

INTRODUÇÃO

A obesidade infantil vem crescendo no mundo inteiro, inclusive no Brasil, se tornando uma doença complexa, multifatorial, caracterizada por excesso de tecido adiposo, determinado pela interação dos fatores genéticos, culturais, físicos e comportamentais; pode ser desencadeada já no primeiro ano de vida da criança, principalmente se esta tiver contanto precoce com outros alimentos que não o leite materno, ou se a introdução da alimentação complementar ocorrer de modo inadequado (MELLO; LUFT; MEYER, 2004).

A obesidade já na infância está relacionada a várias co-morbidades, quanto mais tempo a criança se mantém obesa, maiores são as chances de ocorrência das complicações e a sua precocidade. As súbitas mudanças de comportamento nas crianças obesas são de extrema importância para justificar um diagnóstico de transtorno depressivo como complicador da obesidade infantil.

A depressão também pode ocorrer na infância, pois as crianças também se angustiam frente às dificuldades da vida e podem apresentar sofrimento existencial, principalmente quando o assunto em destaque é a vida escola, sentimentos de rejeição, ausência de pai ou mãe, ou algum tipo de doença metabólica, dentre outros (FERNANDES, MILANI 2008).

Para tal a criança obesa acaba encontrando um refúgio e uma compensação nos alimentos ricos em gorduras, carboidratos e glicoseimas, projeta nos alimentos a busca do prazer o que fortalece a sua auto-estima, dando-lhe segurança para interagir socialmente (FERNANDES; VARGAS, 2007).

O trabalho visa ampliar o conhecimento do enfermeiro e sua equipe sobre o desenvolvimento da obesidade infantil, uma vez que, embasados de maiores informações, a prevenção poderá ser praticada com maior qualidade e, os pacientes uma vez seguros da informação recebida, poderão aderir melhor aos tratamentos oferecidos e serem mais vigilantes no que se refere à prevenção deste mal. Justifica-se pela necessidade de ampliação dos conhecimentos dos acadêmicos de enfermagem sobre o tema, possibilitando melhor atuação do profissional da saúde no que se refere ao tratamento da obesidade infantil e, como consequência desta, a depressão.

Para definir ou diagnosticar crianças obesas, existem vários métodos diagnósticos de se classificar o indivíduo em obeso e sobrepeso. O índice de massa corpórea, a medida da dobra cutânea são bastante utilizados para este fim, além deles existem outros métodos porém menos aplicados, é importante ressaltar também que devem ser observados outros fatores como o sexo, idade e maturidade sexual.

Serão identificados e descritos o desenvolvimento e as características gerais da obesidade infantil e a depressão como complicação desta patologia, a partir da avaliação da obesidade e depressão infantil, epidemiologia, fatores etiológicos, complicações, tratamento e prevenção, salientar aspectos de tratamento da obesidade infantil de ampla aplicação e também salientar e identificar ações do enfermeiro quanto à importância de prevenção e formas práticas de realizá-las.

Para Mello e Meyer (2004) é consenso que a obesidade infantil vem aumentando de forma significativa e que ela determina várias complicações na infância e na vida adulta. Na infância o manejo pode ser ainda mais difícil, pois está relacionado à mudanças de hábito de vida e disponibilidade dos pais, além de uma falta de conhecimento da criança quanto aos danos provocados pela obesidade.

Damiani e Damiani (2009) afirma que tratar um paciente obeso é um enorme desafio, e, nem todos os profissionais estão preparados para enfrentá-lo, uma vez que a obesidade infantil constitui-se um verdadeiro problema de saúde pública associada ao número de complicações que poderão surgir, e ainda, a existência daquela visão romântica do século passado de que a criança obesa era sinônimo de beleza e saúde.

O enfermeiro tem um papel fundamental na prevenção e controle da obesidade infantil; deverá observar se as súbitas mudanças ocorridas nas crianças são justificadas por fatores estressantes e se podem ser causadoras da obesidade e depressão em crianças; deverá estimular mudanças de hábito de vida e comportamento alimentar a médio e longo prazo na prevenção da obesidade infantil e depressão, elaborar e realizar ações de cuidados de enfermagem e planos de prevenção da doença.

Lidar com doenças que tocam na área do prazer humano que é comer, torna-se difícil e árduo, por isso, nesta revisão bibliográfica poderá ser constatado que a obesidade infantil alcança índices cada vez mais elevados e a prevenção é a melhor

forma de prevenir esta incidência; inserir neste contexto a mudança de hábitos alimentares e a prática de exercícios físicos se tornam necessário para a prevenção daqueles que necessitam de redução de peso, principalmente quando se trata de criança.

1 OBESIDADE INFANTIL

Lopes e Brasil (2004) afirmam que a obesidade é definida como distúrbio do metabolismo energético, é doença crônica, complexa, e de etiologia multifatorial. O seu desenvolvimento, em geral, ocorre pela associação de fatores genéticos, ambientais e comportamentais, as causas endócrinas, tumorais e síndromes genéticas, que evoluem com obesidade, são responsáveis por aproximadamente 5% dos casos.

Gibney, Macdonald e Roche (2006) explicam a obesidade como excesso de gordura corporal, a quantidade de gordura corporal muda com a idade e o desenvolvimento sendo diferente entre homens e mulheres; portanto os critérios para definir obesidade precisam ser baseados também na idade e no sexo.

Fisberg (2000 apud ALBUQUERQUE E GOMES, 2002, p.8) descreve a obesidade como acúmulo de tecido gorduroso, localizado em certas partes ou em todo o corpo, causado por distúrbios genéticos ou metabólicos (hormonais), ou por alterações nutricionais.

A obesidade infantil deve ser considerada uma doença crônica de difícil manejo, envolvem as influências metabólicas, fisiológicas, comportamentais, sociais, celulares e moleculares, é considerada como doença na qual o excesso de gordura corporal se acumulou a tal ponto que a saúde pode ser afetada. A obesidade infantil pode ser classificada de duas formas: endógena ou primária, que deriva de problemas hormonais, tais como: alterações do metabolismo tireoidiano, gonadal, hipotálamo-hipofisário, tumores como o craniofaringeoma e as síndromes genéticas; exógena, nutricional ou secundária que é multicausal, derivada do desequilíbrio entre a ingestão e o gasto calórico, deve ser manejada com orientação alimentar, especialmente mudanças de hábitos de vida e alimentares, além da otimização da atividade física (MELLO; LUFT; MEYER, 2004 e FISBERG, 2005).

De acordo com relatos da Organização Mundial de Saúde (OMS) a prevalência da obesidade infantil tem crescido em torno de 10 a 40% na maioria dos

países nos últimos 10 anos, ocorrendo principalmente no primeiro ano de vida, entre 5 e 6 anos, e na adolescência; está presente nas diferentes faixas econômicas, principalmente nas faixas de classe mais alta. A classe econômica influencia a obesidade por meio da educação, da renda e da ocupação, resultando em padrões comportamentais específicos que afetam a ingestão calórica, gasto energético e taxa de metabolismo (MELLO; LUFT; MEYER, 2004).

1.1 Avaliação e diagnóstico da obesidade infantil

Vasques, Martins e Azevedo (2004) afirmam que existem diversas formas de classificar a obesidade. A grande dificuldade é como medir o tecido adiposo e como estabelecer o limiar a partir do qual determina que uma criança será rotulada como obesa.

Para Mahan e Escott-Stump (2005) a obesidade pode ser avaliada por várias maneiras, dependendo da precisão necessária, o método preferido é o Índice de massa corpórea (IMC). Embora não seja uma medida direta da gordura o IMC está significativamente relacionado com a gordura corporal.

Gibney, Macdonald e Roche (2006) relatam que a gordura corporal pode ser medida de forma precisa através de métodos laboratoriais, como absorciometria com raios X, água corporal total e hidrodensitometria; estes métodos fornecem uma estimativa da gordura corporal total ou tecido adiposo. A medida da espessura da prega cutânea do tríceps também está relacionada à gordura corporal e é utilizada para identificar pessoas obesas.

Muitos países utilizam o IMC para identificar peso e obesidade em crianças e adolescentes; os parâmetros para obesidade variam entre os países. Embora muitos países utilizem sua própria população de referência para definir obesidade, outros poucos países utilizam populações como referências de outros países.

Segundo Mello, Luft e Meyer (2004) a escolha de um ou outro método deve ser criteriosa, e na criança ou adolescente, o IMC está relacionado com idade, sexo e estágio de maturidade sexual; para obter valores de referência e classificações da obesidade, deve ser observado que nas meninas as dobras cutâneas podem ser maiores.

De acordo com Loiola (2008) para que se possa avaliar a associação das duas doenças é necessário serem observados diversos outros fatores além das medidas antropométricas; fatores como, mudanças súbitas de comportamento, alterações de apetite ou nos padrões do sono, baixa auto-estima e dificuldade de concentração, não conseguir levar nenhuma tarefa determinada até o fim são elementos cruciais no desenvolvimento desta patologia em crianças.

Sabe-se que muitas vezes é difícil definir a obesidade em crianças. Por conta disso, a fim de desenvolver uma definição aceitável para crianças de sobre peso e obesidade, foi desenvolvido um estudo entre seis países, dentre eles o Brasil, e neste estudo ficou definido um novo quadro com novas medidas do IMC, para avaliação e diagnóstico da obesidade infantil (GASTALDON; MARTINS; POLTRONIÉRI, 2007).

Idade	Excesso de Peso		Obesidade	
	Meninos	Meninas	Meninos	Meninas
2,0	18,4	18,0	20,1	20,1
2,5	18,1	17,8	19,8	19,5
3,0	17,9	17,6	19,6	19,4
3,5	17,7	17,4	19,4	19,2
4,0	17,6	17,3	19,3	19,1
4,5	17,5	17,2	19,3	19,1
5,0	17,4	17,1	19,3	19,2
5,5	17,5	17,2	19,5	19,3
6,0	17,6	17,3	19,8	19,7
6,5	17,7	17,5	20,2	20,1
7,0	17,9	17,8	20,6	20,5
7,5	18,2	18,0	21,1	21,0
8,0	18,4	18,3	21,6	21,6
8,5	18,8	18,7	22,2	22,2
9,0	19,1	19,1	22,8	22,8
9,5	19,5	19,5	23,4	23,5
10,0	19,8	19,9	24,0	24,1

Quadro 1 – Quadro de controle de peso em crianças – IMC

Fonte: Viniuski, 2007

Para Duncan, Schimidt e Giugliani (2006) devido a praticidade e ao desenvolvimento de equações especiais para crianças, a medida de dobras cutâneas é hoje um dos métodos mais práticos, embora com pouca reprodutibilidade no obeso, assim na prática, para o diagnóstico de sobrepeso e obesidade, utilizam-se o peso e a estatura, dados facilmente obtidos para o cálculo do IMC, do índice peso/estatura ou para avaliação utilizando o gráfico de crescimento destacado anteriormente.

Segundo Colloca e Duarte (2007) no diagnóstico da obesidade infantil pode-se definir a doença em quatro tipos: tipo I, caracterizada pelo excesso de massa gorda total sem nenhuma concentração particular de gordura numa certa região corporal; tipo II, caracterizada pelo excesso de gordura subcutânea na região abdominal e do tronco; tipo III, caracterizada pelo excesso de gordura víscero abdominal e tipo IV, caracterizada pelo excesso de gordura glúteo femural.

1.2 Epidemiologia

Para Lopes e Brasil (2004) a obesidade infantil não é um fenômeno recente na história da humanidade entretanto nunca havia atingido proporções epidêmicas, como atualmente se observa; o aumento na prevalência da obesidade infantil ocorre nos países desenvolvidos e também naqueles em desenvolvimento como o Brasil, que vem passando por processo de transição nutricional, com características regionais específicas.

As graves conseqüências orgânicas e psicossociais da obesidade, dificuldades para seu controle e alto custo para a sociedade, fazem dela importante problema de saúde pública, que deve ser enfrentado desde as idades mais precoces.

Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) foi identificado na segunda etapa da Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002/2003 realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), excesso de peso em 40,6% da população. Na faixa etária pediátrica, estudos nacionais encontraram excesso de

peso com variação entre 10,8 a 33,8% nas diferentes regiões, destes 2 a 3% são obesos.

Luiz et al. (2005) afirmam que a obesidade infantil alcança índices preocupantes e sua ocorrência na população brasileira tem adquirido grande significância na área da saúde, principalmente devido ao impacto que causa na vida das crianças, trazendo conseqüências físicas, sociais, econômicas e psicológicas. Afirma ainda que existem poucos dados sobre a incidência e prevalência de obesidade infantil no Brasil, uma vez que nem todos os centros de assistência primária de saúde estão adaptados adequadamente para as avaliações antropométricas rotineiras.

Damiani e Damiani (2009) enfatizam que conforme aumenta a prevalência da obesidade, maior o número de mortes por doença cardiovascular e câncer uma vez que a criança obesa tende a ser um adulto obeso e esta condição clínica poderá ser a causa mais importante de doenças crônicas no mundo. No Brasil a obesidade existe e o estado nutricional das crianças segundo SOARES E PETROSKI em 2003, o estado nutricional das crianças mostra-se influenciado pela renda, sexo e faixa etária.

A freqüência da obesidade tem aumentado em todo o mundo e em todas as faixas de idade, aproximadamente um terço da população americana é obesa, variando conforme raça, sexo e idade; entre as crianças americanas 25% são obesas. No Brasil já se evidencia o processo de transição nutricional quando em algumas áreas as crianças passam de desnutridas a obesas devido ao processo de industrialização dos alimentos e menor custo dos farináceos em relação a verduras, frutas e carne (DUNCAM, SHIMIDT; GIUGLIANI, 2006).

1.3 Fatores etiológicos da obesidade infantil

Segundo Mahan e Escott-Stump (2005) a natureza e as causas da obesidade infantil são objetos de intensas e contínuas pesquisas. Tanto os fatores ambientais como os genéticos estão envolvidos numa complexa interação de variáveis que incluem influências psicológicas e culturais bem como os mecanismos fisiológicos reguladores.

Para os mesmos autores, as evidências sugerem fortemente que os padrões de dieta e de atividade física sejam as causas primárias dos problemas de peso nas cidades industrializadas e que há uma discrepância genética entre nosso estilo de vida e nossa constituição genética.

Vários fatores influenciam o comportamento alimentar, entre eles os fatores externos como valores familiares, sociais, culturais, mídia, alimentos rápidos, manias alimentares e os fatores internos como necessidades e características psicológicas, imagem corporal, experiências pessoais, autoestima, preferências alimentares, saúde e desenvolvimento psicológico (MELLO; LUFT; MEYER 2004 apud SILVA; COSTA; RIBEIRO, 2008, p.4).

Gibney, Macdonald e Roche (2006) descrevem que muitos fatores, incluindo estação do ano, região geográfica, densidade populacional, etnia, condição socioeconômica, tamanho da família, sexo, escolaridade dos pais, níveis de atividade física, idade da mãe e preferência materna por um bebê gorducho, afetam o desenvolvimento da obesidade nas crianças e adolescentes.

De acordo com Soares e Petroski (2003) a maioria das crianças desenvolve a obesidade do tipo exógena, que é o resultado do excesso de calorias consumidas em relação ao dispêndio energético diário. O apetite do obeso responde mais aos estímulos externos (tipo e qualidade do alimento) do que aos internos (fome e saciedade).

Somado à inatividade e ao sedentarismo está a televisão, as crianças são submetidas a um bombardeio de propagandas de guloseimas fazendo com que a situação se agrave ainda mais, uma vez que, o mau hábito de comer diante da tela não deixa as crianças se darem conta da quantidade e da qualidade do alimento que ingerem.

O uso inadequado dos alimentos é preocupante quando as crianças passam a interessar-se mais pela aparência e sabor dos alimentos do que pela fome propriamente dita Viuniski (2000 apud SOARES E PETROSKI 2003, p. 69), afirma ainda que o comer noturno ou seja a falta de apetite durante o dia, principalmente pela manhã, com voracidade à noite, pode ser encontrado em crianças dominadas pela ansiedade de ficar sem ter o que fazer no período noturno, além disso, o manejo deficiente da amamentação e do desmame, o controle deficiente das fases fisiológicas de inapetência, também são fatores que podem desencadear o processo do ganho exagerado de peso em crianças.

Além dos fatores comportamentais e ambientais associados à obesidade é importante observar se a criança já possui pré-disposição genética.

As altas taxas de prevalência de obesidade infantil vem preocupando profissionais da área de saúde, por esse motivo estão sendo feitas pesquisas a respeito da prevenção, causa e tratamentos, uma vez que, foi no início dos anos 90 que a OMS começou a soar o alarme, depois de uma estimativa de 18 milhões de crianças em todo o mundo, menores de 5 anos, foram classificadas dentro dos critérios estabelecidos como sobrepeso (SOARES; PETROSKI, 2003).

1.4 Complicações da obesidade infantil

Segundo Silva, Costa e Ribeiro (2008) as conseqüências das alterações metabólicas que ocorrem nesta patologia podem ser muito extensas e intensas, além de muito variadas, atingindo praticamente todos os sistemas orgânicos.

Lopes e Brasil (2004) afirmam que a obesidade infantil está associada a alterações metabólicas importantes, que são dependentes de sua duração e de sua gravidade. A criança obesa já apresenta maior risco para algumas doenças e os distúrbios psicossociais, provocados pela estigma da obesidade, são de grande relevância nesta fase de estruturação da personalidade.

Para os mesmos autores a hiperinsulemia é uma das alterações metabólicas encontradas na obesidade, correlacionando-se significativamente com a porcentagem de gordura corporal. Os níveis séricos de insulina no jejum caem em associação com a perda de peso e a restrição calórica.

Para Mello, Luft e Meyer (2004) outro grande complicador da obesidade infantil é a aterosclerose que tem início na infância, com depósito de colesterol na íntima das artérias musculares, formando a estria de gordura. Essas estrias nas artérias coronarianas das crianças podem, em alguns indivíduos, progredir para lesões ateroscleróticas avançadas em poucas décadas.

Enfatizam ainda Mello, Luft e Meyer (2004), que as conseqüências da obesidade em crianças estão muito além do excesso de peso, e descreve outras complicações importantes como, lesões articulares, patologias cardiovasculares com maior destaque para a hipertensão arterial sistêmica e hipertrofia cardíaca,

aumento do risco cirúrgico, distúrbios no crescimento como idade óssea avançada, aumento da altura, menarca precoce, maior predisposição a dermatites e micoses, resistência à insulina e maior predisposição ao diabetes, aumento da frequência de litíase biliar, esteatose hepática, tendência à hipóxia devido ao aumento da demanda ventilatória, diminuição da eficiência muscular, apnéia do sono, asma, infecções respiratórias e mais ainda, discriminação social, isolamento, afastamento de atividades sociais e dificuldade de expressar seus sentimentos.

A obesidade infantil é doença de difícil controle, com altos percentuais de insucesso terapêuticos e recidivas, sendo que o tratamento na criança costuma ser negligenciado, tanto por parte da família como dos profissionais de saúde, na expectativa de uma resolução espontânea (LOPES; BRASIL, 2004).

1.5 Tratamento da obesidade infantil

Como se pode ver, a obesidade infantil nada tem de benigno e cerca-se de complicações em potencial que ultrapassam as questões meramente estéticas. Dessa forma, a abordagem para o problema não pode ser tão suave como eventualmente vemos, todos os empenhos em evitar sérias complicações patológicas, melhorar a qualidade de vida, minimizar os estigmas sociais hoje associados ao problema, devem ser postos em ação (DAMIANI; DAMIANI, 2009).

Para Escrivão et al. (2004, p 195):

A obesidade é uma doença de etiologia multifatorial, sendo ideal para o seu tratamento uma abordagem multidisciplinar. A equipe de atendimento deve ser formada por pediatra, nutricionista, psicólogo e educador físico. A aderência do paciente à equipe é fundamental, pois o tratamento geralmente se faz a longo prazo.

Prossegue ainda Escrivão et al. (2004) que caberá ao pediatra a primeira abordagem do paciente, realizando a anamnese, com ênfase na idade de início da obesidade, como ela vem se desenvolvendo e a identificação de possíveis fatores desencadeantes como, antecedentes familiares de obesidade, doenças cardiovasculares, doença hipertensiva, dislipidemias e diabetes também devem ser investigados.

Para Soares e Petroski (2003) a reeducação alimentar deve ser introduzida no tratamento da criança obesa, a dieta deverá ser flexível e atender as necessidades nutricionais da criança; esta orientação dietética deve ser feita de modo a proporcionar perda de peso controlada, crescimento e desenvolvimento normais da criança, redução do apetite, ausência de conseqüências psicológicas e modificação dos hábitos alimentares.

Silva, Costa e Ribeiro (2008) acrescentam que criança obesa e habilidade no esporte não combinam, portanto ela se intimida perante tal situação, mas, é importantíssimo a prática de tal atividade, porém, para tanto é necessário uma avaliação clínica criteriosa. A ginástica formal em academias com movimentos repetitivos é pouco aceita pelas crianças, uma vez que a repetição não faz parte de seu cotidiano. Daí a importância de se usar a criatividade para que estas atividades se tornem interessantes como caminhar, andar de bicicletas, trotar, pular corda.

Para Escrivão et al. (2004) a terapia medicamentosa não deve ser utilizada no tratamento da obesidade infantil, uma vez que, os efeitos colaterais das drogas podem causar dependência física e ou psicológica.

Porém Vasques, Martins e Azevedo (2004) afirmam que no tratamento psicoterápico a terapia cognitiva vem mostrando eficácia por trabalhar a partir da estrutura do paciente com os objetivos de organizar os planos para a mudança de peso e comportamentos; quando é necessário o tratamento farmacológico podem ser observadas algumas drogas que usadas a longo prazo podem apresentar resultados relativamente satisfatórios para alguns casos, pode atuar com benefício no transtorno da compulsão alimentar; existem outras drogas que devem ser usados em curto prazo pois tem alto potencial para a dependência química, podendo desencadear sintomas e síndromes psiquiátricas, como surtos psicóticos, síndromes depressivas ou de mania.

Para Colloca e Duarte (2007) a obesidade na infância e adolescência tende a continuar na fase adulta se não for controlada adequadamente. Desta forma o fechamento do diagnóstico de obesidade infantil realizado precocemente juntamente com a tomada de medidas para controlar o problema se tornam formas de prevenção e ainda, tudo isso deverá ser colocado de forma moderada, sem agressividade, de maneira a não oferecer a criança nenhum tipo de trauma, seja este psicológico ou não.

1.6 Prevenção da obesidade infantil

Nas literaturas estudadas observa-se que os programas existentes para intervenção no processo obesidade infantil, ainda tem pouco resultado, uma vez que todas as pessoas conhecem o ditado “Engordar é fácil, difícil é emagrecer”; então a prevenção continua sendo o melhor caminho. Para Mello, Luft e Meyer (2004) a prevenção primordial é aquela realizada em caráter primário, ou seja, aquela iniciada desde os primeiros anos de vida da criança, antes da idade escolar, mantidas na infância e até mesmo na adolescência, com esforços significativos no sentido de direcioná-las à prevenção da obesidade já na primeira década de vida.

A escola é um local importante onde o trabalho de prevenção da obesidade deve ser realizado, uma vez que é servido uma refeição diária que deve ser balanceada por profissional da nutrição (SILVA; COSTA; RIBEIRO, 2008). Resultados positivos aparecem com mais frequência principalmente se a alimentação da criança foi iniciada através da amamentação exclusiva do leite materno por no mínimo 06 meses, se a introdução de alimentos saudáveis após esse período foi introduzida corretamente e procurar associar à vida da criança a prática de exercícios físicos, desde os primeiros anos de vida.

A cultura de um povo pode determinar a adoção de um padrão alimentar particular incluindo suas crenças e tabus. Uma vez instalado, talvez seja impossível modifica-lo individualmente, sobretudo às pessoas adultas (CUPPARI, 2005); porém, como fala-se de obesidade infantil, a inclusão de conteúdo relacionado à alimentação e à nutrição nos currículos escolares e no dia-a-dia de cada criança poderá contribuir na prevenção da obesidade e de diversas doenças psíquicas. Quando se trata da prevenção da obesidade infantil as recomendações quanto as dietas e práticas de exercícios físicos deverão ser seguidas por todos os membros da famílias, obesos ou não.

Para Medina (2009) o hábito de selecionar bem os alimentos que irá ingerir é um fator importante na prevenção da obesidade infantil. A infância é uma etapa em que se forma a personalidade da criança e que se estabelece padrões que serão a base do comportamento da criança, isto proporcionará a criança uma vida mais saudável.

A obesidade na maioria das vezes não é acidental. Pode-se prevenir respeitando algumas sugestões concedidas pelo Ministério da Saúde na Espanha, segundo Medina (2009), quanto maior a variedade de alimentos na dieta, maior a garantia de que a alimentação seja equilibrada e com a presença de todos os nutrientes.

Para Medina (2009) os cereais (pão, massa, arroz, etc.), as batatas e legumes, devem constituir a base da alimentação, de maneira que os hidratos de carbono representem entre 50 e 60% das calorias da dieta. Recomenda-se que as gorduras não superem a 30% da ingestão diária, devendo reduzir-se o consumo de gorduras saturadas e ácidos graxos. As proteínas devem estar entre 10 e 15% das calorias totais, devendo combinar proteína de origem animal e vegetal. Deve-se aumentar a ingestão diária de frutas, verduras e hortaliças até alcançar pelo menos 400 gramas ao dia. Isto é consumir no mínimo, cinco porções ao dia desses alimentos.

Moderar o consumo de produtos ricos em açúcares simples, como guloseimas, doces e refrescos. Reduzir o consumo de sal, de toda a procedência, a pelo menos 5 gramas por dia, e promover a utilização de sal iodado (MEDINA 2009).

Beber entre um e dois litros de água por dia. Nunca deixar de tomar café da manhã completo e envolver todos os membros da família nas atividades relacionadas com a alimentação; fazer a compra, decidir o menu semanal, preparar e cozinhar os alimentos, etc.

Mello, Luft e Meyer (2004) descrevem alvos em potencial que precisam ser adquiridos e ou controlados para apresentarem resultado positivo na prevenção da obesidade infantil; a diminuição da ingesta calórica é realizada a partir da diminuição do consumo de alimentos ricos em gorduras e refrigerantes, mudar para laticínios com baixo teor de gordura, diminuir o tamanho das porções dos alimentos, aumentar o consumo de frutas, vegetais e fibras; associados a estes alvos aumentar o gasto energético como a prática de atividade física de qualquer espécie.

Percebe-se então a grande necessidade de se realizar ações no sentido de incentivar a prática da prevenção da obesidade infantil; estas ações podem ser realizadas nas consultas de rotina do Posto de Saúde, em palestras educativas nas escolas e ou mesmo nas aulas práticas de educação física, em grupos de apoio as crianças criados em associações de bairro, no convívio diário com os pais e

familiares, principalmente se estes não forem obesos; enfim, existem diversas situações onde podem ser inseridas crianças que necessitam de orientação e apoio quanto à prevenção ou tratamento desta patologia.

Para Luiz, et al. (2005) estudos tem mostrado que crianças obesas possuem um grande risco para desenvolverem problemas psicológicos e de saúde, considerando que aspectos emocionais podem estar associados à obesidade, favorecendo muitas vezes o desenvolvimento de problemas psicológicos como a ansiedade, depressão e dificuldades comportamentais; é fundamental compreender estes transtornos como conseqüência da obesidade infantil.

2 DEPRESSÃO COMO COMPLICADOR DA OBESIDADE INFANTIL

Entre os transtornos psicológicos estudados na infância, a depressão tem suscitado crescente interesse, principalmente pela frequência com que este diagnóstico tem sido feito, pois durante muito tempo acreditou-se que crianças raramente apresentavam depressão (LUIZ, et al. 2005); sentimentos de irritabilidade e agressividade, súbitas mudanças de comportamento não justificado, podem ser indícios de quadros depressivos, podem interferir na vida da criança de maneira intensa e prejudicar seu rendimento escolar, familiar e social.

No entanto, os problemas relacionados a depressão infantil como complicador da obesidade infantil não se limitam à saúde física, uma vez que é comum a submissão de crianças obesas a ações preconceituosas pois, frequentemente são vítimas de apelidos e piadas maldosas, por vezes resultam em exclusão e isolamento social, ansiedade e depressão, afetando a vida da criança psicologicamente e socialmente, por isso saber o que é necessário para emagrecer não apresenta maiores dificuldades após algum tempo de prática, querer, dever e poder emagrecer são questões imensamente complexas e exigem grande investimento emocional, intelectual e físico.

2.1 Depressão infantil

Uma criança é um ser humano no início de seu desenvolvimento, é um período de grande desenvolvimento físico, marcado pelo gradual crescimento da altura e do peso da criança, mais do que isto é um período onde o ser humano desenvolve-se psicologicamente, envolvendo mudanças no comportamento da pessoa e na aquisição das bases de sua personalidade, por isso, a grande

necessidade de acompanhamento afetivo dos pais na infância e a importância de embutir valores básicos na vida destas crianças (DEARO; FLEITER; NAKAMURA, 2007).

Segundo Fernandes e Milani (2008), a depressão em fase tenra da vida pode ter um efeito devastador. Há alguns anos a depressão infantil não era reconhecida pelos profissionais de saúde, seus sintomas eram ignorados, também eram escassos os conhecimentos e as pesquisas sobre o assunto; afirma ainda que é preciso ter muito cuidado para que a depressão não passe despercebida por parte dos profissionais que lidam com a criança, pois quanto mais cedo a depressão for diagnosticada, melhor será o tratamento indicado para a criança.

Apesar da tamanha importância da depressão infantil em relação à qualidade de vida, ao suicídio, às dificuldades na escola, no trabalho e no ajuste pessoal, esse quadro não tem sido devidamente valorizado por familiares e pediatras e nem adequadamente diagnosticado, isto permite a (2004 p. 1), afirmar ainda que:

O transtorno depressivo infantil é um transtorno do humor capaz de comprometer o desenvolvimento da criança ou do adolescente e interferir com seu processo de maturidade psicológica e social. São diferentes as manifestações da depressão infantil e dos adultos, possivelmente devido ao processo de desenvolvimento que existem na infância e adolescência.

De acordo com a psicóloga clínica Dra. Ana Sousa (2008), devemos ficar sempre atentos ao comportamento da criança. Se ela apresentar algum episódio de tristeza prolongada que comece a afetar significativamente seu bem-estar, rendimento escolar e o convívio social com outras crianças, pode ser um sinal de alarme, que indique a presença de um quadro depressivo, daí a importância do reconhecimento destes sinais principalmente pelos pais e a necessidade de se procurar um tratamento adequado.

O conceito e a classificação da depressão infantil são comparados aos do adulto segundo Lima (2004), dependendo da idade, as crianças podem apresentar diferentes sintomas e as crianças maiores podem apresentar sintomas parecidos com os de adultos e pode ser classificada em vários tipos.

A depressão anaclítica, são as crianças que se separam das mães quando tem que freqüentar creches ou instituições deste tipo, apresentam choro, isolamento, retardo do desenvolvimento psicomotor, esturpor e perda de apetite. A depressão

mascarada é aquela onde as crianças apresentam fobias, delinqüência, sintomas somáticos, retraimento social, agressão, medo da morte e enurese noturna.

Segundo Cruvinel e Boruchovitch (2009) está descrito no Manual Diagnóstico e Estatísticos de Transtornos Mentais que para se diagnosticar um episódio depressivo, é necessário que o indivíduo apresente em um período de 2 semanas pelo menos 5 ou mais sintomas como, humor deprimido na maior parte do dia, falta de interesse ou prazer em todas as atividades, perda ou ganho de peso sem estar de dieta, insônia ou hiperinsônia quase todas as noites, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia, sentimento de inutilidade ou de culpa, indecisão, dificuldade de concentração, pensamentos de morte ou tentativas de suicídio.

2.2 Epidemiologia

Para Lisboa (2005) cerca de 2 a 3% das crianças e mais de 8% dos adolescentes nos Estados Unidos sofrem de depressão, e o que é pior, a depressão atualmente tem início mais precocemente do que em décadas anteriores, mas para Ballone (2004), embora seja difícil reunir dados sobre a depressão infantil, em recente artigo José Luis Pedreira Massa assinala que, na Espanha, a média de transtornos depressivos também podem situar-se em torno de 9% na população geral infantil menor de 12 anos, sendo algo superior na adolescência.

A realização de diversos estudos que abordam a temática nos últimos anos tem aumentado de maneira expressiva a preocupação com a saúde mental das crianças, pois tem encontrado uma prevalência de problemas de saúde na criança variando de 10 a 20% e, outros estudos também mostram que até 2, 5% das crianças e 8,5% dos adolescentes passam por depressão (LAZZARIN, 2009).

Segundo Lima (2004) a idade parece variar. Nas crianças entre 1 e 6 anos, as taxas de transmissão são baixas (1%) em relação às encontradas em crianças entre 9 e 12 anos (13%), descreve também que nos adolescentes cerca de 7ª 8% tem pensamentos suicidas.

2.3 Fatores etiológicos da depressão infantil

Para Lazzarin et al. (2009) as causas da depressão infantil não traz específicos marcadores biológicos, contudo associadas a outras manifestações sintomáticas depressivas, podem servir de critério para o diagnóstico de transtorno depressivo infantil (TDI), queixas somáticas como dor de cabeça, dores no estômago e enurese noturna podem fazer parte dos sintomas de crianças depressivas. Associados a estes sintomas ainda podemos enumerar fatores como, tristeza, choro, dor abdominal, náuseas, ansiedade, fobias, irritabilidade, alterações do sono, apresentam aparência triste, choro fácil, apatia, fadiga, isolamento, declínio no desempenho escolar e até recusa escolar.

Para o mesmo autor os distúrbios alimentares também tem influência nos fatores etiológicos da doença, e apresenta como exemplo desta inter-relação entre as manifestações psíquicas com as manifestações gastrointestinais, o ganho significativo de peso da criança na fase deprimida. Diante de tal realidade pode-se interferir que os distúrbios alimentares podem ser critérios de diagnóstico para o TDI, uma vez que se observa experimental e clinicamente a depressão infantil como causas das alterações fisiológicas da criança.

Segundo Sousa (2008), a criança depressiva é muitas vezes descrita como alternando entre movimentos de retirada, inércia, submissão e indiferença ou, pelo contrário, extrema agitação, instabilidade, cólera e comportamentos de oposição marcados, dificuldades de concentração, falta de confiança e si mesmas, ocultação de sentimentos de desvalorização e culpabilidade, em crianças mais novas é comum encontrarmos sintomas psicossomáticos como eczemas, vômitos, tonturas, dores sem explicação.

Enfatiza Ballone (2004) que dependendo da intensidade da depressão infantil, pode haver substancial desinteresse pelas atividades rotineiras como queda no rendimento escolares, diminuição da atenção e hipersensibilidade emocional, surgem ainda preocupações típicas de adultos, tais como, a respeito da saúde e estabilidade dos pais, medo da separação e da morte e grande ansiedade.

Miller (2003 apud FERNANDES, MILANI, 2008) afirmam que entre os fatores biológicos da etiologia da depressão infantil podemos entrar na área da

genética de depressão, uma vez que a maioria dos estudiosos sobre a depressão afirma que ela tem um comportamento genético e vários genes podem estar envolvidos em sua ocorrência; destacam ainda que crianças com pais deprimidos tem um risco três vezes maior de apresentarem depressão infantil.

Cruvinel e Boruchovitch (2009) afirmam que o ambiente familiar da criança tem um papel relevante nos estudos a respeito da depressão na infância, deve-se ter em mente que, assim como uma família pode ser coadjuvante no aparecimento da sintomatologia depressiva, relações familiares saudáveis e seguras podem apresentar-se como um fator de proteção, contribuindo, muitas vezes, para que a criança consiga libertar-se dos sintomas da depressão.

Lima (2004) afirma que na maioria das vezes o sintoma de depressão é uma reação da criança diante de problemas familiares, já que nessas famílias são encontradas altas incidências de agressividade dos pais, disciplinas punitivas, discórdia conjugal e rejeição.

No caso de abuso físico e sexual a criança abusada apresenta mais agressão física e tem o risco de apresentar uma variedade de dificuldades cognitivas. Os estudos mostram que crianças sexualmente abusadas apresentam ansiedade, culpa, vergonha, agressão, sintomas depressivos ou outros transtornos psiquiátricos (LIMA, 2004).

Para Loiola (2008), o problema maior da depressão infantil está no fato dos critérios médicos utilizados para determinar se uma criança apresenta ou não um distúrbio depressivo; as manifestações da depressão infantil podem ser absolutamente diferentes e inespecíficas, dificultando bastante sua detecção.

Muitas crianças deprimidas apresentam outras alterações psiquiátricas associadas, tais como distúrbio da ansiedade, déficit de atenção e hiperatividade, tendências suicidas, abuso de substâncias entorpecentes, bebidas alcoólicas, desvios de personalidade; seriedade e queixas constantes de cansaço, cefaléia e dor abdominal podem ser sintomas de depressão.

Como as crianças na maioria das vezes não conseguem expressar seus sentimentos, é apresentado um quadro a seguir comparativo dos sintomas entre adultos e crianças (LOIOLA, 2008), e reafirma então a grande importância de se escutar o que o paciente tem para falar antes de se pronunciar um diagnóstico final e verdadeiro.

.Adultos	Crianças
Melancolia, tristeza	Irritação, agressividade, choro fácil, birra frequentes
Dificuldade em sentir-se bem com a própria vida	Difícil de motivar, não possui aquele comportamento curioso, explorador, típico da infância. Pode mostrar-se arredia e não querer ir para a escola
Alterações de peso	Dificuldade para ganhar peso
Distúrbios do sono	Dificuldades para pegar no sono ou para permanecer dormindo
Sensação de lerdeza ou de desaceleração das sensações	Agitação, impulsividade, hiperatividade, não para sentada um segundo sequer
Fadiga	Tira vários cochilos por dia e mesmo assim diz está cansada para passear ou até mesmo brincar
Sentimentos de inutilidade ou culpa	Faz comentários negativos sobre si mesma
Dificuldade de concentração	Desorganização, déficit de atenção prejudicada
Pensamentos suicidas	Fala sobre a morte dizendo que queria nem ter nascido ou preferia estar morta
Psicose e paranóias	Medos irracionais, necessidade permanente de segurança, vê monstros e perigos por toda a parte.

Quadro 2 – Comparativo de sintomas entre adultos e crianças

Fonte: Loiola (2008)

Para a psicóloga Muzardo (2009) observa-se que a geração de crianças da atualidade são mais sensíveis e propensas ao pessimismo; talvez devido ao aumento expressivo da violência urbana, à falta de respeito aos valores morais e éticos a falta de respeito à vida, aos impulsos da mídia insinuando o consumismo e a famílias desestruturadas, tudo isso torna a criança mais vulnerável aos efeitos da depressão e do stress.

2.4 Complicações da depressão infantil

Fortuna (2009) descreve as conseqüências da depressão infantil em dois grupos, individual e social, ambos ocasionam grandes conseqüências que pode surgir de uma quadro depressivo; no grupo individual, temos alteração do comportamento, heterossexualismo e auto agressividade, baixo nível de tolerância a frustração e a dor, desenvolvimento escolar prejudicado, procura de grupos onde possa ser aceito e no grupo social, temos as drogas, roubos, marginalização e exclusão do social.

O suicídio é considerado uma conseqüência da depressão e não um sintoma segundo Miller (apud DEARO, FLEITER, NAKAMURA, 2007), entretanto a combinação de sintomas depressivos e o comportamento anti-social tem sido descritos como antecedentes mais comum entre crianças e adolescentes suicidas. Os atos suicidas geralmente estão associados a uma crise depressiva aguda e significativa na vida da criança ou adolescente (BALLONE, 2004); fatos como a perda de um namoro, nota baixa na escola, uma crítica muito destrutiva proveniente de pais, professores ou pessoas muito próximas, podem precipitar um ato suicida no paciente depressivo.

Loiola (2008) descreve que mudanças súbitas de comportamento como agressividade, irritação ou agitação excessiva, desinteresse pelos amigos, colegas, família ou escola, alterações de apetite ou no padrão de sono como apresentar pesadelos ou episódios de terror noturno, repetição de “todo mundo me odeia” e “preferia não ter nascido” ou similares, podem apresentar sempre grande risco para o comprometimento da depressão infantil.

2.5 Tratamento da depressão infantil

O manejo da criança deve ser o mais precoce possível, com avaliação e definição do tipo de tratamento (Lima 2004); a avaliação da sintomatologia depressiva e as possíveis associações caracterizam o tipo de tratamento oferecido;

em crianças com depressão leve, realizam encontros regulares, com dinâmicas interativas entre crianças e pais, dando alívio ao estresse e melhora do humor; sendo a depressão severa, o tratamento deverá ser focado como tal e internação, se necessário; observar a condição da criança em caso de pensamentos suicidas e definir se ela deve ou não voltar para casa.

Prossegue ainda Lima (2004) que terapias do tipo cognitivo comportamental com a criança e a família, treinamento de necessidades sociais, psicoterapia interpessoal com foco no relacionamento e terapia familiar são ações que visam melhora da criança durante o tratamento da depressão infantil e se necessário poderá se incluir tratamento medicamentoso conforme orientação médica, à base de antidepressivos tricíclicos e inibidores de recapturada serotonina.

Segundo Loiola (2008) não existe uma receita específica para curar a depressão infantil, o tratamento deve ser feito sob medida para as necessidades da criança e família; existem duas medidas terapêuticas que deverão ser adaptadas a cada caso, a psicoterapia e o tratamento medicamentoso, este último deverá ser realizado através de antidepressivos da classe dos inibidores de recaptura da serotonina, uma vez que mostraram ser uma boa opção para crianças em estudos realizados.

Ressalta Miller (2003 apud DEARO, FLEITER, NAKAMURA 2007) a importância do consenso entre um programa de orientação e medicação como a abordagem mais adequada e eficaz no tratamento de crianças deprimidas. Tratar a depressão apenas por meio da orientação, sem medicamentos, pode ser lento e incompleto e a prática de prescrever medicações sem orientações é insuficiente da mesma forma. Terapia voltada para a compreensão, terapia comportamental, terapia cognitiva e terapia com brincadeiras, são comuns no tratamento de crianças com depressão infantil e podem apresentar um bom resultado no final do programa adotado.

Fernandes e Milani (2008) destacam a importância do médico responsável pelo tratamento da criança, este deve realizar uma escolha de medicamento criteriosa e individualizada, pois, a opção por um agente terapêutico deve estar baseada no perfil dos sintomas; deixa claro o autor que o tratamento farmacológico deverá ser inserido no plano terapêutico apenas após resultados não significativos de terapias comportamentais, deverá ser encarado como complementação e nunca como tratamento final.

Existem diversas psicoterapias utilizadas para tratamento da depressão infantil, dentre elas são citadas a psicoterapia psicanalítica, que incluem na terapia da criança conselhos educativos e explicações, recurso ao jogo pedagógico e desenhos, sendo uma sessão por semana com apoio dos pais; a psicoterapia cognitivo comportamental deve ser baseada no comportamento e na percepção da criança diante do mundo vivido e a terapia familiar no caso de depressão infantil é altamente recomendada com o envolvimento do conjunto familiar no tratamento da criança (PIRES, 2004).

2.6 Prevenção da depressão infantil

Para Loiola (2008) a depressão infantil pode ser um único episódio ou evoluir com crises recorrentes, uma vez que a criança apresenta um episódio depressivo possui uma chance de 70% de sofrer outro episódio nos próximos 5 anos, sem tratamento adequado, 40% das crianças podem apresentar outro episódio em 2 anos, metade delas tentará o suicídio e 7% obterão êxito com o mesmo.

Muzardo (2009) refere que uma das melhores maneiras de prevenir a depressão infantil é ensinar as crianças a serem mais otimistas, pois o otimismo é considerado um antídoto contra a depressão infantil; para isso é necessário que os pais e educadores ou pessoas envolvidas na educação e tratamento destas crianças se policiem nos momentos que irão criticar suas crianças, que esta crítica seja elaborada e realizada de um modo otimista evitando depreciar a criança; os pais devem ter uma vida bem definida, traduzir esperanças positivas, transmitir segurança emocional aos seus filhos e mesmos as pessoas que estão indiretamente ligadas a estas crianças devem se pautar de segurança e coerências nas informações prestadas ou nas sugestões propostas.

Em todos os estudos publicados pode-se observar que ao invés vez de estar escrito prevenção deveria estar escrito amor, pois os pais são os principais e melhores atores na prevenção da depressão infantil, dando-lhes seu amor e carinho, bem como, compreensão, amparo e transmissão de confiança.

E finalmente, para evitar que a depressão infantil ameace ou tome conta das crianças que estão sob sua responsabilidade, todos devem estar prontos para

colocarem em práticas imediatamente as regras de ouro que são: atenção para as situações de risco como mudanças, separações, morte na família, novos irmãozinhos, pais portadores de distúrbios psiquiátricos, dentre outras. Leve a criança para ser avaliada por um profissional de saúde ao menor sinal de qualquer suspeita. Amor não é tortura, demonstre seu afeto na mesma proporção que cobra disciplina.

3 AÇÕES DO ENFERMEIRO FRENTE A PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA CRIANÇA OBESA

O enfermeiro poderá se tornar o maior aliado da criança na necessidade de se prevenir ou tratar a obesidade infantil; está apto a receber as crianças e orientá-las quanto a forma correta de se alimentar, à prática correta de exercícios físicos, oferecer brincadeiras pedagógicas e recreativas, acompanhar o crescimento e o desenvolvimento da criança a partir do seu nascimento, enfim, o enfermeiro poderá desempenhar um importante trabalho frente aos grupos de crianças obesas ou crianças propensas à depressão infantil com influência do fator obesidade.

Para Mahan e Stump (2005) é importante que o enfermeiro oriente os pais sobre algumas formas de prevenção, interagindo com seus filhos em busca de reconhecerem a patologia precocemente, orientando-os quanto a necessidade da adoção de dietas saudáveis e balanceadas, adequação de horários para suas refeições, sem forçar a criança a comer tudo que colocou no prato e nunca oferecer guloseimas como barganha para que a criança cumpra com suas obrigações e deixar de lado o velho tabu de que criança gordinha é criança saudável.

Fernandes e Vargas (2007) afirma que atitudes como orientar a criança a mastigar o alimento bem devagar, comer à mesa, isolar a televisão dos momentos de refeição, não impor dietas muito restritas observando que as crianças ainda estão em fase de crescimento e desenvolvimento orgânico, nunca aceitar um “não gosto” como resposta, sem ao menos orientar a criança a experimentar o alimento, expor aos mesmos as necessidade de seu organismo quanto aquele tipo de alimentação, ou mesmo dar maior empenho no oferecimento de frutas e abandonar as delícias dos doces mesmo que vagarosamente, são ações práticas que devem ser desenvolvidas pelos enfermeiros em grupos de prevenção.

Em instituições escolares os enfermeiros podem desempenhar um grande papel na orientação das crianças realizando a educação nutricional, refletir a saúde da criança através de palestras, jogos educativos sobre alimentação benéfica, exposições de vídeo e cardápios sobre alimentos saudáveis, orientar atividades

físicas como práticas esportivas, brincadeiras e caminhadas, encorajando as crianças a ocuparem-se com hábitos de vida mais saudáveis deixando de lado o sedentarismo e a vontade de estar sempre comendo.

Para os mesmos autores, uma vez já instalada a patologia, o enfermeiro deve trabalhar no aconselhamento da criança e da família sobre os benefícios de um tratamento adequado, evitando consequências desfavoráveis, além de orientar sobre o tratamento adequado pela equipe multidisciplinar, para que seja integrado o tratamento do paciente sem dúvidas e buscando um prognóstico eficaz. Com isso deverá ser relatada e acompanhada a evolução do enfermeiro a fim de avaliar a eficácia do tratamento, juntamente com as ações adversas e a aceitação deste.

Segundo Dias, Weber e Costa (2007) cabe ao enfermeiro a orientação aos pais da criança obesa ou com depressão infantil, orientar sobre a importância da alimentação e convivência correta durante o crescimento dos pequenos. Exercícios físicos e atividades de rua como pular corda, caminhadas, corridas, jogos de futebol e outros devem ser incentivadas pois são positivas nos dois aspectos tanto físico quanto emocional, possibilitam maior socialização da criança, evitam que as crianças se isolem por se acharem diferentes de seu grupo.

A obesidade na infância está fortemente relacionada com a obesidade na vida adulta (SOARES; PETROSKI, 2003), por isso, a intervenção do enfermeiro deverá ocorrer precocemente na criança, antes mesmo de ser instalada a obesidade, principalmente se forem observadas alterações nas variações do ganho do peso. Ainda Soares e Petroski apud Kiess et al. (2001), a prevenção deve começar na fase intra-uterina e deverá ser acompanhada pela equipe multidisciplinar orientando a mulher gestante quanto à ingestão de alimentação balanceada e à prática de exercícios físicos moderadamente, adequados para o desenvolvimento do bebê e para seu próprio bem-estar. Depois do nascimento a amamentação deve ser fortemente recomendada até o sexto mês de vida, uma vez que, ocorrendo o aleitamento materno exclusivo e as mães introduzindo os farináceos mais tarde, principalmente após o quarto mês, a criança poderá iniciar sua vida com uma qualidade de vida bem mais saudável.

Para Silva Costa e Ribeiro (2008) o interesse na prevenção da obesidade infantil se justifica pelo aumento de sua permanência na vida adulta e pela potencialidade enquanto fator de risco para as doenças crônicas degenerativas e qualidade de vida.

O enfermeiro deve ter em mente que prevenir a obesidade infantil significa diminuir a incidência de doenças crônico-degenerativas e para alcançar os objetivos de uma alimentação saudável, estes devem fornecer informações corretas sobre alimentação e promoção da saúde e além do mais procurar proporcionar meios de oferecer aos seus grupos as formas de prevenção.

Percebe-se que a equipe multiprofissional pode oferecer um grande suporte ao enfermeiros durante o trabalho de prevenção da obesidade e depressão infantil uma vez que fazem parte da equipe multiprofissional dos serviços de saúde. Em conjunto com esta equipe torna-se mais fácil atingir os objetivos determinados; sendo que a criança quando recebe vários tipos de instruções juntamente com sua família através de programas e práticas de integração, cujo objetivo é a mudança do estilo e qualidade de vida, se sentem mais capazes de aderirem a qualquer tipo de tratamento (FERNANDES; VARGAS, 2007).

Afirma ainda que algumas vertentes são decisivas para que as ações do enfermeiro se tornem positivas perante a obesidade e a depressão infantil como, orientações sobre a nutrição das crianças, conscientização dos pais sobre a prevenção da obesidade infantil com palestras, folhetos educativos e visitas domiciliares, informar a família sobre a patologia relatando suas causas e consequências. Um dos principais desafios do profissional de enfermagem, ao assumir a responsabilidade de atuar é inicialmente superar a diferença cultural e as dificuldades financeiras e sociais apresentadas pelas famílias deste tipo de paciente nos diversos setores de atuação.

No assunto que se refere à criança obesa já com depressão, o enfermeiro normalmente é o primeiro profissional da saúde a manter contato com ela quando da busca de atenção nos serviços de saúde. A experiência e o preparo profissional do enfermeiro faz dele apto a atuar perante crianças com problemas desta ordem; as crianças sentem-se menos intimidadas perante a pessoa do enfermeiro (DEARO; FLEITER; NAKAMURA, 2007).

O papel fundamental do enfermeiro está no reconhecimento precoce da depressão infantil, que engloba, uma história cuidadosa que leva em consideração a saúde individual e familiar, crescimento e desenvolvimento social. Na psicoterapia as atividades em grupo devem ser estimuladas e a criança deve realizar tarefas simples que aumentem sua auto estima. O manejo de crianças depressivas deve ser incentivador.

É importante que pais e professores sejam orientados sobre a importância de ações adequadas na detecção e tratamento da depressão infantil e estas ações podem ser repassadas pelo enfermeiro dentro de ações promovidas pelo seu próprio grupo de trabalho.

Ao enfermeiro ainda compete auxiliar, fornecer orientações preventivas para enfrentamento e controle da situação vivida, bem como apoiar emocionalmente crianças e os seus responsáveis. Deve buscar ações que envolvam toda a sociedade e órgãos competentes e equipe multiprofissional no sentido de intervir para a complexidade desta tão grave situação. O enfermeiro tem papel fundamental na assistência à criança obesa e depressiva, pois como integrante desta equipe contribui para a melhoria na qualidade de vida da mesma.

E ainda para Carpenitto (1999) nessa direção é imprescindível ao enfermeiro procurar e adquirir conhecimentos sobre os alimentos e o processo de alimentação, associá-los a conhecimentos técnicos e científicos para promover a qualidade de vida dos que se encontram obesos, bem como desenvolver estratégias de resgate de hábitos devida e prática de alimentos saudáveis.

Cabe ao enfermeiro envolver a comunidade na participação de ações visando melhoria da qualidade de vida da mesma; realizar ações de promoção de saúde, orientação alimentar saudável, prevenção do ganho de peso e consulta de enfermagem, monitorizando os dados antropométricos de peso e altura; solicitar exames complementares, avaliar os casos de riscos e quando necessário buscar o apoio especializado, participar e coordenar atividades de educação permanente no âmbito da saúde e nutrição (BRASIL, 2006).

Afirma ainda Carpenitto (1999) que o enfermeiro está apto a orientar as famílias, como ensinar a comer devagar, mastigar bem os alimentos; cabe a ele a instrução de paciente e pais no planejamento das refeições anteriormente ao consumo; discutirem os perigos de algumas atividades como comer ao realizar outra atividade, comer de pé o que pode dar a impressão de não ter realizado nenhuma refeição, comer por mau humor, estresse ou outro motivo psicológico e comer porque outras pessoas estão comendo.

O enfermeiro deve orientar a ingestão de calorias obtidas de frutas e vegetais, em lugar de carnes e laticínios; evitar as refeições rápidas com alto conteúdo de gordura e calorias; se for comer em outros lugares, como restaurantes planejar o que vai comer antecipadamente e cumprir o planejado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A obesidade é uma enfermidade crônica que se acompanha de múltiplas complicações, caracterizada pela acumulação excessiva de gordura em uma magnitude tal que compromete a saúde. A obesidade é ainda o resultado de ingerir mais energia que a necessária. Não há dúvidas que este consumo excessivo pode iniciar-se em fases muito remotas da vida, nas quais as influências culturais e os hábitos familiares possuem um papel fundamental. Por isso pode-se dizer que a obesidade possui fatores de caráter múltiplo, tais como os genéticos, psicossociais, cultural-nutricionais, metabólicos e endócrinos.

Percebe-se que a obesidade infantil se tornou um grande problema de saúde pública, uma vez que o excesso de gordura e peso corporal que surgem na infância, podem se agravar progressivamente. Tão logo sejam identificados os principais fatores de riscos, as intervenções deverem ser realizadas imediatamente, partindo primeiramente da prevenção e controle. As crianças com propensão à obesidade infantil podem apresentar diferentes comportamentos que devem ser percebidos rapidamente pelos pais e pelos profissionais de saúde que atuam em trabalhos educativos e recreativos diretamente com a criança.

A observação destes comportamentos diferentes apresentados pelas crianças pode ser interpretada de duas formas, como prevenção da obesidade infantil e prevenção da depressão infantil que se torna atualmente um grande complicador da obesidade infantil, pois ambas as doenças estão interligadas, uma vez que a criança portadora de obesidade infantil pode apresentar sintomas depressivos.

Por isso vale a pena os pais, os educadores, os profissionais da área da saúde estarem orientando e incentivando as crianças para a prática de exercícios físicos, a aderirem a uma dieta saudável, ingerindo muito líquido, frutas e verduras, colocando de lado as guloseimas, evitar praças de alimentação onde o consumismo é praticado devido aos que os olhos vêem.

Como este assunto é intenso, desafiador e interessante, quanto mais for investido em prevenção, melhor será a compreensão da sociedade sobre os

sintomas e principalmente sobre as conseqüências provindas da obesidade infantil; e tudo isso associado a todos os conhecimentos e práticas já adquiridas com estudos e com as próprias experiências de vida, oferece a oportunidade de todos os sujeitos que trabalham na saúde, na educação, e os próprios pais e familiares, a trabalharem juntos em função de um bem comum.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, A. C.P.; GOMES, J. M. O. **Obesidade Infantil**: As dificuldades da criança em relação à obediência de regras impostas por uma dieta alimentar. 2002. 30 f. Monografia (Graduação em Psicologia). Universidade da Amazônia. Centro de Ciências Biológicas e da saúde.2003.

BALLONE, G. J. **Depressão Infantil**. 2004.Instituto de Saúde Mental. Disponível em www.psiqweb.med.br.

BRASIL. Ministério da saúde. **Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde**. Disponível no site: http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/d_cronic.pdf.

BRASIL. **Obesidade** Portal da Saúde.. São Paulo, 2007.

CARPENITO, L. J. **Planos de Cuidados de Enfermagem e Documentação**. Porto Alegre 2. ed. Artmed, 1999.

COLLOCA, E. A.; DUARTE, A. C. G. OBESIDADE INTANTIL: Etiologia e Encaminhamentos, uma busca na literatura. 2007. 33 f. Monografia (Especialização em Educação Física).Universidade Federal de São Carlos. São Carlos. 2007.

CRUVINEL, M.; BORUCHOVITCH, E. Sintomas de Depressão Infantil e Ambiente Familiar. **Revista Psicologia em pesquisa**. Juiz de Fora. v.3, n.1, p. 87-100, jan./jun. 2009.

CUPPARI, Lilian. **Nutrição: Nutrição Clínica no Adulto**. Manole. Barueri. 2005.

DAMIANI, D.; DAMIANI D. **Obesidade Infantil**. Sociedade Brasileira de Pediatria. 2009. Disponível no site www.sbp.com.br/shou-item2.cfm?id...s.

DEARO, L. T.S; FLEITER M.; NAKAMURA, E. K. **Depressão Maior Infantil: o verdadeiro bicho papão**. 2007. Disponível no site: www.uniandrade.ed.br/.../home_enfermagem.

DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M.I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina Ambulatorial: conduta de atenção primárias baseadas em evidências**. Porto Alegre. 6 ed. Artmed. 2006.

ESCRIVÃO, Maria A.M.S. et al. **Obesidade na Infância e Adolescência**. Atheneu. São Paulo.2004.

FERNANDES, R. A.; VARGAS, S. A. O Cuidado de Enfermagem na Obesidade Infantil. **Revista Meio Amb.Saúde**. 2(1):273-281.2007.

FERNANDES, A. M., MILANI, R. G. **A etiologia e o tratamento da depressão infantil**: uma revisão de literatura. Maringá. Centro Universitário de Maringá. Disponível no site: www.cesumar.br.

FORTUNA, V. **Depressão Infantil**: Doença que quase ninguém vê! Disponível no site: [www.uraonline.com.br/.../depressão infantil](http://www.uraonline.com.br/.../depressao-infantil). 2009.

GASTALDON,B.; MARTINS., J. C.; POLTRONIERI, K. V. Obesidade infantil: um problema do presente com olhares para o futuro- resgatando o ser e a família saudável junto à Enfermagem. 2007. 147 f. (Graduação em Enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina. Santa Catarina. 2007.

GIBNEY, M. J.; MACDONALD, I. A.; ROCHE, H. M. **Nutrição e Metabolismo**. Guanabara Kogan. Rio de Janeiro. 2006.

LAZZARIN, F. A., et al. Depressão infantil: um estudo fisiológico. **Revista Neurobiologia**. 72(2), abr./jun,p.155.162. 2009.

LIMA, D. Depressão e Doença Bipolar na infância e adolescência. **Jornal de Pediatria**. Porto Alegre. vol 80, n 2. 2004.

LISBOA, M. T. L. **Enfermagem psiquiátrica**. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro. 2005.

LOIOLA, A. **Depressão Infantil: orientações para pais e cuidadores**. 2008. disponível no site: www.esam.instituto.com.br.

LOPEZ, F. A.; BRASIL, A. L. D. **Nutrição e Dietética em Clínica Pediátrica**. Atheneu. São Paulo. 2004.

LUIZ, A. M. A. G. et . Depressão, ansiedade, competência social e problemas comportamentais em crianças obesas. **Estudos de Psicologia**. Natal. V.10, n.3. set./dez.2005.

MAHAN, L. K., ESCOTT-STUMP, Sílvia. **Alimentos, Nutrição e Dietoterapia**.11 ed. Roca. São Paulo. 2005.

MEDINA, V. Prevenção da Obesidade **Infantil**. Disponível no site Guiainfantil.com. 2009

MELLO, E. D.; LUFT, V. C.; MEYER, F. Obesidade Infantil: como podemos ser eficazes?. **Jornal de Pediatria**. Sociedade Brasileira de Pediatria.2004.

MUZARDO, M. T. A. Depressão Infantil. Disponível no site fraternidademagnificat.com.br.depressão infantil.

PATIN, Rose V. Obesidade Infantil. *Jornal Saúde e Lazer*. 2009.

PIRES, A. R. Lágrimas na Inocência – Hospitalização e Depressão Infantil no Hospital de Santa Maria. Instituto Superior de Psicologia Aplicada. 2004.

SILVA, Y. M. P.; COSTA, R. G; RIBEIRO, R. L. Obesidade Infantil: Uma revisão bibliográfica. **Saúde e Ambiente em Revista**. Rio de Janeiro. .3, n.1, p.01-15. 2008.

SOARES, L. D.; PETROSKI, E. L. Prevalência, Fatores Etiológicos e Tratamento da Obesidade Infantil. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desenvolvimento Humano**. 2003.

SOUSA, Ana. **Depressão infantil**. Disponível no site www.sitenahora.com.

VASQUES, F.; MARTINS, F. C., AZEVEDO, A. P. Aspectos psiquiátricos do tratamento da obesidade. **Revista Psiquiatria Clínica**. 31(4);195-198, 2004.