



FAEMA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

SHEILA CRISTINA MARRANE SANTOS

**BULLYING E A OBESIDADE INFANTIL:
EPIDEMIAS (IN)VISÍVEIS?**

ARIQUEMES - RO
2011

Sheila Cristina Marrane Santos

**BULLYING E A OBESIDADE INFANTIL:
EPIDEMIAS (IN)VISÍVEIS?**

Monografia apresentada ao curso de
Graduação em Enfermagem da
Faculdade de Educação e Meio Ambiente
- FAEMA como requisito parcial à
obtenção do grau de bacharelado em:
Enfermagem

Prof^a. Orientadora: Ms. Damiana Guedes
da Silva

Ariquemes - RO
2011

Sheila Cristina Marrane Santos

**BULLYING E A OBESIDADE INFANTIL:
EPIDEMIAS (IN)VISÍVEIS?**

Monografia apresentada ao curso de graduação em Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a. Orientadora Ms. Damiana Guedes da Silva
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Prof^a. Dr. Rosani Aparecida Alves R. Souza
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Prof^a. Ms. Cristina Adriana Rodrigues Kern
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Ariquemes, 07 de novembro de 2011

*Dedico todo meu trabalho esforço,
ao autor e consumidor da minha vida e
da minha fé "DEUS" o único digno de toda
honra, glória e louvor. E a pessoa a quem
ELE confiou a me dar a vida, meu maior
exemplo de superação, tua força e o teu
amor me guiam e me deram asas para
aprender a voar, MÃE TE AMO!!!*

(Leliana Marrane)

AGRADECIMENTOS

“não temas, por que eu sou contigo; não te assombres, por que eu sou o teu Deus; eu te ajudo, e te sustento com minha destra fiel” (Is. 41:10).

Agradeço a DEUS, pelo dom da vida e pela oportunidade que me deste todas as manhãs, de me levantar sem nenhuma debilidade física, ver o sol brilhar e tentar ser uma pessoa melhor.

“mesmo se um dia meus pensamentos não fizeram o que mais gosta, meu coração vai continuar fazendo o que mais amo. Amar você” (Mindinho).

PAI (Gilmar Teles) te amo com toda intensidade e força do meu coração, os heróis são aqueles que fizeram a coisa certa nos momentos em que deveria ser feito, apesar de tudo, meu herói é você e sempre será você.

“amo como ama o amor. Não conheço nenhuma outra razão para amar senão amar. Que queres que te diga, além de que te amo, se o que quero dizer-te é que te amo” (Fernando Pessoa).

AMOR (Eliseu Castro), obrigada por estar ao meu lado, e se fazer presente e importante em mais uma etapa e conquista da minha vida, obrigada pela compreensão, pela paciência, pelo colo, por suportar meu mau – humor, meu stress, enfim, obrigada por me amar e cuidar de mim.

“às vezes um poço de mistério, às vezes acorda sem humor, às vezes não tem paciência, às vezes um silêncio impenetrável, às vezes ninguém merece, às vezes eu não te mereço, mas, sempre amiga, sempre sincera, sempre generosa, sempre, sempre, sempre. Acho que não acho mais adjetivos pra ti” (Maria C. Quintas).

Jennifer Marrane a melhor, melhor irmã do mundo, te amo, imagino que para você seja um privilégio enorme ter-me como sua melhor, melhor irmã.

“a verdadeira felicidade está na própria casa, entre as alegrias da família” (Léon Tolstói).

Agradeço a toda minha família linda, maravilhosa, presente de Deus em minha vida, a minha espetacular Vó Zulmira, mulher de Deus e um grande exemplo para mim, a minha tina Cláudia, uma pessoa especial que eu aprendo a amar todos os dias (obs. é a minha tia mais hilária, ela é demais),

“pode ser que um dia nos afastemos... Mas, se formos amigas de verdade. A amizade nos reaproximará” (Albert Einstein)

Dedico esta frase as pessoas que mais estiveram comigo, praticamente todos os dias, aff, me suportaram, agüentaram meus chiquetes e me ensinaram a ser uma pessoa melhor. Seja à distância ou o tempo o quarteto fantástico jamais se acabará (Cristiane Araújo, Wyviane Ramalho, Rose Frances e Eu), eu amo muito vocês e com as qualidades e virtudes de cada uma eu aprendi o valor e significado da palavra amizade. Amo vocês!

“se um dia enxerguei mais longe, foi por que me apoiei no ombro de gigantes” (Johannes Kepler).

Agradeço aos mestres com carinho, pela dedicação, empenho e paciência na arte de ensinar em especial a minha orientadora maravilhosa Ms. Damiana Guedes, a melhor orientadora que poderia ter escolhido, e a Dr^a. Rosani, o melhor referencial de ser humano, de coração e ética profissional. Enfim, agradeço a todos que direta ou indiretamente contribuíram por mais essa conquista em minha vida. Agradeço aos colegas de classe de forma geral pelos quatro anos passados juntos.

*“As crianças têm mais necessidade de
modelos do que de críticas”*

(Joseph Joubert)

RESUMO

O bullying vem se destacando como uma das grandes preocupações da sociedade moderna, sendo caracterizado como um conjunto de comportamentos agressivos, físicos e psicológicos as vítimas são crianças/adolescentes que se destacam dentre os demais por possuírem um estereótipo diferenciado no caso da obesidade infantil não é diferente, ser obeso em sua grande maioria é sinônimo de chacotas e apelidos. Trata-se de uma pesquisa de revisão de literatura descritiva, exploratória e quantitativa no período de fevereiro a novembro com o objetivo de realizar uma revisão de literatura sobre: a prática do bullying na obesidade infantil. A coleta e análise das referências ocorreu entre os anos de 1995 a 2011, com publicações nas bases de dados Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), US National Library of Medicine; National Institutes of Health (PUBMED), Google Acadêmico em Acervo Pessoal e em livros da Biblioteca Julio Bordignon da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA. No percurso metodológico foram encontradas 268 referências sendo utilizados 60 dentre as quais se dividem nas seguintes categorias: 38 (63,33%) em periódicos nacionais, cinco (8,33%) em inglês, oito (13,33%) livros, um (1,66%) espanhol e oito (13,33%) manuais. Quer com os melhores terapeutas possíveis ou melhores tratamentos o bullying ainda assim poderá deixar seqüelas destrutivas na vida de uma criança obesa seus sinais poderão ser aliviados, porém, nunca esquecidos.

Palavras-Chave: Obesidade, Bullying, Enfermagem, Evidências, Escola.

ABSTRACT

The bullying has emerged as a major concern of modern society, characterized as a set of aggressive, physical and psychological victims are children / adolescents who stand out among the rest by having a different stereotype in the case of childhood obesity is not different, being obese is mostly synonymous with teasing and nicknames. This is a descriptive literature review search, exploratory and quantitative in the period from february to november with the aim of make a literature review about: The bullying practice in the infant obesity. The collect and analysis occurred from 1995 to 2011, with publications in databases Virtual Health Library (BVS), Scientific Eletronic Library (SCIELO), U.S. National Library of Medicine, National Institute of Health (PUBMED), Google Scholar, in personal heap and in books of the Julio Bordignon Library of the Faculty of Education and the Environment – FAEMA. In the methodological course there were found 268 references, being used 60 among which they are divided in the next categories: 38 (63,33%) in national journals, five (8,33%) in english, eight (13,33%) books, one (1,66%) Spanish and eight (13,33%) manuals. Want the best possible therapists or bullying best treatments may still destructive sequel in the life of an obese child can be alleviated his signs, but never forgotten.

Keywords: Obesity, Bullying, Nursing, Evidence, School.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Cartão da Criança	27
Figura 2 – Pirâmide Alimentar para Pré-Escolares, segundo o Ministério Saúde	32
Figura 3 – Esquema de Tratamento para a Obesidade Infantil	34
Figura 4 – Triângulo para o Tratamento da Obesidade Infantil	35
Figura 5 – Sinais Típicos para Identificação de que a Criança esta sofrendo de Bullying	39
Figura 6 – Soluções Propostas para Minimizar os Sinais Típicos de Bullying.....	39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização do detalhamento metodológico. Ariquemes, 2011.	16
Tabela 2 – Classificação do IMC e Risco de Doença, segundo a OMS.....	26
Tabela 3 – Principais Complicações na Obesidade Infantil, segundo os Sistemas...	29
Tabela 4 – Número diário de porções para cada grupo etário, segundo a Pirâmide Alimentar do Ministério da Saúde.....	33

LISTA DE SIGLAS

ABESO	Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade
ABRAPIA	Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
DeCS	Descritores em Ciência da Saúde
ECA	Estatuto da Criança e Adolescente
HDL	Lipoproteína de alta densidade
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
LDL	Lipoproteína de baixa densidade
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PUBMED	US National Library of Medicine; National Institutes of Health
SCIELO	Scientific Eletronic Library Online
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	14
2.1 OBJETIVOS GERAL	14
2.2 OBJETIVO ESPECÍFICOS	14
3 METODOLOGIA	15
4 REVISÃO DE LITERATURA	17
4.1 BULLYING DEFINIÇÃO E TRAJETÓRIA HISTÓRICA	17
4.1.1 BULLYING E A OBESIDADE INFANTIL	19
4.2 OBESIDADE INFANTIL	21
4.2.1 Fisiopatologia, Genética e Principais Complicações	24
4.2.1.1 Genética	27
4.2.1.2 Complicações	28
4.3 TRATAMENTO	31
4.4 AÇÕES EDUCATIVAS NA PRÁTICA DO BULLYING NA OBESIDADE INFANTIL	37
CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
REFERÊNCIAS	42

INTRODUÇÃO

O fenômeno bullying, vem se destacando como uma das grandes preocupações da sociedade moderna. (MARTINS, 2005). Sem definição específica no Brasil, o termo referido permanece a ser empregado conforme ao idioma inglês, caracterizado por atos explícitos de agressividades verbais acompanhados ou não de gestos rudes. (BRASIL, 2007).

Na grande maioria dos casos, as vítimas de bullying são crianças ou adolescentes que se destacam em meio à maioria por possuírem um estereótipo diferente dos demais. (VEJA, 2011).

A contemporaneidade origina a idéia de uma empregabilidade padrão de molde corporal. (CARVALHO; MARTINS, 2004). Ser obeso em boa parte dos casos é sinônimo de chacotas e apelidos. (WILHELM; LIMA; SCHIRMER, 2007). Acarretando a criança que sofre deste mal a sentir-se menos satisfeita com a sua aparência. (SIMÕES; MENESES, 2007).

As crianças que sofrem de obesidade estão mais susceptíveis ao armazenamento da raiva e da angústia associados ao fato de não serem aceitos por seu grupo. (FERNANDES e VARGAS, 2007). Dessa forma acumulando para si, vários fatores autodestrutivos, de modo a refletirem em seu estado psicológico. (FERNANDES; VARGAS, 2007). Além disso, sem o apoio familiar para reinserção desta criança ao meio social ela encontrará na alimentação desenfreada a compensação e fuga para o fortalecimento da sua auto-estima. (FERNANDES; VARGAS, 2007).

A infância e subsequente a adolescência são momentos de suma importância no processo de formação do ser humano, períodos esses que culminam a formação de valores éticos e sociais. (BRASIL, 2007). O apoio familiar na construção desses valores é essencial. (MISHIMA; BARBIERI, 2009). No entanto, a existência de crianças que assumem uma postura anti-social, como condutas de agressividade, individualidade e prepotência é crescente nas escolas brasileiras. (BRASIL, 2007).

A prática do bullying presente nas escolas refere-se a uma temática complexa e intimidação diária à integridade física e psíquica da criança. (MALTA et al., 2010). Sendo a escolar, destinada ao seu desenvolvimento social e cognitivo.

(BANDEIRA; HUTZ, 2010). Mas em contrapartida destinado também a ações interventoras a práticas anti-sociais. (LOPES-NETO, 2005).

O anseio pela busca de estratégias que reconstruam uma atmosfera mais protegida para a criança é visto por um ângulo multidisciplinar. (BRASIL, 2007). Onde profissionais atuantes em instituições de saúde, juntamente com professores, alunos e família, devem estar interligados para a adoção de medidas preventivas contra a prática do bullying. (LOPES-NETO, 2005).

Todas as ações desenvolvidas em relação à saúde da criança priorizam a sua recuperação e a cura de sua doença, muitas vezes, não levando em consideração suas potencialidades e sentimentos, observando a criança como um ser bio-psico-sócio-ambiental. A criança que sofre de bullying torna-se mais retraída pelo fato, de não saber em quem apoiar-se ou procurar ajuda. Baseado neste contexto justifica-se a elaboração desta monografia em virtude da contemporaneidade da temática, sendo o bullying um problema social que acomete as crianças obesas.

A enfermagem assume particular importância pelo fato de dentro das capacidades e habilidades desenvolver mecanismos que identifique qual é o transtorno sofrido por dada criança, claro, sem compelir outras profissões, mas na tentativa de buscar parcerias para implantação de soluções. O bullying não deve ser visto como um atributo natural. (BRASIL, 2007).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Realizar uma revisão de literatura sobre a prática do bullying na obesidade infantil.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o bullying quanto sua definição e trajetória histórica;
- Caracterizar a obesidade infantil quanto às variáveis: fisiopatologia, genética e complicações;
- Apresentar os tipos de tratamento para a obesidade infantil;
- Apresentar possíveis ações educativas sobre a prática do bullying na obesidade infantil.

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, de caráter descritivo, exploratório e quantitativo.

A revisão sistemática da literatura consiste em uma revisão planejada, que responde a uma pergunta específica e utiliza métodos explícitos e sistemáticos para identificar, selecionar e avaliar criticamente os estudos diminuindo, portanto, o viés na seleção destes, permitindo sintetizar estudos sobre problemas relevantes de forma objetiva e reproduzível, por meio de método científico. (GALVÃO; SAWADA; TREVIZAN, 2004).

Contribuindo para o apontamento de lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos. (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Neste estudo utilizou-se a análise descritiva fundamentada em autores e a questão norteadora elaborada para a seleção dos artigos do estudo foi: a prática do bullying na obesidade infantil.

O levantamento das publicações foi realizado entre os meses de fevereiro a novembro de 2011, deu-se por consultas às bases de dados indexadas, a saber: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), EUA Livraria; Instituto Nacional de Saúde; US National Library of Medicine; National Institutes of Health (PUBMED) e Google Acadêmico. Os descritores utilizados foram obesidade, bullying, enfermagem, evidências, escolas.

Foram utilizados também livros da Biblioteca Júlio Bordignon da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, Acervo Pessoal e Manuais do Ministério da Saúde: Departamento de Atenção Básica Política Nacional de Alimentação e Nutrição e Sociedade Brasileira de Pediatria.

O delineamento dos referenciais compreendeu dentre os anos de 1995 a 2011, onde foram incluídos os estudos disponíveis na íntegra que evidenciavam o bullying e a obesidade infantil, publicadas na língua portuguesa, inglesa, espanhola, em periódicos nacionais e internacionais. Após a leitura dos artigos, foram excluídos os que não guardavam relação com a temática estudada e/ou que não atendiam aos critérios de inclusão anteriormente descritos.

Para a coleta de dados, elaborou-se um instrumento (TABELA 1) para garantir a transcrição dos seguintes itens: base de dados pesquisada ou biblioteca, DeCS, quantidade de artigos utilizados, ano de publicação dos artigos, idioma, percentual, com o objetivo de garantir o desenvolvimento da revisão com rigor metodológico.

A Tabela 01 mostra o detalhamento metodológico da coleta de dados, onde foram encontradas 268 referências e sendo utilizadas 60 dentre as quais se dividem nas seguintes categorias: 38 (63,33%) em periódicos nacionais, cinco (8,33%) em inglês, oito (13,33%) livros, um (1,66%) espanhol e oito (13,33%) manuais.

TABELA 1 – CARACTERIZAÇÃO DO DETALHAMENTO METODOLÓGICO. ARIQUEMES, 2011.

BASE DE DADOS PESQUISADA OU BIBLIOTECA	DECS	QUANT. DE ARTIGOS ENCONTRADOS	QUANT. DE ARTIGOS UTILIZADOS	ANO DE PUBLICAÇÃO DOS ARTIGOS UTILIZADOS	IDIOMA	% (PERCENTUAL)
BVS	Bullying	28	04	2005 / 2011	PT	6,66%
	Obesidade	70	03	2007 / 2011	PT	5%
	Enfermagem Evidências	89	02	2004 / 2008	PT	3,33%
SCIELO	Obesidade	71	16	2004 / 2011	PT	26,66%
	Bullying	63	6	2005 / 2011	PT	10%
	Bullying Escola	16	01	2010	PT	1,66%
PUBMED	Bullying	20	04	1995 / 2009	IG	6,66%
GOOGLE ACADÊMICO	Bullying	—	07	2000	IG / PT	11,66%
ACERVO PESSOAL	—	—	02	1998 / 2011	ES / PT	3,33%
BIBLIOTECA JÚLIO BORDIGNOM FAEMA	—	—	07	2002 / 2005	PT	11,66%
MANUAIS MINISTÉRIO DA SAÚDE	—	—	08	1999 / 2010	PT	13,33%
TOTAL	—	268	60	—	—	100%

LEGENDA: PT: Português, IG: Inglês, ES: Espanhol

Fonte: Instrumento adaptado de GUEDES-SILVA, 2011

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 BULLYING DEFINIÇÃO E TRAJETÓRIA HISTÓRICA

As evidências da violência entre as crianças e jovens podem acontecer de formas distintas, o fenômeno bullying, por vários pesquisadores é conhecido e denominado por *violência moral*. (grifo do autor). No dialeto inglês o termo bullying vem de **bully** = valentão, brigão. (grifo meu). Na França, *harcelement quotidien*, na Itália de *prepotenza* ou mesmo *bullismo*, no Japão de *ijime*, na Alemanha de *agressionem unter schulern*, e em Portugal de *maus-tratos entre os pares*. (grifo do autor). Já no Brasil, ainda não há uma tradução apropriada para o termo, permanecendo assim a mesma terminologia empregada no idioma inglês. (NOGUEIRA, 2005). Referido como, condições de opressão, humilhação e maus-tratos. (MONTEIRO online, 2011).

Estudos sobre a trajetória histórica do bullying evidenciam-no a partir da década de 70 através de uma investigação sistemática, realizada pelo Professor Dan Olweus na Noruega, com aproximadamente 84.000 estudantes de escolas primárias e secundárias compreendendo vários períodos escolares. O procedimento aderido por Olweus foi a utilização de um questionário com abrangência de 25 questões com respostas de múltiplas escolhas, podendo assim verificar quais eram os tipos de violência mais comum entre os escolares a sua freqüência, local e quais eram os tipos de agressores. Este método serviu para avaliar as situações das vítimas e agressões segundo o ponto de vista da criança. (OLWEUS, 1994; DEHAAN, 1997; CHAPELL et al., 2004 *apud* MATOS e GONÇALVES, 2009; ABRÁPIA online, 2011).

O questionário adotado por Olweus foi adaptado e utilizado em diversos estudos em anos subseqüentes a sua avaliação. Vários países aderiram à utilização do questionário de forma adaptativa, inclusive o Brasil, pela Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência (ABRÁPIA), possibilitando assim, comparações interculturais. Os indícios dos primeiros resultados sobre a prática do bullying entre os escolares pelo professor Dan Olweus permitiu-o a chegar à seguinte conclusão: que um em cada sete estudantes era vítima de bullying. Olweus iniciou sua investigação nas escolas sobre o problema dos agressores e

suas vítimas, verificando que não havia nenhum tipo de interesse das instituições sobre este assunto. A partir da década de 80, quando três rapazes com idades entre 10 e 14 anos cometeram suicídio, tendo indícios de que os mesmos sofreram com bullying, começou-se então o despertar e atenção de forma mundial para este problema. (OLWEUS, 1994; DEHAAN, 1997; CHAPELL et al., 2004 *apud* MATOS e GONÇALVES, 2009; ABRAPIA online, 2011).

Em 1993, Olweus publicou o livro intitulado “BULLYING at School”, contendo como conteúdo, discussões sobre a problemática do bullying, publicação dos resultados de seus estudos, propostas de intervenções para a temática e uma relação de possíveis sintomatologias de identificação tanto de agressores quanto das vítimas do bullying. A partir de então, com o apoio do governo norueguês deu-se origem a uma Campanha Nacional Anti-Bullying, alcançando aproximadamente 50% de redução do caso nas escolas. Havendo assim, repercussão mundial, onde, Reino Unido, Canadá e Portugal iniciaram suas próprias campanhas. (ABRAPIA online, 2011).

Qualquer tipo de agressão ou violência é estimado como um problema de saúde pública, atualmente, conforme seu contexto histórico um dos temas que vem se destacando e despertando o interesse de profissionais tanto da área da saúde quanto da educação, e afinando olhares em todo o mundo é para termo designado, *bullying escolar*. (FANTE online, 2011, grifo do autor). Esse tema vem se revelando como uma das grandes preocupações das sociedades industrializadas. (MARTINS, 2005).

Segundo Olweus (1998), o bullying escolar refere-se aos maus-tratos e intimidações entre escolares. É caracterizado como uma forma de violência não-física. Embora, suas conseqüências sejam devassadoras e destrutivas, são agressões em formas de insultos, apelidos cruéis e degradantes, gozações que magoam profundamente, levando o indivíduo a um estado de exclusão, sofrimento psíquico, diminuição da auto-estima, isolamento e prejuízos em seus processos de aprendizado. (MOURA; CRUZ; QUEVEDO, 2011).

De acordo com Nogueira (2005), as vítimas de bullying, normalmente são alunos frágeis, que se sentem desiguais aos demais, dificilmente pedem ajuda, demonstrando, desinteresse, medo, falta de vontade em ir à escola, apresentam alterações no rendimento escolar, distração e notas baixas. Possuindo

características de serem mais fracas, tímidas, introvertidas, sensíveis, quietas, com pouca auto-estima e possuem poucos amigos. (MATOS; GONÇALVES, 2011).

Podendo ser caracterizados vítimas de bullying as pessoas que sofrem de forma repetitiva e consecutiva, qualquer tipo de abuso verbal seguido ou não de expressões e gestos rudes. (MOURA; CRUZ; QUEVEDO, 2011).

Segundo Martins (2005) existem diferenciações dos tipos de bullying sofrido e praticado, compreendidos em três aspectos: **diretos e indiretos** no qual inclui estragar objetos dos colegas, agressões físicas, obrigarem a realização de tarefas servis e ameaças: **diretos e verbais** incluem, apelidos, insultos, tirar sarro, fazer comentários preconceituosos ou racistas a respeito da diferença do outro: e os **indiretos** que incluem fofocas, boatos, ameaças de exclusão e manipulação da vida do colega. (grifo meu).

4.1.1 Bullying e a Obesidade Infantil

De acordo com Antunes e Zuin (2008), ninguém tem o direito de rotular alguém pelo seu exterior seja para o bem ou para o mal, ninguém pode decidir como o outro deve ou não agir. A criança obesa sofre discriminações, é estigmatizada. (VIUNISKI, 2005). Possui dificuldade no convívio e interação social, acarretando para si o isolamento. (FERNANDES; VARGAS, 2007; MELO; SERRA; CUNHA, 2010).

Geralmente os seres humanos que possuem um fenótipo diferente sempre foram alvos de zombarias e covardias. Mas em prática atualizada de globalização e cultura, atitudes como a prática do bullying é inaceitável, e as desculpas para não se fazer nada a respeito da temática é repreensível. (VEJA, 2011).

Ser obeso em boa parte dos casos é ser alvo de apelidos e chacotas. (WILHELM; LIMA; SCHIRMER, 2007). A criança que sofre deste mal tende a sentir-se menos satisfeita com a sua aparência. (SIMÕES; MENESES, 2007). De acordo com a realização de estudos com crianças de faixas etárias distintas, foi possível confirmar a negativa ação dos mesmos contra as crianças que sofrem de obesidade infantil associando-os a feiúra e preguiça. (WARDLE; VOLZ; GOLDING, 1995).

Em âmbito familiar, estudos revelam que a influência dos pais quanto à estigmatização e a comunicação negativa a respeito das características físicas da criança obesa as desvirtuam a uma posição de insignificância. (MELO; SERRA; CUNHA, 2010).

As crianças que sofrem de obesidade tendem a guardar a raiva e a angústia de não serem inclusos em seus grupos. (FERNANDES; VARGAS, 2007). Acumulando assim, uma série de fatores negativos que refletirão em seu estado psicológico como: baixa auto-estima, exclusão. (FERNANDES; VARGAS, 2007). Sentimentos de derrota e fracasso, culpa, ansiedade, timidez, vergonha. (MELO; SERRA; CUNHA, 2010).

Dentre as conseqüências citadas a criança acabará encontrando refúgio e compensação nos alimentos, em uma tentativa exorbitante de buscar o fortalecimento para sua auto-estima. (FERNANDES; VARGAS, 2007).

Segundo Lopes-Neto (2005), os indivíduos que sofrem algum tipo de bullying na infância são mais propensos a sofrerem depressão e oscilações na auto-estima quando adultos. Vários são os fatores que contribuem para o desenvolvimento da auto-estima na criança, tendo por maior relevância o meio social em que ela está inserida. (WILHELM; LIMA; SCHIRMER, 2007). Sendo a auto-estima composta por sentimentos de amor a si próprio, e visão de confiança sobre si mesmo. (BASTOS, 2005). Nessa direção a criança que sofre de obesidade tende a sofrer com o preconceito social e discriminação, tomando pra si, a falta de confiança e sentimentos de frustrações acarretados pelas conseqüências e estigma de “ser gordo”. (WILHELM; LIMA; SCHIRMER, 2007).

Segundo um relato na revista VEJA (2011, p. 93) diz que:

A infância do designer G.G., 25 anos, foi marcada pela angústia de chegar à escola e ser vítima de todo tipo de brincadeiras de mau – gosto. Gorducho, ele era chamado de “mamute”. Na sala de aula, entortavam o ferro de sua cadeira para que ela quebrasse quando ele se sentasse, como se seu peso fosse o causador do estrago. Lançavam restos de comida, cadernos e mochilas nele. “Era a classe inteira contra mim. Contava os minutos para chegar em casa e ficar longe daquele lugar “ diz G. revolvendo as memórias. “Não há nada mais solitário que o bullying”. Um dia o designer, que na época não falava aos pais nem à escola sobre o que se passava, decidiu fazer dieta e um intercâmbio na Inglaterra. “Fiz terapia e tive forças para me refazer, mas preferiria não ter de guardar esse tipo de lembranças”.

4.2 OBESIDADE INFANTIL

Durante séculos, a obesidade foi compreendida como sinal de beleza, bem-estar físico, riqueza e poder, entretanto, ela é vista hoje, como um problema de saúde pública, devido seu impacto na expectativa média de vida. (VIUNISKI, 2005). Além disso, é a doença crônica progressiva, que mais cresce no mundo. (MELO; SERRA; CUNHA, 2010).

A procura de um “corpo perfeito” é o que motiva a sociedade contemporânea de hoje, e ter um “corpo imperfeito” é sinal de preguiça, não ter força de vontade e não saber auto controlar-se. Deste modo, a sociedade distende de forma preconceituosa as pessoas que não adotam esses parâmetros de “beleza ideal”. (SIMÕES; MENESES, 2007).

Sob este prisma, oportuno trazer o conceito de criança, segundo o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) (Lei Nº. 8069/90) em seu art. 2º dispõe que: “Considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos [...]”.

Especificamente na infância, tem-se observado um elevado índice no surgimento dos casos de obesidade nessa etapa da vida. (LEMOS et al., 2009). Evento esse, preocupante, pois é nesta etapa que ocorre o desenvolvimento da celularidade adiposa, um fator importante e determinante para os moldes do arranjo anatômico de um indivíduo adulto. (LEMOS et al., 2009).

Segundo Sigaud e Verríssimo (2005, p. 11);

A criança tem sua maneira de pensar, sentir e reagir. É capaz de fazer escolhas, tomar decisões, encontrar soluções para muitos de seus problemas e assumir responsabilidade. Tem direito a conhecer a verdade, a ter privacidade e a ser compreendida. Enfim, a criança deve ser respeitada e tratada como pessoa. Pela especificidade de ser criança, necessita de condições favoráveis ao seu crescimento e desenvolvimento, tais como: a convivência familiar e comunitária, a nutrição, a saúde, a proteção, o respeito, a educação e o brincar. Estas condições devem ser asseguradas pela família e pela sociedade em geral. Caracterizada por estas peculiaridades, a criança é um ser humano completo que possui corpo, mente, sentimentos, espiritualidade e, portanto, um valor próprio.

Segundo Simões e Meneses (2007) as crianças obesas são classificadas como preguiçosas e desleixadas. Acredita-se, que quem possui excesso de peso é porque come demais e não tem força de vontade. (VIUNISKI, 2005). Mas hoje

sabemos que com o processo evolutivo dos tempos, a obesidade não é mais um fator de desinteresse pessoal. Existem mais de 400 genes, isolados e codificados que participam dos processos de regulação corporal, onde alguns agem preferencialmente na ingestão alimentar, outros no gasto energético e há os que atuam nos dois mecanismos de ação. (BRASIL, 2008b).

Cada vez mais, o crescente número de obesos emana de forma mundial, nos Estados Unidos 45% no total geral de sua população apresentam algum grau de obesidade. No Brasil, já temos mais obesos que desnutridos, a obesidade apresenta-se em todas as regiões e estratos sociais. (VIUNISKI, 2005). Seguindo o modelo da prevalência de obesidade, comparado com os demais países. (BRASIL, 2008b).

Um estudo realizado pela Universidade de São Paulo (USP) afirmou que nos últimos 30 anos o número de crianças acima do peso triplicou em nosso país, enquanto nos Estados Unidos, apenas, duplicou. (VIUNISKI, 2005).

Viuniski (2005) discorre que, nas camadas mais empobrecidas da população a obesidade está sendo mais preocupante do que a anemia e outras carências nutricionais. Fato esse, importante, por que ao mesmo tempo em que a pessoa vive com a obesidade, podem correlacionar-se a anemia e a desnutrição também. Conforme a Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade (ABESO) (2011), o número de pessoas acima do peso, supera os famintos do mundo.

Os pobres ficam desnutridos e anêmicos por que não têm o suficiente para se alimentar e ficam obesos por que se alimentam mal, com desequilíbrio energético importante. Podemos afirmar que os pobres não se alimentam com o que querem e nem sabem o que devem ingerir, eles apenas comem o que podem. Agora que a fome e a obesidade estão reunidas numa mesma sociedade, fica evidente como esses problemas são encarados de forma diferente. Dos famintos sentimos pena, nos comovemos com o seu sofrimento. Dos obesos sentimos menosprezo, achamos que comem demais porque são fracos e desleixados. (VIUNISKI, 2005, p. 03).

O crescente número de obesos na população mundial é evidenciado em ascendentes quantidades na área urbana com correlação ao poder aquisitivo familiar. Quanto maior for a renda da família, maior a prevalência da obesidade, mas em contrapartida, existem evidências de que em famílias de baixa renda, nas populações menos favorecidas exista uma crescente referente à obesidade infantil,

fato esse, explicado pela carência de orientações nutricionais adequadas onde eles adquirem o que podem e comem o que tem. (BRASIL, 1999).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), uma em cada três crianças de cinco a nove anos esta acima do peso recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). A demasia de peso e a obesidade são achados em maior constância, a partir dos cinco anos de idade, em todas as regiões e grupos sociais. (BRASIL, 2009).

A obesidade não esta relacionada apenas, as manifestações externas e fisiológicas. (LEMOS et al., 2009). Inúmeras são as conseqüências desta patologia, para a saúde da criança, entre elas, a discriminação o preconceito social, a humilhação, o isolamento, dentre outras diferentes situações, em que as pessoas que lidam com a obesidade estão sujeitas a suportar. (WILHEM; LIMA; SCHIRMER, 2007). A obesidade na infância assume um aspecto delicado, porque a criança obesa corre um risco maior de se tornar um adulto obeso. (ISSLER et al., 2002).

Estudos relativos à obesidade e sobrepeso na infância de caráter epidemiológico afirmam que:

A prevalência de sobrepeso em crianças americanas de 6 a 11 anos é de 13,7%. Em crianças inglesas, o sobrepeso é de 25% entre aquelas de 5 a 11 anos. No Brasil, pesquisas nacionais evidenciaram que 4,8% das crianças menores de 10 anos e 4,6% entre quatro anos têm sobrepeso. Inquéritos nacionais realizados nas décadas de 70, 80 e 90 no Brasil, demonstraram crescimento na prevalência da obesidade de 3,6% para 7,6% no gênero feminino, na população de quatro a cinco anos de idade. (MENDONÇA et al., 2010, p. 192).

Sob esta realidade, segundo MARTINS e CARVALHO (2006), uma das principais causas para o agravamento da obesidade são as modificações no perfil nutricional da população nas últimas décadas. Isso acontece devido às grandes modificações ambientais, o que tende ao menor gasto energético favorecendo uma modelagem de vida sedentária, onde o acesso a alimentos ricos em gordura, calorias e pobre em fibras, aparentemente apresenta-se mais atrativo do que a manutenção de um estilo de vida saudável. (VIUNISKI, 2005; JESUS et al., 2010).

O comportamento alimentar de uma criança repercute em seu processo de crescimento e desenvolvimento físico e psicossocial. Sendo a obesidade e o sobrepeso fatores inquietantes em saúde pública, pela ocorrência, de uma esperança de vida mínima para o adulto futuro. (FERNANDES; VARGAS, 2007).

Assim, a identificação precoce desta patologia se faz importante para o alcance de um tratamento eficaz. (ALVES et al., 2011).

O impacto do excesso de peso para a saúde de um indivíduo, pode ser mensurado por sua qualidade de vida, nas coisas em que o obeso tem que abrir mão, por causa de suas limitações quer seja na realização em atividades diárias ou pelo enfrentamento de marginalizações, preconceitos e isolamento social. (WILHELM; LIMA; SCHIRMER, 2007).

Os avanços tecnológicos, a globalização e a facilidade de se ter tudo pronto, padronizam estilos de vida, criando padrões alimentares errôneos associados cada vez mais à inatividade física e ao menor gasto energético. (BRASIL, 2008a).

O Brasil assim como outros países em processo de desenvolvimento atravessa uma fase de transição epidemiológica, relacionado ao surgimento de problemas que agravam a saúde, com preponderância das doenças crônicas não-transmissíveis, onde, cada vez mais a obesidade atinge proporções epidêmicas. (BRASIL, 2008b).

4.2.1 Fisiopatologia, Genética e Principais Complicações

A obesidade é uma doença crônica progressiva, considerada epidemia mundial. (BRASIL, 2008b). De súbita expansão, seu crescimento aparece de configuração expressiva em meio à população infantil, trazendo consigo várias complicações, para a saúde da criança e conseqüentemente para a vida adulta. Possuindo um manejo ainda mais complexo, pelo fato das mudanças ocorridas com a criança em seu processo de crescimento e desenvolvimento, e até mesmo pela ausência de entendimento por parte da criança referente aos danos futuros ocasionados por essa patologia. (MELLO; LUFT; MEYER, 2004).

Conforme o Ministério da Saúde (1999) a Organização Mundial de Saúde (OMS) define por obesidade:

O excesso de gordura corporal acumulado no corpo humano, ocasionando diferentes conseqüências à saúde. É definida ainda como o excesso de gordura corporal relacionado à massa magra. Constitui uma doença crônica, caracterizada pelo excesso de gordura no corpo, que repercute em prejuízos à saúde global das pessoas. (BRASIL, 1999, p. 03).

De forma simples, a obesidade, pode ser caracterizada, como o acúmulo excessivo de gordura corporal. Resultante de um desequilíbrio contínuo e prolongado entre ingestão calórica e gasto energético, onde o excesso de calorias armazena-se em forma de tecido adiposo. (COUTINHO, 1999 *apud* CAMPOS; GOMES; OLIVEIRA, 2008; ENES; SLATER, 2010). De etiologia multifatorial a obesidade, é resultante de um balanço energético positivo. (BRASIL, 2008b).

O balanço energético pode ser definido como a diferença entre a quantidade de energia consumida e a quantidade de energia gasta na realização das funções vitais e de atividades em geral. O balanço energético positivo acontece quando a quantidade de energia consumida é maior do que a quantidade gasta. (BRASIL, 2006, p.19).

Múltiplas são as causas que podem levar o indivíduo a um balanço energético positivo, onde o surgimento da obesidade em sua grande maioria está associado aos fatores genéticos, ambientais e comportamentais. (BRASIL, 2008b).

Segundo Paschoal, Trevizan e Scodeler (2008), fatores socioculturais como a prática de um estilo de vida moderno que predispõem ao menor gasto energético e adesão de hábitos nutricionais inadequados, acarretam ao corpo prejuízos e ocasionam o surgimento de patologias oportunistas.

Conforme Nettina (2003), a obesidade é uma abundância exagerada das gorduras corporais, resultante em um peso corporal de 20% ou mais acima do peso médio para a idade, altura, sexo e estatura corporal da pessoa.

A obesidade pode ser mensurada através da fórmula do Índice de Massa Corporal (IMC), fórmula essa que indica se uma pessoa está acima do peso ou permanece em seu peso ideal, sendo calculado da seguinte forma. (FERNANDES; VARGAS, 2007).

$$\text{IMC: peso / (altura)}^2$$

Segundo Viuniski (2005), o risco para o surgimento de patologias associadas à obesidade aumenta segundo a crescente de sua proporção, conforme a TABELA 2 abaixo.

TABELA 2 - CLASSIFICAÇÃO DO IMC E RISCO DE DOENÇA, SEGUNDO A OMS.

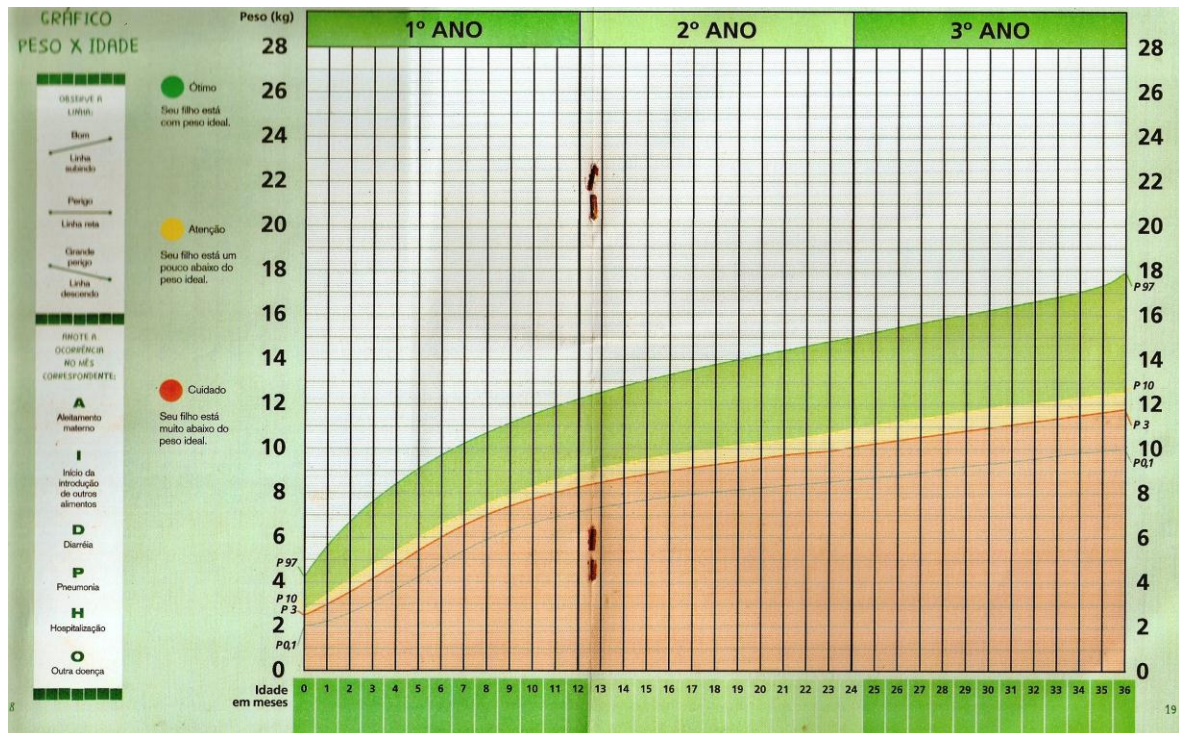
IMC (KG/M ²)	CLASSIFICAÇÃO	OBESIDADE GRAU	RISCO DE DOENÇA
18,5	Magresa	0	ELEVADO
18,5 – 24,9	Normal	0	NORMAL
25 – 29,9	Obesidade	I	ELEVADO
30 – 39,9	Obesidade	II	MUITO ELEVADO
≥ 40,0	Obesidade Grave	III	MUITÍSSIMO ELEVADO

FONTE: VIUNISKI, 2005

Não recomenda – se a utilização do IMC, para crianças, visto que, a mesma possui condições peculiares em seu processo de desenvolvimento, acarretados por rápidas alterações corporais. (WILHELM; LIMA; SCHIRMER, 2007).

Das faixas etárias correspondente dos cinco aos sete anos, emprega-se assim, como forma de mensuração para obesidade em crianças, o preenchimento correto das tabelas e gráficos que catalogam idade, peso e altura. Podendo ser encontrados no próprio “Cartão da Criança” (FIGURA 1), com o objetivo de relacionar a adequação da altura com o peso e a idade da criança.

FIGURA 1: CARTÃO DA CRIANÇA



Fonte: BRASIL, 1999

Segundo Gill (1997), a faixa etária correspondente dos cinco aos sete anos de idade, são fases que compreendem maior vulnerabilidade, para o surgimento da obesidade. Devendo ter um cuidado minucioso durante essa fase da vida por que pode ser o estágio inicial para o desenvolvimento da patologia.

4.2.1.1 Genética

A obesidade infantil, segundo Mondini et al., (2007), compõe um dos fundamentais problemas de saúde pública, com proporções significativas nas crianças, onde a mesma, pode tornar-se um adulto obeso, com apresentação da patologia de forma mais acentuada.

No decorrer dos últimos anos, a população pediátrica, tornou-se a mira, desta patologia crescente e de brusca extensão. (RINALDI et al., 2008). Admite-se que várias são as causas, que acarretam o surgimento da obesidade, principalmente na infância, no qual, um de seus fatores de predisposição determinantes seria: o

fator genético, onde evidências revelam que a hereditariedade participa do desenvolvimento da obesidade. (NETTINA, 2003).

Sabemos que nem todo adulto obeso, foi uma criança obesa, mas que a criança com excesso de peso corre sérios riscos de desenvolver obesidade na vida adulta. Uma criança obesa com 2 anos de idade, tem o dobro de chances de vir a tornar-se um adulto obeso. Se o pai e a mãe forem obesos, seus filhos terão 75% de chances de serem obesos. Se apenas um dos pais for obeso a chance cai para 50%. Se nenhum deles estiver acima do peso, as chances serão menores que 10%. (VIUNISKI, 2005, p. 03).

De acordo com Nettina (2003), gêmeos idênticos que crescem separados, têm uma maior probabilidade de apresentarem quantidades parecidas de gordura corporal devido o fator genético. Crianças que são criadas com pais obesos têm maior propensão à obesidade, estando elas expostas diariamente a uma alimentação rica em gorduras e calorias, lembrando sua associação com o fator genético.

Segundo Spada (2005), os fatores biológicos estão catalogados diretamente ao aparecimento da obesidade, especialmente o vínculo das relações mantedoras de dependência. A mãe biológica possui ação sobre o efeito da obesidade na criança, mais do que o pai, devido ao dimensionamento educacional e aspectos genéticos. (VIUNISKI, 2005).

4.2.1.2 Complicações

Se não bastasse o problema “obesidade”, várias são as complicações acarretadas pela existência desta patologia para saúde da criança. (NETTINA, 2003). Segundo Lopes (online, 2011) a obesidade esta ligada ao acréscimo da morbidez e mortalidade, induzindo ao risco do surgimento para várias patologias, conforme descrito na TABELA 3 abaixo.

TABELA 03 – PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES NA OBESIDADE INFANTIL, SEGUNDO OS SISTEMAS.

Sistemas	Complicações	Referências
Sistema Cardiorrespiratório	Asma, apnéia do sono, roncos, fadigas, dispnéia.	(LOPES online, 2011; VIUNISKI, 2005);
Sistema Cardiocirculatório	Diabetes mellitus tipo 2, doenças coronarianas, dislipidemia, aterosclerose aumento dos triglicérides e o colesterol total às custas da fração mau colesterol (LDL) e diminuição do bom colesterol (HDL), varizes e trombose, cardiopatia, hipertensão arterial, acidente vascular cerebral.	(NETTINA, 2003; MELO; LUFT; MEYER, 2004; PEREIRA <i>et al.</i> , 2009; BRASIL, 1999; VIUNISKI, 2005; OPAS, 2003);
Sistema Osteomuscular	Problemas ortopédicos, dor e limitação da capacidade dos movimentos, osteoartrite de grandes e pequenas articulações, problemas mecânicos nos movimentos, alterações nas curvaturas dos joelhos, desvios de coluna.	(VIUNISKI, 2005; LOPES online, 2011; KOLPEMAM, 2000; TSAI; WU; HUANG, 2008; VIUNISKI, 2005);
Sistema Imunológico	Câncer de mama, cólon, ovários e próstata.	(VIUNISKI, 2005);
Psicológico	Baixa auto-estima, ansiedade, culpa, discriminação, estigmatização, dificuldade de relacionamento, agravos da auto-imagem.	(WILHELM; LIMA; SCHIRMER, 2007; VIUNISKI, 2005);
Dermatológico	Estrias, celulites, atritos entre as coxas, micoses, brotoejas, acne, dermatite seborréica não só na pele mais também nos cabelos.	(VIUNISKI, 2005; BRASIL, 2008).

Fonte: Tabela 3 adaptado por MARRANE-SANTOS e GUEDES-SILVA, 2011 das referências acima

Os prejuízos acarretados pelo excesso de peso são inúmeros, indo desde distúrbios não fatais, ainda que acarrete algum tipo de comprometimento na qualidade de vida do indivíduo, até os comprometimentos que submergem um risco maior de morte. (BRASIL, 1999). No qual estima-se que cerca de 80 mil mortes ocorridas anualmente no Brasil poderiam ser evitadas se as pessoas não estivessem acima do peso. (BRASIL, 1999).

4.3 TRATAMENTO

A obesidade infantil é constituída por uma temática complexa. (WILHELM, LIMA; SCHIRMER, 2007). Configurando-se por um assunto de difícil solução, carecendo ser vista com muita serenidade e acuidade, visto que, nesta fase, as possíveis soluções apontadas são passíveis de reversão. (SILVA, 2011). O tratamento da obesidade vai além do querer da criança, deve agregar alterações gerais no costume familiar, referente aos hábitos alimentares e estilo de vida. (SOUZA; KLING; NAVARRO, 2007).

Distendo como questão fundamental a importância da família na ajuda ao tratamento. (MISHIMA; BARBIERI, 2009). Pois em sua essência a família torna-se o primeiro educador alimentar da criança. (SPADA, 2005). Em se tratando da obesidade se faz obrigatório o trabalho com a família. Visto que a criança não é a responsável direta pelos alimentos que são trazidos para casa, e nem pelo modo em que são preparados. (VIUNISKI, 2005).

A participação da família integrada ao auxílio de uma equipe multidisciplinar, acompanhando a criança em suas potencialidades e capacidades físicas garantem a efetividade ao tratamento. (FERNANDES; VARGAS, 2007; SOUZA; KLING; NAVARRO, 2007).

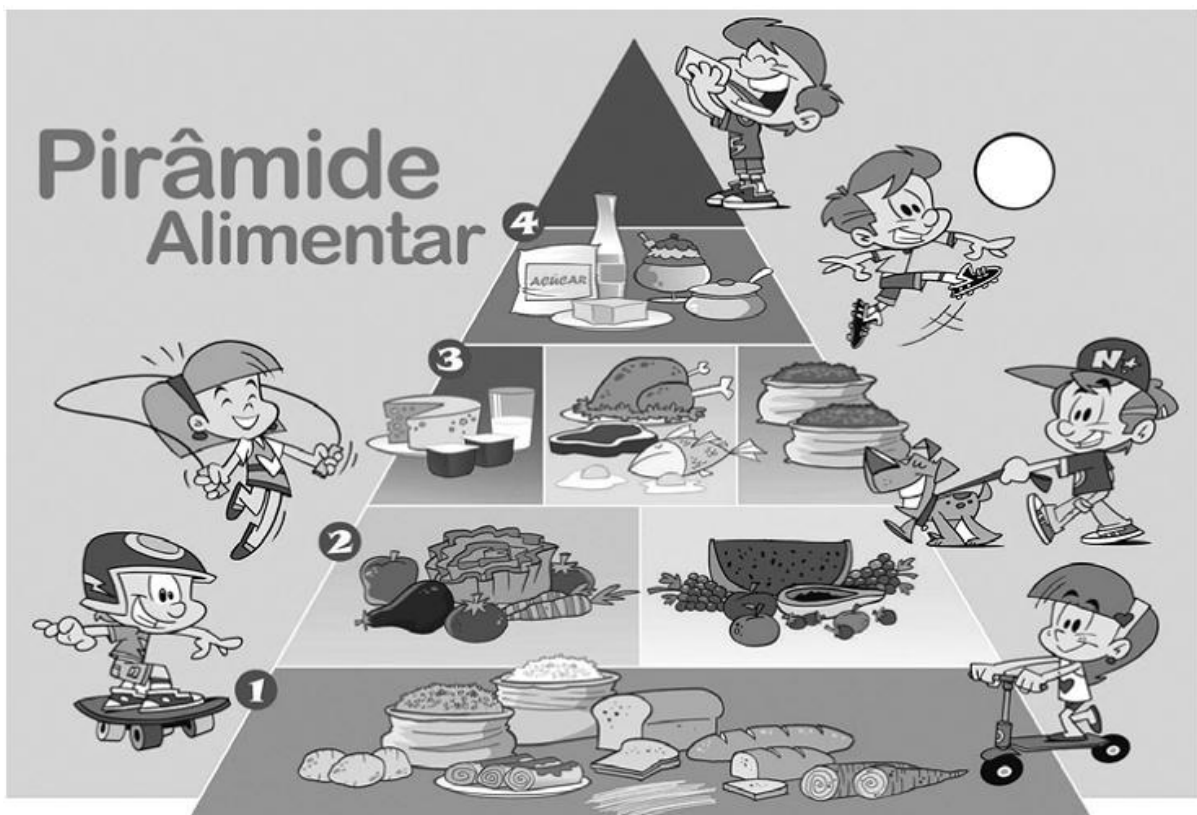
O (a) enfermeiro (a) como elemento participativo da equipe multidisciplinar, deve atuar no aconselhamento e acompanhamento tanto da família quanto da criança, salientando-os sobre os benefícios e importância de um tratamento apropriado, no sentido de impedir conseqüências desfavoráveis a saúde da criança. (FERNANDES; VARGAS, 2007; MENDES, 2011).

Algumas questões são norteadoras e cruciais para o profissional ao lidar com o tratamento da obesidade infantil, dentre elas: orientar sobre a nutrição da criança, no seu campo de atuação, é claro, sem compelir outras profissões, atuar na conscientização dos pais quanto à importância da prevenção da obesidade infantil, podendo utilizar como recurso para tais informações, palestras, folhetos educativos e visitas domiciliares, salientando sobre as conseqüências acarretadas a saúde da criança em decorrência da obesidade infantil. Enfatizar a importância de uma alimentação saudável e cardápio diversificado, fixando horários certos para as refeições, mostrar que a alimentação saudável não é a mais cara, mas o quanto se

obtem na qualidade de vida. Importante enfatizar, a prática de exercícios físicos, brincadeiras e jogos esportivos. Orientar a necessidade do acompanhamento médico daquelas crianças que já atingiram um grau mais elevado da doença. (FERNANDES; VARGAS, 2007; VIUNISKI, 2005).

Ao se fazer recomendações nutricionais, o profissional atuante deve considerar a utilização da pirâmide alimentar, como um instrumento da prática de educação nutricional. (BRASIL, 2008a). Apresentado conforme a FIGURA 02 abaixo:

FIGURA 02: PIRÂMIDE ALIMENTAR PARA PRÉ-ESCOLARES, SEGUNDO O MINISTÉRIO DA SAÚDE.



Fonte: Brasil, 2008

A pirâmide referida ressalta pontos de qualidade, quantidade adequação e harmonia dos alimentos. (BRASIL, 2008a). O alimento que contém na pirâmide alimentar recomendado para cada faixa etária, apresenta-se abaixo TABELA 4.

TABELA 4: NÚMERO DIÁRIO DE PORÇÕES PARA CADA GRUPO ETÁRIO, SEGUNDO A PIRÂMIDE ALIMENTAR DO MINISTÉRIO DA SAÚDE.

Nível pirâmide	Grupo alimentar	Idade 6 a 11 meses	Idade 1 a 3 anos	Idade pré-escolar e escolar	Adolescentes e adultos
1	Cereais, pães, tubérculos e raízes	3	5	5	5 a 9
2	Verduras e legumes	3	3	3	4 a 5
	Frutas	3	4	3	4 a 5
3	Leites, queijos e iogurtes	3	3	3	3
	Carnes e ovos	2	2	2	1 a 2
	Feijões	1	1	1	1
4	Óleos e gorduras	2	2	1	1 a 2
	Açúcar e doces	0	1	1	1 a 2

Fonte: BRASIL, 2008

É importante e fundamental o acompanhamento nutricional, no tratamento da obesidade infantil. (BRASIL, 2008a). A obesidade possui traços multifatoriais com envolvimento de um tratamento multiprofissional. “Engordar é fácil; difícil é emagrecer”, a participação dos pais nos processos de reeducação e dinâmica alimentar deve sempre ser enfatizados. (FERNANDES; VARGAS, 2007, p. 280).

Como em todo tratamento, o enfoque deverá ser sempre o doente e não a doença, conforme o esquema de tratamento de obesidade infantil na FIGURA 3.

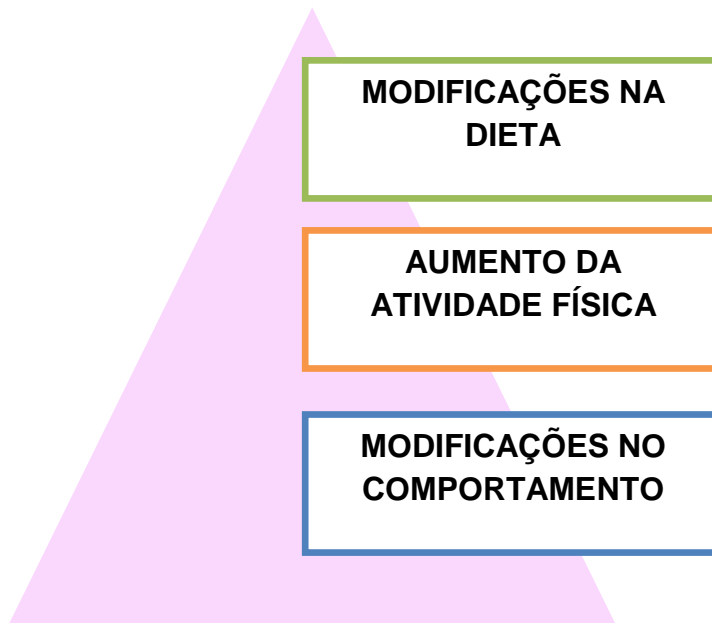
FIGURA 3: ESQUEMA DE TRATAMENTO PARA A OBESIDADE INFANTIL



FONTE: VIUNISKI, 2005; TOWNSEND, 2002 adaptado por MARRANE-SANTOS, GUEDES-SILVA, 2011

Conforme esquema citado acima esses objetivos validam o tratamento da obesidade infantil e proporcionando uma esperança maior de vida, não só para as crianças, mas sim, para seus familiares também. (VIUNISKI, 2005). Encorajando-os a manter uma ingestão alimentar mais saudável possível. (TOWNSEND, 2002). De modo geral, para a eficácia do tratamento da obesidade infantil podemos resumir conforme a pirâmide na FIGURA 4:

FIGURA 4: PIRÂMIDE DE TRATAMENTO PARA A OBESIDADE INFANTIL



FONTE: VIUNISKI, 2005 adaptado por MARRANE-SANTOS, GUEDES-SILVA, 2011

Todavia, o emprego desta pirâmide, não se sustenta sem possuir uma base sólida. E tal solidez encontra-se, na participação da família ao tratamento da obesidade infantil. Onde muitas vezes, os pais trazem seus filhos para começar o tratamento e simplesmente desistem quando seus hábitos alimentares são questionados. (VIUNISKI, 2005). A boa nutrição é encarada como um simples fator de saúde para a longevidade. (FERNANDES; VARGAS, 2007).

O enfermeiro ou a equipe multiprofissional que trabalhe com a obesidade já alojada deve focalizar hábitos de vida benéficos para os pais, no sentido de equilíbrio e redução da patologia do filho. (FERNANDES; VARGAS, 2007).

Viuniski (2005) propõem a adesão tanto para as crianças com excesso de peso quanto para sua família a incorporação e prática de atividades corriqueiras do dia-a-dia que podem amenizar o avanço da obesidade infantil e proporcionar um estilo de vida mais saudável, sugerindo assim:

- Uma boa caminhada das crianças e acompanhante até a escola;
- Que os pais possam proporcionar passeios em parques ou praças;
- Deixar sempre como opção de brincadeiras, o futebol, o vôlei, pular corda, andar de skate;

- Estacionar o carro um pouco mais longe do lugar aonde se quer chegar para então se fazer uma caminhada;
- Evitar elevadores e escadas rolantes, não utilizar o controle remoto, visto que a modernização dos aparelhos domésticos e os avanços tecnológicos favorecem o surgimento da obesidade infantil;
- E tanto os pais quanto as crianças devem encarar essas sugestões de propostas como atividades a serem desenvolvidas com ênfase em uma melhor qualidade de vida e não apenas uma prescrição médica.

Os resultados de uma intromissão no avanço da obesidade infantil são de caráter multifatorial para assim garantir a eficiência do tratamento. (MELO; SERRA; CUNHA, 2010). Levando a criança que sofre com a obesidade alcançar parâmetros satisfatórios no decorrer do seu tratamento no qual envolvem: uma melhora de sua auto-estima e autoconfiança, adoção de hábitos de vida mais vantajosos e modificações de comportamentos familiares e individuais, prevenção de possíveis complicações decorrentes da obesidade, redução da circunferência abdominal e manutenção de um peso saudável para a idade. (VIUNISKI, 2005).

O sucesso conforme o decorrer do tratamento da criança, só germinará resultados expressivos se tiver a cooperação dos pais ou responsáveis, visto que a família, sem sombra de dúvidas, apresenta forte influência sobre a condição de sobrepeso da criança. (MONDINI et al., 2007).

4.4 AÇÕES EDUCATIVAS NA PRÁTICA DO BULLYING NA OBESIDADE INFANTIL

Sem dúvida, a educação é o melhor caminho para a construção de bases sólidas e modelagem de pensamentos. (ANTUNES; ZUIN, 2008).

A prática do bullying presente nas escolas refere-se a um fenômeno complexo e ameaça diária a integridade física e psíquica da criança, mas ao mesmo tempo em que a escola é considerada o campo de batalha para a prática do bullying, ela vem surgindo como um ambiente privilegiado para a implantação e adoção de ações interventoras. (PINHEIRO; WILLIAMS, 2009; MALTA et al., 2010).

No qual a escola “é um espaço próprio e adequado, para a construção coletiva e permanente de condições favoráveis as práticas de cidadania” (LOPES-NETO, 2005, p. 170).

Ela desempenha um papel importante no desenvolvimento social e cognitivo da criança, mas ela não pode ser vista apenas para esses fins. A escola deve ser um ambiente transformador de realidades. Prevenir e controlar o bullying neste local é atuar no sentido de amenização do sofrimento e desenlace das relações mantenedoras de atos agressivos. (BANDEIRA; HUTZ, 2010). Onde a escola deve funcionar como complemento extensivo da própria casa. (VEJA, 2011).

Todas as ações ou programas anti-bullying devem ver as escolas como aliadas, visando o processo de crescimento dinâmico e uniforme, compreendendo o envolvimento de professores, funcionários, alunos e principalmente os familiares, para que o implante de ações ou projetos sejam efetivados com sucesso. (LOPES-NETO, 2005).

Tanto as instituições de saúde quanto as de educação devem reconhecer o impacto e extensão gerados pelo bullying. (LOPES-NETO, 2005). O mesmo merece uma atenção particular por parte dos professores, diretores, equipe de saúde e principalmente familiares. (VEJA, 2011). O mesmo pode ser travado, com intervenções multidisciplinares, no qual o enfermeiro atuante em uma equipe multiprofissional ostenta particular importância, devido o contato direto em que ele tem com seus clientes/pacientes, constituindo o estabelecimento de uma relação privilegiada e estratégica com a criança/família/comunidade, permitindo a detecção precoce de situações que de alguma forma compromete a qualidade de vida e saúde da criança. (MENDES, 2011).

As ações educativas da prática do bullying na obesidade infantil devem priorizar a conscientização de modo geral, criando mecanismos que apóiem às vítimas do bullying, fazendo com que elas se sintam resguardadas, protegidas e quanto aos agressores eles devem receber punições por seus atos, no sentido de correção, para que o âmbito escolar seja considerado um ambiente seguro e sadio. (LOPES-NETO, 2005).

De acordo com a revista VEJA (2011, p. 94). “O ECA, poderia ser acionado nos casos de bullying, mais os juízes das varas da Infância e Adolescência julgam os casos de menor gravidade”.

Nesse sentido faz-se essencial a promoção educativa de palestras com orientações, através de meios que propiciam a conscientização e debates a respeito do assunto. (NOGUEIRA, 2005). A utilização de dramatizações por meio do lúdico pode ser uma forma de estratégia para a captação da atenção do público-alvo e uma maneira de lidar com o tema de uma forma diferente. (LOPES-NETO, 2005).

A inserção da formação de grupos de apoio composto por uma equipe multidisciplinar é mediada como uma modalidade importante por que cria uma atmosfera de união, amizade e confiabilidade. (VIUNISKI, 2005).

O desenvolvimento de ações no intuito de prevenção da prática do bullying deve ser um trabalho contínuo e prolongado para o alcance de resultados significados, visto que suas ações podem englobar a utilização de métodos simples e de baixo custo. (LOPES-NETO, 2005). Sendo necessário uma intervenção precoce no sentido de amenizar condutas de agressividade, numa tentativa de diminuir agravos mais severos a longo prazo. (ZAINÉ; REIS; PADOVANI, 2010).

De acordo com a revista VEJA (2011), um grupo de especialistas apresentou a importância dos pais na percepção do sofrimento do bullying podendo o mesmo ser percebido através de sinais peculiares apresentados pela criança, referidos assim na FIGURA 5, abaixo:

FIGURA 5: SINAIS TÍPICOS PARA IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA QUE ESTA SOFREDO DE BULLYING.

- Resistência em ir para escola;
- Cefaléia, hipertermia e até mesmo taquicardia tempos antes de sair para ir à escola;
- Perda de apetite e insônia;
- Tendência de isolamento;
- Crises de choro na volta do colégio;
- Queda do desempenho escolar.

Fonte: VEJA, 2011

Ao mesmo tempo em que os especialistas ofertam aos pais prováveis sinais a serem identificados pelas vítimas de bullying, eles também apresentam algumas soluções simples que podem ser executadas pelos pais, quanto ao que fazer nessa situação, referido assim na FIGURA 6, abaixo:

FIGURA 6: SOLUÇÕES PROPOSTAS PARA MINIMIZAR OS SINAIS TÍPICOS DE BULLYING.

- Estimular o assunto em casa. Na maioria das vezes, as vítimas tem vergonha e medo de falar à família sobre o bullying;
- Comunicar o problema à escola, que deve tratar o caso com rigor e ser cobrada por isso;
- Não incentivar a criança a revidar. Isso só vai provocar ansiedade e pressão em alguém que, nessas circunstâncias, tem extrema dificuldade em se impor;
- Orientá – la a procurar um adulto na escola no momento em que sofrer agressão;
- Nos casos mais graves, em que os estágios na vida da criança são expressivos, recomenda – se buscar amparo psicológico.

Fonte: VEJA, 2011

O fenômeno bullying possui raízes imensuráveis, sobretudo, é um problema solucionável, passível de atenuação, sendo uma constante diligência a escola, aos

professores e aos profissionais da área da saúde, para que juntos os mesmos possam, através de meios de articulações reunirem esforços e trabalhem no sentido de redução da violência escolar, pois a qualidade do futuro das vítimas dependem de ações imediatas de intervenção. (MENDES, 2011). Assim os sinais feitos pelo bullying poderão ser aliviados, porém, nunca esquecidos. (VEJA, 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a evolução dos tempos e a modernização dos avanços tecnológicos, a predisposição para hábitos sedentários e estilos de vida desregrado, confabulam um risco maior para o surgimento da obesidade. Inúmeras são as complicações decorrentes desta patologia para a vida adulta, envolvendo desde distúrbios não letais, até o comprometimento de distúrbios que envolvam um risco maior de morte.

A obesidade é caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal, sendo múltiplas as causas que levam a criança a tornar-se obesa, porém o referencial demonstrou que a um predomínio maior no fator genético associado ao fator sócio-ambiental com ênfase na transição nutricional.

Constituída por uma temática complexa, a obesidade infantil, deve ser vista com seriedade e comprometimento de ambos os lados envolvidos, tanto o profissional quanto o paciente/família. Visto que a adesão ao tratamento vai além do querer da criança, agrega modificações ao perfil alimentar e no estilo de vida de toda a família. Juntamente com o auxílio de uma equipe multidisciplinar, a família deve aderir às mudanças nutricionais propostas pela equipe, para incentivar a criança a adesão de forma completa e eficiente ao tratamento.

O (a) enfermeiro (a) como elemento importante e participativo desta equipe, deve atuar no sentido do aconselhamento e acompanhamento tanto à família e em específico a criança, salientando-os sobre a importância de iniciação ao tratamento e a não interrupção e os benefícios de se manter um estilo de vida saudável.

Durante a revisão de literatura para realização desta monografia foi possível verificar que a criança obesa que sofre de bullying, normalmente é estigmatizada, rotulada e até mesmo ridicularizada em meio aos colegas de escola, ou em âmbito familiar, tornando-a mais retraída, introvertida, desestimulada e menos confiante.

Espero com a realização deste estudo ter contribuído para o esclarecimento do significado e sinais que norteiam o fenômeno bullying, e como este afeta o estado psíquico e social da criança que sofre de obesidade infantil. Quer com os melhores terapeutas possíveis ou melhores tratamentos o bullying ainda assim, poderá deixar seqüelas profundas e devastadoras na vida de uma criança obesa.

REFERÊNCIAS

ABESO. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade. **População com excesso de peso**. Disponível em:<www.abeso.org.br/>. Acesso em: 17 outubro 2011.

ABRAPIA. Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência. Disponível em:<www.abrapia.org.br>. Acesso em: 18 setembro 2011.

ALVES, Leila Maria Marchi; YAGUI, Cintia Megumi; RODRIGUES, Cintia Simoes; MAZZO, Alessandra; RANGEL, Elaine Maria Leite; GIRAO, Fernanda Berchelli. Obesidade infantil ontem e hoje: importância da avaliação antropométrica pelo enfermeiro. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, Junho, 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452011000200004&lang=pt>. Acesso em: 18 abril 2011.

ANTUNES, Deborah Christina; ZUIN, Antônio Álvaro Soares. Do *bullying* ao preconceito: os desafios da barbárie à educação. **Psicologia Social**. Porto Alegre, v. 20, n. 1, Abril, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010271822008000100004&lang=pt>. Acesso em: 04 outubro 2011.

BANDEIRA, Cláudia de Moraes; HUTZ, Claudio Simon. As implicações do *bullying* na auto-estima de adolescentes. **Psicologia Escola Educação**. Campinas, v. 14, n. 1, Junho, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-85572010000100014&script=sci_abstract&lng=pt&http>. Acesso em: 04 outubro 2011.

BASTOS, Shyrlene Maria Penaforte. A auto-estima da criança que sofre violência física pela família. **Dissertação de Mestrado**, Programa de Pós – Graduação em Psicologia, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Setembro, 2005. Disponível em: <http://bdtd.bczm.ufrn.br/tesdesimplificado/tde_arquivos/1/TDE-2006-05-09T054138Z-28/Publico/SyrleineMPBB.pdf>. Acesso em: 15 outubro 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Obesidade e Desnutrição**, Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº. 8.069/90)**. Realização Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Ministério da Justiça/Secretaria dos Direitos Humanos/Departamento da Criança e do Adolescente. Brasília: Ministério da Justiça, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Obesidade**, Brasília; Ministério da Saúde. 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Escolas Promotoras de Saúde: Experiências no Brasil**, série Promoção da Saúde. nº.6. ed. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**, Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

BRASIL. Sociedade Brasileira de Pediatria. **Obesidade na infância e adolescência: Manual de Orientações**, Brasília: Sociedade Brasileira de Pediatria 2008b.

BRASIL, INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009**. Antropometria e Estado Nutricional de Crianças, Adolescentes e Adultos no Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE. 2010.

CAMPOS, L. F.; GOMES, J. M; OLIVEIRA, J. C. Obesidade Infantil, Atividade Física e Sedentarismo em crianças do 1ºciclo do ensino básico da cidade de Bragança (6 a 9 anos). **Motri**. vol. 4, n. 3, Setembro, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646107X2008000300004&lang=pt>. Acesso em: 08 março 2011.

CARVALHO, Maria Claudia; MARTINS, André. A obesidade como objeto complexo: uma abordagem filosófica – conceitual. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.9, n.4, p. 1003-1012, Out/Dez. 2004.

ENES, Carla Cristina; SLATER, Betzabeth. Obesidade na adolescência e seus principais fatores determinantes. **Revista Brasileira Epidemiologia**. São Paulo, v. 13, n. 1, Março, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v13n1/15.pdfhttp>>. Acesso em: 25 abril 2011.

FANTE, Cleodelice Aparecida Zonato. **O fenômeno bullying e as suas conseqüências psicológicas**. Disponível em: <<http://www.psicologia.org.br/internacional/pscl84.htm>>. Acesso em: 16 setembro 2011.

FERNANDES, R. A.; VARGAS, S. A. O cuidado de enfermagem na obesidade infantil. **Revista Meio Ambiente e Saúde**, Munhuaçu: v. 2, n. 1, mai./jul, 2007. Disponível em: <www.faculadadedofuturo.edu.br/revista/2007>. Acesso em: 22 março 2011.

GALVÃO Cristina Maria; SAWADA, Namie Okino; TREVIZAN Maria Auxiliadora. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, vol.12, n.3. Maio/Jun. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692004000300014&script=sci_arttext> Acesso em: 20 setembro 2011.

GUEDES-SILVA, Damiana. Levantamento das plantas medicinais utilizadas na Pastoral da Saúde no município de Ji-Paraná/RO. **Dissertação** (Mestre em Genética e Toxicologia Aplicada) – Porto Alegre, Universidade Luterana do Brasil, p. 32-35, jul.2011.

GILL, Timothy TP. Key issues in the prevention of obesity. Br Med Bull. vol 53, n. 2. **Revista PubMed**. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9246841>>. Acesso em: 14 abril 2011.

ISSLER, Hugo; LEONE, Claudio; MARCONDES, Eduardo (coord.). **Pediatria na atenção primária**. São Paulo: SARVIER, 2002.

JESUS, Gilmar M.; VIEIRA, Graciete O; MARTINS, Camila da Cruz; MENDES, Carlos Maurício Cardeal; CASTELÃO, Elizia S. Fatores determinantes do sobrepeso em crianças menores de 4 anos de idade: artigo original. **Jornal de Pediatria**. Porto Alegre, v. 86, n. 4, Agosto, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S002175572010000400011&lang=pt> Acesso em: 05 outubro 2011.

KOLPEMAM, Peter G. Obesity as medical problem. **Nature**. 2000, vol. 6. P. 63 – 74. Disponível em: <<http://www.nature.com/nature/journal/v404/n6778/abs/404635a0.html>>. Acesso em: 12 setembro 2011.

LEMOS, Luiz Fernando Cuozzo; DAVID, Ana Cristina de; TEIXEIRA, Clarissa Stefani; MOTA, Carlos Bolli. **Obesidade infantil e suas relações com o equilíbrio corporal**: artigo original. Brasília – DF, vol. 16, n. 03, 2009. Disponível em: <<http://www.actafisiatrica.org.br/v1/control/secure/Arquivos/AnexosArtigos/4079016D940210B4AE9AE7D41C4A2065/Obesidade%20infantil%20e%20suas%20rela%C3%A7%C3%B5es%20com%20o%20equil%C3%ADbrio%20corporal.pdf>>. Acesso em: 29 maio 2011.

LOPES, Magda. **Causas da Obesidade Infantil** - Crianças Obesas como evitar em casa. Disponível em:

<<http://www.obesidadeinfantil.org/artigosobesidadeinfantil/causa-obesidade-infantil-como-evitar.php>>. Acesso em: 12 setembro 2011.

LOPES-NETO, Aramis A. Bullying: comportamento agressivo entre estudantes. **Jornal de Pediatria**. Porto Alegre, v. 81, n. 5, Novembro, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S002175572005000700006&lang=pt>. Acesso em: 15 outubro 2011.

MALTA, Deborah Carvalho et al. *Bullying* in Brazilian schools: results from the National School-based Health Survey (PeNSE) 2009. **Ciência e Saúde Coletiva**. vol. 15, n. 2. 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>>. Acesso em: 15 outubro 2011.

MARTINS, Eliana Bender; CARVALHO, Marília Sá. Associação entre peso ao nascer e o excesso de peso na infância: revisão sistemática. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, Novembro, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2006001100003&lang=pt>. Acesso em: 07 abril 2011.

MARTINS. Maria José D. O problema da violência escolar: Uma clarificação e diferenciação de vários conceitos relacionados. **Revista Portuguesa de Educação**. vol. 18, n. 1, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S087082312005000400005&lang=pt>. Acesso em: 11 outubro 2011.

MATOS, Margarida Gaspar de e GONCALVES; Sônia M. Pedroso. Bullying nas Escolas: Comportamentos e Percepções. **Psicologia Saúde & Doenças**, vol. 10, n. 1, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16450086200900100001&lang=pt>. Acesso em: 19 outubro 2011.

MELO, Vinícius Lins Costa; SERRA, Paula Januzzi; CUNHA, Cristiane de Freitas. **Obesidade infantil – impactos psicossociais**: Artigo de Revisão. Minas Gerais, vol. 20, n. 3, 2010. Disponível em: <<http://www.medicina.ufmg.br/rmmg/index.php/rmmg/article/viewFile/277/261>>. Acesso em: 15 abril 2011.

MELLO, Elza D. de; LUFT, Vivian C.; MEYER, Flavia. Obesidade infantil: como podemos ser eficazes? **Jornal de Pediatria**. Porto Alegre, vol. 80, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n3/v80n3a04.pdf>>. Acesso 18 abril 2011.

MENDES, Carla Silva. Prevenção da violência escolar: avaliação de um programa de intervenção. **Revista Escola de Enfermagem USP**. São Paulo, v. 45, n. 3, Junho, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a05.pdf>>. Acesso em: 15 outubro 2011.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, vol. 17, n. 4. Out/Dez, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072008000400018&script=sci_arttext> Acesso em: 06 outubro 2011.

MENDONÇA, Maria Roseane Tenorio; SILVA, Maria Alayde Mendonça da; RIVERA, Ivan Romero; MOURA, Adriana Ávila. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes da cidade de Maceió. **Revista Associação Médica Brasileira**. Maceió, vol. 56, n. 2, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/abc/v84n5/a07v84n5.pdf>>. Acesso em: 08 maio 2011.

MISHIMA, Fernanda Kimie Tavares; BARBIERI, Valéria. O brincar criativo e a obesidade infantil. **Estudo Psicologia**. Natal, v. 14, n. 3, Dezembro, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413294X2009000300009&lang=pt>. Acesso em: 08 abril 2011.

MONDINI, Lenise; LEVY, Renata Bertazzi; SALDIVA, Silvia Regina Dias Médici; VENÂNCIO, Sonia Ioyama; AGUIAR, Jeanice de Azevedo; STEFANINI, Maria Lúcia Rosa. Prevalência de sobrepeso e fatores associados em crianças ingressantes no ensino fundamental em um município da região metropolitana de São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. vol. 23, n. 8, Agosto, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000800009&lang=pt>. Acesso em: 08 abril 2011.

MONTEIRO, Lauro. **Não dá para ficar calado**. Disponível em: <<http://naodaparaficarcalado.blogspot.com/2011/04/pesquisa-da-abrapia-sobrebullying.html>>. Acesso em: 17 setembro 2011.

MOURA, Danilo Rolim de; CRUZ, Ana Catarina Nova; QUEVEDO, Luciana de Ávila. Prevalência e características de escolares vítimas de bullying. **Jornal de Pediatria**. Porto Alegre, v. 87, n. 1, Fevereiro, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S002175572011000100004&lang=pt>. Acesso em: 08 outubro 2011.

NETTINA, Sandra M. **Prática de Enfermagem**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2003.

NOGUEIRA, Rosana Maria Cesar Del Picchia de Araujo. A prática de violência entre pares: O bullying nas escolas. **Revista Iberoamericana de Educacion**. Madrid, vol. 37, 2005. Disponível em: <<http://www.rieoei.org/rie37a04>>. Acesso em: 11 outubro 2011.

OLWEUS, Dan. **Condutas de acoso y amenaza entre escolares**. 2. ed. Madri: Morata. 1998.

OPAS, Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial de Saúde (OMS). **Doenças crônico-degenerativas e obesidade: Estratégia Mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde**: OPAS; 2003.

PASCHOAL, Mário Augusto; TREVIZAN, Patrícia Fernandes; SCODELER, Natália Folco. **Variabilidade da frequência cardíaca, lípidos e capacidade física de crianças obesas e não – obesas**: Artigo Original. Campinas- -SP, Agosto 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2009000900007&lang=pt>. Acesso em: 03 julho 2011.

PEREIRA, Abel et al., A obesidade e sua associação com os demais fatores de risco cardiovascular em escolares de Itapetininga, Brasil. **Arquivo Brasileiro Cardiologia**. São Paulo, v. 93, n. 3, Setembro, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066782X2009000900009&lang=pt>. Acesso em: 03 julho 2011.

PINHEIRO, Fernanda Martins França; WILLIAMS, Lúcia Cavalcanti de Albuquerque. Violência intrafamiliar e intimidação entre colegas no ensino fundamental. **Caderno Pesquisa**. Porto Alegre, vol. 39, n. 138, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010015742009000300015&script=sci_arttext> . Acesso em: 09 outubro 2011.

RINALDI, Ana Elisa M.; PEREIRA, Avany Fernandes; MACEDO, Célia Sperandeo; MOTA, João Felipe; BURINI, Roberto Carlos. **Contribuições das práticas alimentares e inatividade física para o excesso de peso infantil**: Artigo de Revisão. Botucatu—SP, vol. 26, n. 3, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010305822008000300012&lang=pt>. Acesso em: 11 abril. 2011.

SIGAUD, Cecília Helena de Siqueira; VERÍSSIMO, Maria de La Ó Ramalho. **Enfermagem Pediátrica. O cuidado de enfermagem à criança a ao adolescente**. São Paulo: EPU, 2005.

SILVA, Carina Teixeira da; GUEDES-SILVA, Damiana. Obesidade na Adolescência: Uma Reflexão Necessária. **Monografia** para o título de bacharelado em Enfermagem, Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, 12. Jul. 2011.

SIMÕES, Daniela; MENESES, Rute F. Auto-conceito em crianças com e sem obesidade. **Psicologia Reflexão Crítica**. Porto Alegre, v. 20, n. 2, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010279722007000200010&script=sci_artte>. Acesso em: 15 abril 2011.

SOUZA, A. S; KLING, M.R.S; NAVARRO, F. A. A importância da orientação e reeducação nutricional no tratamento da obesidade. **Revista Brasileira Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**. Porto Alegre, vol. 1 n. 5, 2007. Disponível em: < http://rbone.com.br/wp-content/uploads/2008/10/one_46_n5v1_50_58.pdf >. Acesso em: 19 abril 2011.

SPADA, P. V. **Obesidade infantil** – aspectos emocionais e vínculo mãe/filho. Rio de Janeiro: REVINTER, 2005.

TSAI, Chia Liang; WU, S. K.; HUANG, C. H. Static balance in children with developmental coordination disorder. **Human Movement. Science**, vol. 27, 2007. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17935809> Acesso em 12 setembro. 2011.

TOWNSEND. Mary C. **Enfermagem Psiquiátrica: Conceitos de Cuidados**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

VEJA, **Bullying, dor, solidão e medo**. São Paulo. ed. 2213, ano 44, nº. 16, 20 de Abr, 2011, p. 90 – 95.

VIUNISKI, Nataniel. **Obesidade Infantil: um guia prático para profissional da saúde**. Rio de Janeiro: EPUB, 2005.

ZAINE, Isabela; REIS, Maria de Jesus Dutra dos; PADOVANI, Ricardo da Costa. Comportamentos de *bullying* e conflito com a lei. **Estudo Psicologia**. Campinas, v. 27, n. 3, Setembro, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103166X2010000300009&script=sci_arttext> Acesso em: 18 outubro 2011.

WARDLE, J; VOLZ, C; GOLDING, C. Social variation in attitudes to obesity in children. **Int. J. Obesity**. n. 19, 1995. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>. Acesso em: 10 Sep. 2011.

WILHEM, Fernanda Ax; LIMA, Jennifer Haranda Colombo Antunes de; SCHIRMER, Keyla Franciani. **Obesidade infantil e a família: educadores emocionais e nutricionais dos filhos**. Curitiba, v. 25, n. 49, Abr/Jun. 2007. Disponível em: <<http://www2.pucpr.br/reol/index.php/PA?dd1=1656&dd99=view>>. Acesso em: 15 junho 2011.