e a diminuição da prática de exercícios físicos, [...] avanços tecnológicos, como computadores e videogames, poderia explicar de certa forma a maior prevalência da obesidade.”

Para Pinho e Petroski (1999, p. 62): “Atitudes cotidianas buscam cada vez mais a economia do esforço físico, provocando desequilíbrio entre a ingestão alimentar e o consumo de energia, o que facilita o aumento consequente de acúmulo da adiposidade corpórea.”

A preocupação maior em relação a influência da obesidade sobre o desenvolvimento infantil é devido ao risco aumentado que esses indivíduos têm de tornarem-se adultos obesos e todas as consequências que esse quadro pode trazer, como “[...] insuficiência cardíaca, diabetes, arteriosclerose, hipertensão e aumento da mortalidade. Assim o excesso de peso de 4.500 kg aumenta em 8x a probabilidade de mortalidade do indivíduo; um excesso de peso de 9 kg aumenta a porcentagem de mortalidade em 18x e assim por diante.” (LEDERER, 1991 apud SALVE, 2006, p. 33).

Segundo Mello et al. (2004a) na infância a obesidade esta associada a várias complicações que podem ou não influenciar no seu desenvolvimento, dentre elas existem as: articulares, complicações especialmente nas articulações da coluna, do quadril, joelhos e tornozelos; capacidade cardiovascular, oscilação na pressão arterial sistêmica, e possível hipertrofia cardíaca; avanço na idade óssea e no crescimento; doenças dermatológicas, maiores chance de obter micoses, dermatites e piodermites; endócrino-metabólicas, há uma maior resistência à insulina e consequentemente maior predisposição ao diabetes; psicossociais, como discriminação social, eventual isolamento se afastando de atividades sociais e dificuldade de expressar seus sentimentos; respiratórias, as crianças fadigam até no caminhar, apresentam asma e infecções dermatológicas; e o aumento do risco de morte, resumidas no quadro abaixo:

Quadro 2 – Doenças associadas à obesidade e possíveis consequências.

| Doenças | Consequências |
|-----------------------|--|
| Articulares | Maior predisposição a artroses, osteoartrite Epifisiólise da cabeça femoral “ <i>Genu valgum</i> ”, Coxa vara |
| Cardiovasculares | Hipertensão arterial sistêmica; Hipertrofia cardíaca |
| Cirúrgicas | Aumento do risco cirúrgico |
| Crescimento | Idade óssea avançada, aumento da altura; Menarca precoce |
| Cutâneas | Maior predisposição a micoses, dermatites e piodermites |
| Endócrino-metabólicas | Resistência à insulina e maior predisposição ao diabetes Hipertrigliceridemia e Hipercolesterolemia |
| Gastrointestinais | Aumento da frequência de litíase biliar Esteatose hepática e esteatohepatite |
| Neoplásicas | Maior frequência de câncer de endométrio, mama, vesícula biliar, cólon/reto e próstata |
| Psicossociais | Discriminação social e isolamento; Afastamento de atividades sociais; Dificuldade de expressar seus sentimentos |
| Respiratórias | Tendência à hipóxia, devido a aumento da demanda ventilatória; Aumento do esforço respiratório; Diminuição da eficiência muscular; Diminuição da reserva funcional; Microectasias; Apnéia do sono, Síndrome de <i>Pickwick</i> ; Infecções e Asma |
| Mortalidade | Aumento do risco de mortalidade |

Fonte: Mello et al. 2004a.

2.2.2 Perspectivas Históricas, Sociais e Culturais

Interessa nesta reflexão, focar a questão não de forma cronológica, mas pontuar os aspectos mais relevantes para o desenvolvimento da obesidade nas sociedades de forma geral e na sequência, particularmente no Brasil.

Ao longo da história da sociedade o conceito de obesidade foi se transformando e por meio da contextualização histórica verificam-se as transformações ocorridas no corpo. Houve um período em que a obesidade era analisada de acordo com seu valor estético, aceita socialmente, porém sem estar atrelada à questão da saúde. No desenrolar dos fatos históricos e

sob a ótica da saúde a pessoa obesa passa a ser culpabilizada pela sua situação, sendo, portanto estigmatizada socialmente.

Esta mudança do valor estético para o da saúde ocorreu lentamente em um período histórico longo, sendo essas mudanças refletidas nas sociedades correspondentes a cada época. Nesse sentido, o valor estético da obesidade foi reforçado pelas artes, como observado nos períodos da Idade Média e do Renascimento. Inicialmente a obesidade não era tratada como problema de saúde. Entretanto, o contexto da sociedade atual com o apoio da mídia, nas suas diversas formas de expressão, contribui à propagação dos riscos da obesidade e também para a estigmatização social das pessoas obesas.

Segundo Santolin e Rigo (2012) na Idade Média, o termo obeso se referia ao indivíduo que ingeria alimentos excessivamente, ou seja, mais relacionado à gula e à intemperança. A corpulência excessiva e a gula aparentemente não eram aprovadas pela igreja e aristocracia, muito mais pelo esforço das correntes filosóficas, estéticas, morais e religiosas do que pela sua associação com problemas de saúde. No período em questão surgiu o termo pecado, originando-se da lista de oito tentações de Pôntico, que enumera os vícios que poderiam levar a humanidade para o inferno. O papa Gregório diminuiu para sete a lista de Pôntico, denominando-a de Sete Pecados Capitais, sendo a gula apresentada em ambas. Pôntico afirmava que comer em demasia dificultava o exercício das práticas de orações. E nesta mesma direção de modo ainda mais austero, Gregório defendia que comer demais poderia se tornar mortífero tanto para o físico quanto para o espírito. Ambas as ideias ecoaram e acompanhadas de explicações da medicina ganharam força.

Corroborando a ideia acima, Moreira (2008) afirma que no período Medieval na Europa, o excesso de peso era associado ao pecado, tendo a gula como um vício e tentação a ser eliminada e no Japão houve até mesmo certa intolerância a corpulência excessiva, associada a um deslize moral do indivíduo.

No Renascimento, por volta do ano de 1560, Paolo Veronese, famoso pintor do período, retrata “A Bela Nani” (GONÇALVES, 2004) (Figura 2), e Peter Paul Rubens famoso pintor do século XVII retrata “As Três Graças” (Figura 3), ambos, sugerindo que o belo numa mulher era suas formas arredondadas, tidas como sensuais (STENZEL, 2002). As mulheres sobrepeso eram tema dos grandes artistas, mas como ressalta Fischler (1990 apud. GONÇALVES, 2004, p. 2-3) “[...] isto não quer dizer que a obesidade fosse desejada por todos, ou seja, apenas indica que ela era mais tolerada, pois era imbuída de certo prestígio social [...]”.

Figura 3 – A Bela Nani, aproximadamente do ano de 1560, pintada por Paolo Veronese.



Fonte: <<http://www.belandraderamos.com.br/blog>>.

Figura 4 – “As três graças” de Peter Paul Rubens.



Fonte: < <http://medicineisart.blogspot.com.br/2010/12/sindrome-de-hipermobilidade-em-as-tres.html> >.

No entanto, Fisberg (1995) aponta que durante longos anos nas sociedades antigas babilônicas, gregas, romanas e em outros povos, associava-se a condição de sucesso econômico ao homem de peso excessivo. Desta forma, a gordura corporal representava poder, prosperidade, sendo aceitável no meio social. Como salienta Campos, M. (2002, p. 34): “A obesidade era característica de indivíduos da elite, sendo encarada muito mais como um elemento de status do que uma doença.”

Stenzel (2002) observa o início da estigmatização social da obesidade ocorrendo paralelo ao processo de industrialização, que vem acompanhada das ideias do cristianismo, do reconhecimento da nutrição como importante área do conhecimento e das contribuições da moda no referencial de padrão estético. As ideias do cristianismo propagava o jejum como símbolo de purificação e virtude, o excesso alimentar como um pecado, a privação como ato sagrado e as imagens dos seus santos magros; o reconhecimento da nutrição no século XX como importante área de estudo, associando a palavra *diet* a limitação/restrrição de alguns alimentos prejudiciais a saúde; e a moda que contribuiu com seu exacerbado valor estético a magreza, como sendo a única forma de beleza. Desta forma, esta rede de influências foi determinante para o processo de transição de valores atribuídos à obesidade.

No início do século XIX a associação da obesidade com atributos positivos sofre forte mudança, sendo que: “Em 1900 esta representação se inverteu, e de lá para cá o sucesso e a beleza vêm sendo associados à magreza.” (STENZEL, 2002, p. 29). O fator sociocultural

tem grande parcela de contribuição no referencial de padrão estabelecido, pois ao longo da história ocorreram mudanças profundas e significativas nas sociedades e conseqüentemente no comportamento das pessoas (ALMEIDA et al. (2005).

Em se tratando do Brasil, Moraes, P. (2010) destaca momentos históricos que na sua visão tiveram influência no crescimento da obesidade no país, como: o rápido êxodo rural, a instituição do salário mínimo em 1940 que foi baseado no valor da cesta básica, a intensificação do processo de industrialização ocorrido a partir de 1970, a entrada da mulher no mercado de trabalho, alterando a dinâmica das famílias e a criação do Plano Real em 1994, considerado como momento histórico em que houve a queda da inflação e o aumento do poder aquisitivo.

Como aponta Fisberg (1995) nos anos 60 emergiu a prática da ginástica e se proliferou estudos associando o excesso de peso aos riscos cardiovasculares, respiratórios e ortopédicos, reforçando uma exagerada busca por um corpo magro e de forma atlética intensificando o processo de negação da obesidade. Desta forma, a obesidade passa “[...] de padrão de beleza a vilão dos tempos modernos, o obeso é catapultado para a área do preconceito físico sem igual [...]” (FISBERG, 1995, p. 10).

Como menciona Silva, R. (2007) a partir da década de 80, ocorre uma proliferação de academias de ginásticas, principalmente nos grandes centros urbanos do Brasil, e com este movimento inaugura-se uma responsabilização individual pela saúde e aparência física.

Segundo Andrade, C. e Santos, J. (2012) na exibição de desenhos animados¹ nas décadas de 80 e 90, eram evidentes e ressaltadas a associação dos super-heróis às capacidades físicas como agilidade, força, flexibilidade e velocidade; cognitivas como inteligência e autonomia; e valores, como honestidade. No entanto, os corpos na sua maioria independente do lado (bem ou mau) ou gênero do personagem, eram fortes, musculosos, belos e perfeitos. Os autores investigaram as subjetividades imbuídas nesses desenhos e o quanto influenciaram no comportamento da geração moderna.

Analisando o aspecto nutricional Mendonça e Anjos (2004) relatam que nos anos 90 teve início o crescimento da oferta de refeições rápidas (*fast food*) e a ampliação do uso de alimentos industrializados/processados. Alimentos esses que precisam ser fritos e possuem maior valor energético e menor valor nutricional. Segundo Dâmaso et al. (2003a) esta “revolução alimentar” gerou mudanças de hábitos alimentares importantes na sociedade brasileira, que “[...] devido a alterações no estilo de vida, passou a ter menos tempo para

¹ O referido artigo analisou seis desenhos animados veiculados nas décadas de 80 e 90, sendo eles: He-Man, She-Ra, A Caverna do Dragão, Thundercats, Super-Amigos e Popeye.

realizar suas refeições de forma adequada e balanceada; em vez disso, recorre-se a *fast foods*, normalmente ricos em gordura e com valor calórico acima do necessário.” (DÂMASO et al., 2003a, p. 6-7).

Outro dado interessante destacado por Mendonça e Anjos (2004) foi o aumento no número de restaurantes que ocorreu a partir da década de 1990. Inaugurando-se assim um novo estilo de vida, mais urbano e moderno trazendo mudanças significativas no padrão da alimentação tradicional do brasileiro.

Com a criação do Plano Real em 1994, ocorreram fortes mudanças econômicas que propiciaram aumento real no poder de compra da população, principalmente a de baixa renda. No mesmo período, segundo Moraes, P. (2010), pode ser observado um aumento da renda per capita da população e diminuição nos preços dos alimentos de alto teor calórico. Estes acontecimentos desencadearam crescimento no consumo de produtos industrializados como os congelados, os salgadinhos, refrigerantes e biscoitos, principalmente pelas famílias de menor poder aquisitivo. Viuniski (2003, p. 23) alerta que: “Enquanto o preço das frutas e verduras for maior do que o de balas e biscoitos e enquanto um litro de leite custar mais do que um litro de refrigerante, não teremos nutrição adequada nas camadas mais carentes da sociedade.”

Paralelamente, Mendonça e Anjos (2004) observaram na década de 1990 um declínio no consumo de legumes, hortaliças e frutas, e aumento vertiginoso de residências com televisão no Brasil. Estes indicativos são importantes e devem ser levados em consideração como possíveis contribuidores para o avanço da obesidade em especial nas crianças de baixa renda no Brasil, sendo a televisão uma forma de lazer dessa população.

A associação da obesidade à doença ocorreu apenas recentemente a partir de critérios antropométricos baseados no IMC, em 1998, quando o obeso passa a ser classificado oficialmente pelas autoridades de saúde como doente (RIGO; SANTOLIN, 2012). Dessa forma, a obesidade constitui-se como problema de saúde pública a ser solucionado. Os referidos autores resumem o sentimento do indivíduo obeso na modernidade desta forma:

[...] a incitação do medo provocada pelo conceito de risco associado a uma noção moral, puramente abstrata, de qualidade e expectativa de vida ajuda a forjar no corpo social a verdade de que os obesos não somente são doentes, mas que eles têm a obrigação de emagrecer, inclusive pelos prejuízos que, supostamente, acarretariam aos cofres públicos. (RIGO; SANTOLIN, 2012, p. 282).

Para Fisberg (1995, p. 9) com o conceito estatístico para definir pessoas normais, não só uma população obesa sofre com a segregação e preconceito, mas todos os extremos “[...]”

altos e baixos, magros e gordos, todos os polos são problemáticos e enfrentam dificuldades diárias.”

Segundo Oliveira e Fisberg (2003) nas últimas décadas no Brasil, pode-se observar uma transição nutricional, paralelamente a diminuição da desnutrição e aumento do sobrepeso e obesidade em crianças. Entretanto, Viuniski (2003) assevera que: “Esse aparente paradoxo mostra apenas as duas caras da mesma moeda. Os pobres ficam desnutridos e anêmicos porque não têm o suficiente para se alimentar, e ficam obesos porque se alimentam mal, com desequilíbrio energético importante.”

De acordo com Fischler (1995), atualmente as sociedades possuem traços explícitos de uma cultura lipofóbica² e excludente. Sociedades com essa característica são constituídas por pessoas que possuem aversão ao mínimo de gordura corporal, e consequente desenvolvimento de uma repulsa crescente face ao indivíduo obeso. Desta forma, Gonçalves (2004, p. 2-3) explica que: “Atualmente, o mínimo sinal de gordura é rechaçado. Hoje, se deseja um corpo absolutamente magro, sem adiposidade alguma. Além disso, os referenciais de obesidade e magreza mudaram com o tempo.”

Por fim, após este breve panorama histórico, afirma-se que: “A hostilidade com relação à obesidade é parte de um contexto histórico-social bastante amplo que envolve a medicina, a ciência, a arte, a religião, as questões de gênero, a moda, a mídia, como também uma série de códigos éticos e morais.” (STENZEL, 2002, p. 30-31). O agravante com relação à obesidade é que o indivíduo acaba sendo culpabilizado pela manutenção da doença e responsável pelo sucesso ou não do tratamento. Cabendo a ele buscar as melhores resoluções para o seu problema.

Andrade, C. e Santos, J. (2012) trazem um exemplo ilustrativo da construção de um estereótipo negativo da obesidade e que repercute na sociedade atual. De forma sutil a trama transmitia ideias pejorativas dos personagens obesos e destacava o personagem magro, em especial o Popeye. Assim, os autores fazem alusão a energéticos, tônicos, anabolizantes atuais ao famoso espinafre ingerido pelo Popeye que o deixa mais forte. Os episódios desse desenho animado em sua maioria eram as disputas do marinheiro Popeye com Brutus (obeso e maldoso) pelo amor de Olivia Palito, sendo que sempre que Popeye se encontrava em desvantagem consumia o produto e vencida. E, Dudu o gordinho simpático amigo do Popeye, era um bonachão, glutão e molenga, comilão de hambúrguer que nunca tinha dinheiro. Então

² Claude Fischler, antropólogo francês que desenvolve estudo sobre a cultura alimentar, observou o desenvolvimento de culturas lipofóbicas, caracterizadas por um certo horror a gordura corporal e consequente estigmatização e preconceito com relação ao indivíduo obeso.

para comer ele trapaceava, ou dava calotes. Assim os destaques são para os dois obesos (estigmatizados) do desenho que eram característicos por elementos pejorativo sendo o primeiro, mau e o segundo, apesar de ser amigo e simpático, comilão e desonesto. Desta forma, o desenho Popeye contribui para a construção de pensamentos estigmatizantes com relação aos indivíduos obesos. Ambos, Dudu e Brutus são retratados respectivamente na figura cinco.

Figura 5 – Dudu e Brutus, personagens do desenho animado Popeye.



Fonte: Dudu < <http://www.caaraamba.com/2011/09/domingo-nostalgico-popeye.html>>; Brutus < <http://animatedviews.com/2010/fifty-years-with-brutus/>>.

A indústria cultural exerce influências de formas explícitas e implícitas, criando subjetividades nos indivíduos, as quais são interiorizadas por meio de desenhos animados como, por exemplo, do marinheiro Popeye no qual: “[...] a obesidade apresenta-se negativamente, com a sensação de mal-estar frente às cobranças de um modelo de beleza magro ditado pelo modismo. A obesidade é exatamente o inverso do ideal pregado pela cultura atual.” (VARELA, 2006, p. 85). São desenhos como esses que consequentemente podem causar um mal-estar no indivíduo fora do padrão.

As mudanças nos padrões estéticos e de saúde ocorreram mediante transcórrer de um processo longo, contínuo e ininterrupto, que se repercute na sociedade brasileira. Pimenta e Rocha (2012) observaram em levantamento nos bancos de dados da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN) datada de 1989 e da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) do período de 2008 e 2009, que nos últimos anos houve no Brasil um aumento expressivo na porcentagem de crianças entre cinco e nove anos com sobrepeso e obesidade. Os dados apresentados são fundamentais pensando na especificidade e evolução do sobrepeso e da obesidade no Brasil. Esse processo vem sendo verificado, e a partir da segunda metade do

século XX, há intensificação do mesmo e a obesidade começa emergir como problema desde então no Brasil. Durante 20 anos, considerado como período sócio-histórico relativamente curto, os reflexos destas mudanças na sociedade brasileira são sentidos na atualidade, no entanto, como demonstrado trata-se de um processo que vem ocorrendo de longa data.

Conclui-se, portanto que todos esses fatores históricos, sociais e culturais abordados independentes de ocorrerem no Brasil ou não, possuem sua parcela de importância, uma vez que podem de alguma forma contribuir para o agravamento do problema, devendo por isso ser levados em consideração.

Em nível mundial e nacional, passa-se por um período de grandes transformações decorrentes do sistema econômico adotado, qual seja o capitalismo, cujos reflexos se repercutem na singularidade das pessoas estejam elas inseridas na fase infantil ou adulta da vida. Essas transformações levam crianças e adultos a buscarem alternativas de sobrevivência muitas vezes impostas e sem que se deem conta dessa camuflada imposição. Dessas alternativas cita-se como, por exemplo, aquisição de hábitos alimentares os quais podem criar necessidades e desejos que nem sempre correspondem com aquilo que realmente se faz necessário.

A sociedade como um todo, ao ser levada pela ideologia do consumismo, e neste caso pelo consumismo alimentar, muitas vezes não se apercebe dos riscos decorrentes dessa prática porque os interesses econômicos de uma parcela das indústrias voltadas à valorização excessiva do paladar e ao lucro desenfreado se subjazem diante dos apelos crescentes ditados pelo mercado capitalista.

O sistema capitalista destruiu economias milenares como o modo de produção asiático que regulou o processo de produção na Índia e na China, do mesmo modo como destruiu as velhas relações de produção que existiam na África e na América. O mundo foi completamente revolucionado com o capitalismo, as distâncias foram encurtadas e as necessidades naturais tornaram-se cada vez mais necessidades socialmente produzidas para atender o interesse de expansão e acumulação de capitais na metrópole. (MARX apud SANTOS NETO, 2011, p. 181).

É importante reforçar que o neoliberalismo ou capitalismo contemporâneo traz em seu arcabouço essa postura defensiva do consumismo. O neoliberalismo, que preside a direção da economia política e principal ator dentro do sistema capitalista, não altera somente o mundo do trabalho, mas também o contexto social, o ambiente familiar, as crenças, os padrões de comportamento, enfim. Sabe-se que o consumo se alicerça sobre as necessidades materiais e, portanto o incentivo ao consumismo alimentar se enquadra perfeitamente nessa ótica lucrativa do neoliberalismo (PAULO NETTO; BRAZ, 2011).

As grandes e poderosas indústrias dos produtos alimentícios conscientes dessa necessidade humana básica, nem sempre voltam seu olhar preocupado à questão da obesidade infantil decorrente dessa ingestão intermitente e desregulada de tudo o que é veiculado pela mídia televisiva e impressa.

Reforça-se, portanto a compreensão de que o contexto seja ele em nível micro, meso, exo ou macro, influencia a pessoa que nele se insere. Por conseguinte, ao longo de todo o ciclo de vida infantil, se a criança se encontrar inserida num microssistema onde são estabelecidas as relações diretas face a face como, por exemplo, no interior de uma família cujos membros sejam obesos ou com tendências à obesidade, certamente essa criança tem grande probabilidade de se tornar obesa como já citado anteriormente. Particularmente no que se refere à realidade desta pesquisa, outro exemplo de microssistema que tenderá a influenciar essa criança é a convivência que ela estabelecerá com as demais e com a equipe de profissionais da Organização Social estudada.

Da mesma forma, se a criança frequentar outros contextos como escola ou até mesmo grupos de crianças, cujo contexto seja favorável à prática que pode levar à obesidade constituindo assim um mesossistema, o risco se fortalece. Em outras palavras, a agregação desses vários microssistemas frequentados pela criança os quais originam o mesossistema, potencializa o risco ou minimiza dependendo de qual seja esse ambiente. Isso sem evidenciar as influências dos contextos não frequentados diretamente pela criança denominados exossistema, quais sejam, os ambientes de convívio dos pais, por exemplo, que às vezes ou muitas vezes não são de acesso das crianças, mas que influenciam o processo de agregação de hábitos já que os pais na tarefa de educar e promover o desenvolvimento dos filhos são influenciados por esses ambientes.

Questão de outra ordem igualmente importante se refere às Transições Ecológicas conforme citadas anteriormente e que ocorrem no interior de um espaço de tempo, podendo este ser considerado como microtempo, mesotempo ou macrotempo. Nas Transições Ecológicas, reforça-se a importância das alterações de papéis e ambientes e neste caso a adesão ou não da criança ao Programa de Intervenção da obesidade, por exemplo, é essencial e ditará os rumos da intervenção da equipe multiprofissional.

O desenvolvimento humano é complexo e diversificado e nesse processo as vivências marcantes são fundamentais. Essas vivências definem muitas das “[...] características psíquicas e expectativas sociais depositadas em uma determinada pessoa que se encontra nesta ponta da história do ciclo desenvolvimental.” (SANTANA; KOLLER, 2004, p. 115).

Ao longo de seu ciclo de vida, o indivíduo passa por diversas fases, quais sejam: infância, adolescência, vida adulta e velhice. Compreender a infância implica reconhecer suas próprias características e processos biopsicossociais importantes e diferenciados, ocorrendo num ritmo intenso. Nessa direção Moraes, M. et al. (2008, p. 23) afirmam que a infância se constitui como a “[...] etapa da vida que as transformações são notadas com mais evidência.”

Compreende-se a criança constituída de uma unidade biopsicossocial. Seu desenvolvimento ocorre nos diferentes contextos em que se insere e nas suas relações com as outras, ou seja, uma relação de troca, em que a criança influencia e também é influenciada pelo ambiente e sujeitos que neles vivem. Assim, mudanças no contexto familiar são de extrema importância na intervenção e tratamento da criança sobrepeso ou obesa.

“A obesidade tem sido apontada como um dos fatores contribuintes para a baixa autoestima, isolamento social, a depressão, etc.” (SLOCHOWER; KAPLAN, 1980 apud SALVE, 2006, p. 34), uma vez que a criança obesa pode apresentar dificuldades de obter prazer nas relações sociais. A construção de estereótipos preconceituosos como o de que o obeso é uma pessoa sem força de vontade, preguiçosa e fora de moda, reforça ainda mais o desconforto individual, gerando desalento e contribuindo para o desenvolvimento de uma imagem negativa de si.

Momentos de discriminação ao longo do desenvolvimento infantil podem gerar situações de profunda infelicidade, acarretando problemas de ordem psicológica. Para Stenzel (2002) atualmente vive-se o paradoxo do prazer do ato de comer e a obsessão em ter um corpo dentro do padrão aceito socialmente. Desse modo, a busca pelo padrão estético imposto socialmente pode, em alguns casos, conduzir o indivíduo por caminhos que o leva a colocar em risco sua saúde.

De acordo com Silva, R. (2007) as mídias de forma geral constroem estereótipos, propaga o modelo de beleza pautado na magreza que imediatamente é incorporado na sociedade. Os indivíduos que não se encaixam no padrão estabelecido sofrem inúmeras manifestações de preconceito implícita ou explicitamente em diversos ambientes (na rua, em casa, na comunidade, na escola) estando sujeitos a comentários maldosos, olhares desaprovadores, apelidos, entre outras formas de discriminação.

Deste modo, o *bullying*, por exemplo, ocorrido nos diferentes espaços se constitui como mais um dos problemas que as crianças com sobrepeso e ou obesas enfrentam nas suas vidas. Tais crianças são o alvo preferido para as manifestações de *bullying*. Apelidos depreciativos ferem e deixam marcas muitas vezes insuperáveis na vida desses indivíduos.

Segundo Maldonado (2011) o *bullying* é considerado um fenômeno complexo e amplo que ocorre nas diferentes faixas etárias. Sendo constituído de agressões físicas ou verbais individuais ou em grupos de forma repetida e que provoca sofrimento em quem as sofre. O autor ressalta ainda que existe uma relação desigual de poder entre os considerados mais fortes e os mais fracos. Os tidos mais fortes provocam, intimidam, ameaçam, fazem piadas, inventam e espalham apelidos causando enorme mal-estar e, conseqüentemente, exclusão social dos caracterizados como mais fracos. As conseqüências desses atos podem ser agravadas ao ponto do individuo vitimado pelo *bullying* cometer suicídio.

2.3 A POLÍTICA PÚBLICA DE INTERVENÇÃO NA OBESIDADE INFANTIL

Este item busca realizar uma breve reflexão histórica, pontuando aspectos importantes do governo brasileiro no que se refere aos principais problemas enfrentados pelo país ao longo da sua história, e entender os possíveis determinantes e reflexos nas práticas de intervenção realizadas na atualidade com relação à epidemia da obesidade. Uma atenção maior é dada ao período de redemocratização, do qual emergiu a possibilidade de abertura de um novo caminho para a saúde com o Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS possibilitou uma mudança no conceito de saúde para além da ausência da doença e que obedece aos princípios regimentais contidos nesse novo Sistema, quais sejam universalidade, integralidade e equidade, demonstrando o que esta nova conceituação de saúde trouxe de consequências para a intervenção em doenças epidêmicas e complexas, como o caso da obesidade no país.

O panorama histórico inicia-se com o período da Primeira República (1889-1930) que segundo Polignano (2001) em razão da falta de políticas sanitárias o controle epidêmico no Brasil era inexistente. Neste período as principais epidemias eram a varíola, a malária, a febre amarela e a peste.

Na Primeira República, a saúde era tratada como questão policial. Exemplo eram as ações de intervenção “campanhistas”³ de Oswaldo Cruz. Neste período, Luz (1991) destaca que no campo da saúde houve a consolidação de ideias de um corpo médico oriundo da oligarquia, de origem agrária, pautada na centralização, tecnoburocratização e corporativização da administração. Nos primeiros anos do século XX a população menos favorecida economicamente recebia assistência médica dos hospitais filantrópicos mantidos pela caridade da igreja católica.

De acordo com Vargas (2008) o início do século XX foi um período de crise econômica e sanitária. As epidemias causavam temor aos outros países que proibiam suas embarcações de atracarem nos portos do país, sendo os dois portos mais importantes, o do Rio de Janeiro e o de Santos. As epidemias atrapalhavam as exportações, especialmente do café, e também não conseguia atrair mão-de-obra especializada estrangeira. Desta forma, a estratégia de intervenção era nas estradas e portos, ou seja, nos “espaços de circulação de mercadorias”.

³ O modelo de intervenção “campanhista” caracterizava-se pelas ações arbitrárias, nenhum esclarecimento a população, e ações policiais dos “guardas-sanitários”. Este exemplo é ilustrado no filme “Sonhos Tropicais” datado de 2001.

Com a eleição de Getúlio Vargas em 1930 para presidente da República inicia-se o regime populista que durou até 1950, caracterizado por práticas clientelistas. O dado governo teve como proposta uniformizar e centralizar as ações administrativas da saúde, fato que para Luz (1991, p. 79):

[...] desde o início, a implantação dos programas e serviços de auxílios e de atenção médica foi impregnada de práticas clientelistas, típicas do regime populista que caracterizou a Era Vargas. Tais práticas se ancoraram também nos sindicatos de trabalhadores, nos quais ajudaram a criar normas administrativas e políticas de pessoal adequadas a estratégias de cooptação das elites sindicais “simpatizantes” e de exclusão das “discordantes”, alçando aquelas à direção das instituições e à gestão dos programas governamentais.

Segundo Luz (1991) os primeiros 50 anos do século XX, a saúde pública caracterizou-se por uma administração mais centralizada, vertical e médica-corporativista; e a previdência social por ações mais clientelistas, populistas e paternalistas.

O chamado período desenvolvimentista (1950-1960) “[...] ficou conhecido pela tentativa de implantar-se um projeto nacional de desenvolvimento econômico ‘moderno’, integrado à ordem capitalista industrial, e pela crise do regime populista e nacionalista dos anos 60.” (LUZ, 1991, p. 80). Bertolozzi e Greco (1996) afirmam que neste período o Brasil abriu-se ao capital estrangeiro e emergiu a medicina de grupo, que se constitui á por prestação de serviços privados na saúde, assim, dando passagem, para a implantação das políticas neoliberais neste setor.

De acordo com Luz (1991), neste momento histórico existiam dois modelos de ações no campo da saúde que se opunham, o modelo “campanhista” realizado nos órgãos de saúde pública e o “curativo” nos hospitais de atenção médica previdenciária. Ambos burocratizados e ineficazes frente aos problemas enfrentados pela população tanto urbana quanto rural.

No entanto, como afirma Vargas (2008) no final da década de 50 após discussão das suas práticas e os limites financeiros do Estado frente aos problemas sanitários o modelo “campanhista” aos poucos foi perdendo espaço para o modelo “hospitalar e curativo”, dando claras evidências da dicotomia das ações de ambas na saúde.

No período do Estado Militar (1964-1985) o campo da saúde se caracterizava pela conduta autoritária, mercantilizada e técnica estabelecida nas relações entre médico e paciente e entre serviço de saúde e população.

Nesse mesmo período ocorreu a reorganização dos modelos de intervenção “sanitarismo campanhista” e do curativo de atenção médica previdenciária. Polignano (2001) ressalta que o modelo proposto pelo governo militar priorizava a medicina curativa, que se

caracterizava por um modelo médico-hospitalar de crescente complexidade, alto custo e incapaz de solucionar problemas como epidemias. Mas como destaca Luz (1991) neste intervalo histórico ocorreu uma síntese dos modelos oriundos da Primeira República e do período populista, emergindo uma política de saúde nova, mais perversa com relação aos dois modelos anteriores.

Segundo Paulus Júnior e Cordoni Júnior. (2006) é a partir da década de 60 que a previdência social consolida-se como o maior órgão financiador dos serviços de saúde no Brasil. Porém, Bertolozzi e Greco (1996) asseveram que no início da década de 80 tem início a crise financeira na previdência afetando diretamente o setor da saúde, e paralelo a essa crise emerge movimentos sanitários que propõe a reformulação do sistema de saúde, a introdução de uma visão interdisciplinar que buscava compreender os determinantes das doenças e a organização social dos serviços prestados pelos médicos.

Paralelamente à instituição do SUS, o qual preconiza a garantia dos direitos à saúde a toda população brasileira, as políticas públicas executadas neste período contavam com um mínimo de financiamento por parte do governo brasileiro. A redução da influência do Estado nas esferas da sociedade caracteriza o que se denomina de “Estado Mínimo”. Com o Estado Mínimo inaugura-se o processo de privatização dos serviços essenciais à população como saúde, educação dentre outros, os quais foram constituídos como direitos de todos na Constituição Federal de 1988. Com isso, o papel do poder executivo neste cenário, restringe-se ao mínimo necessário, dito de outra forma, as ações estatais centram-se na prestação dos serviços mínimos necessários à coletividade. Diante desta nova conjuntura que desloca as atribuições do Estado para a sociedade civil e para os grandes agentes econômicos do mercado financeiro, surgem as seguintes indagações: O que fazer para que a população tenha noção do direito num contexto que desqualifica as ações do SUS, como política efetiva dos direitos? Quais influências este contexto pode gerar nas práticas interventivas de saúde pública? São questionamentos como esses que instigam pesquisadores e estudiosos a refletir e pensar alternativas possíveis e viáveis na busca da garantia dos direitos de cidadania.

A promulgação da Lei Constitucional de 1988 e a instituição do SUS ocorreram num contexto de abertura e reorganização política. Para Santos, A. e Scherer (2012) o SUS significou um marco importante na história do país com relação à reforma da área saúde, com suas propostas que se voltavam às necessidades da população neste âmbito, o compromisso em resgatar a política de bem-estar social e da inauguração de um conceito de saúde mais amplo, relacionado ao bem-estar pleno e integral do indivíduo e não a ausência de doença.

Com as mudanças no conceito de saúde o SUS passa a ter como um dos seus princípios, o foco na saúde integral.

A política pública de saúde integral estabelece um conceito de saúde ampliado, que iniciou com as discussões dos diversos segmentos sociais e se consolidou com a 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986. A saúde integral engloba alimentação, moradia, emprego, renda, transporte, lazer, educação entre outros determinantes e ou condicionantes essenciais que o indivíduo necessita para viver com qualidade, ou seja, “[...] o que possibilita a compreensão da necessidade de um conjunto de condições para que a população goze de boa saúde e qualidade de vida [...]” (SANTOS, A.; SCHERER, 2012, p. 95). A qualidade de vida individual e coletiva deve envolver uma série de políticas públicas integradas e conectadas que visem o bem-estar da população.

Passaram-se 25 anos da promulgação da Constituição e neste tempo histórico relativamente curto foram assegurados direitos importantes, como saúde e educação de forma universal e igualitária. Atualmente, é inegável e indiscutível o direito de todos às políticas públicas. Porém, se reconhece os inúmeros desafios e dificuldades de organização do SUS para melhorá-lo.

Promover esses direitos significa trabalhar continuamente em prol da qualidade de vida, no seu aspecto individual e coletivo, de forma a garantir mudanças individuais ou do grupo, no sentido de gerar melhorias nas condições de vida da população como um todo sem que haja distinção. E uma vida com qualidade envolve morar em local com condições mínimas de segurança, transporte, educação, emprego, lazer e esportes. Que o indivíduo em qualquer fase da sua vida possa se desenvolver de forma plena e integral.

Polignano (2001) resume de forma clara que as intervenções das políticas públicas do governo brasileiro ao longo da história buscaram atender situações imediatas e específicas, sejam de ordem econômica ou social. Assim,

[...] somente nos momentos em que determinadas endemias ou epidemias se apresentam como importantes em termos de repercussão econômica ou social dentro do modelo capitalista proposto é que passam a ser alvo de uma maior atenção por parte do governo, transformando-se pelo menos em discurso institucional, até serem novamente destinadas a um plano secundário, quando deixam de ter importância. (POLIGNANO, 2001, s.p.).

A discussão das políticas públicas de saúde percorre as lutas de grupos específicos pela constituição de direito. Telles (2001) ressalta que historicamente ocorreram manifestações intensas no Brasil com relação à garantia de direitos por parte de algum segmento da sociedade civil. Em dado momento só era assegurado ao cidadão trabalhador de

carteira assinada direito ao tratamento de saúde (custeado pela previdência privada), portanto, os direitos não eram garantidos a todos os cidadãos. Aos desprovidos de carteira de trabalho como as crianças, mulheres e idosos os direitos eram suprimidos.

Santos, A. e Scherer (2012) destacam que ao longo da história as ações no campo da saúde buscavam atender grupos específicos e as políticas públicas em alguns momentos visavam à resolução de problemas já instalados, como as epidemias, seguindo uma lógica imediatista. Com a criação do SUS iniciou-se a mudança na maneira de pensar saúde (como um conceito mais amplo) e nas formas de intervenção neste campo.

Para Santos, A. e Scherer (2012) ao longo da história os momentos de crise econômica, pressões políticas e sociais influenciaram o setor da saúde. Porém, ressaltam os inúmeros avanços nesse campo, como a implantação de planos e ações do governo, destacando:

[...] a criação do órgão para tabular gêneros alimentícios de primeira necessidade, a grande repercussão do programa Fome Zero e, mais recentemente, o aumento de iniciativas voltadas para o cuidado à obesidade. Ainda que em ações mais isoladas, em nível dos estados, surgem projetos de controle alimentar. (SANTOS, A.; SCHERER, 2012, p. 103).

Após apresentação deste breve panorama histórico das políticas públicas no campo da saúde, discute-se a seguir as políticas públicas de intervenção na epidemia de obesidade no Brasil e na sequência descreve-se as duas das principais políticas públicas que busca a prevenção da obesidade e também a promoção da saúde via alimentação e nutrição, sendo as: Política Nacional da Alimentação e Nutrição (PNAN) e a Política Nacional Promoção da Saúde (PNPS). E por fim, reflete-se sobre a ação estratégica mais específica com relação à obesidade infantil realizada pelo Programa Saúde na Escola (PSE), respectivamente (BRASIL, 1999, 2006a, 2007, 2011).

Segundo Rigo e Santolin (2012) com a criação da OMS em 1948 a obesidade integra a Classificação Internacional das Doenças (CID) sendo considerada patologia. Naquele momento a obesidade não teve grande repercussão social tampouco era preocupação passível de intervenção estatal. Bankoff e Barros (2006, p. 172-173) reconhecem que:

até há pouco tempo, estigmatizada, a obesidade não era considerada condição que dependesse de tratamento, pois era atribuída, pela maioria, a maus hábitos alimentares, inatividade física e até mesmo descuido por parte do indivíduo; dependendo seu tratamento apenas de disciplina, força de vontade e autoestima. Porém, nas últimas décadas, começou-se a reconhecer que a condição de obesidade poderia ocasionar vários males à saúde e assim, tornar-se um problema epidemiológico nos países desenvolvidos e em desenvolvimento.

Em meados de 1998 baseado no índice antropométrico do IMC⁴, a obesidade passa a ser caracterizada oficialmente pelas autoridades de saúde como doença. A partir disso, constituiu-se então como problema de saúde pública a ser solucionado, em razão dos supostos prejuízos aos cofres públicos.

De acordo com Halpern (1999) os custos diretos e indiretos dos países atribuídos à obesidade são elevadíssimos, em torno de 2 a 7% dos gastos destinados à área da saúde. Segundo Felipe e Santos, A. (2004) no Brasil, a estimativa financeira da Força Tarefa Latino-Americana de Obesidade, considerando os gastos com internação de indivíduos com doenças associadas à obesidade, chega a ser de 5%.

Dados apresentados pela Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO) em 2011 no Brasil apontam que houve aumento expressivo no custo com a hospitalização de crianças e adolescentes relacionados a doenças associadas a obesidade no país, sendo que no período de 1979 e 1981 se gastou 35 milhões de dólares por ano, aumentando expressivamente esse gasto no período compreendido entre os anos de 1997 e 1999 para 127 milhões.

Castiel e Vasconcellos-Silva (2006) estimaram que foram gastos anualmente no Brasil com as doenças relacionadas a obesidade em torno de US\$ 100 milhões. De acordo com Felipe e Santos, A. (2004), os dados do levantamento da Força Tarefa Latino-Americana de Obesidade demonstraram que se gastou quase R\$ 1 bilhão com doenças relacionadas à obesidade. Esses dados ainda apontam que 40% da população brasileira estão na condição de sobrepeso ou obesidade, gerando custos elevadíssimos com atendimentos ambulatoriais, hospitalares e especialmente laboratoriais.

Segundo a Força Internacional de Luta contra a Obesidade há estimativa que aproximadamente 200 milhões de crianças em idade escolar pelo mundo estejam com o sobrepeso ou obesidade. Fernandes et al. (2006, p. 220) destacam de forma pertinente que: “o maior risco, em longo prazo, da obesidade infantil, é sua persistência no adulto, com todas as consequências associadas para a saúde [...]” Navas (2010, p. 30) alertando para o caráter dos riscos urgentes aponta que: “a obesidade instalada na infância e na adolescência pode afetar mais drasticamente os fatores de risco predisponentes às doenças cardiovasculares do que quando instalados em fases mais avançadas da vida.”

⁴ Segundo Gonçalves (2004) o Índice de Massa Corporal (IMC) é uma ferramenta muito utilizada pelas companhias de seguro de vida norte americanas e que serviu para comprovar a maior mortalidade de indivíduos obesos com relação à média. Desta forma, a medicina iniciou um movimento de incitação da população a perder peso. Esse autor afirma que a obesidade começou a ser vista como doença nos Estados Unidos paralela ao desenvolvimento destas empresas, que propagou o “conceito de risco”.

Refletir sobre o futuro é um importante exercício, mas o presente é algo emblemático que urge por soluções, pois, exemplo citado por Halpern (1999) sobre dados do Ministério da Saúde revelam que a primeira causa de morte no Brasil está relacionada às doenças cardiovasculares que contabilizam anualmente cerca de 300 mil pessoas. Nessa direção, o referido Ministério afirma que com a prevenção da obesidade pode-se reduzir em 30% o número de óbitos desse tipo de doença.

Observando estes números e preocupada com a alta prevalência a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) compreende que deve haver uma necessidade maior de medidas intervencionistas cada vez mais abrangentes na busca da resolução do problema.

É inegável o alto custo das ações interventivas atuais relacionadas à obesidade realizadas pelo governo. Por outro lado, são necessários estudos mais aprofundados com relação a esta temática, como forma de observar a eficácia dos programas. Reis et al. (2011, p. 630) frisam que: “é preciso firme investimento público, com uma ação consistente e estruturada na afirmação de responsabilidades do poder público em políticas intersetoriais articuladas.”

Observa-se que as políticas públicas brasileiras de intervenção na obesidade infantil pautam suas ações na prevenção de uma vida futura mais saudável, respaldando-se em ações de educação, orientação e estímulo à atividade física e alimentação saudável.

São indiscutíveis as melhoras observadas com relação ao campo da saúde, porém, há muito o que se melhorar nos aspectos relacionados às epidemias. Os números apresentados ilustram a real situação e dimensão do problema a se enfrentar na atualidade pelas políticas públicas do Brasil. A SBP, ressalta a importância da implementação de medidas e ações, como:

[...] a ampliação de políticas de saúde que envolvam educação nutricional, o desenvolvimento de infraestrutura apropriada para práticas recreativas e de atividade física, o desenvolvimento de legislação apropriada para rotulagem e mídia e, por fim, a participação compartilhada do setor de saúde com os setores de educação, social e de esportes [...]” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2008, p. 42).

Segundo Santos, A. e Scherer (2012) o Brasil baseia suas alternativas no enfrentamento da obesidade em formulações de ações que visem à prevenção e tratamento. Num primeiro momento a obesidade era uma questão refletida exclusivamente pelo campo da saúde, atualmente observa-se a ampliação para outros campos especialmente o da educação e direito.

Atualmente é necessário refletir sobre as políticas públicas e de forma mais abrangente, de modo que um maior número de profissionais e pessoas interessadas possam expressar seus anseios a fim de colocá-las como destaque nos pontos de pauta em momentos de participação popular. Assim, as discussões podem se multiplicar e tornar-se coletivas. Entende-se que as políticas públicas de intervenção na obesidade infantil, por exemplo, não devem ser pautadas apenas na perspectiva da saúde. Defende-se a importância de seu caráter interdisciplinar de forma a abranger o máximo de categorias profissionais possíveis. A discussão relacionada ao caráter intersetorial das políticas públicas torna-se urgente na atualidade como forma de alcance de maiores e melhores resultados. Assim, reforça-se a busca por uma política de promoção, prevenção e controle das doenças de forma ampliada, integrada e conectada aos mais diversos setores da sociedade.

[...] No caso da obesidade infantil, em que vários atores se encontram relacionados, considera-se válido incitar à luta pelo reconhecimento de condições de vida justas aos portadores da doença. Significa atendimento acessível de programas no plano médico, nutricional, psicológico e social que contemplem as características de quem sofre da obesidade, atenção especial nas escolas e maior controle na alimentação em geral. (SANTOS, A., 2003, p. 7).

Geralmente os gestores públicos responsáveis por tratar da obesidade infantil realizam uma ação preventiva por meio de campanhas midiáticas, distribuição de cartilhas nas escolas públicas, nos postos de saúde, e regulamentação de leis relacionadas ao controle alimentar. No entanto, segundo Farias (2005, p. 15) essa ação estatal poderia ser mais eficaz e nessa direção o autor defende que deveriam ser instituídas:

[...] políticas públicas e privadas para a prevenção, controle e tratamento da obesidade em todas as faixas etárias no Brasil. Alguns países estão adotando a política de prevenção em crianças e jovens, por meio das escolas, centros esportivos, praças e parques, mas o controle e, principalmente o tratamento da obesidade na faixa etária de 02 a 20 anos, no Brasil é muito incipiente.

Silva, D. (2011) em estudo sobre a relação da obesidade e pobreza no estado do Sergipe constatou que há sobrepeso e obesidade em crianças que vivem em condições de pobreza e extrema pobreza, especialmente os municípios de menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Assim, recomendou que para os beneficiários do Programa Bolsa Família, deveria haver uma política pública que subsidiasse e possibilitasse o acesso a uma alimentação de qualidade para essa população. Ferreira, V. et al. (2010, p. 1424) reconhecem a necessidade de um aprofundamento teórico desta questão, pois: “A preocupação com as repercussões da obesidade nos grupos menos favorecidos impõe o

aprofundamento teórico sobre sua dinâmica e o delineamento de políticas públicas mais eficazes para a prevenção e o controle da enfermidade nesses segmentos.”

Além do aprofundamento teórico da dinâmica da população menos favorecida uma política pública para ser bem-sucedida como estratégia de intervenção na obesidade deve considerar também dois aspectos, as desigualdades sociais e a busca por qualidade de vida da população. Ressalta-se que tais políticas devem operar ações consistentes e inovadoras no sentido de orientar e prevenir a população com relação aos fatores de riscos relativos ao “modo de viver” contemporâneo (BRASIL, 2006a).

Relacionar a obesidade infantil à pobreza, por exemplo, principalmente à pobreza vivenciada pelas famílias incluídas em programas sociais de transferência de renda como o caso do Bolsa Família, Renda Cidadã, Renda Mínima dentre outros, aparentemente pode evidenciar uma contradição. Entretanto, uma análise que seja capaz de levar o estudioso a compreender que capitalismo amplia seus interesses financeiros e especulativos sem limites que o regulamente, tendo total liberdade de ação, pode contribuir para ampliar o nível de apreensão e entendimento da conjuntura contemporânea e auxiliar a desvendar as “aparentes” contradições presentes na sociedade.

Portanto, compreende-se que a não eficácia ou mesmo eficiência de medidas corretivas, preventivas e de proteção no que tange a obesidade infantil ocorre em decorrência do sistema político e econômico adotado não somente no Brasil, mas numa parcela considerável das nações mundiais. É errôneo acreditar que um sistema político e econômico não possui reflexos diretos na implantação e implementação das políticas públicas de um determinado país. Portanto existe estreita relação entre os grandes interesses econômicos e a vontade política do bloco dominante, sendo este último representado pelos gestores públicos das três esferas de governo, quais sejam municipal, estadual e federal. Os gestores públicos quando definem as prioridades para a área da saúde, do esporte, da assistência, da segurança alimentar da educação, da cultura, da habitação, por exemplo, não estão desconectados do sistema político e econômico vigente do país.

E neste sentido é conveniente lembrar que no sistema capitalista o importante não é somente produzir bens e serviços que atendam as necessidades dos membros de uma determinada sociedade, ou ainda, produzir somente mercadorias que possuam valor de uso, mas também e principalmente produzir a mais valia.⁵ Esse regime ao estabelecer os processos

⁵ Mais valia significa o tempo de trabalho não pago ao trabalhador. O proprietário dos meios de produção se apropria indevidamente deste tempo incorporando-o ao seu capital. Portanto, o trabalhador não produz para si, mas para o capital (IAMAMOTO, 2011).

de produção e reprodução das condições materiais da existência humana e as relações sociais contraditórias que se instauram na sociedade, evidencia o estreito entrelaçamento entre a prestação de serviços à população (por meio das políticas públicas) e suas prioridades e diretrizes econômicas (PAULO NETTO; BRAZ, 2011). Toda a sociedade aparece como que submetida ao capital e as relações sociais que se estabelecem no interior dela tornam-se emolduradas por contradições,

[...] contradições de classe (capital e trabalho) [...] sociais (burguesia e proletariado) e políticas (governados e governantes). Toda a sociedade torna-se o “lugar” da reprodução das relações sociais. Todo o espaço ocupado pelo capital transforma-se em “espaços de poder” – a empresa, o mercado, a vida cotidiana, a família, a cidade, a arte, a cultura, a ciência, entre outros – [...] Verifica-se a regressão, degradação e transgressão no nível das relações de família, de amizade, da vida social de grupos [...], do meio ambiente, assim como a produção de novas relações no âmbito de segmentos sociais como a juventude, os idosos, as mulheres e os trabalhadores. (IAMAMOTO, 2011, p. 49-50, grifo da autora).

Na sociedade neoliberal a lei da oferta se faz presente com grande incidência e não obstante uma parcela da população viver em situação de pobreza, o consumo alimentar excessivo imposto pela ideologia dominante leva muitas famílias, independente de sua condição financeira, a buscar satisfazer as necessidades criadas pela mídia, acreditando que tais necessidades são suas. Como a necessidade de alimentação, por exemplo, é parte constituinte da sobrevivência, isso faz das indústrias alimentícias uma estrutura poderosa e detentora de um grande monopólio no mercado capitalista.

Ferreira, V. e Magalhães (2011) acreditam que um caminho promissor para mulheres pobres enfrentar a obesidade seria a intersetorialidade das políticas públicas, (trabalho, renda, educação, saúde, igualdade) em especial nas políticas que possibilitem melhor remuneração e igualdade de gênero nas relações profissionais.

Entretanto, Sarti et al. (2011) contrapõem destacando que as estratégias de elevação da renda pode não surtir o efeito esperado no sentido de que a renda pode ser destinada a outras despesas familiares. Destacam que uma política de subsídio na diminuição de determinado grupo de alimento pode ter maior impacto refletindo diretamente na prevenção da obesidade.

Os aspectos nutricionais e fisiológicos decorrentes de um consumo alimentar excessivo e da dificuldade para imposição de limites não se configuram como preocupação em muitas dessas empresas voltadas ao ramo da alimentação. Com isso, a obesidade infantil aliada a tantas outras consequências tornam-se cada vez mais comuns na realidade cotidiana de muitas famílias brasileiras. A sedução para o consumismo alimentar evidenciada em

muitas estratégias de *marketing* tem despertado interesse em vários estudiosos que não poupam esforços para indicar caminhos alternativos para enfrentamento dessa problemática.

Nessa direção, Reis et al. (2011, p. 630) afirmam que:

o enfrentamento do problema pelo governo nacional requer políticas públicas e ações intersetoriais, que vão além de informar e educar os indivíduos. Tais políticas devem, essencialmente, propiciar um ambiente que estimule, apoie e proteja padrões saudáveis de alimentação e atividade física. Por exemplo, por meio de medidas fiscais que tornem mais acessíveis os alimentos saudáveis, de normas que limitem a publicidade de alimentos não saudáveis e de intervenções no planejamento urbano que facilitem a prática cotidiana de atividade física.

Concorda-se com as afirmações dos autores supracitados por se entender que o problema da obesidade infantil, bem como suas causas, são bem mais complexas do que aparentam ser e que por isso requer estratégias de enfrentamento que abarque um debate mais intenso e coletivo sem prejuízo do reconhecimento de contribuições oriundas de outras áreas.

Ainda segundo os mesmos autores, as ações governamentais são realizadas objetivando o controle do avanço da obesidade infantil apontando que o desafio das políticas públicas diante do cenário de extrema desigualdade social é desenvolver, fomentar e articular ações de intervenção no problema social e que as classes menos favorecidas economicamente possam ter acesso a uma política de alimentação e nutrição de qualidade (REIS et al. 2011).

Para Navas (2010) as ações e os programas realizados dentro do contexto escolar pode representar uma proposta interessante na intervenção da obesidade infantil, ademais, a atividade física regular constitui-se como ferramenta imprescindível para ações voltadas a prevenção.

Uma crítica bem pertinente realizada por Rigo e Santolin (2012) em seus estudos apontam que no Brasil não se prioriza tratamento a longo prazo que contemplem mudanças de hábitos alimentares e de atividade física para obesidade. Exemplo dessa proposição é que o profissional da educação física não figura nas legislações analisadas pelos referidos pesquisadores como agente contribuinte na prevenção e tratamento da obesidade. Isso enfatiza que as políticas públicas de intervenção na obesidade visam prevenção do problema e não o tratamento da doença instalada.

Reis et al. (2011) recomendam que para enfrentar a epidemia de obesidade as políticas públicas e ações intersetoriais devem proporcionar ambientes estimuladores, que apoiem e mantenham padrões saudáveis de alimentação e atividade física, enfatizando que tais atitudes deveriam ir além de informar e educar a população.

Para Jaime et al. (2011) as políticas para a promoção da alimentação saudável como a PNAN e a PNPS preveem ações específicas, considerando os determinantes sociais da saúde.

Por se tratar de uma questão de saúde pública, entender como o problema da obesidade é enfrentado pelo governo numa perspectiva macro, isto é no contexto do macrossistema, é de fundamental importância para o presente estudo, pois amplia a compreensão de seus reflexos nas dimensões micro, ou seja, nas relações que os profissionais da saúde estabelecem com as crianças nos ambientes em que se privilegia a intervenção direta face a face. Ultrapassar os limites destes contextos dos microssistemas, onde ocorrem os processos proximais com vistas ao tratamento da obesidade infantil, contribui para pensar estratégias de ação que sejam mais eficazes para o tratamento desta epidemia.

A seguir, apresenta-se a PNAN, a PNPS (BRASIL, 1999, 2003, 2006a, 2011), e na sequência discute-se o PSE (BRASIL, 2007) buscando identificar suas relações com a obesidade (BRASIL, 2006b). O PSE é parte de um conjunto de ações específicas da PNPS que tem como um de seus objetivos promover a saúde de crianças e adolescentes no âmbito escolar na tentativa de identificar quais as relações da saúde com o quadro da obesidade (BRASIL 2007).

Segundo Santos, A. e Scherer (2012) PNAN, instituída pela Portaria nº 710/1999 (BRASIL, 1999), origina-se dos esforços da OMS no sentido de conter os avanços de doenças causadas por má alimentação e nutrição. Na concepção de Pinheiro e Carvalho (2008, p. 172):

A PNAN assumiu como fundamentos o entendimento da alimentação saudável enquanto um direito humano, e a necessidade de articulação e da busca da garantia da segurança alimentar e nutricional. Desta forma, pressupõe-se que só haverá condições de pleno exercício do direito humano a alimentação adequada através de medidas institucionais que visem à segurança alimentar e nutricional.

Após dez anos da sua instituição, inicia-se um amplo debate que teve como resultado a atualização desta política pública, pela Portaria nº 2.715/2011 (BRASIL, 2011b). Desta forma as propostas da atual PNAN são:

[...] a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição. (BRASIL, 2011b, s.p.).

A PNAN em sua versão atualizada é orientada pelos princípios norteadores do SUS (universalidade, integralidade e equidade) acrescidos de princípios próprios, como:

I – Alimentação como elemento de humanização das práticas de saúde; II – O respeito à diversidade e à cultura alimentar; III – O fortalecimento da autonomia dos indivíduos; IV – A determinação social e a natureza interdisciplinar e intersetorial da alimentação e nutrição; V – A segurança alimentar e nutricional com soberania. (BRASIL, 2011b, s.p.).

A PNAN possui ainda seis diretrizes direta e indiretamente ligadas à obesidade, sendo elas:

I – Estímulo às ações intersetoriais com vistas ao acesso universal aos alimentos; II – Garantia da segurança e da qualidade dos alimentos e da prestação de serviços neste contexto; III – Monitoramento da situação alimentar e nutricional; IV – Promoção de práticas alimentares e estilo de vida saudáveis; V – Prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e de doenças associadas à alimentação e nutrição; VI – Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos. (BRASIL, 2011b, s.p.).

Em se tratando da PNPS, aprovada pela Portaria nº 687/2006 a qual transita entre o conjunto das ações e programas voltados à saúde, tem-se que com a sua implantação o protagonismo do processo de promoção da saúde passa a ser dos profissionais e usuários do sistema (BRASIL, 2006a). Nesta direção Campos et al. (2004, p. 746) destacam que: “tal política deve deslocar o olhar e a escuta dos profissionais de saúde da doença para os sujeitos em sua potência de criação da própria vida, objetivando à produção de coeficientes crescentes de autonomia durante o processo do cuidado à saúde [...]”.

Esses mesmos autores enfatizam que a PNPS terá maior eficácia se houver investimento em ações voltadas a capacidade de autorregulação dos indivíduos com relação ao seu próprio cuidado, em conjunto com o Estado que não deve se ausentar da sua responsabilidade como provedor das melhorias da condição de vida, sendo a proteção da população aos riscos a sua maior responsabilidade.

Suas ações específicas são: a divulgação e implementação da política nacional de promoção da saúde, alimentação saudável, prática corporal/atividade física, prevenção e controle do tabagismo, redução da mortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito e promoção do desenvolvimento sustentável. E, sendo que os que diretamente se relacionam com a obesidade são as ações referentes à alimentação saudável e prática corporal/atividade física (BRASIL, 2006a, 2006b).

Reis et al. (2011) apontam que globalmente, as propostas para se intervir na obesidade infantil são voltadas para as escolas. Como não poderia ser diferente, o Brasil em 2007 instituiu as ações de intervenção da obesidade de crianças e adolescentes neste contexto,

desta forma, é pertinente para o andamento do trabalho o conhecimento das ações desta política pública, sendo a seguir descrito o Programa Saúde na Escola.

O governo brasileiro lança em 2007, por meio do decreto presidencial nº 6.286/2007 o PSE, uma política interministerial entre os Ministérios da Saúde e Educação integrante das ações específicas da PNPS, que tem como finalidade o desenvolvimento de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde de crianças e adolescentes de cinco a 19 anos no ambiente escolar (BRASIL, 2007). Segundo Reis et al. (2011) os altos índices de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes em idade escolar no Brasil e no mundo levaram a necessidade da implantação de ações de promoção de saúde alimentar neste contexto. O programa foca suas ações nos alunos das escolas da educação básica da rede pública de ensino e buscam também contribuir na formação dos mesmos.

Em 2012, este Programa interministerial promoveu a 1ª Semana de Mobilização da Saúde na Escola, tendo como tema a Prevenção da Obesidade na Infância e na Adolescência. O encontro buscou envolver alunos, pais e comunidade no debate do problema. O investimento nesse Programa, segundo o Ministério da Saúde, foi de aproximadamente 108 milhões, participando 50 mil escolas de 2.200 municípios, estima que com ação atingiu aproximadamente 11 milhões de alunos em todo o país.

Esta ação intersetorial do governo, que busca a integração e articulação permanente das políticas e ações de educação e saúde, possui sete objetivos específicos que procuram atender as estratégias do PSE sendo eles:

I – promover a saúde e a cultura da paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde, bem como fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e de educação; II – articular as ações do Sistema Único de Saúde – SUS às ações das redes de educação básica pública, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis; III – contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos; IV – contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos; V – fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar; VI – promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes; e VII – fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nos três níveis de governo. (BRASIL, 2007, s.p.).

Com relação às ações do PSE, encontram-se três que procuram prevenir os avanços da obesidade. Assim, destaca-se dentre as 17 ações, as dos itens II, III e XV. Abaixo seguem descritas todas as ações do programa:

I – avaliação clínica; II – avaliação nutricional; III – promoção da alimentação saudável; IV – avaliação oftalmológica; V – avaliação da saúde e higiene bucal; VI

– avaliação auditiva; VII – avaliação psicossocial; VIII – atualização e controle do calendário vacinal; IX – redução da morbimortalidade por acidentes e violências; X – prevenção e redução do consumo do álcool; XI – prevenção do uso de drogas; XII – promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva; XIII – controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer; XIV – educação permanente em saúde; XV – atividade física e saúde; XVI – promoção da cultura da prevenção no âmbito escolar; e XVII – inclusão das temáticas de educação em saúde no projeto político pedagógico das escolas. (BRASIL, 2007, s.p.).

Reis et al. (2011) esperam que as avaliações futuras das políticas públicas permitam verificar a eficácia das políticas de alimentação escolar a longo prazo.

Recentemente em 10 de outubro de 2012 foi lançado pela Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN), o Plano Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade, que contou com a participação oficial de diversos Ministérios dentre eles: Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Saúde, Educação, Cidades, Agricultura, Pecuária e Abastecimento, além do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA), Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) e da OMS. Também participaram de maneira muito expressiva os Ministérios Desenvolvimento Agrário, Agricultura Pecuária e Abastecimento, Fazenda, do Trabalho e da Pesca e a Companhia Nacional de Abastecimento (CONAB) (BRASIL, 2012).

O plano tem como meta para os próximos 10 anos, controlar e reduzir a obesidade. Esse plano tem como objetivo prevenir e controlar a obesidade na população de forma geral, e em específico suas principais metas é evitar o avanço da obesidade infantil, focando na redução dos índices entre as crianças, suas estratégias são promover ações intersetoriais de promoção de alimentação adequada, saudável e atividade física no ambiente setorializadas. O plano possui três eixos estruturantes:

I – alimentar, que tem como proposta aumentar a oferta de alimentos frescos (frutas, hortaliças, grãos e peixes), fortalecer o programa de alimentação escolar, oferecer cardápios mais saudáveis em restaurantes populares e ampliar a comercialização de frutas e hortaliças; II – educação e formação, constitui em incentivar campanhas educativas nas mídias; III – promoção de modos de vida mais saudáveis, que tem como intenção incentivar a construção de academias populares e ciclovias entre outras ações que contemple uma vida mais saudável. (BRASIL, 2012, s.p.).

Destaca-se neste momento algumas das ações governamentais e da sociedade civil que buscam conter os avanços da obesidade infantil no Brasil e no mundo. Em mapeamento de Rigo e Santolin (2012) realizado junto ao site JUSBRASIL, esses autores obtiveram como resultado 46 leis em todo o território nacional. Dessas, 30 se concentram nos estados e municípios do Rio de Janeiro e de São Paulo, respectivamente, 16 e 14 leis. Vale ressaltar que o destaque dado às legislações neste item, não se pauta na quantificação das mesmas em si,

mas sim no interesse de vê-las convertidas em políticas públicas efetivas que possam de alguma forma melhorar a qualidade de vida individual e coletiva da população em situação de obesidade. Esse destaque quantitativo objetiva também ilustrar o contexto atual da obesidade, situando onde diversos setores da sociedade buscam intervir.

Felippe e Santos, A. (2004) observaram nos estudos que realizaram um considerável esforço nas ações que almejam conter os avanços da obesidade. Dentre essas ações, os autores supracitados verificaram que de forma geral os governos e a sociedade civil buscam: propor ações que restrinjam o consumo de alimentos ricos em gordura e açúcar; orientar os indivíduos e o coletivo ao consumo de alimentos ditos saudáveis; e controlar a produção industrial de alimentos gordurosos e calóricos.

A seguir, são descritas algumas ações que obtiveram destaque em certas cidades do Brasil (quadro 5) e outras que se evidenciaram em alguns países pelo mundo (quadro 6):

Quadro 3 – Ações contra a obesidade no Brasil.

| Cidade | Ação | Órgão |
|----------------|--|-------------------------------------|
| São Paulo | Foi Protocolado em 2003 na Justiça um processo inédito no País contra dois grandes fabricantes de refrigerantes. A ação pede que as indústrias incluam advertências nas suas embalagens sobre os riscos do consumo excessivo do produto pode levar à obesidade. | Ministério Público de São Paulo |
| São Paulo | Proibição da veiculação de publicidade durante a programação infantil na televisão e em publicações dirigidas às crianças. Além disso, pede o fim das promoções e brindes associados às bebidas e voltados para os pequenos, também em 2003. | Promotoria da Justiça do Consumidor |
| São Paulo | Não há legislação que regule alimentos nas escolas, já criam programas de melhoria da merenda há quatro anos por causa do aumento de peso dos alunos. | Escolas Públicas e Particulares |
| Rio de Janeiro | (1) Decretou que os alimentos fabricados e vendidos no município deverão trazer no rótulo a especificação das quantidades de gordura “trans” por porção de alimento. (2) Obrigou por decreto as redes de <i>fast food</i> a fixar tabelas visíveis com a quantidade de calorias e de nutrientes dos seus lanches, ao lado dos valores recomendados mundialmente. (3) Proibiu a propaganda e a venda, nas cantinas das escolas municipais, de balas, chicletes, salgadinhos e refrigerantes, entre outros produtos. | Prefeitura |
| Florianópolis | Em 2001, foram vetadas guloseimas (pipocas) nas cantinas dos colégios. | Prefeitura |

Fonte: Felippe; Santos, A. (2004).

Quadro 4 – Ações globais contra obesidade.

| País | Ação |
|-------------|---|
| Brasil | Obriga a rotulação visível das informações dos componentes nos produtos para o consumidor. |
| Finlândia | Proibiu a rede McDonald's de vender seus lanches com brinquedos. |
| Suécia | Baniu a publicidade de alimentos para crianças. |
| Noruega | Não permitiu anúncios de produtos alimentícios dirigidos aos menores de 12 anos. |
| EUA | Obesos moveram uma ação na Justiça contra o McDonald's, onde eles acusam a referida empresa de não informar a quantidade de calorias e gordura presentes nos alimentos. |
| França | Propaga que a causa da obesidade infantil no país é o hábito de comer em <i>fast food</i> . |

Fonte: Felipe; Santos, A. (2004).

Reis et al. (2011) asseguram-se que foram dados passos importantes recentemente na direção do conjunto de ações intersetoriais, especialmente no que se remete aos padrões saudáveis de alimentação e nutrição numa perspectiva universal, destacando:

[...] a inclusão de metas nacionais para reduzir a obesidade no Plano Nacional de Saúde, a aprovação de diretrizes nacionais para a alimentação saudável, o repasse de recursos federais para o financiamento de ações específicas de promoção de alimentação saudável e de atividade física nos municípios e a resolução da ANVISA, que regulamenta a publicidade de alimentos não saudáveis [...] (REIS et al., 2011, p. 627).

2.4 TRATAMENTO DA OBESIDADE INFANTIL

Acredita-se que atitudes preventivas na infância e adolescência podem potencialmente evitar doenças ocorridas na fase adulta, como o desenvolvimento de diabetes, doenças cardiovasculares e alguns cânceres. Dâmaso et al. (2003c, p. 493) corroboram esta proposição afirmando que: “Há a necessidade de intervenção adequada com o propósito de minimizar os fatores de riscos associados que podem ocorrer desde a infância, persistindo na vida adulta [...]”. Desta forma, ações interventivas realizadas dentro de um contexto interdisciplinar podem auxiliar crianças e famílias com relação à orientação das escolhas alimentares e de práticas regulares de atividade física. Tais atitudes contribuem para minimizar os riscos no que tange às doenças associadas ao sobrepeso e à obesidade de forma imediata e futura.

Também pode-se reduzir problemas na capacidade funcional, na qualidade e expectativa de vida e na diminuição da morbimortalidade. Por consequência, a minimização de problemas e doenças, como: aterosclerose, síndrome metabólica (agrupamento de patologias como obesidade abdominal, hipertensão arterial, diabetes e alteração no perfil lipídico sanguíneo), doenças osteoarticulares, limitações mecânicas, dificuldade de respiração, problemas dermatológicos e dores articulares.

Soares e Petroski (2003) recomendam que o paciente e a equipe tenham um relacionamento integrado, pelo fato do tratamento da obesidade ser longo. O tempo não é facilmente entendido e aceito pela criança, desta forma, o tratamento deve atentar para a solução do problema que urge no presente momento a pensar nas projeções sobre os riscos futuros.

Segundo Mello et al. (2004a, p. 469) são realizadas diferentes formas de tratamento nos programas de intervenção na obesidade, sendo “[...] intervenções de grupo ou individuais, com ou sem supervisão médica, terapia familiar, comportamental ou cognitiva e prescrição farmacológica [...]”. Conforme Wanderley e Ferreira, V. (2010), em razão da complexidade da obesidade e dos indivíduos, acredita-se ser necessária a formulação de abordagens metodológicas que tenham como referência a perspectiva multifatorial da obesidade, instrumentalizando profissionais da saúde a intervir na obesidade em níveis individuais e familiares.

Em razão da complexidade da doença Kiess et al. (2001 apud FARIAS, 2005) apontam que as estratégias de intervenção e tratamento da obesidade em crianças, devem partir de equipes interdisciplinares, tendo a participação de todos os envolvidos no processo, desde a organização do planejamento, definições de metas à execução das atividades e cumprimento dos objetivos propostos previamente.

Associa-se o crescimento da obesidade infantil a fatores socioculturais, hábitos sedentários, ausência de segurança, pressão pelo consumo alimentar desregrado e mudanças nas estruturas das famílias contemporâneas. Assim, com toda essa complexidade, Peduzzi (2001) recomenda que a intervenção da obesidade infantil seja realizada por equipes formadas por diferentes profissionais e evitando o processo de especialização, uma tendência que vem ocorrendo atualmente no campo da saúde.

Para Lancha Júnior e Lancha (2006) observada a origem multifatorial da obesidade recomendam que esta doença não deve ser simplificada ou tratada com medidas imediatas e ainda focada num único aspecto, como por exemplo a restrição no hábito alimentar. Esses autores ressaltam que:

[...] de fato, a perda de peso pode ser um alento a quem desenvolveu a obesidade, porém não ataca a causa, ou seja, o agente promotor dessa mudança de padrão. Sendo as causas variadas, as soluções também devem ser. Adotar uma dieta que eleja determinado grupo de alimentos como responsável pela obesidade é, sem dúvida, uma abordagem por demais reducionista e não enxerga a complexidade do ser humano. (LANCHA JÚNIOR; LANCHA, 2006, p. 2).

De acordo com Farias (2005) outra preocupação é que sem a orientação profissional, o indivíduo obeso tende a fazer uso de dietas hipocalóricas para perder peso, porém, com a desistência da dieta e o retorno do peso inicial podem voltar problemas relacionados aos aspectos psicológicos, como: insatisfação com a aparência e diminuição da autoestima.

Mello et al. (2004a) ressaltam que o tratamento da obesidade na infância pode ser ainda mais difícil, pelo fato de estar relacionado a mudança de hábitos dos pais, familiares e pela falta de entendimento da criança em relação aos danos da obesidade. Acredita-se que uma boa intervenção na infância pode evitar problemas futuros na vida adulta do indivíduo. Desta forma, segundo Bayer et al. (2010, p. 870) “[...] isso evidencia que, além da herança genética, a influência ambiental também acaba desempenhando papel importante no desenvolvimento da obesidade.”

O destaque dado à influência ambiental no desenvolvimento da obesidade remete à certeza de que: “é pressuposto que a complexidade humana está intrinsecamente associada ao

meio no qual o ser humano se desenvolve, desde os seus primeiros momentos de vida até a sua morte.” (DINIZ; KOLLER, 2010, p. 71).

Entende-se que os fatores exógenos, como a alimentação e a atividade física são mudanças relativamente simples e eficientes de serem realizadas. Porém, especialmente no tratamento da obesidade infantil, há ressalvas, pela simples razão dessas mudanças terem que partir dos pais ou responsáveis. Portanto, Mello et al. (2004a) ressaltam que por envolver mudanças nos hábitos inadequados no ambiente familiar, o tratamento da obesidade infantil não é tarefa fácil e recomendam que as mudanças na família devem ser o ponto central no tratamento.

Numa pesquisa na qual se investigaram as características familiares que promovem um desenvolvimento saudável encontrou-se apoio emocional, presença de práticas disciplinares coerentes e a existência de uma rede de apoio [...]. Ou seja, elementos que propiciem o estabelecimento de relações em que estejam presentes aspectos como a compreensão, a tolerância. Por outro lado, o mesmo estudo identificou que descontrola nas relações familiares, falta de acolhimento e de responsabilização são elementos que poderão ser perturbadores ao desenvolvimento. (DINIZ; KOLLER, 2010, p. 73).

Para Dâmaso et al. (2003a) a ênfase das intervenções na obesidade ocorrem em sua maioria nos fatores exógenos (extrínsecos), que representam a maioria dos casos de obesidade (95%). Desta forma, orientam que o tratamento deve ser planejado principalmente com intervenções nos níveis de atividade física e hábitos alimentares.

Entretanto, Mattos (2007) considera o tratamento da obesidade um desafio terapêutico, difícil, de lento processo, com possibilidade de reincidências e que requer intervenção interdisciplinar. São necessárias que as alterações no estilo de vida se tornem enraizadas e para tanto devem ser acompanhadas de mudanças no modo de pensar, agir e sentir do paciente obeso.

Para uma boa intervenção e tratamento adequado da obesidade deve-se atacar todas as suas causas, inclusive as mudanças dos hábitos familiares para se obter resultados satisfatórios. Portanto, de acordo com Segal e Fandiño (2002, p. 68): “A obesidade é uma condição médica crônica de etiologia multifatorial, seu tratamento envolve vários tipos de abordagens. A orientação dietética, a programação de atividade física e o uso de fármacos antiobesidade são os pilares principais do tratamento”. Porém, na obesidade infantil o uso de fármacos antiobesidade, em razão dos poucos estudos dos efeitos colaterais nesta faixa etária, é pouco recomendado. Dâmaso et al. (2003c) destacam que os programas que baseiam suas intervenções na combinação de dieta e exercício, na maioria das vezes possuem maior eficácia.

Corroborar-se da visão de Dâmaso et al. (2006) que o tratamento constitui de intervenções clínicas, psicológicas, nutricionais e estímulo a atividade física. Na intervenção clínica deve-se avaliar o estado clínico de saúde geral, investigar o histórico familiar e da obesidade; nas intervenções psicológicas deve-se realizar orientação psicoterápica individual ou em grupo; nas nutricionais realizar inquéritos de estimativa alimentar e consultas individuais para investigar aspectos quanti e qualitativos das alimentações; e com relação à atividade física deve-se estimular e promover o aumento dos níveis de atividade física dentro e fora do contexto de intervenção.

Por fim, o Caderno da Obesidade (BRASIL, 2006b) publicado pelo Ministério da Saúde que busca transmitir orientações com relação ao tratamento da doença admite que:

[...] nem sempre existe uma relação tão harmoniosa entre a população usuária e o serviço de saúde. Nem os profissionais nem os indivíduos são iguais. Ao contrário, portam distintas vontades e detêm diferentes projetos de vida, agindo ética e politicamente de modo diversos. O trabalho educativo-participativo é demorado e exige investimento na formação do profissional. No caso específico, o trabalho com os usuários com sobrepeso/obesidade, dada a complexidade do problema, não é de retorno imediato. Ressalta-se que este não é um trabalho fácil e previsível, mas carregado de surpresas e emoções. (BRASIL, 2006b, p. 55)

Para se obter resultados satisfatórios com o programa, Farias (2005, p. 15) orienta que é necessário utilizar

[...] uma abordagem interdisciplinar, com estratégias focalizadas na mudança do estilo de vida, por meio da informação, educação, motivação, e estratégias de mudança de comportamento (atividades físicas, reeducação alimentar e reestruturação comportamental). Programas com estas características, direcionadas para jovens, devem conter atividades de automonitoramento, controle de estímulos, gerenciamento do estresse, apoio social e atividade física. Esses são alguns dos itens fundamentais para o sucesso no controle e tratamento da obesidade em jovens.

Nos últimos anos emergiram programas que procuram se pautar em práticas multiprofissionais. Nelas o trabalho é focado na prevenção, promoção e qualidade de vida em grupos de pessoas, sendo oferecidos por faculdades, cooperativas médicas, associações e Organizações Não Governamentais (ONGs) seguindo uma perspectiva preventiva, na sua maioria de forma privada. Estes programas têm por objetivo melhorar a qualidade de vida dos indivíduos e familiares por meio da educação com palestra de orientação para uma alimentação saudável e incentivo à prática de atividade física regular. Porém, muitas dessas práticas são mercadológicas, pouco estimuladas e restritas a uma pequena parcela da sociedade.

O aspecto mercadológico dessas práticas é consequência da orientação macroeconômica da nação brasileira na contemporaneidade. Neste contexto, as estratégias de

governo que respaldam as políticas públicas e dentre essas, as de combate à obesidade infantil, são notadamente marcadas por interesses econômicos.

Esse novo cenário institucional faz emergir, portanto, o conceito de cidadão-cliente em substituição ao cidadão de direitos. A noção de cidadão-cliente, considerado como consumidor dos serviços prestados por organizações do terceiro setor, suplanta o histórico de iniciativas coletivas voltadas à conquista dos direitos sociais. Nesse deslocamento de conceito, funda-se o domínio da privatização, em que tais organizações evidenciam seu caráter empresarial focado na apresentação de resultados. (MARCONDES, 2013, p. 62-63).

Para Dâmaso et al. (2003c) é consenso na comunidade científica mundial a implantação de programas de intervenção multiprofissional no tratamento da obesidade. E para se desenvolver um programa conciso e adequado com maiores chances de sucesso no tratamento, é necessária a atuação de um maior número possível de profissionais, de diferentes áreas da saúde. E, com relação ao espaço e material, esses autores recomendam que quanto maior, mais adequado será para o bom andamento do programa.

Farias (2005) recomenda que se evite estratégias individualizantes, e por razão da multicasualidade da doença, as intervenções das equipes de prevenção e tratamento da obesidade infantil devem ser compostas por profissionais de diferentes áreas do campo da saúde, sendo:

[...] médica, agente de saúde, professores de educação física, psicóloga e nutricionistas, desenvolvendo atividades de intervenção e tratamento por meio de mudanças comportamentais relacionadas aos hábitos alimentares, e a prática de atividade física e controle emocional. (FARIAS, 2005, p. 30).

Entretanto, Dâmaso et al. (2003c) destacam que para se obter resultados satisfatórios no tratamento da obesidade leve ou severa, deve haver a integração de pelo menos três profissionais: o professor de educação física, o nutricionista e o psicólogo. Para esses autores este trio forma o “tripé de intervenção”. No entanto, ressaltam que reconhecida a complexidade e multicausalidade da obesidade outros profissionais também devem compor a equipe de tratamento.

Programas multiprofissionais de intervenções não medicamentosa da obesidade buscam promover o balanço energético negativo, por meio de mudanças no comportamento alimentar e motor, de uma forma geral. De acordo com Souza (2003, p. 510): “O padrão de vida sedentário associado à alta ingestão de alimentos, principalmente gorduras e carboidratos, favorece o aumento na deposição de gordura.” Assim, profissionais inseridos na

equipe de tratamento multiprofissional organizam suas ações objetivando reverter esta tendência.

Busca-se a seguir, descrever as principais atribuições de cada profissional, observando as estratégias utilizadas, possíveis práticas inovadoras que ganham destaque e quais são suas expectativas com relação às suas intervenções.

Com relação ao profissional da nutrição faz parte das suas atribuições “[...] avaliar, orientar e propor adequação e/ou mudanças nos hábitos alimentares ao paciente, o controle da qualidade e da quantidade de nutrientes ingeridos [...]” (DÂMASO et al., 2003c, p. 491). Para os autores o referido profissional deve também desenvolver suas propostas baseadas na sugestão de diferentes formas de se aproveitar os nutrientes disponíveis e orientar seus pacientes com relação à seleção e preparo dos alimentos. E por fim, o trabalho do nutricionista consiste em apresentar informações suficientes para que o paciente possa construir um referencial que possibilite auxiliar o mesmo em suas escolhas alimentares.

Matsudo et al. (2003) acreditam que elucidar os benefícios físicos e psicossociais da atividade física regular para a saúde é uma das atribuições do professor de educação física num contexto de tratamento. A intervenção dos profissionais da educação física deve estar relacionada às orientações, planejamentos e estratégias ao estímulo da prática regular de atividade física. Quanto às mudanças de comportamento hipocinético e estímulo para a prática regular de atividade física, o profissional de educação física deve também intervir diretamente em “[...] hábitos sedentários, como assistir televisão e jogar vídeo game, [os quais] contribuem para o aumento do gasto calórico diário.” (MELLO et al., 2004b, p. 177). Desta forma, esse profissional além da orientação, tem a capacidade de contribuir para o aumento do gasto calórico da criança em tratamento, contribuindo para tornar seu estilo de vida mais ativo e saudável.

Cattai et al. (2008) atribuem importância ao papel do profissional de educação física no programa de tratamento do sobrepeso e obesidade infantil tendo em vista que o número de evasão no tratamento é grande. Por meio de atividades lúdico-recreativas criam-se estratégias motivacionais que evitam e/ou minimizam a desistência aos programas voltados à perda de peso. Para esses autores, o profissional de educação física deve, sobretudo, estimular a prática de atividade física em outros espaços fora o de sua intervenção, como andar de bicicleta, passear ou brincar em espaços públicos, e promover a reflexão da necessidade de hábitos de vida mais ativos.

Conforme descreve Dâmaso et al. (2003c) constitui-se das atribuições do trabalho do profissional da educação física dentro de uma equipe de intervenção multiprofissional

viabilizar e prescrever práticas regulares e seguras de atividade física de acordo com a maturidade física-motora, capacidade fisiológica, metabólica e hormonal do paciente. Além de conscientizá-los com relação aos benefícios da incorporação da atividade física como um dos elementos para se obter uma vida saudável.

Quanto ao profissional de psicologia, para Andrade, T. (2003) cabe a este realizar acompanhamento do paciente de forma individual ou em grupo, sendo que o tratamento individual é mais indicado para as crianças tímidas e o realizado em grupo é o mais indicado para os adolescentes, em razão do benefício das trocas de experiência e partilha de sentimentos e enfrentamentos com relação à doença. Dâmaso et al. (2003c) apontam que o trabalho desse profissional de psicologia consiste em buscar minimizar e tratar problemas emocionais e afetivos que possam de alguma forma agravar ou comprometer a condição de saúde do indivíduo em tratamento.

Cabe ao médico atenção com relação ao estado de saúde do paciente, observar se o mesmo está apto para realizar atividade física e se necessário intervir realizando tratamento hormonal, medicamentoso ou cirúrgico junto ao paciente.

Segundo Frutuoso et al. (2011) o desenvolvimento da obesidade e doenças associadas na vida adulta tem raízes na infância. Reconhecer o papel da família no desenvolvimento da obesidade é fundamental para sua prevenção. O aspecto preventivo da obesidade deve ser focado por todas as instituições da sociedade, de modo geral, e pela família de forma específica.

O papel da família é fundamental no desenvolvimento da criança e conseqüentemente sobre o desenvolvimento da obesidade e/ou sobrepeso. Auxiliar os filhos em suas escolhas alimentares, principalmente na seleção e preparo dos alimentos, promover atividades de lazer monitorando o tempo de ócio na frente da televisão, do videogame, do computador são contribuições para um estímulo de hábitos de vida mais ativo e saudável.

Nesta configuração de tratamento as equipes de intervenção têm como parceiras as famílias, focando buscar mudança nas estruturas familiares, propondo ações e atitudes que possam contribuir no tratamento das crianças. Para Ferreira, V. e Magalhães (2011) a mulher assume papel fundamental no que se refere aos compromissos de promoção de ações que possam contribuir no tratamento dos seus filhos. Segundo esses autores:

O papel das mulheres como gerenciadoras dos lares as torna agentes multiplicadoras das ações de prevenção da obesidade e de promoção da saúde. Nesse sentido, faz-se necessário subsidiar ações factíveis que possibilitem ao grupo a adesão a estilos de vida mais favoráveis a sua saúde e a de sua família [...] (FERREIRA, V.; MAGALHÃES, 2011, p. 2286).

Oliveira, A. et al. (2003, p. 149) destacam que a prevenção da obesidade infantil deve ser realizada desde o nascimento da criança, afirmando que: “ O consumo do leite materno mostrou-se como fator protetor contra a obesidade.” Dessa forma, ressaltam a importância do papel da mãe na prevenção do sobrepeso e da obesidade infantil.

A Sociedade Brasileira de Pediatria observou que mães comprometidas com a saúde integral de seus filhos são capazes de realizar mudanças em hábitos enraizados e difíceis de serem modificados, visando o bem-estar e o desenvolvimento biopsicossocial dos seus filhos.

Portanto, a SBP afirma que uma maneira de controlar os agravos da obesidade é preveni-la na infância.

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

Segundo Mello et al. (2004b) há pouco consenso com relação à efetividade dos programas de intervenção sobre a obesidade infantil. Assim, como destacam esses autores, a prevenção se constitui como o melhor caminho:

[...] os esforços para a prevenção da obesidade na infância são provavelmente mais eficazes quando endereçados simultaneamente aos alvos primordial, primário e secundário, com metas apropriadamente diferentes. A prevenção primordial visa prevenir que as crianças se tornem de risco para sobrepeso; a prevenção primária objetiva evitar que as 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. (MELLO et al., 2004b, p. 179).

3 MÉTODO

Pesquisar o assunto escolhido, buscar conhecimento, perseguir a verdade pressupõe a utilização de um método, de uma forma, de um caminho a ser trilhado. No esforço de procurar por respostas dentro do contexto das ciências, o investigador necessita utilizar-se de algum tipo de método científico. Embora exista uma gama diferenciada de métodos, explicitados por inúmeros autores, todos eles conduzem a um mesmo objetivo, qual seja de estabelecer um caminho reflexivo sobre a natureza daquilo que se propõe estudar e explicar (BRISOLA; MARCONDES, 2011; CHAMON, 2006; CRUZ NETO, 2004; DESLANDES, 2004; GIL, 2006; LAKATOS; MARCONI, 1992; MARCONDES, 2013; MARCONI; LAKATOS, 2007; MINAYO, 2004; OLIVEIRA, S., 2002).

A utilização da expressão “Método” numa pesquisa remete ao entendimento de “processo” porque as fases que contemplam esse “Método” justifica essa afirmação. Prova disso a autora Marcondes (2013, p. 115) defende a seguir:

[...] é importante considerar que este processo contempla o período de exploração da realidade concreta como, por exemplo, definição do local onde será realizada a pesquisa, definição dos sujeitos da pesquisa, escolha dos critérios de amostragem, e estabelecimento das estratégias para a inserção no campo, mas também a escolha dos instrumentos e procedimentos para posterior análise dos dados. A metodologia consiste num caminho investigativo para se alcançar conhecimento sobre o objeto ou sujeito da pesquisa, sendo os métodos científicos condição *sine qua non* para existência e evolução da ciência.

3.1 TIPO DE PESQUISA

A presente pesquisa é caracterizada, sob o enfoque da natureza, como básica, pois se dedicou a produzir conhecimentos atuais e importantes sobre as limitações e potencialidades interventivas de uma equipe multiprofissional que atua de forma diretamente no tratamento de crianças com sobrepeso ou obesas com vistas à promoção do desenvolvimento biopsicossocial das mesmas.

Com relação à forma de abordagem do problema, a pesquisa se designa como qualitativa, uma vez que o interesse do pesquisador neste estudo foi evidenciar, valorizar e dar

voz à equipe multiprofissional que atua no combate da obesidade infantil sem a pretensão de evocar e supervalorizar aspectos numéricos.

A pesquisa qualitativa privilegia a singularidade do sujeito, pois a atitude de escuta e o interesse por parte do pesquisador desperta no outro o impulso de revelar-se [...]. Com ela, é possível caminhar na direção do resgate da experiência de vida pessoal, familiar, profissional e social da pessoa humana, indo para além dos aspectos circunstanciais materiais e estruturais que a envolve. (BRISOLA; MARCONDES, 2011, p. 126).

Sob o enfoque dos objetivos, a pesquisa classifica-se como descritiva, devido o interesse do estudo estar convergido no apontamento e reflexão das limitações e potencialidades interventivas de uma equipe multiprofissional que atua num programa de tratamento da obesidade infantil, executado por uma Organização Social situada no Vale do Paraíba Paulista, voltado para crianças na faixa etária de 0 a 15 anos, gestantes e nutrizes.

Do ponto de vista dos objetivos, uma pesquisa qualitativa pode caracterizar-se, dentre outras possibilidades, como descritiva. Neste caso específico, o pesquisador centra seu interesse no registro e análise das formas de relações que o sujeito ou grupos de sujeitos estabelecem com o mundo ao seu redor num âmbito micro ou macro ou consigo mesmo. (BRISOLA; MARCONDES, 2011, p. 126).

3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Quanto aos critérios para escolha dos entrevistados, quantidade de profissionais a serem envolvidos no estudo e local para coleta de dados, tomou-se como norte a liberdade de escolha que a estratégia procedimental denominada Estudo de Caso possibilita.

Diante disso, procedeu-se a uma escolha intencional da amostra de sujeitos para este estudo, os quais foram representados por cinco profissionais, a saber: uma assistente social, um médico, uma nutricionista, uma professora de educação física e um psicólogo que atuam numa Organização Social, sem fins lucrativos ou econômicos, fundada no ano de 1943, sendo pioneira na oferta de serviço com estrutura médica multiprofissional de caráter assistencial à mãe e à criança na região do Vale do Paraíba Paulista, prestadora de serviços na área da saúde abarcando as seguintes especialidades: endocrinologia pediátrica, pediatria, ginecologia, odontologia, nutrição, enfermagem, psicologia, serviço social, psicopedagogia, fonoaudiologia e vacinação.

3.3 INSTRUMENTOS

“Considera-se como instrumento qualquer técnica que seja capaz de servir tanto à abordagem qualitativa como à quantitativa, possibilitando a construção das investigações.” (MARCONDES, 2013, p. 121). Em pesquisas qualitativas, as técnicas de uso mais corriqueiro são: entrevistas, grupo focal, história de vida, estudo de caso, observação, dentre outras. Especificamente nesta pesquisa foi utilizada a técnica denominada Estudo de Caso e a Entrevista Semiestruturada.

A estratégia procedimental denominada Estudo de Caso contribui para a investigação de um fenômeno contemporâneo dentro do seu contexto real. Esta técnica permite que se possa tecer reflexões e considerações importantes sobre uma determinada realidade em seu contexto natural, de forma a produzir conhecimentos a partir de fontes empíricas e compreender a natureza e a complexidade das relações que se estabelecem neste ambiente (GIL, 2006; YIN, 2001). Por conta disso, a escolha dessa técnica vem ao encontro das características da temática escolhida para ser estudada, qual seja, uma unidade de atendimento médico multiprofissional de caráter assistencial à mãe e à criança muito reconhecida pelo seu pioneirismo na cidade onde está localizada e em virtude dos relevantes serviços que presta à comunidade local.

Estudo de Caso é uma estratégia de investigação qualitativa para aprofundar o *como* e o *por que* de alguma situação ou episódio, frente à qual o avaliador tem pouco controle. Costumam ser classificados em explicativos, cognitivos e expositivos e visam a aumentar o entendimento sobre fenômenos sociais complexos. Em sua essência, o Estudo de Caso, no âmbito da investigação avaliativa, visa a apresentar ou a esclarecer por quê e como determinada decisão ou conjunto de decisões foram tomadas. Objetiva, também, evidenciar ligações causais entre intervenções e situações de vida real; bem como ressaltar o contexto em que uma intervenção ocorreu. Além disto, visa a demonstrar o rumo de uma intervenção em curso e como modificá-la. As questões principais para o desenho de um Estudo de Caso são: definição do foco de análise; como e o porquê de determinado problema; formulação de proposições especificamente orientadas para os vários aspectos em estudo; determinação da unidade de análise (um grupo, uma organização, um setor); esclarecimento da lógica entre as várias proposições; estabelecimento de critérios para a interpretação dos dados (referencial teórico e categorias). (MINAYO et al., 2010, p. 93).

Quanto ao instrumento utilizado para a coleta das informações orais, fez-se uso da Entrevista Semiestruturada. A Entrevista Semiestruturada é aquela que condensa perguntas abertas e fechadas, onde a pessoa entrevistada tem a liberdade de se pronunciar sobre a temática em questão sem ficar presa a um questionamento formulado (MINAYO et al., 2010).

“Esta técnica possibilita a utilização de um roteiro com questões previamente definidas e acréscimo de novas perguntas de acordo com a necessidade.” (MARCONDES, 2013, p. 122-123). Jodelet (apud Sá, 1998, p. 90) sugere que a entrevista:

[...] comece com perguntas de caráter mais concreto, factuais e relacionadas às experiências cotidianas do sujeito, para gradativamente passar a perguntas que envolvem reflexões mais abstratas e julgamentos. As perguntas são formuladas precisamente para ir além da espontaneidade em direção ao que por várias razões não é comumente dito. Por exemplo, algo pode não ser revelado de forma espontânea simplesmente porque se trata de um conhecimento óbvio para a população estudada; mas não para o pesquisador, que deve, portanto perguntar para chegar a descobri-lo. (JODELET apud SÁ, 1998, p. 90).

Portanto, com a utilização dos instrumentos, Estudo de Caso e Entrevista Semiestruturada, foi possível colher informações suficientes para identificar as limitações e potencialidades interventivas de uma equipe multiprofissional que atua no tratamento da obesidade infantil.

3.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

O Projeto de Pesquisa, que fundamentou o presente estudo, foi submetido ao Conselho de Ética de Pesquisa da UNITAU, conforme preconiza a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196/96, sendo aprovado sob a declaração de nº 416/11 (Anexo A).

Após aprovação do Comitê, foi enviado Ofício (Apêndice I) de esclarecimento e solicitação de autorização para realização da pesquisa para o responsável da instituição onde se desenvolve as atividades do Programa estudado.

Diante da autorização do responsável pela Organização Social conforme assinatura no documento intitulado Autorização da Instituição (Apêndice II), seguiu-se para os contatos com os profissionais que atuavam no local, esclarecendo-os sobre os objetivos do estudo. Aos que aceitaram participar, foi solicitado que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, sendo uma via para o entrevistado e a outra para o pesquisador (Anexo B). Neste momento foi firmado o compromisso deste pesquisador na garantia da preservação e manutenção do sigilo da identidade de cada participante do estudo, bem como sua saída a qualquer momento, caso assim a desejasse.

Os dados foram coletados por meio de entrevista com questões semiestruturadas, a partir da segunda quinzena do mês de outubro de 2011 e finalizadas no final do referido mês, sendo que as mesmas foram gravadas em mídia digital, e logo após serem transcritas foram destruídas.

O instrumental (Apêndice III) utilizado para levantamento das informações consta de 13 perguntas, as quais foram realizadas para cada um dos cinco profissionais da equipe interdisciplinar individualmente. Essas perguntas versavam sobre temas que pudessem responder às indagações a cerca das dinâmicas profissionais, cotidiano da equipe, motivações individuais, formas de trabalho e as intervenções individuais dos profissionais no tratamento da obesidade infantil.

3.5 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS

Os dados qualitativos oriundos das entrevistas foram submetidos ao referencial teórico analítico proposto por Laurence Bardin, denominado Análise de Conteúdo (BARDIN, 1977).

Rocha e Deusdará (2005, p. 308) definem a análise do conteúdo como um “[...] conjunto de técnicas de análise das comunicações que aposta grandemente no rigor do método como forma de não se perder na heterogeneidade de seu objeto.” Complementando a compreensão, Oliveira, D. (2008, p. 569) afirma que: “a análise de conteúdo é um instrumento de pesquisa científica com múltiplas aplicações.” Os procedimentos de análise de conteúdo utilizados podem variar conforme os objetivos da pesquisa, porém, para que tenha algum valor científico, deve-se definir algumas regras para que se diferenciem de análises meramente intuitivas.

Entre as várias modalidades de análise do conteúdo, selecionou-se para a realização da presente pesquisa a análise temática. Para Minayo (2010, p. 316): “fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado.”

Assim, como propõe Bardin (1977) operacionalmente a análise temática organizou-se em três fases, sendo, pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados, inferência e interpretação, as quais são descritas a seguir:

Fase 1 – Pré-análise.

Caracteriza-se como a organização propriamente dita, que de forma flexível, objetiva sistematizar as operações dos processos de análise que consiste na escolha dos documentos que serão submetidos à análise, e formulação de hipóteses e objetivos para a fundamentação da interpretação dos mesmos. Dentro do processo de pré-análise, tem-se:

A *escolha dos documentos* denominado *corpus*, que segundo Bardin (1977, p. 96) “[...] é o conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos.” Nesta Dissertação, o *corpus* se constituiu das entrevistas transcritas.

A *leitura flutuante*, ou seja, “[...] a leitura como forma de apropriação de todo material coletado. Neste momento se deixa de lado o rigor científico, sendo que “[...] são empreendidas várias leituras de todo o material coletado, a princípio sem compromisso objetivo de sistematização, mas sim se tentando apreender de uma forma global as ideias principais e os seus significados gerais.” (CAMPOS, 2004, p. 613).

A *preparação do material* que consiste na preparação formal, ou transcrição dos textos podendo “[...] ir desde o alinhamento dos enunciados intactos proposição, até a transformação linguística dos sintagmas para estandarização e classificação para equivalência [...]” (BARDIN, 1977, p. 101).

Fase 2 – Exploração do material.

Após a conclusão da pré-análise ocorreu a análise propriamente dita. “Esta fase, longa e fastidiosa, consiste essencialmente de operações de codificação, desconto ou enumeração, em função de regras previamente formuladas.” (BARDIN, 1977, p. 101). Deste modo, a seleção das unidades de análise (ou unidades de significados), consistiu numa fase muito importante da pesquisa definindo os temas de acordo com os objetivos propostos.

Fase 3 – Tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Nesta fase foi o momento de tratar os resultados brutos e transformá-los em significativos e falantes. Desta forma: “o analista, tendo a sua disposição resultados significativos e fiéis, pode então propor, inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos, ou que digam respeito às outras descobertas inesperadas.” (BARDIN, 1977, p. 101).

Portanto, foram formuladas as categorias e suas respectivas subcategorias pertinentes aos resultados apresentados na pesquisa. Segundo Campos (2004, p. 614) nesta fase não

existe uma regra básica, nem uma direção, “[...] em geral, o pesquisador segue seu próprio caminho baseado nos seus conhecimentos teóricos, norteado pela sua competência, sensibilidade, intuição e experiência.”

E posteriormente, formulou-se o relatório final, objetivando-se responder aos objetivos propostos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo dedica-se de forma geral à apresentação dos resultados da pesquisa e sua discussão. Os dados coletados são apresentados em dois momentos. No primeiro momento as informações colocadas se referem à caracterização dos profissionais que compõem a equipe que interveem na obesidade infantil, como: formação profissional, tempo de trabalho no programa, experiências anteriores e principais motivações. Na sequência, delinea-se o programa de intervenção à obesidade. E em seguida, são apresentados os dados relacionados ao trabalho propriamente dito, discutindo-se aspectos relacionados às intervenções, resultados, limitações e potencialidades interventivas da equipe multiprofissional, que atuando na perspectiva multidisciplinar, procura tratar a criança obesa com vistas à promoção do desenvolvimento biopsicossocial da mesma.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPE

4.1.1 Assistente Social

Na ocasião da entrevista, a profissional trabalhava há dois anos na operacionalização do programa. Graduiu-se em Serviço Social no ano de 2009, numa faculdade da região do Vale do Paraíba Paulista, não possuindo experiências anteriores com a obesidade infantil. Seu primeiro contato profissional com o tratamento da obesidade foi realizando por meio do estágio no referido programa estudado, no final do ano de 2008. A motivação que a levou a trabalhar com a obesidade infantil foi a possibilidade de conhecer e intervir nas dificuldades enfrentadas pelas famílias participantes do programa.

4.1.2 Médico

Graduou-se em Medicina no ano de 2001 numa instituição pública da Capital Paulista. Concluiu residência médica em pediatria e em endocrinologia pediátrica, respectivamente nos anos de 2003 e 2005. Exerce sua atuação profissional no programa desde o final de 2006, e no momento da entrevista assumia a coordenação do programa. O que o motivou a trabalhar com a obesidade infantil foi inicialmente sua formação, logo após o desafio no contexto atual de crescimento epidêmico da obesidade e as poucas políticas públicas voltadas para esse público infantil no Vale do Paraíba.

4.1.3 Nutricionista

Graduada em Nutrição no ano de 2007 numa instituição do Vale do Paraíba Paulista, especializou-se em nutrição ortomolecular e concluiu seu mestrado em nutrição, respectivamente nos anos de 2008 e 2010, ambos numa instituição pública da Capital. Atuou no programa como voluntária esporádica em 2007 e logo após um ano, em 2008 assumiu o

atendimento clínico na instituição. De 2010 até o momento da realização da entrevista era a responsável pela equipe de nutrição do referido programa.

4.1.4 Professora de Educação Física

Formada em Educação Física no ano de 2008, numa faculdade do Vale do Paraíba Paulista, pós-graduou-se em educação física escolar em 2009. Na ocasião da entrevista estava cursando uma especialização em recreação e lazer e atuava há pouco mais de um ano no programa estudado.

4.1.5 Psicólogo

Graduou-se em Psicologia, em 2009, numa instituição pública do Vale do Paraíba Paulista, momento em que despertou interesse pela área referente à obesidade infanto-juvenil. Iniciou suas atividades no programa como estagiário e após passou a ser voluntário na instituição por um período, quando com a necessidade da mão de obra deu sequência às suas atividades no programa. Desde então, atua há cinco anos no programa na área cognitiva comportamental.

4.2 CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO

4.2.1 Programa

O programa pesquisado foi inaugurado em 15 de outubro de 2007, porém era executado desde o final do ano de 2006. Inicialmente a equipe era formada por profissionais das áreas de Serviço Social, Medicina, Nutrição e Psicologia, sendo incluída a Educação Física na proposta do programa em 2008.

O programa estudado tem como proposta o desenvolvimento de ações preventivas e de tratamento dos distúrbios alimentares, em especial da obesidade. O foco de suas intervenções são as crianças e adolescentes na faixa etária compreendida entre cinco e 15 anos e seus responsáveis. A estratégia interventiva se pauta na proposição de mudanças na dinâmica familiar, e para tanto, acredita ser imprescindível o acompanhamento e a participação de pelo menos um integrante da família. A duração do tratamento no programa é de um ano. Seus objetivos são:

[...] oferecer atendimento multiprofissional à criança e ao adolescente obeso, visando modificar o seu comportamento alimentar, bem como o de sua família; Reduzir as comorbidades relacionadas à obesidade; Prevenir doenças causadas pela obesidade; Reduzir taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares, no futuro adulto; Mobilizar e integrar outros serviços ao Programa; Controlar e avaliar o Programa com pesquisas. (SERVIÇO DE PROTEÇÃO À CRIANÇA, 2008, s.p.).

4.3 CARACTERIZAÇÃO DAS INTERVENÇÕES

As intervenções efetuadas pela equipe são basicamente semanais e em grupo de crianças ou famílias, com objetivos específicos para cada profissional, já aquelas realizadas pelo atendimento médico ocorrem de maneira diferenciada, sendo mensais e individuais direcionadas às crianças. O Quadro 7 apresenta de forma resumida alguns aspectos da equipe em questão.

Quadro 5 – Organograma do serviço prestado no programa de tratamento da obesidade infantil.

| Serviço | Intervenção | Frequência | Objetivo |
|-------------------------|---------------------------|------------|--|
| Atividade Física | Criança (grupo) | Semanal | Trabalhar a capacidade aeróbica e gasto de energia |
| Atendimento Médico | Criança (individual) | Mensal | Avaliar e propor metas |
| Atendimento Nutricional | Família e criança (grupo) | Semanal | Orientação alimentar e nutricional |
| Atendimento Psicológico | Criança (grupo) | Semanal | Mudar hábitos |
| Assistente Social | Família (grupo) | Semanal | Identificar as principais dificuldades da família |

Fonte: Elaborado pelo autor (2013).

Segundo Dâmaso et al. (2003c) para se obter resultados satisfatórios na mudança comportamental das crianças seria fundamental que, as atividades fossem realizadas com prazer, os aspectos lúdicos fossem parte do processo de intervenções de todos os profissionais em suas atividades e que o tratamento fosse decisão da própria criança. Acreditam que com essas atitudes poder-se-ia tornar mais viável a adesão da criança ao tratamento da obesidade.

A seguir, apresenta-se de forma mais detalhada a análise das intervenções realizadas por cada serviço oferecido dentro do programa de intervenção na obesidade infantil.

4.3.1 Atividade Física

Meu trabalho é voltado para o aeróbio, mais aeróbio e lúdico. Não coloco as crianças para correr uma hora na esteira nem para pedalar duas horas na bicicleta. [...] Procuo fazer tipo brincadeiras. Acredito que através das brincadeiras as

crianças se divertem mais, participam melhor da minha aula. (Professora de Educação Física).

As crianças realizam atividades físicas em grupo e essas atividades práticas são de caráter lúdico, recreativo e esportivo, com ênfase na melhora da capacidade aeróbia do organismo, contribuindo assim para o balanço energético negativo.

Por conta do pouco espaço da academia e a variedade de material, uma alternativa encontrada pela profissional é utilizar dos circuitos de atividades. Esta metodologia caracteriza-se por ser mais adequada aos espaços reduzidos e disponibilidade de materiais variados. No entanto, no centro poliesportivo, espaço próximo ao programa, é possível intervir por meio dos esportes com o grupo de crianças.

Diante dessa realidade emergem duas situações antagônicas: a primeira considerada como negativa porque como a academia esta situada num local de amplitude reduzida, essa inadequação do espaço físico não contribui com o tratamento da obesidade infantil; segunda considerada como positiva porque diante da limitação do espaço físico, a mudança para um local mais amplo possibilitou o desenvolvimento de uma gama maior de atividades lúdicas, dessa forma houve maior motivação das crianças nas atividades realizadas no centro poliesportivo.

O objetivo das intervenções da profissional da educação física é criar situações diversificadas para proporcionar às crianças vivências de experiências prazerosas dentro deste contexto, podendo motivá-las à prática regular de atividade física contribuindo para o sucesso do tratamento. Geralmente as brincadeiras possuem um significado muito importante para as crianças. Segundo Prati et al. (2007), as brincadeiras contribuem para o desenvolvimento humano ampliando vínculos e promovendo maior aproximação entre as crianças. Nesta mesma direção, Cattai et al. (2008) reforçam que as brincadeiras e os estímulos à prática de atividade física em espaços diferentes e externos aos daqueles comumente utilizados para intervenções de educadores físicos, aliada a busca por reflexão sobre a necessidade de se adquirir hábitos de vida mais ativos, se apresentam como são ações pertinentes ao profissional de educação física.

4.3.2 Atendimento Médico

[...] Minha consulta é baseada em anamnese, exames físicos, solicitação e averiguação de exames complementares, traçar metas para as crianças de perda de peso e avaliar como anda a parte de alimentação e atividade física [...] (Médico).

As intervenções realizadas pelo médico ocorrem por meio de consultas mensais e individuais com as crianças e sempre acompanhadas pelos seus respectivos responsáveis. Essas intervenções são sempre baseadas em anamneses focando o histórico individual e familiar, exames físicos avaliativos das capacidades cardiorespiratórias, solicitação e averiguação de exames complementares para controle glicêmico, de triglíceres, colesterol, dentre outros.

Souza (2003) recomenda que se deve propor a cada consulta metas tangíveis almejando estimular a criança a promover mudanças no comportamento alimentar e motor. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a), a relação de dois valores antropométricos (peso e estatura) de crianças menores de 10 anos começam a apresentar possíveis riscos a saúde quando o percentil encontra-se acima de 97, assim a equipe deve ter como meta diminuir esse percentil a valores menores.

Dâmaso et al. (2003c) reforçam a importância da atenção que se deve dar ao estado de saúde das crianças, observando suas aptidões à atividade física ou exercício. E ainda, esses autores afirmam que se houver necessidade recomenda-se a realização de uma intervenção com tratamento hormonal, medicamentos ou cirurgias.

4.3.3 Atendimento Nutricional

Tentamos a cada semana, a cada encontro inculcar a importância de uma alimentação, o que ela pode trazer de benefício. [...] buscando trazer as crianças para aquele momento que estão vivendo, quais são os benefícios de uma alimentação legal, adequada, para que possam melhorar o seu quadro e trazer saúde para elas. (Nutricionista).

A equipe de nutrição era composta pela nutricionista e por uma estagiária de nutrição que por meio de intervenções semanais buscavam realizar orientações com relação à educação alimentar e nutricional. Os encontros semanais ocorrem num primeiro momento com o grupo de crianças e depois com os pais, sendo que os conteúdos apresentados para as crianças da equipe eram retransmitidos e reforçados aos pais. Assim, as orientações dadas no primeiro grupo acabam sendo reforçadas no segundo, objetivando a busca por transformações dentro do contexto familiar.

Os encontros nutricionais possuem dois objetivos fundamentais: primeiro inculcar a importância da alimentação, e segundo que esta possa oferecer benefícios para a criança naquele determinado momento, sem realizar uma longa projeção de futuro para as mesmas.

De acordo com Soares e Petroski (2003), as crianças possuem uma relação particular de aceitação e entendimento do tempo, não possuindo condições cognitivas para realizarem projeções quanto aos riscos futuros da obesidade. Desta forma, o foco das intervenções atentou para situações vividas pelas crianças no tempo presente de suas vidas, compreendendo que se o conteúdo apresentado não for significativo haverá dificuldade em assimilá-lo.

Portanto, o tratamento busca intervir essencialmente no microtempo da criança, de forma que sejam estabelecidas interações entre a nutricionista e grupo de crianças num tempo relativamente menor, ou seja, no momento presente (SANTANA; KOLLER, 2004).

4.3.4 Atendimento Psicológico

[...] Eu divido o meu trabalho em duas etapas. [...] no primeiro semestre eu trabalho com a questão da mudança de hábitos que de certa forma é aquilo que está mais comprometendo a questão do ganho de peso, ou seja, os péssimos hábitos alimentares [...]. No segundo semestre não vou criar uma ênfase na perda de peso, mas sim uma ênfase na manutenção desse peso que ele perdeu. (Psicólogo).

As intervenções do psicólogo acontecem hora de modo individual, hora em grupo. As atividades grupais ocorrem semanalmente, sendo que as ações são divididas em duas etapas semestrais.

Na etapa inicial do trabalho, que ocorre no primeiro semestre, o profissional de psicologia busca mudanças de hábitos e realiza investigação dos maus hábitos que podem comprometer o ganho de peso das crianças. E após identificá-los, procura imediatamente tentativas de modificá-los. No segundo semestre, esse trabalho se pauta na manutenção do peso perdido, ou seja, é dada ênfase no resultado adquirido na primeira etapa.

4.3.5 Atendimento Social

Além da triagem social eu realizo encontros com os pais e até mesmo com as crianças verificando as necessidades que essa família nos traz. (Assistente Social).

A triagem social, considerada como primeiro contato da equipe com as famílias, e os encontros realizados semanalmente com familiares das crianças em tratamento no programa, foram intervenções realizadas pela assistente social.

Essa triagem se configura como recurso importante para que a equipe de intervenção possa tomar conhecimento dos possíveis condicionantes e determinantes presentes na questão da obesidade, como: alterações nas configurações familiares (segunda, terceira ou quarta união refletindo alta rotatividade de parceiros no casamento, presença de pais separados, famílias numerosas, uniões homoafetivas, dentre outras); diversidade geográfica das instalações habitacionais (residência em bairros centrais ou periféricos); acesso ou não às políticas públicas (transporte, lazer, saúde, assistência social, educação, cultura, moradia e trabalho); e a condição econômica (baixa renda ou classe média).

Os encontros se apresentam como possibilitadores de coleta de dados referente às famílias, constituindo-se como importantes fontes de informações, cujo objetivo é conhecer quais são as principais dificuldades e necessidades enfrentadas pelas famílias atendidas no programa, e levantar aspectos relevantes que podem contribuir para o tratamento das crianças. Em casos isolados quando são verificados assuntos mais delicados e de difícil exposição no grupo, a família tem a possibilidade de solicitar atendimento individualizado.

Acredita-se dentro da equipe que a parceria com as famílias pode facilitar o tratamento da criança e com o apoio familiar obter resultados satisfatórios na mudança comportamental, haja vista que sem o apoio das famílias, as propostas da equipe podem ser naufragadas. Quem assume papel fundamental como propagadora de ações de prevenção da obesidade e promoção da saúde no ambiente familiar são as mulheres no seu papel social de mãe (BRONFENBRENER, 2002; FERREIRA, V.; MAGALHÃES, 2011). Assim, é atribuída à mãe, proteção dos seus filhos.

Reforçando essa assertiva, a instituição estudada defende que as famílias com mães comprometidas com a saúde dos seus filhos são capazes de mudar hábitos enraizados dentro deste contexto em benefício do desenvolvimento e bem-estar dos seus filhos, proporcionando melhoras na qualidade de vida das crianças, ou seja, esta proposição dependerá do engajamento da mãe nas atividades de interação estabelecidas nos processos proximais com a criança (NARVAS; KOLLER, 2004).

Por fim, Dâmaso et al. (2006) ressaltam que a intervenção se constitui de atendimentos clínicos, psicológicos, nutricionais e estímulos à atividade física. E como se pode perceber, o programa em questão segue esse padrão.

As intervenções supracitadas, dos diferentes profissionais, possui cada qual suas especificidades, porém de comum verifica-se que todas estão voltadas à busca por mudanças nos hábitos das crianças, a começar pelas alterações promovidas no interior da própria família, considerada como parceira nas intervenções e participante ativa das atividades executadas junto as crianças. No entanto, isso não garante trocas de informações qualitativas entre o transmissor da informação do programa e o receptor que procura arquitetar essas modificações em sua família.

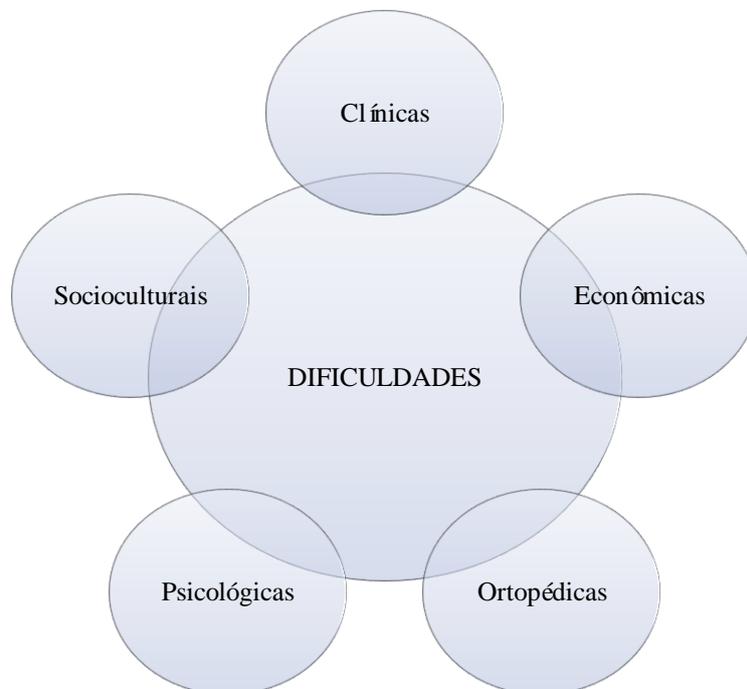
Segal e Fandiño (2002) caracterizam a obesidade como doença crônica que envolve diversas e múltiplas causas. Em razão dessas características deve-se envolver diversas e variadas abordagens para o possível sucesso das intervenções. Entretanto, o trabalho que compreende a complexidade individual do ser humano requer maior integração da equipe de intervenção, com práticas que procurem se pautar numa perspectiva interdisciplinar. Esta abordagem de atendimento se caracteriza por ações conjuntas de diferentes profissionais e constitui-se como um grande passo no tratamento de crianças obesas.

Porém, conforme indica Nogueira (1997), a forte ancoragem em suas disciplinas faz com que os profissionais encontrem dificuldades na implantação de práticas interdisciplinares no campo das intervenções. E ainda, como é apontado por Munhoz (2008), os profissionais não estão preparados para partilhar e complementar os saberes. Ambos os autores reconhecem que além das razões que envolvem os problemas, há também pouca disposição para a efetivação de práticas interdisciplinares no campo da saúde.

4.4 DIFICULDADES ENFRENTADAS PELAS CRIANÇAS NO TRATAMENTO

Com relação às principais dificuldades enfrentadas pelas crianças no tratamento da obesidade, a equipe multiprofissional apontou aquelas relacionadas aos aspectos: clínicos como dislipidemia, resistência insulínica, pressão arterial oscilante, hipertensão arterial, cardiorespiratória, diabetes, colesteronímia, estrias e acnes; ortopédicos evidenciando comprometimento nas articulações do joelho, tornozelo e coluna; psicológicos referentes à autoimagem, baixa autoestima, angústia, ansiedade, depressão e dificuldade de enfrentar frustrações; econômicos relacionados aos custos com transporte e alimentação; e socioculturais envolvendo questões como preconceito, exclusão, *bullying*, violência urbana e mudanças comportamentais. Essas dificuldades são ilustradas resumidamente no organograma (figura 6) e apresentada suas categorias, subcategorias e resumos das mesmas (quadro 8), respectivamente.

Figura 6 – Organograma da categoria Dificuldades e suas respectivas subcategorias.



Fonte: Elaborado pelo autor (2013).

Quadro 6 – Dificuldades enfrentadas pelas crianças obesas segundo a equipe de profissionais pesquisados.

| Aspectos | Dificuldades |
|-----------------|--|
| Clínicos | Cardiorespiratória, dislipidemia, resistência insulínica, hipertensão arterial, diabetes, colesteronímia e pressão arterial oscilante; mamas e diminuição dos órgãos genitais (meninos), pêlos pelo corpo, disfunções e transformações hormonais – estrógeno em testosterona ou vice e versa (meninas); estrias e acnes. |
| Ortopédicos | Comprometimento nas articulações do joelho, tornozelo e coluna. |
| Psicológicos | Autoimagem, dificuldade de enfrentar frustrações, baixa autoestima, angústia, ansiedade e depressão. |
| Econômicos | Custos com transporte e alimentação. |
| Socioculturais | Discriminação, <i>bullying</i> , exclusão, preconceito, violência urbana e mudanças comportamentais. |

Fonte: Elaborado pelo autor (2013).

4.4.1 Aspectos Clínicos

Eu acho que afeta mais a parte da dificuldade de correr, até mesmo o caminhar, fadiga muito rápido, cansa muito rápido, o pouquinho que brinca a criança já cansa [...] “ah! posso descansar um pouco meu coração tá muito acelerado”. (Professora de Educação Física).

Da parte clínica vemos muitas crianças já com dislipidemia, com resistência insulínica e pressão arterial. [...] alterações dermatológicas, estrias, acnes, ovário policístico e muitas tem puberdade antecipada por conta da obesidade. (Médico).

Elas têm problemas hormonais e podem desenvolver patologias futuras ou imediatas. (Nutricionista).

Um garoto de 8-12 anos com obesidade instalada, ele não consegue correr, cansa com facilidade e tem uma condição cardiovascular precária. (Psicólogo).

Mello et al. (2004a) afirmam que a obesidade infantil esta associada a várias complicações que podem ou não influenciar no desenvolvimento biopsicossocial, de forma imediata ou futura. Portanto, as dificuldades clínicas podem interferir no desenvolvimento dessas crianças. Uma das dificuldades importantes com relação à criança obesa é o desenvolvimento de complicações cardiorespiratórias que geram consequências no desenvolvimento motor das crianças, acarretando piora no condicionamento físico impossibilitando-as de realizar atividades físicas.

Neste estudo, os profissionais entrevistados apontaram que havia crianças com dislipidemia, resistência insulínica e hipertensão arterial. Com o aumento do peso elevam-se

os riscos de desenvolvimento de patologias imediatas ou futuras ou como Salve (2006) afirma, quanto maior o excesso de peso maior a probabilidade do risco de morte. Mello et al. (2004a) destacam que crianças obesas podem desencadear maior predisposição ao diabetes em razão da resistência insulínica.

Segundo relato da equipe, algumas crianças desenvolveram alterações físicas imediatas importantes, como por exemplo, nos meninos ginecomastia e diminuição dos órgãos genitais e nas meninas pelos no corpo e transformações hormonais (estrógeno em testosterona ou vice e versa). Mello et al. (2004a) apontam que a obesidade está associada a varias complicações que podem influenciar o desenvolvimento da criança acometida pela doença. Com relação a alterações dermatológicas foram notadas estrias e acnes. Esses mesmos autores defendem também que há maiores chances das crianças obesas contrair micoses, dermatites e piodermites.

Segundo Salve (2006) uma grande preocupação é com relação aos riscos da provável manutenção da obesidade na vida adulta. Desta forma é imprescindível soluções no sentido de que a criança estabeleça mudanças no comportamento alimentar e motor. As famílias e a equipe de intervenção em conjunto, devem buscar estratégias que busquem soluções criativas para o problema dessas crianças.

Para Ferreira et al. (2006) os fatores genéticos podem determinar anormalidades nas interações hormonais, podendo contribuir para a dificuldade na saciedade e regulação do peso corporal. Assim, conforme ressaltado por Dâmaso et al. (2003a), o balanço calórico positivo e o excesso de adiposidade podem se configurar como resultado de mudanças na ação e secreção hormonal, especialmente nos indivíduos obesos. Segundo Escrivão (2000) um distúrbio hormonal importante esta relacionado à leptina, que tem como função enviar sinais de saciedade ao individuo. Desta forma, pessoas com esse distúrbio não recebem o sinal e continuam com a ingestão dos alimentos o que leva consequentemente ao aumento do peso corporal.

Frutuoso et al. (2011) alertam que o desenvolvimento de doenças associadas à obesidade na vida adulta, possui fortes raízes na infância. Portanto, deve-se ter uma preocupação nesta fase importante da vida, podendo as atitudes aprendidas nesse período, perpetuar-se por toda a existência do indivíduo.

4.4.2 Aspectos Ortopédicos

[...] A criança começa a andar torto, porque tem a compensação. Tem problema de joelho, tornozelo e coluna. [...] A gente recebe bastante criança que já tem esse problema no joelho, que tem desvio na coluna. (Professora de Educação Física).

[...] Ocorrem alterações ortopédicas importantes nas articulações dos joelhos, tornozelos e coluna. (Médico).

As principais dificuldades que de alguma forma podem levar ao impedimento da realização de atividade física estão relacionadas ao comprometimento da parte motora que afeta, segundo Mello et al. (2004a), articulações dos joelhos, tornozelos, coluna e quadril. Conforme o peso corporal aumenta as dificuldades ortopédicas podem se agravar. Assim, corrobora-se a ideia de Salve (2006) que quanto maior o excesso de peso maior a probabilidade de dificuldades e complicações motoras.

Com a associação de dificuldades cardiorespiratórias e motoras, há uma fadiga precoce e rápida e dificuldade no deslocamento motor, afetando a caminhada-corrída. Mello et al. (2004a) ressaltam que as dificuldades respiratórias podem causar fadigas até no caminhar das crianças obesas e também asma e infecções, sendo essas caracterizadas como capacidades necessárias para o desenvolvimento de brincadeiras infantis, como por exemplo, os inúmeros pega-pegas, essenciais para o desenvolvimento físico e mental.

4.4.3 Aspectos Psicológicos

As crianças têm vergonha. Tem criança que chega e fala para mim: “eu não queria ser assim, por que eu sou assim?” (Professora de Educação Física).

São crianças que tem uma baixa autoestima. [...] Muitas tem depressão. (Médico).

[...] Ela [a criança] não enfrenta o ambiente como uma pessoa que não teria o sobrepeso enfrentaria, ou seja, se ela não enfrenta frustrações, certas derrotas, não tendo possibilidade de suplantá-las. [...] Encarar frustrações faz parte de todo o desenvolvimento humano. (Psicólogo).

Para Mello et al. (2004a) as crianças obesas enfrentam ao longo da suas vidas algumas situações de discriminação social que podem gerar eventuais comportamentos de isolamento das atividades sociais, buscando uma tentativa de minimizar seus sofrimentos. Assim, como consequência desenvolve baixa autoestima, dificuldade de expressar seus

sentimentos e vergonha da sua condição atual. Observa-se que as dificuldades psicológicas são referentes à construção da imagem individual, sendo desenvolvidos sentimentos de vergonha da sua autoimagem corporal.

Enfrentar frustrações e superá-las seria comum a qualquer processo de desenvolvimento humano de uma pessoa saudável, no entanto, para a criança obesa isso não é tão simples, este aspecto é carregado de um histórico de derrotas vivenciadas, ficando temerosa com relação ao enfrentamento das suas dificuldades.

Para Landeiro (2008) os inúmeros momentos ou situações que geraram algum desconforto e não foram tratados podem levar o indivíduo a desenvolver diversos problemas de ordem psicológica ao longo de toda a sua vida, impedindo-o de ter uma vida emocional saudável.

E por fim, por todas essas dificuldades que as crianças obesas enfrentam ou enfrentaram, acaba sendo, “[...] *uma doença que interfere e muito na qualidade de vida das crianças.*” (Médico).

4.4.4 Aspectos Econômicos

Em se tratando dos aspectos econômicos, verifica-se que eles estão presentes, enquanto dificultadores no processo de tratamento da obesidade infantil na referida Organização Social estudada. As dificuldades econômicas das famílias, especialmente daquelas que possuem uma renda per capita baixa, as quais são maioria no referido programa, interferem demasiadamente no tratamento. Destacam-se àquelas relacionadas aos meios de transporte para locomoção até o local do tratamento e a aquisição de gêneros alimentícios considerados como saudáveis, não calóricos e capazes de contribuir para o bom metabolismo do corpo humano. Essas dificuldades destacadas podem gerar complicações com relação à permanência ou frequência regular da criança no programa, como cita abaixo a assistente social do programa.

Dificuldade de vir três vezes por semana, não são só as crianças que tem que vir, os acompanhantes também [...] são duas passagens de ônibus por dia. [...] A família de baixa renda tem a dificuldade da compra de uma alimentação saudável no supermercado. (Assistente social).

Condição previamente estabelecida no programa está relacionada à participação efetiva de um membro representante da família para que sejam socializadas informações e ofertado treinamento quanto à alimentação das crianças. Essa exigência acarreta em gasto com transportes⁶ o que pode representar quase 1/5 do salário ou seis dias de trabalho, tendo como referência o salário mínimo⁷, por exemplo. Assim, faz-se necessária reflexão sobre algumas alternativas para enfrentamento dessa situação. E neste sentido destacam-se três: primeiro, a possibilidade de uma previsão orçamentária dentro da Organização Social que contemple a aquisição de vales-transportes para posterior repasse às famílias; segundo que este gasto do programa seja considerado no momento de elaboração do projeto de alocação de recursos financeiros ao pleitear a liberação de verbas públicas das três instâncias de governo ou de empresas para o desenvolvimento das atividades; e terceiro, que a Organização Social estabeleça parcerias com o gestor público da Assistência Social no município onde está localizada. Assim, os profissionais de Serviço Social que prestam serviços na Prefeitura poderão liberar o referido recurso material, ou seja, o vale-transporte, a fim de custear parcialmente ou integralmente o período de tratamento das famílias em situação de vulnerabilidade socioeconômica, mediante comprovação por parte da Organização Social de que as famílias estão regularmente inseridas, mantendo frequência regular e devidamente acompanhadas pela equipe multiprofissional do programa.

Em se tratando da dificuldade econômica associada à aquisição de gêneros alimentícios, Pinheiro e Carvalho (2008) ressaltam que a alimentação saudável é considerada direito fundamental do ser humano, garantido pela PNAN. Viuniski (2003) destaca que enquanto o preço dos alimentos saudáveis for maior que os não saudáveis, dificilmente a nutrição adequada será realidade às famílias de baixa condição socioeconômica.

No programa estudado, os profissionais orientam as famílias sobre a importância da boa nutrição. Entretanto, verifica-se que o consumo desses alimentos vai muito além da educação e da consciência nutricional, pois esbarra no poder aquisitivo dessas famílias em poder custear ou não tais alimentos. Neste aspecto, Silva, L. (2011) recomenda que o investimento numa alimentação saudável deva partir também da implantação e implementação de políticas públicas capazes de propiciar alternativas às famílias impossibilitadas de promover sua segurança alimentar com recursos próprios. Alguns

⁶ A tarifa unitária do município onde o programa é operacionalizado é a maior do Estado de São Paulo, R\$ 2,80. Apenas menor que a Capital. Fonte: Associação Nacional de Transportes Públicos (2013).

⁷ Com base no salário mínimo nacional de maio de 2013, no valor de R\$ 678,00, mensalmente esta família terá uma despesa de R\$ 134,40 apenas com transporte para o programa, ou seja, quase um 1/5 ou quase seis dias de trabalho mensal. Somando-se as quatro passagens diárias do familiar e da criança três vezes por semana por um mês de intervenção.

exemplos nessa direção já foram tomados pelos organismos públicos municipais, estaduais e federal. Como exemplo, destacam-se três programas sociais de transferência de renda, a saber dos quais se tem conhecimento: Bolsa Família, de amplitude nacional, Renda Cidadã operacionalizado no Estado de São Paulo e Renda Mínima, presente em vários municípios. De comum, todos eles repassam valores financeiros em espécie, ou seja, uma certa quantia em dinheiro à família. E a depender do programa, da quantia de membros da família e da renda per capita do núcleo familiar, esse valor é diferenciado. As agências bancárias em parceria com os governos municipais, estadual ou federal são responsáveis pelo repasse às famílias do subsídio financeiro liberado pelo governo.

Portanto, verificou-se que os aspectos econômicos representam alguns dos entraves do trabalho de intervenção da equipe e da correspondência ao tratamento por parte das famílias, gerando complicações no orçamento e eminente interrupção do tratamento, com consequente evasão da criança do programa.

Por ser a obesidade uma doença multifatorial, que envolve as esferas do macrossistema, o qual se repercute diretamente nos microssistemas (BRONFENBRENNER, 2002), as realidades socioeconômicas precisam ser discutidas e permeadas também por reflexões que centralizem a importância da intersetorialização das políticas públicas. Na intervenção da obesidade, além do imprescindível envolvimento dos inúmeros setores e segmentos da sociedade, áreas como saúde, esporte, lazer, educação, assistência social, emprego, enfim devem ser envolvidas.

4.4.5 Aspectos Socioculturais

As crianças obesas enfrentam quase que diariamente situações de preconceito e de bullying comprometendo o seu desenvolvimento. (Assistente social).

[...] As crianças acabam percebendo isso, que ela é sempre a última a ser escolhida. [...] Se houver uma seleção que é sempre comum ocorrer nesses meios sempre será excluída. [...] Porque a criança obesa é discriminada. (Psicólogo).

Muitas sofrem com o preconceito, com o bullying. (Médico).

As crianças que chegam aqui nunca tinham provado uma manga, não por falta de condição financeira, porque existem crianças que realmente não têm condições financeiras de comprar frutas, verduras e legumes. Mesmo aquelas que têm certa condição nunca haviam provado uma manga, uma melancia, uma banana ou uma maçã. (Nutricionista).

As três primeiras narrativas dos profissionais pesquisados relatam as dificuldades relacionadas ao enfrentamento de situações angustiantes vivenciadas pelas crianças, que em sua maioria, podem causar consequências imediatas ou futuras no seu desenvolvimento individual. Nestas, são mais difíceis de intervir de forma direta e imediata em razão de serem dificuldades de ordem estrutural da sociedade. A última esta relacionada às mudanças no padrão alimentar da população brasileira provocada pela globalização, afetando a cultura alimentar mundial.

É errado pensar que a globalização afeta unicamente os grandes sistemas, como a ordem financeira mundial. A globalização não diz respeito apenas ao que está “lá fora”, afastado e muito distante do indivíduo. É também um fenômeno que se dá “aqui dentro” influenciando aspectos íntimos e pessoais das nossas vidas. (GUIDDENS, 2000, p. 22).

Segundo Dessen e Guedea (2005), as questões que dizem respeito à estrutura social, estabelecem padrões, condutas, comportamentos e são reproduzida pela sociedade. Portanto, de acordo com Lerner (2011), esses padrões culturais acabam influenciando a natureza das interações afetando o desenvolvimento individual.

A obesidade infantil, considerada como doença de etiologia multifatorial, demanda uma abordagem multidisciplinar por parte dos profissionais de saúde. É por isso que se defende que uma alternativa para a equipe do programa estudado é a construção de canais para o desenvolvimento de debates e discussões com o grupo de crianças, mas também com os demais agentes envolvidos e interessados no assunto, sejam eles da própria Organização Social ou da rede de saúde do município. Neste sentido a equipe poderá instrumentalizar-se sempre mais no atendimento que realiza.

Questão de outra ordem igualmente digna de reflexão se refere às brincadeiras inofensivas ou apelidos pejorativos, que na maioria das vezes passam despercebidos ou acabam sendo naturalizados são manifestações implícitas ou explícitas de discriminação, preconceito, exclusão e *bullying* que ao serem vivenciadas inúmeras vezes pelas crianças no seu cotidiano, podem gerar consequências ou agravamento ainda maior do problema em questão. Para Maldonado (2011) o *Bullying* causa enorme mal-estar e conseqüente exclusão social das crianças que sofrem esse tipo de manifestação podendo levar a conseqüências extremas ao ponto das vítimas promoverem suicídio.

Estas manifestações sociais de aversão ao diferente é reflexo desta sociedade que define um padrão e desqualifica o indivíduo que não se encaixa nele. Fisberg (1995) destaca que todos os extremos nas diversas sociedades contemporâneas sofrem segregação e

preconceito, gerando estigmatização do indivíduo obeso. Stenzel (2002) aponta que a estigmatização do obeso é um processo sócio-histórico bastante amplo, seu fomento com relação a esta população envolve diversos segmentos da sociedade, como: medicina, religião, moda, mídia.

Outra discussão emergente se refere às mudanças culturais, especialmente na alimentação. Foi observado pela equipe pouco consumo de alimentos saudáveis por parte das crianças em tratamento. Com relação a isso e para a discussão desta temática, elegeu-se alguns elementos os quais são inerentes às mudanças socioculturais, e que trouxeram consequências no consumo de alimentos saudáveis pela criança brasileira, sendo todos observados a partir da década de 1990.

Tais mudanças tiveram início, segundo Mendonça e Anjos (2004), com o crescimento da oferta de refeições rápidas, que por meio de forte propaganda direcionada ao público infantil, começaram a ser servidas em embalagens ilustradas por simpáticos personagens dos desenhos animados e com a venda de alimentos com brinquedos. Estas estratégias das empresas estimularam o consumo dos seus alimentos, aumentando seu público consumidor. Na sequência dos fatos históricos, Moraes, P. (2010) afirma que com a política econômica do Plano Real em 1994, aumentou-se o poder aquisitivo das famílias brasileiras de forma geral e também daquelas menos favorecidas economicamente. Com isso, observou-se paralelamente um aumento no consumo dos alimentos industrializados/processados, especialmente por parte dessas famílias consideradas como de baixa renda. Entretanto, isso se configura como motivo de preocupação, de acordo com Mendonça e Anjos (2004) houve diminuição no consumo de frutas, legumes e hortaliças. Portanto, ressalta-se que a partir desta década inaugurou-se um novo estilo de vida mais urbano e moderno que trouxe consequências num curto tempo histórico para todas as faixas etárias da população brasileira, especialmente às crianças em idade escolar.

4.5 MUDANÇA DE HÁBITOS

Com relação à mudança de hábitos a equipe apontou a adesão à atividade física e consequentemente maior participação das crianças nessas práticas em outros contextos, especialmente o escolar e melhora no aspecto alimentar. O estímulo à atividade física baseou-se na premissa de romper com as atitudes cotidianas que cada vez mais estimulam a economia de esforço, provocando um desequilíbrio energético e consequente aumento de adiposidade corporal (PINHO; PETROSKI, 1999).

De acordo com Cattai et al. (2008) estimular as práticas de atividade física em outros espaços fora os da intervenção, como andar de bicicleta, passear ou brincar em espaços públicos, e promover a reflexão da necessidade de hábitos de vida mais ativos, são necessários para contribuir no tratamento da obesidade infantil. A maior participação das crianças em práticas de atividades físicas foi destacada pela profissional da educação física de acordo com o relato abaixo:

[...] passaram a gostar mais de fazer atividade física. [...] Constatamos uma participação maior e mais efetiva das crianças na educação física na escola. [...] Escutei relato de uma criança que passou a olhar com outros olhos a educação física na escola.

Outro destaque da equipe relaciona-se a uma transmissão e possível assimilação dos benefícios de uma boa alimentação momentânea ou futura. Conforme mencionado pela nutricionista:

conseguimos inculcar a importância de uma alimentação e o que ela pode trazer de benefício para a criança naquele determinado momento e futuramente.

As interrelações vividas no cotidiano dos microsistemas, como as relações estabelecidas no contexto de tratamento e de convivência familiar, são possíveis contribuidoras para os determinantes relacionados à manutenção de atitudes saudáveis. Em defesa dessa assertiva, Sai e Marco (2008) afirmam que todas as relações interpessoais podem constituir-se como fontes de influências e exemplos à criança em tratamento, contribuindo para o seu desenvolvimento individual.

A partir das intervenções da equipe, foram observadas mudanças de hábitos das crianças e das famílias. Consideram-se tais atitudes muito importantes, tanto no desenvolvimento individual, quanto na contribuição de atitudes para a promoção da sua saúde, como nos resultados satisfatórios no tratamento da doença em questão. Essas

mudanças podem possivelmente refletir em melhoras nas condições de saúde e na qualidade de vida das crianças em tratamento da obesidade. A ilustração que segue (figura 7) demonstra o organograma da categoria Mudança de Hábitos com suas respectivas subcategorias Crianças, Contextos e Famílias.

Figura 7 – Organograma da categoria Mudança de Hábitos e suas respectivas subcategorias.



Fonte: Elaborado pelo autor (2013).

4.5.1 Crianças

[...] Muitas vezes, não vemos reflexos tão importante no peso, mas vemos um reflexo na mudança de hábitos, seja ele da parte alimentar, ou de atividade física [...]. São crianças que passavam muitas horas na frente da televisão, computador e videogame. (Médico).

A princípio não se observou mudanças corporais e físicas expressivas nas crianças. Entretanto, as mudanças refletiram em atitudes comportamentais importantes como nos hábitos alimentares e motores, possibilitando melhoras na qualidade de vida das crianças. Assim conforme destacou o médico: “*agora as crianças passaram a ser mais ativas e a se alimentar melhor.*”

[...] Essas crianças estão comendo frutas, provando cada dia mais tipo de verduras, de hortaliça diferente. Então se você observar a mudança no padrão alimentar da criança é maravilha. (Nutricionista).

Foram observados resultados nas mudanças de hábitos alimentares e comportamentais. Segundo relato da equipe estudada, as crianças apresentaram melhoras na alimentação e nos níveis de atividades físicas. Segundo Dâmaso e Freitas Júnior (2003b) observam-se mudanças comportamentais, especialmente em aspectos alimentares, logo que os indivíduos começam praticar regularmente atividades físicas, o que conseqüentemente, faz com eles passem a incorporar o consumo de alimentos mais saudáveis. Assim, emerge um ciclo virtuoso de incorporação de práticas saudáveis.

Segundo Mendonça e Anjos (2004) o contexto de lazer atual foi iniciado com a introdução da televisão a partir da década de 1990, a qual passou a ser uma forma de recreação, especialmente para a população de baixa renda. Esse processo introdutório do aparelho televisivo nos lares das famílias brasileiras contribuiu para a modificação das formas de lazer e para práticas que estimulam a economia de esforço, e conseqüentemente para a redução do gasto energético. Assim, conforme atestam Pinho e Petroski (1999) atitudes cotidianas, como: muitas horas na frente da televisão, computador e videogame contribuem para o acúmulo de adiposidade corpórea nas crianças. Não descartando o problema da violência urbana que também tem contribuído para as mudanças das práticas de lazer da sociedade (FRAGOSO, 2009). Verifica-se, portanto, que as modificações do lazer infantil contemporâneo refletem num lazer com pouco ou mínimo de gasto energético contribuindo para agravar o problema epidêmico da obesidade infantil.

Não obstante, acrescenta-se também a este fato da introdução da televisão nos lares das famílias e a influência muitas vezes negativa do impacto deste meio de comunicação no desenvolvimento das crianças. Como a televisão se utiliza de uma linguagem específica para transmitir certos conteúdos, ela acaba se tornando uma mediadora cultural, uma agente educativa favorecendo muitas vezes maus hábitos e comportamentos relacionados à alimentação, por exemplo, sem contar atitudes e condutas de convivência social e pessoal entre as demais crianças.

A cultural audiovisual tão presente nos dias atuais, dita regras de sociabilidade e consumo que incentivam práticas que levam a obesidade infantil, e esse incentivo tendencioso muitas vezes passa despercebido pelos pais e crianças.

Como a televisão se trata de um meio cultural de enorme incidência, valer-se somente de críticas não contribui para minimizar as possíveis consequências indesejadas da exposição exagerada diante desse aparelho.

Diante disso, cabe aos pais e profissionais que atuam na problemática da obesidade infantil uma atitude de vigilância que se traduza numa utilização criteriosa e responsável desse equipamento eletrônico conscientes do potencial educativo que ele possui. Mediante ações educativas, é preciso levar as crianças a desenvolverem elementos críticos que contribuam no processamento ativo de tudo o que se vê e se ouve por meio da televisão.

A atenção às mudanças de hábitos das crianças é atitude constante da equipe estudada, e essas mudanças são direcionadas no sentido de que as crianças busquem aumentar seu gasto calórico, especialmente no período de tratamento. A principal preocupação da equipe, objeto deste estudo, foi favorecer mudanças comportamentais como a introdução da prática regular de atividade física, tanto no contexto do tratamento quanto em outros contextos, em especial o escolar.

Mello et al. (2004a) defendem uma proposta que a equipe que atua no referido Programa tem procurado concretizá-la, qual seja, a de buscar realizar mudanças nos hábitos sedentários e assim contribuir para o aumento do gasto calórico, de forma que uma das medidas tomadas pela equipe tem sido justamente a de intervir diretamente em atitudes como assistir televisão e jogar videogame.

4.5.2 Famílias

[...] A criança está inserida no meio que está todo errado e apenas o ambiente é que tem que ser modificado, só a criança, ela não consegue mudar sozinha. (Psicólogo).

[...] Nós não mudamos só o hábito alimentar da criança, mudamos o hábito alimentar da família. [...] Procuramos mudar [...] toda informação que é passada para elas, [crianças] passamos para os pais, temos oficina de preparação de alimentos com os pais, para que mudem o modo que estão fazendo. Para que seja mudada a preparação dos alimentos em casa e que eles [família] entendam o porquê da modificação do hábito alimentar dos seus filhos. (Nutricionista).

O contexto da família em sua maioria se caracteriza como um espaço acolhedor, que possibilita vínculos afetivos com relação às crianças, desta forma, as tentativas de promover mudanças diretamente no ambiente familiar é pertinente. Outro ponto importante, e esse é apresentado por Salve (2006), é que crianças com pai e mãe obesos possuem 80% de chances

de se tornarem obesas; se um dos pais for obeso as chances caem para 40% e se ambos os pais não forem obesos ainda há uma chance de 10%. E ainda, para Marques-Lopes et al. (2004), quando existe obesidade em vários membros da família, a probabilidade da criança ser obesa é grande. Tais dados demonstram a influência de fatores genéticos na origem dessa doença e que não devem ser desprezados.

Acredita-se que logo após mudanças no contexto familiar, a criança é afetada e isso por conta dos exemplos, possibilitando um possível sucesso no tratamento. Como recomendam Mello et al. (2004a), as mudanças no ambiente familiar devem ser pequenas e graduais; e espera-se logo após, que estas surtam efeitos positivos no tratamento das crianças obesas. As atividades molares ocorridas no ambiente familiar, como as vivências de experiências afetivas significativas e que tendem a persistir são essenciais para o processo de desenvolvimento e formação da criança (BRONFENBRENNER, 2002).

Enfim, esta contribuição nas mudanças de atitudes das famílias frente ao problema, acaba se configurando como de suma importância no processo de tratamento da criança obesa. As mudanças ocorridas no contexto familiar, conseqüentemente auxiliam a potencializar o trabalho de intervenção dos diferentes profissionais, alterando hábitos considerados inadequados neste ambiente, o que de certa forma, surtiu efeito nas crianças. Porém, essas mudanças no seio familiar em decorrência das dificuldades que elas enfrentam aparentemente não são fáceis, conforme relato da assistente social: *“muitas famílias se emocionam, devido às dificuldades que enfrentam. Então, quando chegam até aqui estão abertas as mudanças.”*

A equipe informa que a partir de suas intervenções ocorreram mudanças no ambiente familiar e que se essas forem permanentes, poderão contribuir para transformação das vidas das crianças. Segundo Mello et al. (2004a), as mudanças nas famílias para apresentar algum efeito na promoção da saúde das crianças devem ser permanentes e tomadas não somente como medidas de curto prazo com vistas à rápida perda de peso.

É reconhecida a importância do papel das famílias na transformação das crianças, auxiliando-as nas escolhas dos alimentos, na seleção e preparo dos mesmos, e no incentivo à realização de atividade física, especialmente nos momentos de lazer, contribuindo para a transformação e mudança de hábitos da vida, de forma que, assumindo um novo estilo de vida a criança dificilmente volte a engordar (FRUTUOSO et al., 2011; SOUZA, 2003).

Bronfenbrenner (2002, 2011) afirma que no ambiente familiar ocorrem os processos proximais, ou seja, instauração de relacionamentos afetivos entre as crianças com seus pais. Segundo esse autor, a criança sente-se apoiada emocionalmente ao receber influências de

forças subjetivas e objetivas advindas de seus pais na medida em que cumprem seu papel de cuidadores, destacando assim, o papel protagonista da família no tratamento do (s) seu (s) filho (s).

Reforçando esta assertiva de Bronfenbrenner a Sociedade Brasileira de Pediatria (2008) afirma que mães comprometidas com a saúde integral, visando o bem-estar das suas crianças, realizam mudanças em hábitos enraizados e difíceis de serem modificados nos seus contextos.

4.5.3 Contexto

Alguns pais são separados, os filhos ficam um pouco na casa do pai e semanalmente na casa da mãe, dos avós e tenho caso aqui que eu acompanho que na verdade quem cuida é a avó, não sendo dos pais então a dificuldade [...] (Assistente Social).

No decorrer das intervenções, a equipe verifica a ocorrência de mudanças nos diferentes ambientes familiares frequentados pelas crianças. E conforme relato da assistente social, a ocorrência de mudanças significativas e de forma mais acentuada são mais presentes na vida das crianças cujos pais são separados. Mais especificamente essas mudanças se referem à transferência, mesmo que temporária, à casa do pai e/ou avós. Diante desse quadro, a equipe procura minimizar as diferenças encontradas nestes ambientes, as quais podem interferir ou não de forma direta ou indireta no trabalho desenvolvido.

De acordo com Bronfenbrenner (2002, 2011) as experiências significativas como pais separados nem sempre podem afetar o desenvolvimento infantil ou o futuro do indivíduo. Nesta direção, a experiência da equipe multiprofissional do Programa em questão demonstrou que o bom diálogo com os pais separados e entendimento de ambos com relação ao problema da obesidade enfrentado por seus filhos pode contribuir para enfrentamento dessa situação.

Outro aspecto levantado pela equipe foi a melhora no relacionamento recíproco entre os próprios pais separados logo após a entrada dos seus filhos no programa. E isso se deu com o incentivo por parte dos profissionais às trocas de informações entre os pais e destes com seus filhos. Assim, conforme aponta a equipe, ocorrem mudanças na interação familiar e individual, que contribuem para que as crianças passem a ser mais interativas socialmente.

Portanto, com a participação dos pais no programa, sendo eles separados ou não, o que tem ocorrido é uma padronização dos horários, principalmente os alimentares. Desta forma,

segundo a assistente social: “*mudar o hábito da família, do dia a dia da alimentação, dos horários [...]*” foi a meta da equipe, possibilitando assim, maior benefício no tratamento das crianças obesas.

4.6 RESULTADOS DO TRATAMENTO

Com relação aos resultados das intervenções, a equipe de profissionais pesquisados relatam avanços positivos em vários aspectos, dentre eles: *clínicos* como as melhoras na parte metabólica; *físicos*: evidenciados no progresso das capacidades físicas relacionadas à agilidade e velocidade, ao funcionamento cardiorespiratório, e a perda de peso; *psicológicos*: expressos pela diminuição da timidez, despertar motivacional para participação da educação física escolar e em competições esportivas, e elevação da autoestima; *sociais*: manifestados pela agregação de qualidade nas interações estabelecidas nos contextos grupais e/ou familiares das crianças, e pelas mudanças de hábitos alimentares e comportamentais.

Em síntese, um aspecto comum que emerge das falas dos diversos profissionais é a certeza de que o tratamento trouxe benefícios. É evidente que 100% de progresso em todas as áreas não é de se esperar, isso seria o ideal o que nem sempre ou melhor quase sempre não condiz com a realidade concreta. Entretanto, o não alcance do ideal não impede que a equipe do programa estudado possa visualizar progresso no tratamento. Possivelmente numa área específica esse progresso se apresente de forma mais relevante; e em outra, de maneira menos acentuada, porém isso não invalida que o saldo final do tratamento é sempre positivo. Os profissionais são unânimes ao afirmar isso, e para ilustrar essa realidade, destacam-se dois relatos:

Acreditamos ter resultados visíveis além da melhoria da qualidade de vida das crianças [...] (Médico).

Podemos observar que no final do tratamento as crianças tiveram resultados bem positivos. [...] (Professora de Educação Física).

A figura oito objetiva reforçar que, não obstante extensão da problemática apresentada, é possível trilhar pela busca de alternativas de enfrentamento dessa epidemia denominada obesidade infantil, e o melhor, com alcance de resultados satisfatórios.

Figura 8 – Organograma da categoria Resultados do Tratamento e suas respectivas subcategorias.



Fonte: Elaborado pelo autor (2013).

Num momento histórico em que as transformações da contemporaneidade caminham a passos largos, apontar ações interdisciplinares, reflexões coletivas, olhares instigadores, e propostas interventivas e investigativas voltadas ao enfrentamento dos crescentes casos de obesidade infantil no território nacional e internacional, emerge como necessidade vital no interior de todas as sociedades do globo terrestre.

A preocupação social materializada em planos e projetos voltados à reeducação alimentar de jovens e crianças impacta positivamente nas estruturas engessadas pela globalização defensora do consumismo desenfreado. As práticas interventivas adotadas por profissionais desejosos em dar suas contribuições em processos de modificações da cultura vigente, são dignas de reconhecimento.

Quadro 7 – Aspectos positivos e seus respectivos alcances.

| Aspectos Positivos | Alcances |
|---------------------------|--|
| Clínicos | Melhoras na parte metabólica; |
| Físicos | Aumento das capacidades físicas (agilidade e velocidade), cardiorespiratórias e perda de peso; |
| Psicológicos | Diminuição da timidez, maior motivação em participar da educação física escolar e de competições esportivas, e elevação da autoestima; |
| Sociais | Agregação de qualidade nas interações estabelecidas e mudanças de hábitos alimentares e comportamentais. |

Fonte: Elaborado pelo autor (2013).

4.6.1 Aspectos Clínicos

Com relação à parte metabólica, vemos também que muitas vezes essa intervenção leva uma melhora nos índices de glicemia, colesterol, triglicérides, muitas vezes sem ter uma alteração muito grande no peso. Então, vemos essas melhoras como importantes na criança. (Médico).

Podemos observar a redução das taxas glicêmicas, na redução das taxas de níveis de gordura sérica, colesterol, diminuição de alergias ou queda de cabelos, unhas mais fortes e aparência da pele melhor. (Nutricionista).

Em se tratando dos resultados das intervenções e observando àqueles relacionados aos aspectos clínicos, o dado interessante que emergiu foi quanto à diminuição nas taxas glicêmicas que pode refletir numa possível prevenção para o diabetes. De acordo com Dâmaso e Freitas Júnior (2003, p. 279) com o exercício, aumenta-se “[...] a sensibilidade à insulina e diminuem-se os riscos do diabetes associados à obesidade [...]”, por isso a atividade física exerce um papel protetor contra o diabetes em especial.

Segundo Curi et al. (2002) os indivíduos obesos tem maior capacidade de captação de ácidos graxos⁸ pelo músculo se comparado aos indivíduos magros. Ainda, tanto o exercício quanto a restrição alimentar estimulam o balanço energético negativo, porém com o exercício ocorre maior preservação da massa muscular, fator importante para preservação da taxa de metabolismo basal e consumo energético mesmo em repouso (DÂMASO; FREITAS

⁸ Ácidos graxos se constituem como a principal fonte de energia para o tecido muscular, especialmente em atividades físicas prolongadas.

JÚNIOR, 2003b). Os estudos de Dâmaso et al. (2003c) demonstram que as intervenções que associam a prática de exercícios físicos com a dieta alimentar, são mais eficazes na produção de melhores resultados, tanto no aspecto físico quanto no metabólico, se comparadas as intervenções focadas apenas nas dietas.

Os estudos observacionais desenvolvidos por este pesquisador na Organização Social, onde se operacionaliza o programa estudado, aliados à revisão de literatura sobre a temática obesidade infantil e às informações coletadas por meio de entrevistas realizadas com equipe profissional atuante neste local, permitem observar que posições de consenso emergiram no que se refere aos resultados positivos pautados nos aspectos clínicos.

Sabe-se que a obesidade infantil, dotada de repercussões biopsicossociais e considerada também como problema de saúde pública, preocupa uma parcela significativa de diferentes profissionais que atuam na área da saúde. E isso porque as potenciais complicações decorrentes da obesidade para a saúde da criança são mais que conhecidas. Prova disso, os relatos supracitados do profissional médico e da nutricionista tão bem esclarece.

A acumulação excessiva de massa gorda é extremamente nociva à saúde dos indivíduos e especialmente das crianças porque estão em fase de desenvolvimento. De acordo com os profissionais do programa em questão, a massa gorda é representada pela gordura que se encontra na totalidade do organismo. Na quantidade necessária, ela é saudável porque tem a função de: armazenar o potencial energético; proteger o organismo do frio e das colisões; e, produzir hormônios (FERNANDES, J. 2013). A massa magra por sua vez é constituída pelos músculos que sustentam o corpo e permitem seu movimento. O problema encontra-se justamente no excesso de massa gorda, o qual pode trazer sérias consequências clínicas à criança, conforme atestam os profissionais entrevistados.

As consequências dessa acumulação de tecido adiposo do ponto de vista estético são evidenciadas pela nutricionista e pelo médico do programa quando afirmam que se pode verificá-las facilmente e externamente por meio da pele alérgica, quedas de cabelo, unhas menos resistentes e, do ponto de vista metabólico, representado pelas alterações nas taxas glicêmicas, presença acentuada de gordura sérica, colesterol e triglicérides. Portanto, conforme se verifica nos relatos dos profissionais entrevistados, o quadro de obesidade da criança, pode ser minimizado ou neutralizado em seus efeitos negativos à saúde, graças às ações combativas e/ou preventivas da equipe de profissionais do programa.

Os efeitos prejudiciais desse excesso de energia armazenada no organismo das crianças sob a forma de gorduras, precisam ser combatidos, visto que o aumento da obesidade é diretamente proporcional ao aumento da morbidade e mortalidade (ORGANIZAÇÃO

PAN AMERICANA DA SAÚDE, 2003). E nessa busca contínua por resultados positivos, é imprescindível uma intervenção focalizada. Não é por acaso que o mês de outubro e mais precisamente o dia 11 do referido mês, foi instituído como Dia Internacional da Obesidade. Esta patologia requer um trabalho de erradicação que deveria ser assumido pelos gestores da saúde no plano municipal, estadual e federal enquanto posição de destaque em suas respectivas agendas políticas. Intensificar uma ação de combate e neutralização da obesidade infantil é premente, exige esforço, vontade política e atuação conjunta de muitos profissionais, bem como envolvimento de diversas políticas públicas na ação e não somente da área da saúde.

A partir dessa dimensão macro espera-se discutir questões que ao longo dessas últimas décadas levaram ao aumento da obesidade infantil como o *marketing* direcionado a esse público, ausência da prática de educação física nas escolas, o preço dos alimentos saudáveis, entre outras questões. Desta forma um “Dia” não parece ser o bastante para a resolução do problema.

4.6.2 Aspectos Físicos

Tivemos resultados durante um ano de crianças que perderam cerca de 15, 20 kg, nossa preocupação é se elas vão conseguir manter isso durante os próximos anos. (Psicólogo).

As crianças estão mais leves, estão correndo com mais facilidade e demorando mais para se cansar. Ver esse resultado em seis ou sete meses e sendo que a maioria não faz atividade fora do programa é bem positivo. [...] Apenas realizam aulas duas vezes na semana, isso acaba sendo um resultado enorme. (Professora de Educação Física).

Todas as crianças que se empenharam e fizeram tudo o que orientamos, tiveram resultados excepcionais, além do que imaginávamos. E aquelas que não fizeram, não tiveram o mesmo empenho, mantiveram o peso. Não engordaram mais também não tiveram resultados satisfatórios. (Médico).

Observa-se nos relatos dos profissionais entrevistados três realidades muito importantes: primeira, a efetiva perda de peso; segunda, o empenho das crianças e famílias; e terceira, a satisfação da equipe com os resultados almejados e a preocupação com manutenção futura dos mesmos.

A perda de peso ao final do tratamento aconteceu apenas em casos isolados. Algumas crianças obtiveram com o tratamento de um ano resultados satisfatórios na perda ponderal. Entretanto, existe uma preocupação dos profissionais que operacionalizam o programa com relação à manutenção do peso perdido. Isso é considerado também como motivo de atenção por parte de alguns estudiosos da área, dentre eles cita-se Mattos (2007), por exemplo, o qual visualiza possibilidades de reincidência, ou seja, retorno do peso perdido. Reforçando esta hipótese, Viana et al. (2003) apontam que o tratamento da obesidade é difícil tanto para o profissional da saúde quanto para o indivíduo em tratamento, especialmente os que não conseguem estabilidade nos resultados, permanecendo assim numa constante vigilância alimentar. Segundo Mattos (2007) deve-se mudar o pensar e sentir da criança obesa para que as mudanças sejam duradouras.

Por outro lado, segundo os profissionais estudados as crianças que se empenharam seguindo as orientações recebidas, obtiveram melhores e mais expressivos resultados. De acordo com Souza (2003) com a mudança no comportamento alimentar e motor, podem ser revertidos comportamentos de vida sedentários e de alta ingestão alimentar.

Como o distúrbio nutricional tende a ser prolongado ou permanente, conforme fala do psicólogo e médico entrevistados, compreende-se a preocupação destes profissionais em saber se a criança irá conseguir manter o peso perdido ou não e ainda se irá conseguir diminuir o que já acumulou. Este desequilíbrio entre a ingestão e o gasto calórico que se faz presente nas crianças obesas, precisa ser considerado como fator de contínua atenção.

No relato da professora de educação física é possível visualizar a importância dos exercícios físicos no tratamento da obesidade infantil. A absorção excessiva de energia advinda dos alimentos precisa ser combatida com um consumo alto de energia por meio da prática regular de atividades físicas o que contribui para minimizar ou mesmo impedir o armazenamento de energia sob a forma de gorduras.

Quando a professora de educação física afirma que as crianças atendidas pelo programa *“estão mais leves, estão correndo com mais facilidade e demorando mais para se cansar”* mostra o quanto os benefícios provenientes da prática de exercícios são importantes e apresentam resultados positivos. A atividade física por si só é prática largamente difundida como promotora de saúde, independente da idade, gênero ou classe social. É interessante perceber no relato da profissional acima mencionada o quanto ela faz questão de evidenciar, que no período de *“seis ou sete meses”* já é possível visualizar concretamente os efeitos positivos dos exercícios físicos na vida das crianças obesas.

A motivação com os resultados positivos evidenciam-se facilmente nos relatos dos vários profissionais do programa. Para o psicólogo afirmar que: *“tivemos resultados durante um ano de crianças que perderam cerca de 15, 20 kg[...]”* expressa sua posição de contentamento com os resultados obtidos. E, segundo a professora de educação física, saber que antes as crianças obesas não possuíam o hábito de exercitar-se regularmente e que a atividade física realizada ao menos duas vezes na semana já é suficiente para promover *“um resultado enorme”* deixa transparecer seu entusiasmo. Esse contributo eficaz da atividade física no tratamento e na prevenção de futuras reincidências, evidencia-se também no relato do médico: *“todas as crianças que se empenharam e fizeram tudo o que orientamos, tiveram resultados excepcionais, além do que imaginávamos.”* As expressões *“resultados excepcionais”* e *“além do que imaginávamos”* demonstra que existe impacto positivo no cotidiano das crianças obesas quando estas são motivadas, dentre outras ações, também a realizar exercícios físicos.

4.6.3 Aspectos Psicológicos

Eu já escutei relato de uma aluna que passou a olhar com outros olhos a educação física na escola. (Professora de Educação Física).

As crianças ficam com a autoestima elevada, o nível escolar, o rendimento escolar melhora, tem tido um rendimento escolar muito, muito interessante, muito superior o que elas haviam tido no ano anterior ao programa. (Psicólogo).

A gente pode ver um rendimento físico da criança em esporte, mesmo esporte que ela fazia há um ano, ela continua fazendo agora sendo campeão do Vale do Paraíba em judô. (Nutricionista).

Nestes relatos, observa-se a presença da motivação considerada por Cattai et al. (2008) como um aspecto intrínseco individual que estimula a criança portadora do distúrbio nutricional a praticar regularmente atividades físicas em outros contextos além do programa de intervenção, especialmente o escolar e esportivo.

A motivação fez com que as crianças procurem realizar atividades físicas fora do contexto do programa. Para Cuvello e Patin (2003, p. 373): *“A motivação também é uma condição interna que leva o individuo a agir, a manter a atividade ou modificá-la.”* Uma vez adquirida autoconfiança surge o sucesso, sendo ele pequeno ou expressivo a ponto de conquistar vitória esportiva.

Com os resultados alcançados no tratamento e o resgate da autoestima, as crianças do programa passam a apresentar melhoras no rendimento escolar. Pode-se dizer que a atividade física possibilita um desenvolvimento psicológico mais saudável. Isso é corroborado na afirmação de que a melhora no rendimento escolar ocorre paralelamente ao fortalecimento da autoestima; a criança “[...] consegue enfrentar melhor os agentes estressores que geram sentimentos de tristeza, ansiedade [...]” (CUVELLO; PATIN, 2003, p. 373) que possivelmente podem interferir no desempenho escolar.

Crianças em situação de obesidade se deparam com obstáculos individuais ou ambientais de dimensões micro e macro que aumentam sua vulnerabilidade diante da doença. Segundo Stenzel (2002, p. 10) a sociedade contemporânea “[...] idealiza o magro e crucifixa o gordo”, gerando inúmeras situações desconfortantes para o indivíduo obeso. Portanto, experiências que podem levar ao resgate da autoestima e ao despertar de posturas motivacionais são muito importantes e positivas porque afastam a depressão, os desajustes psicológicos e as disfunções emocionais que a obesidade potencialmente pode causar.

As crianças obesas são alvos frequentes de discriminação por parte de outras crianças e adolescentes com os quais convivem, nos diversos ambientes que frequentam, em especial no contexto micro da escola. No entanto, Rigo e Santolin (2012) discutem a questão com relação ao contexto macro da sociedade, que segundo eles vela um preconceito e uma discriminação por parte dos legisladores que utilizam de uma linguagem jurídica para propor leis ou discussões acerca da problemática, se utilizando frequentemente a expressão de “combate a obesidade” como se combate o crime, a dengue, a pedofilia, o tráfico de drogas, a prostituição e o trabalho infantil, ou seja, as profundas mazelas da sociedade.

A depressão, a baixa autoeficácia e autoestima, déficit de aprendizagem, ou seja, problemas decorrentes do estado de obesidade se configuram como questões psicológicas preocupantes, que se não forem identificados e tratados podem causar danos importantes na vida da criança acometida por essa doença crônica. Desconsiderar estes aspectos pode contribuir para aumentar a incidência de condições adversas, afetando o desenvolvimento físico, intelectual e emocional da criança. É por isso que resgate da autoestima e o despertar de posturas motivacionais dentro do contexto do programa, é de suma importância no tratamento da obesidade. Assim:

a aceitação social do obeso não é a única garantia de solução para o problema da obesidade; mas, em contrapartida, a discriminação também não evita o seu crescimento alarmante. O que podemos afirmar com certeza é que a rejeição social só agrava um problema que já é suficientemente preocupante. Não discriminar o indivíduo obeso significa possibilitar-lhe uma melhor qualidade de vida, significa

permitir que ele possa conviver e lutar pela resolução do seu problema sem mais este “peso”, o peso da exclusão. (STENZEL, 2002, p. 12)

Verifica-se, que as aspectos psicológicas associados e condicionados pela obesidade se configuram como problemas de dimensões consideráveis. Assim sendo, compreende-se a relevância da intervenção dos profissionais do programa estudado, enquanto fator de formação de novos valores, socialização de informações, incentivo à mudança de hábitos, bem como importante fonte de apoio psicológico e afetivo à criança obesa.

Portanto, a presença de laços afetivos, de estabilidade, de respeito mútuo e de apoio no contexto institucional, familiar e demais contextos que ofereçam suporte emocional em momentos de dificuldade, contribuem eficazmente no desenvolvimento de novos conceitos e aquisição de novos padrões de comportamento face ao problema da obesidade infantil.

4.6.4 Aspectos Sociais

Tem participante que realmente você vê o resultado na parte de contato mesmo com os outros, no caso com os grupos, com os outros colegas. [...] Acredito ter resultados visíveis mesmo, além da melhora da qualidade de vida das crianças, há melhora na interação das famílias. (Assistente social).

Tem melhoras em vários segmentos, mas o que eu observei é que a criança passa a ter um comportamento mais interativo em termos sociais. (Psicólogo).

Do ponto de vista social, as sequelas da obesidade infantil podem ser combatidas com o incentivo ao estabelecimento de uma socialização adequada e uma interação mais afetiva com as demais crianças, adolescentes, pais e pessoas de forma geral que compõem o círculo de convivência da criança obesa.

Quando o psicólogo afirma ser possível visualizar os resultados positivos também num “*comportamento mais interativo em termos sociais*” esta afirmação reforça que uma intervenção adequada no tratamento da obesidade infantil pode resultar em benefícios em várias áreas da realidade humana. Portanto, os reflexos externos são consequências e também sinais de eficácia do tratamento empreendido anteriormente.

O estabelecimento de novos relacionamentos também se evidencia por ser possível identificá-los como importantes recursos emocionais presentes no contexto interventivo dos profissionais da Organização Social, favorecendo num primeiro momento o desenvolvimento de processos proximais entre a equipe de profissionais do programa e os pais das crianças

obesas. Esta interação recíproca progressivamente leva a um desenvolvimento mais amplo, ultrapassando o ambiente institucional e familiar para chegar aos demais ambientes em que a criança frequenta como, por exemplo, a escola, grupo de amigos, de vizinhança, de atividades esportivas e de lazer, enfim. Neste aspecto o relato da assistente social é bastante elucidativo: “[...] realmente você vê o resultado na parte de contato mesmo com os outros, no caso com os grupos, com os outros colegas. [...] Acredito ter resultados visíveis mesmo, além da melhora da qualidade de vida das crianças, há melhora na interação das famílias.”

A capacidade para enfrentar novas realidades e combater os problemas da obesidade se amplia consideravelmente quando se pode contar com a presença de pessoas significativas ao redor. Essas pessoas podem ser representadas pelos profissionais do programa estudado, pelos pais ou por alguém que represente um modelo e uma referência segura à criança portadora do distúrbio nutricional. Por isso a importância do incentivo ao estabelecimento de relacionamentos mais interativos que agreguem maior qualidade aos processos proximais (BRONFENBRENNER, 2002, 2011).

Outro fator considerado como de incentivo à capacidade para enfrentar novas realidades e combater os problemas da obesidade é a coesão familiar. E neste aspecto a equipe também procura atuar de forma eficaz ao convocar os pais, mesmo quando separados, para reforçar as orientações transmitidas e estabelecer uma rotina única às crianças atendidas no programa. A ênfase na promoção e desenvolvimento de interações familiares e sociais mais saudáveis ou mesmo reforço quando tais interações já existem, contribui para que a criança, portadora do distúrbio nutricional, possa enfrentar as necessidades de mudanças como desafios e não como impossibilidades. Além disso, essa ênfase no estabelecimento, desenvolvimento e reforço de interações saudáveis é importante porque a partir dela é possível o surgimento de outros fatores de incentivo à capacidade para enfrentar novas realidades e combater os problemas em algum momento da vida da criança, do adolescente ou adulto (BRONFENBRENNER, 2002, 2011).

Portanto, valorizar e incentivar o comportamento interativo é importante porque ele é considerado como favorecedor dos processos proximais. E, em qualquer que seja o contexto onde a interação recíproca está presente, ela é capaz de: contribuir para amenizar o impacto das situações adversas que se experimenta; oferecer apoio respaldado na afetividade e na empatia; tornar menores as reações negativas em face de um problema a ser enfrentado; possibilitar a mobilização das potencialidades pessoais; e gerar espaços de respostas para reversão de consequências danosas oriundas de qualquer situação que se vivencia (AMPARO et al., 2008; BRONFENBRENNER, 2002, 2011; CASTRO, 2011; LEÃO, 2011).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Do ponto de vista biológico, a obesidade é considerada como o estado em que o indivíduo se encontra quando está com excesso de adiposidade no organismo, consequência de um desequilíbrio entre a ingestão calórica e o gasto calórico.

Partindo dos pressupostos histórico-sociais e culturais, verifica-se que o conceito de obesidade foi sofrendo mutações. Numa determinada época a obesidade era considerada como valor estético, aceita socialmente e afastada da questão da saúde. Entretanto no decorrer dos fatos históricos e sob o enfoque da saúde, a questão passou a assumir um novo conceito: de valor estético passou para caso de saúde pública devido descobrimento de patologias que ao serem estudadas, conclui-se estarem associadas à obesidade. E com a criação da Organização Mundial de Saúde em 1948 a obesidade passa a integrar a Classificação Internacional das Doenças sendo considerada patologia.

No Brasil, as duas das principais políticas públicas de prevenção da obesidade e promoção da saúde via alimentação e nutrição são: a Política Nacional da Alimentação e Nutrição e a Política Nacional Promoção da Saúde. E como ação estratégica mais específica com relação à obesidade infantil tem-se o Programa Saúde na Escola. As políticas públicas brasileiras de intervenção na obesidade infantil focam suas ações na prevenção da doença estudada, buscando proporcionar uma vida futura mais saudável, respaldando-se em ações de educação, orientação e estímulo à atividade física e alimentação saudável.

O problema da obesidade infantil, bem como suas causas, são complexas e requer estratégias de enfrentamento que abarque um debate mais intenso e coletivo sem prejuízo do reconhecimento de contribuições oriundas de outras áreas profissionais e políticas públicas distintas. Defende-se que atitudes preventivas na infância e adolescência podem potencialmente evitar doenças futuras na fase de vida adulta do indivíduo. As intervenções realizadas num contexto multiprofissional junto às crianças e familiares emergem como positivas no enfrentamento da obesidade, contribuindo para minimizar os riscos associados ao excesso de peso, de forma imediata e futura.

Um exemplo concreto de intervenção multiprofissional que apresenta bons resultados é o programa em questão. Desenvolvido por uma Organização Social numa cidade do Vale do Paraíba Paulista, este programa conta com uma equipe multiprofissional caracterizada por realizar uma intervenção não medicamentosa, onde as ações majoritariamente são

desenvolvidas com grupos de crianças e familiares, por meio de atividades lúdicas, tanto nos aspectos nutricionais quanto da educação física.

A prescrição das atividades que envolvem as crianças e familiares deve ser sempre cautelosa, pois conforme afirma Souza (2003), é necessário ater-se às dificuldades de nível micro e macro das famílias, pois a não observância disso pode resultar numa possível desistência ou evasão da criança do tratamento.

Segundo Mattos (2007) o tratamento da obesidade, de forma geral, possui como característica a dificuldade, pois se trata de um processo lento, com possibilidades eminentes de reincidências, sendo este fato uma preocupação constante da equipe do programa em estudo. Portanto, o tratamento da obesidade constitui-se como sendo uma tarefa difícil tanto para o profissional quanto para a criança em tratamento (VIANA et al., 2003).

Como o ato de intervir na obesidade infantil é acompanhado por incertezas relacionadas ao sucesso ou não das ações, neste estudo, observou-se que mensurar resultados não se constitui como tarefa fácil para a equipe de profissionais, embora isso seja necessário. Considera-se que desenvolver estudos relacionados à mensuração e à avaliação das intervenções anualmente, se apresenta como uma proposta pertinente no momento.

E ainda outro ponto dificultador verificado e que se refere particularmente à Organização Social estudada diz respeito ao fato das intervenções ocorrerem de forma fragmentada, onde cada profissional é levado a realizar sua ação sem contato direto e contínuo com outro. Percebe-se que há pouca articulação entre os profissionais inseridos na equipe. Isso decorre, na maioria das vezes, em razão dos compromissos externos dos profissionais e a consequente incompatibilidade dos seus horários.

Não obstante existência de limitações de ordem institucional, clínica, ortopédica, psicológica, econômica e sociocultural no desenvolvimento das intervenções, não impedem ou mesmo invalidam os benéficos resultados que o trabalho tem apresentado. Neste sentido, uma das metas da equipe é o de promover estratégias que assegurem que a criança se mantenha sempre estimulada a buscar seus objetivos no tratamento. Para isso são desenvolvidas ações que contribuem para a mudança e transformação dos comportamentos motores e alimentares da criança e da família.

Segundo Mello et al. (2004), as mudanças no ambiente familiar devem ser o ponto central do tratamento. Frutuoso (2011) reforçam essa afirmação ressaltando que a família tem papel fundamental no tratamento. Ferreira e Magalhães (2011) por sua vez, acreditam ser essencial a mãe assumir compromissos com a equipe no sentido de promover ações que possam contribuir no tratamento dos seus filhos, mudando hábitos enraizados neste ambiente.

Observam-se nos relatos dos profissionais entrevistados três realidades muito importantes: primeira, a perda de peso de algumas crianças; segunda, o empenho das crianças e famílias; e terceira, a satisfação da equipe com os resultados almejados e a preocupação com manutenção futura dos mesmos.

Segundo a fala dos profissionais algumas crianças obtiveram com o tratamento de um ano, oferecido pelo programa, resultados satisfatórios na perda ponderal. Por outro lado, aquelas que se empenharam seguindo as orientações recebidas, obtiveram melhores e mais expressivos resultados. A importância dos exercícios físicos no combate à obesidade infantil é realidade que emerge exponencialmente nos relatos dos profissionais, inclusive como forte contributo na prevenção de futuras reincidências, e como refletor positivo também no desenvolvimento intelectual e emocional da criança.

Resultados relacionados ao resgate da autoestima das crianças também foram apontados. A pesquisa demonstrou que os profissionais do programa estudado buscam instaurar a presença de laços afetivos, de estabilidade, de respeito mútuo e de apoio no contexto institucional, incentivando que o mesmo ocorra igualmente no contexto familiar, de forma que a prevalência de suporte emocional possa contribuir em momentos de dificuldade, e em momentos onde se faz necessário o desenvolvimento de novos conceitos e aquisição de novos padrões de comportamento face ao problema da obesidade.

O incentivo ao estabelecimento de uma socialização adequada e uma interação mais afetiva com as demais crianças, adolescentes, pais e pessoas de forma geral que compõem o círculo de convivência da criança obesa, é outra realidade que perpassa a atuação dos profissionais do programa em questão. A socialização e a interação são consideradas pela equipe como importantes recursos emocionais por isso buscam favorecer a consolidação de processos proximais da criança com eles e destas com os pais, incentivando também para que o mesmo ocorra em outros contextos dos quais a criança participa.

Por fim, destaca-se que as práticas de intervenção multiprofissionais realizadas pela equipe no período de um ano de tratamento apontam para três importantes resultados: na mudança comportamental individual e familiar; na aquisição de maior conscientização sobre o tipo de alimentação a ser ingerida; e, por fim, sobre a importância do aumento da atividade motora, o que juntos contribuem para a perda de peso corporal da criança inserida no programa estudado.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, G. A. N. et al. Percepção de tamanho e forma corporal de mulheres: estudo exploratório. **Revista Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, n. 1, p. 27-35, jan./abr. 2005.
- AMPARO, D. M. et al. A escola e as perspectivas educacionais de jovens em situação de risco. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**, Campinas, SP: ABRAPEE, v. 12, n. 1, p. 69-88, jan./jun. 2008.
- ANDRADE, C. B.; SANTOS, J. Estereotipia de corpos e desenho animado. **Revista FIEP Bulletin**, Foz do Iguaçu, v. 82, Special Edition, Article II, jan. 2012.
- ANDRADE, T. M.; Tratamento Psicológico em Obesidade. In: DÂMASO, A. (Org.). **Obesidade**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 385-396.
- ANJOS, L. A. **Obesidade e saúde pública**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- BANKOFF, A. D. P.; BARROS, D. D. Obesidade, Magreza e Estética. In: VILARTA, R. et al. (Orgs.). **Qualidade de vida e fadiga institucional**. Campinas: IPES Editorial, 2006. p. 171-182.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70 Lda., 1977. 223p.
- BARROS FILHO, A. A. Um quebra-cabeça chamado obesidade. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 1, p. 1-3, jan./fev. 2004.
- BAYER, A. A. A. et al. Intervenção grupal em pacientes com obesidade e seus familiares: relato de experiência. **Revista Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 30, n. 4, p. 868-881, dez. 2010.
- BERTOLOZZI, M. R.; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Revista da Escola de Enfermagem**, São Paulo: USP, v. 30, n. 3, p. 380-398, dez. 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 710**, de 10 de junho de 1999. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). Brasília, DF, 1999.
- _____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. 2. ed. Brasília: Editora MS. 2003. 48 p. (Série B Textos Básicos de Saúde).
- _____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, DF: [s.n.], 2006a. 60 p. (Série B Textos Básicos de Saúde).
- _____. Ministério da Saúde. **Obesidade**. Brasília, 2006b. 108 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 12).
- _____. Presidência da República. **Decreto Federal 6.286**, de 05 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o Programa Saúde na Escola (PSE) e dá outras providências. Brasília, DF, 2007.

Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6286.htm>. Acesso em: 01 mai 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde**: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Brasília, 2011a. 76 p. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 2.715**, de 17 de novembro de 2011. Dispõe sobre a atualização da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). Brasília, DF, 2011b.

_____. Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. **Plano Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade**. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <<http://www4.planalto.gov.br/consea/exposicao-de-motivos/2012/plano-intersetorial-de-prevencao-e-controle-da-obesidade>>. Acesso em: 10 jan. 2013.

BRISOLA, E. M. A.; MARCONDES, N. A.V. A história oral enquanto metodologia dentro do universo da pesquisa qualitativa: um foco a partir da análise por triangulação de métodos. **Revista Ciências Humanas**: Revista do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Humano – Formação, Políticas e Práticas Sociais, Taubaté, SP: Unitau, vol. 4, n. 1, p. 124-136, jan./jul. 2011. Disponível em: <<http://periodicos.unitau.br/ojs-2.2/index.php/humanas>>. Acesso em: 22 fev. 2013.

BRONFENBRENNER, U. **A Ecologia do Desenvolvimento Humano**: experimentos naturais e planejados. 2. reimpressão. Tradução Maria Adriana Veríssimo Veronese. Porto Alegre: Artmed, 2002. 267p.

BRONFENBRENNER, U. **Bioecologia do Desenvolvimento Humano**: tornando os seres humanos mais humanos. Tradução André de Carvalho Barreto. Porto Alegre: Artmed, 2011. 310p.

CAMPOS, C. J. G. Método de Análise do Conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 5, p. 611-614, set./out. 2004.

CAMPOS, M. V. Descaminhos do Homem Moderno. In.: _____. (Org.). **Atividade Física Passo a Passo**: saúde sem medo e sem preguiça. Brasília: Thesaurus, 2002. p. 15-44.

CASTIEL, L.D.; VASCONCELLOS-SILVA, P. R. **Precariedades do excesso**: informação e comunicação em saúde coletiva. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 168p.

CASTRO, M. A. C. D. de. **Aulas ministradas**. Disciplina: Fundamentos de Desenvolvimento Humano, Políticas Sociais e Processos de Formação (Programa de Mestrado Acadêmico e Interdisciplinar em Desenvolvimento Humano: Formação, Políticas e Práticas Sociais) Universidade de Taubaté/SP, 2011.

CATTAL, G. B. P. et al. Programa de tratamento multiprofissional da obesidade: os desafios da prática. **Revista Ciências, Cuidado & Saúde**, Maringá, v. 7, n. 1, p. 121-126, jan./mar. 2008.

- CHAMON, E. M. Q. O. Competência e qualificação na atividade científica. In: _____.; SOUSA, C. M. (Org.). **Estudos Interdisciplinares em Ciências Sociais**. Taubaté/SP: Cabral, 2006, p. 13-36. 272 p.
- CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. S. (Org.) et al. **Pesquisa Social: Teoria, Método, e Criatividade**. 14. ed. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 51-66.
- CURI, R. et al. **Entendendo a gordura: os ácidos graxos**. São Paulo: Manole, 2002. 536p.
- CUVELLO, L. C.; PATIN, R. Restrição versus reedução alimentar. In: DÂMASO, A. (Org.). **Obesidade**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 367-376.
- DÂMASO, A. et al. Etiologia da Obesidade. In: DÂMASO, A. (Org.). **Obesidade**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003a. p. 3-15.
- DÂMASO, A.; FREITAS JÚNIOR, I. F.; Alterações metabólicas no obeso: Efeitos do exercício e do controle alimentar, In: DÂMASO, A. (Org.). **Obesidade**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003b. p. 273-286.
- DÂMASO, A. et al. Modelo de atuação profissional em obesidade. In: DÂMASO, A. (Org.). **Obesidade**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003c. p. 486-495.
- DÂMASO, A. et al. Tratamento multiprofissional reduz o tecido adiposo visceral, leptina, grelina e a prevalência de osteatose hepática não alcoólica (NAFLD) em adolescentes obesos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, Niterói, v. 12, n. 5, p. 263-267, set./out. 2006.
- DENADAI, R. C. et al. Efeito do Exercício Moderado e da Orientação Nutricional Sobre a Composição Corporal de Adolescentes Obesos Avaliados por Densitometria Óssea (DEXA). **Revista Paulista de Educação Física**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 210-2188. 1998.
- DESLANDES, S. F. A construção do projeto de pesquisa. In: MINAYO, M. C. S. (Org.) et al. **Pesquisa Social: Teoria, Método, e Criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 31-50.
- DESSEN, M. A.; GUEDEA, M. T. D. A Ciência do Desenvolvimento Humano: ajustando o foco de análise. **Revista Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 30, p. 11-20, jan./dez. 2005.
- DINIZ, E.; KOLLER, S. H. O afeto como um processo de desenvolvimento ecológico. **Revista Educar**, Curitiba, v. 36, n. 36, p. 65-76, jan. 2010.
- ESCRIVÃO, M. A. M. S. et al. A. Obesidade exógena na infância e na adolescência. **Jornal de Pediatria**, Rio Janeiro, v. 76, n. 3, p. 305-310, mês./mês. 2000.
- FARIAS, J. M. **Orientação para a prevenção e controle da obesidade juvenil: um estudo de caso**. 2005. 106 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) Programa de Pós-graduação em Educação Física, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2005.
- FELIPPE, F.; SANTOS, A. M. Novas demandas profissionais: obesidade em foco. **Revista ADPPUCRS**, Porto Alegre, n. 5, p. 63-70, dez. 2004.

FERNANDES, I. T. et al. Avaliação antropométrica de pré-escolares do município de Mogi-Guaçu, São Paulo: subsídio para políticas públicas de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 2, n. 6, p. 217-222, abr./jun. 2006.

FERNANDES, J. D. **Massa Muscular versus Massa Gorda**. 2013. Disponível em: <<http://nutricionista.com.pt/artigos/massa-muscular-vs-massa-gorda.jhtml>>. Acesso em: 03 abril 2013.

FERREIRA, V. A.; MAGALHÃES, R. Obesidade entre os pobres no Brasil: a vulnerabilidade feminina. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 16, p. 2279-2287. 2011.

FERREIRA, V. A. et al. Desigualdade, pobreza e obesidade. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, s. 1, p. 1423-1432, mai. 2010.

FERREIRA, S. et al. Aspectos etiológicos e o papel do exercício físico na prevenção e controle da obesidade. **Revista de Educação Física**, Minas Gerais, n. 133, p. 15-24, mar. 2006.

FISBERG, M. Obesidade na infância e adolescência. In: FISBERG, M. (Org.). **Obesidade: na infância e adolescência**. São Paulo: Fundação BYK, 1995. p. 9-13.

FISCHLER, C. Obeso benigno, obeso maligno. In: SANT'ANNA, D.B. (Org.). **Políticas do corpo**. São Paulo: Estação Liberdade, 1995. p. 69-80.

FRAGOSO, P. A. D. A experiência da regulação das campanhas publicitárias de cigarros como subsídio para a comunicação de alimentos direcionados ao público infantil no Brasil. In: VIVARTA, V. (Org.). **Infância e Consumo: estudos no campo da comunicação**. Brasília: Instituto Alana, 2009. p. 47-58.

FRUTUOSO, M. F. P. et al. Adiposidade em adolescentes e obesidade materna. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 1, n. 24, p. 5-15, 2011.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2006. 159 p.

GIUGLIANO, R.; MELO, A. L. P. Diagnóstico de sobrepeso e obesidade em escolares: utilização do índice de massa corporal segundo padrão internacional. **Jornal de Pediatria**, Rio Janeiro, v. 80, n. 2, p. 129-134, mar./abril. 2004.

GONÇALVES, C. A. O “peso” de ser muito gordo: um estudo antropológico sobre obesidade e gênero. **Revista Mneme**, Caicó, v. 5, n.11, não paginada, jul./set. 2004.

GUERRA, Y. Instrumentalidade do processo de trabalho e Serviço Social. **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, v. 21, n., 62, p. 5-34, jan./dez. 2000.

GUIDDENS, A. **O mundo em descontrole**. Tradução por Maria Luiza X. de A. Borges. Rio de Janeiro: Record, 2000. 108 p.

HALPERN, A. A epidemia de obesidade. **Revista Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 175-176, jun. 1999.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social em Tempo de Capital Fetiche**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2011. 495 p.

IBGE. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009**: Antropometria e Estado Nutricional de Crianças, Adolescentes e Adultos no Brasil, Rio de Janeiro, 2010. 130p.

JAIME, P. C. et al. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 24, n. 6, p. 809-824, nov./dez. 2011.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia do Trabalho Científico**. São Paulo: Atlas, 1992. 214 p.

LANCHA JÚNIOR, A. H.; LANCHAS, L. O. P. Conceitos de nutrição e exercício relacionados à obesidade. In: LANCHAS JÚNIOR, A. H. **Obesidade**: uma abordagem multidisciplinar. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 1-14.

LANDEIRO, F. M. **Aspectos psicológicos do paciente obeso: um estudo dos sintomas depressivos em portadores de obesidade classes II e III e suas relações com o grau de resiliência**. 2008. Não Paginada. Disponível em: <<http://www.maximoravenna.com.br/wp-content/themes/ravenna/pdf/fernanda-landeiro.pdf>>. Acesso em: 21 maio 2011.

LERNER, R. M. Contribuições da carreira de um cientista do desenvolvimento humano. In: BRONFENBRENNER, U. **Bioecologia do Desenvolvimento Humano**: tornando os seres humanos mais humanos. Tradução André de Carvalho Barreto. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 18-36.

LEÃO, M. A. B. G. **Aulas ministradas**. Disciplina: Fundamentos de Desenvolvimento Humano, Políticas Sociais e Processos de Formação (Programa de Mestrado Acadêmico e Interdisciplinar em Desenvolvimento Humano: Formação, Políticas e Práticas Sociais) Universidade de Taubaté/SP, 2011.

LUZ, M. T. Notas sobre as Políticas de Saúde no Brasil de “Transição Democrática”: Anos 80- 88. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 77-96, jan./jun. 1991.

MALDONADO, M. T. **Bullying e Cyberbullying**: o que fazemos com o que fazem conosco? São Paulo: Moderna, 2011. 143 p.

MALINA, R. M.; SILVA, R. C. R. Sobrepeso, atividade física e tempo de televisão entre adolescentes de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, Brasília, v. 11, n. 4, p. 63-66, out./dez. 2003.

MARCHI-ALVES, L. M. et al. Obesidade Infantil Ontem e Hoje: importância da avaliação antropométrica pelo enfermeiro. Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, vol.15, n.2, p. 238-244, abr./jun. 2011.

MARCONDES, N. A. V. et al. Pós-Modernidade e Globalização: Sínteses Teóricas. In: ENCONTRO LATINO AMERICANO DE PÓS-GRADUAÇÃO, 12., 2012, São José dos Campos, SP. **Anais...** São José dos Campos, SP: UNIVAP, 2012. p. 1-6. 1CD.

MARCONDES, N. A. V. **A Educação Permanente no Sistema Único da Assistência Social**: a percepção dos assistentes sociais. 2013.233 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Humano) Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, Universidade de Taubaté, 2013.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2007. 270 p.

MARQUES-LOPES, I. et al. Aspectos genéticos da obesidade. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 3, n.17, p. 327-338, jul./set. 2004.

MATSUDO, S. M. et al. A experiência do programa “Agita São Paulo” na programação do estilo de vida. In: DÂMASO, A. (Org.). **Obesidade**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 573-562.

MATTOS, M. I. P. Os Transtornos Alimentares e a Obesidade numa Perspectiva Contemporânea: Psicanálise e Interdisciplinaridade. **Revista Contemporânea - Psicanálise e Transdisciplinaridade**, Porto Alegre, v. 1, n. 2, p. 78-98, abr./maio/jun. 2007.

MELLO, E. D. et al. Atendimento ambulatorial individualizado versus programa de educação em grupo: qual oferece mais mudanças de hábitos alimentares e de atividade física em crianças obesas? **Jornal de Pediatria**, Rio Janeiro, v. 80, n. 6, p. 468-474, nov./dez. 2004a.

MELLO, E. D. et al. Obesidade infantil: como podemos ser eficazes? **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 3, p. 173-182, maio/jun. 2004b.

MENDONÇA, C. P.; ANJOS, L. A. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 698-709, maio/jun. 2004.

MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: _____.(Org.) **Pesquisa Social**: Teoria, Método, e Criatividade. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 9-29.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 407 p.

MINAYO, M. C. S. et al. Métodos, Técnicas e relações em triangulação. In: MINAYO, M. C. S. et al. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos**: Abordagem de Programas Sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. p. 71-103.

MORAES, M. V. et al. Abordagem Maturacionista: Histórico e Contribuições. **Revista Dynamis**, Blumenau, v. 3, n. 14, p. 23-26, abr./jun.2008.

MORAES, P. M. **Obesidade infantil**: Instalação e manutenção, na perspectiva dos pais. 2010. 126 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica, Universidade Católica do Pernambuco, Recife. 2010.

MOREIRA, C. **Definição da Obesidade**. 2008. Não Paginada. Disponível em: <<http://www.obesidade.info/obesidade.htm>>. Acesso em: 30 jul. 2012.

MUNHOZ, D. E. N. Da Multi à Interdisciplinaridade: a sabedoria no percurso da construção do conhecimento. **Revista Ideação - Centro de Educação e Letras**, Foz do Iguaçu: UNIOESTE, v. 10, n. 1, p. 123-133, jan./jun. 2008.

NARVAZ, M. G., KOLLER, SH. O modelo bioecológico do desenvolvimento humano. In: KOLLER, S. H. (Org.). **Ecologia do desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 51-65.

NAVAS, A. P. **Correlação entre obesidade, aptidão cardiorrespiratória e fatores comportamentais em escolares da rede estadual do município de Franca-SP**. 2010. 84f. Dissertação (Mestrado em Promoção de Saúde) Universidade de Franca, 2010.

NEGRÃO, A. B.; LUCÍNIO, J. Leptina: o diálogo entre adipócitos e neurônios. **Revista Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 3, p. 205-214, jun. 2000.

NOGUEIRA, V. M. R. A importância da equipe interdisciplinar no tratamento de qualidade na área de saúde. **Revista Katálisis**, Florianópolis: Edufsc, v. 0 n. 01, p. 40-48, jan./dez. 1997.

OLIVEIRA, A. M. A. et al. Sobrepeso e Obesidade Infantil: Influência de Fatores Biológicos e Ambientais em Feira de Santana, BA. **Revista Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 2, p. 144-150, abr. 2003.

OLIVEIRA, C. L. O; FISBERG, M. Obesidade na infância e adolescência: uma verdadeira epidemia. **Revista Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 2, p. 107-108, abr. 2003.

OLIVEIRA, D. C. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro: UERJ, v. 16, n. 4, p. 569-576, out./dez. 2008.

OLIVEIRA, S. L. de. **Tratado de Metodologia Científica**: projetos de pesquisa, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE. Estratégia Mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. **Caderno Obesidade**, v. 29, n. 1. Publicação da Organização Mundial da Saúde, 2003.

PAULO NETTO, J.; BRAZ, M. **Economia Política**: uma introdução crítica. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2011. 271 p.

PAULUS JÚNIOR, A.; CORDONI JÚNIOR, L. Políticas públicas de saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 8, n.1, p.13-19, dez. 2006.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, fev. 2001.

- PIMENTA, T. A. M.; ROCHA, R. A. Obesidade infantil no Brasil: um estudo comparativo entre a PNSN/1989 e a POF/2008-09 entre crianças de 5 a 9 anos de idade. **FIEP Bulletin**, Foz do Iguaçu, v. 82, Special Edition, Article I, p. 66-69, jan. 2012.
- PINHEIRO, A. R. O. ; CARVALHO, D. B. B. Estado e Mercado: adversários ou aliados no processo de implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição? Elementos para um debate sobre medidas de regulamentação. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.17, n.2, p.170-183, abr./maio/jun. 2008.
- PINHO, R. A.; PETROSKI, E. L. Adiposidade corporal e nível de atividade física em adolescentes. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 60-68, jan./dez. 1999.
- PITANGA, F. J. G.; LESSA, I. Indicadores antropométricos de obesidade como instrumento de triagem para risco coronariano elevado em adultos na cidade de Salvador - Bahia. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 85, n. 1, p. 26-31, fev. 2005.
- POLIGNANO, M. V. Histórias das políticas de saúde no Brasil: Uma pequena revisão. **Cadernos do Internato Rural**, Belo Horizonte. 2001. Não Paginado. Disponível em: <<http://www.medicina.ufmg.br/internatorural/biblioteca.php>>. Acesso em: 13 junho 2013.
- PRATI, L. E. et al. Revisando a inserção ecológica: uma proposta de sistematização. **Revista Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 21, n.01, p. 160-169, jan./abr. 2008.
- REIS, C. E. G. et al. Políticas públicas de nutrição para o controle da obesidade infantil. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 29, n. 4, p. 625-633, dez. 2011.
- RIGO, L. C.; SANTOLIN, C. B. Combate à obesidade: uma análise da legislação brasileira. **Revista Movimento**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 279-296, abr./jun. 2012.
- ROCHA, D.; DEUSDARÁ, B. Análise de conteúdo e análise do discurso: aproximações e afastamentos (re)construção de uma trajetória. **Revista Alea: estudos neolatinos**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 305-322, jul./dez. 2005.
- ROSCHER, H. et al. Obesidade e atividade física. In: LANCHETA JÚNIOR, A. H. **Obesidade: uma abordagem multidisciplinar**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 97-124.
- SÁ, C. P. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 1998. 108 p.
- SAI, T. G., MARCO, A. Construindo brinquedos na educação infantil: uma experiência com a teoria ecológica do desenvolvimento humano. **Revista Conexões**, Campinas, v. 6, n. 0, p. 331-343, 2008.
- SALVE, M. G. C. Obesidade e peso corporal: riscos e consequências. **Revista Movimento e Percepção**, Espírito Santo do Pinhal, v. 6, n. 8, p. 29-48, jan./jun. 2006.
- SANTANA J. P.; KOLLER, S. H. Introdução à abordagem ecológica do desenvolvimento humano nos estudos com crianças e adolescentes em situação de rua. In: KOLLER, S. H.

(Org.). **Ecologia do desenvolvimento humano**: pesquisa e intervenção no Brasil. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p, 113-123.

SANTOLIN, C. B.; RIGO, L. C. A obesidade e a problematização da corpulência na Idade Média. **Fiep Bulletin**, Foz do Iguaçu, v. 82, special edition, Article I, p. 201-204, jan. 2012.

SANTOS, A. M. O excesso de peso da família com obesidade infantil. **Revista Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 2, n. 1, p. 1-10, dez. 2003.

SANTOS, A. M.; SCHERER, P. T. Política alimentar brasileira: fome e obesidade, uma história de carências. **Revista Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 11, n. 1, p. 92-105, jan./jul. 2012.

SANTOS NETO, A. B. dos. A constituição histórico-ontológica da ética e dos direitos humanos. **Revista Katálysis**, Florianópolis: Edufsc, v.14, n. 2, p. 172-181, jul./dez. 2011.

SARTI, F. M. et al. Contribuições de estudos sobre demanda de alimentos à formulação de políticas públicas de nutrição. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 27, p. 639-647, abr. 2011.

SEGAL, A.; FANDIÑO, J. Indicação e contra-indicação para realização das operações bariátricas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, s. 3, p. 68-72, dez. 2002.

SILVA, D. A. S. Sobrepeso e obesidade em crianças de cinco a dez anos de idade beneficiárias do programa bolsa família no estado de Sergipe, Brasil. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 29, n. 4, p. 529-535, dez. 2011.

SILVA, L. M. F. **Obesidade Infantil**: importância de ações na atenção básica. 2011. 30 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) Programa de Pós-graduação em Atenção Básica em Saúde Pública, Universidade Federal de Minas Gerais, Três Pontas, 2011.

SILVA, R. M. F. **O Corpo Contemporâneo**: modelação e visibilidades. 2007. 143 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007.

SOARES, L.; PETROSKI, E. L. Prevalência, Fatores Etiológicos e Tratamento da Obesidade Infantil. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, Florianópolis, v. 5, n.1, p. 63-74, mar. 2003.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Obesidade na infância e adolescência**: Manual de orientação. São Paulo, 2008. 116 p.

SERVIÇO DE PROTEÇÃO À CRIANÇA. **Plano Anual**: Apresentação. Taubaté, 2008.

SOUZA, C. C. Programa multiprofissional de tratamento, não-medicamentoso, da obesidade. In: DÂMASO, A. (Org.). **Obesidade**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 496-512.

STENZEL, L. M. **Obesidade**: O peso da exclusão. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002. 124 p.

TELLES, V. S. Pobreza e cidadania: figurações da questão social no Brasil moderno. In: _____. **Pobreza e Cidadania**. 34. ed. São Paulo: USP, Curso de Pós-Graduação em Sociologia, 2001. p. 13-56.

TOLEDO, M. F. de M. **Aulas ministradas**. Disciplina: Vida Cotidiana e Processos Culturais. (Programa de Mestrado Acadêmico e Interdisciplinar em Desenvolvimento Humano: Formação, Políticas e Práticas Sociais) Universidade de Taubaté/SP, 2011.

VARELA, A. P. G. Você tem fome de quê? **Revista Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 26, n. 1, p. 82-93, mar. 2006.

VARGAS, J. D. **História das Políticas Públicas de Saúde no Brasil**: revisão da literatura. 2008. 28 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) Programa de Pós-Graduação em Aplicações Complementares às Ciências Militares, Escola de Saúde do Exército, Rio de Janeiro, 2008.

VIANA, F. P. et al. Modelo interdisciplinar para melhoria da qualidade de vida em pacientes obesos, realizado pelas clínicas integradas da Universidade de Uberaba. In: DÂMASO, A. (Org.). **Obesidade**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 513-524.

VIEIRA, G.O. et al. Fatores associados ao aleitamento materno e desmame em Feira de Santana, Bahia. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 4, n. 2, p. 143-150, abr./jun. 2004.

VIUNISKI, N. Epidemiologia da obesidade e s índrome plurimetabólica na infância e adolescência. In: DÂMASO, A. (Org.). **Obesidade**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 16-31.

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

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e método. Tradução por Daniel Grassi. 2. ed. Porto Alegre: Brookman, 2001. 205 p.

APÊNDICE I - OFÍCIO

Taubaté, _____ de _____ de 2011.

Ilmo Sr. Presidente

Somos presentes a V.S. para solicitar permissão de realização de pesquisa a ser desenvolvida pelo aluno Teófilo Antonio Máximo Pimenta, do Curso de Mestrado em Desenvolvimento Humano: Formação, Políticas e Práticas Sociais da Universidade de Taubaté, trabalho a ser desenvolvido durante o biênio de 2011/2012, tendo como título provisório **“TRATAMENTO MULTIPROFISSIONAL: As limitações e potencialidades da intervenção na obesidade infantil”**. O estudo será realizado com profissionais que atuam num Programa de intervenção da obesidade infantil, sendo uma assistente social, um médico, uma nutricionista, uma professora de educação física e um psicólogo, sob orientação do Prof^o. Dr. Renato Rocha.

Para tal, serão realizadas entrevistas por meio de instrumento apropriado para este fim, com a população acima citada.

Ressaltamos que o projeto da pesquisa será submetido à análise e aprovação do comitê de ética em pesquisa da Universidade de Taubaté.

Certos de que poderemos contar com sua colaboração, colocamo-nos à disposição para maiores esclarecimentos no endereço, Rua Reverendo Kennedy, nº 149, CEP 12.402-330, Pindamonhangaba/SP e telefone 9600-6996 (pesquisador).

No aguardo de sua resposta, aproveitamos a oportunidade para renovar nossos protestos de estima e consideração.

Atenciosamente,

Teófilo Antonio Máximo Pimenta

APÊNDICE II - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

De acordo com solicitação sobre a natureza da pesquisa intitulada “TRATAMENTO MULTIPROFISSIONAL: As limitações e potencialidades da intervenção na obesidade infantil”, trabalho proposto a ser executado pelo aluno Teófilo Antonio Máximo Pimenta do curso de Mestrado em Desenvolvimento Humano Políticas e Práticas Sociais da Universidade de Taubaté e, após a análise do conteúdo do projeto da pesquisa, a Instituição que represento, autoriza a realização de entrevistas com a equipe interdisciplinar integrante do projeto. Será mantido o anonimato da Instituição e dos sujeitos da pesquisa.

Nome do Aluno: Teófilo Antonio Máximo Pimenta.

Nome da Instituição: _____

CNPJ da Instituição: _____

Presidente

APÊNDICE III – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Roteiro da Entrevista

- 1) Qual sua formação?
- 2) Há quanto tempo é formado?
- 3) Cursou bacharelado ou licenciatura?
- 4) Há quanto tempo trabalha no programa?
- 5) Experiências profissionais anteriores com a obesidade infantil?
- 6) O que te motivou a trabalhar com a obesidade infantil?
- 7) Participa de encontros acadêmicos (simpósios, seminários, congressos entre outros) com qual frequência?
- 8) Participa de comunidades de práticas (reuniões para discutir problemas profissionais intra ou interinstituição)?
- 9) Quais são os tipos de intervenções diárias da equipe interdisciplinar?
- 10) Há uma interdependência em relação aos profissionais inseridos?
- 11) O que a sua especificidade contribui no combate ao sobrepeso e a obesidade infantil?
- 12) Quais são os maiores problemas do sobrepeso e/ou obesidade no desenvolvimento da criança?
- 13) Quais as melhoras no desenvolvimento da criança obesa que você vê na sua intervenção?

ANEXO A - DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA**UNITAU**

PRPPG-Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação
Comitê de ética em Pesquisa
Rua Visconde do Rio Branco, 210 Centro Taubaté-SP 12020-040
Tel.: (12) 3625.4143 – 3635.1233 Fax: (12) 3632.2947
cepunitau@unitau.br

DECLARAÇÃO Nº 416/11

Protocolo CEP/UNITAU nº 409/11 (Esse número de registro deverá ser citado pelo pesquisador nas correspondências referentes a este projeto)

Projeto de Pesquisa: *A Percepção do desenvolvimento da criança sobrepeso e/ou obesa por equipe de trabalho interdisciplinar*

Pesquisador(a) Responsável: Teófilo Antonio Máximo Pimenta

O Comitê de Ética em Pesquisa, em reunião de **09/09/2011**, e no uso das competências definidas na Resolução CNS/MS 196/96, considerou o Projeto acima **Aprovado**.

Taubaté, 15 de setembro de 2011

Prof. Robison Baroni

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté

ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma. Informações sobre a pesquisa:

Título do Projeto: **TRATAMENTO MULTIPROFISSIONAL: As limitações e potencialidades da intervenção na obesidade infantil.**

Pesquisador Responsável: Teófilo Antonio Máximo Pimenta

Telefones para contato: (12) 9600-6996

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, cujo objetivo é investigar as limitações e potencialidades interventivas de uma equipe multiprofissional que atua no tratamento da obesidade infantil.

Os dados serão coletados por meio de entrevista semiestruturada com os profissionais inseridos no programa de intervenção da obesidade infantil. As entrevistas terão duração aproximada de 1 hora. Sendo as mesmas gravadas em mídia digital, e após serem transcritas serão destruídos.

As informações serão analisadas e transcritas pelo pesquisador, não sendo divulgada a identificação de nenhum depoente. O anonimato será assegurado em todo processo da pesquisa, bem como no momento das divulgações dos dados por meio de publicação em periódicos e/ou apresentação em eventos científicos. O depoente terá o direito de retirar o consentimento a qualquer tempo sem que isso possa causar qualquer tipo de constrangimento. A sua participação dará a possibilidade de ampliar o conhecimento sobre as limitações e potencialidades do tratamento da obesidade infantil e poderá trazer contribuições para a formulação de intervenções de equipes multiprofissionais sobre o problema. Esclarecemos também que sua participação não acarretará nenhum tipo de risco e/ou prejuízo a sua pessoa ou de qualquer outra envolvida nessa pesquisa.

Teófilo Antonio Máximo Pimenta

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu _____, RG _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo “**TRATAMENTO MULTIPROFISSIONAL: As limitações e potencialidades da intervenção na obesidade infantil**”, como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador Teófilo Antonio Máximo Pimenta sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data _____ - ____ / ____ / ____.

Nome: _____

Assinatura do sujeito: _____