

PERFIL DAS CRIANÇAS E PRÉ-ADOLESCENTES USUÁRIAS DO PROGRAMA DA SAÚDE NA ESCOLA DO MUNICÍPIO DE HERVAL D OESTE

Autora: Maria Célia Ferreira da Silva¹

Orientadora: Elisabeth Baretta²

RESUMO

Introdução: O Programa Saúde na Escola (PSE) foi instituído em 2007 pelos Ministérios da Educação e da Saúde com a finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde, principalmente no que diz respeito à obesidade infantil. **Objetivo:** Identificar o perfil das crianças e dos pré-adolescentes, atendidos pelo Programa de Saúde na Escola, no município de Herval d' Oeste, SC. **Material e Método:** Este estudo caracteriza-se como sendo do tipo descritivo, quantitativo de campo e foi investigada uma população composta por 50 crianças (5 a 6 anos e 10 a 13 anos de idade), selecionada por conveniência. Os dados foram obtidos por meio das informações contidas nos prontuários dos mesmos atendidos pelo Programa de Saúde na Escola do município de Herval d'Oeste. **Resultados:** As informações em relação ao peso e a estatura, tanto para as crianças de 5 a 6 anos de idade quanto para os pré-adolescentes de 10 a 13 anos de idade, resultaram num aumento muito elevado e que os mesmos, não seguem um crescimento linear proposto pelo Programa de Saúde na Escola. Em relação ao IMC, 28,0 % das crianças (5 e 6 anos) estão na categoria, "abaixo do peso" e apenas 4,0% se enquadram na categoria "obesos". Com relação aos pré-adolescentes, 24,0% estão na situação de peso normal e 26,0% apresentam grau de obesidade. **Conclusões:** Existem grandes riscos à saúde destas crianças e pré-adolescentes, inclusive com a possibilidade de desencadeamento de algumas doenças tanto para aquelas que estejam "acima do peso" quanto para aquelas "abaixo do peso". É recomendável à manutenção dos programas que o governo proporciona para a prevenção de grau de obesidade e de baixo peso.

Palavras chaves: Perfil. Crianças. Pré-adolescentes. Obesidade.

¹ Assistente Social; Acadêmica do curso de pós-graduação, especialização em Saúde Coletiva: Estratégia da Saúde da Família da Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC) - *Campus* de Joaçaba/SC; mariaceliaferreiradasilvawvy@gmail.com.

² Orientadora, Mestre em Saúde Coletiva; Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC) - *Campus* de Joaçaba/SC; elisabeth.baretta@unoesc.com.br.

1 INTRODUÇÃO

A obesidade tem sido descrita como um problema importante de saúde pública, tornando-se mais frequente na infância, sendo que a sua ocorrência na adolescência favorece a persistência na vida adulta, o que contribui para a morbimortalidade.

Atualmente, a obesidade é considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), uma doença epidemiológica do século XXI que atinge milhões de crianças, adolescentes e adultos tanto em países desenvolvidos, assim como aqueles em desenvolvimento (DÂMASO et al., 2003).

Lima, Arrais e Pedrosa (2004) definem a obesidade como uma doença complexa, multifatorial, caracterizada por excesso de tecido adiposo, envolvendo interações complexas entre genética, atividade física, fatores culturais e manutenção de um comportamento, que atinge uma parte expressiva da população entre crianças e adolescentes.

Fatores como os hábitos alimentares inadequados, inclinação genética, estilo de vida sedentário, distúrbios psicológicos, problemas na convivência familiar entre outros, podem levar as crianças e os adolescentes a tornarem-se obesos, porém apenas 5% dos casos de obesidade são causados por doenças endocrinológicas. O estilo de vida adotado pelas crianças e pelos adolescentes refere-se ao restante dos casos (COUTINHO et al., 2006). No Brasil, causas básicas do sedentarismo são as alterações bioquímicas e a alimentação com excesso de energia, derivada principalmente de alimentos ricos em hidratos de carbono e gorduras (COUTINHO et al., 2006).

O padrão de distribuição de gordura pelo corpo é um fator de risco muito importante, representando riscos de doenças cardiovasculares, infarto e diabetes, principalmente se essa gordura estiver com um grande acúmulo na região abdominal. (OLIVEIRA et al., 2004).

O crescimento de sobrepeso e da obesidade em idades cada vez mais precoces tem despertado a preocupação de pesquisadores e profissionais da área de saúde, em razão dos danos e agravos à saúde provocados pelo excesso de peso, tais como hipertensão arterial, cardiopatias, diabetes, hiperlipidemias, dentre outras.

Segundo dados do Ministério da Saúde (2013), no Brasil cerca de 30% das crianças do país têm sobrepeso e metade delas é obesa. Cerca de 17,5% da população é obesa e 50,8% estão acima do peso.

1.1 Obesidade

A obesidade tem sido considerada a epidemia do século XXI, pois afeta todos os países, inclusive os que ainda não são desenvolvidos. O relatório “Estatísticas Mundiais de Saúde 2012”, da Organização Mundial de Saúde (OMS) assegura que a obesidade tem causado a morte de cerca de 2,8 milhões de pessoas por ano (DÂMASO et al., 2003).

Segundo Fisberg (2005), a obesidade é multifatorial, influenciada por suscetibilidade genética, sexo, idade, ocupação, raça, dieta e fatores ambientais. Ela pode ser classificada como um acúmulo de tecido gorduroso, localizado por todo o corpo, que na maioria das vezes é causado por doenças genéticas, endócrino-metabólicas ou por alterações nutricionais.

Para Silva, Costa e Ribeiro (2008), a obesidade é descrita como a acumulação de gordura corporal resultando no prejuízo à saúde do indivíduo, podendo derivar de fatores genéticos ou ambientais como diferentes tipos de dieta e a falta de atividade física.

De acordo com Cruz, Santos e Alberto (2007), um indivíduo é rotulado como obeso quando apresentar exagerada quantidade de gordura corporal avaliada em porcentagem do peso total. Atualmente classificam-se em sobrepeso, 20 a 25% dos homens e 30 a 35% das mulheres e classificados como obesos tem-se 25% dos homens e 35% das mulheres, porém esses valores que definem a classificação exata de uma pessoa ser obesa ou estar com sobrepeso ainda não estão definidos segundo alguns estudos, como relatam os autores.

Sabemos que a obesidade não é mais considerada apenas como um problema estético, que incomoda tão somente pela causa da “zoeira” de colegas, mais é uma ampla preocupação devido ao excesso de peso, que pode provocar o surgimento de vários problemas de saúde.

Segundo Ferriani et al. (2005), a obesidade vem se tornando uma epidemia no mundo inteiro, atingindo todas as faixas etárias e de todas as classes sociais. A incidência de adolescentes obesos brasileiros tem aumentado muito nos últimos anos no Brasil, principalmente nos grandes centros urbanos.

1.2 Obesidade na infância e na adolescência

O elevado número de crianças e adolescentes obesos tem preocupado muito os profissionais da saúde. Inúmeras pesquisas são realizadas para descobrir as possíveis causas da obesidade para assim poder promover a prevenção e ou o tratamento das crianças e adolescentes com excesso de peso (SILVA; COSTA; RIBEIRO, 2008).

Nos países mesmo em desenvolvimento, principalmente, no Brasil, as discussões e estudos sobre a obesidade são acontecimentos ainda recentes. Sabe-se, no entanto, que a doença foi considerada um fator predominante sobre a saúde, constituindo-se em uma verdadeira epidemia de saúde pública (HELLER, 2004).

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE, 2014) apontam que 15% das crianças brasileiras entre cinco e nove anos de idade apresentam o problema da obesidade. Uma em cada três não chegam ao nível da obesidade, mas estão com peso acima do recomendado pela (OMS) e pelo Ministério da Saúde.

Para a OMS a preocupação as altas taxas de sobrepeso em crianças teve início nos anos noventa quando se estimava que 18 milhões de crianças de todo o mundo, menores de cinco anos estavam classificadas como tendo sobrepeso. Diante desses dados, a grande preocupação é voltada para o impacto econômico que essas crianças poderão causar quando atingirem fase de idade adulta (RICCARDI et al., 2009).

Sabe-se que o tipo de alimentação de uma criança e adolescente pode ser influenciado por inúmeros fatores. Dos fatores externos, podem ser citados, como o ambiente familiar que envolve valores sociais e culturais, hábitos alimentares como os “*fast food*” (comida rápida); e dos fatores internos, podem ser as suas características psicológicas, imagem corporal, valores, experiências pessoais, preferências alimentares, autoestima, saúde e desenvolvimento psicológico (MELLO; LUFT; MEYER, 2004).

De acordo com Barbosa (2009), os hábitos alimentares impróprios são constituídos na maioria das vezes ainda na infância; por isso é muito importante que haja uma sensibilização de uma alimentação preventiva, incentivando a criança na escolha de uma dieta mais saudável. Através dessa atitude é possível evitar o aparecimento de doenças que seriam adquiridas ainda na infância ou futuramente.

Quando uma criança é obesa, frequentemente ela é discriminada por seus amigos, acarretando seu isolamento e sua inibição. Para Fisberg (2015), adolescentes obesos apresentam quatro vezes mais comportamentos depressivos quando comparados a adolescentes não obesos, mostrando baixa autoestima e comprometimento da autoimagem, causando problemas psicológicos, sociais e econômicos quando na fase adulta.

1.3 Fatores que influenciam na obesidade

Tanto crianças quanto adolescentes obesos podem sofrer de comorbidades (mais de uma doença acometida no mesmo paciente) que afetam quase todos os sistemas do

organismo. De acordo com Fisberg (2005) o aumento do ganho gestacional, o desmame precoce e a introdução inadequada de alimentos complementares, o emprego de fórmulas lácteas inadequadamente preparadas, distúrbio de comportamentos alimentares e inadequada relação familiar, são alguns dos fatores determinantes para o estabelecimento da obesidade na infância.

Em relação ao desmame precoce, o aumento da obesidade em lactentes é resultado de um desmame precoce e incorreto, e de erros alimentares logo no primeiro ano de vida das crianças, abandonando o aleitamento materno e substituindo-o por alimentos com excesso de carboidratos, em quantidades superiores que as necessárias para o crescimento e desenvolvimento (FISBERG, 2005).

Ainda segundo o mesmo autor, para criança e adolescentes obesos em avaliações clínicas existem alguns fatores de risco que devem ser analisados como, por exemplo: os fatores familiares são o mais importante pela soma da influencia genética e dos fatores ambientais. Uma criança que os dois pais são obesos possui 80% de chances de desenvolver a obesidade, essa situação diminui para 50% se apenas um dos pais for obeso, e se nenhum dos pais for obeso a criança terá apenas 9% de chances de se tornar uma pessoa.

Outro fator que prejudica muito na obesidade infantil é a inatividade física, que vem se tornando um grande vilão na geração da obesidade. Hoje em dia, as crianças e adolescentes devido à violência urbana e a pedido de seus pais, ficam dentro de casa com atividades que não as estimulam fazer atividades físicas, levando-as a passarem horas paradas frente a uma televisão, computador ou outro equipamento eletrônico e quase sempre associado com o consumo de alimentos não nutritivos e ricos em calorias. Nesse sentido, o maior tempo dedicado a estas atividades de baixa intensidade tem contribuído para o ganho de peso das crianças e dos adolescentes, aumentando assim a obesidade (FISBERG, 2005).

Embora a televisão desempenhe um papel relevante na disseminação de informações e cultura, ela pode ser o veículo de mensagens que influenciam negativamente as preferências e escolhas alimentares de crianças e adolescentes, além de promover o sedentarismo, em vez de ensinar o hábito alimentar correto e saudável (FISBERG, 2005).

Os hábitos alimentares também interferem na obesidade infantil e adolescência. Podem ser determinado por fatores externos (unidade familiar e suas características, atitudes de pais e amigos, valores sociais e culturais, mídia, alimentos rápidos, conhecimentos de nutrição e manias alimentares) e fatores internos (necessidades e características psicológicas, imagem corporal, valores e experiências pessoais, autoestima, preferências alimentares, saúde e desenvolvimento psicológico) (MELLO; LUFT; MEYER, 2004).

O consumo de alimentos pelas crianças e adolescentes tem forte influência pelos pais. Contudo, quanto mais os pais insistem na ingestão de certos alimentos, menor a probabilidade de que elas os consumam. Na infância, recomenda-se que os pais forneçam às crianças refeições e lanches saudáveis, balanceados, com nutrientes adequados e que permitam às crianças escolher a qualidade e a quantidade que elas desejam comer desses alimentos saudáveis (MELLO; LUFT; MEYER, 2004).

Ainda de acordo com Mello; Luft e Meyer (2004) outro fator de risco para desenvolver obesidade, tanto na infância quanto na vida adulta é a dificuldade em estabelecer um bom controle de saciedade. Quando as crianças são forçadas a comer tudo que é servido, elas podem perder o ponto da saciedade. Alguns hábitos como não tomar café da manhã, jantar consumindo grande quantidade calórica, ingerir uma variedade limitada de alimentos e preparações e em grandes porções, consumir em excesso líquidos leves, mas calóricos e ter uma inadequada prática de alimentação precoce são prejudiciais e indutores de obesidade. Ultimamente, mais crianças e adolescentes consomem lanches do que no passado, e essa tendência pode estar contribuindo para o aumento da obesidade na infância.

1.4 Consequências, complicações e riscos à saúde relacionadas a obesidade

De acordo com Oliveira e Fisberg (2003) na infância a obesidade é relacionada a várias complicações como: doenças cardiovasculares, alterações metabólicas, doenças do aparelho digestivo, afecções pulmonares, acidente vascular encefálico e câncer.

O nível alto de peso também pode contribuir para o aparecimento de outras complicações como aumento do colesterol total e dos triglicerídeos, hiperinsulinemia, níveis elevados de ácido úrico e refluxo gastresofágico (OLIVEIRA; FISBERG, 2003).

A obesidade também está relacionada a uma maior taxa de mortalidade e quanto mais tempo o paciente se mantém obeso, maior é a chance das complicações ocorrerem, assim como mais precocemente (MELLO; LUFT; MEYER, 2004).

O Quadro 01 descreve as doenças correlacionadas à obesidade na infância e na adolescência. Estas doenças há alguns anos atrás eram atribuídas somente para os adultos, mas hoje já podem ser observadas frequentemente nas crianças e nos adolescentes (MELLO, LUFT E MEYER, 2004).

Quadro 01: Complicações da obesidade na infância e na adolescência

ARTICULARES	Maior predisposição a artroses Osteoartrite <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
ENDÓCRINO	Resistência à insulina Maior predisposição metabólica ao diabetes
CUTÂNEAS	Maior predisposição a micoses, dermatites e piодermites
GASTROINTESTINAIS	Hipertrigliceridemia e hipercolesterolemia Aumento da frequência de litíase biliar Esteatose hepática e esteatohepatite
MORTALIDADE	Aumento do risco de mortalidade
NEOPLÁSICAS	Maior frequência de câncer de endométrio, mama, vesícula biliar, cólon/reto, próstata
PSICOSSOCIAIS	Discriminação social e isolamento Afastamento de atividades sociais Dificuldade de expressar seus sentimentos
RESPIRATÓRIAS	Tendência à hipóxia, devido aumento da demanda ventilatória Aumento do esforço respiratório Apneia do sono Diminuição da eficiência muscular e reserva funcional Asma, infecções respiratórias

Fonte: Melo; Luft e Meyer (2004).

As crianças e adolescentes obesas são constantemente incomodadas pelos seus colegas e cada vez mais se tornam menos aceitas do que as crianças com peso normal. O excesso de peso, ao longo da vida, traz outras dificuldades como o menor índice de empregos, a timidez e os problemas de relacionamento afetivo. Em decorrência dessas dificuldades, muitas vezes os obesos (crianças e ou adolescentes) sofrem ou aplicam-se restrições diante de atividade rotineiras como ir à escola, fazer determinados exercícios físicos, procurar emprego, comprar roupas, namorar ou simplesmente divertir-se (FISBERG, 2005).

Toda criança e todo adolescente obesa têm maior propensão a terem autoconceito

negativo, em decorrência da discriminação na escola e na sociedade. Essa discriminação sofrida pode acarretar em transtornos psicológicos e comportamentais como a depressão e a ansiedade (levando ao ato de comer compulsivamente) (FISBERG, 2005).

1.5 Como prevenir a obesidade na infância e na adolescência

A obesidade na infância e na adolescência está muito relacionada com a obesidade na vida adulta. A sua intervenção deve ocorrer quando observadas mudanças na velocidade do ganho de peso, isso porque, quanto maior a idade da criança e maior o excesso de peso, torna-se mais difícil a reversão do quadro. Entretanto a prevenção deve começar cedo, realizadas junto com a equipe multidisciplinar (médico, nutricionista e educador físico), podendo ser feito desde a fase intrauterina (SOARES; PETROSKI, 2003).

A prevenção e o tratamento da obesidade são imprescindíveis para melhoria na qualidade de vida dos obesos, bem como investimentos na área alimentícia e interesse social para redução de gastos da saúde pública com obesos, sendo assim, é muito importante manter o hábito de vida não sedentário. (SOARES e PETROSKI, 2003).

Estudos comprovaram que as crianças e adolescentes que nunca receberam aleitamento materno têm maior ocorrência de obesidade na idade escolar, de acordo com esses dados acredita-se que a amamentação apresenta-se com uma medida considerável no combate da obesidade infantil (SIQUEIRA; MONTEIRO, 2007).

De acordo com Soares e Petroski, (2003) relacionado com a prevenção, a participação da equipe multifuncional e é essencial no processo de transformação de uma alimentação saudável, com horários e lugares certos para se alimentarem, começando desde a primeira década de vida, gerando dietas saudáveis, educação nutricional e prática de atividades físicas.

No entendimento de Fisberg (2005) o trabalho multidisciplinar torna-se importante, pois permite a criança obesa obter conhecimento de várias abordagens profissionais, facilitando a compreensão e assimilação de novos hábitos saudáveis por parte da criança.

É imprescindível que a equipe acrescente novos conceitos para ações direcionadas à obesidade infantil, sendo que a prioridade é ao combate à desnutrição infantil e controle de patologias já instaladas.

As ações de saúde devem permitir uma melhoria na qualidade de vida destas crianças e adolescentes, onde possam desenvolver a capacidade de discernimento, de

conhecimento das causas e de ações para intervir no sentido de mudanças que propiciem hábitos saudáveis.

Programas de prevenção e tratamento devem ser desenvolvidos cuidadosamente com a obesidade infantil através de dietas saudáveis, atividades físicas e educação nutricional (FISBERG, 2005).

Diante deste contexto, o Programa Saúde na Escola (PSE), criado pelo Decreto Presidencial nº 6.286 de cinco de dezembro de 2007, apresenta políticas de saúde voltada para as crianças, jovens e adultos da educação pública. Essa ação conjunta dos Ministérios da Educação e Saúde reconhece que a interação escola e Unidade de Saúde têm contribuído para a melhoria na qualidade de vida dos educandos.

As ações do Programa Saúde na Escola são desenvolvidas por equipes de Saúde da Família, ligadas à Unidade de Saúde Básica, que se deslocam até a escola para examinar as crianças e adolescentes desenvolvendo práticas educativas de promoção, prevenção e avaliação das condições de saúde. Essas profissionais da saúde registram informações dos usuários do programa em prontuários e realizam avaliações, como:

- Avaliação auditiva;
- Avaliação da saúde e higiene bucal;
- Avaliação de atividade física: o período (horas semanais) de inatividade física;
- Avaliação nutricional;
- Avaliação oftalmológica;
- Ficha de cadastro: a idade, o sexo, o peso (inicial) e a altura (inicial);
- Medição da Massa Corporal (IMC);
- Medição da Pressão Arterial (PA).

Mediante o exposto, torna-se importante realizar um levantamento das publicações referente à obesidade infantil e da pré-adolescência apresentando algumas características gerais, os fatores que influenciam as causas e as consequências, suas formas de prevenir dentre outras relevantes ao tema.

Sendo assim, o objetivo deste estudo foi verificar o perfil das crianças e pré-adolescentes usuárias do Programa da Saúde na escola do município de Herval d' Oeste, SC.

2 MATERIAL E MÉTODO

Este estudo caracteriza-se como sendo do tipo descritivo, quantitativo de campo e foi desenvolvido com 50 crianças e pré-adolescentes, que participam do Programa Saúde na

Escola do município de Herval d' Oeste (SC). Essas 50 crianças e pré-adolescentes foram selecionados por conveniência.

Para este estudo, foram coletados dados procedentes dos prontuários dos pacientes (crianças e pré-adolescentes) atendidos pelo Programa Saúde na Escola referente ao período de segundo semestre de 2014, sendo analisados os seguintes itens: o sexo, a idade, a estatura, o peso e o índice da massa corporal (IMC).

Na literatura é possível encontrar diversas formas de medir a massa corporal do indivíduo, o método mais utilizado e de baixo custo é o Índice de Massa Corporal (IMC). Para Powers e Howley (2005) o IMC é o resultado do seguinte cálculo: peso do indivíduo (quilogramas) dividido pela sua altura (em metros) ao quadrado (kg/m^2).

A OMS desenvolveu também as curvas de crescimento para crianças e adolescentes dos 5 aos 19 anos de idade e relacionam o IMC, o peso e a altura com a idade. Baseada nestas curvas de crescimento que o resultado da pesquisa de cada usuário foi determinado (PORTAL DA SAÚDE - SUS, 2012 e OMS, 2007).

Estes critérios das curvas de crescimento para interpretar IMC são diferentes daqueles usados para interpretar IMC para adultos, que não levam em conta a idade ou sexo. A idade e sexo são considerados para crianças e adolescentes, por duas razões: pela quantidade de gordura no corpo varia com a idade e pela quantidade de gordura corporal difere entre meninos e meninas.

Para a análise dos dados foi utilizada a estatística do tipo descritiva. As variáveis numéricas foram apresentadas em mínimo, máximo, médio e desvio padrão. As variáveis categóricas foram apresentadas em frequência absoluta e relativa.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram investigadas 50 crianças e pré-adolescentes que participam do Programa Saúde na Escola do município de Herval d' Oeste (SC), sendo 25 crianças entre 5 a 6 anos de idade e 25 pré-adolescentes entre 10 a 13 anos de idade. Destes, 25 (50%) crianças e pré-adolescentes são do sexo feminino e 25 (50%) crianças e pré-adolescentes são do sexo masculino.

A idade dos participantes do Programa foi apresentada em meses, isso porque, as faixas de peso saudáveis mudam a cada mês de idade para cada sexo e também a faixa de peso saudável muda à medida que aumenta a altura. As categorias de 5 a 6 e 10 a 13 anos tem idades muito próximas, o que nos levou a detalhar as idades em meses para a visualização de um intervalo maior.

Tabela 1: Medidas descritivas das crianças e dos adolescentes participantes do Programa Saúde na Escola (Herval D'Oeste, SC, 2014).

VARIÁVEIS	CRIANÇAS DE 5 A 6 ANOS			PRÉ-ADOLESCENTES DE 10 A 13 ANOS		
	Mínimo	Máximo	Média	Mínimo	Máximo	Média
Idade (meses)	63	77	72,32 ($\pm 3,85$)	120	156	135,36 ($\pm 8,84$)
Estatura (m)	1,08	1,26	1,17 ($\pm 0,43$)	1,39	1,57	1,47 ($\pm 0,58$)
Peso (kg)	17,40	39,0	21,43 ($\pm 4,83$)	31,00	72,00	46,4 ($\pm 11,48$)
IMC (Kg/m²)	12,02	25,78	15,43 ($\pm 2,79$)	15,37	34,24	21,41 ($\pm 5,24$)

Fonte: os autores

De acordo com a Tabela 1, verificamos que os dados que estão mais em evidência são em relação ao peso e a estatura dos pesquisados tanto para as crianças de 5 a 6 anos quanto para os pré-adolescentes de 10 a 13 anos de ambos os sexos. Percebe-se nessas informações que não ocorre um aumento gradativo, mas elevado conforme a idade de ambos.

De acordo com informações registradas da OMS (2007), as crianças de ambos os sexos crescem em altura por igual até os nove ou onze anos de idade, porém, quando a puberdade inicia nas meninas, elas se tornem, na média, mais altas do que os meninos, até os doze anos de idade e quando a puberdade tem início nos meninos, a altura e o peso médio deles superam os das meninas.

Para Gusso e Lopes (2012) existem muitas queixas de pais relacionadas aos problemas de crescimento ponderal e de estatura de crianças e adolescentes e outras vezes, queixas que estão relacionadas a preocupações com baixo peso e baixa estatura. É muito comum que a queixa de pouco crescimento ou baixo ganho de peso venha acompanhada da queixa de falta de apetite da criança, isso porque, na fase pré-escolar e escolar, com a menor velocidade de crescimento (fisiológica), a criança sente menos fome.

A OMS definiu uma relação com pesos e medidas ideais para cada faixa etária entre crianças e adolescentes, o que nos leva a crer, que cabe aos pais e ou responsáveis acompanhar esses indicadores e sempre que possível visitar especialistas para orientações.

Entender mais sobre a situação econômica das famílias dessas crianças e pré-adolescentes, averiguar as condições alimentares de cada um, saber como foi a vida delas desde os primeiros anos de vida, entre outros aspectos, são fundamentais, para só assim poderemos definir o porquê essas crianças e pré-adolescentes se encontram na situação atual.

Tabela 2: Distribuição (%) do IMC das crianças e dos adolescentes participantes do Programa Saúde na Escola (Herval D'Oeste, SC, 2014).

CATEGORIZAÇÃO DO IMC	n	CRIANÇAS DE 5 A 6 ANOS	PRÉ-ADOLESCENTES DE 10 A 13 ANOS
Abaixo do peso	14 (28,0%)	14 (28,0%)	00 (0,0%)
Peso saudável	21 (42,0%)	09 (18,0%)	12 (24,0%)
Obeso	15 (30,0%)	02 (4,0%)	13 (26,0%)
Total	50 (100%)	25 (50,0%)	25 (50,0%)

Fonte: os autores

Observa-se na Tabela 2, que nas faixas etárias de 5 a 6 anos, 14 crianças, das 25 pesquisadas, apresentaram o IMC na categoria de “abaixo do peso”, um percentual de 28,0%, um número bastante representativo e apenas 2 crianças, um percentual de 4,0%, apresentaram-se como “obesas”.

Apesar de poucas crianças das faixas etárias entre 5 a 6 anos de idade estar com excesso de peso, muitas crianças estão com IMC abaixo do peso. Isso pode estar acontecendo devido à ingestão inadequada de alimentos, com consumo insuficiente em calorias e proteínas e tem como consequência funcional à perda ponderal e retardo de crescimento. Hábitos alimentares insuficientes, como: amamentação inadequada, ingestão de alimentos pouco nutritivos e falta de instrução sobre o valor nutricional dos alimentos contribuem para o baixo peso.

Para Monte (2000) a desnutrição infantil é um dos problemas de saúde pública mais importante no mundo, devido a sua proporção e das suas consequências para o crescimento e desenvolvimento das crianças. Frota e Barroso (2005) complementam com suas opiniões revelando que a nutrição está certamente relacionada à difícil condição em que vivem as famílias de baixa renda.

A desnutrição pode apresentar fatores determinantes nas crianças tais como: crescimento e desenvolvimento deficientes, maior vulnerabilidade a doenças infecciosas, comprometimento do estado funcional e a redução do rendimento escolar (MONTE, 2000).

Quando observados os dados em relação aos pré-adolescentes, pode-se perceber que não há nenhum em situação “abaixo do peso”. Apenas 12 estão na faixa de normalidade de peso, um percentual de 24,0%, porém existe uma preocupação, pois 26,0% apresentam grau de obesidade.

Existem inúmeras consequências do excesso de peso e da obesidade que representam fatores de risco para doenças, tais como: doenças cardiovasculares, alterações metabólicas, doenças do aparelho digestivo, afecções pulmonares, acidente vascular encefálico e câncer. A

obesidade tanto pode constituir um risco primário como pode exercer sua influência por meio de outros fatores futuros (MELO; LUFT E MEYER, 2004).

Vários fatores podem influenciar na ingestão de alimentos, cabendo destacar primeiramente os aspectos culturais e os hábitos adquiridos no meio familiar. Psicologicamente, alguns indivíduos reagem a situações emocionais estressantes mediante a privação ou o excesso de alimentos. Diversos mecanismos fisiológicos, como distúrbios hormonais também podem levar a um maior consumo de alimentos, estando relacionado intimamente à idade, ao sexo e podendo alcançar picos durante a adolescência (MELO; LUFT E MEYER, 2004).

4 CONCLUSÃO

A obesidade é um problema grave e deve ser enfrentado com bastante cuidado. Pessoas que estejam acima do peso (nesse caso crianças e adolescentes), deveriam procurar ajuda médica, pois as causas da obesidade podem ter diversas origens desde hábitos inadequados até fatores genéticos e hormonais.

Em relação ao baixo peso, sabe-se que ele é causado por vários fatores tais como: a falta de acesso a alimentos com alto valor nutritivo, hábitos alimentares insuficientes, amamentação inadequada, ingestão de alimentos pouco nutritivos e a falta de instrução sobre o valor nutricional dos alimentos. Os sintomas do baixo peso em crianças podem incluir: incapacidade de crescer dentro da taxa esperada, mudanças de comportamento, como sentir irritação, ansiedade ou letargia e mudanças no cabelo e cor da pele.

O perfil das crianças e pré-adolescentes usuários do Programa de Saúde na Escola do município de Herval d' Oeste são bem complexos e sugerem preocupações do ponto de vista da manutenção da saúde, pois apresenta índices de obesidade como também índices de baixo peso, tanto para as crianças como os pré-adolescentes de ambos os sexos.

Torna-se muito importante a participação da família e da escola na prevenção da obesidade e no aumento do baixo peso, com ações relacionadas à introdução de alimentos saudáveis com horários pré-estabelecidos, incentivando a prática constante de exercícios físicos. Desta forma, acredita-se que não só a obesidade é prevenida, possibilitando evitar doenças e complicações advindas de hábitos alimentares inadequados como também solucionar o baixo peso daqueles que necessitam atingir um peso saudável.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, Vera Lúcia Perino. **Prevenção da obesidade na infância e na adolescência: exercício, nutrição e psicologia**. 2. ed. São Paulo: Manole, 2009. p. 184.

COUTINHO, Walmir et al. **Transtornos alimentares e obesidade**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

CRUZ, Edi Carlos da; SANTOS, Sueide Pereira dos; ALBERTO, Valdecir. **A contribuição da educação física escolar na prevenção terapêutica da obesidade**. Monografia (Graduação em Educação Física) - Universidade Federal de Rondônia, Rondônia, 2007.

DÂMASO, Ana Raimundo et al. Etiologia da Obesidade. In: DÂMASO, Ana Raimundo (Coord.). **Obesidade**. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 3-34.

FERRIANI, Maria das Graças et al. Auto imagem corporal de adolescentes atendidos em um programa multidisciplinar da assistência ao adolescente obeso. **Revista brasileira saúde materna infantil**, Recife, PE, v. 5, n. 1, p. 27-33, jan./mar. 2005.

FISBERG, Mauro. Atualização em obesidade na infância e na adolescência. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 245.

FROTA, Mirna Albuquerque; BARROSO, Maria Grasiela Teixeira. Repercussão da desnutrição infantil na família. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, 2005, v. 13, n. 6, p. 996-1000, dez. 2005.

GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti. **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012, p. 2.222.

HELLER, Denise Cerqueira Leite. **Obesidade infantil: manual de prevenção e tratamento**. Santo André, SP: Esetec, 2004. p. 65.

LIMA, Severina Carla Vieira Cunha; ARRAIS, Ricardo Fernando; PEDROSA, Lúcia de Fátima Campos. Avaliação da dieta habitual de crianças e adolescentes com sobrepeso e obesidade. **Revista de Nutrição**, São Paulo, v.17, n. 4, p. 469-477, out/dez. 2004.

MELLO, Eliza. D. de; LUFT, Vivian C.; MEYER, Flavia. Obesidade infantil: como podemos ser eficazes? **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 3, p. 173-182, maio/jun. 2004.

MONTE, Cristina M. G. Desnutrição: um desafio secular à nutrição infantil. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 76, n. 3 supl., p. 285-297, 2000.

OLIVEIRA, Cecília L. de; FISBERG, Mauro. Obesidade na infância e adolescência - uma verdadeira epidemia. **Arq Bras Endocrinologia e Metabolismo**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 107-108, abri. 2003.

OLIVEIRA, Cecília Lacroix de et al. Obesidade e síndrome metabólica na infância e adolescência. **Revista de Nutrição**, Campinas, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 237-245, abr./2004.

ORGANIZAÇÃO Mundial da Saúde (OMS). **IMC por idade (5 a 19 anos)**. 2007. Disponível em: <http://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/index.html>. Acesso em: 15 mar. 2015.

POWERS, S. K; HOWLEY, E. T. **Fisiologia do exercício**: teoria e aplicação ao condicionamento e ao desempenho. 5. ed. Barueri: Manole, 2005.

PORTAL DA SAÚDE - SUS. **Curvas de Crescimento da Organização Mundial da Saúde – OMS**. Departamento de Atenção Básica - 2012. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_vigilancia_alimentar.php?conteudo=curvas_de_crescimento>. Acesso em: 15 mar. 2015.

RICCARDI, Daniela Mendes dos Reis; VASQUES, Luiz Augusto Pereira; PENONI, Álvaro César de Oliveira; AMORIM, Danielle Bernardes. Nível socioeconômico e hábitos de vida familiares na incidência de obesidade infantil em escola pública e particular da cidade de Pouso Alegre/MG. **Coleção Pesquisa em Educação Física**, v. 8, n. 4, 2009.

SILVA, Yonara Marisa Pinto da; COSTA, Rosely Galvão; RIBEIRO, Ricardo Laino. Obesidade infantil: Uma revisão bibliográfica. **Saúde e Ambiente em Revista**, Duque de Caxias, v. 3, n. 1, p. 01-15, jan./jun., 2008.

SIQUEIRA, Renata Scanferla de; MONTEIRO, Carlos Augusto. Amamentação na infância e obesidade na idade escolar em famílias de alto nível socioeconômico. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 5-12, fev. 2007.

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