



Revista Brasileira de Bioética

**Carolina Bulgacov Dratch**

Escola de Ciências da Vida.  
Programa de Pós-graduação em  
Bioética da PUCPR. Curitiba, PR,  
Brasil  
carolina.dratch@gmail.com

**Caroline Filla Rosaneli**

Escola de Ciências da Vida.  
Programa de Pós-graduação em  
Bioética da PUCPR. Curitiba, PR,  
Brasil  
caroline.rosaneli@gmail.com

**Dillian Adelaine Cesar Da Silva**

Cátedra Unesco / Programa de  
Pós-Graduação em Bioética da UnB,  
Brasília, DF, Brasil  
dilliancs@gmail.com

**Thiago Rocha Da Cunha**

Escola de Ciências da Vida. Programa  
de Pós-graduação em Bioética da  
PUCPR. Curitiba, PR, Brasil  
caixadothiago@gmail.com

**Diego Nicolás Biscioni**

Comisión de Investigaciones  
Científicas de la Prov. de Bs. As.  
(CIC). Universidad Nacional de La  
Plata (UNLP). La Plata, Provincia de  
Buenos Aires, Argentina.  
diegobiscioni@gmail.com

## Considerações éticas acerca da proteção da infância frente à prevalência de excesso de peso

*Ethical considerations on childhood protection in the face of overweight prevalence*

**Resumo:** O excesso de peso na infância potencializa a vulnerabilidade e a fragilidade desta fase do curso da vida. O aumento da prevalência do excesso de peso e de suas complicações na infância pode ser problematizado como impedimento ao alcance do potencial de desenvolvimento humano e do aprofundamento de suas vulnerabilidades frente às condições de saúde. Este trabalho trata de uma revisão crítica, sustentada em pesquisa teórica no campo da bioética e da saúde pública, apresentando as implicações para a infância perante a prevalência de excesso de peso, acerca das temáticas sobre vulnerabilidade, proteção e promoção à saúde. Considerações éticas sobre as condutas de proteção da infância podem auxiliar no planejamento de estratégias de apoio à mudança de comportamentos e de manutenção da boa qualidade de vida, levando à formação dos indivíduos cuidadores de si e da infância, de uma consciência crítica a respeito dos problemas de saúde e de seus fatores de risco.

**Palavras-chave:** excesso de peso, infância, proteção, ética, bioética.

**Abstract:** Overweight in childhood potentiates vulnerability and fragility in this stage of life. Overweight rising and its complications in childhood may be questioned as an obstacle to reach the human development potential of children reinforcing their vulnerability in health conditions. This article deals with a critical review, sustained in theoretical research in the field of bioethics and public health, with the implications for children towards the prevalence of overweight, concerning themes of vulnerability, protection and health promotion. Ethical considerations on child protection management can help planning life-style change supporting strategies, promoting life-quality, looking forward to have children who are self-care individuals, with a critical consciousness over health problems and risk factors.

**Keywords:** overweight, childhood, protection, ethics, bioethics.

## Introdução

O excesso de peso na infância potencializa a vulnerabilidade e a fragilidade desta fase do ciclo de vida, na medida em que as condições de saúde de uma criança obesa podem exigir cuidados permanentes e tratamentos contínuos ao longo de sua vida.

A obesidade e o excesso de peso estão associados a doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que se caracterizam por diversas etiologias, com fatores de risco diferenciados, curso prolongado, e ainda podem estar relacionadas a deficiências e incapacidades funcionais.

No Brasil, estima-se que um terço das crianças menores de cinco anos apresenta sobrepeso ou obesidade (Onis, 2015). Segundo a Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008/2009 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (POF/IBGE, 2008-2009), uma em cada três crianças com idade entre 5 e 9 anos está com peso acima do recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Ministério da Saúde. Na faixa etária de 10 a 19 anos, 1 em cada 5 apresenta excesso de peso. Na América Latina, entre 40 e 51 milhões de crianças e adolescentes (0-18 anos) estão acima do peso ou obesos, o que representa 20-25% da população total desta faixa etária (Rivera, Cossío, Pedraza, Aburto et al., 2014). Estes dados indicam clara situação de insegurança quanto à saúde e ao potencial de vida das crianças destas regiões.

Quando o excesso de peso está presente entre crianças vivendo em situação de iniquidade social, portanto, de vulnerabilidade, entende-se que há violação da dignidade das crianças, vulnerando sua saúde e qualidade de vida. Isto fere e interfere na condição dos princípios fundamentais de justiça e direitos humanos, considerando a preocupação com a sobrevivência saudável desta e das futuras gerações (Nichiate, Bertolozzi, Fracoli, 2008; Sarmiento, 2010; Barbiane, 2016; Potter, 2016).

A atenção à saúde é um direito de cidadania à vida e à existência digna de todo o cidadão, e um dever do Estado de ser garantido mediante um conjunto de políticas públicas e econômicas comprometidas com a redução do risco de doença, com o desenvolvimento social e com a redução das desigualdades por meio do acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde no Brasil (CRFB, 1988).

As medidas de proteção da infância com vistas à garantia do direito à vida e à saúde são princípios norteadores da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (Brasil, 2015), no âmbito do Sistema Único de Saúde no Brasil. O atendimento a estes princípios fomenta a promoção da saúde e o atendimento integral à saúde da criança como prioritários através de estratégias de intervenção para o diagnóstico precoce, ações de prevenção de doenças crônicas e de cuidado dos casos diagnosticados (Dornelles, Anton, Pizzinato, 2014).

Este artigo apresenta algumas implicações éticas para a infância perante a prevalência de excesso de peso e do enfrentamento precoce das doenças crônicas não transmissíveis. Trata-se de uma revisão reflexiva acerca das temáticas sobre infância, excesso de peso, vulnerabilidade, proteção e promoção à saúde. Com isso, buscou-se identificar atores e perspectivas éticas deste impacto na saúde pública, com consequências locais e globais na busca de estratégias e recursos para a promoção da saúde e a proteção da infância.

## **A proteção da infância**

De acordo com o artigo 8º da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos - DUBDH (Unesco, 2005), grupos particularmente vulneráveis devem ser protegidos e deve ser respeitada a integridade pessoal dos indivíduos em causa, que é o caso da infância.

Na infância deve se dar adequada proteção ao cuidado e desenvolvimento da criança, como um imperativo ético, adotando diligências preventivas contra o prejuízo para a pessoa humana (Sarmiento, 2010; Barbiane, 2016). Uma criança é considerada protegida e segura em primeira instância quando não há violação aos princípios da justiça e dos seus direitos humanos fundamentais.

A partir da Constituição de 1988, o Estado brasileiro, em seu artigo 227, reconhece que “é dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, [...], salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão” (CRFB, 1988).

Em 1990, por meio do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) - que representa o marco legal e regulatório dos direitos das crianças e dos adolescentes - o País assume o compromisso com esta população e desencadeia uma série de po-

líticas públicas para a implementação de um sistema de garantia de direitos. Para isto, o ECA se divide em três eixos: promoção, controle social e defesa de direitos. O eixo da promoção de direitos compreende as políticas sociais básicas destinadas à população infanto-juvenil e às suas famílias. O eixo da defesa dos direitos consiste em zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente por meio de intervenções onde e quando houver ameaça ou violação. O eixo referente ao controle social trata da participação da sociedade na formulação e fiscalização das políticas voltadas para a criança e para o adolescente por meio da ação das organizações da sociedade civil, dos movimentos sociais e das instâncias formais de participação estabelecidas na lei, que são os Conselhos de Direitos (Barbiani, 2016).

Na medida em que os direitos fundamentais da criança são reconhecidos como dever da família e do Estado, particularmente o direito à saúde, coloca a infância a salvo de toda forma de discriminação e negligência (Figueiredo, 2012). As crianças são consideradas sujeitos detentores de direitos que, por se encontrarem em condição peculiar de desenvolvimento, necessitam de atenção e proteção especiais, devendo ser prioridade absoluta do Estado, da sociedade e da família.

O cuidado e proteção das crianças integram questões em torno da saúde, educação, riscos, prevenção, legislação, entre outros e necessita de articulação de ações sociais, culturais e globais, cujo campo ético é interdisciplinar (Sarmiento, 2010). Estratégias para cuidado e atenção à saúde da infância, especialmente frente ao aumento das DCNT, como obesidade, diabetes e hipertensão, são imprescindíveis para a proteção da vulnerabilidade da infância frente ao aparecimento cada vez mais precoce destas doenças, e suas intercorrências por outras fases da vida (Malta, Silva, 2013). Porém, o viver e conviver em saúde parece divergir entre a prática em saúde coletiva e proteção dos sujeitos, conjuntamente com as políticas públicas de proteção à saúde na infância.

No contexto da saúde na infância, é preciso assumir a reflexão a partir de uma perspectiva de proteção aos vulneráveis, considerando a vulnerabilidade como um marcador ético, que visa garantir o respeito pela dignidade humana nas situações em relação às quais a autonomia e o consentimento se manifestam insuficientes.

Para a criança, deve ser garantido o benefício de desfrutar de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral, assegurando desta forma, as oportunidades e facilidades para o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade (Unicef, 2016).

O aumento da prevalência do excesso de peso e de suas complicações representa um risco para a infância porque a saúde é essencial à própria vida e deve ser considerada como um bem social e humano. Esta é, portanto, uma questão ética para todas as esferas da sociedade, porque compromete a qualidade de vida desta e das futuras gerações.

Em 2014, existiam 42,5 a 51,8 milhões de crianças e adolescentes com excesso de peso em todo o mundo, demonstrando que em cada quatro seres humanos de 0 a 19 anos, um tem seu potencial de vida comprometido desde cedo. Na América Latina, a prevalência de excesso de peso compromete 3,8 milhões de crianças menores de 5 anos, e entre 22,2 e 25,9 milhões de crianças em idade escolar (Rivera, Cossío, Pedraza, Aburto et al., 2014).

De acordo com Plano Nacional da Primeira Infância - Mapeamento da Ação Finalística “Criança com Saúde” os principais fatores de risco associados ao excesso de peso na primeira infância são: pré-natal inadequado, alimentação inadequada nos primeiros anos de vida, alimentação escolar inadequada, influência inapropriada da mídia, inatividade física e fatores familiares como hábitos alimentares e genética (Rede Nacional da Primeira Infância, 2014).

Como exemplo de política de proteção à saúde a criança, o Plano Decenal dos Direitos da Criança e do Adolescente (2014-2023) tem o objetivo de garantir efetivamente os direitos, o acesso às políticas públicas e a melhoria de vida às crianças e adolescentes. Um dos objetivos deste plano é desenvolver referência científica e tecnológica para o desenvolvimento do esporte, referenciando um modelo para o território nacional com a prevenção e controle da obesidade infanto-juvenil. Para atingir este objetivo, várias ações estão previstas, como: estabelecer a prevalência de sobrepeso, obesidade em escolares; estruturar manual orientador para intervenção contra a obesidade infantil e orientar os escolares quanto aos problemas de saúde estabelecidos pela obesidade (Paraná, 2014).

A obesidade infantil está associada a uma maior probabilidade de morte prematura e deficiência nutricional na vida adulta. A ascensão desta doença está distribuída em todas as faixas socioeconômicas, todos os continentes, especialmente em centros urbanos (WHO, 2016). Por conta destes alarmantes dados epidemiológicos, a epidemia de excesso de peso na infância - e também em todas as fases do curso da vida - torna os seres humanos vulneráveis em sua existência. Cada vez mais jovem,

este público vem sendo alvo de procedimentos cirúrgicos e/ou tratamentos farmacológicos para resolução dos fatores de risco ou de consequências do excesso de peso ao corpo ainda infantil, situação em que se colocam dilemas e conflitos éticos (Moreira, 2017; Cruz, Perini, Campos, 2016).

Além das alterações fisiológicas, a criança obesa está vulnerável a prejuízos psicológicos e sociais, como preconceito, discriminação, estigmatização, isolamento, depressão e bullying (Mallan, Daniels, Nicholson, 2017; Gomes, Moraes, Motta, 2011; Puhl, Latner, 2007; Puhl, Brownell, 2003).

Se as DCNT são evitáveis, tornam-se urgentes medidas de promoção e prevenção para atingir as metas de redução da mortalidade prematura por estas doenças, com enfoque de reconhecer explicitamente as prioridades para desenvolver ações efetivas, pois a carga de doenças associadas à desproteção da criança estabelece o impedimento de experimentar uma vida autônoma, digna e justa. As ações devem encontrar uma abordagem para as causas mencionadas, sabendo que também a desigualdade em si produz essas enfermidades (Castro, 2011).

Há necessidade de uma abordagem interdisciplinar entre os campos sanitário, econômico, político, cultural e social com vistas à construção de um compromisso ético com a infância.

## **Vulnerabilidade na infância**

De acordo com a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, a redução da vulnerabilidade visa garantir o respeito pela dignidade humana nas situações em relação às quais a autonomia e o consentimento se manifesta insuficiente, como é o caso da infância (Unesco, 2005).

Segundo Ayres (2007), o conceito de vulnerabilidade é, simultaneamente, construto e construtor de uma percepção ampliada e reflexiva, que identifica aspectos que vão de suscetibilidades orgânicas à forma de estruturação de programas de saúde, passando por aspectos comportamentais, culturais, econômicos e políticos.

De acordo com Ayres, Calazans, Saletti Filho, Franca Junior (2006), três dimensões são consideradas para a análise da vulnerabilidade: a dimensão individual, a social e a programática. Na dimensão individual, consideram-se aspectos de valores, interesses, crenças, credos, desejos, conhecimentos, atitudes, comportamentos,

relações familiares, relações de amizade, situação material, situação psicoemocional e redes de suportes sociais. Na dimensão social, consideram-se normas sociais, referências culturais, relações de gênero, relações de etnia, relações entre gerações, normas e crenças religiosas, estigma e discriminação, emprego, salário, suporte social, acesso à mídia, liberdade de pensamento e expressão, participação política e cidadania.

A dimensão programática tem ênfase no setor de saúde e consideram-se aspectos como compromisso dos governos, definição de políticas específicas, participação social no planejamento e avaliação das políticas, governabilidade, controle social, sustentabilidade política, articulação multissetorial das ações, organização do setor de saúde, equidade das ações multidisciplinar, integração entre prevenção, promoção e assistência, respeito, proteção e promoção de direitos humanos e responsabilidade social e jurídica nos serviços de saúde.

Essas diferentes e amplas dimensões devem ser consideradas na análise da vulnerabilidade que pesa sobre a infância, tanto com o olhar para o futuro, como retrospectivamente. A obra Criança e Consumo – 10 anos de Transformação, descreve que existem evidências de que as condições de saúde no início da vida são determinantes à saúde do adulto, uma vez que a alimentação inadequada no período intrauterino e no primeiro ano de vida podem ter efeitos permanentes sobre o crescimento, o metabolismo e sobre a estrutura e/ou a função de um órgão (programação metabólica), o que predispõe a diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares e obesidade (Fontenelle, 2016).

Em estudo realizado por Mishima e Barbieri (2009), verificou-se que crianças obesas demonstraram dificuldade em criar, em brincar, em deixar sua imaginação fluir. Observou-se ainda que, o comer compulsivo se apresentou como única maneira de interagir com o ambiente social.

Para Chaput e Trembla (2006), a obesidade infantil traz consequências desfavoráveis, como o isolamento ou o retraimento social, que podem, por sua vez, contribuir para a exacerbação da obesidade por conta de vulnerabilidades psicológicas que aumentam a tendência a comer demais. Reforçam esse círculo vicioso as atividades sedentárias, além do preconceito e a discriminação, que fazem parte da vida cotidiana das crianças com sobrepeso.

De acordo com Rosaneli e Cunha (2016), fatores como o ambiente em que a criança está inserida, família, consumo de televisão, atividade física e renda familiar

podem influenciar o excesso de peso na infância. Os autores consideram, ainda, que é necessário problematizar, do ponto de vista bioético, a responsabilidade das diversas esferas da sociedade - especialmente da família, da mídia e do Estado na proteção deste grupo, que é sensivelmente mais vulnerável à imposição de padrões de consumo alimentares não saudáveis. Em se tratando de famílias de baixa renda, o peso desta fragilidade afronta ainda mais a dignidade humana, e afeta grandemente a possibilidade de uma vida saudável.

Outro fator importante que influencia o excesso de peso na infância é o inadequado padrão dietético influenciado pela televisão, principalmente entre crianças e adolescentes, que contribui tanto para o consumo excessivo de alimentos de maior densidade energética como para o sedentarismo, sendo também contribuinte para a epidemia da obesidade infantil (Pontes, Costa, Marum, Brasil et al., 2009).

Respeitar a vulnerabilidade da infância diante da exposição à publicidade de alimentos exposta pela mídia implica proteger esse grupo, por meio de ações regulatórias do Estado, além de prover elementos para reforçar sua autonomia nas escolhas alimentares (Silva, 2016).

## **Promoção da saúde na infância**

O campo da promoção da saúde tem sido descrito como um novo e promissor paradigma na saúde, dado a amplitude de suas abordagens teórico-metodológicas, configurando sua complexidade e suas principais bases conceituais, a saber: a ênfase na integralidade do cuidado e na prevenção de agravos à saúde; o compromisso social com a qualidade de vida; e a adoção da participação como planejamento e avaliação dos processos. Com tais bases, a promoção da saúde dá suporte à reorganização do trabalho em saúde, para que este se constitua como uma forma de resposta social organizada aos problemas e necessidades de saúde de uma dada população (Chiesa, Fracoli, Veríssimo, Zoboli et al., 2009).

A promoção da saúde é um processo de envolvimento individual e coletivo que capacita as pessoas para cuidar ou melhorar a sua saúde, e deve acontecer na perspectiva da autonomia e empoderamento dos sujeitos.

O princípio de promoção de saúde vem reestruturar as práticas nos serviços de saúde e ampliar as responsabilidades. Requer capacitação individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos condicionantes de saúde (Haddad, Neves-Amado, Machado, Zoboli, 2011).

No processo de crescimento e desenvolvimento da criança, cuidados adequados irão ampliar seu pleno potencial de vida. Estratégias de promoção da saúde na infância são promissoras quando desde a vida materna, a criança for respeitada em cuidados e prevenção. A realização de pré-natal sistemático tem demonstrado ser um instrumento eficaz de promoção da saúde. Na primeira infância, as ações de promoção da saúde são fundamentais para identificação de fatores de risco a DCNT (Onis, 2015).

Estudos têm demonstrado, por meio da análise de dados de exames clínicos, a existência de fatores de risco precoces já aos seis meses de vida intrauterina (Onis, 2015; Taveras, Rifas-Shiman, Sherry, Oken et al., 2011). O perfil de elevado peso ao nascer também está associado ao risco de obesidade na infância, risco cardiovascular em idades precoces e doenças crônicas na idade adulta (Perreira-Freire et al., 2015). Diante disto, como proteger a infância em sua vulnerabilidade diante de fatores de risco tão prematuros?

Na atenção primária em saúde, a avaliação de rotina de todas as crianças com métodos e equipamentos adequados precisam ser estabelecidos como prática padrão, desde a primeira infância, desempenhando um cuidado protetor e que promova a saúde destas crianças. Isto é um imperativo ético para a condição da vida e dignidade humana.

Os programas de saúde devem aplicar modelos analíticos e de gestão que permitam refletir a complexidade da interação entre fatores sociais e culturais com os problemas de saúde (Urquía, 2006). Trata-se de imenso desafio, considerando o panorama atual de fragilidade e corte de recursos orçamentários do Sistema público de Saúde no Brasil. O excesso de peso, em conjunto com as demais DCNT, acometendo precocemente a infância, pode ser considerado como indicador de potenciais de vida perdidos de uma população.

De acordo com o Ministério da Saúde (2006), o direito humano à alimentação e nutrição adequadas implica a responsabilidade do Estado em respeitar e proteger a capacidade dos indivíduos, famílias e comunidades de produzir sua própria alimentação ou prover recursos suficientes para que possam obtê-la. Para isso, deve ser capaz de promover, por meio de políticas, programas e ações, o direito à alimentação para todos e realizar o direito de grupos que em situações de emergências ou carências necessitem de recursos financeiros ou alimentares, até que sua capacidade de acessar alimentos por si próprios seja recuperada.

Para Rosaneli e colaboradores (2016), as políticas de acesso a bens e serviços destinados à saúde da infância estão distantes dos critérios preconizados no Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA). Quando se pressupõe que a plena realização do DHAA permite o alcance, de forma digna, do estado de segurança alimentar e nutricional e da liberdade para exercer outros direitos fundamentais, deve-se assegurá-lo com primazia.

Em todas as fases do curso da vida, inclusive na infância, as ações de promoção de saúde devem assumir como um de seus princípios uma alimentação saudável, ou seja: adequada em quantidade e qualidade (oferecendo de forma equilibrada todos os nutrientes necessários para cada fase do curso da vida); variada, de forma a facilitar a oferta de todos os nutrientes necessários ao organismo; segura, dos pontos de vista sanitário disponível (garantia do acesso físico e financeiro); atrativa do ponto de vista sensorial; e que respeite a cultura alimentar do indivíduo ou grupo a que se destina (Ministério da Saúde, 2006).

Há necessidade de aproximar a promoção da saúde à intervenção precoce, fornecendo aos pais e cuidadores, além dos profissionais da saúde, orientação e apoio para promover hábitos alimentares saudáveis e atividade física de rotina.

O valor que se dará para a proteção à saúde tem um núcleo originado nas vivências da infância. As análises de trajetórias de vida mostraram que o aprendizado desde esta fase do curso da vida é a base do cuidado em saúde. Neste sentido, a alimentação é revelada como a representação da promoção desta saúde (Mássimo, Souza, Freitas, 2015; Rosaneli, Spinelli, Cunha, 2016).

A projeção de práticas em saúde, para atender à garantia de direitos da infância, necessita uma nova lógica de cuidados, com reorientação de serviços de saúde, bem como formação e capacitação de profissionais (Moreira, Gomes, de Sá, 2014).

Porém, para Siqueira-Batista e colaboradores (2015), existem situações de conflitos (bio)éticos entre equipe e usuários que corroem o processo de trabalho e o alcance da integralidade do cuidado no âmbito da atenção primária à saúde, e isso implica significativos determinantes no adoecimento da população.

Quando aprendida desde cedo, a adesão a modos de vida saudáveis é um constructo social adquirido de forma mais densa ou mais profunda, e que será definidora do modo de viver e promover a saúde. Pergunta-se, então, onde estariam as lacunas entre o conhecimento técnico científico e o cuidado preventivo e promotor da saúde?

Considerações éticas sobre as condutas de proteção da infância podem auxiliar no planejamento das estratégias de mudança de comportamentos e de manutenção da boa qualidade de vida, levando à formação dos indivíduos cuidadores de si e da infância, de uma consciência crítica a respeito dos problemas de saúde e de seus fatores de risco. O empoderamento dos indivíduos com saberes em saúde, afim de que possam intervir no processo saúde-doença, pode contribuir com a garantia de uma vida com mais respeito e dignidade.

Avanços na gestão da saúde da criança são necessários e devem focar a equidade na dimensão integral da vida, além da excelência no uso dos meios de promoção, proteção e recuperação da saúde (Dornelles, Anton, Pizzinato, 2014; Batista Filho, Cruz, 2015; Corgozinho, Oliveira, 2016).

Faz-se necessário investir tempo, conhecimento, afeto e criatividade nas propostas que estimulem e promovam a consciência crítica da sociedade, em todos os meios possíveis, na compreensão de que se deve trabalhar pelo reconhecimento dos direitos individuais e coletivos das atuais e futuras gerações (Rego, Palacios, 2016).

É importante que as políticas públicas na área de saúde priorizem evitar o chamado processo de “transmissão” intergeracional da obesidade, pois a persistência do excesso de peso entre as gerações pode impactar fortemente a vida humana (Almeida, Netto-Junior, 2015). A responsabilidade do Estado e da sociedade não se esgota no investimento em programas de proteção e cuidado, pois o legado da proteção dos direitos desde a infância é um imperativo ético civilizatório (Barbiani, 2016).

Para a proteção e prevenção do aparecimento precoce do excesso de peso e suas comorbidades associadas, como as DCNT, o desenvolvimento da sensibilidade ética e de habilidades críticas e dialógicas é necessário, buscando soluções concretas e prudentes (Nora, Zoboli, Vieira, 2015).

## **Considerações finais**

A infância é um período especial da vida, para o qual se busca proteção diante de sua vulnerabilidade e fragilidade, considerando especialmente aquelas em condições não adequadas de saúde, com o objetivo de assegurar à criança seu potencial de vida saudável.

A proteção integral da infância perante o excesso de peso é de responsabilidade da família, da sociedade e do Estado, que são os entes que devem garantir, assegurar e reconhecer os direitos elencados nos marcos legais.

É de absoluta prioridade preservar a vida saudável na infância e protegê-la eticamente da violação dos princípios fundamentais de justiça e direitos humanos.

As considerações éticas sobre as condutas de proteção da infância podem auxiliar no planejamento de estratégias e políticas de saúde, levando à formação dos indivíduos cuidadores de si e da infância, de uma consciência crítica a respeito dos problemas de saúde, e contra o aumento da prevalência de excesso de peso e de seus fatores de risco.

Agradecimentos à Rede Marista de Solidariedade e ao Centro Marista de Defesa da infância pelo apoio financeiro e intelectual para o desenvolvimento deste artigo, como parte integrante da dissertação de Carolina Bulgacov Dratch.

## Referências

1. Almeida ATC, Netto-Junior JLS. Medidas de transmissão intergeracional da obesidade no Brasil. *Cienc Saúde Colet* 2015; 20(5): 1401-13.
2. Ayres JRMC. Risco, razão tecnológica e o mistério da saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* 2007; 11(21): 145-63.
3. Ayres JRMC, Calazans GJ, Saletti Filho HC, Franca Junior I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drummond Júnior M, Carvalho YM, Yara M. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2006.
4. Barbiane R. Violação de direitos de crianças e adolescentes no Brasil: interfaces com a política de saúde. *Saúde Debate* 2016; 40(109): 200-11.
5. Barbiani R, Nora CRD, Schaefer R. Nursing practices in the primary health care context: a scoping review. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016; 24(2771): 1-12. Acessível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt\\_0104-1169-rlae-24-02721.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02721.pdf).
6. Batista Filho M, Cruz RSBLC. A saúde das crianças no mundo e no Brasil. *Rev Bras Saúde Materno Infantil* 2015; 15(4): 451-4.
7. Brasil. Constituição Da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Senado; 1998. Acessível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm).
8. Brasil. Lei nº 8069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 13/07/1990. Acessível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm)
9. Brasil. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica - n.º 12 Série A. Normas e Manuais Técnicos*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Aprova a Política nacional de atenção integral à saúde da criança (PNAISC) no âmbito

- do sistema único de saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da União; 05/08/2015. Acessível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130\\_05\\_08\\_2015.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html).
11. Castro R. Teoría social y salud. Buenos Aires: Lugar Editorial, CRIM-UNAM; 2011.
  12. Chaput JP, Tremblay A. Obesidade na infância e seu impacto sobre o desenvolvimento da criança. Quebec: Université Laval; 2006.
  13. Chiesa AM, Fracolli LA, Veríssimo MDR, Zoboli, ELCP et al. Building health care technologies based on: health promotion. Revista da Escola de Enfermagem – USP 2009; 43(2): 1352-7. Acessível em: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/en\\_a36v43s2.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/en_a36v43s2.pdf).
  14. Corgozinho MM, Oliveira AAS. Equidade em saúde como marco ético da bioética. Saúde Soc 2016; 25(2): 431-41.
  15. Cruz MRR, Perini CC, Campos ACL. Autonomia e cirurgia bariátrica na adolescência. In: Rosaneli CF. Contextos, conflitos e escolhas em alimentação e bioética. Curitiba: Pucpress; 2017. Acessível em: [https://cip.pucpr.br/eventos/livraria/bioetica/contextos\\_conflitos\\_e\\_escolhas.pdf](https://cip.pucpr.br/eventos/livraria/bioetica/contextos_conflitos_e_escolhas.pdf).
  16. Dornelles AD, Anton MC, Pizzinato A. O papel da sociedade e da família na assistência ao sobrepeso e à obesidade infantil: percepção de trabalhadores da saúde em diferentes níveis de atenção. Saúde Soc 2014; 23(4): 1275-87.
  17. Figueiredo T. Obesidade infantil decorrente de negligência parental; 2012. Acessível em: [http://www.jurisway.org.br/v2/dhall.asp?id\\_dh=8346](http://www.jurisway.org.br/v2/dhall.asp?id_dh=8346).
  18. Fontenelle L (org.). Criança e Consumo: 10 anos de transformação. São Paulo: Instituto Alana; 2016. Acessível em: [http://criancaeconsumo.org.br/wp-content/uploads/2014/02/Crianca\\_Consumo\\_10-Anos-De-Transformacao.pdf](http://criancaeconsumo.org.br/wp-content/uploads/2014/02/Crianca_Consumo_10-Anos-De-Transformacao.pdf).
  19. Gomes JF, Moraes DEB, Motta IF. O brincar em crianças obesas: um estudo de crianças em tratamento ambulatorial. Mudanças: Psicologia da Saúde 2011; 19(1-2): 51-59.
  20. Haddad JGV, Neves-Amado J, Machado EP, Zoboli ELCP. A comunicação terapêutica na relação enfermeiro-usuário da atenção básica: um instrumento para a promoção da saúde e cidadania. O Mundo da Saúde 2011; 35(2): 145-55.
  21. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009. Antropometria e Estado Nutricional de Crianças, Adolescentes e Adultos no Brasil. Acessível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv45419.pdf>.
  22. Malta DC, Silva JRJB. O plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais

- para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2013; 22(1): 151-64, 2013.
23. Mallan KM, Daniels LA, Nicholson JM. Obesogenic eating behaviors mediate the relationships between psychological problems and BMI in children. *Obesity (Silver Spring)* 2017; 25(5): 928-34.
  24. Máximo EAL, Souza HNF, Freitas MIF. Chronic non-communicable diseases, risk and health promotion: social construction of Vigitel participants. *Cienc Saúde Colet* 2015; 20(3): 679-88.
  25. Mishima Fk, Barbieri TV. O brincar criativo e a obesidade infantil. *Estud. Psicol. (Natal)* 2009; 14(3): 249-55.
  26. Moreira LAC. Ética e aspectos psicossociais em crianças e adolescentes candidatos a cirurgia bariátrica. *Rev. Bioética* 2017; 25(1): 101-110.
  27. Moreira MCN, Gomes R, Sá MRC. Doenças crônicas em crianças e adolescentes: uma revisão bibliográfica. *Ciênc Saúde Colet* 2014; 19(7): 2083-94.
  28. Nichiata LYI, Bertolozzi MR, Ferreira R, Fracolli L. La utilización del concepto "vulnerabilidad" por enfermería. *Revista Latino-americana de Enfermería* 2008; 16(5): 923-8.
  29. Nora CRD, Zoboli ELCP, Vieira MM. Deliberação ética em saúde: revisão integrativa da literatura. *Rev. Bioética* 2015; 23(1): 114-23.
  30. Onis M. Preventing childhood overweight and obesity. *J Pediatr* 2015; 91(2): 105-7.
  31. UNESCO. Organização das Nações Unidas para a educação, a ciência e a cultura. Universal Declaration on Bioethics and Human Rights. Paris: Unesco; 2005. Acessível em: <http://www.unesco.org/new/en/social-and-human-sciences/themes/bioethics/bioethics-and-human-rights/>.
  32. Paraná (Estado). Plano decenal dos direitos da criança e do adolescente do estado do Paraná: 2014-2023. Curitiba: SECS; 2013. Acessível em: [http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/cedca\\_pr/plano\\_decenal\\_cedca\\_pr\\_2014.pdf](http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/cedca_pr/plano_decenal_cedca_pr_2014.pdf).
  33. Passos-Santos JP, Prati ARC, Molena-Fernandes CA. Associação entre pressão arterial e indicadores de obesidade geral e central em escolares: pistas para cuidar-educar da criança na escola. *Cienc Cuid Saude* 2013; 12(1): 146-54.
  34. Pereira-Freire JA, Lemos JO, De Sousa AF, Meneses CC, et al. Association between weight at birth and body composition in childhood: a Brazilian cohort study. *Early Hum Des* 2015; 91(8):445-9.
  35. Pontes TE, Costa TF, Marum ABRF, Brasil ALD, et al. Orientação nutricional de crianças e adolescentes e os novos padrões de consumo: propagandas, embalagens e rótulos. *Rev Paulista de Pediatria* 2009; 27:S99-105.
  36. Potter VR. Bioética: ponte para o futuro. São Paulo: Edições Loyola; 2016.

37. Puhl RM, Brownell KD. Psychosocial origins of obesity stigma: toward changing a powerful and pervasive bias. *Obesity Reviews* 2003; 4(4): 213-227.
38. Puhl RM, Latner JD. Stigma, Obesity, and the Health of the Nation's Children. *Psychological Bulletin* 2007;133(4): 557-80.
39. Rede Nacional da Primeira Infância. Obesidade na Primeira Infância: Plano Nacional Da Primeira Infância. Mapeamento da Ação Finalística Criança com Saúde. Brasília: Instituto da Infância; 2014.
40. Rego S, Palácios M. Ética e democracia em tempos de crise. *Saúde Debate* 2016; 40(11): 63-72.
41. Rivera JA, Cossío TG, Pedraza LS, Aburto TC, et al. Childhood and adolescent overweight and obesity in Latin America: a systematic review. *The Lancet* 2014; 2(4): 321-32.
42. Rosaneli CF, Cunha TR. A vulnerabilidade da infância frente ao excesso de peso: considerações éticas sobre responsabilidades. *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva* 2016; 10(2): 29-45.
43. Rosaneli CF, Baena CP, Auler F, Nakashima ATA, et al. Aumento da pressão arterial e obesidade na infância: uma avaliação transversal de 4.609 escolares. *Arq. Bras. Cardiol* 2014; 103(3): 238-44.
44. Rosaneli CF, Spinelli SMC, Cunha TR. Bioética e infância: a alimentação como referência na atenção à saúde. *Revista Iberoamericana de Bioética* 2016; 21(2): 1-10.
45. Sarmiento P. Bioética e infancia: compromiso ético con el futuro. *Pers. Bioét* 2010; 4(1): 10-29.
46. Silva DAC. Publicidade de alimentos para crianças e adolescentes: Desvelar da perspectiva ética no discurso do consumo consciente e informado (Dissertação). Brasília: Universidade de Brasília; 2016.
47. Siqueira-Batista R, Gomes AP, Motta LCS, Rennó L, et al. (Bio)ética e estratégia saúde da família: mapeando problemas. *Saúde Soc* 2015; 24(1): 113-28.
48. Taveras EM, Rifas-Shiman SL, Sherry B, Oken E, et al. Crossing Growth percentiles in infancy and risk of obesity in childhood. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2011; 165(11): 993-8.
49. UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Um mundo melhor para as crianças, após 2015. Brasília(DF): Unicef; 2016. Acessível em: [http://www.unicef.org/agenda2030/files/Post\\_2015\\_OWG\\_review\\_CR\\_FINAL\\_port.pdf](http://www.unicef.org/agenda2030/files/Post_2015_OWG_review_CR_FINAL_port.pdf).
50. Urquía MR. Teorías dominantes y alternativas en Epidemiología. Buenos Aires: Ediciones de la UNLa (Colección Salud comunitaria); 2006.
51. WHO. World Health Organization. Obesity and Overweight; 2016. Acessível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>.

Recebido em: 30/08/2017. Aprovado em: 15/12/2017.