

A importância da atividade física lúdica no tratamento da obesidade infantil.

Patrícia de Carvalho Silva Borba.

(Monografia *)

Janeiro de 2006

1.0 Introdução

As questões ambientais são as principais causadoras de obesidade infantil, pois atualmente, nas grandes cidades, as crianças não têm quase espaço para atividades físicas, consomem uma dieta monótona, rica em alimentos altamente calóricos, ficam muito tempo de seu dia em frente a aparelhos eletrônicos, o que conduz ao sedentarismo. Além disso, os pais destas crianças, têm cada vez menos tempo para seus filhos.

Conceitualmente, a obesidade pode ser considerada como acúmulo de tecido gorduroso, regionalizado ou em todo corpo [...] Fisberg (1995). Contudo, para uma criança é mais do que isso. A obesidade para esse grupo de pessoas pode acarretar em distúrbios psicológicos, pode afetar seu desenvolvimento motor, pode comprometer sua auto-estima, implicar em problemas de saúde, entre outros fatores.

A obesidade infantil vem crescendo assustadoramente, com isso é inevitável falarmos neste assunto. Para Torriente e col (2002), a obesidade tem aumentado de forma alarmante em países desenvolvidos e em desenvolvimento, constitui o principal problema de má nutrição de adulto e é uma enfermidade que se tem visto aumentada notoriamente na população infantil. Segundo os dados da Organização Pan-Americana de Saúde (2003), existem no mundo 17,6 milhões de crianças obesas com idade menor que cinco anos e ainda o número de crianças obesas entre 6 a 11 anos mais do que dobrou desde a década de 1960.

Como o sobrepeso infantil está intimamente ligado a fatores externos, é de extrema importância o papel de um profissional de educação física que auxilie tanto no processo de emagrecimento, quanto na orientação da atividade física tirando a criança de frente de aparelhos eletrônicos e promovendo nela à vontade de praticar atividade física.

2.0 Objetivo

Este trabalho tem como principal objetivo à compreensão de como a atividade física lúdica pode auxiliar no tratamento da obesidade infantil, bem como esta atividade pode promover nas crianças a vontade de praticar exercícios.

3.0 Revisão de Literatura

3.1 Obesidade

Para um breve esclarecimento do que se entende por obesidade, será utilizada a definição de Leite (1996) que relata: a obesidade é um distúrbio complexo relacionado com numerosos fatores que desequilibram o balanço energético e é, em geral, doença. Esses numerosos fatores podem ser resumidos em externos e internos. Os primeiros são: a violência excessiva cada vez mais freqüente, a tecnologia que impede o gasto energético no dia a dia, o capitalismo onde as pessoas estão muito preocupadas em trabalhar mais para ganhar dinheiro. Os segundos são aqueles fatores genéticos, onde pai e mãe são obesos e o filho também herda esta característica.

O excesso de peso se tornou um malefício cada vez mais freqüente na vida contemporânea, as pessoas estão muito mais sedentárias e consumindo em grande quantidade alimentos ricos em gordura. A partir da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) de 2002-2003 estimou-se que cerca de 40% dos indivíduos adultos do país apresentam excesso de peso, ou seja, IMC igual ou maior que 25 Kg/m^2 , não havendo diferença substancial entre homens e mulheres (Ibge, 2003).

Pode-se constatar que à medida que o peso corporal aumenta, maiores as conseqüências na saúde do indivíduo, podendo acarretar inclusive a morte. Neste sentido transcreve-se o que Bray (2003) afirma: o peso corporal aumentado está associado ao risco de mortalidade também aumentado. Ainda sob a visão de Bray (2003) as condições físicas, sociais e psicológicas associadas com a obesidade são: osteoartrite, diabete melito não insulino dependente, hiperlipidemia, doença cardíaca, acidente vascular cerebral, hipertensão, alguns tipos de câncer, doença

da vesícula biliar, gota, distúrbios alimentares, distúrbios do sono e distúrbios de humor.

Psicossocialmente, a pessoa com excesso de peso é vítima de um grande preconceito, além de ter sua auto-estima bastante inferiorizada. Estes cidadãos sofrem uma imensa pressão da sociedade, esta acha que as pessoas com grande peso corporal são preguiçosas e gulosas. Em relação aos preconceitos associados à obesidade Bray (2003) coloca: indivíduos com sobrepeso ficam expostos às conseqüências da desaprovação pública devida à gordura em excesso. Este estigma é visto na educação, no trabalho, nas empresas de assistência médica etc...

3.2 Tipos de Obesidades

O artifício usado para demonstrar a quantidade de massa corporal presente em indivíduos é o IMC (Índice de massa corporal). Este recurso é o mais utilizado, não só por sua fácil execução, mas também por ser aceito pela comunidade científica. O IMC é igual ao peso dividido por sua altura elevada ao quadrado. Segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde), a partir do cálculo do IMC, indivíduos adultos podem ser classificados como portadores de déficits de peso ($IMC < 18,5 \text{ Kg/m}^2$), de excesso de peso ($IMC \geq 25 \text{ Kg/m}^2$) ou de obesidade ($IMC \geq 30 \text{ Kg/m}^2$).... (Ibge, 2003).

Para este estudo é de fundamental importância entender os níveis de obesidade, utilizando com este fim o IMC. Dessa maneira relata Poston e col (2003): dentro da categoria obesidade, três níveis de gravidade podem ser desenvolvidos: classe I ($IMC = 30$ a $34,9$), classe II ($IMC = 35$ a $39,9$) e classe III ($IMC > 40$). Esta subdivisão da obesidade permite que se obtenha qual é o grau de excesso de peso que o indivíduo se encontra e com isso saber qual a melhor estratégia para se ter à redução de seu peso e quais as complicações de saúde essas pessoas estão expostas. Conforme a tabela a seguir, pode-se observar como é elaborada a classificação da obesidade:

CLASSIFICAÇÃO	IMC	RISCOS À SAÚDE
Abaixo do Peso	< 18,5	Baixo (mas com risco aumentado de outros problemas clínicos)
Faixa Normal	18,5 a 24,9	Médio
Sobrepeso	25 ou maior	
Pré Obeso	25 a 29,9	Aumentado
Obeso Classe I	30 a 34,9	Moderadamente aumentado
Obeso classe II	35 a 39,9	Severamente aumentado
Obeso Classe III	40 ou maior	Muito Severamente aumentado

De Seidell (2003)

Para afirmar que uma criança está obesa, não basta simplesmente observar se ela permanece dentro dos critérios de melhor aparência. O excesso de peso pode, muito facilmente, ser confundido com obesidade, contudo existem diferenças significativas entre sobrepeso e obesidade. Quanto à diferenciação entre obesidade e sobrepeso Bouchard (2003) sustenta: o sobrepeso é, sob vários aspectos, muito diferente da obesidade. É óbvio que a obesidade caracteriza-se por um excesso significativamente maior de peso e, particularmente, de massa de tecido adiposo, do que o sobrepeso; entretanto, a situação é ainda mais complexa. Já em relação à aparência física Viuniski (2000) afirma: o diagnóstico da obesidade nas crianças e adolescentes é, essencialmente, visual. Não estamos afirmando que basta olhar para um jovem para dizer se ele é obeso ou não, mas sabemos que o aspecto físico nos dará bases para quase nunca errar.

Na população adulta, o IMC é bem representativo. Contudo, para menores de 18 anos, é preciso levar em conta a faixa etária. A tabela abaixo (na qual sofreu uma modificação) mostra o índice de massa corporal a partir do qual é identificado sobrepeso ou obesidade conforme o sexo e a idade. Partindo dessa premissa, Viuniski (2001) constata: essa nova tabela, por ser menos arbitrária, mais

universal e mais representativa do que as outras que vinham sendo usadas, deverá ser um instrumento útil para fornecer um levantamento internacional da prevalência da obesidade em crianças e adolescentes.

Idade (anos)	Criança acima do Peso		Criança Obesa	
	Meninos	Meninas	Meninos	Meninas
2	18,4	18	20,1	20,1
4	17,6	17,3	19,3	19,1
6	17,6	17,3	19,8	19,7
8	18,4	18,3	21,6	21,6
10	19,8	19,9	24	24,1
12	21,2	21,7	26	26,7
14	22,6	23,3	27,6	28,6
16	23,9	24,4	28,9	29,4
18	25	25	30	30

De Viuniski (2001)

Existem outros meios para se definir obesidade como: pesagem hidrostática e bioimpedância elétrica. Contudo estas técnicas são complexas e exigem um alto custo. Já a circunferência abdominal e as medidas de dobras cutâneas são facilmente mensuradas e ajudam saber como a gordura está distribuída no corpo. Dessa forma Dionne e Tremblay (2003) demonstram: a porcentagem de gordura corporal é muito mais precisa na indicação de obesidade, mas esta medida implica o uso de técnicas específicas, como pesagem hidrostática, pletismografia, impedância elétrica ou diluição isotópica – técnicas que não estão geralmente disponíveis em ambientes clínicos. As medidas antropométricas, como espessura das dobras cutâneas e circunferência abdominal, são ambas utilizadas em clínicas devido à facilidade com que podem ser medidas. A razão cintura – quadril é também muito útil, sendo uma estimativa fácil de ser obtida da obesidade

abdominal, oferecendo informações práticas sobre a distribuição do acréscimo de gordura.

A importância de saber como a gordura está distribuída, se deve ao fato de que dependendo de onde a gordura está mais localizada o indivíduo tem mais ou menos chances de adquirir certas doenças e tem aumentada ou diminuída a probabilidade de mortalidade. Segundo Dionne e Tremblay (2003) os tipos de fenótipos da obesidade sob uma perspectiva anatômica são: tipo I que é caracterizada pelo excesso de massa corporal ou porcentagem de gordura distribuída por todo corpo; tipo II que se constitui a forma andróide, caracterizada pelo acúmulo de gordura do tronco, particularmente no abdômen. É principalmente encontrada em homens e tem associação com hipertensão e diabetes melito. A obesidade tipo III é o acúmulo excessivo de gordura no compartimento visceral. A tipo IV corresponde a forma feminina, em que o acúmulo de gordura concentra-se na parte inferior do corpo, essa forma de obesidade também é chamada de ginecóide.

As crianças obesas, normalmente, apresentam gordura tipo I, ou seja, a gordura não está centralizada em determinado lugar do corpo. Com a finalidade de se entender melhor a totalização da gordura, Viuniski (2000) lembra: nas crianças menores encontramos mais frequentemente a obesidade generalizada, sem um nítido predomínio de distribuição da adiposidade. À medida que vão crescendo, o tipo de obesidade é melhor definido.

3.3 Causas

Um dos fatores internos que desencadeiam a obesidade, como já foi evidenciado anteriormente, é a genética. Para isso, Viuniski (2000) elucida: estudos clássicos em famílias de obesos revelaram que se ambos os pais forem obesos, 2/3 dos filhos serão obesos. Se somente um dos pais for obeso, o risco de obesidade nas suas crianças cai para 50%. Se ambos os pais forem pessoas magras, as suas crianças terão um risco de menos de 10 % para obesidade.

O Hipotireoidismo (diminuição dos hormônios tireoidianos), a queima deficiente de calorias (deficiência na oxidação de gorduras que pode variar de pessoa para pessoa), a gravidez e o transtorno do comer compulsivo são outros exemplos de fatores internos que podem acarretar em obesidade. Viuniski (2000) classifica obesidade adquirida por fatores internos como obesidade endógena. O autor relata que os indivíduos que possuem este ganho de peso são pessoas com problemas endocrinológicos, genéticos e doenças neurológicas.

Quando a obesidade é relacionada com os fatores externos, se torna mais difícil tratá-la, pois tem origem comportamental. Dessa maneira o indivíduo deve mudar seus hábitos de vida, como: ser mais ativo – substituindo rotinas tecnológicas, com pouca perda calórica por estilo de vida com mais atividades como, por exemplo, trocar o tempo de televisão diária por uma caminhada na rua. Reduzir a quantidade de gordura ingerida. Reforçando o que acima foi exposto, Salbe e Ravussin (2003) mencionam: de fato, o aumento da prevalência de obesidade surgiu paralelamente ao aumento do conteúdo de gordura na alimentação e ao decréscimo da atividade física.

É extremamente necessário identificar as causas da obesidade de cada indivíduo, porém descobrir o efeito desencadeador da obesidade se tornou algo muito difícil. A alteração no peso de um indivíduo pode não ter apenas uma causa e sim várias. Normalmente fatores internos e externos estão em constante interação. Dessa maneira, Dionne e Tremblay (2003) ressaltam que as variações individuais da gordura corporal são causadas pela interação complexa entre fatores genéticos, psicológicos, sociais, nutricionais e de atividade física. Portanto, é muito difícil estabelecer a causa subjacente exata que dá início à obesidade ou que possa implementar um tratamento efetivo voltado para sua prevenção e cura.

3.4 Obesidade Infantil

Muitas são as prováveis causas do sobrepeso da criança: o aumento no consumo ricos em gorduras, com alto valor calórico, diminuição da prática de exercícios físicos, relação familiar instável, tempo de televisão diária, aumento da violência, avanços tecnológicos da sociedade moderna. Assim observa-se que o

aumento no número de crianças obesas está bastante relacionada à mudança no estilo de vida e aos hábitos alimentares. A prática de assistir à televisão durante várias horas por dia, a difusão dos jogos eletrônicos, o abandono do aleitamento materno, a utilização de alimentos formulados na alimentação infantil e a substituição dos alimentos processados em nível doméstico pelos alimentos industrializados, estes, em geral, com maior densidade energética, mais saborosos e sempre acompanhados de forte campanha de estímulo ao consumo, são fatores que devem ser considerados na determinação do crescimento da obesidade infantil (Taddei, 1995).

Salgadinhos, doces, pizzas, fast food, são os alimentos preferidos das crianças. Isso acontece, pois são comidas com alto teor de gordura, o que as torna muito saborosas. Dessa maneira Lottenberg (2002) salienta: ao se analisar a composição do lanche escolar consumido por crianças e adolescentes, observa-se que possui alto teor energético, fornecendo em média 500 a 700 Kcal, sendo aproximadamente, metade das calorias na forma de gordura.

Várias complicações podem ocorrer na saúde de uma criança com sobrepeso. A obesidade infantil pode acarretar em elevação dos triglicerídios e do colesterol, alterações ortopédicas, problemas respiratórios, diabetes mellitus, hipertensão arterial, entre outros distúrbios. Além disso, uma criança obesa aumenta a probabilidade de se tornar um adulto obeso, o que pode gerar uma gama de problemas de saúde tendo como consequência até a morte. Sob esta visão, Escrivão e Lopez (1995) informam: a maioria das complicações da obesidade iniciadas na infância e na adolescência acaba se manifestando na fase adulta, levando ao aumento da morbimortalidade e à diminuição da esperança de vida.

Outro aspecto complexo que é desencadeado pelo ganho ponderal nas pessoas com pouca idade é o fator psicossocial. A criança obesa tem sua auto estima bastante diminuída, sentem-se rejeitados e tendem a isolar-se. Com isso, esses pequenos cidadãos têm grande dificuldade de interação na escola. Suplicy (2002), confirma este pensamento e reflete: as consequências psicossociais da obesidade derivam de valores ligados à cultura atual que considera o corpo gordo como feio e pouco saudável. Uma criança de seis anos descreve outra criança obesa como

“preguiçosa, suja, estúpida, feia e mentirosa”. Se mostrarmos desenhos de várias crianças obesas e crianças com vários tipos de defeitos físicos, tanto adultos quanto crianças preferem as crianças com defeitos físicos às obesas.

Contraditoriamente, a sociedade cria tecnologias, o que ajuda os indivíduos a ficarem cada vez mais inativos e incentiva o consumo de alimentos rápidos e saborosos, mas delega as pessoas com excesso de peso uma enorme discriminação e desaprovação ao fato delas se tornarem obesas. Suplicy (2002) concorda com esta reflexão e reafirma: curiosamente, o mundo está projetado para fazer as pessoas comerem demais e depois condena-las por isso.

O excesso de peso infantil deve ser tratado com muito cuidado e atenção, pois requer a participação de toda a família e não se pode usar inibidores de apetite ou qualquer uso ríspido de medicamentos. Para Kirk e col (2005), o tratamento da obesidade em crianças é bem mais complicado que a dos adultos, pois envolve toda a família e não pode ter intervenções farmacológicas agressivas.

A melhor estratégia para se controlar a obesidade é o diagnóstico precoce e a prevenção, com isso as pessoas que tem um convívio diário com as crianças, devem estar sempre vigilantes. Quanto antes identificar o sobrepeso, mais facilmente poderá eliminar seus fatores causadores. De acordo com Viuniski (2000) o ideal seria que todas as áreas que tem contato direto com a criança, ou seja, a família, escolas, creches, pediatras, etc...estivessem atentas para a questão da obesidade, seus fatores de riscos e medidas de prevenção. Os autores Escrivão e Lopez (1995) afirmam que a identificação das crianças com maior risco para o desenvolvimento da obesidade em idades precoces e a tomada de medidas efetivas para o seu controle impedem que o prognóstico seja tão desfavorável a longo prazo.

3.5 Atividade Física

É fato que uma alimentação desequilibrada e a falta de exercícios físicos são elementos que causam o sobrepeso infantil. Quanto mais cedo existir a mudança nutricional e uma alteração no estilo de vida sedentário, mais fácil será mudar os hábitos da criança, contribuindo para uma vida mais saudável futuramente. Para

que isso aconteça é imprescindível à participação ativa da família, já que a criança reproduz as práticas de seus familiares. Para Viuniski (2000) a família age sobre o peso corporal das crianças tanto pela hereditariedade como pelos hábitos e fatores socioculturais.

É importante enfatizar que, por se tratar de criança, essa alteração nutricional não só deve ser lenta como também, deve manter os nutrientes necessários para a manutenção da saúde. Compartilhando da mesma idéia, Torriente e Col (2002) colocam que é preciso poucas reduções na ingestão de energia, por tratar-se de crianças e adolescentes, os quais necessitam de uma adequada ingestão de energia e nutrientes para garantir que seu crescimento e desenvolvimento sejam normais. Com isso, deve-se ressaltar a importância de um profissional da saúde no acompanhamento dessa criança.

A atividade física é outro fator que combate e previne a obesidade infantil. Partindo desta premissa Alves (2003) nos leva a acreditar que: ser fisicamente ativo desde a infância apresenta muitos benefícios, não só na área física, mas também nas esferas sócio e emocional, e pode levar a um melhor controle das doenças crônicas da vida adulta. Além disso, a atividade física melhora o desenvolvimento motor da criança, ajuda no seu crescimento e estimula a participação futura em programas de atividade física.

É indiscutível a enorme importância de se sair da inércia, pois além do ganho físico, há um aumento na auto-estima. Para Alves (2003) existem três grandes vantagens da atividade física em crianças: 1) as crianças são mais saudáveis: têm menos excesso de peso, apresentam um melhor *performance* cardiovascular, número menor de crises de asma, além de apresentarem uma maior densidade óssea; 2) esses efeitos são transferidos para idade adulta; 3) manutenção do hábito na vida adulta. Crianças e adolescentes que se mantêm fisicamente ativos apresentam uma probabilidade menor de se tornarem sedentários.

O exercício físico também contribui para o afastamento da criança da televisão, já que esta é a principal causadora do sedentarismo infantil. Uma criança que assisti regularmente à televisão, não só está em uma postura sedentária, com também sofre a influência das propagandas, que promovem uma maior ingestão

de alimentos ricos em gorduras e açúcares e de baixo valor nutricional. Assim, Silva e Malina (2003) exprimem que: presente em praticamente todo lar brasileiro, a TV é uma forma de lazer acessível a todas as camadas da população e, por vezes, substitui a atividade física por ausência de segurança (ou percepção de segurança) nos equipamentos públicos de lazer, principalmente nos grandes centros urbanos. Além disso, a TV exerce influências negativas sobre a saúde mediante programas e/ou propagandas com conteúdos de violências, sexualidade, nutrição e obesidade e uso/abuso de tabaco e álcool.

Paradoxalmente os pais, sempre atarefados e estressados com a sociedade contemporânea, muitas vezes apreciam que seus filhos fiquem imóveis em frente à televisão ou aos jogos eletrônicos e computador. Com isso as crianças ficam serenas e não os perturbam muito. Neste sentido Angelis (2003) determina: outro fator, aparentemente inocente, mas que já ficou evidenciado como um dos fatores mais envolvidos no aumento de pessoas com excesso de peso corporal, é o hábito das crianças de permanecerem horas dia sentadas em frente à televisão, assistindo a programas atraentes que prendem sua atenção. Geralmente as mães até gostam disso, pois os filhos ficam quietos e seguros em casa.

No momento em que uma criança não perde, nem ganha massa corporal, quer dizer que seu organismo está equilibrado energeticamente, ou seja, o que ela ingere é igual à quantidade de energia gasta. Contudo quando esta criança começa a ingerir mais nutrientes do que gasta, ela inicia um aumento do peso corporal. Neste sentido Trombetta e Col (2002) afirmam: o peso corporal de um indivíduo tende a se manter relativamente estável quando a relação entre a ingestão alimentar e o gasto calórico está equilibrada. Na obesidade, o excesso de tecido adiposo ocorre pelo balanço energético positivo, ou seja, a ingestão alimentar é maior do que o gasto energético.

Para que se possa ter sucesso na obtenção de perda de peso, é necessário que a criança obesa provoque uma ruptura no balanço energético. Fazendo com que o ingerido seja inferior ao que foi gasto. Dessa maneira Mcardle e Col (2000) explicam que existem três maneiras que "desequilibram" a equação do equilíbrio energético de forma a causar uma perda de peso: 1) Mantendo o gasto calórico e

reduzindo a ingestão calórica abaixo das demandas energéticas diárias; 2) Mantendo a ingestão calórica e aumentando o gasto calórico acima das demandas diárias com uma atividade física adicional; 3) Combinando os métodos 1 e 2 graças a uma redução de ingestão diária de alimento e a um aumento no gasto diário de energia.

O organismo está constantemente gastando energia. Consome-se energia para dormir, para comer e no momento da prática de uma atividade física. Em relação ao permanente consumo de energia, Mcardle e Col (2000) ressaltam que três fatores determinam o gasto diário de energia: 1) Taxa metabólica de repouso, que inclui as condições basais e do sono mais o custo adicional do despertar; 2) Influência termogênica do alimento consumido; 3) Energia despendida durante a atividade física e a recuperação.

O exercício é extremamente importante na redução do peso corporal, pois ele proporciona uma diminuição da gordura corporal e mantém ou até aumenta o peso livre de lipídios. Para Mcardle e Col (2000) a conservação ou o aumento do tecido magro mantém um alto nível de metabolismo de repouso (basal), pois o peso isento de gordura continua sendo metabolicamente mais ativo que a gordura corporal. Isso reduz a tendência do corpo em armazenar calorias, aumentando a eficácia potencial do programa de redução ponderal.

As atividades aeróbias contínuas são as principais auxiliadoras para que haja uma perda significativa de peso corporal. Com isso Mcardle e Col (2000) colocam: as atividades ideais consistem em exercícios aeróbios contínuos realizados com grandes grupos musculares que comportam um custo calórico de moderado a alto, como caminhada rápida, corrida, pular corda, ciclismo e natação. Muitos desportos e jogos recreativos também afetam positivamente o peso corporal.

3.6 Atividades Lúdicas

Para que se possa analisar melhor o que é o lúdico serão usadas às palavras de Silva (2003) que relata: entender a importância das atividades lúdicas para o desenvolvimento dos aspectos cognitivo, físico e emocional dos indivíduos se torna algo inquestionável, pois é por meio do lúdico que as crianças, em muitas das vezes, se expressam, conhecem e transformam a realidade que lhes é apresentada. Barbanti (2003) ainda salienta que o lúdico tem o caráter de jogos, brinquedos e divertimento. Com isso, é possível dizer que o lúdico é algo extremamente prazeroso, que envolve fantasias, diversão e simbolismo.

É extremamente importante que a criança esteja sempre envolvida com o lúdico, pois no momento em que as crianças são afastadas dele, tudo se torna triste e sem graça. Dessa maneira Oliver (2003) afirma: reconhecer o lúdico é reconhecer a especificidade da infância: permitir que as crianças sejam crianças e vivam como crianças.

Os seres humanos estão constantemente separando o dever do prazer, analisando as duas tarefas como opostas, ou seja, impossível de se juntar. Mas por que não é possível unir as duas? É possível fazer uma atividade física - o que muitas vezes pode ser uma obrigação para uma criança obesa - com prazer - através de jogos, brincadeiras, simbolismo. No que se refere ao dever e o prazer Oliver (2003) diz: "Primeiro o dever, depois o prazer." : Dever e prazer estão aí retratados como duas grandes antíteses, situadas em pólos opostos das nossas linhas existenciais. Uma atividade, segundo esta concepção, situa-se ou na dimensão do dever ou na do prazer.

A atividade física lúdica, além de ser extremamente prazerosa é também um artifício para que a criança possa atingir um hábito de vida mais saudável. Partindo dessa mesma idéia França (2003) explica: estudos revelam com clareza as diversas possibilidades de a partir de vivências corporais conscientes e consistentes no âmbito do lazer, buscar elementos para a construção da melhoria da qualidade de vida.

Para Romera (2003) o entendimento sobre o exercício de ensinar/aprender, quanto mais espontânea e prazerosa for à atividade melhores os resultados que seus praticantes obterão. A autora se refere à educação escolar, mas dentro deste

contexto pode-se também pensar no exercício de ensinar/aprender a vontade de se exercitar, os benefícios das atividades físicas e o quanto pode ser gostoso praticar uma atividade.

Quando o indivíduo aprende a ter hábitos saudáveis desde da infância- através do lúdico- aumenta a probabilidade dele manter esses hábitos durante sua vida inteira, aumentando a qualidade de vida e conseqüentemente a perspectiva de vida. Neste contexto Silva (2003) expõe que as atividades lúdicas, por meio de seus conteúdos educativos, despertam nas crianças comportamentos e valores que serão reproduzidos em uma fase mais tardia no contexto social em que se encontram inseridas.

A ludicidade pode ser uma excelente ferramenta para estimular as crianças. Dessa maneira, vários profissionais podem usá-la como instrumento para incitar nas crianças à vontade de executar alguma tarefa. Segundo Carvalho (2003) a utilização técnica da atividade lúdica pode variar de acordo com os objetivos específicos de cada área, com as necessidades de cada criança e a formação dos profissionais.

3.7 Atividade física lúdica atuando na obesidade infantil

Para que uma criança se sinta motivada a realizar uma atividade física, esta deverá ser fundamentalmente prazerosa. Trombetta e Col (2002) dizem que um programa de treinamento físico deve constar de exercícios aeróbios, cíclicos e contínuos, que envolvam grandes grupos musculares, tais como caminhada, ciclismo, natação, entre outros. Dessa forma, o papel do lúdico será transformar estas atividades essenciais para perda de peso, em exercícios alegres e gostosos de se executar.

Será que é possível executar uma caminhada lúdica? Será que se pode induzir uma criança a dar cinco voltas em uma pista, pois só assim ela salvará a princesa aprisionada? Se o adulto conseguir se transportar para o universo simbólico da criança, todas as atividades físicas serão possíveis de se executar com satisfação. Segundo Viuniski (2000) a atividade física deve ser prazerosa, continuada, evitando exercícios muito rigorosos.

É importante ressaltar, mais uma vez, que motivar a criança a sair da inércia é primordial. Com isso, não se pode dizer que caminhar por uma hora em uma esteira possa atender as necessidades de uma criança. Muitas vezes não atende nem às necessidades do adulto. As crianças gostam de brincadeiras e jogos e esses artifícios podem ser uma excelente estratégia para estimular uma criança obesa a fazer atividade física, superando o prazer que assistir televisão acompanhada de guloseimas parece trazer.

Com o passar do tempo será possível mudar o comportamento diário da criança, ou seja, ao longo do tempo a criança poderá não se sentir tão seduzida pela televisão e pelos jogos eletrônicos e assim preferir pular corda ou dançar em casa. Isto posto, Viuniski (2000) complementa: é mais provável que vamos conseguir aumentar a atividade física de uma criança por meio de mudanças comportamentais e ambientais, sendo essas incorporadas ao dia-a-dia.

No momento em que a criança passa a ver a atividade física como algo que proporciona grande encanto e alegria, ela inibe o sentimento de castigo e obrigação que poderia sentir. O grande benefício disso é que, não só a criança troca hábitos sedentários por hábitos ativos, mas também aumenta significativamente a possibilidade desta postura saudável manter-se pelo resto de sua vida. Neste sentido serão usadas as palavras de Alves (2003): vários estudos indicam que crianças e adolescentes que se mantêm fisicamente ativos apresentam uma probabilidade menor de se tornarem sedentários.

Não se pode esquecer em nenhum momento que a criança precisa ser tratada como criança. Assim a atividade física deve atender às fantasias, jogos e brincadeiras que existem no universo infantil. Dessa forma, Alves (2003) conclui que: a atividade física para crianças não pode ser punitiva e nem necessariamente competitiva, mas sempre prazerosa. Aderência é fundamental.

4.0 Conclusão

É consenso que a obesidade infantil vem aumentando de forma significativa e que ela determina várias complicações na infância e na idade adulta. Na infância, o manejo pode ser ainda mais difícil do que na idade adulta, pois está relacionado

a mudanças de hábitos e disponibilidade dos pais, além de uma falta de entendimento da criança quanto aos danos da obesidade.

A atividade física lúdica se mostra um excelente artifício, não só para ajudar a reverter o processo de obesidade da criança, como também auxilia no envolvimento dos pequenos cidadãos com a atividade física, já que a ludicidade traz essencialmente prazer. A grande vantagem disto é a permanência da atividade física na vida da criança. Com mais satisfação no momento de se realizar atividades físicas, trará como consequência mais motivação, o que produzirá mais vontade de se exercitar. Dessa maneira, o exercício deixa de ter uma conotação martirizante.

5.0 Referências Bibliográficas

ALVES, J.G.B. Atividade física em crianças: promovendo a saúde do adulto. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 3, nº 1, p. 5-6, 2003.

ANGELIS, R.C. **Riscos e prevenção da obesidade: fundamentos fisiológicos e nutricionais para tratamento**. São Paulo: Atheneu, 2003.

BARBANTI, V.J. **Dicionário de educação física e esporte**. 2º Edição, São Paulo: Manole, 2003.

BOUCHARD, C. (Ed.). Introdução. In: **BOUCHARD, C. (Ed.). Atividade física e obesidade**. São Paulo: Manole, 2003. p. 3-22.

BRAY, G. A. Sobrepeso, Mortalidade e Morbidade. In: **BOUCHARD, C. (Ed.). Atividade física e obesidade**. São Paulo: Manole, 2003. p. 35- 62.

CARVALHO. L.M.G. A atividade lúdica no processo terapêutico. In: **MARCELLINO, N. C. (Org.). Lúdico, educação e educação física**. 2º Edição, Rio Grande do Sul: Unijuí. 2003. p. 85-100.

DIONNE, I; TREMBLAY, A. Balanço energético e de nutrientes em humanos. In: **BOUCHARD, C. (Ed.). Atividade física e obesidade**. São Paulo: Manole, 2003. p.173- 205.

ESCRIVÃO, M.A.M.S; LOPEZ, F.A. Prognóstico da Obesidade na Infância e na Adolescência. In: **FISBERG, M. (Ed.). Obesidade infância e adolescência.** São Paulo: Fundo editorial BYK, 1995. p. 146-155.

FISBERG, M. Obesidade na infância e adolescência. In: **FISBERG, M. (Ed.). Obesidade na infância e adolescência.** São Paulo: Fundo editorial BYK, 1995. p. 9-13.

FRANÇA T.L. Educação para e pelo lazer. In: **MARCELLINO, N. C. (Org.). Lúdico, educação e educação física.** 2º Edição, Rio Grande do Sul: Unijuf. 2003. p. 33-47.

IBGE. Análise da Disponibilidade Domiciliar de alimentos e do Estado Nutricional no Brasil. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003. < www.ibge.gov.br>. Acesso em: 20 de maio. 2005.

KIRK, S; SCOTT, B.J; DANIELS, S.R. **Pediatric Obesity Epidemic: Treatment options.** J Am Diet Assoc, 2005.

LEITE, P.F. **Obesidade na clínica médica.** Belo Horizonte: Health, 1996.

LOTTENBERG, A. M. P. Influências do meio ambiente na gênese da obesidade. In: **HALPERN, A; MANCINI, M, C. (Ed). Manual de Obesidade para o Clínico.** São Paulo: Roca, 2002. p. 45- 59.

MCARDLE, W.D; KATCH, F.I; KATCH, V.L. **Fundamentos de Fisiologia do Exercício.** 2º Edição, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

OLIVER, G.G.F. Lúdico e Escola: entre a Obrigação e o Prazer. In: **MARCELLINO, N. C. (Org.). Lúdico, educação e educação física.** 2º Edição, Rio Grande do Sul: Unijuf. 2003. p. 15-24.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Doenças Crônico-degenerativas e obesidade: Estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde.** Brasília, 2003.

POSTON, W.S.C; SUMINSKI, R.R; FOREYT, J.P Nível de atividade física e tratamento da obesidade severa. In: **BOUCHARD, C. (Ed.). Atividade física e obesidade.** São Paulo: Manole, 2003. p. 339-358.

ROMERA, L. A. Lúdico, Educação e Humanização: uma experiência de trabalho. In: **MARCELLINO, N. C. (Org.). Lúdico, educação e educação física.** 2º Edição, Rio Grande do Sul: Unijuí. 2003. p. 73-84.

SALBE, A. D; RAVUSSIN, E. As determinantes da obesidade. In: **BOUCHARD, C. (Ed.). Atividade física e obesidade.** São Paulo: Manole, 2003. p. 79- 116.

SEIDELL, J. C. A atual epidemia de obesidade. In: **BOUCHARD, C. (Ed.). Atividade física e obesidade.** São Paulo: Manole, 2003. p. 23- 33.

SILVA, R.C.R; MALINA, R.M. Sobrepeso, atividade física e tempo de televisão entre adolescentes de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, Brasília, v. 11, nº 4, p. 63-66, 2003.

SILVA, R.L. Lazer e Gênero: suas relações com o lúdico. In: **SCHWARTZ. G.M (Org.). Dinâmica lúdica: novos olhares.** Manole. 2003. p. 111-129.

SUPLICY, H. L. Quais as conseqüências do excesso de peso?As doenças associadas à obesidade. In: **HALPERN, A; MANCINI, M, C. (Ed). Manual de Obesidade para o Clínico.** São Paulo: Roca, 2002. p. 61-84.

TADDEI, J.A.A.C. Epidemiologia da Obesidade na Infância e adolescência. In: FISBERG, M. (Ed.). Obesidade infância e adolescência. São Paulo: Fundo editorial BYK, 1995. p. 14-18.

TORRIENTE, G.M.Z; MOLINA, D.C; DÍAZ, Y; FERNÁNDEZ, A.T; ARGÜELLES, X.H. Obesidad en la infancia: Diagnóstico y tratamiento. *Revista Cubana Pediatría*, Habana, v. 74, nº 3, 2002.

TROMBETTA, I.C; RIBEIRO, M.M; GOWDAK, M.M.G; NEGRÃO, C.E. O Papel do exercício físico no tratamento da obesidade. In: **HALPERN, A; MANCINI, M, C. (Ed). Manual de Obesidade para o Clínico.** São Paulo: Roca, 2002. p. 181-204.

VIUNISKI, N. **Obesidade Infantil: Um Guia Prático.** 1º Edição, Rio de Janeiro: EPUB, 2000.

VIUNISKI, N. Pontos de Corte de IMC Para Sobrepeso e Obesidade Em Crianças e Adolescentes. **Revista Abeso.** 3º Edição, 2001. < www.abeso.org.br> Acesso em: 1 de jun. 2005.