

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**  
**ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA**

**MARIA HELENA TEIXEIRA PIASTRELLI**

**A PRÁTICA DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:  
CONTRIBUIÇÕES PARA A PREVENÇÃO DA OBESIDADE NA PRIMEIRA  
INFÂNCIA**

**Belo Horizonte**

**2012**

**MARIA HELENA TEIXEIRA PIASTRELLI**

**A PRÁTICA DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:  
CONTRIBUIÇÕES PARA A PREVENÇÃO DA OBESIDADE NA PRIMEIRA  
INFANCIA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde Coletiva - Área de Concentração Enfermagem na Atenção Básica, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra Elysangela Dittz Duarte.

**Belo Horizonte**

**2012**

**MARIA HELENA TEIXEIRA PIASTRELLI**

**A PRÁTICA DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:  
CONTRIBUIÇÕES PARA A PREVENÇÃO DA OBESIDADE NA PRIMEIRA  
INFANCIA**

Monografia apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Coletiva – Área de Concentração Enfermagem na Atenção Básica, Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de especialista.

Orientadora: Profa. Dra Elysangela Dittz Duarte

BANCA EXAMINADORA:

Tatiana Silva Tavares

Cynthia Márcia Romano Faria Walty

Aprovado em Belo Horizonte em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**UFMG**

**Escola de Enfermagem**

**Belo Horizonte: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus, à minha família pelo amor incondicional durante toda a existência e em especial meus filhos, Marina e Filipe, pelo incentivo e compreensão.

Ao meu inesquecível pai Antonio e à minha mãe Maria José. À Profa. Dra Elysangela Dittz Duarte pela dedicação, compreensão e respeito com que orientou minhas atividades.

Agradeço a todos que, de alguma forma, contribuíram para minha formação científica e humana.

## **RESUMO**

No Brasil, a obesidade infantil é vista como um problema de saúde pública. Trata-se de um transtorno complexo e multifatoriais. O presente estudo possui sua relevância por se tratar de um assunto atual que está presente no cotidiano da sociedade. O objetivo desse estudo foi compreender, a prática desenvolvida pelo enfermeiro na Atenção Primária a Saúde que contribuem para a promoção da obesidade na primeira infância. Método: trata-se de um estudo de revisão bibliográfica que teve como fontes de pesquisa o portal da Biblioteca Virtual em Saúde – BVS (Scielo) e Lilacs. Utilizou-se como descritores: Obesidade; Enfermagem, Pré-escolar e Promoção da Saúde. Foram critérios de inclusão as publicações em língua portuguesa, ocorridas nos últimos 10 anos. Identificou-se 75 artigos sendo feito a busca reversa (1) artigo (1) protocolo, o que possibilitou uma amostra final de 39 artigos.

Foram ainda incluídos os protocolos do Ministério da Saúde que tratavam da temática abordada. Os artigos e protocolos foram lidos buscando-se identificar as ações dos enfermeiros referentes à prevenção da obesidade infantil. Resultados: A análise dos dados permitiu a identificação de 4 categorias temáticas, nas quais sejam a prevalência da obesidade infantil, os benefícios da prática da alimentação saudável para saúde da criança, alimentação complementar inadequada e os riscos que podem trazer a saúde da criança e as ações do enfermeiro na prevenção da obesidade infantil. Foi possível verificar que a obesidade infantil é uma doença multifatorial com alta prevalência mundial. Pode estar relacionado à dieta, estilo de vida e sedentarismo. Ressalta-se também que o tratamento do obeso infantil é importante ao nível de uma equipe multidisciplinar (médico, nutricionista enfermeiro, educador físico, psicólogo e familiares). O melhor tratamento é a prevenção.

**DESCRITORES:** Obesidade infantil; Enfermagem, Pré-escolar e Promoção da Saúde.

## **ABSTRACT**

In Brazil, childhood obesity is seen as a public health problem. This is a complex disorder and multifactor. This study has relevance because it is a current topic that is present on the society's daily. The aim of this study was to understand the practice developed by nurses in Primary Health Attention which factor contributes to the promotion of obesity in early childhood. Method: This is a literature review that used as a research sources the portal Virtual Health Library - VHL (SciELO) and LILACS. Used as descriptors: Obesity; Nursing, preschool and Health Promotion. The criteria to include the paper in the analyses were the publications in Portuguese, which occurred in the last 10 years. We identified 75 articles being done to reverse search (1) Article (1) protocol, which allowed a final sample of 39 articles.

We also included the protocols of the Ministry of Health that dealt with the theme. The articles and protocols were read to identify the actions of nurses on the prevention of childhood obesity. Results: The data analysis allowed the identification of four themes, namely the prevalence of childhood obesity, the benefits of the practice of healthy eating for children's health, inadequate complementary feeding and the risks that can bring to the child's health and actions of the nurse in the prevention of childhood obesity. We found that childhood obesity is a multifactor disease with a high prevalence worldwide. May be related to diet, lifestyle and sedentary. We also emphasize that the treatment of childhood obesity is important to the level of a multidisciplinary team (physician, nurse nutritionist, physical educator, psychologist and family). The best treatment is prevention.

**KEYWORDS:** Child's Obesity, Nursing, Pre-school and Health Promotion

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>08</b>
<b>2 OBJETIVO.....</b>	<b>14</b>
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>15</b>
<b>4 RESULTADOS.....</b>	<b>16</b>
<b>4.1 Prevalência da obesidade na infância.....</b>	<b>21</b>
<b>4.2 Os benefícios da prática da alimentação saudável para a saúde da criança.....</b>	<b>22</b>
<b>4.3 A alimentação complementar inadequada e os riscos que pode trazer à saúde da criança.....</b>	<b>25</b>
<b>4.4 As ações do enfermeiro na prevenção da obesidade infantil.....</b>	<b>26</b>
<b>5 DISCUSSÃO.....</b>	<b>32</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES.....</b>	<b>36</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>38</b>

## 1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a obesidade infantil é vista como um problema de saúde pública. Estudos advertem que 60% das crianças com sobrepeso/obesidade apresentam, pelo menos, um fator de risco para as doenças associadas à obesidade, sendo que 20% apresentam dois ou mais fatores de risco. Estima-se que, nas últimas décadas, os números de crianças brasileiras obesas tenham aumentado cinco vezes. Na Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PSSN), citada por Silveira,(2006), identificou-se um milhão e meio de crianças obesas, sendo que a maioria concentra-se nas regiões Sul e Sudeste (SILVEIRA, ABREU, 2006).

Para Coutinho, Gentil e Toral (2008) a obesidade é uma doença crônica e sua etiologia é multifatorial, envolvendo vários aspectos, destacando-se entre eles os socioeconômicos, os ambientais, os genéticos, os psicológicos e os culturais. Já Silveira e Abreu (2006) se referem à obesidade como uma doença crônica e extremamente complexa, onde ocorre um acúmulo de energia maior que as necessidades calóricas do indivíduo. Esse excesso de energia no organismo acarreta o surgimento e multiplicação de quantidades elevadas do tecido adiposo.

No conceito de Soares e Petroski (2003), a obesidade pode ser classificada como o acúmulo de tecido adiposo, localizado em todo o corpo, causado por doenças genéticas, endócrino – metabólicas ou por alterações nutricionais. Esses mesmos autores ressaltam o histórico familiar, outro fator importante. Uma criança cujos pais são obesos tem uma chance de aproximadamente 80% de desenvolver também a obesidade. Esse percentual cai para 40% quando apenas um dos pais é obeso; já a criança que nenhum dos pais apresenta tal enfermidade tem uma chance mínima girando em torno de 7%.

Já para Gastaldon, Martins e Poltroniéri (2007), a probabilidade de uma criança de pais não obesos desenvolverem obesidade é de 9%, enquanto que, se um dos pais for obeso, essa chance sobe para 50%, e se ambos forem obesos, passa para 80%. Esses autores citam que algumas drogas podem ocasionar importante ganho de peso como os corticosteroides, a clomipramina usada por pediatras para tratar a enurese noturna os agentes anticonvulsivantes como o valproato, a respidona e os anti-histamínicos de primeira geração.



Nesse contexto, o desmame precoce, o sedentarismo e os hábitos alimentares errôneos são os facilitadores que contribuem para o desenvolvimento da obesidade na primeira infância. Apresenta múltiplas complicações, tais como: alterações hormonais, alterações do metabolismo tireoidiano, hipotálamo-hipofisário, gonadal e tumores crânofaringeoma, dentre outras (SOARES, PETROSKI, 2003).

Para Gastaldon, Martins e Poltroniéri (2007), a primeira infância ou pré-escolar é o período intenso do desenvolvimento físico e intelectual. Nessa fase a criança desenvolve a linguagem, amplia o relacionamento social, desenvolve um autoconceito. É o período em que adquire consciência e passa a agir por si própria. As interações sociais aumentam consideravelmente no momento que ingressa na escola e o enfrentamento da diversidade cultural contribui para despertar a personalidade. Também é a fase dos “porquês”, tal como é o período insaciável da curiosidade sobre si e os outros.

Desse modo, é assegurado à saúde da criança o atendimento integral, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), garantia do acesso universal e igualitário, às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. Assim, mediante a efetivação de Políticas Sociais Públicas, a criança tem direito à proteção, à vida, à saúde, permitindo o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência (BRASIL,1990)

O Estatuto da Criança e Adolescente, no seu artigo 18 cita igualmente que “é dever de todos velar pela dignidade da criança e do adolescente, pondo-os a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor”. Dessa forma, a política de atendimento dos direitos da criança e do adolescente far-se-á através de um conjunto articulado de ações governamentais da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios e não governamentais (BRASIL,1990 ).

Na visão de Borges *et al* (2007) a modernidade e os avanços tecnológicos são fatores que interferem no estilo de vida das crianças, uma vez que, essas, passam boa parte do tempo em frente da televisão, de computadores e jogos de videogame. Toda essa tecnologia faz com que a criança leve uma vida sedentária. As brincadeiras que exigem atividade física como futebol, amarelinha, pula- pula e outras, ficam em segundo plano.

Para as crianças que se alimentam em frente à televisão têm possivelmente maior prejuízo à saúde, além de ficarem mais expostas à propaganda no horário em que poderiam estar em companhia dos pais/cuidadores. Levando em consideração que o tempo que a criança fica exposta à televisão é excessivo, as propagandas podem influenciá-las negativamente, inclusive nas escolhas alimentares (BORGES *et al*,2007).

A obesidade esta relacionada a um desequilíbrio no balanço energético, no qual a ingestão calórica é maior que a energia gasta. Isto é afirmado pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) citado por Silveira, Abreu(2006). Os fatores desencadeadores do sobrepeso/obesidade estão no desequilíbrio alimentar (dieta hipercalórica), sedentarismo ou inatividade física. (SILVEIRA, ABREU, 2006).

A hipertensão arterial associada à obesidade são os principais fatores responsáveis pela maioria das mortes e doenças no mundo. Há pelo menos quatro décadas, no Brasil, as doenças cardiovasculares correspondem à primeira causa de morte, seguido do aumento da mortalidade por diabetes e algumas neoplasias malignas. As doenças crônicas não transmissíveis são as que mais demandam ações dos serviços de saúde por serem de longa permanência. Os gastos com atendimentos das doenças crônicas não transmissíveis tem uma estimativa aproximadamente de R\$7,5 bilhões por ano. O que sobrecarrega o Sistema Único de Saúde (SUS) (COUTINHO, GENTIL, TORAL2008)

Observando o período dos três primeiros anos, percebe-se que são rápidas e evidentes as mudanças na vida de uma criança. Visto que a criança passa por um processo acelerado de crescimento e desenvolvimento, uma vez que ela cresce no primeiro ano aproximadamente vinte e cinco centímetros, no segundo ano cerca de dose centímetros e a partir do terceiro ano esse crescimento fica em torno de cinco a sete centímetros por ano (BRASIL, 2002).

Portanto,a importância de uma alimentação saudável nessa fase inicial da vida é inquestionável. A introdução de uma alimentação inadequada pode ocasionar prejuízo imediato a saúde da criança, levando-a à morbi-mortalidade infantil ou até mesmo deixar sequelas como retardo no crescimento/desenvolvimento e déficit de aprendizagem. Por isso, o Ministério da Saúde mantém programas de incentivo ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses. A partir dessa fase, deve-se introduzir alimentos naturais em pequenas

quantidades. O profissional, nesse caso o enfermeiro, que é também responsável pelas consultas de puericultura, deve estar atento à fala da família a respeito dos hábitos alimentares da criança. Uma boa técnica de comunicação envolve cinco palavras mágicas: ouvir, perguntar, responder, recomendar e elogiar (BRASIL, 2002).

Dentro desse contexto, um estudo realizado em uma Unidade Básica de saúde (UBS) no Município de Coronel Fabriciano no Vale do Aço, Minas Gerais, ressalta a atuação do enfermeiro na assistência a crianças obesas. As enfermeiras assistentes da UBS citam como fatores dificultadores na execução da assistência de enfermagem: a falta de interesse por parte dos pais, tal como as faltas frequentes às consultas, o excesso de atividades para uma equipe com poucos enfermeiros, aliado à sobrecarga de trabalho que dificulta a busca ativa das crianças, a baixa adesão às dietas propostas, a falta de cooperação por parte das famílias acerca de uma reeducação alimentar e a questão cultural (SILVA, COSTA, 2008).

Assim, é possível observar que um dos principais desafios para o profissional enfermeiro é assumir a responsabilidade de atuar e superar o choque cultural, as dificuldades financeiras e sociais apresentadas nos diversos cenários de atuação. Porém, nota-se que muitas das enfermeiras, quando interrogadas sobre o valor de referência da obesidade infantil, tiveram dificuldade em responder (SILVA, COSTA, 2008).

Araujo *et al* (2006) conceituou a família como o núcleo de um ambiente sócio cultural constituído pela figura dos pais e dos filhos. Para esses autores, a família representa um papel de suma importância na formação dos hábitos alimentares das crianças. É nos primeiros anos de vida que a criança define os hábitos alimentares, gradativamente.

Desse modo, o desmame precoce, a alimentação excessiva e desnecessária, aliados à imaturidade e ansiedade materna no cuidado da alimentação do filho, levam a uma dieta desequilibrada que pode repercutir em graves consequências. A mãe que realiza o desmame precoce por imaturidade passa a ofertar alimentos à criança indiscriminadamente como meio de recompensa, podendo levar a hiperfagia e conseqüentemente ao excesso de peso (ARAÚJO *et al* 2006).

Com isso, a obesidade infantil gera diversos impactos negativos na vida das crianças, com sérias conseqüências físicas e emocionais. Segundo Ceres *et al* (2004) a doença arterial

coronariana (DAC) destaca-se na sociedade industrializada como principal causa de morbidade e mortalidade. É na infância que se inicia o processo aterosclerótico. Assim, aos três anos de idade, as estrias gordurosas começam a surgir na camada íntima da aorta. Portanto, a obesidade infantil está intimamente associada aos fatores de risco para enfermidades ateroscleróticas, tais como hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo II e dislipidemia.

A modernidade pode ser um fator facilitador que contribui para a aquisição de hábitos alimentares não saudáveis, uma vez que os pais estão no mercado de trabalho e não podem acompanhar as crianças integralmente. Cotidianamente, a alimentação industrializada acaba ganhando o espaço da alimentação inatura, devido ao maior tempo necessário para o seu preparo, enquanto a industrializada já vem pronta (RINALDI *et al.*, 2008).

Assim, as crianças ficam mais vulneráveis ao ganho de peso, o que é ponderal e rápido nessa fase. Por isso, os pais, como atores principais na vida das crianças, necessitam adquirir conhecimentos adequados sobre valores nutricionais para saberem lidar com a alimentação dos filhos (RINALDI *et al.*, 2008).

Coutinho, Gentil e Toral (2008) referenciam a transição nutricional como um fenômeno que traz maiores desafios para as políticas públicas, já que exige um modelo de atenção à saúde pautada na integralidade do indivíduo com um enfoque centrado na promoção da saúde. É evidente em diversos estudos que no Brasil, como em outros países em desenvolvimento, o convívio com a transição nutricional é determinada pela má alimentação. Observa-se que, ao mesmo tempo em que ocorre uma redução nos casos de desnutrição, aumenta a prevalência da obesidade, fator que contribui para as doenças crônicas não transmissíveis.

Em um estudo desenvolvido por Malaquias e Rissin (2003), relatam a ocorrência do declínio da desnutrição em crianças, num ritmo acelerado, com aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade nessa mesma população. Nesse estudo observa-se que, entre as crianças menores de cinco anos, a prevalência de anemia gira em torno de 40 a 50% e entre as gestantes de 30 a 40%. Essa prevalência está associada a outros fatores como idade da criança, hábitos alimentares, cultura familiar, poder socioeconômico.

Estudos relatam que durante a infância a omissão dos cuidados paternos aumenta o risco para o sobrepeso pediátrico. Enquanto que em um lar em que a presença do pai é atuante e harmoniosa o risco é zero. A questão sociocultural está relacionada a algumas culturas, onde as mães consideram que criança “gorda” é bela e sadia. Essas mães acreditam que serão mais valorizadas no contexto social e familiar num momento em que apresentam a sociedade uma criança que não aparenta “desnutrição”, sendo considerada “perfeita” (ARAÚJO *et al.*, 2006)

A alimentação é uma das funções humanas básicas e, também, umas das atividades corporais mais vistas e simbolizadas. O alto número de casos de obesidade, no Brasil, tem despertado o interesse da saúde pública nos dias atuais, causando um alarme social e crescente proliferação de investigações dedicadas a ela. Trata-se de um transtorno complexo, que tende a tornar-se crônico e, às vezes, extremamente grave, com consequências multifatoriais.

Por isso é que o interesse pelo desenvolvimento desse estudo partiu da experiência profissional, cuja atividade em uma unidade da prefeitura de Belo Horizonte, há cinco anos, me proporcionou a observação de um número significativo de crianças obesas no serviço. Nessa unidade recebo pacientes referenciados das Unidades Básicas de Saúde (UBS), em sua maioria crianças para tratamento cirúrgico. A demanda maior é otorrinolaringologia e cirurgia geral pediátrica, entre outras. Não tenho um contato direto na assistência de crianças obesas, porém entre as atendidas nessa Unidade, percebi a grande recorrência dessa enfermidade.

A referida unidade presta serviços de atenção secundária, que possui seis salas de cirurgias, uma sala de recuperação pós-anestésico, duas enfermarias contendo 25 leitos, além de 6 berços, para atendimento misto, masculino e feminino. Conta com 5 consultórios para consultas de avaliação anestésica, uma sala para coleta de sangue na parte da manhã, sendo que a tarde é feito a desinfecção dessa mesma sala, que é utilizada para realização de exames de ECG e um consultório de fibronaso. A demanda por cirurgia é muito intensa e no caso da cirurgia de otorrino é grande a fila de espera.

Aliado a isso, um fator dificultador é o espaço físico reduzido e a falta de mão de obra. As ações educativas voltadas para a prevenção não são desenvolvidas. De forma concreta temos registro e estatísticas relacionadas somente às cirurgias, tendo em vista que as ações desenvolvidas são de caráter curativo e reparador. Com isso, a identificação da obesidade não

é notificada e nem contrarreferenciada. Assim, a contrarreferência é feita somente para as retiradas de ponto pós-cirúrgicos e alguns curativos. Logo, o enfermeiro assistente dessa unidade realiza suas ações voltadas para o bem estar físico e emocional do paciente visando tão somente o sucesso das cirurgias.

Contudo, sabendo-se do crescente número de crianças obesas, torna-se importante o monitoramento nutricional das populações e em especial a infantil. Desse modo, a Atenção Primária à Saúde, em que são desenvolvidos os processos de prevenção e promoção à saúde, tem como ações desenvolvidas pelos enfermeiros a coleta de medidas antropométricas, através das consultas de puericulturas consideradas importantes na avaliação da saúde da criança.

Portanto o presente estudo tem sua relevância por se tratar de um assunto atual que está presente no cotidiano da sociedade. Cabe ainda ressaltar que a saúde das crianças na primeira infância é de grande valor para sua vida adulta, isto porque elas são mais vulneráveis as pressões externas impostas.

Dessa maneira, o trabalho apresentado vem com o intuito de abordar um assunto moderno e preocupante que necessita de maior atenção e compreensão para que tal doença possa ser prevenida para que não venha a desenvolver.

Considera-se ainda a importância de se discutir a atuação do profissional enfermeiro junto à equipe multiprofissional no âmbito da atenção primária, especialmente se considerados a sua possibilidade de atuação por meio de maior proximidade com os usuários, favorecendo a identificação de fatores de risco para o aparecimento e/ou agravamento da obesidade infantil.

## **2 OBJETIVO**

Compreender as práticas desenvolvidas pelo enfermeiro na Atenção Primária a Saúde que contribuem para a prevenção da obesidade na primeira infância.

### 3 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento desse trabalho foi utilizado o método de pesquisa bibliográfica. Esse tipo de estudo, conforme Gil (2002), é aquele em que se desenvolve tentando explicar um problema a partir das teorias publicadas em diversos tipos de fontes. A realização da pesquisa bibliográfica é fundamental para que se conheça e se analise as principais contribuições teóricas sobre um determinado tema ou assunto.

A pesquisa bibliográfica procura analisar e conhecer as contribuições científicas ou culturais do passado existentes sobre um determinado problema, assunto ou tema. Ao se realizar uma pesquisa bibliográfica, deve-se obedecer a uma sequência ordenada de procedimentos que, além de auxiliarem a manter a perspectiva global do estudo, contribuem para uma organização racional e eficiente (GIL, 2002)

A autora utilizou para o desenvolvimento do presente estudo materiais já publicados com o objetivo de conhecer e aprofundar seus conhecimentos sobre a contribuição do enfermeiro na prevenção da obesidade infantil nos serviços de atenção primária a saúde.

Para a realização do estudo foi realizado um levantamento entre os meses de maio a agosto de 2012. Dos 75 artigos selecionados, 39 desses, incluindo os protocolos do Ministério da Saúde, relatos de experiências, a lei 8069, o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) e o Código de Ética dos profissionais de Enfermagem (CEPE) foram analisados. Foram utilizadas como fontes de busca as bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde – BVS (Scielo), Biblioteca virtual, Lilacs, busca reversa no Google acadêmico, no idioma português, utilizando os descritores: Obesidade Infantil; Enfermagem, Pré-escolar e Promoção da Saúde.

Após a identificação das publicações, procedeu-se a leitura dos resumos e dos artigos. A análise das publicações permitiu a identificação de quatro temáticas: a prevalência da obesidade na infância, os benefícios da prática da alimentação saudável para saúde da criança, a alimentação complementar inadequada e os riscos que podem trazer à saúde da criança e as ações do enfermeiro na prevenção da obesidade infantil

#### 4 RESULTADOS

A busca nas bases de dados fez-se no período de maio a agosto de 2012. Após a seleção dos artigos, num total de 75, foram selecionados 39 deles para amostra, contendo 10 publicações entre 2003/2012, de maneira que o restante consiste em publicações de outras fontes, incluindo um relato de experiência publicado em 2012, um protocolo do Ministério da saúde, publicado em 2002, 2005, e 2009, respectivamente, além da lei 8069 Estatuto da Criança e adolescente (ECA), Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE) Cofen 311/2007, como observado no Quadro 1 as seguir:

<b>Autores</b>	<b>Título</b>	<b>Ano de publicação</b>
ALMEIDA, DEL CIAMPO , RICCO ,NEVES, PINA	Avaliação da medida do perímetro braquial como metodologia de triagem de crianças pré-escolares obesa.	2003
ALVES , GALÉ ,SOUSA , BATTY	Efeito do exercício físico sobre peso corporal em crianças com excesso de peso:ensaio clinico comunitário randomizado em uma favela no Brasil.	2008
ALVES,YAGUI,RODRIGUES ,MAZZO , RANGELS , GIRÃO.	Obesidade infantil onteme hoje :importância avaliação antropométrica pelo enfermeiro.	2011
ARAUJO,BESERRA, CHAVES.	O papel da amamentação ineficaz na gênese da obesidade infantil: um aspecto para investigação de enfermagem.	2006



Autores	Título	Ano de publicação
ARAÚJO,BESERRA,ARAÚJO, CHAVES.	Obesidade infantil: uma reflexão sobre dinâmica familiar numa visão etnográfica	2006
ARAÚJO, LEMOS, CHAVES.	Creche comunitária: um cenário para a detecção da obesidade infantil	2006
BASTOS, PEREIRA,	Obesidade Infantil.	2008
BORGES, KOHLER,LEITE , SILVA ,CAMARGO , KANUNFRE	Influencia da televisão na prevalência de obesidade infantil em Ponta Grossa Paraná	2007
BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE POLÍTICA DE SAÚDE. ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE.	Guia alimentar para crianças menores de dois anos	2002
BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM.	Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e dá outras providências.	2007
CERES, HUGO, ARY , JAYME FORTI .	Fatores de risco para aterosclerose em crianças e adolescentes com história familiar de doença arterial coronariana prematura	2004
CORREIA, CORSO, MOREIRA , KAZAPI	Alimentação complementar e características maternas de crianças menores de dois anos de idade em Florianópolis	2009
COSTA, TRINDADE ,PEREIRA	inserção do biomédico no programa de saúde da família	2010

Autores	Titulo	Ano de publicação
COUTINHO, GENTIL TORAL	A desnutrição e obesidade no Brasil:o enfrentamento com base na agenda única da nutrição	2008
COUTINHO	Obesidade Infantil: problema relevante na atualidade.	2011
GASTALDON, MARTINS , POLTRONIÉRI	Obesidade infantil: um problema do presente com olhares para o futuro-promovendo o ser e a família saudável no cotidiano junto enfermagem .	2007
GIL.	Como elaborar projetos de pesquisa.	2002
BRASIL.	Estatuto da Criança e do Adolescente	1990
LUGÃO,FERREIRA, AGUIAR , ANDRÉ.	A Importância da atuação do enfermeiro na prevenção da obesidade infantil	2010
LUIZ,AMAG, GORAYEB, JUNIOR RADRL, DOMINGOS.	Depressão, ansiedade, competência social e problemas comportamentais em crianças obesas	2005
MALAQUIAS, RISSIN	Transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais.	2003
MARIZ, AZEVEDO, MEDEIROS, GONZAGA, AMORIM, SOUZA.	Centro de Obesidade Infantil: Relato de Experiência	2012
BRASIL	nutrição infantil, aleitamento materno e Alimentação Complementar	2009
BRASIL	Carta de Ottawa sobre promoção da saúde	2002

Autores	Titulo	Ano de publicação
BRASIL	Saúde da criança: acompanhamento do desenvolvimento infantil.	2002
BRASIL	Saúde da criança: nutrição infantil aleitamento materno e Alimentação Complementar.	2009
MONTEIRO, CAETANO ARAUJO.	Enfermagem na saúde da criança: estudo bibliográfico acerca da avaliação nutricional	2010
RINALDI, PEREIRA, MACEDO MOTA , BURINI	<b>Contribuições das práticas alimentares e natividade física para o excesso de peso infantil.</b>	2008
ROCHA, GERHARDT,SANTOS	Desnutrição e excesso de peso em crianças menores de cinco anos no meio rural de Arambaré, RS (des) construindo ideias, repensando novos desafios	2007
RODRIGUES,MARQUES CHAVES, SOUZA , CARVALHO,	Prevalência e fatores associados a sobrepeso e obesidade em escolares da rede pública.	2011
SALDIVA, SILVA , SALDIVA	Avaliação antropométrica e consumo alimentar em crianças menores de cinco anos residentes em um município da região do semiárido nordestino com cobertura parcial do programa bolsa família	2010
SANTOS, CARIOLANO, SETTE,LIMA,	Alimentação complementar lactente: Subsídios para a consulta de enfermagem em puericultura.	2010

Autores	Titulo	Ano de publicação
SILVA,KOOPMANS BARROS	Intervenções de enfermagem junto à família na prevenção da obesidade infantil.	2010
SILVA, COSTA	Assistência de enfermagem a criança obesa: Um Estudo de Caso	2008
SILVEIRA, ABREU	Fatores que contribuem para a obesidade infantil	2006
SIMON, SOUZA, SOUZA	Aleitamento materno alimentação complementar, sobrepeso e obesidade em pré-escolares	2009
SOARES, PETROSKI	Prevalência, fatores etiológicos e tratamento da obesidade infantil.	2003
SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. DEPARTAMENTO DE NUTROLOGIA	Obesidade na infância e adolescência – Manual de Orientação / Sociedade Brasileira de Pediatria.	2008
BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS.AGENDA	Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil / Ministério da Saúde,Secretaria de Atenção à Saúde	2005

**Quadro 1: Quadro resumo contendo autor, título e ano**

**Fonte: Dados da pesquisa**

Esses periódicos são inscritos nas bases de dados e dentre eles contém publicações da enfermagem, da nutrição, da psicologia, de médico, relato de experiência e monografia. Observa-se que o tema obesidade é pouco discutido pelos enfermeiros, visto que, foram encontrados poucos estudos produzidos pela enfermagem.

#### 4.1 Prevalência da obesidade na infância

De acordo com Soares e Petroski (2008), nos Estados Unidos a obesidade atinge uma em cada cinco crianças e no Japão, a obesidade infantil está tornando-se o principal problema de Saúde Pública, apesar das tradições alimentares serem saudáveis. Contudo, a obesidade infantil não é um problema só de países desenvolvidos, mas também dos países em desenvolvimento, que apresentam um aumento significativo da prevalência desta morbidade.

Segundo Rodrigues *et al* (2011), considera-se relativamente baixa e estável (em torno de 5%) a prevalência de sobrepeso e obesidade entre as crianças menores de cinco anos, sendo que na década de 90 no Canadá, Austrália e Europa, as taxas de crescimento do excesso de peso na população infantil alcançaram 1% ao ano. Entre crianças de seis anos, no Chile, nos anos 1987 a 2000, constatou-se no sexo masculino e feminino a prevalência de 12% para 26% e de 14% para 27%, respectivamente. Na China, em crianças dessa mesma idade, a prevalência da obesidade subiu de 7,7% para 12,4% num espaço de tempo inferior.

Para Almeida *et al* (2003), de 1989 a 1996 a prevalência da obesidade na população brasileira pré-escolar passou de 2,1% para 4,1%, enquanto que nos Estados Unidos, em 1997, a prevalência da obesidade entre as crianças menores de cinco anos era de 10,3%. Desse modo, Alves *et al* (2010) relatam que a taxa da prevalência da obesidade no mundo é alarmante, sendo que em crianças o crescimento é universal, passando a ser considerado um dos principais problemas de saúde na sociedade moderna.

Esse fato é observado por Bastos e Pereira (2008), que consideram a obesidade a nova epidemia do século XX e XXI. No Brasil, 40% da população encontra-se com sobrepeso, sendo mais preocupante que a desnutrição no país. A obesidade afeta mais de 300 milhões de indivíduos no mundo e é considerada uma pandemia e um grave problema de saúde pública.

Em um estudo transversal de abordagem quantitativa–descritiva desenvolvido pelos alunos do sexto período de enfermagem da Universidade Federal de Fortaleza com crianças entre dois e cinco anos de idade, matriculadas em uma creche de Fortaleza, teve como objetivo verificar a amamentação ineficaz como fator que possibilitasse a gênese da obesidade infantil (ARAÚJO, BESERRA, CHAVES, 2006)

Tal estudo revelou que das 90 crianças avaliadas foram encontradas 57,7% eutróficas, 14,4% com sobrepeso, 13,3% obesas, 11,1% com baixo peso e 3,3% desnutridas. Das crianças com sobrepeso ou obesidade, 60% tiveram amamentação ineficaz (período menor que seis meses ou não mamaram) e 60% viviam em famílias com uma renda mensal menor que um salário mínimo (ARAÚJO, BESERRA, CHAVES, 2006)

Os estudos de Rinaldi *et al* (2008) apresentam a prevalência do excesso de peso/obesidade em diferentes regiões brasileiras e em todos os extratos sociais. Informações Brasileiras de Geografia e Estatística (IBGE) citadas por Rinaldi (2008) relatam que 16,7% dos adolescentes do Instituto apresentam excesso de peso, sendo maior no início da adolescência e com declínio de 22% no final dessa fase.

Para esses mesmos autores, há prevalência do sobrepeso/obesidade em diferentes regiões como, região Nordeste 11,7%, e Sudeste, 19,8%. Na Região Sul, a prevalência sobrepeso/obesidade em crianças entre sete e dez anos teve uma variação do sobrepeso de 17,9% a 19%, sendo que 14% das crianças avaliadas apresentaram obesidade.

A região norte apresenta a prevalência apenas do sobrepeso em crianças menores de dez anos. Na região Nordeste observou-se que a prevalência de sobrepeso é de 14,5% e a prevalência da obesidade gira em torno dos 8,3% entre crianças e adolescente. Nesse caso, os indivíduos com excesso de peso apresentavam melhor condição econômica (RINALDI *et al.*, 2008).

Na cidade do Rio de Janeiro, estudo entre criança e adolescentes de quatro e dezessete anos revela sobrepeso de 18% no sexo feminino e 15 % no sexo masculino. Em Brasília, o índice de sobrepeso entre crianças de seis a dez anos índice é de 16,8% e o índice de obesidade é de aproximadamente 5,3%. Na cidade de Santos, São Paulo, numa amostra populacional de 10.822 crianças entre sete a dez anos, a prevalência do sobrepeso/obesidade é de 15,7% de sobrepeso e 18% de obesidade (RINALDI *et al.*, 2008).

#### **4.2 Os benefícios da prática da alimentação saudável para a saúde da criança**

A alimentação é um processo que dá prazer, reúne a família. O momento das refeições tem uma conotação sagrada desde a antiguidade. Nesse momento são utilizados rituais religiosos em agradecimento do alimento. Além do mais, o organismo assimila os nutrientes para o

crescimento, desenvolvimento, geração e produção de energia essencial para sobrevivência humana. Porém, a questão alimentar pode se tornar um problema, por carência ou excesso, levando à desnutrição ou obesidade (COUTINHO, 2011).

A alimentação complementar deve contemplar os seguintes pontos: acessibilidade física e financeira, sabor, variedade, cor, harmonia e segurança sanitária. Física e financeira está relacionado aos produtos regionais, os produtos de época são mais baratos. Sabor outro fator importante, a alimentação precisa ser saborosa para a boa aceitação da criança. Variedade, os alimentos fornecem os diferentes nutrientes necessário para atender uma alimentação adequado. Cor, a alimentação quanto mais colorida mais rica em termo de vitaminas e minerais e mais atrativa. Harmonia. É a garantia do equilíbrio em quantidade e qualidade dos alimentos. Segurança sanitária os alimentos devem ser seguros para o consumo isento de qualquer contaminação (BRASIL, 2009)

A primeira conferência internacional realizada em Ottawa em novembro de 1986 visava à promoção da saúde. Antes de tudo, foi uma resposta à crescente demanda por uma nova concepção de saúde pública no mundo. Nessa conferência, emitiu-se a carta que objetiva “Saúde para Todo no Ano 2000” (BRASIL, 2002)

De acordo com a Carta de Ottawa, promover saúde consiste em proporcionar aos sujeitos meios necessários que contribuam para a melhora de sua saúde, exercendo um maior controle sobre a mesma. Contextualizando os requisitos para a saúde, pode-se citar a paz, a educação, a moradia, a alimentação, a renda, um ecossistema sustentável, justiça social e a equidade.

Portanto, a Carta conceitua promover saúde, sendo o melhor recurso para o progresso pessoal, econômico e social, e uma dimensão importante da qualidade de vida. Os fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, de meio ambiente, de conduta e biológicos podem intervir a favor ou contra a saúde (BRASIL, 2002).

De acordo com o Guia Alimentar (2002), para seguir uma alimentação saudável prevenindo os risco para obesidade, deve-se seguir os dez passos para uma alimentação saudável. Para crianças até os seis meses de vida, oferecer exclusivamente o leite materno, sem acrescentar nenhum outro tipo de alimento incluindo água ou chá.

A partir dos seis meses, introduzir de forma lenta e graduada outros alimentos, mas mantendo o aleitamento materno até os dois anos de idade. Para crianças acima de seis meses que mamam no peito, oferecer na alimentação complementar alimentos como cereais, tubérculos, carne, frutas e legumes três vezes ao dia e cinco vezes para as que já deixaram de mamar (BRASIL, 2002).

Os alimentos devem ser oferecidos de forma suave sem rigidez de horários, respeitando-se a vontade da criança. A alimentação deve ser espessa e oferecida de colher. Uma alimentação calórica deve ser variada, de maneira que a criança receba diferentes alimentos ao dia. É imprescindível estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições. Os alimentos devem ser preparados com o máximo de higiene e armazenado e conservado em local adequado (BRASIL,2002).

Além disso, há a necessidade de uma abordagem nutricional como prática do cotidiano, impetrando assistência integral e humanizada ao paciente portador de obesidade, visto que a obesidade infantil, uma vez instalada, demanda intervenção multidisciplinar com equipe multiprofissional para desempenhar estratégias de ações terapêuticas buscando-se intervir junto às crianças acometida pela obesidade (Mariz *et al.*, 2012).

Desse modo, a contemporaneidade é o fator facilitador para o surgimento dessa epidemia. O processo de industrialização dos alimentos e a fácil aquisição dos produtos já preparados transformaram a maneira como a população realiza as suas refeições. Passou de um ritual de preparo e de compartilhamento da mesa entre as famílias, a uma alimentação rápida para atender as demandas do excesso de afazeres do indivíduo do século XXI (BRASIL, 2002)

Faz-se relevante, então, considerar sempre que a alimentação é o alicerce para a promoção da saúde das crianças. As práticas de uma alimentação saudável, desde a introdução dos alimentos no início do desmame, são importantes e fundamentais para prevenção das doenças não transmissíveis como Obesidade, Diabetes, Hipertensão, Dislipidemias e Doenças Cardiovasculares (SILVA *et al.*, 2010).

Outro ponto fundamental a ser considerado na educação para uma vida saudável é que os bons hábitos alimentares são transmitidos pela família e sustentados por culturas. É na primeira



infância que a criança tem contato com os alimentos e desenvolve seu senso crítico na escolha deles. A família tem um papel indispensável nesse processo de escolha alimentar que a criança faz durante a infância e mantém na vida adulta (SILVA *et al.*, 2010).

### **4.3 A alimentação complementar inadequada e os riscos que pode trazer à saúde da criança**

De acordo com o Ministério da saúde, é recomendado o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade. Todavia, a alimentação complementar iniciada antes dos seis meses pode ser prejudicial à saúde da criança, uma vez que os rins e sistema digestivo encontram-se imaturos. Com isso, limita a sua capacidade de manejar alguns componentes dos alimentos que sejam diferentes do leite materno (BRASIL, 2002).

Por sua vez, a criança corre o risco de apresentar reações de hipersensibilidade a proteínas estranhas à espécie humana. O rim imaturo não é capaz de eliminar as altas concentrações de solutos provenientes de alguns alimentos. Após os seis meses, a criança adquire maturidade fisiológica tornando-se capaz de lidar com as diferenças alimentares (BRASIL, 2002).

Além disso, estudos corroboram a predominância da oferta de água, chás e suco muito cedo na dieta infantil. Em quatro das cinco macro-regiões estudadas foram evidenciados que a amamentação é complementada com outro tipo de leite ou leites com espessante a base de milho, arroz e aveia, suco de frutas e sopas (BRASIL, 2002).

Além do mais, na região nordeste, 80% das crianças no primeiro trimestre de vida recebem mingaus ou leite de vaca. Tendo em vista um estudo realizado no município de São Paulo, relatou-se que 17,3% das crianças menores de dois anos recebem bebidas industrializadas. Dentre elas destaca-se o refrigerante (BRASIL, 2002).

Ainda que a frequência deste tipo de bebida aumente em crianças acima de vinte quatro meses de vida, nota-se que esse consumo é de 0,8% e de 5,2% respectivamente entre bebês de 0 a 5 meses e 6 a 11 meses (BRASIL, 2002).

Para Saldiva *et al* (2010) as crianças menores de cinco anos de idade e na fase pré-escolar merecem atenção especial, tendo em vista que uma alimentação inadequada pode colocar em risco o seu crescimento e desenvolvimento, além de causar problemas como anemia

ferropriva, desnutrição obesidade e outros distúrbios nutricionais. Além disso, podem trazer graves consequências futuras, tais como: Hipertensão, diabetes tipo II doenças cardiovasculares, osteoporose e câncer.

A alimentação de crianças menores de cinco anos no meio rural de Arambaré foi avaliada Por Rocha Gerhardt e Santos (2007). Observou-se, de forma geral, que a introdução alimentar acontece precocemente. Esses autores ressaltam que a dieta das crianças foi pouco diversificada, constituída basicamente por produtos lácteos, com consumo elevado de açúcares, gorduras e reduzido consumo de vegetais. Nesse período, a carne é raramente ofertada.

Em uma unidade de Saúde na cidade de Florianópolis (SC), num estudo de método transversal, foram entrevistadas quinhentas e dezesseis mães de criança menores de dois anos. A entrevista ocorreu na Campanha Nacional de Vacinação. O tema abordado foi a introdução da alimentação complementar. Observou-se que dentre as crianças menores de dois anos, apenas 28,7% haviam recebido aleitamento exclusivo até os seis meses. As crianças menores de seis meses 49,6% estavam em aleitamento materno exclusivo (CORREIA *et al.*, 2009).

Além disso, identificou-se que a baixa escolaridade materna e o vínculo empregatícios apresentavam mais chances de iniciar a alimentação complementar precocemente aos seus filhos. Outra observação que foi feita é que 80% das crianças recebiam frutas e 77,5% recebiam suco natural associado ao leite materno. Em substituição ao leite materno, 36,8% receberam leite de vaca modificado antes de completar seis meses de idade (CORREIA *et al.*, 2009).

#### **4.4 As ações do enfermeiro na prevenção da obesidade infantil**

Conforme o código de Ética dos Profissionais de enfermagem (CEPE),(2007), a enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde e qualidade de vida da pessoa, família e coletividade. Atua na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais, respeitando a vida, a dignidade e os direitos humanos, em todas as suas dimensões, devendo exercer a profissão com justiça,

compromisso, equidade, resolutividade, dignidade competência, responsabilidade, honestidade e lealdade.

A prevenção da obesidade infantil é a maneira mais segura e eficaz, podendo ser iniciada já na fase intrauterina. A fase intrauterina é um período crítico para o desenvolvimento da obesidade. Portanto, a importância de prevenir a obesidade na infância perpassa de sua associação com as doenças crônicas não transmissíveis no adulto. Assim, é imprescindível nas consultas de pré-natal a identificação dos fatores de risco familiares como diabetes melitus, doenças cardiovasculares, dislipidemias, hipertensão arterial e determinados tipos de câncer dentre outros fatores. É nesse encontro com a gestante que o profissional monitora e avalia o estado nutricional dessa gestante (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2008).

No intuito de elucidar as atitudes de intervenção, o enfermeiro na ABS, por meio das consultas de acompanhamento e desenvolvimento da criança, inclui a essa consulta à avaliação nutricional infantil. Para que o enfermeiro possa identificar prováveis respostas humanas. Trazer subsídio para elaboração do diagnóstico de enfermagem. Sendo assim, facilita as condutas preventivas ou intervencionistas no processo do cuidar. Além disso, os índices antropométricos levantados nas consultas de enfermagem facilitam o diálogo e a orientação à mãe/cuidador sobre os cuidados com alimentação (MONTEIRO, CAETANO E ARAUJO, 2010).

Uma ação realizada pelo enfermeiro e equipe multidisciplinar na prevenção da obesidade infantil começa com a criança na vida intrauterina, ao orientar a gestante sobre uma alimentação saudável e incentivar a amamentação exclusiva até os seis meses, evitando os riscos que o álcool e o fumo pode ocasionar na saúde do concepto (BRASIL, 2005)

O caderno de Atenção Básica nº 23 traz uma série de Contextualização para o desempenho do processo de ações de integralidade e interdisciplinaridade do cuidado. A fim de auxiliar as equipes de saúde da família e profissionais da atenção básica a estabelecer estratégias e avaliar sua prática profissional. Com título de promotor da saúde, o enfermeiro usa sua ferramenta básica (conhecimento), para orientar mãe/cuidador a seguir os dez passos de uma alimentação saudável.

**Passo 1:** Até os seis meses de idade dar somente leite materno, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento.

Papel do profissional e da equipe: Rever se as orientações sobre aleitamento materno são fornecidas desde o acompanhamento pré-natal até a época da alimentação complementar.

**Passo 2:** A partir dos seis meses, introduzir de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais.

Papel do profissional e da equipe: Perguntar à mãe/cuidador, antes de dar a orientação desse passo, como ela (ele) imagina ser a alimentação correta da criança e, a seguir, convidá-la (lo) a complementar seus conhecimentos, de forma elogiosa e incentivadora.

**Passo3:** Após seis meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas, legumes) três vezes ao dia, se a criança receber leite materno, e cinco vezes ao dia, se estiver desmamada.

Papel do profissional e da equipe: Sugerir receitas de papas, tentando dar ideia de proporcionalidade, de forma prática e com linguagem simples.

**Passo 4:** A alimentação complementar deve ser oferecida de acordo com os horários de refeição da família, em intervalos regulares e de forma a respeitar o apetite da criança.

**Passo 5:** A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; começar com consistência pastosa (papas/purês) e, gradativamente, aumentar a consistência até chegar à alimentação da família.

Papel do profissional e da equipe: Organizar, em parceria com a comunidade, oficinas de preparação de alimentos seguros e/ou cozinhas comunitárias. Convidar família com crianças sob-risco nutricional.

**Passo 6:** Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada e uma alimentação colorida.

Papel do profissional e da equipe: Conversarem sobre a estimulação dos sentidos enfocando que a alimentação deve ser um momento de troca afetuosa entre a criança e a família.

**Passo 7:** Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições. Papel do profissional e da equipe: Pedir à mãe que faça uma lista das hortaliças mais utilizadas. Depois, aumentar essa lista acrescentando outras opções não lembradas, destacando alimentos regionais e típicos da estação.

**Passo 8:** Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação.

Papel do profissional e da equipe: Articular com a comunidade e outros setores uma campanha sobre alimentação saudável.

**Passo 9:** Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos: garantir o seu armazenamento e conservação adequado.

Papel do profissional e da equipe: Realizar grupo com pais, avós e/ou crianças sobre cuidados de higiene geral, alimentar e bucal.

**Passo 10:** Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação. (BRASIL, 2009, p.95-96)

As práticas alimentares no primeiro ano de vida da criança constituem marco importante na formação dos hábitos alimentares. Conduzir adequadamente esse processo torna-se o grande desafio, uma vez que os hábitos alimentares da família influenciam diretamente nos processo de adaptação da alimentação da criança. Portanto é imprescindível que o enfermeiro esteja atento às necessidades da criança e da família, acolhendo dúvida, preocupação e dificuldades, com garantia de vínculo efetivo para continuidade do cuidado (BRASIL, 2009).

Silva e Costa (2008) relatam as experiências vividas pelas enfermeiras que atuam em Unidade Básica de Saúde (UBS) no Município de Coronel Fabriciano, em Minas Gerais, na assistência à criança obesa. Participaram desse estudo quatorze enfermeiras com idades entre vinte dois a cinquenta e seis anos em que as experiências variam entre três e acima de quinze anos de

formação. Dessas, onze possuem uma ou mais especializações. Quando interrogadas sobre obesidade, 78,6% definiram a obesidade como sendo o IMC acima do ideal ou aceitável.

Nota-se que as enfermeiras não tiveram dificuldade em definir a obesidade, porém muitas delas não souberam informar o valor de referência que indica obesidade em uma criança (SILVA COSTA, 2008)

De acordo com Silva *et al.* (2010), o enfermeiro por meio do processo de enfermagem desenvolve os cuidados de enfermagem por meio de ações de curto, médio e longo prazo. As ações em curto prazo visam intervenções imediatas, proporcionando à criança e às famílias as condições adequadas para um tratamento que estimule o bem estar. As ações de médio prazo estão relacionadas em discutir sobre os problemas de saúde com os familiares e estimular sua participação na assistência à criança, promovendo uma relação de confiança.

De tal modo, as ações de longo prazo estão voltadas para as orientações aos familiares quanto à importância de uma reeducação alimentar e quanto à necessidade da realização de atividade física. Ao considerar-se a obesidade como uma doença crônica de difícil manejo o enfermeiro deve incluir em suas ações, orientação aos familiares junto com as crianças, por meio de palestras educativas sobre os riscos de uma vida sedentária e da obesidade, de forma que possa esclarecer sobre as consequências futuras e as vantagens de que a mudança nos hábitos alimentares possa estar contribuindo para qualidade de vida dessas crianças (SILVA, *et al.*, 2010).

Araujo *et al* (2006) ressaltam o profissional enfermeiro como um educador em saúde. Educação em saúde consiste em um processo crítico e transformador. Para isso, o enfermeiro é o agente promotor de comunicação aprendizagem, que visa mudanças de comportamentos vulneráveis à saúde.

Assim, a partir da consulta de enfermagem, o enfermeiro responsabiliza aos pais, as funções de eternos vigilantes nutricionais e educadores. Logo, incentiva a adoção de práticas de exercício físico e alimentação saudável (ARAUJO *et al.*, 2006).

Desse modo, a efetiva atuação do enfermeiro nos serviços de saúde somada à atuação multiprofissional com orientação adequada pelo Sistema de Vigilância Alimentar e

Nutricional (SISVAN), por sua vez, é a base de um pilar sólido para a resolutividade da saúde no Brasil, propiciando a execução do processo saúde/doença de forma integrada e de acordo com os hábitos socioculturais das populações (BRASIL, 2008)

Através das consultas de enfermagem em unidade de puericultura, observou-se com frequência a ocorrência de mães ou cuidadores que não se adequavam às orientações do Ministério da Saúde, com relação à introdução da alimentação complementar para seus filhos, visto que a família exerce papel fundamental no manuseio dos alimentos, higiene, preparo, administração e armazenamento (SANTOS *et al* 2010)

Logo, os hábitos alimentares da criança estão diretamente relacionados a fatores intervenientes, tais como: familiar, socioeconômico, cultural e nível de escolaridade das mães ou cuidadores. Nesse contexto é imprescindível a relação enfermeiro-paciente manter vínculo de confiança e empatia, como um fator facilitador para que o enfermeiro possa identificar as dificuldades encontradas pela família na introdução da alimentação complementar e armazenamento adequado do mesmo (SANTOS *et al.*, 2010).

No conjunto da amostra selecionada, os protocolos foram publicados entre os anos 2002 e 2007, numa monografia de pós-graduação, que abordou a alimentação saudável e atividade física. Em relação aos autores, mencionam-se enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, educador físico, médicos pediatras e endocrinologista. Dentre os artigos selecionados, sete são de autoria de enfermeiros, o restante de demais autores já citados e de protocolos do Ministério da Saúde e do Manual da Sociedade Brasileira de Pediatria.

Entre o material selecionado para o presente estudo, foram evidentes os pontos principais facilitadores que contribuem para o desenvolvimento do sobrepeso/obesidade. Dentre eles, é possível citar o desmame precoce, a introdução da alimentação complementar precocemente, o consumo de alimentos hiperlipídicos, açúcares, a industrialização e a violência urbana, sendo que o último fator é responsável pela permanência das crianças dentro de casa, passando horas assistindo televisão, videogames, computadores, fazendo com que a criança torne-se sedentária (BORGES *et al.*, 2007).

Também foram identificados os pontos relacionados às ações do enfermeiro na prevenção da obesidade infantil, tais como: prevenção precoce nas consultas de pré-natal, incentivo ao aleitamento materno exclusivo, incentivo à atividade física, orientação à alimentação saudável, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento através das consultas de puericulturas e vacinação (BRASIL, 2005)

Para a composição da categoria temática e a importância da prática da alimentação saudável para a saúde da criança, foram utilizados seis artigos. O Guia Alimentar (2002) cita os dez passos orientados para uma alimentação saudável na prevenção da obesidade. No primeiro passo é ressaltada a importância da amamentação exclusiva para crianças até seis meses. Segundo Simon, Souza, Souza (2009), Araujo, Beserra, Chaves (2006), o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida é um fator protetor contra sobrepeso/obesidade infantil.

## **5 DISCUSSÃO**

A participação do familiar é de fundamental importância nas práticas alimentares da criança nos primeiros anos de vida Soares e Petroski (2003), Coutinho, Gentil e Toral (2008). As exposições nutricionais, ambientais e o ganho de peso excessivo podem trazer graves consequências na vida adulta, tais como a hipertensão, síndrome metabólica, resistência insulínica e morbimortalidade cardiovascular. Nesse sentido, Ceres *et al* (2004) afirmam que em crianças obesas, aos três anos de idade, inicia-se o processo aterosclerótico, do qual as estrias gordurosas começam a surgir na camada íntima da aorta. Além disso, Luiz *et al* (2005) ressaltam que a obesidade infantil tem alcançado elevados índices, trazendo grande preocupação para os profissionais da área da saúde, devido sua alta prevalência relacionada a diversas doenças crônicas não transmissíveis.

Com o objetivo de identificar a prevalência da obesidade infantil, onze estudos foram incorporados nessa unidade temática. Soares e Petroski (2003) ressaltam que a obesidade infantil afeta uma em cada cinco crianças nos Estados Unidos. No Japão, a obesidade infantil é considerada o principal problema de Saúde Pública. Para Basto e Pereira (2008), essa é a nova epidemia de século XX e do início do século XXI, afetando mais de 300 milhões de indivíduos no mundo, inclusive no Brasil, onde 40% da população sofre desse mal.



Nesse contexto, Almeida *et al* (2003) citam as diferenças da prevalência da obesidade entre os pré-escolares brasileiros e americanos. Em 1989/1996, no Brasil o número de crianças obesas subiu de 2,1% para 4,1%. Nos Estados Unidos, em 1997 o percentual de crianças menores de cinco anos obesas era de 10,3%, uma diferença de 6,2% em relação ao Brasil.

Araujo, Beserra e Chaves (2006), realizaram um estudo transversal de abordagem quantitativa–descritiva com crianças entre dois e cinco matriculadas numa creche de Fortaleza. Das 90 crianças avaliadas, foram diagnosticadas 57,7% eutróficas, 14,4% com sobrepeso, 13,3% obesas 11,1% com baixo peso e 3,3% desnutridas. Dessas crianças, 60% tiveram amamentação ineficaz e 60% viviam com famílias de baixa renda. Para esses autores, a amamentação exclusiva até os seis meses de vida é um fator protetor na prevenção da obesidade infantil e provavelmente do adulto, uma vez que 80% das crianças obesas possivelmente serão adultos obesos.

Além disso, essas crianças futuramente poderão desencadear transtornos metabólicos seguidos de outros problemas metabólicos como hipertensão arterial, diabetes tipo II dislipidemia e doenças cardiovasculares, incluindo as isquêmico-infarto, trombose, embolia, aterosclerose etc.- com risco aumentado para os problemas ortopédicos, apneia do sono, cânceres e distúrbios psicológicos (ARAUJO, BESERRA, CHAVES, 2006)

Para a Sociedade brasileira de Pediatria (2008) a obesidade é uma doença crônica, complexa, de etiologia multifatorial, tais como: hábitos alimentares, sedentarismo, estilo de vida, influência ambiental e herança genética. O diagnóstico é clínico, baseia-se na história familiar, exame físico e resultados antropométricos. A dislipidemia, alterações do metabolismo glicídico, hipertensão arterial, doenças hepáticas gordurosas não alcoólicas, síndrome do ovário policístico, síndrome da apneia obstrutiva do sono, são as repercussões mais comuns da obesidade.

Em um estudo transversal, realizado por Simon, Souza, Souza (2009), evidenciou-se a prevalência da obesidade no grupo estudado de 34,4%, consistindo este número em crianças em pré-escolares, na faixa etária entre dois a seis anos, matriculadas em uma escola particular no município de São Paulo. Esses autores citam como fator de risco para obesidade a idade

superior a quatro anos. Nessa idade, a criança escolhe e exige sua alimentação, o fator socioeconômico alto além de contribuir para o maior consumo de alimentos, a mídia os estimulam com produtos industrializados e hipercalóricos.

Os estudos de Rinaldi *et al* (2008) apresentam a prevalência do excesso de peso/obesidade em diferentes regiões brasileiras: no nordeste, o índice é de 11,7%; no sudeste, 19,8%; na região Sul ocorre uma variação entre 17,9% e 19% de sobrepeso e 14% de obesidade. Na região Nordeste a prevalência de sobrepeso é de 14,5% e 8,3% de obesidade.

No Rio de Janeiro, a prevalência da obesidade no sexo feminino é de 18% e no sexo masculino é de 15%. Em Brasília, crianças de seis a dez anos apresentam índice de sobrepeso em 16,8% e 5,3% de obesidade. Nas cidades de Santos e São Paulo, a amostra populacional em crianças entre sete a dez anos mostra a prevalência do sobrepeso/obesidade em 15,7% de sobrepeso e 18% de obesidade (RINALDI *et al.*, 2008).

Para a composição da categoria temática e a importância da prática da alimentação saudável para a saúde da criança, foram utilizados seis artigos. O Guia Alimentar (2002) cita os dez passos orientados para uma alimentação saudável na prevenção da obesidade. No primeiro passo é ressaltada a importância da amamentação exclusiva para crianças até seis meses. Segundo Simon, Souza, Souza (2009), Araujo, Beserra, Chaves (2006), o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida é um fator protetor contra sobrepeso/obesidade infantil.

Para Mariz *et al* (2012), é necessário realizar a abordagem nutricional na Atenção Básica como prática do cotidiano, visto que a obesidade é considerada por vários autores, inclusive, como uma epidemia mundial, tornando-se um problema de saúde pública. A Carta de Ottawa conceitua promover saúde, sendo o melhor recurso para o progresso pessoal, econômico e social, e uma dimensão importante da qualidade de vida (BRASIL, 2002).

Os hábitos alimentares são transmitidos pelas famílias e sustentados por culturas. Uma alimentação saudável é um fator protetor na prevenção não só da obesidade, mas também de doenças crônicas não transmissíveis como diabetes, hipertensão arterial dislipidemia e doenças cardiovasculares (SILVA *et al.*, 2010)

Para a categoria temática sobre a alimentação complementar inadequada e os riscos que podem trazer a saúde da criança, foi utilizado o Guia Alimentar (2002) que ressalta que a alimentação complementar iniciada precocemente pode trazer sérias consequências à saúde da criança, visto que antes do sexto mês de vida a criança apresenta o sistema renal e digestivo ainda imaturo. Com isso, a capacidade de manejar alguns componentes dos alimentos diferentes do leite materno é limitada, possibilitando as reações de hipersensibilidade às proteínas estranhas a espécie humana (BRASIL, 2002).

Além do mais, na região nordeste cerca de 80% das crianças no primeiro trimestre de vida recebem mingaus ou leite de vaca, sendo que 17,3% dessas crianças menores de dois anos recebem bebidas industrializadas. Ainda que a frequência aumente com a idade, esse consumo é de 0,8% e de 5,2% respectivamente entre bebês de 0 a 5 meses e 6 a 11 meses (BRASIL, 2002).

Sete publicações foram categorizadas e abordaram a temática das ações do enfermeiro na prevenção da obesidade infantil. Essas ações desenvolvidas pelo enfermeiro iniciam-se na fase intrauterina, durante o pré-natal, com as consultas de enfermagem, através dos dados antropométricos, da avaliação nutricional da gestante, do desenvolvimento e crescimento do concepto (BRASIL, 2005).

A abordagem das práticas alimentares saudáveis como a amamentação exclusiva até os seis meses e a atividade física, foram as variáveis evidentes em todos os artigos selecionados para o presente trabalho, tais como os fatores facilitadores evidenciados nesses mesmos artigos, que contribuem para a prevalência da obesidade. A globalização, a tecnologia, a televisão, videogame, computador e a alimentação industrializada são processos que desencadeiam o sedentarismo, atrelado aos hábitos alimentares, contribuindo para mudanças no estilo de vida das crianças (BORGES *et al.*, 2007, LUGAO *et al.*, 2010).

No decorrer desse trabalho, percebe-se que o enfermeiro enfrenta muitos desafios no atendimento às crianças com sobrepeso/obesidade. Para Silva e Costa (2008), os fatores dificultadores na prevenção/intervenção da obesidade vivenciado pelos enfermeiros da ABS

de Coronel Fabriciano Minas Gerais são: falta de interesse por parte dos pais, o excesso de atividades, poucos enfermeiros, a sobrecarga de trabalho das enfermeiras para a busca ativa, tanto para as crianças como para os pais, a baixa adesão às dietas propostas, a falta de cooperação por parte das famílias acerca de uma reeducação alimentar e a questão cultural. Neste sentido Santos *et al* (2010) afirma que o comportamento alimentar da criança está diretamente relacionado com a cultura familiar.

Araújo, Lemos e Chaves (2006) já previam a necessidade da presença do enfermeiro no ambiente das creches, pré-escolar e escolar, visto que o enfermeiro é um profissional preparado, capaz de desenvolver por meio do processo de enfermagem métodos como educação em saúde, controle e prevenção de doenças infecciosas, acompanhamento do desenvolvimento e crescimento infantil, capacitação de profissionais e vigilância nutricional. Com o Programa de Saúde na escola (PSE) criado em 2007, tornou-se possível acompanhar essa população e desenvolver as ações de prevenção promoção e recuperação da saúde (COSTA, TRINDADE, PEREIRA, 2010).

Mariz *et al* (2012) demonstra o relato de experiência em que as ações da enfermagem são desempenhadas junto a equipe multiprofissional, na qual o enfermeiro tem efetiva atuação na prevenção da obesidade, desempenhando atividades lúdico-pedagógicas. O momento das atividades é aproveitado para discussão, esclarecimento de dúvida e testemunho de sucesso.

## **6 CONSIDERAÇÕES**

Evidenciou-se que a obesidade infantil é uma doença multifatorial com alta prevalência mundial, podendo estar relacionada à dieta, estilo de vida e sedentarismo. Ressalta-se também que o tratamento do obeso infantil é importante ao ponto de se fazer necessária a atuação de uma equipe multidisciplinar (médico, nutricionista enfermeiro, educador físico, psicólogo e familiares).

Foi observado que a melhor forma de tratamento da obesidade infantil é a prevenção que se inicia na fase intrauterina, no período de pré-natal e continua ao longo da vida. Na realidade, programa específico para atender as crianças obesas é pouco divulgado. Entre a literatura selecionada foi encontrado a citação do Centro de Obesidade Infantil (COI), no estado da

Paraíba onde é desenvolvido um trabalho belíssimo com as crianças obesas, com intervenção interdisciplinar, junto as equipes multiprofissional.

Após a análise dos artigos selecionados para amostra, observa-se que o tema “Obesidade” é pouco discutido pelos enfermeiros, visto que existem poucos estudos produzidos por esses profissionais. Foram encontrados em sua maioria publicações de outras categorias profissionais, como nutricionistas e médicos. Nota-se, portanto, a necessidade de um maior engajamento dos profissionais enfermeiros na produção científica sobre o assunto. Percebe-se a necessidade de programas específicos para atendimento especializado, voltado para a obesidade.

Verificou-se que as publicações abrangeram as seguintes temáticas: a prevalência da obesidade infantil, a importância das práticas de uma alimentação saudável para a saúde da criança, a alimentação complementar inadequada e os riscos que podem trazer à saúde da criança, as ações do enfermeiro na prevenção da obesidade infantil.

São notáveis os fatores facilitadores da obesidade infantil como a má-alimentação, o desmame precoce, relacionado à globalização, a modernidade, a inserção da mulher no mercado de trabalho. Desses estudos, cinco ressaltam crianças na faixa etária até cinco anos em diversas localidades.

É evidente e necessária uma abordagem sobre a obesidade infantil, através dos meios de comunicação, com campanhas para divulgação das causas, dos efeitos, dos tratamentos, sobretudo da prevenção. Outra observação feita foi que as enfermeiras da ABS de Coronel Fabriciano, quando interrogadas sobre o valor de referência que indica a obesidade infantil, muitas delas tiveram dificuldades de responder.

Tendo em vista que o trabalho multidisciplinar é fundamental para a promoção prevenção, proteção e recuperação da saúde, a parceria na produção científica envolvendo outros profissionais são essenciais para a disseminação do conhecimento. Assim, possivelmente, aumenta-se a oferta de um serviço mais qualificado.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C.A.N.; DEL CIAMPO, L. A.; RICCO, R. G.; Jr S. M. S.; NAVES, R. B. PINA, J. F. **Avaliação da medida do perímetro braquial como metodologia de triagem de crianças pré-escolares obesas** J. Pediatr. (Rio J.) vol.79 no.5 Porto Alegre Sept./Oct. 2003

ALVES, J.G.B.; GALÉ, C. R.; SOUSA, E.; BATTY, G. D. **Efeito do exercício físico sobre peso corporal em crianças com excesso de peso: ensaio clínico comunitário randomizado em uma favela no Brasil.** Cad. Saúde Pública vol.24 suppl.2 Rio de Janeiro, 2008

ALVES, L.M.L.;YAGUI, C.M.; RODRIGUES, C.S.; MAZZO, A.; RANGELS, E.M.L.; GIRÃO, F.B. **Obesidade infantil ontem e hoje: importância avaliação antropométrica pelo enfermeiro.** Esc Anna Nery (impr.)2011 abr -jun; 15 (2):238-244

ARAÚJO, M.F.M.; BESERRA, E.P.; CHAVES, E.S. **Obesidade infantil: uma reflexão sobre dinâmica familiar numa visão etnográfica.** 2006

ARAÚJO, M.F.M.; BESERRA, E.P.; CHAVES, E.S. **Creche comunitária: um cenário para a detecção da obesidade infantil.** Rv Ciência, Cuidado e Saúde Maringá, v. 5, n. 1, p. 24-31, jan./abr. 2006

ARAÚJO, M.F.M.; BESERRA, E.P.; CHAVES, E.S. **O papel da amamentação ineficaz na gênese da obesidade infantil: um aspecto para a investigação de enfermagem.** Acta Paul Enferm 2006;19(4):450-5.

BASTOS, M.V.; PEREIRA, M.A.M. **Obesidade Infantil.** 2008 [on-line].Disponível em <<http://www.webartigo.com/articles/10247/1/obesidade-infantil/p>> ., acesso em 25/07/12.

BORGES, C.R.; KOHLER, M.L.;LEITE, M.L.; SILVA, A.B.F.;CAMARGO, A.T, KANUNFRE, C.C. **Influencia da televisão na prevalência de obesidade infantil em Ponta Grossa Paraná.** Cienc Cuid Saúde 2007 Jul/Set; 6(3): 305-311

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem - **COFEN. RESOLUÇÃO COFEN311/2007.** Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e dá outras providências. Rio de Janeiro, 2000.Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/node/4158>> e/ou <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4280>>, acesso em 25/07/12.

BRASIL, GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª ed. São Paulo (SP): Atlas; 2002.

BRASIL. Lei 8069: Estatuto da Criança e do Adolescente, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN** na assistência à saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.– Brasília : Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.112 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 23)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Organização Pan Americana da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de dois anos** / Secretaria de Políticas de Saúde, Organização Pan Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta de Ottawa sobre promoção da saúde**. Data de publicação: 06/02/2002. Acessado Google acadêmico em 15/05/2012 as 10.44

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: acompanhamento do desenvolvimento infantil**. Brasília, 2002 a. (Série Cadernos de Atenção Básica; n. 11) (Série A. Normas e Manuais Técnicos, n.173

CERES, C. R.; HUGO I.; ARY, L. C.; JAYME D.,FORTI, N. **Fatores de risco para aterosclerose em crianças e adolescentes com história familiar de doença arterial coronariana prematura**. *Jornal de Pediatria* - Vol. 80, Nº2, 2004.

CORREIA, E.M.; CORSO; A.C.T.; MOREIRA, E.A.M.; KAZAPI, H.A.M. **Alimentação complementar e características maternas de crianças menores de dois anos de idade em Florianópolis (SC) 2009**.

COSTA, F. B.; TRINDADE M. A. N.; PEREIRA, M. L. T. **A inserção do biomédico no programa de saúde da família.** Revista Eletrônica Novo Enfoque, ano 2010, v. 11, n. 11, p. 27 – 33

COUTINHO, J.G. GENTIL P.C.; TORAL, N. **A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 Sup 2:S332-S340, 2008.

COUTINHO, C. A. A. **Obesidade Infantil: problema relevante na atualidade aprova em Belo Horizonte** 30/05/ 2011.

GASTALDON, B.; MARTINS, J.C.; POLTRONIÉRI, K.V. **Obesidade infantil: um problema do presente com olhares para o futuro - promovendo o ser e a família saudável no cotidiano junto enfermagem .** Florianópolis: UFSC; 2007.

LUGÃO, M. A.S.; FERREIRA, T.V.S.; AGUIAR, O.V.; ANDRÉ K.M. **A Importância da atuação do enfermeiro na prevenção da obesidade infantil.** Rev. pesq.: cuid. Fundam. Online 2010. jul/set. 2(3):976-988 .Acessado em 15/06/2012 23.41

LUIZ, A.M.A.G.; RICARDO, G.; JUNIOR, R.D.R.L.; DOMINGOS, N.A.M. **Depressão, ansiedade, competência social e problemas comportamentais em crianças obesas** estudo de psicologia 2005,10(3), 371-375

MALAQUIAS, B. F.; RISSIN, A. **A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais.** Cad. Saúde Publica Rio de Janeiro 2003. Disponível Google Acadêmico acesso 29/07/2012

MARIZ, L.S.; AZEVEDO, L.B.; MEDEIROS, C.C.M.; GONZAGA, N.C.; AMORIM S.D.;SOUZA L.C.F. **Centro de Obesidade Infantil: Relato de Experiência.** Cogitare Enferm.2012 Abr./Jun;17(2) 369-72

MONTEIRO, F. P. M.; CAETANO, J. A.; ARAUJO, T. L. **Enfermagem na saúde da criança: estudo bibliográfico acerca da avaliação nutricional,** Esc Anna Nery Rev Enferm 2010 abr-jun; 14 (2): 406-411



RINALDI, A.E.M.;PEREIRA, A. F.; MACEDO, C. S.; MOTA, J. F.; BURINI, R. C. **Contribuições das práticas alimentares e natividade física para o excesso de peso infantil.** Rev Paul Pediat 2008,26(3):271-7

ROCHA, L.; GERHARDT, T.E.;SANTOS, D.L. **Desnutrição e excesso de peso em crianças menores de cinco anos no meio rural de Arambaré, RS (des) construindo idéias, repensando novos desafios.** Cienc Cuid Saúde 2007 Abr/Jun; 6(2): 206-214

RODRIGUES, P. A.; MARQUES, M. H.;CHAVES, M. G. A. M.; SOUZA, C. F.; CARVALHO, M. F. **Prevalência e fatores associados a sobrepeso e obesidade em escolares da rede pública.** Ciênc. saúde coletiva vol.16 supl.1 Rio de Janeiro 2011

SALDIVA, S.R. D. M.; SILVA, L.F.F.;SALDIVA, P.H.N. **Avaliação antropométrica e consumo alimentar em crianças menores de cinco anos residentes em um município da região do semiárido nordestino com cobertura parcial do programa bolsa família** Ver. Nutr. Vol.23 no 2 Campinas mar./abr.2010.

SANTOS, C.S.; CARIOLANO, M.W.L.; SETTE, G.C.S.; LIMA, L.S. **Alimentação complementar lactente: Subsídios para a consulta de enfermagem em puericultura.** Cogitare Enferm. 2010 Jul/Set; 15(3): 536-41

SILVA, M.R.; KOOPMANS, F.F.; BARROS, R.C. **Intervenções de enfermagem junto à família na prevenção da obesidade infantil caderno de pesquisa e extensão.** Vol. 1 /n.1/ Dezembro de 2010/semestral

SILVA, S.K.; COSTA, M.C.M. **Assistência de enfermagem a criança obesa: Um Estudo de Caso.** Revista Enfermagem Integrada – Ipatinga: Unileste-MG-V. 1-N.1-Nov./Dez. 2008.Acessado no Google acadêmico em 15/06/12 as 21.23”.

SILVEIRA, S , Abreu S M. **Fatores que contribuem para a obesidade infantil.** Rev Enferm UNISA 2006; 7: 59- 69

SIMON,V.G.N.; SOUZA, J.M.P.; SOUZA,S.B. **Aleitamento materna alimentação complementar, sobrepeso e obesidade em pré-escolares.** Rev. Saúde Pública vol.43 no.1 São Paulo Feb. 2009

SOARES, L.D.; PETROSKI, E.L. **Prevalência, fatores etiológicos e tratamento da obesidade infantil**. Revista brasileira de cineantropometria e desempenho humano vol. 5- numero 1- p. 63-74-2003.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento de Nutrologia. **Obesidade na infância e adolescência – Manual de Orientação** / Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia. – São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia, 2008. 116 p.