
PREVALÊNCIA DE OBESIDADE INFANTIL E SOBREPESO EM ESCOLARES

PREVALENCE OF OBESITY AND OVERWEIGHT CHILD IN SCHOOL

LACERDA, Luiz R. F. de*.; RODRIGUES, Antonio Y. F.

Faculdade Leão Sampaio, Juazeiro do Norte (CE), Brasil

ROCHA, Maria R. da S.

Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte, de Juazeiro do Norte (CE), Brasil

LOPES, Samuel V.M.U.

Universidade Federal de Campina Grande (PB), Brasil

Recebido em: 07/09/2014; aceito: 06/11/2014; publicado em 19/11/2014

RESUMO

A obesidade é caracterizada pelo excesso de gordura corporal quando comparada ao peso total, sendo prejudicial ao organismo. Nos últimos anos tem sido considerado um problema de saúde pública mundial. Este estudo tem como objetivo verificar o nível de obesidade e sobrepeso em alunos de uma escola, de um município do Estado do Ceará. Trata-se de uma pesquisa quantitativa, de campo, de corte transversal. A amostra foi composta por 27 crianças do sexo masculino e feminino (13 masculino e 14 feminino) de 07 a 09 anos de idade de uma escola privada em Juazeiro do Norte-CE. A coleta de dados consistiu na aplicação do questionário adaptado de frequência alimentar e hábitos saudáveis, contendo perguntas subjetivas de acordo com sua vivência cotidiana, bem como a tomada de medidas antropométricas: peso, altura, circunferência abdominal (com o auxílio de balança e fita métrica). Dos participantes da pesquisa, 60% apresentam-se dentro do padrão normal em relação ao IMC. Em relação ao percentual de gordura a maioria 48% está classificada como baixíssima. Entretanto, torna-se necessário a realização de estudos semelhantes a este, e investigar a prática escolar diária na relação professor e aluno, bem como a elaboração de atividades adequadas para a manutenção da saúde dos escolares.

Palavras-chave: Obesidade Infantil; Escolares; Atividade Física.

ABSTRACT

Obesity is characterized by excess body fat when compared to the total weight, are harmful to the body. In recent years it has been considered a public health problem worldwide. This study aims to determine the level of obesity and overweight in schoolchildren in a school. It is a quantitative, field.. The sample consisted of 27 male children and female patients (13 male and 14 female) 07-09 years of age from a private school in Juazeiro-EC. Data collection consisted of the application of adapted food frequency questionnaire and healthy habits, containing subjective questions according to your daily life as well as taking anthropometric measurements: weight, height, waist circumference (with the help of scale and tape measure). Of survey participants, 60% present within the normal pattern in relation to BMI. Regarding the percentage of fat most 48% is rated very low. However, it is necessary to conduct studies similar to this, and investigate the daily school practice in the teacher and student as well as the development of suitable for maintaining the health of school activities

Keywords: Childhood Obesity; School; Physical activity

1 INTRODUÇÃO

A educação é simplesmente uma parte da vivência do processo onde a criança se converte num adulto que compreende o agrupamento de crenças e hábitos da sociedade, ela pode ser realizada em locais onde não há escola, já que em por todo lugar pode ocorrer “redes e estruturas sociais de troca do saber de uma geração a outra”¹.

O processo de educação no Brasil é dividido em dois níveis: a educação básica (ensino infantil, ensino fundamental, e o ensino médio), e a educação superior (graduação e pós-graduação). O objetivo principal da educação e do professor é a formação do ser humano, lembrando que esse papel é o de interventor entre a esfera da vida diária e as esferas não diárias, na vivência social do sujeito². A educação contribui para a construção de tipos de homens, por meio da transmissão do saber que o representa e lhe autentica¹.

A Educação Física é abordada como componente curricular obrigatório do sistema educacional brasileiro, segundo a Lei de Diretrizes e Bases de n.º 9394/96. A permanência da disciplina de Educação Física no currículo escolar baseada na compreensão da prática esportiva e dos hábitos saudáveis de vida, tendo como um dos seus pontos cruciais a ascensão sociocultural de crianças e adolescentes, sendo assim, suas atividades tornam-se mais visíveis nas últimas séries do ensino fundamental e no ensino médio, não desconsiderando a importância da Educação Física no ensino infantil e nas séries iniciais do ensino fundamental³.

A obesidade é caracterizada como doença crônica ocasionada pelo acúmulo de massa adiposa quando comparada ao peso total resultando em consequências negativas a saúde como: alterações ortopédicas, metabólicas, psicossociais e respiratórias, redução da qualidade de vida, doenças cardiovasculares, além de incômodos musculoesqueléticos, fraturas e complicações de mobilidade^{4,5}.

Nas últimas décadas houve um aumento na prevalência de crianças obesas e uma redução dos níveis de

desnutrição em escolares do ensino fundamental, que caracteriza uma mudança de hábitos nutricionais⁵.

Essa mudança foi observada em diversos países, determinando e identificando a obesidade como uma epidemia global, conseqüentemente houve um acréscimo na população infantil, tornando-se um problema de saúde pública⁴.

A prevalência da obesidade infantil está em crescente aumento em países desenvolvidos como, por exemplo, os Estados Unidos, que atualmente registra que cerca de 25% da população infantil está classificada como sobrepeso e 11% como obesas. Esse aumento também tem sido observado nos países em desenvolvimento como o Brasil e alguns países europeus⁶. Em 1970 foi registrada no Brasil, a prevalência de sobrepeso em crianças e adolescentes de 06 a 18 anos, que era relativa a 4%, em 1990 houve um aumento para 14% e em 2003 essa prevalência registrou proporções aproximadas a 17%, sendo assim, percebeu-se um acréscimo quatro vezes maior que o primeiro registro citado³.

A obesidade infantil pode ser iniciada em qualquer idade, provocada por elementos como o desamamento precoce, ingestão inadequada de alimentos, distúrbios comportamentais relacionadas à alimentação e relação familiar. Nos últimos vinte anos, pôde ser observado que as crianças passaram a ser consideradas inativas, devido o estímulo provocado pelos avanços tecnológicos, uma ligação direta entre a inatividade física e o período gasto em frente à televisão⁷.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 HISTÓRICO DA EDUCAÇÃO FÍSICA NO BRASIL

A Educação Física no século passado estava diretamente ligada as Organizações Militares e Médicas. As Organizações Médicas assumiram uma posição higienista, buscando o aperfeiçoamento genético da raça, onde existia a proibição do casamento consanguíneo e a modificação dos hábitos de saúde. As Organizações Militares adotaram uma compreensão que pretende impor a sociedade padrões comportamentais inalteráveis conseqüências da conduta disciplinar ao regime de caserna^{8,9}.

A Educação Física Higienista obteve força nos últimos anos do Império e durante a Primeira República (1889-1930), consequência do pensamento liberal, que no Brasil, o liberalismo nos primeiros anos do século XX acreditou na educação como uma maneira de solucionar o problema da saúde pública considerando a educação como “redentora da humanidade”⁹.

Diferente do higienismo que tinha como objetivo preservar a saúde coletiva, que era sinônimo da ausência de doenças o eugenismo se preocupa com a importância da herança genética nas qualidades físicas e mentais dos indivíduos. A herança genética influencia nas qualidades mentais assim também como nas qualidades físicas¹⁰.

Assim como a Educação Física Higienista a Educação Física Militarista tem como sua principal preocupação a saúde individual e coletiva. Com objetivo diferenciado o Militarismo busca adquirir jovens capacitados a resistir o combate, a luta, a guerra.

Os militares passaram assumir o papel de professor de ginástica dando continuidade a ideia higienista-eugenista, desta forma não desmerecia a nova concepção econômico- industrial, onde exigia trabalhadores provenientes de habilidades, saúde e resistentes a longas jornadas de trabalho, tal como a preparação física para a defesa nacional e internacional¹¹.

2.2 EDUCAÇÃO FÍSICA ESCOLAR

Compreende como Educação Física Escolar uma disciplina que tem como conteúdo a cultura corporal de movimento a fim de proporcionar aos alunos um amplo conjunto de conhecimentos que inclui os jogos, as danças, as lutas, o esporte e a ginástica. Deste modo contribui para o desenvolvimento cognitivo e motor possibilitando o uso desses saberes a favor de uma melhor qualidade de vida.¹²

A Educação Física Escolar favorece de forma positiva para o progresso da cultura, para a busca de estilo de vida ativo com saúde e para a prática da cidadania. Ou seja, a participação das aulas de educação física, expõe situações de respeito, obediência às regras e trabalho em equipe, isso contribui para a formação de futuros bons cidadãos¹³.

O esporte é o conteúdo mais utilizado pelos professores nas aulas de Educação Física nos diferentes níveis de ensino, alcançando o seu pico de prática nas séries finais do ensino fundamental, onde alguns estudos relatam que o mesmo é referente mais de 50% das aulas anuais, restando apenas poucas horas de aula para os demais conteúdos.

Os temas transversais também podem ser trabalhados na disciplina de Educação Física Escolar, destacando que o mesmo é mais utilizado durante o ensino médio. No ensino médio a educação física escolar busca a conscientização dos alunos em adotar um estilo de vida ativo e independente na escolha das atividades sugeridas pela Cultura Corporal de Movimento¹⁴.

2.3 OBESIDADE

Caracterizada pelo excesso de gordura, a obesidade atualmente tem se destacado como um dos principais problemas de saúde pública mundial, seus registros aumentaram consideravelmente nas últimas décadas em países desenvolvidos e em países em desenvolvimento como, por exemplo, no Brasil que anteriormente registrava altos índices de desnutrição¹⁵.

Segundo o Estudo Nacional da Despesa Familiar (ENDEF) dados de 1974-1975, demonstram que a prevalência de obesidade em homens foi de 2,8% e em mulheres de 7,8%, ao passo que a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) de 2008 a 2009 registrou que eram obesos 12,4% do sexo masculino e 16,9% do sexo feminino¹⁶. Registros atuais dos índices de sobrepeso e obesidade na população brasileira são de 48,5% para homens e 15,8% para mulheres.

O sobrepeso é definido como o peso corporal que ultrapassa o peso normal de pessoas da mesma raça, sexo, idade e constituição física. Tanto o sobrepeso como a obesidade são consequências de uma desigualdade entre o número de ingestões de alimentos e o gasto dessas calorias¹⁷. Existem vários fatores contribuintes para aquisição do sobrepeso e da obesidade, uns de base genética e outros de base alimentar.

A justificativa para o aumento na quantidade de indivíduos considerados com sobrepeso e obesos pode estar diretamente ligada com a mudança nos hábitos alimentares ou com as alterações ocorridas do estilo de vida. O consumo elevado de alimentos hipercalóricos e a redução da prática de atividade física são entendidos como importantes fatores para o ganho de gordura corporal¹⁸.

A divisão da concentração da gordura corporal é vista em quatro tipos, sendo eles: tipo I, tipo II, tipo III e tipo IV^{19,20}.

O tipo I é caracterizado pela quantidade de tecido adiposo a mais no corpo, sem a existência de concentração em uma determinada região corporal. O tipo II é conhecido como androide ou “maçã”, por sua concentração ser direcionada no número em excesso de tecido adiposo localizada na pele, porção abdominal e no tronco, ressaltando que o mesmo provoca doenças cardiovasculares e resistência à insulina.

Destacada pela quantidade de tecido adiposo localizado nas vísceras, o tipo III, também é capaz de estimular o surgimento de doenças cardiovasculares e resistência à insulina. Já o tipo IV é diferenciado pela gordura concentrar mais na região glúteo-femoral, por isso é conhecida como genóide ou obesidade tipo “pêra”, sendo possível sofrer alterações nas gestações repetidas e no desamamentamento precoce.

A obesidade do tipo masculina, conhecida como androide (discriminada pelo número excessivo de gordura na região superior do corpo) está ligado com várias complicações metabólicas relacionadas ao desenvolvimento da doença arterial coronária²¹. A obesidade periférica ou genóide (discriminada pelo número excessivo de tecido adiposo nas coxas e glúteos, região inferior do corpo) é registrada em maiores quantidades em indivíduos do sexo feminino²².

De acordo com World Health Organization “a obesidade geralmente é estimada pelo índice de Massa Corporal (IMC), calculado dividindo-se o peso (em quilogramas) pela altura (em metros) ao quadrado”²³. Referentes ao índice de massa corporal o peso dos adultos é

classificado como normal (IMC = 18,5-24,9kg/m²), sobrepeso (IMC = 25,0-29,9kg/m²) e obesidade (IMC \geq 30kg/m²)²⁴.

2.3.1 Obesidade infantil

“A obesidade é uma doença crônica e que resulta de balanço energético positivo com etiologia multifatorial pela associação de fatores genéticos, ambientais e comportamentais”²⁵. A obesidade infantil atualmente é considerada como um problema de saúde pública em crescimento.

A prevalência de sobrepeso e obesidade em idades cada vez mais precoces vem despertando a preocupação dos profissionais da área da saúde, porque o peso em excesso tem provocado danos e agravos à saúde²⁶.

No Brasil, os índices de obesidade em crianças com idades entre 5 e 9 anos, em 2009, mostrava 16,6% nos meninos e 11,8% nas meninas. Esse dado registra um número quatro vezes maior do que os dados populacionais obtidos no ano de 1989¹⁵.

Os fatores que contribuem consideravelmente para as mudanças do estilo de vida são determinantes para o aumento da obesidade na infância, são eles: desmame precoce, a utilização de alimentos formulados e processados, difusão de jogos eletrônicos e a prática de assistir televisão por muitas horas, ao invés da realização de atividade física como brincadeiras de rua, andar de bicicleta, caminhar, jogos populares, etc., isso justifica o fator ambiental, na obesidade¹⁸.

A existência de diversos fatores tem contribuído diretamente para aquisição da obesidade na infância, entre eles se destaca a ingestão de alimentos inadequados, as conhecidas massas para engrossar o leite, distúrbios alimentares e relação inadequada no ambiente familiar¹⁸.

Um outro fator de risco preponderante para a obesidade infantil, é a própria obesidade em membros da família, pois o risco de uma criança ser obesa aumenta em função da obesidade dos pais²⁷.

As crianças obesas, tendem a se tornarem adultos obesos, dando espaço para o surgimento de outras doenças, como também o sofrimento pelo convívio com a enfermidade. A obesidade pode causar muitas consequências sociais, fisiológicas com influências psicológicas, pois muitos buscam consolo na comida, em decorrência da rejeição, dos temores, angústias e medos, assim como a dificuldade em aceitar e cumprir regras e restrições, colabora para o agravamento dessa patologia²⁸.

2.3.2 Doenças relacionadas à obesidade

É importante destacar que a obesidade pode afetar diversos sistemas do corpo gerando algumas condições clínicas, como diabetes melito tipo II, Acidente Vascular Encefálico (AVE), dislipidemia, Hipertensão Arterial (H.A), doenças cardiovasculares e respiratórias, depressão e alguns tipos de câncer, que estão ligadas com a síndrome metabólica e, desta maneira, contribuir para o aumento das taxas de morbimortalidade na população²⁹.

Nesse sentido o excesso de gordura corporal pode predispor ainda o indivíduo a morbidades como doenças biliares, osteoartrite e apnéia do sono. Por tanto, a obesidade pode ser entendida como um duplo problema para o organismo, já que por si só é uma doença e também é um fator de risco para outras diversas doenças³⁰.

Tem sido observado, em diversos países, que o crescimento da prevalência de obesidade e diabetes em associação juntamente com a resistência a insulina, que ocorre por razão da disfunção das células- β e a resistência insulínica que são deficiências metabólicas que se relacionam com a origem do diabetes melitos tipo II³¹.

A osteoartrite (OA) é uma patologia crônica localizada nas articulações e caracterizada pela degeneração da cartilagem articular, hipertrofia óssea marginal, redução do espaço articular e alterações da membrana sinovial³². O excesso de peso provocado pela obesidade pode causar osteoartrite independente da faixa etária, raça ou etnia e relaciona-se com alguns tipos de câncer³³.

Ao descobrir o excesso de peso como um fator de risco para diversas doenças, existe a necessidade de incluir, nas rotinas dos serviços da saúde básica, a abordagem

nutricional como uma prática rotineira, possibilitando a assistência integral e humanizada ao paciente obeso³⁴.

Em 2001, a *American College of Sports Medicine* (ACMS) aconselhou que para reduzir o peso corporal os indivíduos precisariam participar de exercícios físicos com intensidade moderada de no mínimo 150 minutos semanais, aumentando gradativamente para 200-300 minutos mantendo a mesma intensidade, o que ocasionaria melhores resultados na diminuição do peso corporal, nas doenças cardiovasculares e outras doenças crônicas, como por exemplo, diabetes melitos tipo 2³⁵.

3 METODOLOGIA

A presente pesquisa se caracteriza como quantitativa, de campo, de caráter transversal.

A amostra foi composta por 27 alunos de uma escola da rede particular apresentando faixa etária de 7 aos 9 anos, sendo 13 do gênero masculino e 14 do gênero feminino. Estes cursavam as séries do 2º ao 5º ano, distribuídos da seguinte forma: nove alunos do 2º ano, onze do 3º ano, cinco do 4º ano e dois do 5º ano do ensino fundamental.

O estudo foi realizado em setembro de 2013 em uma Instituição de Ensino de um município do Estado do Ceará.

Para coleta de dados foi utilizado o questionário referente ao nível de atividade física, uma adaptação do questionário de frequência alimentar e hábitos saudáveis³⁶. O questionário contém questões subjetivas, onde os alunos responderão de acordo com sua vivência cotidiana. Os equipamentos utilizados foram um estadiômetro da marca SANNY com a trena exibindo comprimento de 2,5 metros e com precisão de 1mm, para a mensuração da estatura; uma balança digital que também possui a função de bioimpedância podal de marca G-TECH, com capacidade até 150 kg e precisão de 0,1 Kg para a aferição do peso corporal e, para a mensuração da circunferência abdominal foi utilizado uma fita antropométrica metálica da marca SANNY de capacidade de 2m e precisão de 1mm.

Os dados foram analisados através do *Microsoft Excel 2010* e os resultados apresentados através de tabelas e gráficos.

Em relação ao princípio da autonomia, os pais e/ou responsáveis de cada participante do estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em atendimento ao artigo IV, parágrafo 3º da resolução 466/12 do CNS/NS, que trata da pesquisa envolvendo seres humanos. Quanto ao princípio da não-maleficência, foi garantido o sigilo absoluto com relação aos dados encontrados nesta pesquisa e os pacientes não foram expostos a quaisquer riscos à sua integridade física.

Esse projeto foi submetido à apreciação do diretor da Escola, quanto à anuência para a realização do presente estudo, através da Carta de Anuência.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra do presente estudo foi composta por 27 crianças regularmente matriculadas e frequentando as aulas em uma escola particular de um município do estado do Ceará.

A tabela 01 apresenta o perfil dos sujeitos da pesquisa, que eram discentes do 2º ao 5º ano do ensino fundamental, com idades entre 7 a 9 anos de idade.

Tabela 01 – Perfil dos sujeitos da pesquisa

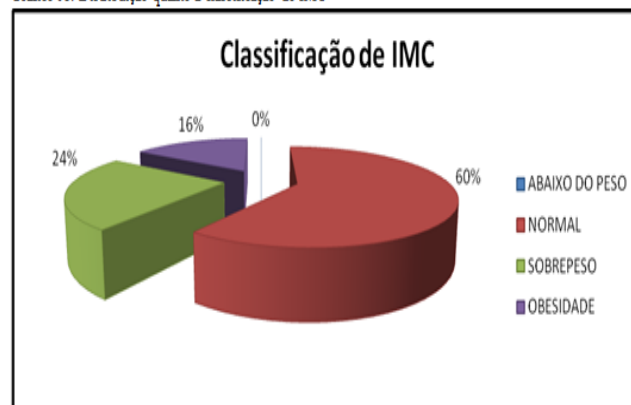
GENERO		Idade	MC	EST (m)
FEMININO	MEDIA	8,14	32,44	1,32
	N	14	14	14
	DESVIO PADRAO	0,66	8,39	0,08
MASCULINO	MEDIA	8,08	33,08	1,32
	N	13	13	13
	DESVIO PADRAO	0,86	8,32	0,07
TOTAL	MEDIA	8,11	32,75	1,32
	N	27	27	27
	DESVIO PADRAO	0,75	8,30	0,07

(Fonte: Do Autor, 2013)

Quanto à classificação de IMC o gráfico 01 nos mostra a distribuição dos avaliados, tendo como base os valores do peso corporal e a estatura.

Os alunos foram classificados, quanto ao IMC, como normais, sobrepeso ou obesos segundo pesquisadores³⁷.

Gráfico 01: Distribuição quanto à classificação do IMC



(Fonte: Do Autor, 2013).

Quando comparando com a tabela encontrada em estudo semelhante³⁷, onde 0% dos avaliados apresentaram a classificação abaixo do peso, 60% (n=16) se encontram classificados como normal, 24% (n=7) apresentaram a classificação sobrepeso e 16% (n=4) classificados com obesidade.

Os resultados encontrados nesta pesquisa corroboram com os resultados encontrados em estudo⁷, onde a maioria dos 86 alunos investigados apresentou a classificação do IMC normal. Nesse estudo foi verificado também que a maioria dos 86 alunos investigados apresentou a classificação do IMC normal⁷.

O presente estudo apresentou resultados semelhantes aos de outra pesquisa em que dos 454 alunos avaliados 75,8% foram classificados como normais em relação ao IMC³⁷.

Em um estudo realizado com metodologia semelhante a esta pesquisa, envolvendo 50 crianças com faixa etária de 6 a 10 anos, identificaram que 52% dos discentes estão classificados como sobrepeso e obesidade³⁸.

O gráfico 02 apresenta a classificação quanto ao percentual de gordura.

Gráfico 02: Classificação quanto ao percentual de gordura.



(Fonte: Do Autor, 2013)

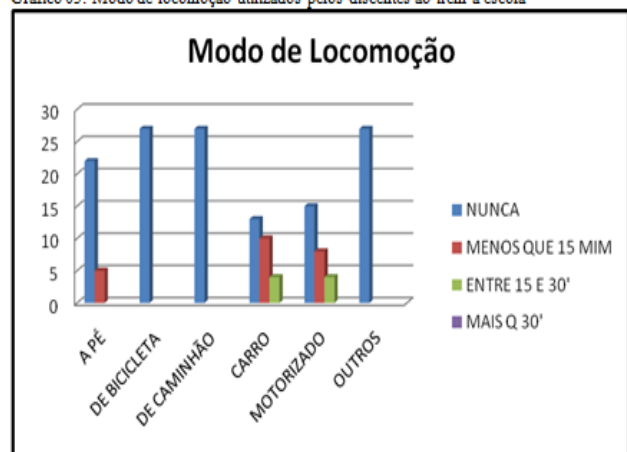
Baseando-se a classificação do percentual de gordura em estudos³⁹, no presente estudo 48% dos avaliados o percentual foi classificado como como baixíssimo, 11% se encontram classificados como baixa, 26% foram classificados adequada, 4% apresentaram classificação alta e 11% considerado altíssimo.

Estudo realizado mostra que 27,27% das crianças participantes da pesquisa apresentaram esta classificada com percentual de gordura baixa⁴⁰.

Em um outro estudo cerca de 59% da população avaliada está com o percentual de gordura acima do normal⁴¹.

O gráfico 03 nos mostra os meios de transportes utilizados pelos discentes para irem à escola diariamente.

Gráfico 03: Modo de locomoção utilizados pelos discentes ao irem à escola



(Fonte: Do Autor, 2013)

É possível observar que nenhum dos entrevistados utiliza a bicicleta, caminhão ou algum outro meio não citado acima como modo de locomoção para ir à escola. Pode ser visto que 5 crianças vão a pé diariamente e em menos se 15 minutos chegam ao destino. Já as 14 crianças que utilizam o carro 10 delas chegam à escola em menos de 15 minutos e as outras 4 demoram entre 15 a 30 minutos. Doze crianças vão à escola de moto, sendo que 8 delas conseguem chegar à escola em menos de 15 minutos e outras 4 demoram entre 15 e 30 minutos a chegarem ao destino. É visível que nenhuma das crianças demora mais que 30 minutos para ir à escola.

A atividade aeróbia é para ser realizada no mínimo por 30 minutos¹⁷.

Em estudo realizado com 2.849 crianças e adolescentes de cinco a 19 anos, mostrou que a distância e o meio de transporte utilizado de casa para a escola influencia diretamente para a elevação do peso corporal, em decorrência do acúmulo de gordura ocasionado pelo não gasto calórico do indivíduo⁴².

O gráfico 4 mostra a quantidade de horas dedicadas à assistir televisão pelos discentes, diariamente.

Gráfico 04: Quantidade de horas que os alunos assistem Televisão diariamente.



(Fonte: Do Autor, 2013)

É visível que, na segunda-feira eles assistem cerca de 3 horas, na terça-feira aproximadamente 3 horas e 50 minutos, na quarta-feira 3 horas e 20 minutos, na quinta-feira cerca de 3 horas e 10 minutos, na sexta-feira 3 horas e

30 minutos, no sábado cerca de 5 horas e no domingo aproximadamente 4 horas e 30 minutos. É possível observar que no sábado e no domingo a quantidade de horas é maior por conta da ausência das aulas.

Os resultados encontrados nesta pesquisa corroboram com os resultados encontrados em um estudo, onde as crianças dispõem mais tempo no fim de semana do que durante a semana a ver televisão e com jogos eletrônicos³⁸.

Em estudo realizado apresentou cerca de 28,57% dos alunos responderem que tem o hábito de assistir televisão em torno de uma hora ou menos e 71,43% responderam que assistem ou ficam no computador, aproximadamente de uma a cinco horas por dia⁴⁰.

A tabela 02 apresenta a média de horas disponibilizadas pelos discentes às atividades Interativas e atividades físicas.

Tabela 02: quantidade de horas destinadas às atividades interativas e atividades físicas.

Semana	Médias de horas	Desvio Padrão
Segunda-feira	2,77	2,48
Terça-feira	2,35	2,20
Quarta-feira	2,15	1,75
Quinta-feira	2,05	1,53
Sexta-feira	2,50	1,73
Sábado	2,66	2,83
Domingo	2,96	1,73
Atividades físicas	1	2,98
		1,21

(Fonte: do autor, 2013)

Foi verificado no presente trabalho que os discentes entrevistados apresentaram a média semanal das atividades interativas de 2,50 enquanto a média semanal de atividades físicas é de 178,75.

Em estudo realizado com crianças de 06 a 09 anos de idade verificou-se que 29,23% praticam mais que 300 min/semana de atividades físicas e 39,36% realizam menos que 300 min/semana de atividades físicas. Em relação à prática de atividades interativas ele apresenta que cerca de 48,05% das crianças realizam menos que 2 horas/dia e 36% mais que 2 horas diárias de atividades interativas⁴³.

5 CONCLUSÃO

No presente estudo foi observado o nível de obesidade e sobrepeso dos discentes com idade entre 07 e 09 anos, notando que mesmo com um elevado tempo gasto em frente à televisão e a utilização de transportes motorizados pela maioria dos entrevistados, o que predominou foi o IMC normal, chegando a alcançar mais da metade dos alunos. Mas, a presença do sobrepeso e obesidade, mesmo sendo inferior à classificação normal, se torna preocupante com a existência de algumas práticas inadequadas para a rotina das crianças. Quanto ao percentual de gordura os resultados mostraram que está inferior ao considerado adequado à faixa etária, no entanto, requer também atenção para que se torne ideal.

É notável que gradualmente vários estudos semelhantes a este, tem sido realizado em diferentes regiões. O sobrepeso e a obesidade nos últimos anos se tornaram uma preocupação nacional quanto à saúde pública e a necessidade de novos resultados e a busca para identificar e prevenir essa patologia tem sido cada vez mais frequente.

Dentre os fatores responsáveis pelo surgimento e agravamento dessa doença os maus hábitos de alimentação, os estilos de vida inativos relacionados a uma alimentação inadequada, junto com a falta de informação e conscientização dos familiares das crianças, fazem parte dos principais desencadeadores desta condição. Ainda, se unir os fatores socioeconômicos, herança genética e faixa etária a obesidade tende a prevalecer.

Diante do exposto torna-se necessário averiguar a prática escolar do dia-a-dia na relação professor/aluno. Onde a elaboração de atividades adequadas, para a manutenção dos níveis normais do percentual de gordura, sejam utilizadas pelos profissionais em questão.

REFERÊNCIAS

1. BRANDÃO, C. R. **O que é educação**. São Paulo: Brasiliense, Coleção Primeiros Passos, 28º ed., 1993.
2. SILVA, V. P. Cotidiano e Filosofia no Ensino Médio: mediações, **Educação em Revista**, Marília, v.12, n.1, p.125-138, jan.-jun, 2011.

3. GUEDES, D. P. Educação para a saúde mediante programas de Educação Física Escolar. Motriz. **Journal of Physical Education**. UNESP, v. 5, n. 1, p. 10-15, 1999.
4. FILGUEIRAS, M. C. *et. al.* Prevalência de obesidade em crianças de escolas públicas, **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 5, n. 1, p. 41-47, 2012.
5. RECH, R. R. *et. al.* Prevalência de obesidade em escolares de 7 a 12 anos de uma cidade Serrana do RS, Brasil. **Revista Brasileira Cineantropometria & Desempenho Humano**, Florianópolis, v.12, n. 2, p. 90-97, 2010.
6. AMIR, H. P. *et. al.* A percepção das mães sobre a obesidade em escolares: uma pesquisa e o impacto de uma intervenção educativa. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro. v.87 n.2. mar.-abr. 2011.
7. SILVA, V. P.; ZURITA, R. C. Prevalência dos Fatores de Risco da Obesidade Infantil nos Centros Municipais de Educação Infantil do Município de Maringá-Pr, **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 5, n. 1, p. 9-25, jan.-abr. 2012 - ISSN 1983-1870.
8. BRASIL. Ministério da Educação. Secretária de Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais: Educação Física**. 2º Ed., v.7, Rio de Janeiro, DP&A, 2000.
9. GHIRADELLI, P. J. A educação Física Progressista: a pedagogia critico-social dos conteúdos e a educação física brasileira. São Paulo, 8º Ed., v. 10, p. 17-18, março de 2003.
10. JUNIOR, E.G.; GARCIA, A. B. A eugenia em periódicos da educação física brasileira (1930-1940), **Revista da Educação Física**. Maringá, v. 22, n. 2, p. 247-254, 2011
11. GALLARDO, J. S. P. *et. al.* **Didática da Educação Física: a criança em movimento**. 1ª Ed. São Paulo: FTD, 1998.
12. DARIDO, S. C.; SOUZA JÚNIOR, O. M. **Para ensinar educação física: possibilidades de intervenção na escola**. Papirus. Campinas, São Paulo, 2007.
13. Carta da Educação Física Escolar. **Fórum de Educação Física Escolar: Realidade e Perspectiva**. 22º Congresso Internacional de Educação Física. Foz do Iguaçu, 17 de Janeiro de 2007.
14. BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Ensino Fundamental. **Parâmetros Curriculares Nacionais: 5ª a 8ª séries**. Brasília. MEC/SEF, 1998.
15. GRANDE, A. J. *et. al.* Atividade física para prevenção e tratamento de obesidade em crianças: evidências das **Coleções Cochrane. Diagnóstico e Tratamento**. São Paulo, v. 17, n.3, 2012.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010.
17. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Obesidade: prevenindo e controlando a epidemia global**, relatório da consultoria da OMS, Roca, São Paulo, 2004.
18. FISBERG, M. **Atualização e Obesidade na infância e adolescência**. Atheneu, São Paulo, 2005.
19. LEITE. P. F. **Obesidade na Clínica Médica**. Belo horizonte. Heath, 1996.
20. DAMASO, A. **Nutrição e exercício na prevenção de doenças**. Rio de Janeiro: medica e científica, 2001.
21. COLOMBO R. C. R. *et. al.* Caracterização da obesidade em pacientes com infarto do miocárdio. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. v. 11, n.4, 2003.
22. SIMÃO, R. **Fisiologia e Prescrição de Exercícios para Grupos Especiais**. São Paulo: Phorte, 2004.
23. LINHARES, R. S. *et. al.* Distribuição de obesidade geral e abdominal em adultos de uma cidade no Sul do Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n.3, p. 438-448, março, 2012.
24. CHAVES, V. L. V. *et. al.* Evolução espaço-temporal do sobrepeso e da obesidade em adolescentes masculinos brasileiros, 1980 a 2005. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n.7, p.1303-1313, julho de 2010.
25. PEREIRA, P. A.; LOPES, L. C. Obesidade Infantil: Estudo em Crianças num ATL. **Millenium**, v. 42. p. 105-125, 2012.
26. ENES, C. C.; SLATER, B. Obesidade na adolescência e seus principais fatores determinantes. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. São Paulo. v.13, n.1, 2010.
27. CAMARGO, A. P. P. M. *et. al.* A não percepção da obesidade pode ser um obstáculo no papel das mães de cuidar de seus filhos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Campinas, v.18, n. 2, p. 323-333, 2013.
28. FREITAS, A. S. S. *et. al.* Obesidade Infantil: Influência de Hábitos Alimentares Inadequados. **Saúde & Ambiente em Revista**. Duque de Caxias, v.4, n.2, p.9-14, 2009.
29. TENÓRIO, L.H. *et al.* Obesidade e testes de função pulmonar em crianças e adolescentes: uma revisão sistemática. **Revista Paulista de Pediatria**. São Paulo. v.30, n.3, 2012.
30. FERREIRA, J. S.; AYDOS, R. D. Prevalência de hipertensão arterial em crianças e adolescentes obesos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.1, p.97-104, 2010.
31. ABREU, A. C. F.; BORTOLOZZO, P. C. V. Resistência à insulina como complicação da obesidade e sua associação com Diabetes Mellitus tipo 2. **Sistema Anhanguera de Revistas Eletrônicas**. n.1, 2010. Disponível em: <http://www.sare.anhanguera.com/index.php/ansem/article/view/2567>> acesso em 28/05/2013.
32. MASSELLI, M. R. *et. al.* Efeitos dos exercícios aquáticos na osteoartrite do quadril ou joelho: revisão. **Colloquium Vitae**. v.04. n. 1, p .53-61, jan-jun, 2012.

33. GONZÁLES, M. G. P. Iniciativas das escolas públicas e particulares na prevenção da obesidade infantil no município de Amparo-SP. **Repositório de pesquisa**, 2007. Disponível em: <http://tede.ung.br/bitstream/123456789/225/1/Maria+das+Gracas.pdf>> acesso dia 28/05/2013.

34. MARIZ, L. S. *et. al.* Centro de obesidade infantil: relato de experiência. **Cogitare Enfermagem**. v.17, n. 2, Abr-Jun, 2012.

35. DÂMASO, A. *et. al.* **Obesidade e diabetes fisiopatologia e sinalização**. São Paulo: Ed. Sarvier, 1º Ed., p. 404, 2011.

36. RITO, A. **Questionário de frequência alimentar e hábitos saudáveis**. Disponível em: <www.obesidade.online.pt>. Acesso em: 05 jun. 2013.

38. PEREIRA, L. L. *et. al.* **Prevalência de sobrepeso e obesidade infantil entre lactentes, pré-escolares e escolares em uma área de abrangência do PET-SAÚDE**. Arquivos Catarinenses de Medicina, Florianópolis, v. 41, n. 4, p. 09-14, 2012.

39. FERNANDES FILHO, J. **A Prática Da Avaliação Física: Testes, Medidas e Avaliação Física em Escolares, Atletas e Academias e Ginásticas**. 2 ed. Shape. Rio de Janeiro, 2003.

40. CAMPOS, F. S., *et al.* **Prevalência de obesidade infantil em alunos do 5º ano do ensino fundamental**. Anais da Semana Educa. v. 1. n.1, 2011.

41. RIBEIRO, A. S *et al.* Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças de 3ª e 4ª série do ensino fundamental. **Colloquium Vitae**, v. 03. n.1. 2011.

42. LEAL, V. S. *et. al.* Desnutrição e excesso de peso em crianças e adolescentes: uma revisão de estudos brasileiros. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 30, n. 3, 2012.