

**PREVALÊNCIA DE SOBREPESO E OBESIDADE EM CRIANÇAS DE SEIS A OITO ANOS
DA REDE MUNICIPAL DE ENSINO DE SCHROEDER-SC**

Ana Paula Schreiner¹

RESUMO

Introdução: a obesidade infantil vem se apresentando um problema de proporções cada dia maiores. Trata-se de uma questão preocupante, devido à morbimortalidade a ela relacionada. **Objetivo:** determinar a prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças de seis a oito anos da rede municipal de ensino de Schroeder-SC. **Materiais e métodos:** foram estudadas 483 crianças. Sobrepeso foi definido a partir do índice de massa corporal (IMC) igual ou superior ao percentil 85 e a obesidade foi definida a partir do IMC igual ou superior ao percentil 97 para idade e gênero de acordo com as novas curvas da OMS (2007). **Resultados:** 12,63% das crianças (10,25% do gênero masculino e 15,06% do gênero feminino) estão com sobrepeso e 11,8% (13,52% do gênero masculino e 10,04% do gênero feminino) apresentaram-se obesas. Enquanto a prevalência de sobrepeso é maior no gênero feminino, a prevalência de obesidade é maior no gênero masculino. **Discussão:** os valores encontrados apresentam-se inferiores àqueles observados nas demais pesquisas. **Conclusão:** Apesar dos números encontrados na pesquisa apresentarem-se abaixo daquelas observadas nas demais pesquisas, constitui um valor significativo que deve ser ponderado, pois replica a tendência nacional de obesidade infantil.

Palavras-chave: Prevalência. Criança. Obesidade. Sobrepeso.

ABSTRACT

Overweight and obesity prevalence in children of six eight years from education network of Schroeder-SC

Introduction: infant obesity becomes a problem of major proportions every day. It's a issue of concern, because of the morbidity related to it. **Objective:** establish the overweight and obesity prevalence in children of six eight years from education network of Schroeder-SC. **Materials and methods:** 483 infants were studied. Overweigh was defined as body mass index (BMI) equal or above the 85th percentile and obesity was defined as BMI equal or above the 97th percentile for age and gender, according to the news curves of WHO (2007). **Results:** 12.63% of children (10.25% male and 15.06% female) are overweight and 11.8% (13.52% male and 10.04% female) are obese. While the prevalence of overweight is higher in females, the prevalence of obesity is higher in males. **Discussion:** the values found are below than those observed in other studies. **Conclusion:** although the numbers found in this research were below those observed in other studies, is a significant value that must be reflected as replicate the national trend of childhood obesity.

Key words: Prevalence. Child. Obesity. Overweight.

E-mail:
ana_paula_sch@yahoo.com.br

Endereço para correspondência:
Rua Alberto Santos Dumont, 246. Bloco C –
apto 103
Vila Lalau - Jaraguá do Sul - Santa Catarina
89256-250

1-Programa de Pós-Graduação Lato Sensu da
Universidade Gama Filho em Obesidade e
Emagrecimento

INTRODUÇÃO

De acordo com Mahan e Escott-Stump (2005), a obesidade é definida por um "estado de adiposidade no qual a gordura corporal está acima do ideal."

A Organização Mundial de Saúde (1998) descreve que o peso está aumentando proporcionalmente ao aumento do padrão de vida e destaca que a obesidade apresenta-se como uma epidemia global e uma ameaça crescente para a saúde em países de todo o mundo.

Damiani, Carvalho e Oliveira (2000) salientam que esta verdadeira "explosão" de obesidade nos últimos anos tem sido relacionada à chamada transição nutricional, caracterizada por um aumento exagerado do consumo de alimentos ricos em gordura e com alto valor calórico, associadamente a um excessivo sedentarismo, condicionado por redução na prática de atividade física e incremento de hábitos que não geram gasto calórico, como assistirem televisão, usar vídeo games e computadores, entre outros.

Enfim, por importante mudança no estilo de vida, determinada por fatores culturais, sociais e econômicos.

Neste contexto, podemos observar uma contradição: ao mesmo tempo em que cresce a preocupação com a saúde da população (e nessa circunstância podemos destacar o aumento do número de campanhas voltadas para a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, como a obesidade), ainda corrobora no mercado um arsenal de produtos pré-prontos, com baixo valor nutricional e alto valor calórico, como já citado no parágrafo acima.

E então surge o questionamento: seria mais efetivo propor leis que limitassem valores de quilocalorias, gorduras saturadas, colesterol e açúcares nos produtos industrializados, ou ir mais além e buscar uma conscientização mais profunda da população quanto à mudança no atual estilo de vida?

Um exemplo desta questão é a rede mundial McDonald's, bastante criticada e sempre lembrada pelos lanches pouco saudáveis do ponto de vista nutricional.

Em outubro de 2011, também em virtude de pressões externas, alterou o seu cardápio, reduzindo os valores de quilocalorias, sódio e açúcar dos lanches oferecidos, na tentativa de proporcionar uma

alimentação mais nutritiva, quando comparada aos lanches originais. Porém, apesar das mudanças, os lanches não deixaram de ter sua característica principal, de alimentos de baixo valor nutricional.

De acordo com Abrantes, Lamounier e Colosimo (2002), a prevalência de obesidade também está crescendo intensamente na infância e na adolescência. Por isso, a preocupação sobre prevenção, diagnóstico e tratamento da obesidade tem se voltado para esta fase do ciclo de vida.

Visto que durante uma parcela significativa do dia a criança passa na escola, este ambiente deve ser considerado uma ferramenta útil para a realização de avaliações nutricionais e trabalhos de educação alimentar.

Este ano, o Ministério da Saúde realizou a primeira edição da Semana de Mobilização Saúde na Escola, aplicada em cerca de dois mil municípios brasileiros, cujo tema de trabalho prioritário foi a prevenção da obesidade na infância e na adolescência. Uma das ações principais da iniciativa foi a avaliação nutricional, efetuada através do índice de massa corporal dos estudantes.

A motivação para a criação deste artigo surgiu da minha experiência como nutricionista da Secretaria de Educação do município aqui referido quando, ao realizar visitas às unidades escolares, percebia que havia um número significativo de crianças com sobrepeso ou obesas.

Porém, visto que, enquanto nutricionista na educação, minha percepção sobre esta questão se traduzia em um olhar subjetivo, e talvez até tendencioso, optei por colocar em prática esta suposição, a fim de constatar (ou não), através de uma pesquisa de campo, quantos são estes números na realidade.

Assim, justifico o objetivo do artigo em questão: determinar a prevalência de sobrepeso e obesidade em estudantes de seis a oito anos da rede municipal de ensino de Schroeder-SC.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de delineamento transversal, que foi realizado no município de Schroeder, estado de Santa Catarina, no período de fevereiro a junho de 2012.

Envolveu todas as unidades de ensino da rede pública municipal que apresentaram estudantes na faixa etária de seis a oito anos completos, compreendendo um total de nove unidades escolares. A população do estudo foi composta por todos os estudantes na faixa etária acima citada, matriculados no ano letivo de 2012, cujos pais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A primeira etapa do estudo foi a obtenção da autorização formal do Secretário de Educação do município para a pesquisa. Após consentimento, foi emitido um bilhete aos pais ou responsáveis pelas crianças, explicando, de modo breve e simples, no que constituía a pesquisa. Anexado a este bilhete, constava o TCLE.

Após assinatura dos termos, iniciou-se a coleta de dados antropométricos de peso e estatura nas unidades escolares. As medições foram realizadas uma única vez, pela própria pesquisadora, durante o mês de março de 2012.

As crianças foram pesadas em pé, no centro da balança, com os pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo. Foi padronizada a pesagem com roupas leves, sem acessórios, óculos, celulares ou outros objetos. A balança utilizada foi do tipo portátil, com capacidade máxima de 120 kg. A medição da estatura foi realizada com as crianças eretas, descalças, com os pés unidos

e os braços estendidos ao longo do corpo, com a cabeça erguida e livre de adereços (bonés ou prendedores de cabelo), e com os calcanhares, nádegas e ombros em contato com a parede, onde foi fixada a fita métrica para aferição da estatura.

Dados referentes à data de nascimento e gênero das crianças foram obtidos através do cadastro de matrícula das secretarias escolares.

Para a classificação do estado nutricional, como padrão de referência, foram utilizadas as novas curvas de crescimento adotadas pela Organização Mundial de Saúde em 2007.

Assim, as crianças com uma relação de índice de massa corporal por idade (IMC/I) abaixo do percentil 3^o, foram classificadas como baixo IMC para idade; aquelas com IMC/I maior ou igual ao percentil 3^o e menor que o percentil 85^o foi classificado como eutróficas; as crianças com IMC/I igual ou superior ao percentil 85^o e inferior a 97^o foram classificadas como sobrepeso; por último, as crianças com IMC/I igual ou superior ao percentil 97^o foram classificadas como obesas.

O IMC foi calculado dividindo-se o valor do peso corporal pelo valor da estatura ao quadrado, ($IMC = \text{Peso} / \text{Estatura}^2$), sendo o peso dado em quilogramas e a estatura em metros. Abaixo, segue a tabela utilizada para classificação das crianças.

Tabela 1 - Pontos de corte para IMC/I e classificação do estado nutricional, segundo OMS (2007).

VALORES CRÍTICOS		DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
< Percentil 3	< Escore-z -2	Baixo IMC para idade
≥ Percentil 3 e < Percentil 85	> Escore-z -2 e < Escore-z +1	IMC adequado ou Eutrófico
≥ Percentil 85 e < Percentil 97	> Escore-z +1 e < Escore-z +2	Sobrepeso
≥ Percentil 97	≥ Escore-z +2	Obesidade

RESULTADOS E DISCUSSÃO

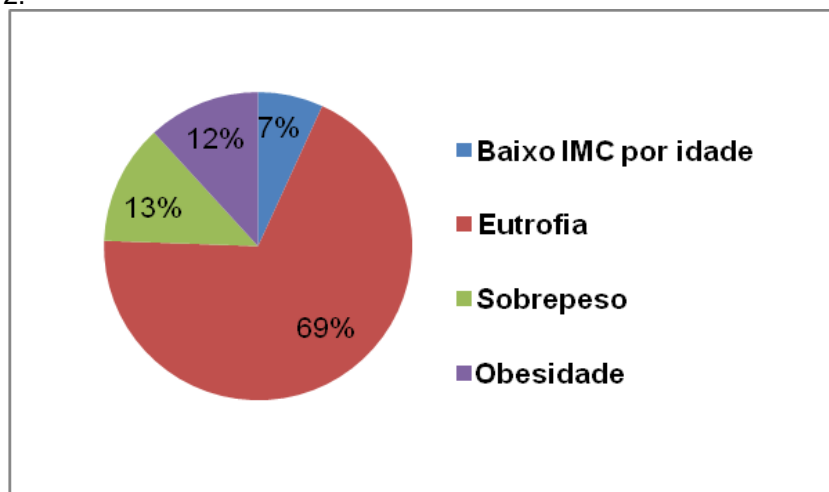
Foi estudado um total de 483 crianças, valor correspondente a 84,6% do total de alunos, na faixa etária de seis a oito anos, que estudam na rede municipal de ensino do município. 88 alunos (15,4% do total) não participaram da pesquisa, valor este referente ao número de alunos cujos pais não autorizaram o TCLE.

Dentre o total de crianças estudadas, 244 (50,52%) eram do gênero masculino e 239 (49,48%) eram do gênero feminino.

Acredita-se que a não autorização dos pais ou responsáveis deveu-se a vários fatores, como: a falta de compreensão em relação ao tipo de pesquisa realizada, o receio em permitir a realização de uma avaliação nutricional do filho por medo da constatação de um resultado antes ignorado, ou mesmo o medo de que o filho venha a ser desaprovado pelos demais colegas de turma, ou seja, vítima de escárnio quando os demais colegas tiverem conhecimento do peso do mesmo.

O estado nutricional das crianças pesquisadas no município é apresentado no gráfico 1.

Gráfico 1 - Estado Nutricional das crianças de seis a oito anos da rede municipal de ensino – Schroeder, 2012.



Analisando-se os dados encontrados neste estudo, verificou-se que 12,63% das crianças (10,25% do gênero masculino e 15,06% do gênero feminino) estão com sobrepeso.

Se compararmos estes valores com os publicados pelo IBGE, na última Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF 2008 - 2009), em que foram estudadas crianças com faixa etária

semelhante (cinco a nove anos), observaremos que os valores de sobrepeso encontrados na presente pesquisa são inferiores aos publicados pela POF a nível nacional (18,2% para o gênero masculino e 20,2% para o gênero feminino).

O estado nutricional das crianças pesquisadas no município, de acordo com o gênero, é apresentado na tabela 2.

Tabela 2 - Estado nutricional de crianças de seis a oito anos da rede municipal de ensino de acordo com o gênero - Schroeder, 2012.

Estado Nutricional	Gênero	
	Masculino (%)	Feminino (%)
Eutrofia	67,21	70,3
Baixo IMC/ Idade	9,02	4,6
Sobrepeso	10,25	15,06
Obesidade	13,52	10,04
Total	100	100

Quando confrontamos a prevalência de sobrepeso encontrado na pesquisa com a POF referente à região Sul do Brasil (19,6% no gênero masculino e 19,3% no gênero feminino), verificou-se que, da mesma forma, os valores na presente pesquisa são significativamente inferiores, tanto no gênero masculino, quanto no feminino.

A presente pesquisa também foi confrontada com outras que apresentaram protocolo semelhante, como a *Okkio Alla Salute* (2008), um projeto do Ministério da Saúde da Itália, cujo objetivo é monitorar o estado nutricional, os hábitos alimentares e a

atividade física de crianças de oito a nove anos das escolas primárias deste país, e o *COSI* (2007/2008), um estudo baseado no *European Childhood Obesity Surveillance Initiative* (Sistema Europeu de Vigilância Nutricional Infantil), um projeto internacional, que teve a iniciativa da OMS, implementado com o objetivo de avaliar e monitorar a prevalência de obesidade em crianças de seis a nove anos do ensino básico de Portugal.

Observamos que a prevalência de sobrepeso encontrada na presente pesquisa também se mostra inferior quando comparada às outras pesquisas acima citadas. Os valores

referentes às prevalências de sobrepeso e obesidade nas diferentes pesquisas são

apresentados na tabela 3.

Tabela 3 - Prevalência de sobrepeso e obesidade em diferentes pesquisas, de acordo com o gênero

Pesquisa	% Sobrepeso		% Obesidade	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
Schroeder SC	10,25	15,06	13,52	10,04
POF Brasil	18,20*	20,20*	16,60	11,80
POF Sul	19,60*	19,30*	16,70	16,20
Okkio Alla Salute Italia	23,40	23,70	13,30	11,30
COSI Portugal	18,40	16,80	15,60	13,50

* Valores inferidos, obtidos através da diminuição dos valores de excesso de peso pelos valores de obesidade

A prevalência de obesidade encontrada no presente estudo ficou abaixo daquela observada na POF, tanto a nível nacional quanto regional.

Em relação aos demais estudos, observou-se a mesma relação, com exceção da pesquisa italiana Okkio Alla Salute, que apresentou um valor de prevalência de obesidade masculina semelhante à presente pesquisa (13,30% e 13,52% respectivamente).

Quando comparamos os valores de sobrepeso entre os gêneros, no presente estudo observamos que a prevalência de sobrepeso se mostra maior no gênero feminino (15,06%) em relação ao gênero masculino (10,25%). Já os valores de prevalência de obesidade demonstram ser maiores no gênero masculino (13,52%) em relação ao feminino (10,04%).

Apesar da presente pesquisa apresentar resultados de prevalência de sobrepeso e obesidade inferiores àqueles observados na maioria dos estudos, observa-se que os números encontrados são significativos, devendo ser ponderados.

E aqui se ressalta a importância da prevenção e do diagnóstico da obesidade ainda na infância. Parafraseando Ministério da Saúde (2006), esta é uma maneira de promover saúde e reduzir a morbimortalidade, não só porque a obesidade é um fator de risco importante para outras doenças crônicas não transmissíveis, mas também porque interfere na duração e na qualidade de vida da criança.

E quando se aborda qualidade de vida, deve-se também destacar as implicações diretas que a obesidade tem na aceitação social deste indivíduo, isto é, o padrão de estética que a sociedade contemporânea descreve como necessário para ser aceito e o

conceito intrínseco de que “ser magro é ser bonito e bem sucedido”.

Considerando que a infância é a base da construção da identidade e dos valores do indivíduo, questiona-se então a profundidade do impacto que a obesidade pode ter na auto-estima e na moral desta criança e do futuro adulto.

Ao realizar a pesquisa, observou-se uma prevalência significativa de crianças classificadas como “baixo IMC para a idade”.

O estudo revelou uma porcentagem superior àquela encontrada na POF a nível nacional, cujos valores encontrados foram de 4,3% no gênero masculino e 3,9% no gênero feminino.

Analisando a tabela 2, verificamos, no presente estudo, uma prevalência de baixo IMC para idade cerca de 2 vezes maior no gênero masculino, em relação aos dados da POF. No gênero feminino, os valores ficaram mais próximos, porém observou-se também um valor de prevalência maior na presente pesquisa.

Quando comparamos os valores da presente pesquisa com aqueles apresentados pela Pesquisa de Orçamentos Familiares para o Sul do Brasil, as diferenças acentuam-se.

Assim, enquanto a POF/ região Sul apresenta valores de prevalência de baixo IMC para idade de 2,5% no gênero masculino e 3,7% no gênero feminino para a região Sul do país, na presente pesquisa verificamos valores de 9,02% no gênero masculino (cerca de 3,5 vezes mais) e 4,6% no gênero feminino (cerca de 1 ponto percentual acima).

Quando comparamos, na presente pesquisa, a prevalência de baixo IMC/ I entre os gêneros, verificamos valores 2 vezes maiores no gênero masculino em relação ao feminino.

Apesar da presente pesquisa não ter como objetivo avaliar a prevalência de baixo IMC para idade considerou-se relevante abordar este índice, visto que os valores encontrados no estudo em questão foram significativamente altos e condizem com o panorama atual da população brasileira.

O Ministério da Saúde (2008) relata que o Brasil vivencia hoje a chamada transição epidemiológica, caracterizada pela presença concomitante de dois perfis de saúde distintos.

Assim, ao mesmo tempo em que se observa um cenário marcado pelo declínio da incidência de doenças infecciosas, associadas à pobreza e ao subdesenvolvimento, também se verifica um cenário marcado pela emergência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), relacionadas à riqueza e à modernidade.

Neste contexto de superposição de perfis de saúde, podemos destacar dois padrões nutricionais antagônicos. De um lado, a desnutrição como elemento simbólico do subdesenvolvimento e, de outro, a obesidade como representante da modernidade e do desenvolvimento.

Porém, esta linha que divide os perfis nutricionais de acordo com o desenvolvimento do país é tênue e por vezes invisível.

Monteiro e colaboradores citado por Monteiro e Conde (1999), comenta que o aumento da prevalência da obesidade no país torna-se ainda mais relevante ao se verificar que este aumento, apesar de estar distribuído em todas as regiões do país e nos diferentes extratos socioeconômicos da população, é proporcionalmente mais elevado entre as famílias de baixa renda.

Atualmente relaciona-se grande parte deste aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade à chamada transição nutricional.

Segundo Ministério da Saúde (2008), a transição nutricional compreende a substituição do padrão alimentar "tradicional", baseado no consumo de grãos e cereais (e aqui destaca-se o típico *arroz com feijão*), por outro baseado no aumento do consumo de alimentos industrializados, ricos em sódio, gordura saturada, colesterol e carboidratos simples e, ao mesmo tempo, pobres em fibras e carboidratos complexos.

A lógica do ganho de peso tem como pilares a redução da atividade física e o aumento do consumo destes alimentos. Estes

dois fatores, em conjunto, levariam a um quadro de balanço energético positivo e consequente aparecimento de sobrepeso e obesidade.

Em se tratando do foco do estudo aqui dirigido - as crianças, podemos destacar alguns fatores específicos que sustentam este conceito, a saber: 1) o aumento da oferta no mercado de alimentos prontos para o consumo, de baixo valor nutricional e alta densidade calórica, que são atrativos a esta faixa etária, seja pelo teor lúdico das suas embalagens ou pela alusão que fazem ao sabor do produto; 2) a mudança do meio de lazer, ou seja, a redução das horas gastas com atividades lúdicas que requerem movimentação corporal e o aumento de horas de lazer gastas com atividades que demandam baixo gasto energético, como assistir televisão, navegar na internet e jogar vídeo-game; 3) a incorporação de hábitos alimentares inadequados, como comer assistindo televisão, não tomar café-da-manhã ou ingerir excessiva quantidade de líquidos durante as refeições.

E uma coisa leva à outra: a ausência de atividade física predispõe à obesidade; esta, por sua vez, corrobora para a inatividade física, e assim por diante. Esta dinâmica pode ser traduzida como um efeito "bola de neve", em que se verifica um comprometimento gradativo do quadro de obesidade.

Ressaltando a idéia de Brandelero e Romanholo (2011), o estado de obesidade na criança dificulta a realização de atividades, seja pela vergonha da exposição de sua aparência corporal, ou pela dificuldade em lidar com o sentimento de exclusão social, fato que vem se mostrando muito comum no cotidiano das crianças no ambiente escolar.

Este receio de não se expor leva a criança obesa a escolher atividades com baixo gasto calórico e que não possibilitam vivências motoras amplas, limitando o desenvolvimento de capacidades motoras que estão latentes nesse período de vida, e que precisam ser estimuladas.

No que se refere à alimentação, o consumo de alimentos de baixo valor nutricional e, mais especificamente, os *fast-foods*, expõe a criança à construção de hábitos alimentares inadequados, que podem se estender para a vida adulta.

Parafraseando Dutra (1998), na infância, mais do que uma questão de

sobrevivência, a nutrição adequada é um fator imprescindível para garantir crescimento e desenvolvimento adequados, bem como para prevenir doenças. Considerando-se que durante parte do dia (ou muitas vezes o dia inteiro) a criança passa na escola, fica clara a influência que o local tem na alimentação adequada da criança, do ponto de vista qualitativo e quantitativo.

Ressaltando a ideia de Stürmer (2004), a partir dos seis anos, precisa se adaptar a uma nova rotina ao entrar para a escola. Observa-se uma maior socialização e independência nesta faixa etária, o que pode interferir (de forma positiva ou negativa) na aceitação e na escolha dos alimentos.

Visto que a criança tende a seguir os hábitos familiares, repetindo, na escola, as práticas que aprendeu e incorporou em casa, a educação alimentar é de grande importância já na fase pré-escolar para a construção de hábitos alimentares saudáveis também no ambiente escolar.

A escola, juntamente com o ambiente familiar, é um local oportuno para a prática de educação alimentar, pois facilita a aprendizagem do que é saudável.

E, neste caso, compreende-se esta aprendizagem não só como a transmissão de um conhecimento verbal acerca da questão, mas também como o amadurecimento de uma consciência saudável e o fortalecimento da própria vivência. Logo, seja na elaboração de cardápios escolares nutricionalmente equilibrados, no incentivo ao consumo da alimentação escolar, no planejamento de aulas, ou mesmo em atividades extracurriculares, fazer educação alimentar deve ser parte integrante do cronograma escolar.

E, neste contexto, cabe questionarmos o que é então comer saudável.

Stürmer (2004) tem o conceito de que alimentar-se de modo saudável é ofertar um cardápio balanceado, que atenda às necessidades nutricionais que cada faixa etária exige, com ingredientes naturais e frescos e, de preferência, sem aditivos químicos.

Complementando a fala da autora, podemos também colocar a importância de se desmistificar o estereótipo de que a comida, para ser saudável, deve ser *ruim*. Lembrando que o paladar da criança origina-se do hábito alimentar e que este por sua vez, deriva do

consumo repetido de um mesmo alimento, é necessária aprender a preparar de forma saborosa e saudável os alimentos, de forma a evitar, desde a infância, a criação de um hábito errôneo, pautado em uma alimentação com excesso de sal, açúcar e gordura.

A questão não é proibir a ingestão de alimentos considerados *ruins* (e aqui podemos enquadrá-los como alimentos industrializados, doces e frituras), mas sim focar a atenção no que há de mais saudável.

E então passamos a utilizar o princípio da moderação: estimular uma alimentação qualitativa e quantitativamente adequada, baseada em alimentos de alto valor nutricional, porém permitir também o consumo de pequenas porções dos tais *alimentos ruins*, esporadicamente.

Buscar o lúdico na hora da refeição, incluir a criança no cultivo de uma horta doméstica ou permitir que a criança participe do preparo do alimento, são formas de se estimular o aprendizado do que é saudável.

Parafraseando a ideia de Mahan e Escott-Stump (2005), para a criança obesa, não só o processo de mudança nos padrões alimentares e o incentivo à atividade física são importantes para seu tratamento, mas o envolvimento da família também se torna peça-chave para a garantia de resultados positivos e duradouros.

A obesidade é um problema crônico e pode requerer atenção por todo o ciclo de vida.

Apesar dos valores de prevalência de sobrepeso e obesidade infantil encontrados na presente pesquisa apresentarem-se inferiores àqueles observados nas demais pesquisas, foram considerados significativos, devendo assim ser reconhecidos, pois o excesso de peso já na infância pode transcender à fase adulta, bem como aumentar o risco de desenvolvimento de outras doenças a ele relacionadas.

Desta forma, verifica-se a necessidade de desenvolvimento de medidas voltadas à realidade da população, que visem promover e, principalmente, prevenir a obesidade. O primeiro passo é a sensibilização da família desde a fase pré-escolar dos filhos.

Considerando que as experiências anteriores da criança com a alimentação comumente exercem influência sobre as suas escolhas, a educação alimentar já na fase pré-escolar é de grande importância para a

incorporação de hábitos alimentares saudáveis que se estenderão para a fase adulta e que serão valiosos na prevenção e tratamento da obesidade infantil.

A escola, por sua vez, ao apresentar-se como um ambiente educacional, é um ótimo local para ainda reforçar, inserir ou ampliar a realização de educação alimentar.

Como sugestões de medidas de prevenção à obesidade infantil para o município de Schroeder, podemos citar:

1) a realização de trabalhos de educação nutricional nas escolas, com a inclusão dos pais ou responsáveis em algumas atividades;

2) o incentivo ao cultivo de hortas domésticas;

3) a introdução de aulas na grade escolar voltadas ao tema educação alimentar;

4) incentivo à realização de esportes e atividades recreativas que requerem maior movimentação corporal;

5) palestras e atividades lúdicas trabalhadas juntamente com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) do município.

A alimentação está muito intrínseca aos hábitos e à cultura de um povo, além de sofrer constante influência das tendências do mercado. As crianças, por apresentarem-se na fase de construção da base da sua identidade, mostram-se mais propensas a se espelhar no modelo de alimentação dos pais e a absorver informações veiculadas pela mídia. Desta forma, enquanto não vigoram leis mais específicas e mais severas sobre a questão, trabalhar a educação alimentar com as crianças passa a ser essencial para que os números de obesidade comecem a diminuir. Até porque trabalhar a conscientização da criança pode se tornar um mecanismo muito mais eficaz no combate à obesidade.

CONCLUSÃO

Observou-se que, das crianças pesquisadas na rede municipal de ensino de Schroeder, 12,63% (10,25% do gênero masculino e 15,06% do gênero feminino) estão com sobrepeso e 11,8% (13,52% do gênero masculino e 10,04% do gênero feminino) apresentaram-se obesas.

Enquanto a prevalência de sobrepeso é maior no gênero feminino, a prevalência de obesidade é maior no gênero masculino.

Os resultados encontrados na presente pesquisa refletem a situação nutricional do país – a tendência de crescimento dos números de sobrepeso e obesidade concomitante à queda dos números de desnutrição.

REFERÊNCIAS

1-Abrantes, M. M.; Lamounier, J. A.; Colosimo, E. A. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes das regiões Sudeste e Nordeste. *Jornal de Pediatria*. Vol. 78. Num. 4. 2002. p. 336.

2-Brandalero, M.; Romanholo, R.A. Avaliação do rendimento escolar em alunos obesos no município de Cacoal-RO. *Revista Eletrônica da Facimed*. Vol. 3. Num. 3. 2011. p. 336.

3-Brasil. Ministério da Saúde. Obesidade. *Cadernos de Atenção Básica*. Série A. Num. 12. 1ª edição. Brasília. 2006. p. 18.

4-Brasil. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília. 2008. p. 130.

5-Damiani, D.; Carvalho, D. P.; Oliveira, R. G. Obesidade na infância: um grande desafio! *Pediatria Moderna*. Vol. 8. Num. 32. 2000. p. 4-5.

6-Dutra-de-Oliveira, J. E.; Marchini, J. S. *Ciências nutricionais*. São Paulo. Sarvier. 1998. p. 217.

7-Gabinete de Informação e Prospectiva. Obesidade e Diabetes em Portugal. *Boletim Informativo PNS em Foco*. Num. 6. 2010. p.1.

8-IBGE. Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro, 2010. p. 47-50.

9-Mahan, L. K.; Escott-Stump, S. *Alimentos, nutrição e dietoterapia*. 11ª edição. São Paulo. Roca. 2005. p. 535.

10-Monteiro, C. A.; Conde, W. L. A tendência secular da obesidade segundo estratos sociais: Nordeste e Sudeste, 1975-1989-1997. *Arquivos brasileiros de endocrinologia e metabologia*. Vol. 43. Num. 3. 1999. p. 187.

Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento
ISSN 1981-9919 versão eletrônica

Periódico do Instituto Brasileiro de Pesquisa e Ensino em Fisiologia do Exercício

w w w . i b p e f e x . c o m . b r - w w w . r b o n e . c o m . b r

11-Stürmer, J. S. Reeducação alimentar na família: da gestação à adolescência. Petrópolis. Vozes. 2004. p. 22 e 88.

12-World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation on Obesity. Geneva. 1998. p. 1 e 16.

Recebido para publicação em 16/07/2012

Aceito em 07/09/2012