



**FACULDADE TEOLÓGICA E FILOSÓFICA – RATIO
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

VANESSA ALVES DO NASCIMENTO

**OBESIDADE INFANTIL NA PRIMEIRA INFÂNCIA: OBSERVAÇÕES SOBRE AS
AÇÕES DO INSTITUTO DA PRIMEIRA INFÂNCIA (IPREDE) EM FORTALEZA –
CE**

**FORTALEZA – CE
2017**

VANESSA ALVES DO NASCIMENTO

**OBESIDADE INFANTIL NA PRIMEIRA INFÂNCIA: OBSERVAÇÕES SOBRE AS
AÇÕES DO INSTITUTO DA PRIMEIRA INFÂNCIA (IPREDE) EM FORTALEZA –
CE**

Monografia submetida à aprovação do Curso de Bacharelado em Serviço Social pela Ratio - Faculdade Teológica e Filosófica, como requisito parcial para obtenção de título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^ª. Me. Luciana Gomes Marinho

FORTALEZA – CE
2017

VANESSA ALVES DO NASCIMENTO

OBESIDADE INFANTIL NA PRIMEIRA INFÂNCIA: OBSERVAÇÕES SOBRE AS
AÇÕES DO INSTITUTO DA PRIMEIRA INFÂNCIA (IPREDE) EM FORTALEZA – CE

Monografia como pré-requisito para obtenção do título de Bacharelado em Serviço Social, outorgado pela Ratio - Faculdade Teológica e Filosófica, tendo sido aprovada pela banca examinadora composta pelos professores.

Data de aprovação: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Me. Luciana Gomes Marinho
Orientadora - Faculdade Ratio

Prof^ª. Me. Francisca Emmanuella Saraiva Martins
Avaliadora – Faculdade Ratio

Prof^ª. Me. Maria do Socorro Lima Martins Matos
Avaliadora – Faculdade Ratio

Dedico esta monografia primeiramente a Deus e em seguida a todos que me auxiliaram de forma direta e indiretamente para realização desse grande sonho que é a conclusão da graduação em Serviço Social.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades que surge durante nossa caminhada acadêmica. A minha orientadora Prof. Ms Luciana Marinho pelo suporte que foi dado em todos os momentos das minhas orientações. Agradeço aos meus amigos, professores e todos as pessoas que me ajudaram direta e indiretamente a concluir a tão sonhada graduação, agradeço a paciência de todos vocês nos momentos de tensão e de empenho para comigo.

Trem bala

*“Não é sobre ter todas as pessoas do mundo pra si
É sobre saber que em algum lugar alguém zela por ti
É sobre cantar e poder escutar mais do que a própria voz
É sobre dançar na chuva de vida que cai sobre nós*

*É saber se sentir infinito
Num universo tão vasto e bonito, é saber sonhar
Então fazer valer a pena
Cada verso daquele poema sobre acreditar*

*Não é sobre chegar
No topo do mundo e saber que venceu
É sobre escalar e sentir que o caminho te fortaleceu
É sobre ser abrigo
E também ter morada em outros corações
E assim ter amigos contigo em todas as situações*

*A gente não pode ter tudo
Qual seria a graça do mundo se fosse assim?
Por isso eu prefiro sorrisos
E os presentes que a vida trouxe pra perto de mim*

*Não é sobre tudo que o seu dinheiro é capaz de comprar
E sim sobre cada momento, sorriso a se compartilhar
Também não é sobre
Correr contra o tempo pra ter sempre mais
Porque quando menos se espera a vida já ficou pra trás*

*Segura teu filho no colo
Sorria e abraça os teus pais enquanto estão aqui
Que a vida é trem-bala parceiro
E a gente é só passageiro prestes a partir*

*Laiá, laiá, laiá, laiá, laiá
Laiá, laiá, laiá, laiá, laiá*

*Segura teu filho no colo
Sorria e abraça os teus pais enquanto estão aqui
Que a vida é trem-bala parceiro
E a gente é só passageiro prestes a partir*

(Ana Vilela)

RESUMO

Esta monografia intitulada “Obesidade infantil na primeira infância: observações sobre as ações do Instituto da Primeira Infância (IPREDE) em Fortaleza – CE” tem como objetivo principal observar o programa de obesidade em crianças de 0 a 6 anos desenvolvido pelo IPREDE. Os objetivos específicos são identificar as ações desenvolvidas no projeto de obesidade infantil, conhecer os programas que são executados pelo IPREDE e descrever a atuação do serviço social em relação à obesidade na instituição. Para isso se fez necessário apresentar as diversas discussões que os autores trazem acerca da obesidade infantil que ao longo dos anos vem causando danos a várias crianças pelo país. Vamos apresentar o percurso histórico das políticas de saúde no Brasil, fazendo uma contextualização acerca da implantação das mesmas. Ressaltamos que para a realização da pesquisa utilizamos a metodologia de cunho bibliográfico, documental e de observação direta, que através dessas técnicas nos permitiram ter um leque maior sobre a temática em estudo. Entendendo que a obesidade infantil está presente em diversas discussões se faz necessário fazer um estudo sobre essa problemática. Portanto, como resultado a sociedade em geral precisa conhecer e entender que a alimentação saudável e atividades físicas diariamente podem ajudar na prevenção de doenças futuras relacionadas a uma má educação alimentar. Além disso, o Estado tem que desempenhar um papel fundamental na prevenção da obesidade infantil, com a criação de políticas públicas que trabalhem essa temática e que permitam o acesso a todos através das políticas existentes, garantindo assim sua efetivação.

Palavras-chave: Obesidade infantil; Família; Vulnerabilidade social.

ABSTRACT

This monograph titled Child “Obesity in Early Childhood: Observations of the actions of the Institute of Early Childhood (IPREDE) in Fortaleza – CE” has as main objective to observe the program of obesity in children from 0 to 6 years old developed by IPREDE. We will also present the specific objectives to identify the actions developed in the project of obesity in children, to know the programs that are executed by IPREDE and to describe the performance of the social service in relation to obesity in the institution. For this it was necessary to present the various discussions that the authors bring about childhood obesity that over the years has been causing damage to several children across the country. We will present the historical path of health policies in Brazil, making a contextualization about the implementation of health policies. We emphasize that for the accomplishment of the research we use the methodology of bibliographical, documentary and direct observation, that through these techniques allowed us to have a greater range on the subject under study. Understanding that childhood obesity is present in several discussions requires a study of this problem. Therefore, it is clear that society in general needs to know and understand that healthy eating and daily physical activities can help prevent future diseases related to poor dietary education. In addition, the State has to play a fundamental role in the prevention of childhood obesity, with the creation of public policies that work on this issue and that allow access to all through existing policies, thus ensuring its effectiveness.

Keywords: Child obesity; Family; Social vulnerability.

LISTA DE FIGURAS

Figura I: 1º Espaço de acolhimento.....	46
Figura II: 2º Espaço para acolhimento	47
Figura III: 3º Espaço de acolhimento	47
Figura IV: 4º Espaço de acolhimento.....	48
Figura V: Sala de Leitura	49
Figura VI: Sala da Brinquedoteca	50
Figura VII: Atendimento na sala da Psicomotricidade	51
Figura VIII: Sala do Grupo Conviver.....	52
Figura IX: Sala do curso de Costura	53
Figura X: Sala de Atendimento do grupo APOIO	54

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ART	Artigo
CAPs	Caixas de aposentadorias e pensões
CONASEMS	Conselho Nacional de secretários municipais de saúde
CONASS	Conselho Nacional de secretários estaduais de saúde
DF	Distrito federal
ECA	Estatuto da Criança e Adolescente
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IAPs	Instituto de administração financeira da previdência social
IAPB	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos bancários
IAPC	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Comerciantes
IAPETEL	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos estivadores e transportadores
IAPI	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos industriários
IBGE	Instituto brasileiro de geografia e estatística
IMC	Índice de massa corporal
INAMPS	Instituto nacional de assistência médica da previdência social
INPS	Instituto nacional de previdência social
APOIO	Ações Para Obesidade Infantil e Orientações
IPREDE	Instituto da primeira infância
NASF	Núcleo de apoio à saúde da família
NOAS/SUS	Norma operacional de assistência à saúde
NOB	Normas operacionais básicas
OMS	Organização mundial da saúde
PAIS	Programa de ações integradas de saúde
PNAE	Programa nacional de alimentação escolar
PNAN	Política nacional de alimentação e nutrição
PNAS	Política nacional de assistência social
PSE	Programa saúde na escola
PSG	Programa SENAC de Gratuidade
PSF	Programa de saúde da família
RNPI	Rede nacional primeira infância
SAN	Segurança alimentar e nutricional
SENAC	Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial

SINPAS	Sistema nacional de assistência e previdência social
SISVAN	Sistema de vigilância alimentar e nutricional
SUDS	Sistema unificado e descentralizado de saúde
SUS	Sistema único de saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 PERCUSO HISTÓRICO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL	24
2.1 Contextualizações da Política de Saúde	24
2.2 Implantação do Sistema Único de Saúde (SUS)	28
3 OBESIDADE INFANTIL	32
3.1 Definição de obesidade.....	32
3.2 Política de saúde voltada para obesidade infantil.....	34
3.3 Programas de controle a obesidade infantil	37
3.4 Leis e Normativas vigentes para o atendimento à obesidade infantil.....	39
4 RESULTADO DA PESQUISA	423
4.1 Campo da pesquisa: Instituto de Primeira Infância - IPREDE.....	43
4.2 Entrada e as observações no campo da pesquisa.....	45
4.3 Atuação do serviço social em relação à obesidade infantil no IPREDE	55
CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
REFERÊNCIAS	60

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho de conclusão de curso, cujo tema é “Obesidade infantil na primeira infância: observações sobre as ações do Instituto da Primeira Infância (IPREDE¹) em Fortaleza – CE”, tem por objetivo observar o programa de obesidade em crianças de 0 a 6 anos desenvolvido pelo IPREDE. Além disso, identificar as ações desenvolvidas no projeto de obesidade infantil, conhecer os programas que são executados pelo IPREDE e descrever a atuação do serviço social em relação à obesidade na instituição.

A obesidade infantil ocorre quando uma criança está acima do peso normal para sua idade e altura. Diversos fatores podem causar obesidade infantil. Entre os mais comuns estão fatores genéticos, má alimentação, sedentarismo ou uma combinação desses fatores. Além disso, a obesidade em crianças também pode ser decorrente de alguma condição médica, como doenças hormonais ou uso de medicamentos a base de corticoides (OLIVEIRA et al., 2012).

Quilos extras podem causar complicações para as crianças até a sua vida adulta, mesmo que a obesidade seja revertida durante esse tempo. Doenças como diabetes, hipertensão e colesterol alto são algumas consequências da obesidade infantil não tratada. A doença também pode levar a baixa autoestima e depressão. Apesar de ser uma doença com influência genética, nem todos os pais e mães com obesidade também terão filhos com o problema, assim como pais e mães dentro do peso podem gerar filhos com obesidade. Isso porque a obesidade infantil também tem ligação com os hábitos alimentares da criança e da família, bem como a realização de atividades físicas (BOLONHEZ, 2015).

Dessa forma, Mello (2004) nos apresenta que a alimentação da criança e a quantidade de exercício que ela pratica são fatores determinantes para o aparecimento da obesidade infantil, ainda que exista histórico familiar do problema. Ficar atento a esses hábitos pode ajudar a prevenir a doença pela vida toda.

É importante apresentar o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2014 relata em suas pesquisas que 15% das crianças com idade entre 5 e 9 anos têm obesidade. Além disso, uma em cada três não chegou ao nível da obesidade, mas estão com peso acima do recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Ministério da Saúde².

¹ É uma instituição que foi fundada com a necessidade de prevenir e tratar crianças com desnutrição infantil e na atualidade vem investindo na primeira infância, passando a denominar-se Instituto da Primeira Infância.

² Disponível em: <<http://www.comportese.com/2015/05/documentario-muito-alem-do-peso>>. Acesso em: 13 ago de 2017.

A obesidade vem ganhando destaque no cenário epidemiológico mundial, não só em função da sua prevalência crescente, mas, principalmente, por estarem associados a uma série de danos à saúde. Estudos recentes mostram que a obesidade é o terceiro problema de saúde pública que mais demanda gastos da economia brasileira. Estima-se que os gastos giram em torno de R\$ 110 bilhões, o que equivale a 2,4% do Produto Interno Bruto (PIB) do país. (SANTOS, 2012, p. 9)

Outra característica marcante do crescimento epidêmico do excesso de peso é o aumento deste agravo em idades cada vez mais precoces. Em 2004, já se estimava que 10% das crianças e adolescentes do mundo apresentavam excesso de peso e que, dentre elas, um quarto eram obesas. Atualmente 15% das crianças brasileiras com idade entre 5 e 9 anos têm obesidade (IBGE, 2004).

Conforme Enes (2010) mudanças no padrão de alimentação e de atividade física, ocorridas em diversas sociedades, contribuem para o aumento do excesso de peso na população. Entretanto, as causas determinantes do excesso de peso compõem um complexo conjunto de fatores biológicos, comportamentais e ambientais que se inter-relacionam e se potencializam mutuamente. Para crianças e adolescentes são exemplos desses fatores as condições e situações presentes nos ambientes escolar, familiar e na vizinhança.

Ainda de acordo com o IBGE (2004) o índice de obesidade e excesso de peso na população da capital cearense passou de 12% e 42,5%, em 2006, para 18,8% e 52,8%, respectivamente. O aumento ocorre tanto em homens quanto mulheres. Em Fortaleza, o percentual de homens obesos subiu de 14,1% para 18,7% e com excesso de peso de 49,5% para 56,5%. Entre as mulheres, os índices de obesidade aumentaram de 10% para 18,8% e de excesso de peso de 35,8% para 49,6%. Na primeira edição do estudo, em 2006, 42,5% estavam acima do peso ideal e 11,4% eram obesos no Brasil.

Destacamos que atualmente, o percentual de pessoas acima do peso teve um aumento de 51%. É a primeira vez que mais da metade da população brasileira está acima do peso. Faz-se necessário apresentar a pesquisa³ realizada pelo IBGE, a qual inicialmente visitou 81.767 casas em todos os estados brasileiros no segundo semestre de 2013, entre as quais 62.986 aceitaram responder ao questionário do IBGE.

Outro fator que merece destaque é a fala do ministro da saúde Artur Chioro, que se mostrou especialmente preocupado com a alimentação das crianças e proferiu o seguinte discurso:

Nós temos uma população adulta com condições preocupantes, mas temos uma especial preocupação com a nossa infância. Porque isso projeta um cenário do

3 Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), feita pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

enfrentamento do sobrepeso e da obesidade. E ainda trarão uma carga de doenças significantes e a nossa população envelhecerá sem qualidade de vida (2015, p.1).

De acordo com o IBGE (2014-2015) existem os seguintes programas de obesidade.

Programa Nacional de Alimentação Escolar é criado pela força da Lei Federal nº. 11.947 que trata do Monitoramento das tendências de obesidade através de inquéritos nacionais domiciliares periódicos; A incorporação de ações com o objetivo de prevenção e controle da obesidade e outras doenças crônicas no Programa Saúde da Família; O Programa Nacional de Aleitamento Materno; A operadora Amil, o movimento Saúde 360; [...]

Atualmente, a obesidade é considerada um dos principais problemas de saúde pública e, por ser um problema emergencial, devem-se minimizar os fatores de riscos associados, os quais podem ocorrer desde a infância e também, persistir na vida adulta. A implantação de programas de intervenção multiprofissional já é de amplo consenso na comunidade científica mundial (LOPES, et al., 2010).

Há necessidade de se intervir o mais precocemente possível para que a prevalência de excesso de peso nas crianças e nos adolescentes não mantenha um aumento progressivo, causando repercussões imediatas e tardias. Atendendo a esta necessidade, justifica-se o estabelecimento de medidas profiláticas e terapêuticas no combate à obesidade. O excesso de peso tem forte ligação com aspectos emocionais dos indivíduos e com suas vivências psíquicas prévias. O ser humano, de acordo com sua fragilidade física e psicológica, desde o nascimento, é dependente de outro que possa ser capaz de cuidar dele e de suprir suas necessidades básicas. Geralmente, os pais e cuidadores estão mais aptos e habilitados para atender o bebê ou a criança (MATTOS, et al., 2008, p. 7).

Segundo Nicolau (2015) o sucesso no tratamento da obesidade não está somente relacionado ao oferecimento de um bom programa de tratamento, mas também na implantação de estratégias que estimulam a responsabilidade do participante na busca de alterações do estilo de vida. Assim, é importante o desenvolvimento de um atendimento multiprofissional no sentido de respeitar a individualidade de cada paciente, o quadro clínico e a gravidade de qualquer desordem apresentada. Desta forma, este Programa⁴ propõe uma atuação com médicos, psicólogos, nutricionistas, jornalistas, educadores físicos, profissionais de gastronomia, cozinheiros, assistentes sociais e psicomotricistas para uma intervenção mais ampla na obesidade infantil.

⁴ Centro de Estudo sobre Ludicidade e Lazer (CELULA), é um núcleo de ensino, pesquisa e de extensão para os alunos e professores da Universidade Federal do Ceará – UFC, além de ser, um ambiente de aperfeiçoamento da formação lúdica, estudo, pesquisa e vivências de jogos, brinquedos e materiais lúdicos de professores e a sociedade como um todo.

A carência de serviços em Fortaleza que atuem na obesidade em crianças mais jovens, faz com que o programa torne-se de grande valor, não só pela sua atuação profilática e curativa, como também na formação de um núcleo de estudos para fins de pesquisa nesta área. A obesidade em geral e, particularmente, a obesidade infantil se tem constituído num formidável desafio para tantos quantos tentam uma abordagem terapêutica definitiva. Apesar de ser um dos mais antigos problemas metabólicos de que se tem notícia, ainda sua compreensão fisiopatológica fica aquém do esperado para uma abordagem terapêutica adequada. (SILVA, 2015, p. 16)

A escolha do tema se deu a partir da experiência durante o estágio, quando vivenciei de perto as demandas das famílias atendidas pelo IPREDE, com os filhos de 0 a 6 anos em situação de vulnerabilidade social como: econômico, cultural e afetivo, que não tiveram acesso a políticas públicas destinadas pelo Estado. Além disso, tínhamos a curiosidade de saber como as famílias eram acolhidas na procura de atendimento na instituição, tendo em vista que as demandas que eram apresentadas eram de diversas classes sociais. Ressaltamos que a presença de funcionários voltados para escutar os problemas dos familiares que buscam o setor de saúde é de extrema importância para estreitar a relação família-instituição, gerando, assim, uma facilidade em cuidar das demandas e das vulnerabilidades sociais encontradas nessas famílias. O IPREDE toma como referência as políticas públicas de saúde e a Política Nacional de Assistência Social – PNAS (2004) que é utilizada pelos profissionais assistentes sociais. Destacamos que essas políticas junto com as políticas setoriais consideram as desigualdades socioterritoriais, visando seu enfrentamento, buscando a garantia dos mínimos sociais, o provimento de condições para atender a sociedade e a universalidade dos direitos sociais.

O público que tem acesso à política de saúde voltada para o tratamento da obesidade infantil são crianças que se encontram em situação de risco nutricional, além disso, os usuários que se encontram em situação de vulnerabilidade e risco social, tais como: usuários com perda ou fragilidade de vínculos de afetividade, pertencimento e sociabilidade; ciclos de vida; identidade estigmatizada em termos étnico, cultural e sexual; desvantagem pessoal resultante de deficiência; exclusão pela pobreza; ou no acesso às demais políticas públicas; uso de substâncias psicoativas; diferentes formas de violência advindas do núcleo familiar, grupos e indivíduos; inserção precária ou não inserção no mercado de trabalho formal; estratégias e alternativas diferenciadas de sobrevivência que podem representar risco pessoal e social também podem ter acesso as políticas de saúde (BRASIL, 2004).

Para que se possa compreender e de fato observar o programa de obesidade em crianças de 0 a 6 anos desenvolvido pelo IPREDE é preciso que se delimite as categorias analíticas que irão dar embasamento para melhor desenvolver a pesquisa, no caso dessa temática serão apresentadas as seguintes categorias: obesidade infantil, família e vulnerabilidade social.

A primeira categoria em análise é obesidade infantil. Mauro (2014) ressalta sobre a alimentação da criança nos primeiros anos de vida, que pode ser um dos fatores de prevenção do desenvolvimento da obesidade. A alimentação complementar é recomendada a partir dos seis meses, em adequada qualidade e quantidade, frequência e consistência, e os alimentos considerados obesogênicos devem ser evitados nos primeiros anos de vida. No entanto, estudos nacionais demonstram a precocidade do consumo destes alimentos, aumentando o risco para o desenvolvimento de obesidade.

Essas mudanças exigem que seja contemplada com maior prioridade a obesidade em faixas etárias mais baixas. Ressaltamos que em uma época de transição demográfica e epidemiológica no país, em que aumentam a urbanização, expectativa de vida, mortes por doenças crônico-degenerativas e por violência, enquanto diminuem a fertilidade e mortes por doenças infectocontagiosas, já é tempo de se considerar também a transição nutricional, dedicando parte da nossa atenção ao estudo da obesidade, seus fatores determinantes e formas de controle em nível individual e coletivo (MONTEIRO, et al., 1995).

De acordo com a Rede Nacional Primeira Infância - RNPI (2013) a literatura evidencia a relação entre o consumo excessivo de alimentos e bebidas, obesogênicos e obesidade. Em pré-escolares americanos observou-se associação positiva entre o consumo de bebidas adoçadas e índice de massa corporal (IMC), além de risco de 4% de desenvolver sobrepeso a cada 30 ml adicionais de bebidas adoçadas consumidas. Crianças com alto consumo de alimentos ricos em energia e gordura e pobre em fibras apresentou quatro vezes mais risco de desenvolver excesso de adiposidade corporal nos anos posteriores. Características como baixa escolaridade materna, mães com trabalho fora de casa, presença de irmãos mais velhos, idade materna inferior a 25 anos, mãe residindo sozinha no momento do nascimento da criança e baixo nível socioeconômico, também são associadas ao consumo precoce de alimentos obesogênicos⁵.

Dados dos países industrializados mostram que os gastos com doenças relacionadas direta ou indiretamente à obesidade na idade adulta consomem 1 a 5% de todo o orçamento da saúde. Podemos perceber que a partir do momento em que se tenha intervenções na infância e adolescência fica mais fácil evitar o desenvolvimento da obesidade na idade adulta, assim como de outras formas de obesidade, como morbidades (LOHMAN, 1989).

Conforme Finkelman (2002) há necessidade de se intervir o mais precocemente possível para que a prevalência de excesso de peso nas crianças e nos adolescentes não mantenha um

⁵ São produtos químicos encontrados em embalagens de alimentos, no teflon das panelas antiaderentes, em produtos de beleza e sabonetes, dentre outros, que podem colaborar com a obesidade de adultos e crianças.

aumento progressivo, causando repercussões imediatas e tardias. Atendendo a esta necessidade, justifica-se o estabelecimento de medidas profiláticas e terapêuticas no combate à obesidade.

Na infância, alguns fatores são determinantes para o estabelecimento da obesidade: o precoce de alimentos não recomendados, o aumento desmedido do ganho de peso gestacional, distúrbios do comportamento alimentar e inadequada relação familiar. As Diretrizes Brasileiras de Obesidade também descrevem situações que se associam à obesidade, tais como obesidade dos pais, sedentarismo, baixo peso e excesso de peso ao nascer, interrupção precoce do aleitamento materno e fatores relacionados ao crescimento. De acordo Bath et al, (2005 APUD MARTINEZ, 2000, p.57), “Prevalência de obesidade infantil aumentou acentuadamente nas duas últimas décadas em todo o mundo em todas as faixas etárias, inclusive em crianças e adolescentes, tanto nos países industrializados como também naqueles em desenvolvimento”.

O excesso de peso tem forte ligação com aspectos emocionais dos indivíduos e com suas vivências psíquicas prévias. O ser humano, de acordo com sua fragilidade física e psicológica, desde o nascimento, é dependente de outro que possa ser capaz de cuidar dele e de suprir suas necessidades básicas. Geralmente, os pais e cuidadores estão mais aptos e habilitados para atender o bebê ou a criança. Muitos autores conceituam a obesidade como uma doença de origem multifatorial, em que ocorre a interação de aspectos genéticos, ambientais além de influências socioeconômicas e alterações endócrinas e metabólicas (BATH AND BAUR, 2005).

Considerando a importância na promoção da saúde das crianças, e o crescente interesse na relação entre excesso de peso corporal e doenças degenerativas, diante do que foi exposto, é evidente a necessidade de implementação de políticas públicas que possam englobar o processo de avaliação nutricional, com a introdução de hábitos alimentares saudáveis e prática de exercícios físicos, principalmente no ambiente escolar (BALL ET AL., 2001).

Apresentando família como segunda categoria, faz-se necessário entender que sua contextualização na sociedade possui arcabouço diversificado de conceitos. A concepção de família que historicamente foi sendo construída é fruto da trajetória de sua existência na sociedade. Lévi-Strauss (1986) afirma que é de acordo com o contexto social, em cada sociedade e em cada época histórica, que a vida doméstica passa a assumir determinadas formas específicas, evidenciando que a família não é instituição natural, mas reforçando a compreensão de que ela é socialmente construída a partir das normas culturais. Nesse contexto, podemos afirmar que a família passa por profundas transformações, tanto internamente, no que diz respeito à sua composição e às relações estabelecidas entre seus componentes, quanto às normas

de sociabilidade externas existentes, fato este que tende a demonstrar seu caráter dinâmico (ENGELS, 1985). Nesse sentido Andersen (2000, p. 10) afirma que:

Pensar a família no campo da proteção social implica reconhecer que a família na sua dimensão simbólica, na sua multiplicidade, na sua organização é importante à medida que subsidia a compreensão sobre o lugar que lhe é atribuído na configuração da proteção social de uma sociedade, em determinado momento histórico. Particularmente, como ela é incorporada à política social, quais famílias são incorporadas e em quais políticas e os impactos que essas políticas têm na vida das famílias.

Conforme relata o autor citado acima, a forma de gerir e distribuir os riscos sociais entre o Estado, o mercado e a família faz uma grande diferença nas condições de vida de uma população, portanto, para pensar em trabalho com famílias, é importante reconhecer quais as tendências predominantes na incorporação da família no campo da política social enquanto seu sujeito destinatário. Grosso modo, temos indicado que atualmente existem duas grandes tendências em disputa nesse campo que vimos denominando de proposta familiar e de proposta protetiva. Conforme o Código Civil (1988),

A Constituição Federal de 1988 cuida, em capítulo destacado (Capítulo VII do Título VIII), da família, da criança, do adolescente e do idoso. Conservando ainda, a gratuidade do casamento civil e os efeitos civis do casamento religioso, trouxe, todavia, inovações marcantes.

Podemos dizer que a família foi capturada pela nova ordem disciplinar. No Brasil, este processo foi estreitamente ligado à transformação estratégica do Estado brasileiro moderno em luta contra o poder da estrutura colonial e patriarcal. Em cada momento histórico, em cada contexto, a família vem sendo construída e possui mobilidade e, por estar sempre em movimento, tal como a sociedade, fica complicada tecer uma única concepção de família, pois ela depende do contexto no qual a família está inserida. A Família é vista como a base da sociedade, porém diante das mudanças econômicas, políticas e, sobretudo sociais, vê-se a instituição familiar estruturada de forma totalmente diferente de anos atrás (BRASIL, 1988).

No Brasil, a partir dos anos 1980, muitas modificações pertinentes ao conceito de família têm ocorrido. A Constituição Brasileira, em seu artigo 226, define a família como a base da sociedade, reconhece a união estável, entende que a entidade familiar pode ser formada por qualquer um dos pais e seus descendentes e estabelece que os direitos e deveres são igualmente exercidos pelo homem e pela mulher (BRASIL, 1988).

Do mesmo modo, o Novo Código Civil (2002) reconhece os direitos de filhos havidos fora do casamento e estabelece o “poder familiar⁶” igualmente compartilhado por pai e mãe, em substituição ao “pátrio poder” anteriormente.

O Estatuto da Criança e Adolescente (ECA, 1988) reconhece direitos para crianças e estabelece deveres para adultos, Estado e sociedade, em um contexto muito diferente dos anteriores. Mudanças como essas ocorrem devido às novas situações impostas pela contemporaneidade que, ao mesmo tempo, implicam modificações culturais e jurídicas. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas IBGE (2014) define família como o “conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência, residente na mesma unidade domiciliar, ou pessoa que mora só em uma unidade domiciliar”. Considera, portanto, um casal como uma família, ou até a pessoa que mora só como “família unipessoal”, privilegiando o domicílio comum em sua definição.

A problemática do risco e da vulnerabilidade social vem assumindo uma visibilidade crescente na definição de políticas públicas de planejamento e gestão territorial, assim como nos debates de cariz mais teórico sobre a preparação e a capacidade de recuperação das populações perante acontecimentos extremos, desastres ou catástrofes. Tal tendência deriva diretamente da definição de referenciais de âmbito internacional, como o Quadro de Ação de Hyogo para 2005-2015, ele próprio aprovado após a Década Internacional para a Redução dos Desastres Naturais que decorreu nos anos 90 do século xx, sob os auspícios das Nações Unidas, ou de propostas e diretivas setoriais da União Europeia sobre questões de risco, coesão territorial e redução da vulnerabilidade⁷.

Os serviços e recursos comunitários e uma política social que contemple as demandas familiares, como a garantia de acesso a creches, jornada de trabalho adequada, transporte públicos que não impliquem a permanência de longos períodos fora de casa, poderiam auxiliar as famílias nesse sentido. A identificação precoce de papéis disfuncionais que geram sofrimento, e não crescimento pode ser realizado por profissionais de saúde que acompanham famílias. Tais papéis devem ser abordados de modo que não se cristalizem ou originem fissuras graves no sistema familiar (TAVARES, 2011).

⁶ É o antigo pátrio poder ou pátria potestas. Por ser exercido por ambos os pais, a expressão pátrio poder foi substituída por poder familiar no Código Civil de 2002. Quando se fala em poder familiar, está se falando às relações jurídicas entre pais e filhos.

⁷ José Manuel Mendes e Alexandre Oliveira Tavares, “Risco, vulnerabilidade social e cidadania”, Revista Crítica de Ciências Sociais [online], 93 | 2011. Disponível em: < <http://rccs.revues.org/173>>. Acesso em: 15 ago de 2017.

A vulnerabilidade é a nossa última categoria analítica e passa a ser compreendida a partir da exposição a riscos de diferentes naturezas, sejam eles econômicos culturais ou sociais, que colocam diferentes desafios para seu enfrentamento (CAMARANO ET AL., 2004).

A vulnerabilidade é entendida como o desajuste entre ativos e a estrutura de oportunidades, provenientes da capacidade dos atores sociais de aproveitar oportunidades em outros âmbitos socioeconômicos e melhor sua situação, impedindo a deterioração em três principais campos: os recursos pessoais, os recursos de direitos e os recursos em relações sociais. (KATZMAN, 1999, p 7)

Destacamos que a vulnerabilidade social requer uma articulação de pressupostos objetivos e subjetivos como condicionantes que possam viabilizar de alguma forma políticas públicas que vise à inserção do indivíduo nos programas que garantam suas relações sociais. De acordo com Abramovay (2002, p.30),

a vulnerabilidade social é definida como situação em que os recursos e habilidades de um dado grupo social são insuficientes e inadequados para lidar com as oportunidades oferecidas pela sociedade. Essas oportunidades constituem uma forma de ascender a maiores níveis de bem-estar ou diminuir probabilidades de deterioração das condições de vida de determinados atores sociais. Assim, o conceito de vulnerabilidade social está indiretamente vinculado com o de mobilidade social, posto que as possibilidades que indivíduos em vulnerabilidade social possuem de se movimentarem nas estruturas sociais e econômicas são restritas em termos de modificação de inscrição social.

A vulnerabilidade social pode ser considerada de fato como um esgotamento das possibilidades que são impostas pela sociedade, ou seja, a falta de recursos e de acesso aos mesmos. Dessa forma, os indivíduos não possuem nenhum vínculo econômico que seja capaz de suprir pelos menos duas necessidades básicas.

Salientamos que embora consideremos que a vulnerabilidade social não esteja ligada somente às questões econômicas, mas a diversos fatores externos, é necessária que haja a ampliação e a efetivação das políticas sociais e dos serviços como: saúde, educação, habitação, assistência social, lazer, por parte do Estado, destinados às famílias em situação de vulnerabilidade social, por se encontrarem fragilizadas na proteção de seus membros. Além disso, somente uma família cuidada e amparada e terá condições de cuidar e proteger.

O presente trabalho trata-se de pesquisa de natureza qualitativa descritiva, bibliográfica, documental e de observação direta, pois nos permite ter uma visão maior acerca da temática em estudo. De acordo com Gil (2008, p. 28) a pesquisa descritiva tem por objetivo, “descrever as características de determinadas populações ou fenômenos. Uma de suas peculiaridades está na

utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática. Ex.: pesquisa referente à idade, sexo, procedência, eleição etc”.

A pesquisa parte de um problema, de uma interrogação que suscita a busca por respondê-la, e as hipóteses levantadas podem ser confirmadas ou invalidadas. Para isso, a pesquisa baseia-se em uma teoria que funciona como ponto de partida para a investigação, pois é utilizada para conceituar os fatos observados e provados. Além disso, a pesquisa é um processo de sistematização, não apenas de confirmação ou reestruturação de dados já conhecidos; exige comprovação e verificação (MARCONI; LAKATOS, 2007).

Segundo Gil (1999, p. 42), a pesquisa é um “processo formal e sistemático de desenvolvimento do método científico. O objetivo fundamental da pesquisa é descobrir respostas para problemas mediante o emprego de procedimentos científicos”, o que corrobora o pensamento de Marconi e Lakatos (2007).

Para isso, faz-se uso do método de pesquisa qualitativa, para se ter uma abordagem mais ampla que pressupõe um nível maior de abstração dos fenômenos da natureza e da sociedade. Utiliza-se, por conseguinte, métodos de procedimento que seriam as etapas mais concretas da investigação, mais restritas e menos abstratas, podendo ser empregados vários métodos concomitantemente (MARCONI; LAKATOS, 1991).

A pesquisa documental trilha os mesmos caminhos da pesquisa bibliográfica, não sendo fácil por vezes distingui-las. A pesquisa bibliográfica utiliza fontes constituídas por material já elaborado, constituído basicamente por livros e artigos científicos localizados em bibliotecas. A pesquisa documental recorre a fontes mais diversificadas e dispersas, sem tratamento analítico, tais como: tabelas estatísticas, jornais, revistas, relatórios, documentos oficiais, cartas, filmes, fotografias, pinturas, tapeçarias, relatórios de empresas, vídeos de programas de televisão, etc. (FONSECA, 2002, p. 32).

A pesquisa documental é de grande importância, pois nos permite ter acesso aos dados referente ao campo de pesquisa e aos documentos que são trabalhados pelos profissionais da instituição. Os relatórios que são desenvolvidos pelo IPREDE, nos auxiliam a entender como é desenvolvido o trabalho com as crianças que procuram atendimento para tratamento da obesidade infantil.

Destacamos que foi desenvolvido um estudo bibliográfico, pois se fez necessário entender como os autores abordam a obesidade infantil atualmente. Essa técnica foi de grande importância para que pudéssemos apresentar diversas discussões que são realizadas acerca do estudo.

A pesquisa bibliográfica é feita a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas, e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos, páginas de web sites. Qualquer trabalho científico inicia-se com uma pesquisa bibliográfica, que permite ao pesquisador conhecer o que já se estudou sobre o assunto. Existem, porém pesquisas científicas que se baseiam unicamente na pesquisa bibliográfica, procurando referências teóricas publicadas com o objetivo de recolher informações ou conhecimentos prévios sobre o problema a respeito do qual se procura a resposta. (FONSECA, 2002, p. 32)

As observações coletadas que deram embasamento à pesquisa foram realizadas no Instituto de Primeira infância - IPREDE, Localizado em Fortaleza, Rua Professor Carlos Lobo, 15 no Bairro Cidades dos Funcionários CEP 60821-740.

Observação é uma técnica de coleta de dados para conseguir informações e utiliza os sentidos na obtenção de determinados aspectos da realidade. Não consiste apenas em ver e ouvir, mas também em examinar fatos ou fenômenos que se desejam estudar. É um elemento básico de investigação científica, utilizado na pesquisa de campo e se constitui na técnica fundamental da Antropologia. A observação ajuda o pesquisador a identificar e a obter provas a respeito de objetivos sobre os quais os indivíduos não têm consciência, mas que orientam seu comportamento. Desempenha papel importante nos processos observacionais, no contexto da descoberta, e obriga o investigador a um contato mais direto com a realidade. É o ponto de partida da investigação social. (LAKATOS e MARCONI, 2003, p.190)

A observação como método de pesquisa nos auxilia a ter um diagnóstico mais completo das problemáticas acerca da temática que estamos pesquisando. Nessa linha de pensamento, Gil (1999) nos diz que a observação “constitui elemento fundamental para a pesquisa”, pois é a partir dela que é possível delinear as etapas de um estudo: formular o problema, construir a hipótese, definir variáveis, coletar dados, etc.

Por fim, a pesquisa, foi estruturada da seguinte forma: O segundo capítulo será apresentado o percurso histórico das políticas de saúde no Brasil, fazendo uma contextualização acerca da implantação das políticas de saúde.

No terceiro capítulo apresentaremos um estudo sobre a obesidade infantil, retratando como ocorre, que procedimentos são realizados para seu tratamento, que programas existem atualmente para o controle e orientação dessa temática.

No quarto e último capítulo serão apresentados os resultados da pesquisa que se dará em torno das observações realizadas no IPREDE, instituição que trabalha com a temática da obesidade infantil. Iremos apresentar o perfil socioeconômico das famílias que são recebidas pela referida instituição, descrever as ações que são desenvolvidas para o controle e orientação da obesidade infantil das crianças atendidas, e, por fim, relatar à atuação do profissional assistente social no atendimento as crianças atendidas na instituição.

2 PERCUSO HISTÓRICO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

Neste capítulo será apresentada uma contextualização acerca das políticas públicas de saúde, especificando através de um percurso histórico como foi o seu processo de implantação. Além disso, abordaremos sobre a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e suas contribuições.

Por fim, apresentaremos uma contextualização sobre as políticas de saúde abordando como foi desenvolvido ao longo dos anos. Será realizada, ainda, uma breve explanação sobre atenção primária do SUS para que possamos apresentar a obesidade infantil no capítulo seguinte.

2.1 Contextualizações da Política de Saúde

Para que se possa entender como foi implantada a Política Pública de Saúde no Brasil faz-se necessário apresentar o contexto histórico de como se iniciou todo esse processo. Percebe-se que ao longo dos anos vem ocorrendo modificações nessa política e que tais mudanças historicamente têm sido, pelo menos aparentemente, para adequarem-se aos contextos políticos, econômicos e sociais. Conforme Silva (1996), somente com a chegada da família real, em 1808, é que algumas normas sanitárias foram impostas aos portos, numa tentativa de impedir a entrada de doenças contagiosas que pudessem colocar em risco a integridade da saúde da realeza. Além disso, em 1822, com a Independência do Brasil, algumas políticas de saúde foram implantadas, porém, tais políticas eram referentes ao controle dos portos e atribuíam às províncias quaisquer decisões sobre tais questões.

Conforme Valdevite (2013), no Brasil, da passagem do século XIX para o XX, a preocupação com a saúde, na verdade, não se traduzia necessariamente pela questão do direito social ou da dignidade humana, mas estava ligada aos interesses econômicos das elites em manter o trabalhador sadio para manutenção da produção, principalmente naquele contexto agrário. Apresentamos um conjunto de datas que marcaram o longo caminho da constituição do SUS como a principal política pública de saúde brasileira, destacando as contribuições dadas por estes eventos na construção de nosso sistema único de saúde.

Iniciamos o percurso sobre a construção do SUS pelo ano 1923 informando que, com a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões e a Lei Eloy Chaves, criam-se as Caixas de Aposentadorias e Pensões. Em um contexto de rápido processo de industrialização e acelerada

urbanização, a lei vem apenas conferir estatuto legal a iniciativas já existentes de organização dos trabalhadores por fábricas, visando garantir pensão em caso de algum acidente ou afastamento do trabalho por doença, e uma futura aposentadoria. Com as “caixas”, surgem as primeiras discussões sobre a necessidade de se atender a demanda dos trabalhadores. Nascem, nesse momento, complexas relações entre os setores público e privado, que persistirão no futuro Sistema Único de Saúde (REIS, 2006)

De acordo com Bravo (2001), a saúde passou a ser percebida como “questão social⁸” no Brasil a partir do século XX, devido à emergência do trabalho assalariado durante a economia cafeeira que se caracterizava como Capitalismo Agrário. Ainda neste mesmo século, em meados da década de 1920, foi criada a Reforma Carlos Chagas, na tentativa de ampliar o atendimento à saúde pública, bem como as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), que por sua vez eram empresas, empregadoras e empregados, porém, esses benefícios eram proporcionais às contribuições, financiadas pela União e conhecidas também como Lei Elói Chaves, que foi promulgada em 1923.

A Lei Eloy Chaves não previa o que se pode chamar, com propriedade contribuição da união. Havia isto sim, uma participação no custeio, dos usuários das estradas de ferro, provenientes de um aumento das tarifas, decretado para cobrir as despesas das Caixas. A extensão progressiva desse sistema, abrangendo cada vez maior número de usuários de serviços, com a criação de novas Caixas e Institutos, veio afinal fazer o ônus recair sobre o público em geral e assim, a se constituir efetivamente em contribuição da União. O mecanismo de contribuição tríplice (em partes iguais) refere-se à contribuição pelos empregados, empregadores e União foi obrigatoriamente instituído pela Constituição Federal de 1934 (alínea h, § 1º, art. 21). No sistema das Caixas estabelecido pela lei Eloy Chaves, as próprias. (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1989, p.31)

No ano de 1932 foram criadas as IAPs, de acordo com a capacidade de organização, mobilização e importância da categoria profissional em questão. Destacamos que nestes institutos os trabalhadores eram organizados por categoria profissional (marítimos, comerciários, bancários) e não por empresa. Ainda nesse período outros institutos foram criados conforme especificaremos em 1934 o dos Comerciários (IAPC) e dos Bancários (IAPB), em 1936 o dos Industriários (IAPI) e em 1938 o dos Estivadores e Transportadores de Cargas (IAPETEL).

⁸ A expressão “questão social” começa a ser empregada maciçamente a partir da separação positivista, no pensamento conservador, entre o econômico e o social, dissociando as questões tipicamente econômicas das “questões sociais” (NETTO, 2001, p. 42).

De acordo com Reis (2006), em 1965 é criado Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que foi resultante da unificação dos IAPs, no contexto do regime autoritário de 1964, vencendo as resistências a tal unificação por parte das categorias profissionais que tinham institutos mais ricos consolida o componente assistencial, com marcada opção de compra de serviços assistenciais do setor privado, concretizando o modelo assistencial hospitalocêntrico, curativista e médico-centrado, que terá uma forte presença no futuro SUS.

Conforme Silva (2016) em 1977 foi criado o Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (SINPAS), e, dentro dele, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que passa a ser o grande órgão governamental prestador da assistência médica – basicamente à custa de compra de serviços médico hospitalares e especializados do setor privado. É possível dizer que tal lógica do INAMPS, que sobreviveu como órgão até a criação do SUS, ainda se reproduz no interior do sistema único, mesmo passados 20 anos desde sua criação.

Em 1982 foi implementado o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), que dava particular ênfase na atenção primária, sendo a rede ambulatorial pensada como a “porta de entrada” do sistema. De acordo com Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BRASIL, 2003, p. 27) o INAMPS,

Visava a integração das instituições públicas da saúde mantidas pelas diferentes esferas de governo, em rede regionalizada e hierarquizada. Propunha a criação de sistemas de referência e contra-referência e a atribuição de prioridade para a rede pública de serviços de saúde, com complementação pela rede privada, após sua plena utilização; previa a descentralização da administração dos recursos; simplificação dos mecanismos de pagamento dos serviços prestados por terceiros e seu efetivo controle; racionalização do uso de procedimentos de custo elevado; e estabelecimento de critérios racionais para todos os procedimentos. Viabilizou a realização de convênios trilaterais entre o Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social e Secretarias de Estado de Saúde, com o objetivo de racionalizar recursos utilizando capacidade pública ociosa. Podemos reconhecer nos AIS os principais pontos programáticos que estarão presentes quando da criação do SUS.

Foi a partir da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, após o fim da ditadura militar, iniciada em 1964 com intensa participação social, que se consagrou uma concepção ampliada de saúde e o princípio da saúde como direito universal e como dever do Estado, princípios estes que seriam plenamente incorporados na Constituição de 1988⁹.

No ano de 1987 é implementado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que tinha como principais diretrizes: universalização e equidade no acesso aos

⁹ Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unida_de_4.pdf>. Acesso em: 20 ago de 2017.

serviços de saúde; integralidade dos cuidados assistenciais; descentralização das ações de saúde; implementação de distritos sanitários. Algo importante sobre a criação do SUDS é que, pela primeira vez, o Governo Federal começou a repassar recursos para os estados e municípios ampliarem suas redes de serviços, renunciando a municipalização que viria com o SUS. As secretarias estaduais de saúde foram muito importantes neste movimento de descentralização e aproximação com os municípios, que recebiam recursos financeiros federais de acordo com uma programação de aproveitamento máximo de capacidade física instalada (BRASIL, 2013). Em 1988, foi aprovada a “Constituição Cidadã”, que estabelece a saúde como:

“Direito de todos e dever do Estado” e apresenta, na sua Seção II, como pontos básicos: “as necessidades individuais e coletivas são consideradas de interesse público e o atendimento um dever do Estado; a assistência médica sanitária integral passa a ter caráter universal e destina-se a assegurar a todos o acesso aos serviços; estes serviços devem ser hierarquizados segundo parâmetros técnicos e a sua gestão deve ser descentralizada.” Estabelece, ainda, que o custeio do Sistema deverá ser essencialmente de recursos governamentais da União, estados e municípios, e as ações governamentais submetidas a órgãos colegiados oficiais, os Conselhos de Saúde, com representação paritária entre usuários e prestadores de serviços (BRASIL, 1988, art. 196).

Fica claro que o dever de garantir saúde a todos era do Estado, bem como a redução dos riscos que fossem vistos como prejudicial à saúde, através de políticas públicas garantindo a promoção, proteção e recuperação da saúde. Destacamos que no Art. 198 da referida Constituição e ficaram estabelecidas as seguintes diretrizes:

Art. 198 As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - Participação da comunidade. § 1.º O Sistema Único de Saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (Parágrafo único renumerado para § 1.º pela Emenda Constitucional n.º 29 de 2000)
- § 2.º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados. Incluído pela Emenda Constitucional n.º. 29 de 2000. (BRASIL, 1988)

As diretrizes relacionadas ao Art. 198 são de grande importância, pois apresentam como se deve integrar as ações e serviços de saúde a partir de uma rede regionalizada e hierarquizada visando à participação da comunidade em suas práticas e ações.

Diante de todo esse percurso histórico apresentado sobre a política de saúde existente, faz-se necessário mostrar-se como se deu a criação do sistema único de saúde e suas contribuições para a construção de uma saúde igualitária com direitos de acesso a todos.

2.2 Implantação do Sistema Único de Saúde (SUS)

A criação e regulamentação do SUS foi o marco mais importante da história da Saúde Pública do país. Após sucessivos movimentos e tentativas, a primeira ferramenta foi legitimada e garantida em lei para a construção de uma saúde digna, humana, eficaz e universal. Destacamos que foi um ganho não somente para a população que estava prejudicada no acesso à saúde, mas também para toda a sociedade brasileira, na conquista de um direito básico, de provisão do Estado – a saúde enquanto bem inalienável.

A Criação do Sistema Único de Saúde (SUS) se deu através da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”. Primeira lei orgânica do SUS detalha os objetivos e atribuições; os princípios e diretrizes; a organização, direção e gestão, a competência e atribuições de cada nível (federal, estadual e municipal); a participação complementar do sistema privado; recursos humanos; financiamento e gestão financeira e planejamento e orçamento. Logo em seguida, a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros. Institui os Conselhos de Saúde e confere legitimidade aos organismos de representação de governos estaduais (CONASS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde) e municipais (CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde). Finalmente estava criado o arcabouço jurídico do Sistema Único de Saúde, mas novas lutas e aprimoramentos ainda seriam necessários. (BRASIL, 1990, p. 10)

O SUS é implantado como proposta de atendimento à população e vem sendo defendido por diversos segmentos sociais já há algumas décadas, fruto da própria Reforma Sanitária¹⁰, pela qual a descentralização, pela via da municipalização, torna-se principal eixo estratégico para a sua implementação (SCHWINGEL, 2002).

Conforme Neto (1994) a nova Constituição Brasileira, aprovada em 1988, incorporou as propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde, mas a regulamentação do SUS só aconteceu em 1990, através da Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Brasil, 1990), devido a uma demora do Governo em enviar o projeto de lei ao Congresso Nacional, o que tardou na sua

¹⁰ É a ideia de que o SUS é uma obra-prima inacabada, a depender ainda de seus mecanismos originais de luta e ideologia. Sua agenda de construção guarda, do mesmo modo, os conflitos primitivos que lhe deram vida como modelo contra-hegemônico ante interesses corporativos e mercantilistas, palco de lutas onde a participação da sociedade foi e continua sendo fundamental (BRASIL, 2006, p. 8).

implementação. Mesmo assim, muitas experiências foram sendo realizadas nos municípios. Porém, o sistema privado de saúde só passou a prestar serviços para o SUS após sua regulamentação. As diretrizes propostas para o SUS, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, que tinham como objetivos a ampliação e o crescimento da assistência à saúde em todos os municípios do País eram:

- I - Descentralização: gestão única em cada esfera de Governo – União/Estado/Município.
- II - Municipalização: deslocamento dos centros de decisões. Cada município deve possuir autonomia para dirigir seus recursos, investindo de acordo com as necessidades específicas de cada região.
- III - Financiamento dos serviços: de caráter público e de arrecadações de impostos e contribuições das esferas federal, estadual e municipal.
- IV - Participação social: garantida pela Constituição a participação da população nas decisões a serem tomadas a respeito da saúde através de instâncias colegiadas formais – conferências e conselhos de saúde. A participação comunitária também estava prevista através da corresponsabilidade na construção da saúde em seu bairro, construindo estratégias junto aos profissionais de saúde para uma qualidade de vida melhor. (BRASIL, 1996, p.1)

Logo em seguida, a Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros. Institui os Conselhos de Saúde e confere legitimidade aos organismos de representação de governos estaduais (CONASS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde) e municipais (CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde). Finalmente estava criado o arcabouço jurídico do Sistema Único de Saúde, mas novas lutas e aprimoramentos ainda seriam necessários (BRASIL, 1990).

Para regulamentar a implantação do Sistema Único de Saúde foram editadas as Normas Operacionais Básicas (NOB) em 1991 e 1993, respectivamente NOB-91 e NOB-93. Essas normas, por sua vez, a partir da avaliação do estágio de implantação e desempenho do SUS, se voltaram, mais direta e imediatamente, para a definição de estratégias e movimentos táticos, que orientaram a operacionalidade deste Sistema (BRASIL, 1997).

A NOB-SUS 93, que procura restaurar o compromisso da implantação do SUS e estabelecer o princípio da municipalização, tal como havia sido desenhada. Institui níveis progressivos de gestão local do SUS e estabelece um conjunto de estratégias, que consagram a descentralização político-administrativa na saúde. Também define diferentes níveis de responsabilidade e competência para a gestão do novo sistema de saúde (incipiente, parcial e semiplena, a depender das competências de cada gestor) e consagra ou ratifica os organismos

colegiados com grau elevado de autonomia: as Comissões Intergestoras (Tripartite e Bipartite) (BRASIL, 1993).

A população foi a grande beneficiada com a incorporação de itens de alta complexidade, que antes eram restritos aos contribuintes da previdência. Com a grande extensão de programas de saúde pública e serviços assistenciais, deu-se o início efetivo do processo de descentralização política e administrativa, que pode ser observado pela progressiva municipalização do sistema e pelo desenvolvimento de organismos colegiados intergovernamentais. A participação popular trouxe a incorporação dos usuários do sistema ao processo decisório, com a disseminação dos conselhos municipais de saúde, ampliando as discussões das questões de saúde na sociedade (LEVCOVITZ et al., 2001).

No ano 2002 é editada a Norma Operacional de Assistência à Saúde/NOAS-SUS, cuja ênfase maior é no processo de regionalização do SUS, a partir de uma avaliação de que a municipalização da gestão do sistema de saúde, regulamentada e consolidada pelas normas operacionais estava sendo insuficiente para a configuração do sistema de saúde, por não permitir uma definição mais clara dos mecanismos regionais de organização da prestação de serviços. Como veremos adiante, o Pacto pela Vida tem sua grande força, exatamente em um novo ordenamento dos processos de regionalização do SUS (BRASIL, 2002).

Baseada nos preceitos constitucionais, a construção do SUS se norteia pelos seguintes princípios doutrinários: universalidade, equidade e a integralidade.

- 1) universalidade: é a garantia de atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão. Com a universalidade, o indivíduo passa a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde, assim como àqueles contratados pelo poder público. Saúde é direito de cidadania e dever do Governo: Municipal, Estadual e Federal.
- 2) equidade: é assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, more o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema puder oferecer para todos.
- 3) integralidade: é o reconhecimento na prática dos serviços de que o homem é um ser integral, biopsicossocial, e deverá ser atendido com esta visão integral por um sistema de saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde. Diante do que foi exposto acerca dos princípios que norteiam as ações dos SUS podemos perceber que existe uma preocupação em relação a garantia e efetivação dos direitos a saúde, levando em consideração todos sem distinção de gênero, cor e raça. (LUCIETTO, 2011, p. 42)

Ressaltamos que o SUS possui três níveis de atenção à saúde (primária, secundária e terciária), essa descentralização é de grande importância para que se tenha um melhor atendimento à população. Para dar embasamento ao nosso estudo vamos abordar a atenção

primária no tópico seguinte pelo fato da obesidade infantil que é fruto dessa pesquisa fazer parte desse nível de saúde.

3 OBESIDADE INFANTIL

Neste capítulo vamos apresentar uma contextualização sobre obesidade infantil, através do aprofundamento dos conceitos abordados por diversos autores e do processo de prevenção que é realizado para o combate e prevenção dessa doença que cresce cada vez mais. Além disso, vamos apresentar a política de saúde voltada para obesidade infantil, mostrando o que se tem discutido na área da saúde sobre essa problemática.

Ademais, serão mostrados os principais programas de controle a obesidade infantil existente atualmente e como são desenvolvidas suas ações para a prevenção e orientação de uma alimentação saudável. Além disso, contextualizaremos sobre as principais leis, portarias e resoluções que tratam sobre a temática em pesquisa.

3.1 Definição de obesidade

Conforme Hernandes (2010), a obesidade pode ser definida como um distúrbio nutricional e metabólico caracterizado pelo aumento de massa adiposa no organismo, refletindo em um aumento de peso corpóreo. Atualmente, um dos métodos mais utilizados para indicar riscos relacionados ao excesso de peso corporal é o Índice de Massa Corporal (IMC). Quando se trata de crianças e adolescentes, além disso, deve-se levar em conta a faixa etária analisada.

Tendo em vista que a obesidade é entendida como uma doença, a mesma raramente age sozinha, a mesma também pode agravar muitos outros riscos como a hipertensão, doenças pulmonares, artrite, gota, toxemia na gravidez, além de problemas psicológicos, baixa tolerância a calor, função e tamanho do coração dentre outros fatores podendo influenciar de forma negativa na condição de saúde do indivíduo (POWERS; HOWLEY, 2005).

Considerada como uma doença de prevalência crescente, a obesidade está presente em cerca de 1,6 bilhão de indivíduos no mundo e, pelo menos 400 milhões são obesos. Destaca-se que esse dado alarmante reforça ainda mais a ideia de que a obesidade vem ganhando *status* de epidemia global e, por conseguinte, tornando-se um sério problema de saúde pública (WHO, 2006).

Destacamos que a obesidade na infância pode gerar diversas complicações que podem ir além de problemas de saúde. Outros fatores que podem acarretar devido à obesidade infantil é a discriminação social, enfrentada por pessoas que estão nessa. Além disso, existe uma grande dificuldade de autoaceitação própria que possui uma doença e que precisa realizar um tratamento.

De acordo com o Manual de Orientação da Obesidade na Infância e Adolescência (2008, p. 21):

Prevenir a obesidade na infância é a maneira mais segura de controlar essa doença crônica grave, que pode se iniciar já na vida intra-uterina¹¹. A importância de prevenir a obesidade na infância decorre de sua associação com doenças crônicas não transmissíveis no adulto, que podem se instalar desde a infância.

Diante do que exposto faz-se necessária a realização de um trabalho permanente de controle e prevenção da obesidade, tendo em vista que se trata de um problema que vem crescendo aceleradamente na atualidade e que acontece principalmente na infância. Ademais, é importante que haja uma prevenção ainda na infância para que, dessa forma, esse número não venha a crescer ainda mais e gerar riscos cada vez maiores à saúde.

Podemos perceber que prevenir a obesidade na infância é sem dúvida a maneira mais segura de controlar essa doença crônica grave, que pode, como foi citado anteriormente, iniciar desde a vida intrauterina e permanecer até a adolescência. Além disso, a importância da prevenção na infância reside no fato de poder evitar doenças crônicas na fase adulta que podem surgir já na infância.

O Manual de Orientação da Obesidade na Infância e Adolescência (2008) apresenta alguns métodos que podem ser feitos para evitar a obesidade infantil e vamos destacar a família e a escola como eixos principais: A prevenção no núcleo familiar pode acontecer em forma de orientação sobre os hábitos alimentares, verificar desvios na dinâmica familiar capazes de influenciar o comportamento alimentar da criança, avaliar, com a participação da família, a quantidade e o tipo de alimentos que são rotineiramente adquiridos, abordar questões relativas ao vínculo mãe-filho e estimular a adesão dos pais ao estilo de vida ativo.

Com relação ao trabalho que pode ser desenvolvido na escola destacamos que educar e capacitar os diversos profissionais envolvidos com a criança é de grande importância, pois já se percebe a rotina que é feita pela criança em relação ao seu hábito alimentar, orientar os pais sobre o controle da merenda escolar, a avaliação dos alimentos oferecidos na cantina e os lanches preparados em casa e levados à escola, no que diz respeito à quantidade de colesterol gordura trans, gordura saturada, sal e açúcar, com o objetivo de assegurar uma dieta saudável. Algo muito importante seria a inserção da educação nutricional no currículo escolar, levando em consideração a importância dos alimentos e seu consumo responsável, promoção de atividade física programada e com metas e por fim um maior envolvimento ativo da família na

¹¹ É a fase em que o ser ainda está em formação no interior do útero

vida escolar dos filhos em relação aos hábitos alimentares (Manual de Orientação da Obesidade na infância e adolescência, 2008).

Por fim, além da participação da família e da escola nesse processo de prevenção da obesidade faz-se necessário o envolvimento dos gestores públicos na promoção e elaboração de políticas públicas voltadas para esse segmento. No próximo tópico vamos apresentar a política de saúde que existe atualmente e que auxilia na prevenção e criação de programas para o combate a obesidade infantil.

3.2 Política de saúde voltada para obesidade infantil

Embora a implantação de políticas voltadas para a saúde seja de dificuldade implantação, elas têm sido de grande importância para a população do país. Podemos perceber através das bibliografias levantadas para embasamento do estudo em pesquisa que, historicamente, as políticas públicas no Brasil vêm sendo realizadas por meio de práticas assistencialistas, refletindo-se em relações que não incorporam o reconhecimento do direito à saúde. A função social das políticas tem sido alterada no que diz respeito à qualidade, quantidade e variedade (OLIVEIRA, 2008).

Uma das políticas públicas existentes e que busca melhorias das condições de alimentação e nutrição da população brasileira é a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), que tem como objetivos respeitar, proteger, promover e prover os direitos humanos à saúde e à alimentação. Baseia suas ações em sete diretrizes, sendo elas:

- 1) estímulo às ações intersetoriais com vistas ao acesso universal aos alimentos;
- 2) garantia de segurança e qualidade dos alimentos e da prestação de serviços nesse contexto;
- 3) monitoramento da situação alimentar e nutricional;
- 4) promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis;
- 5) prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e doenças nutricionais;
- 6) promoção do desenvolvimento de linhas de investigação e desenvolvimento;
- 7) capacitação de recursos humanos em saúde e nutrição. (BRASIL, 2007, p.19)

Podemos perceber por meio das diretrizes do PNAN que o governo federal sabe do excesso alimentar da população, e que de alguma forma está propondo como estratégia fundamental a promoção da alimentação saudável. Destacamos que os principais programas e ações são focalizados e seletivos pelo PNAN. São eles: Programa Nacional de Controle da Deficiência da Vitamina A, o Programa de Controle da Anemia Ferropriva e o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (BRASIL, 1999).

Para que possa haver um enfrentamento à epidemia de obesidade, as políticas públicas e ações intersetoriais são de fundamental importância, pois devem proporcionar ambientes estimuladores, que apoiem e mantenham padrões saudáveis de alimentação e atividade física, enfatizando que tais atitudes deveriam ir além de informar e educar a população, propiciando também um ambiente que estimule, apoie e proteja padrões saudáveis de alimentação e atividade física.

Por meio da lei nº. 8.080/1990 é regulado o SUS atuar na formulação e no controle das políticas públicas de saúde. Nesse contexto, surge a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN, portaria n.º 710/1999), que atesta o compromisso do Ministério da Saúde em controlar os males relacionados à alimentação e nutrição no Brasil, através da formulação de requisitos básicos para a promoção e a proteção à saúde, possibilitando assim o processo de construção do empreendimento “Estratégia Global para Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde”, que tem como principais objetivos: estabelecer um conjunto de orientações e recomendações para políticas e ações nas áreas da saúde, agricultura e desenvolvimento social; recomendar ações sobre as escolhas alimentares mais saudáveis dos indivíduos e ainda prever ações de caráter regulatório, fiscal ou legislativo, que modifiquem o ambiente de modo a tornar essas escolhas factíveis. (GARCIA, ET AL., 2016, p 6)

No ano de 2003, com o intuito de garantir a todos os brasileiros o acesso a uma alimentação adequada, à sobrevivência e à saúde em termos de quantidade, qualidade e regularidade foi implantado o Programa Fome Zero¹². Mais tarde, aprovada pela Portaria nº. 687/2006, a Política Nacional de Participação Social (PNPS), a qual transita entre o conjunto das ações e programas voltados à saúde, denota que com a sua implantação o protagonismo do processo de promoção da saúde, passa a ser dos profissionais e usuários do sistema (GARCIA, ET AL., 2016).

Outro espaço importante para a inserção das ações para saúde na Atenção Básica são os polos de Academias de Saúde, que objetivavam a prática de exercícios para obtenção de uma boa qualidade de vida. O Programa Academia de Saúde, lançado em 2011 pelo Ministério da Saúde, visa contribuir para a promoção da saúde pública, incentivando a prática regular da atividade física e com a inserção de profissionais dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), que realizarão ações que atendam às demandas do seu território, propor também ações de promoção da alimentação saudável (BORFE, ET AL., 2016).

A obesidade infantil é vista e tratada pelo Estado através da atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS). Por isso, é fundamental que se contextualize esse nível de atenção à

¹² O programa fome zero foi criado em 2003 para combater a fome e suas causas estruturais, que geram a exclusão social e para garantir a segurança alimentar dos brasileiros.

saúde atenção antes de iniciarmos a discussão sobre obesidade infantil. Com o objetivo de reformular e reorientar a atenção primária, o Ministério da Saúde criou, em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF). Este é:

[...] um modelo de atenção voltado à proteção e à promoção da saúde, além de atendimento domiciliar, com os seguintes aspectos organizacionais: delimitação de área de abrangência com a descrição da clientela [...]; equipe multiprofissional [...]; enfoque preventivo e de promoção à saúde, a partir de prioridades epidemiológicas da área adstrita; ênfase nas ações locais, visando reduzir a demanda sobre centros de saúde e hospitais; participação comunitária e controle social, centrados nos Conselhos Municipais de Saúde. (BASTOS, 1998, p.430)

Para Bastos (1998) o PSF é um programa que desenvolve um trabalho voltado para promoção da saúde com um atendimento diferenciado, pois são realizadas visitas domiciliares constantemente. Ressaltamos que a atenção primária prevê a capacidade de solucionar as necessidades de saúde que vão além da cura e reabilitação, através da prevenção, promoção e educação em saúde.

A atenção primária é de fundamental importância, pois é nesse nível que é realizada uma abordagem, em que se forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde. Sendo assim, aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. A atenção primária à saúde foi definida pela assembleia mundial da saúde em conferência realizada em Alma Ata em 1977 como:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômica global da comunidade. O primeiro nível e sua relação com a saúde de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando à atenção a saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde. (OMS, 1978)

A atenção primária também pode ser definida como nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros (STARFIELD, 2002).

A obesidade infantil está caracterizada dentro da atenção primária que executa o trabalho de prevenção, em que se objetiva evitar que as crianças “de risco” adquiram sobrepeso; e a prevenção secundária visa impedir a gravidade da obesidade e reduzir as co-morbidades de crianças com sobrepeso e obesas. As iniciativas de prevenção primordial e primária são as mais eficazes, principalmente se forem iniciadas antes da idade escolar e mantidas durante a infância e a adolescência (YANOVSKI, 2002).

Destacamos que as políticas públicas que atentam a prevenção da obesidade devem estar centradas no bem-estar do indivíduo, envolvendo principalmente ações que estimulem a aquisição de hábitos saudáveis. Nesse sentido, se faz necessário idear meios de estimular a prática de atividades físicas, envolvendo todas as faixas etárias e todas as classes sociais. Ressaltamos que, além de todas as ações voltadas para uma alimentação saudável, é de grande importância haver um planejamento das intervenções que contemplem o prazer de uma alimentação saudável, garantindo assim a saúde plena de toda população¹³.

3.3 Programas de controle a obesidade infantil

O Programa de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), é definido como a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, além disso, tem como base práticas alimentares promotoras de saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam social, econômica e ambientalmente sustentáveis (BRASIL, 2004).

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) se destaca com um programa que auxilia na prevenção da obesidade infantil com ênfase na vigilância alimentar e nutricional e consiste na descrição contínua e predição de tendências das condições de alimentação e nutrição da população e seus determinantes. As suas ações são desenvolvidas por meio dos recursos tecnológicos, em que na atenção básica, dados de peso, altura e indicadores do consumo alimentar, em diferentes fases da vida, obtidos nos atendimentos dos estabelecimentos de saúde ou pela Estratégia de Saúde da Família (ESF),¹⁴ podem ser registrados em um sistema informatizado, acessado pela internet (SISVAN, WEB). Ademais o

¹³ As políticas públicas e o enfrentamento da obesidade no Brasil: uma revisão reflexiva Cristina Rech Letícia Borfe, Alessandra Emmanouilidis, Edna Linhares Garcia, Suzane Beatriz Frantz Krug 1Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. Acesso em: 27 ago de 2017.

¹⁴ Em 2006 o PSF deixou de ser programa e passou a ser uma estratégia permanente na atenção básica em saúde, justamente por que o programa possui tempo determinado e estratégia é permanente e contínua. Desse modo passou a ser denominado de Estratégia Saúde da Família – ESF (DALPIAZ, 2011).

SISVAN permite o monitoramento do sobrepeso e obesidade em nível municipal, assim como a prevalência de AME e características da alimentação complementar (UNICEF, 2010).

Tendo como principais programas direcionados para o ambiente escolar podem citar: Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) que se objetiva em garantir aos escolares o acesso a uma melhor alimentação de forma permanente e, assim, contribuir para o melhor desempenho escolar e para a redução da evasão. Além disso, o PNAE tem sua atuação voltada para promoção da segurança alimentar e nutricional para esse grupo social prioritário. Entretanto, o adequado planejamento dos cardápios a serem servidos aos escolares e o acompanhamento da execução dos mesmos são importantes para o alcance dos objetivos do programa, na medida em que há oferta nutricional mínima a ser garantida, além de ser considerado como um instrumento para formação de bons hábitos alimentares entre os beneficiários (SANTOS, ET AL., 2007).

Outro programa de grande importância e que este inserido no ambiente escolar é o Programa Saúde na Escola (PSE), que foi instituído por Decreto Presidencial nº. 6.286/2007, resultante do trabalho entre os Ministérios da Saúde e da Educação. O referido programa tem como objetivo a ampliação das ações específicas de saúde aos alunos da rede pública de ensino, avaliação das condições de saúde, promoção e prevenção da saúde, educação permanente e capacitação dos profissionais, monitoramento e análise da saúde dos estudantes são ações propostas pelo programa.

O programa Dez Passos para a Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas foi elaborado com o objetivo de propiciar a adesão da comunidade escolar a hábitos alimentares saudáveis e promoção da saúde. Destacamos que as ações do referido programa consistem num conjunto de estratégias que devem ser implementadas com o fim de permitir a formulação de ações/atividades de acordo com a realidade de cada local. Destacamos que as estratégias precisam ser definidas em conjunto com a comunidade, favorecendo escolhas saudáveis, reforçando a promoção da saúde e a alimentação saudável no ambiente escolar. De forma clara e objetiva, as estratégias devem também sensibilizar e capacitar os profissionais envolvidos com alimentação na escola para produzir e oferecer alimentos mais saudáveis, adequando os locais de produção de refeições às boas práticas de fabricação. Abaixo segue os dez passos que estão inseridas dentro do programa Dez Passos para a Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas (BRASIL, 2004).

Passo 1. A escola deve definir estratégias, em conjunto com a comunidade escolar, para favorecer escolhas saudáveis.

Passo 2. Reforçar a abordagem da promoção da saúde e da alimentação saudável nas atividades curriculares da escola.

Passo 3. Desenvolver estratégias de informação às famílias dos alunos para a promoção da alimentação saudável no ambiente escolar, enfatizando sua corresponsabilidade e a importância de sua participação neste processo.

Passo 4. Sensibilizar e capacitar os profissionais envolvidos com alimentação na escola para produzir e oferecer alimentos mais saudáveis, adequando os locais de produção e fornecimento de refeições às boas práticas para serviços de alimentação e garantindo a oferta de água potável.

Passo 5. Restringir a oferta, a promoção comercial e a venda de alimentos ricos em gorduras, açúcares e sal.

Passo 6. Desenvolver opções de alimentos e refeições saudáveis na escola. Passo 7. Aumentar a oferta e promover o consumo de frutas, legumes e verduras, com ênfase nos alimentos regionais.

Passo 8. Auxiliar os serviços de alimentação da escola na divulgação de opções saudáveis por meio de estratégias que estimulem essas escolhas. Passo 9. Divulgar a experiência da alimentação saudável para outras escolas, trocando informações e vivências.

Passo 10. Desenvolver um programa contínuo de promoção de hábitos alimentares saudáveis, considerando o monitoramento do estado nutricional dos escolares, com ênfase em ações de diagnóstico, prevenção e controle dos distúrbios nutricionais (BRASIL, 2004).

De acordo com as estratégias citadas acima, podemos verificar que existe grande preocupação na prevenção e estímulo de uma alimentação saudável para o público infantil no ambiente escolar para que não venham a desenvolver no futuro problemas como obesidade infantil. Além disso, os profissionais também são mobilizados para promover a prática de se ofertar uma alimentação saudável e de qualidade para as crianças.

Por fim, para auxiliar todo esse processo de prevenção em relação à obesidade infantil, é de fundamental importância que hajam normatizações e leis que estabeleçam limites e norteiem as ações que podem ser realizadas pelos programas e políticas públicas existentes para esse segmento. Dessa forma, no próximo tópico, vamos apresentar as leis e portarias que regulamentam as ações voltadas para prevenção da obesidade infantil no Brasil.

3.4 Leis e Normativas vigentes para o atendimento à obesidade infantil

A Portaria nº. 1.920, de 5 de setembro de 2013 é a mais recente e institui a Estratégia Nacional para Promoção do aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) - estratégia amamenta e alimenta Brasil. Além disso, tem como contribuir para a melhora no perfil nutricional da alimentação das crianças, com a diminuição de deficiências nutricionais, de baixo peso e de excesso de peso.

O art. 3º da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil pretende:

- I - Contribuir para a redução de práticas desestimuladoras da amamentação e alimentação complementar saudável nas UBS, como a propaganda desenfreada de produtos que possam vir a interferir na alimentação saudável de crianças menores de 2 (dois) anos;
- II - Contribuir para a formação de hábitos alimentares saudáveis desde a infância;
- III - contribuir para o aumento da prevalência de crianças amamentadas de forma exclusiva até os seis meses de idade;
- IV - Contribuir para o aumento da prevalência de crianças amamentadas até os 2 (dois) anos de idade ou mais;
- V - Contribuir para a diminuição da prevalência de crianças que recebem alimentos precocemente;
- VI - Contribuir para o aumento da prevalência de crianças que consomem frutas, verduras e legumes diariamente;
- VII - Contribuir para a diminuição de crianças que recebem alimentos não saudáveis e não recomendados, principalmente antes dos dois anos de idade; e
- VIII - Contribuir para a melhora no perfil nutricional das crianças, com a diminuição de deficiências nutricionais, de baixo peso e de excesso de peso. (BRASIL, 2013, p. 18)

Conforme Art. 3 que foi citado acima, percebe-se uma preocupação com crianças desde seu nascimento, em que lhe é oferecido uma alimentação saudável que se inicia no aleitamento materno e no seu crescimento a inserção de frutas, verduras e legumes como hábitos alimentares saudáveis, contribuindo para um bom desenvolvimento alimentar e diminuindo o risco de excesso de peso.

A Lei nº. 11.265, de 03 de janeiro de 2006 regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e também a de produtos de puericultura¹⁵ correlatos. Além disso, visa controlar a publicidade indiscriminada dos alimentos e produtos que concorrem com a amamentação. Os Arts. 1º e 2º da referida lei estabelecem respectivamente os objetivos e a comercialização dos produtos.

- Art. 1º O objetivo desta Lei é contribuir para a adequada nutrição dos lactentes e das crianças de primeira infância por meio dos seguintes meios:
- I – Regulamentação da promoção comercial e do uso apropriado dos alimentos para lactentes e crianças de primeira infância, bem como do uso de mamadeiras, bicos e chupetas;
 - II – Proteção e incentivo ao aleitamento materno exclusivo nos primeiros 6 (seis) meses de idade; e
 - III – Proteção e incentivo à continuidade do aleitamento materno até os 2 (dois) anos de idade após a introdução de novos alimentos na dieta dos lactentes e das crianças de primeira infância. (BRASIL, 2006, p.1)

Conforme a Lei nº. 11.265, de 3 de janeiro de 2006, estabelecer um limite para a veiculação de produtos que não estejam ligados a amamentação é de grande importância, pois

¹⁵ É a área da saúde que se dedica ao estudo dos cuidados com o ser humano em desenvolvimento, mais especificamente com o acompanhamento do desenvolvimento infantil.

garante que a criança passe mais tempo tendo como principal alimentação o leite materno que é considerado alimento saudável e responsável pelo seu desenvolvimento.

Art. 2º Esta Lei se aplica à comercialização e às práticas correlatas, à qualidade e às informações de uso dos seguintes produtos, fabricados no País ou importados:

- I – fórmulas infantis para lactentes e fórmulas infantis de seguimento para lactentes;
- II – fórmulas infantis de seguimento para crianças de primeira infância;
- III – leites fluidos, leites em pó, leites modificados e similares de origem vegetal;
- IV – alimentos de transição e alimentos à base de cereais indicados para lactentes ou crianças de primeira infância, bem como outros alimentos ou bebidas à base de leite ou não, quando comercializados ou de outra forma apresentados como apropriados para a alimentação de lactentes e crianças de primeira infância;
- V – fórmula de nutrientes apresentada ou indicada para recém-nascido de alto risco;
- VI – mamadeiras, bicos e chupetas. (BRASIL, 2006, p.1)

Existem algumas leis, portarias e resoluções específicas que estabelecem regras e norteiam as possíveis intervenções que serão desenvolvidas no ambiente escolar para prevenção e orientação a cerca da obesidade infantil. A Lei nº. 12.982, de 28 de maio de 2014, altera a Lei nº. 11.947, de 16 de junho de 2009 (PNAE), e com isso determina o provimento de alimentação escolar adequada aos alunos portadores de condição ou de estado de saúde específico. Destacamos que a referida lei determina que seja elaborado cardápio especial com base em recomendações médicas e nutricionais, avaliação nutricional e demandas nutricionais diferenciadas, conforme regulamento (BRASIL, 2014).

Outra importante ferramenta que estabelece como deve ser uma alimentação saudável nas escolas é a Resolução nº. 026, de 17 de junho de 2013, que dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar aos alunos da educação básica no âmbito do PNAE. De acordo com a referida resolução (2013), um dos capítulos mais importante dessa resolução é o V, que aborda as ações de educação alimentar e nutricional e de segurança alimentar, determinando a competência ao nutricionista responsável técnico de realizar o diagnóstico e acompanhamento nutricional dos estudantes. Depois dessa análise que é realizada com os estudantes são criadas estratégias para planejar o cardápio da alimentação escolar de acordo com a cultura alimentar, o perfil epidemiológico da população atendida e a vocação agrícola da região.

O último documento voltado para o ambiente escolar foi a Portaria Interministerial nº. 1.010, de 08 de maio de 2006, que institui as diretrizes para a Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas de educação infantil, ensino fundamental e nível médio das redes públicas e privadas, em âmbito nacional. Assim como as demais suas diretrizes baseiam-se em ações de educação nutricional, além disso, há estímulo à produção de hortas escolares, restrição ao comércio e à promoção comercial no ambiente escolar de alimentos e preparações com altos

teores de gordura saturada, gordura trans, açúcar e sal livres e incentivos ao consumo de frutas, legumes e verduras (BRASIL, 2006).

Em relação à mobilização social e conscientização temos a Lei nº. 11.721, de 23 de junho de 2008 que institui o Dia Nacional de Prevenção da Obesidade, celebrado anualmente no dia 11 de outubro, com o objetivo de conscientizar a população sobre a importância da prevenção da obesidade.

As leis, portarias e resoluções são de fundamental importância para a regulamentação de ações interventivas para prevenção da obesidade infantil no âmbito, municipal, estadual e federal. Além disso, estabelecem regras claras de como as instituições principalmente no âmbito escolar tem que desenvolver suas práticas para obtenção e promoção de uma alimentação saudável.

Por fim, faz-se necessária entender que a obesidade infantil, de acordo com as discussões apresentadas pelos autores durante a elaboração da pesquisa, nos faz refletir sobre um grande trabalho de prevenção que tem que ser feito por todas as partes da sociedade (família, sociedade civil e Estado) para que as crianças tenham uma alimentação adequada e um atendimento de qualidade nos estabelecimentos que desenvolvem trabalho para o cuidado de crianças com obesidade. No capítulo seguinte vamos apresentar o trabalho que é desenvolvido para crianças com obesidade no Instituto de Primeira Infância (IPREDE).

4 RESULTADO DA PESQUISA

Neste capítulo serão apresentados os resultados da pesquisa, a partir da coleta de dados que se deu por meio das observações em campo. Ademais, vamos descrever os principais programas que são desenvolvidos pelo Instituto de Primeira Infância (IPREDE) para a orientação e prevenção da obesidade infantil.

Além disso, vamos relatar sobre a entrada e as observações realizadas no campo da pesquisa, apresentando como se dá a atuação do serviço social em relação à obesidade infantil no IPREDE, fazendo uma contextualização do seu surgimento na referida instituição e as principais ações que são desenvolvidas pelo profissional assistente social.

4.1 Campo da pesquisa: Instituto de Primeira Infância - IPREDE

De acordo com os documentos cedidos pela instituição em pesquisa, o Instituto de Primeira Infância – IPREDE, está localizado no município de Fortaleza, especificamente na Rua Professor Carlos Lobo, nº. 15, no bairro Cidades dos Funcionários. Fundado em 1986 como Instituto de Prevenção da Desnutrição e da Excepcionalidade, começou sua trajetória histórica em consonância com a necessidade de prevenir e tratar crianças com desnutrição infantil até a atualidade com investimento na primeira infância, passando a denominar-se Instituto da Primeira Infância no ano de 2012.

Na década de 1980 no estado do Ceará havia uma realidade, em que apenas 100 crianças em cada mil nascidas tinham possibilidade de alcançar um ano de idade e onde 30% das crianças desnutridas tinham sequelas de crescimento. Passados os anos, a situação mudou bastante: o índice de desnutrição infantil é residual, entre 6% e 7% e taxa de mortalidade abaixo de 20 por cada mil nascidos, provocando que a Instituição evoluísse na sua missão.

Entendendo a responsabilidade com a causa da criança e o compromisso ético com a sociedade, o IPREDE deu um novo passo, tornando-se um centro de referência sobre a primeira infância um espaço de produção, ensino e divulgação da temática para a sociedade em geral. O Instituto desenvolve programas, projetos e serviços em articulação com os diversos setores da sociedade, com fins públicos, foco na nutrição e desenvolvimento na primeira infância, bem como trabalha na geração e disseminação de conhecimentos técnico-científicos a partir dessas experiências adquiridas, a produção e promoção da cultura e da arte como instrumento de conscientização e valorização do cidadão.

O IPREDE tem como missão promover a saúde e a nutrição da primeira infância, articulando-os com ações que visam ao fortalecimento das mulheres e da inclusão social de famílias que vivem em situação de vulnerabilidade social e pobreza. Juntamente com a equipe de profissionais das áreas de Nutrição, Medicina, Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia, Odontologia, Pedagogia, Assistência Social, Enfermagem e Psicomotricidade o IPREDE presta atendimento com base nos protocolos de atendimento a crianças desnutridas, propostos pela Organização Mundial da Saúde. Com seus 30 anos de existência a ONG¹⁶, numa evolução natural de seu trabalho contra a desnutrição infantil, passaram a atuar também no combate aos distúrbios nutricionais e obesidade infantil. Acompanhar e avaliar um programa transdisciplinar que cause impacto na prevenção e no tratamento da obesidade infantil e assim possui, hoje, um foco de atuação na primeira infância.

O trabalho desenvolvido pelas equipes multiprofissionais da ONG não visa somente à criança, mas também à sua mãe, que recebe instruções e informações que a capacitam como multiplicadora de conhecimentos junto à comunidade. Os atendimentos que chegam ao mínimo de 100 por dia, totalizam cerca de 1.350 ao mês, e diariamente a ONG serve cerca de 250 refeições às famílias assistidas.

Tem como objetivo promover a nutrição e o desenvolvimento na primeira infância articulando-os com ações que possibilite o fortalecimento das mulheres e da inclusão social de famílias que vivem em situação de vulnerabilidade social e pobreza. Contribuir para melhor do nível de qualidade de vida, despertar crítico na consciência dos usuários, atendimento humanizado e favorecer o acesso aos bens e serviço relativos aos programas de intervir.

A partir dos seus 30 anos de existência, o IPREDE conseguiu salvar muitas vidas e contribuiu de forma efetiva para minimização das situações de vulnerabilidade social de seus assistidos. Foram atendidas mais de 25.000 crianças e realizou-se mais de 600.000 atendimentos, com resultados satisfatórios uma vez que, em média, 70% das crianças apresentaram evolução nutricional satisfatória, traduzida como ganho de peso nos retornos de acompanhamento.

Sua clientela é oriunda fundamentalmente do município de Fortaleza e, em menores proporções, de municípios do interior do Estado, durante o estágio me possibilitou a visão da

¹⁶ É considerada uma Organização Não Governamental e uma entidade jurídica de caráter privado que tem como finalidade o exercício de atos humanitários.

Instituição como um todo, desde a sua história até os projetos desenvolvidos e a atuação profissional.

4.2 Entrada e as observações no campo da pesquisa

O contato com o campo se deu por fazermos parte da equipe profissional do IPREDE, o que nos ajudou a ter um conhecimento mais amplo sobre as ações que são desenvolvidas pela referida instituição. Inicialmente sinalizamos que as descrições realizadas foram fruto de observação direta no campo de pesquisa entre os meses de setembro e outubro de 2017, nas terças e quintas-feiras no período da tarde. Além disso, para realização das coletas de dados somamos uma carga horária de aproximadamente 65h, observando e notando as percepções do campo. Salientamos que os pontos que consideramos importantes, foram realçados em negrito, pois apresentam de forma clara e objetiva as ações que são desenvolvidas pela instituição que faz parte do nosso objeto de estudo.

Podemos perceber o contexto através da técnica de observação direta, que, de acordo com Marconi; Lakatos (1990), é uma técnica de coleta de dados que utiliza os sentidos para compreender determinados aspectos da realidade e que não consiste apenas em ver e ouvir, mas também em examinar fatos ou fenômenos que se desejam estudar. Verificamos que o IPREDE se caracteriza com uma instituição dedicada a promover a nutrição e o desenvolvimento na primeira infância articulando-os com ações que visam ao fortalecimento das mulheres e da inclusão social de famílias que vivem em situação de vulnerabilidade social e pobreza. Sua ação assistencial está sistematizada em três Programas: Programa de assistência psicossocial, Programa de Desenvolvimento na Primeira Infância e o Programa de Atenção a Mulher.

Faz-se necessário apresentar o que cada programa oferece e se objetiva durante sua execução. Inicialmente verificamos que o **Programa de assistência psicossocial** é responsável pelo primeiro contato das crianças e seus familiares com a instituição. Ressaltamos que o acolhimento e respeito são pilares fundamentais que a objetivação do programa. Além disso, tem como objetivo principal oferecer às famílias e às crianças referidas ao IPREDE, um atendimento, por meio de uma equipe multidisciplinar, que esta pautada no acolhimento e atitude humanizada. Ademais são responsáveis pelo acolhimento das crianças e seus familiares os seguintes profissionais: assistentes sociais, pedagogos, psicólogos e enfermeiras, recepcionistas e equipe de apoio.

Figura I - 1º espaço de acolhimento



Fonte: Website IPREDE.

De acordo com as informações cedidas pela instituição o acolhimento conta com quatro espaços projetados para receber as crianças e suas mães e oferecer ambientes lúdicos e artísticos, mediados por um educador, que facilita as atividades e experiências estéticas. As crianças podem ir a uma sala de pintura ou a uma área onde simplesmente ouça uma música, ou leia, ou fique quieta, ou escreva. Além disso, o programa atende a essa filosofia de trabalho e respeita as especificidades de faixa etária, condições de saúde e estrutura familiar de cada criança atendida na instituição.

Figura II - 2º espaço para acolhimento



Fonte: Website IPREDE.

A criança deve ser recebida em um ambiente acolhedor e respeitada enquanto pessoa. Isso provoca um estado de paz de espírito. Nesse espaço, as atividades que são desenvolvidas respeitam as especificidades de faixa etária, condições de saúde e estrutura familiar de cada criança atendida na instituição.

Figura III - 3º Espaço de acolhimento



Fonte: Website IPREDE.

A Sala de Leitura Mundo de Jade é considerada outro espaço que se destina ao acolhimento das crianças e sua família e à realização de atividades, em que se promovem uma aproximação a literatura, as narrativas escritas, a contação de histórias; desperta nas crianças e mães o prazer de ser ouvinte, imaginar os acontecimentos, conviver com os personagens e lugares narrados nos textos.

Figura IV - 4º Espaço de acolhimento



Fonte: Website IPREDE.

Destacamos que a configuração do funcionamento do acolhimento no IPREDE iniciou-se no ano de 2010, tratava-se de um propósito norteado pelo contato das crianças e seus familiares com a instituição analogicamente posta nas diretrizes dos Ministérios da Saúde como usuários e profissionais.

Para realização das atividades o programa utiliza a Sala de Leitura Mundo de Jade que tem por objetivo promover uma aproximação à literatura, as narrativas escritas, a contação de histórias; despertando nas crianças e nas mães o prazer de ser ouvinte, imaginar os acontecimentos, conviver com os personagens e lugares narrados nos textos.

Figura V - Sala de Leitura



Fonte: Website IPREDE.

A sala de leitura não possui mobiliário, mas nela há prateleiras com livros infantis, uma árvore/estante na parede, um projetor nas raízes da árvore direcionado para o teto da sala onde as crianças e cuidadores visualizam contações de histórias. Uma parede furada com um lindo círculo vermelho, o chão de EVA colorido e pufes de diversos formatos e cores.

Outro espaço que é utilizado para execução das atividades do programa é a Brinquedoteca, que possui recursos para que as crianças possam desenvolver diversas brincadeiras livres ou mediadas pelo profissional pedagogo, em que aprendem sempre a cuidar, compartilhar e dividir brinquedos e jogos, tendo como finalidade central o estímulo à imaginação.

Figura VI - Sala da Brinquedoteca



Fonte: Website IPREDE.

O espaço destinado à Brinquedoteca é composto por mesas, cadeiras, bancos, jogos e brinquedos, feitos em madeira, pintadas com cores primárias, com luminosidade natural, vinda dos janelões. Além disso, é um lugar para as crianças exercerem suas fantasias e criatividade, escolherem suas brincadeiras, em grupo ou individual. A participação do adulto é de facilitador das atividades, respeitando as escolhas feitas pelas crianças.

O **Programa de Desenvolvimento na Primeira Infância** é destinado às crianças através de ações de promoção do crescimento e desenvolvimento, considerando as necessidades e potencialidades individuais, em parcerias com as famílias, e tendo em vista o contexto social, econômico e cultural em que vivem. É realizado por equipe multiprofissional: pediatras, enfermeiros, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, pedagogas e psicomotricistas¹⁷.

¹⁷ É o profissional que age na interface saúde, educação e cultura, avaliando, prevenindo, cuidando e pesquisando o indivíduo na relação com o ambiente e processos de desenvolvimento, tendo por objetivo atuar nas dimensões do esquema e da imagem corporal em conformidade com o movimento, a afetividade e a cognição.

Figura VII: Atendimento na sala da Psicomotricidade



Fonte: Website IPREDE.

Embora não seja objeto de estudo dessa pesquisa, entendemos que é importante apresentar o **Programa de Atenção a Mulher**, pois as mães que estão com seus filhos em atendimento no IPREDE podem participar do referido programa, que reconhece a responsabilidade que os pais, das competências familiares, em especial, as mães, têm sobre o desenvolvimento dos filhos, aliado à constatação de que as mulheres exercem um papel de liderança na família com raio de influência na comunidade, fundamentado a proposição desse Programa. Participam da equipe: assistentes sociais, psicólogas e psicomotricistas, com intervenções individuais e em grupo.

O Grupo Conviver está inserido na estrutura organizacional do Programa de Atenção a Mulher, em que é um espaço para mulheres e coordenado por mulheres, em que psicólogas possibilitam uma escuta das histórias de vida, narrativas dos sabores e sabores das vivências diárias, das aflições e alegrias, das impotências e resiliências; enfim, da complexa dimensão da experiência cotidiana das mulheres/mães.

Figura VIII - Sala do Grupo Conviver



Fonte: Website IPREDE.

Outro projeto que é desenvolvido no IPREDE é a **Mãe Colaboradora**, em que uma das principais atividades institucionais idealizadas para as mulheres objetiva oferecer uma formação em serviço, desenvolvendo habilidades e competências para o universo do trabalho, com forte investimento em autonomia e autoconhecimento.

A Unidade Profissionalizante da Mulher realiza capacitações ocupacionais para mães/cuidadoras das crianças, possibilitando a transformação social da família. Oferta cursos de Corte e costura, manicure, salgadeira, cuidador de idoso, de informática, maquiador, depilador e modelista, em parceria com o Programa SENAC de Gratuidade¹⁸ (PSG) e Pronatec¹⁹.

¹⁸ É mais uma ação da Instituição para promover a inclusão social. O PSG oferece, desde 2009, vagas gratuitas em cursos de Formação Inicial e Continuada (Aprendizagem, Capacitação e Aperfeiçoamento), e de Educação Profissional Técnica de Nível Médio (Qualificação e Habilitação Técnicas), com custo zero à população brasileira de baixa renda.

¹⁹ O Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (Pronatec) foi criado pelo Governo Federal, em 2011, por meio da Lei 12.513/2011, com o objetivo de expandir, interiorizar e democratizar a oferta de cursos de educação profissional e tecnológica no país. O Pronatec busca ampliar as oportunidades educacionais e de formação profissional qualificada aos jovens, trabalhadores e beneficiários de programas de transferência de renda.

Figura IX - Sala do curso de Costura



Fonte: Website IPREDE.

Além disso, visando ao combate à obesidade infantil, o Projeto de Extensão da Universidade Federal do Ceará (UFC) criou o Grupo de Ações para Obesidade Infantil e Orientações (APOIO), que atua no IPREDE. O trabalho do grupo APOIO é voltado a crianças obesas, de 0 a 6 anos de idade, que serão avaliadas por médico e nutricionista. Além das crianças, pais e cuidadores também serão acompanhados por uma equipe multiprofissional, que desenvolverá atividades, como palestras, workshop de culinária, filmes educativos e atividades ludo pedagógicas. O referido projeto entende que a obesidade é considerada um dos principais problemas de saúde pública, a obesidade é uma epidemia no Brasil. O excesso de peso acomete uma em cada três crianças brasileiras e, ocorrendo na infância, pode persistir na vida adulta.

Figura X: Sala de Atendimento do grupo APOIO



Fonte: Website IPREDE.

Durante a realização da coleta de dados por meio da observação direta foi possível verificar que as famílias assistidas pelo IPREDE são em sua maioria de baixa renda, porém, a instituição atende todas as classes sociais. As famílias que buscam atendimento no IPREDE chegam de duas formas: por meio da demanda espontânea, em que a responsável pela criança vai até a instituição passa pela triagem para averiguar se a criança está com obesidade. Caso a mesma esteja, é feito o acompanhamento pela equipe multidisciplinar da instituição. Além disso, essas famílias podem ser encaminhadas pelas redes de apoio como posto de saúde, que providenciam o encaminhamento da criança para a instituição especializada.

O tratamento é destinado a crianças na faixa etária de 0 a 6 anos de idade. Destacamos que todo acompanhamento é realizado pelos profissionais que fazem parte da referida instituição. Além disso, existe uma parceria com as clínicas de saúde e Lab Lus, quando a criança necessita realizar gratuitamente algum exame mais específico.

O IPREDE atende crianças de todas as localidades, através de demandas espontâneas, em que se procura atendimento na instituição. Ressaltamos que a procura por atendimento se dá sempre pelos cuidadores, responsáveis pela guarda da criança.

4.3 Atuação do serviço social em relação à obesidade infantil no IPREDE

Antes de iniciarmos a discussão da atuação do serviço social no IPREDE, faz-se necessário apresentar como ocorreu seu surgimento na instituição. De acordo os dados fornecidos pela coordenação do IPREDE no dia da realização da pesquisa, o serviço social surge na instituição em um momento de transferência de sede, com o material ainda disperso e com um reduzido número de profissionais. Nesta mesma época, quatro assistentes sociais foram chamadas para desenvolver o trabalho, sem uma metodologia específica e padronizada, o que ocasionou a não estruturação do setor.

Salientamos que muitas informações eram incompletas e imprecisas, com uma quantidade de fichas e anotações que não apresentavam claramente o conteúdo das atividades que estavam sendo desenvolvidos com o afastamento desses profissionais, os atendimentos das mães era feito por membros da diretoria, de forma aleatória sem controle nem programação devido ao acúmulo de trabalho e ao pouco tempo disponível.

Em dezembro de 1987 chegou ao IPREDE a psicóloga Maria Ednir Franklin, que apresentou uma proposta de trabalho referente à sua área profissional, passando de serviço social para Serviço Psicossocial. Neste período havia uma deficiência muito grande no atendimento as mães, e era constante a rotatividade do pessoal no setor, devido ao fato de serem voluntários (não remuneradas).

A partir daí foi feito o levantamento dos dados existentes que estavam dispersos e incompletos, proporcionando a sistematização das atividades. Em agosto de 1988, chegou ao setor a assistente social Ieda Maria Nobre de Castro, cedida à instituição para auxiliar no atendimento e no trabalho educativo junto às mães. Voluntariamente apareceu a assistente social Selma Mesquita que, juntamente com o pessoal do setor, procurou implantar e estruturar o serviço social na instituição. As atividades foram se aperfeiçoando e o atendimento de casos agregou – se a formação de grupos, nos quais eram discutidos temas, na tentativa de elevar o nível de consciência das mães sobre sua situação de vida. Procurou-se estruturar um trabalho social voltado para as necessidades dos usuários sempre na perspectiva de transformação das condições vivenciadas pelos mesmos.

O serviço social no IPREDE permanece trabalhando de forma estruturada no atendimento individual e em grupo das famílias das crianças desnutridas, no decorrer deste tempo devido mudanças internas (ingresso dos novos gestores, reformas na estrutura física, etc.). O serviço social enfrentou situações adversas (redução da categoria, não inclusão do serviço na elaboração e/ou execução de programas, etc.), entretanto, continua resistindo e

fazendo parte de uma ampla equipe multiprofissional, devido à importância e à necessidade dentro de um trabalho social de tamanha magnitude.

O serviço social na instituição desenvolve suas atividades com os seguintes objetivos e metas: acolher as famílias e aproximá-las das ações institucionais, conhecer o perfil social das famílias admitidas, prestar assistência, promover o desenvolvimento da consciência e da cidadania, esclarecer temas relacionados a direitos e deveres de cidadania, contactar a rede social de assistência, encaminhar para outras unidades da instituição de acordo com a demanda de necessidades identificadas, viabilizar de forma propositiva o acesso a direitos e fortalecer a capacidade de cuidar dos filhos, através de atividades socioeducativas.

Dentre as diversas atividades que são de atribuições dos profissionais assistentes sociais no IPREDE com as crianças e seus familiares, destacamos as seguintes:

- Realizar rodas de conversas para orientar sobre o atendimento institucional encaminhar para avaliação nutricional.
- Realizar Acolhimento/ (socioeducativo) - Participar da acolhida os usuários e sensibilizar a participação nas atividades realizadas na instituição, bem como mantê-las atualizadas.
- Emitir declaração de comparecimento, em que declara a presença da criança, junto à escola e ao trabalho do responsável.
- Realizar Encaminhamento para serviços que a instituição oferece - Encaminhar os usuários para cursos, bazar e atendimento jurídico se necessário.
- Fazer encaminhamento a rede social- Encaminhar o usuário a rede social de assistência, mencionar para outras unidades da instituição de acordo com as demandas e necessidades identificadas por cada usuário.

Além disso, o profissional assistente social no IPREDE perpassa alguns programas existentes, como núcleo de crescimento, núcleo de desenvolvimento, além de ser responsável pelo fortalecimento das competências familiares.

Diante os estudos realizados através das observações diretas para realização da pesquisa observei dois pontos importantes a destacar. O primeiro faz referência ao ponto forte dessa instituição e ao compromisso que é selado com a criança e a família, e a atenção e o cuidado que cada profissional tem com os usuários. Segundo ponto observado foi a não realização de visitas domiciliares por parte dos assistentes sociais da instituição, que seria de grande

importância para fazer o acompanhamento das crianças depois que terminam o tratamento na instituição.

Por fim, destacamos que foi por meio das observações realizadas em campo que percebemos como o trabalho que é desenvolvido pelos profissionais do IPREDE, sejam eles efetivos ou voluntários, é de fundamental importância para que as crianças e familiares que buscam atendimento na instituição possam ter um acolhimento adequado, desde a chegada da criança até a sua saída, visando à garantia de seus direitos e assegurando um tratamento mais propício para a demanda que é atendida. Enquanto pesquisadores foi possível termos uma visão que vai além da dos profissionais que estão numa plena rotina com os atendimentos que são realizados. Além do mais, esta pesquisa foi de suma importância para entendermos que o IPREDE executa um belíssimo trabalho através de políticas públicas para a sociedade cearense, pois a maioria do público atendido pela instituição está numa condição de vulnerabilidade econômica e social.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho de conclusão de curso teve por objetivo geral observar o programa de obesidade em crianças de 0 a 6 anos desenvolvido pelo IPREDE. Além disso, identificar o perfil socioeconômico das famílias atendidas pelo IPREDE, conhecer as ações desenvolvidas no projeto de obesidade infantil e descrever a atuação do serviço social em relação à obesidade na instituição.

O referido estudo nos possibilitou entender que a obesidade infantil já pode ser considerada um dos principais problemas de saúde pública e, por ser um problema emergencial, devem-se minimizar os fatores de riscos associados, os quais podem ocorrer desde a infância e podem, também, persistir na vida adulta.

Ao longo dos anos percebemos que a obesidade infantil vem tendo um aumento significativo, especialmente em crianças em vulnerabilidade social e econômica. Em decorrência disso, é preciso que sejam criadas políticas públicas para a prevenção dessa problemática. Com o intuito de apresentar uma das instituições que desenvolvem um trabalho importante para esse segmento a pesquisa trouxe a importância do Instituto da Primeira Infância (IPREDE) para o acolhimento e o trabalho de prevenção da obesidade infantil no estado do Ceará.

Ressaltamos que a obesidade infantil está inserida nas políticas públicas de saúde, especificamente tendo seu atendimento na atenção primária. A atenção primária, ao ser um primeiro atendimento, serve como porta de entrada para o sistema de assistência assegurando as famílias e as crianças um trabalho de orientação e prevenção acerca de qualquer problemática relacionada à saúde.

Enfatizamos que os objetivos traçados foram atingidos, e em sua totalidade nos apresentaram como as atividades que são desenvolvidas pelo IPREDE são de fundamental importância para o auxílio da obesidade infantil no estado do Ceará. Destacamos que todas as atividades pensadas, planejadas e desenvolvidas pela referida instituição buscam ofertar um acolhimento satisfatório, em que se possam solucionar as demandas que são apresentadas pela população que buscam atendimento no IPREDE.

É importante destacar que o IPREDE, por se caracterizar como uma instituição que está dedicada a promover a nutrição e o desenvolvimento na primeira infância da inclusão social de famílias que vivem em situação de vulnerabilidade social e pobreza, destaca-se pelo trabalho que desenvolve, voltado para orientação e cuidado de crianças com obesidade, embora a

carência no estado do Ceará seja grande, a referida instituição consegue realizar um atendimento de qualidade, priorizando a humanização em seus atendimentos.

Atualmente o IPREDE conta com a atuação profissional de três assistentes sociais, que estão divididas: no acompanhamento das famílias assistidas pela instituição no programa de atenção psicossocial; outra na atuação junto com as mulheres participantes do projeto mãe colaboradora no programa de atenção as mulheres, ambas trabalham na orientação e garantia dos direitos das famílias acompanhadas pela instituição, fornecendo uma formação teórica através de aulas para as mulheres participantes.

Além disso, todos esses acompanhamentos são realizados com as famílias que fazem tratamento da desnutrição no programa de obesidade o serviço social atua pontualmente junto às demais profissionais que compõem o programa da obesidade. Em alguns casos específicos, porém, é necessário que o programa da obesidade possa ter junto à sua equipe multiprofissional um assistente social, para que seja realizado o acompanhamento socioeconômico das famílias, outras para ir em busca dos direitos, realizar roda de conversas com os pais/cuidadores sobre temas voltados para a obesidade.

Este trabalho faz ainda um convite aos demais pesquisadores e profissionais não só assistentes sociais, mas todos de forma geral que se interessam pelas por temas relacionados à obesidade infantil, para que juntos possamos ter um novo olhar acerca dos modelos de como devemos desenvolver políticas públicas para esse segmento e também compreender quais estratégias sociais poderiam enfrentar as debilidades ocasionadas por essa problemática.

Por fim, percebemos, através da realização do presente estudo, que a obesidade vem crescendo a cada dia mais e que se faz necessária a implantação de políticas públicas de nutrição, sinalizando para a necessidade da ampla implementação e regulamentação das leis para o controle da obesidade infantil não só no Estado do Ceará, mas no Brasil e no mundo. Destacamos que existe grande carência de instituições para desenvolver trabalhos para a prevenção da obesidade infantil no estado do Ceará e, devido a isso, pode acarretar um aumento ainda mais dessa problemática. Ressaltamos que essa pesquisa sobre a obesidade infantil terá continuidade em passos futuros de nossa carreira acadêmica e profissional.

6 REFERÊNCIAS

BATH J.A.; BAUR L.A. **Gestão e prevenção da obesidade e suas complicações em crianças e adolescentes**. MJA 2005; 182 (3), p. 130-35.

BOLONHEZ, Tatiana Virginia. **Abordagem à obesidade e sobrepeso infantil na Estratégia de Saúde da Família**. Rio de Janeiro, 2015.

BURITY, Valéria; Thaís Franceschini e Flávio Valente. **Direito Humano à Alimentação Adequada no contexto da segurança alimentar e nutricional**. Brasília, DF: ABRANDH, 2010. 204p.

BRASIL. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Consea). **II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional**, 17-20 março, 2004. Brasília: Consea; 2004.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

BRASIL. **Decreto Lei nº 8.080/90**, Brasília, 10 de setembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República.

_____. Ministério da Educação. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. **Resolução nº 26, de 17 de junho de 2013. Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar aos alunos da educação básica no âmbito do Programa Nacional de Alimentação Escolar - PNAE**.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1999.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 545 de 20 de maio de 1993. **Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93**, Brasília, 1993.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. **Norma Operacional de Assistência à Saúde/NOAS-SUS 01/2002**, Brasília, DF, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.920, de 5 de setembro de 2013. **Institui a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) -Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil**. Brasília.

_____. Ministério da Saúde e Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.010, de 08 de maio de 2006. **Institui as diretrizes para a Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas de educação infantil, ensino fundamental e nível médio das redes públicas e privadas, em âmbito nacional**. Brasília.

_____. Ministério da Saúde. **Dez passos para a promoção da alimentação saudável nas escolas**. Brasília: Ministério da saúde, 2004. Disponível em: http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/dez_passos_pas_escolas.pdf. Acesso em 5 set 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 300 p. – (Série I. História da Saúde no Brasil)

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 12.982, de 28 de maio de 2014. **Altera a Lei no 11.947, de 16 de junho de 2009, para determinar o provimento de alimentação escolar adequada aos alunos portadores de condição ou de estado de saúde específico**. Brasília.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 11.265, de 03 de janeiro de 2006. **Regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e também a de produtos de puericultura correlatos**. Brasília.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Capacitação para Conselheiros de Saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

CECÍLIO, L. et al. **O gestor municipal na atual etapa de implantação do SUS: características e desafios**. RECIIS. Revista eletrônica de comunicação, informação & inovação em saúde, v. 1, p. 200-207, 2007.

ENES, Carla Cristina and SLATER, Betzabeth. **Obesidade na adolescência e seus principais fatores determinantes**. *Rev. bras. epidemiol.* [online]. 2010, vol.13, n.1, pp.163-171. ISSN 1415-790X.

FINKELMAN, J. org. **Caminhos da saúde no Brasil** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 328 p. ISBN 85-7541-017-2.

FISBERG, M; POSSA G. **Por que estamos engordando tão cedo?**. Revista ABESO (Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica), www.abeso.com.br, v. 59, p. 10 - 14.

GARCIA, Edna Linhares; RECH, Cristina; BORFE, Letícia, Alessandra Emmanouilidis, Suzane Beatriz; Frantz Krug. **As políticas públicas e o enfrentamento da obesidade no Brasil: uma revisão reflexiva**. Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. Acesso em: 27 ago de 2017.

Governo do Distrito Federal. Lei nº. 5.145, de 19 de agosto de 2013. **Institui a Semana de Combate à Obesidade Infantil no âmbito do Distrito Federal**. Brasília.

Governo do Distrito Federal. Lei nº 5.149, de 19 de agosto de 2013. **Dispõe sobre a Campanha de Combate e Prevenção à Obesidade Infantil nas escolas das redes pública e particular de ensino do Distrito Federal**. Brasília.

HERNANDES, Flavia. **Obesidade: causas e consequências em crianças e adolescentes.** revista da Faculdade de Educação Física da UNICAMP, Campinas, v. 8, n. 3, p. 47-63, set./dez. 2010. ISSN: 1983-9030.

LEVCOVITZ, E; LIMA, L; MACHADO, C. **Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas.** Ciênc. saúde coletiva, São Paulo, v. 6, n. 2, p.269-293, 2001.

LOHMAN, T. G. **Assesment of body composition in children.** Pediatric Exercise Science, v. 1, p. 19-30, 1989.

LOPES, Patrícia Carriel Silvério; PRADO, Sônia Regina Leite de Almeida and COLOMBO, Patrícia. **Fatores de risco associados à obesidade e sobrepeso em crianças em idade escolar.** Rev. bras. enferm. [online]. 2010, vol.63, n.1, pp.73-78. ISSN 0034-7167.

LUCIETTO, Deison Alencar. **Uma Revisão sobre os Princípios e as Diretrizes da Política de Saúde - elementos conceituais para o cirurgião-dentista que atua no SUS.** Revista Dentística on line – www.ufsm.br/dentisticaonline ISSN 1518-4889 – ano 10, número 20, jan/mar 2011.

MARTINEZ J.A. **Obesidade em jovens europeus: influências genéticas e ambientais.** Eur J Clin Nutr 2000; v. 54 (suppl): 56S-60S.

MONTEIRO, C.A. et al. **Da desnutrição para a obesidade: a transição nutricional no Brasil.** In: MONTEIRO, C.A.(org) *Velhos e novos males da saúde no Brasil.* São Paulo, Hucitic, 1995. p.248-54.

MATTOS, Daniela Junckes da Silva, MARTINS, Caroline Pereira. Revista Científica JOPEF. Online, **Fórum Internacional de Qualidade de Vida e Saúde.** Editora Korppus, Curitiba-Paraná - Brasil. Vol 1, Nº 3. 2008

NICOLAU, Ian Rigon. **Atuação do Enfermeiro em Equipe Multiprofissional no Cuidado a Obeso Grau III.** Niterói, RJ, 2015.

Obesidade na infância e adolescência – **Manual de Orientação / Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Nutrologia.** 2ª. Ed. – São Paulo: SBP. 2012. 142 p.

OMS. UNICEF. **Primary Health Care.** Geneva: WHO; 1979.

OLIVEIRA, Jaime A. de Araújo & TEIXEIRA, Sônia M. F. Teixeira. (Im) **Previdência social: 60 anos de história da Previdência no Brasil.** Petrópolis: Vozes, 1989. p. 360.

OLIVEIRA, Karina Moraes de e SILVA, Tânia Leda Pinheiro da. **Obesidade Infantil no Âmbito Escolar.** Jacarei/SP. 2012.

OLIVEIRA, D.C, Sá CP, Gomes AM, Ramos RS, Pereira NA, Santos WC. Brazilian National Health Policy: **health professionals' social representations.** Cad Saude Publica 2008;24:197-206.

ONIS, M.D. **O uso da antropometria na prevenção do excesso de peso e da obesidade na infância.** Revista internacional de obesidade 2004, 28, S81-S85.

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

RAMOS, A. M. P. P. e BARROS FILHO, A. A. “**Prevalência da obesidade em adolescentes de Bragança Paulista e sua relação com a obesidade dos pais**”. Arquivos Brasileiros Endocrinológicos Metabólicos, v. 6, p. 663–667, 2003.

Rede Nacional Primeira Infância. **A intersectorialidade nas políticas para a primeira infância**. 2013/2014. Disponível em: < <http://primeirainfancia.org.br/wp-content/uploads/2015/07/GUIA-INTERSETORIAL.pdf>>. Acesso em: 20 ago 2017.

REIS, Denizi Oliveira, EC de Araújo, and CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. "**Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e pactos pela Saúde**." UNA-SUS. UNIFESP. Especialização em Saúde da Família (2006).

RODRIGUEZ NETO, E. **A reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas**. In: **MINISTÉRIO DA SAÚDE.NESP**. Incentivo a participação popular e controle social no SUS: textos para Conselheiros de Saúde. Brasília: MS, 1994. p.7-17.

ROSA, Vitor Luis. **Evolução da auditoria em saúde no Brasil**. (Especialização em Auditoria em Saúde). UniFil. Londrina, 2012.

SANTOS LM, Santos SM, SANTANA LA, Henrique FC, MAZZA RP, SANTOS LA et al. **Evaluation of food security and anti-hunger public policies in Brazil, 1995-2002**. 4 – National School Nutrition Program. Cad Saude Publica 2007; 23:2681-93.

SANTOS, Renata Honorato dos. **Efeito do programa de atividade física do conviver nos níveis de obesidade dos idosos participantes**. COROMANDEL/MG, 2012.

SCHWINGEL, Gladecir. **A Fisioterapia na Saúde Pública: um agir técnico, político e transformador**. In: BARROS, Fabio B. Monteiro de (Org.). O Fisioterapeuta na Saúde da População. Rio de Janeiro: Fisiobrasil, 2002. p. 227-238.

SILVA, HELIANA MARINHO DA. **A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL: Dilemas e Desafios para a Institucionalização do SUS**. Dissertação de mestrado (1996).

SILVA, MARIA APARECIDA DA. **As Competências e Atribuições Privativas do (A) Assistente Social na Atenção Primária à Saúde no município De Natal/RN**. Universidade Federal do Rio Grande Do Norte – UFRN Centro de Ciências Sociais Aplicadas – CCSA. Departamento de Serviço Social – Desso. Natal/RN, 2016.

SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL. **Orientação para implementação nos municípios**. UNICEF; 2010.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

TRAD, L.A.B.; BASTOS, A.C.S. **O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 14(2):429-435, abr-jun, 1998.

VALDEVITE, Vânia Cristina. **Análise da política pública de medicamentos de dispensação excepcional no município de Jandira.** (MONOGRAFIA DE ESPECIALIZAÇÃO). Pato branco. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Obesity and overweight.** Report of a WHO consultation. Geneva, sept, 2006.

YANOVSKI, S.Z; YANOVSKI, J.A. **Obesity.** N Engl J Med, v.346, n.8, p. 591-602, 2002.