



MANUEL DA SILVA E COSTA
MARIA ENGRÁCIA LEANDRO

(ORGANIZADORES)

Participação, Saúde e Solidariedade

Riscos e Desafios

UNIVERSIDADE DO MINHO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS

BRAGA • 2006

FICHA TÉCNICA

Título

Participação, Saúde e Solidariedade: Riscos e Desafios

Autores

Vários

Editores

Associação Ibero-Americana de Sociologia das Organizações (AISO)
Instituto de Ciências Sociais (ICS)
Núcleo de Estudos em Sociologia (NES)

Organizadores

MANUEL DA SILVA E COSTA
MARIA ENGRÁCIA LEANDRO

Tiragem

500 exemplares

ISBN

972-98541-4-9

Depósito legal

244847/06

Composição e Impressão

BARBOSA & XAVIER, LDA. - ARTES GRÁFICAS
Rua Gabriel Pereira de Castro, 31-A e C
Tel. 253 618 916 / 253 263 063 • Fax 253 615 350
E-mail: barbosa.xavier@sapo.pt
4700-385 BRAGA

OBESIDADE INFANTIL: UM DESAFIO PARA A FAMÍLIA E PARA A ESCOLA

MARIA HELENA PIMENTEL

Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança



Ao longo das últimas décadas, as ciências sociais e humanas têm vindo a desenvolver um importante trabalho acerca dos factores que ameaçam a saúde e o bem-estar das populações. No entanto, o progresso nem sempre se traduziu em medidas que eliminassem os riscos. Quando se consultam as estatísticas de saúde, deparamo-nos como causas líder de morbilidade e de mortalidade as relacionadas com as características da vida moderna, decorrentes do desenvolvimento urbano e industrial. Aceita-se, hoje, que estas causas são, em grande parte, responsáveis pela prevalência crescente de patologias crónico – degenerativas, consideradas como doenças do comportamento e também doenças da «civilização».

Um dos grandes factores de risco deste tipo de doenças é a obesidade. Define-se obesidade como um excesso de gordura na composição corporal, que se traduz, quantitativamente, na relação desequilibrada entre a estatura e o peso, de acordo com os padrões de referência, e na presença de valores de pregas cutâneas superiores ao esperado para a idade.

A importância da obesidade do ponto de vista da saúde resulta das suas implicações como factor de risco psicossocial e de risco de diversas patologias graves como: aterosclerose, diabetes tipo II, doenças cardiovasculares, doenças osteoarticulares artrite, hipertensão arterial, algumas formas de cancro, entre outras (Viana, 2002). O peso social e económico associado a estas doenças é enorme. Estima-se que o custo para os serviços de saúde, na Europa, ronde os 2% a 7% dos custos totais (WHO, 2000) em Portugal, o custo indirecto total, no ano de 2002, foi estimado em 199,8 milhões de euros (Pereira e Mateus, 2003).

A obesidade está a emergir rapidamente como um problema de saúde pública de dimensão global. Nos Estados Unidos da América, o excesso de peso é depois do tabaco a principal causa de morte (cerca de 300.000 mortes/ano) sendo previsível que, durante este século, venha a substituir o tabagismo enquanto primeira causa de morte, pelo que é já classificada como a epidemia do século XXI (J. Albu *et al.*, 1997).

O Plano Nacional de Saúde 2004/2010, apesar de considerar deficiente a informação sobre a obesidade em Portugal, refere tratar-se de um enorme problema em crescente aumento. Estima-se, de acordo com o referido plano, que esse aumento se situe entre os 10% e os 15% e a prevalência se situe nos 15% para o sexo masculino e nos 16% para o sexo feminino.

O problema é tanto mais grave quanto se assiste a um aumento da prevalência da obesidade infantil. Portugal é o segundo país europeu com maior prevalência de peso e de obesidade em crianças, de acordo com um estudo, de âmbito nacional, levado a cabo por uma equipa interdisciplinar de investigadores (Padez *et al.*, 2004). O estudo revela que 31,5% de crianças, entre os sete e os nove anos, têm excesso de peso ou obesidade, que a gravidade é maior no sexo feminino e que o nosso país acompanha a tendência dos países mediterrânicos no aumento da obesidade infantil.

Dados internacionais indicam que há 22 milhões de crianças com menos de 5 anos, com peso a mais e que uma em cada dez crianças (num total de 155 milhões), entre os 6 e os 17 anos, tem excesso de peso (<http://www.who.org/childhood>, 2005).

A importância da determinação do excesso de peso e da obesidade infantil reside no facto de que crianças obesas podem tornar-se adultos obesos, particularmente se há obesidade num ou em ambos os progenitores. Uma criança obesa aos 6 anos tem 25% de probabilidades de se tornar um adulto obeso, mas se é obesa aos 12 anos as probabilidades sobem para 75% (Klish, 1998; citado por Viana, 2002). Também, pela primeira vez, a tendência para o aumento da esperança média de vida que veio a verificar-se no século passado, poderá inverter-se devido à obesidade nesta faixa etária. De acordo com o coordenador internacional dos estudos sobre obesidade infantil, Philip James, se os jovens entram na idade adulta obesos têm riscos acrescidos de morrerem prematuramente, mas se esses jovens continuam obesos aos 40 anos, a sua esperança de vida poderá ser reduzida em sete anos (<http://www.who.org/childhood>, 2005).

Contudo, segundo vários autores (Fernández Carazo, 1997; Santiago, 1998; Farooqi e Rahilly, 2000), a verdadeira prevalência da obesidade infantil é difícil de determinar, uma vez que ainda não existem critérios consensualmente aceites, sendo eventualmente necessária a aplicação simultânea de diferentes métodos para efectuar o diagnóstico:

- determinação da espessura da prega tricípital e da prega cutânea abdominal;
- exames imagiológicos;
- determinação do Índice de Massa Corporal (IMC).

O Índice de Massa Corporal estabelece a relação entre o peso em kg e o quadrado da altura em metros. Este método tem a vantagem de ser facilmente aplicável em larga escala, pelo que, actualmente, é o mais utilizado para definir e diagnosticar a obesidade.

O IMC é uma medida que permite determinar uma relação adequada entre peso e altura, na população adulta.

Nas crianças, o peso corporal correlaciona-se com a gordura corporal, mas também está correlacionado com a altura, sendo que crianças com a mesma altura podem ter quantidade de gordura muito variável. A relação entre o Índice de Massa Corporal (IMC) e a gordura corporal varia consideravelmente com a idade e com a maturação pubertária. Assim, o excesso de peso e a obesidade na criança e no adolescente devem ser determinados em tabelas de percentis, ajustadas à idade e ao sexo. Obedecendo às recomendações da OMS, excesso de peso e obesidade foram definidos como IMC superiores aos percentis 85 e 95, das referidas tabelas (WHO, 1995; Marujo e Leitão, 2004).

A crescente prevalência da obesidade pode ser explicada, em parte, por alterações no nosso ambiente nos últimos anos, em particular, o fornecimento ilimitado de alimentos ricos em energia, muito convenientes e de excelente paladar, associados a um estilo de vida caracterizado por baixa actividade física. A vida moderna é propícia à diminuição da actividade física, pela facilidade em termos de transportes e pela ocupação dos tempos livres com actividades sedentárias. A obesidade tem, contudo, carácter multifactorial e surge como resultado de factores genéticos, ambientais e comportamentais.

Factores genéticos: quando se estuda o peso dos pais de crianças obesas, em mais de 50% dos casos, um ou ambos os progenitores também o são. Observa-se, ainda, uma distribuição da gordura corporal idêntica entre pais e filhos.

Factores ambientais e comportamentais: o aumento da prevalência no mundo ocidental para a obesidade sugere que os factores ambientais estão a possibilitar a expressão da susceptibilidade genética dos indivíduos. As mudanças sociológicas que afectam a estrutura familiar com a entrada da mulher no mundo do trabalho, o predomínio das famílias monoparentais, bem como a perda da população no sector primário com o aumento explosivo da população das cidades, implicam alterações significativas na vida das pessoas. Também o baixo nível socioeconómico está associado ao aumento da obesidade, o que não deixa de ser um paradoxo, pois são os mais pobres, os menos informados, aqueles que mais engordam. A explicação para este facto é simples, o acesso à boa alimentação e ao exercício físico estão reservados a quem tem dinheiro.

Sabe-se, actualmente, que o tipo de alimentação praticado durante as etapas da vida em que se processa o crescimento e a maturação biológica torna-se determinante na saúde e bem-estar dos jovens e dos adultos que virão a ser mais tarde. Por outras palavras, uma alimentação correcta constitui uma das principais medidas para a promoção da saúde e a prevenção da doença. Os hábitos nutricionais são formados sobretudo durante a infância e tendem a manter-se ao longo da vida. São condicionados em parte pelos alimentos disponíveis e influenciados por factores de ordem fisiológica, socio-cultural e psicológica.

Os efeitos da alimentação, para além dos primeiros anos de vida, têm sido revelados por alguns estudos, demonstrando que o aleitamento artificial e a introdução precoce de alimentos sólidos estão associados a factores de risco biológico para a obesidade da criança e do adulto (Ravelli, 2000). O período neonatal, sendo um dos mais críticos na vida humana, é muito exigente em necessidades alimentares; contudo, a natureza facultativa do alimento mais adequado: o leite materno.

O leite humano é o melhor leite que uma criança pode receber já que foi especialmente concebido para satisfazer as necessidades da sua espécie. O que o torna inigualável é o facto de que satisfaz os aspectos nutricionais-vínculo-estimulação-imunidade, todas estas necessidades inadiáveis do recém-nascido, pelo que nenhum alimento substituto consegue satisfazer de forma tão completa estas necessidades, quanto o leite materno. Efectivamente, os efeitos benéficos na saúde dos lactentes e das crianças pequenas são bem conhecidos e, de acordo com vários especialistas, o aleitamento materno durante o primeiro ano de vida é uma das medidas mais eficazes para prevenir a obesidade infantil.

A alimentação é, como temos vindo a referenciar, uma das principais determinantes da saúde e está intimamente relacionada com as condições de vida, com o ambiente e com

aspectos culturais. Uma dieta equilibrada, para além de respeitar as necessidades qualitativas e quantitativas de cada pessoa, deverá atender a uma correcta proporção entre os diversos nutrientes. Depende também de factores como a altura, o peso, o sexo, a idade, a morfologia individual, a actividade e o trabalho, o clima e o estado de saúde.

Os hábitos nutricionais alteraram-se significativamente nos últimos anos, pela grande variedade de alimentos disponíveis, pela facilidade de acesso a produtos pré-cozinhados, uma opção prática porém muito menos nutritiva e pela preferência por comida do tipo *fast-food*. É, consensualmente, reconhecida a eficácia das técnicas de *marketing* e das campanhas levadas a cabo pelas multinacionais para promoverem este tipo de comida, sobretudo, junto da população mais jovem.

Outro factor como o sedentarismo, produzido por largas horas em frente do computador ou da televisão, tem sido relacionado com o aumento da obesidade infantil. Por outro lado, ver televisão é um hábito que estimula comportamentos alimentares perigosos, pela exposição continuada à publicidade de produtos alimentares altamente calóricos.

Também o meio envolvente comporta riscos. A proliferação nas escolas de máquinas distribuidoras de chocolates, bebidas gaseificadas e demais alimentos hipercalóricos, é uma realidade que exige medidas.

Tendo em conta as importantes repercussões sobre a saúde actual e futura das crianças e dos jovens, só a família, as instituições e o poder político poderão travar a progressão da doença. Aos pais cabe a tarefa de decidir o que as crianças devem ou não comer, quais as escolhas certas ou erradas em termos alimentares, não esquecendo que os próprios devem dar o exemplo. À escola compete transmitir conhecimentos e atitudes positivas que favoreçam a adopção de hábitos nutricionais adequados. É crucial que as mensagens aprendidas em sala de aula estejam em consonância com os produtos alimentares disponíveis e a forma como estão apresentados na cantina e no bar. Educar para bem comer, constitui um desafio para contrapor ao meio envolvente.

O poder político tem responsabilidades legislativas na regulação da publicidade a produtos alimentares e na mobilização de meios para intervir preventivamente neste problema.

Uma alimentação adequada e equilibrada é essencial para o crescimento e desenvolvimento harmonioso. O crescimento ocorre continuamente desde a concepção até à maturidade completa, mas não é um processo uniforme. Este tem dois períodos de crescimento rápido: um na primeira infância e o outro na adolescência. A estes períodos de crescimento rápido está associado, regra geral, muito apetite, o que favorece o aumento de peso, particularmente se as crianças e os jovens praticam pouco exercício físico. É importante desenvolver nestas alturas acções preventivas no sentido de evitar o aparecimento da obesidade e das suas complicações.

O tratamento da obesidade deve ser iniciado o mais precocemente possível para evitar as alterações celulares, isto é, a hiperplasia das células adiposas, que as torna refractárias ao tratamento. Deve ser levado a cabo por uma equipa multidisciplinar, associando dieta hipocalórica equilibrada, exercício físico e terapia comportamental (Fernández Carazo, 1997). Os objectivos devem ser realistas e ajustados à idade, à quantidade de tecido gordo, às complicações metabólicas e às repercussões físicas e emocionais.

O exercício físico tem um papel determinante no gasto energético e é mais eficaz quando envolve grandes grupos musculares. A criança deve aderir ao exercício físico pelo princípio do prazer. Recomendam-se desportos em grupo, pelo estímulo à socialização, ajudando a atenuar problemas de ordem afectiva.

A terapia comportamental visa ajudar a cumprir o regime dietético e o exercício físico e, ainda, conseguir que novas condutas criem novos hábitos. Como a obesidade é, particularmente, estigmatizante na sociedade actual, a sua transcendência em termos de saúde deve-se às importantes repercussões no desenvolvimento psicossocial da criança e do jovem. O recurso à psicoterapia individual e familiar poderá ser necessário para resolver problemas de baixa auto-estima, imagem corporal distorcida, isolamento social, sentimentos de inferioridade, entre outros. De igual forma, devem solucionar-se os conflitos emocionais que motivam a ingestão compulsiva de alimentos, para aliviar ou diminuir a ansiedade.

Pelas inerentes dificuldades relacionadas com o tratamento, os esforços devem dirigir-se no sentido da prevenção. Toda a população infantil deve beneficiar de actividades de Educação para a Saúde que fomentem hábitos dietéticos adequados e estilos de vida saudáveis.

A OMS, a UNESCO e a UNICEF definem Educação para a Saúde na Escola como o conjunto de «oportunidades educativas a favor da saúde, tanto dentro como fora da escola que actuam para harmonizar as mensagens de saúde provenientes de diversas fontes que afectam os alunos e capacitam as crianças e jovens a agirem a favor de uma vida sã e de melhores condições de saúde» (WHO/UNESCO/UNICEF, 1992: 8-16).

Esta educação não visa modificar hábitos e atitudes já estabelecidas, mas sim a adopção de comportamentos positivos de saúde desde muito cedo.

Dentro do campo de acção da Educação para a Saúde – laboral, comunitário e escolar – é, sem dúvida, na escola onde ela é mais eficaz e mais eficiente. As razões apontadas prendem-se com o facto da criança se encontrar num período evolutivo em que a formação e assimilação é grande tanto para os conhecimentos, como para as atitudes e comportamentos, já que os hábitos negativos ainda não se adquiriram ou não estão arraigados. É pois um terreno fácil para incutir conhecimentos, atitudes e hábitos positivos de saúde que favoreçam o desenvolvimento físico, psíquico e social prevenindo doenças evitáveis para a sua idade, eliminando factores de risco.

Assim, educar no sentido de uma adequada nutrição na infância, fomenta hábitos positivos para uma boa saúde, proporcionando também as bases para bons e permanentes hábitos alimentares futuros.

BIBLIOGRAFIA

- ALBU, J. *et al.* (1997), «Obesity solutions: Report of a meeting», *Nutrition Reviews*, n.º 55: 150-156.
- FAROOQI, I. S. e RAHILLY, S. (2000), «Avanços recentes na genética da obesidade grave na infância», *Actualidade em Pediatria*, VIII, n.º 5, Set./Out.: 233-237.
- FERNÁNDEZ CARAZO, C. *et al.* (1997), «Obesidad Infantil», *Pediatría Integral*, n.º 1, Madrid: Asociacion Española de Pediatría, 21-33.

- <http://www.who.org/childhood>, 2005, Childhood Obesity.
- MARUJO, M. e LEITÃO, L. (2004), «Obesidade das crianças dos 11 aos 13 anos de idade – realidade ou mito?», *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, n.º 20: 457-459.
- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO *et al.* (2001), *Promover a saúde da juventude europeia. Educação para a saúde nas escolas*, Manual de formação para professores e outros profissionais que trabalham com jovens, Lisboa.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004), *Plano Nacional de Saúde: Orientações estratégicas para 2004/2010*, Lisboa.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1985), *As metas da saúde para todos: metas da estratégia regional da saúde para todos*, Lisboa: Ministério da Saúde.
- PADEZ, C. *et al.* (2004), «Prevalence of Overweighth and Obesity in 7-9 Year-Old. Portuguese Children», *American Journal of Human Biology*, n.º 16, Nov./Dez.: 670-678.
- PEREIRA J. e MATEUS, C. (2003), «Custos indirectos associados à obesidade em Portugal», *Saúde Pública*, n.º 3: 65-70.
- RAVELLI, A. C. J. *et al.* (2000), «Alimentação do lactente e tolerância à glicose, perfil lipídico, pressão arterial e obesidade do adulto», *Actualidade em Pediatria*, VIII, n.º 3, Maio/Junho: 126-133.
- SANTIAGO, L. M. *et al.* (1998), «Excesso de ponderal e obesidade em jovens – estudo observacional de base populacional», *Saúde Infantil*, 20/3, Dezembro: 13-20.
- VIANA, Victor (2002), «Psicologia, saúde e nutrição: Contributo para o estudo do comportamento alimentar», *Análise Psicológica*, n.º 4 (XX): 611-624.
- WHO (1995) *Physical Status: The use and interpretation of anthropometry*, Geneva: World Health Organization.
- WHO (2000), «Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation», *Technical Report Series*, 894, Geneva.
- WHO/UNESCO/UNICEF (1992), «Comprehensive School Health Education: Suggested Guidelines for Action», *International Journal of Health Education*, Madrid, vol. XI/3: 8-16.