

1 INTRODUÇÃO

A obesidade é conceituada como o acúmulo excessivo de células de gordura no corpo, sendo considerada uma doença de origem multifatorial, pois pode estar correlacionada a hábitos de vida, fatores biológicos, ambientais e emocionais (DAMASCENO, 2009).

A obesidade é provavelmente uma das enfermidades mais antigas do homem. Desenhos rupestres mostram o homem da pré-história com aparência de peso excessivo para sua altura. O homem ingeria uma grande quantidade de alimento objetivando armazenar energia para a sua sobrevivência em um meio inóspito (FISBERG, 2007).

É considerada uma pessoa obesa aquela que tem 20% acima de seu peso, podendo ser também calculado pelo índice de massa corporal. É uma fórmula que indica, se uma pessoa está acima do peso. A fórmula para calcular o índice de massa corporal é $IMC \text{ (índice de massa corporal)} = \text{peso} / (\text{altura})^2$ (FERNANDES; VARGAS, 2007).

No Brasil, o número de crianças obesas aumenta a cada ano. O problema da desnutrição vem sendo paulatinamente substituído pela obesidade, principalmente nos estados mais ricos (LIBERATORE JUNIOR; SANTOS, 2006).

De acordo com Matos et al. (2008) aproximadamente 10% dos indivíduos entre 5 e 17 anos apresentam excesso de gordura corporal, sendo que de 2% a 35% são obesos. Segundo Fisberg et al. (2007) no Brasil, as taxas de sobrepeso aumentam 0,5% ao ano, e em 10 anos houve um aumento significativo de sobrepeso e obesidade nas regiões em desenvolvimento.

Diante do exposto surgem os seguintes questionamentos: o que é obesidade? Qual o papel dos pais na prevenção da obesidade de seus filhos? Qual seria a atuação do enfermeiro como agente de promoção de saúde em relação a obesidade infantil?

Observa-se a importância do papel dos pais na instalação de hábitos alimentares saudáveis, desde a gestação. E também do profissional de saúde desde as orientações a gestante seguido de acompanhamento ao recém-nascido com

orientações aos pais, identificação da obesidade e elaboração de estratégias para prevenção e tratamento da mesma.

A escolha dessa temática ocorreu devido ao fato da obesidade infantil estar alcançando índices cada vez mais elevados, e diante disso percebe-se que há uma falta de percepção parental a respeito do estado de obesidade da criança, e também um desconhecimento a respeito da alimentação adequada, hábitos saudáveis de vida e dos agravos futuros à saúde da criança.

O presente estudo foi dividido em 3 capítulos. No primeiro capítulo foi abordado a caracterização da obesidade, explanando temas como definição, epidemiologia, fisiopatologia e classificação, diagnósticos e complicações. O segundo capítulo menciona a influencia dos pais ou responsáveis nos fatores de risco à obesidade infantil, abordando temas como a influência dos fatores emocionais da mãe e da vida intra-uterina para determinação da obesidade infantil, importância do aleitamento materno no desenvolvimento da obesidade infantil e a influencia dos pais na instalação de hábitos alimentares saudáveis e abandono do sedentarismo. No terceiro capítulo são descritos as ações que o enfermeiro deve ter para prevenção da obesidade infantil.

Acredita-se que esse estudo contribuirá para conhecimento pessoal enquanto graduanda de enfermagem e servirá de fonte de pesquisa para os leitores a respeito do assunto, e que é de fundamental importância para a qualidade de vida dessas crianças, evitando que esse problema prevaleça na vida adulta.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Identificar as ações do profissional de enfermagem para prevenção da obesidade infantil.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar a obesidade infantil;
- Avaliar a influência dos pais na relação com a obesidade infantil;
- Destacar as ações de enfermagem a serem adotadas na prevenção da obesidade infantil.

3 METODOLOGIA

O presente estudo foi realizado a partir de um estudo exploratório de caráter qualitativo através de revisão de literatura, que segundo Cervo; Bervian e Silva (2007) são estudos que visam conduzir o pesquisador a apreciar e analisar as contribuições científicas do passado sobre determinado assunto ou temática. A presente revisão de literatura teve como base livros, revistas, artigos, monografias, bancos de dados. Esses materiais foram conseguidos através busca na internet, empréstimo em biblioteca municipal e da faculdade, ganho do professor orientador.

O critério utilizado para seleção de materiais foi buscar em fontes que tratassem sobre obesidade infantil. Selecionou-se como descritores na busca aos artigos online, os termos: obesidade infantil, o papel do enfermeiro, papel da família, prevenção.

Empregou-se o recorte temporal de janeiro de 2003 a dezembro de 2010.

O período para coleta e seleção de materiais foi de fevereiro a setembro de 2010. Após a coleta e seleção dos materiais, as idéias, os posicionamentos e opiniões dos autores foram discutidos e analisados para a elaboração do texto.

4 CARACTERIZAÇÃO DA OBESIDADE INFANTIL

4.1 Conceito

A obesidade é o mais antigo distúrbio metabólico, e há relatos de sua ocorrência em múmias egípcias e em esculturas gregas; na idade média e no Renascimento. As formas arredondadas era um padrão estético que privilegiava a mulher. A obesidade não é fenômeno recente, entretanto nunca havia atingido proporções epidêmicas como se observa (FISBERG et al., 2007).

Segundo Matos et al. (2008) o Brasil assim como outros países em desenvolvimento passa por um período de transição epidemiológica caracterizado pela mudança no perfil dos problemas relacionados à saúde pública, onde predomina as doenças crônicas, e essa transformação vem acompanhada de modificações demográficas e nutricionais, onde a desnutrição diminui e o excesso de gordura corporal atinge proporções epidêmicas.

Conforme Setian (2007) antes a preocupação era com a desnutrição, falta de ingestão alimentar, hoje é com o excesso de peso, come-se muito, mas come-se mal, mais do que o corpo precisa e suporta.

Acredita-se que a explicação para tal fenômeno é o fato de que os responsáveis pelo preparo e pela aquisição dos alimentos que compõe a dieta das crianças estão cada vez mais ocupados, sobrecarregados com inúmeras atividades, e assim dão preferência para alimentos prontos, industrializados como massas, pães, sanduíches, salgadinhos, biscoitos recheados e doces; que geralmente são mais calóricos e pobres em nutrientes.

De acordo com Bandini e Flynn (2006) a obesidade pode ser definida como excesso de gordura corporal e sobrepeso como excesso de peso, os critérios utilizados para definir esta patologia precisam ser baseados na idade e no sexo, pois a quantidade de gordura corporal muda com a idade e seu desenvolvimento é diferente entre homens e mulheres; é uma doença crônica, complexa e oriunda-se de muitos fatores.

A obesidade é uma patologia caracterizada pelo excesso de massa gorda em relação à massa magra para idade e sexo, esse excesso pode ser regionalizado ou em todo corpo e resulta do desequilíbrio entre ingestão e gasto energético, secundário a fatores hereditários ou adquiridos, psíquicos e ambientais; acarretando sérios prejuízos à saúde (LIBERATORE JUNIOR; SANTOS, 2006; LACERDA; ALVAREZ, 2006).

De acordo com Neto e Saito (2003) a obesidade é um distúrbio nutricional responsável pelo aumento de tecido adiposo, que ocorre devido ao aumento do número dos adipócitos ou a uma hipertrofia deles em número normal; se torna uma consequência do excesso de gordura resultante do balanço positivo de energia na relação ingestão-gasto calórico.

Mello, Luft e Meyer (2004) afirmam que o ganho de peso na criança é acompanhado pelo aumento de estatura e aceleração da idade óssea, depois o ganho de peso e a estatura continua e a idade óssea se mantém constantes; a puberdade pode ocorrer mais cedo o que acarreta altura final diminuída; devido o fechamento mais precoce das cartilagens do crescimento.

Segundo Matos et al. (2008) a globalização e a enorme velocidade da informação padronizam modos de vida, com mudanças de hábitos semelhantes em todo o mundo, criando um padrão alimentar inadequado pelo desequilíbrio de nutrientes, ingestão de alimentos com alto valor calórico, e cada vez mais associado à inatividade física que está relacionada a televisão e a outros avanços tecnológicos, como o controle remoto.

4.2 Epidemiologia

A obesidade infantil vem aumentando significativamente no mundo todo. Nos Estados Unidos e no Brasil aumentou em torno de 50% em dez anos e cerca de ¼ das crianças são obesas ou apresentam sobrepeso. Cerca de 40 e 80 % das crianças obesas serão adultos obesos (OLIVEIRA, 2000 apud CARDOSO, 2006).

“Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde, a incidência de obesidade infanto-juvenil no Brasil cresceu 240% nos últimos 20 anos.” (SETIAN, 2007, p. 01).

De acordo com as estatísticas da Sociedade Brasileira de Pediatria - SBP 15% das crianças são obesas o que era constatado em apenas 3% das crianças nos anos 80. Acredita-se que 20% das crianças com até 10 anos estão acima do peso ideal (FISBERG; RODRIGUES, 2000 apud CARDOSO, 2006).

Mello, Luft e Meyer (2004) citam os relatos da Organização Mundial de Saúde - OMS onde a prevalência de obesidade infantil tem crescido em torno de 10 a 40% na maioria dos países europeus a partir da década de 90 e ocorre mais no primeiro ano de vida.

De acordo com pesquisas realizadas no Brasil, as crianças apresentam maior prevalência de excesso de peso até os 10 anos, a maioria vive em famílias de classe média alta havendo um crescimento em crianças pobres também. Há estimativas de que há cerca de três milhões de crianças com excesso de peso e que a má alimentação representa 95% dos casos e as causas endógenas apenas 5% (CORSO et al., 2003 apud DAMASCENO, 2009).

Para Fisberg et al (2007) no Brasil, as taxas de sobrepeso aumentam 0,5% ao ano, e em 10 anos houve um aumento significativo de sobrepeso e obesidade nas regiões em desenvolvimento o que é constatado também por Matos et al. (2008) sendo mais predominante nas classes econômicas altas, demonstrando como o fator socioeconômico interfere em seu aparecimento.

4.3 Fisiopatologia e classificação

Segundo Fisberg et al. (2007) a obesidade pode ser determinada por fatores genéticos, fisiopatológicos, ambientais e psicológicos, não sendo ainda possível identificação da potencialidade de cada um desses fatores.

Conforme relatos da Sociedade Brasileira de Pediatria - SBP (2008) seu aparecimento ocorre na maioria das vezes, pela associação de fatores genéticos, ambientais e comportamentais. A herança genética em seu aparecimento é de natureza poligênica (as características fenotípicas do indivíduo obeso são resultantes da interação de vários genes). Existem mais de 400 genes que codificam componentes que participam da regulação do peso corporal, alguns desses agindo

na ingestão alimentar, alguns no gasto energético e outros atuam nos dois mecanismos ou modulam estas ações.

Já para Balaban e Silva (2004) a ingestão alimentar aumentada e o gasto energético diminuído têm sido apresentados como os principais fatores causais de obesidade. Alguns autores não encontram diferença entre a ingestão alimentar de pessoas obesas e não obesas, que pode ser pelo fato do próprio indivíduo dar informação errada sobre sua ingestão energética, pela interação entre fatores genéticos e ambientais, pelo valor calórico total e a composição da dieta, sendo fator de risco para obesidade uma dieta rica em carboidratos simples e lipídios.

Conforme relatos de Cardoso (2006) a obesidade endógena ocorre devido a conseqüências de alterações metabólicas, neuroendócrinas e fisiológicas. Como os fatores genéticos, os fatores endócrinos e a obesidade hipotalâmica. Representa 5% dos casos. A exógena ocorre devido à ingestão excessiva de alimentos, baixo nível de atividade física e aspectos culturais e representa 95% dos casos.

Já para Balaban e Silva (2004) a obesidade pode ser dividida em obesidade de origem endógena ou secundária a síndromes genéticas e endocrinopatias e representa apenas cerca de 1% dos casos e a exógena que é resultante da ingestão excessiva em relação ao gasto energético.

De acordo com Souza et al. (2007) a obesidade pode ser decorrente de causas endógenas (provocada por síndromes somáticas dismórficas, lesões do sistema nervoso central e endocrinopatias) ou exógenas(resultante da ingestão excessiva, quando comparada ao consumo energético). A obesidade exógena representa a maioria dos casos ocorre em crianças com potencial genético para serem obesas com a permissão do meio ambiente, pesquisas confirmam que algumas crianças obesas comem menos que seus colegas magros, explica o fato a razão dos magros terem taxas metabólicas mais altas; ou seja, queimam mais calorias. Trabalhos têm mostrado que a falta de atividade física tem um papel maior quando comparado ao excesso de alimentação no aparecimento desta patologia (VIUNISK, 2005 apud CARDOSO, 2006).

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.

4.4 Diagnóstico

O diagnóstico da Obesidade pode ser feito através de métodos antropométricos, pelo fácil manuseio, por ser inóculos, baratos e ideais para prática diária. São utilizados peso, altura, pregas cutâneas e algumas circunferências. O mais utilizado na infância é o peso e a estatura (P/E), considera-se sobrepeso quando o valor encontrado estiver acima de 110% e abaixo de 120% e obesidade quando ele é igual ou acima de 120% (ESCRIVÃO et al., 2004).

De acordo com Netto e Saito (2003) vários critérios são utilizados para definir obesidade na infância e na adolescência, sendo mais complexo na adolescência, pois além de parâmetros de peso e estatura deverá ser considerado o estágio de maturação sexual para avaliações corretas. Entre os diversos métodos e índices usados no diagnóstico da obesidade temos o índice de obesidade (IO), avalia em quanto o peso de uma criança excede seu peso ideal, obtido do percentil 50 da estatura segundo a fórmula: $IO = (\text{peso corpóreo}/\text{peso ideal} - 1) \times 100$, de acordo com esse critério, a obesidade é considerada leve quando o índice de obesidade (IO) é 20-30%; moderada quando é 30-50% e grave, quando excede 50%. É aceito por muitos autores que indivíduos que tem peso 20% acima do peso esperado para idade e sexo são considerados obesos. Outro índice utilizado é a prega cutânea tricípital, pode ser usada como um critério a mais no diagnóstico de casos duvidosos, e o índice de massa corporal (IMC) que é definido pela relação peso em quilos e a estatura em metros ao quadrado, são considerados normais os valores entre 19 e 25.

Conforme Mello, Luft e Meyer (2004) os percentis 85 e 95 do índice de massa corporal (IMC) e da dobra cutânea tricípital (DCT) são utilizados para detectar sobrepeso e obesidade. Já para Lacerda e Alvarez (2006) para avaliar a obesidade infantil, podem se utilizar os seguintes critérios: relação peso e estatura igual ou superior a 120%, percentil igual ou superior a 97.

Conforme Moore (2002) a obesidade geralmente é definida quando o peso atual está 120% ou mais acima do peso corporal ideal (PI), existindo três graus de obesidade, sendo eles; a leve a moderada e a grave ou mórbida. A leve é quando a pessoa está de 120% a 140% do peso corporal ideal (PI), a moderada é quando a pessoa está de 141% a 200% do peso corporal ideal (PI) e a grave ou mórbida é quando a pessoa está com mais de 200% do peso corporal ideal (PI).

Lacerda e Alvarez (2006) afirmam que além do roteiro de atendimento nutricional, devem ser incluídos, a história clínica pregressa enfatizando o início da aceleração ponderal, fatos associados ao início, doenças relacionadas; história familiar, como a criança vive, nível de socialização e atividade física.

De acordo com Mello Luft e Meyer (2004) a determinação sistemática do perfil lipídico na infância e adolescência não é recomendável, porém deve ser realizada entre os 2 e 19 anos em situações de risco. Confirmada a dislipidemia o tratamento dietético deverá ser iniciado após os 2 anos de idade priorizando as necessidades energéticas e vitaminas próprias à idade, encorajar a ingestão de fibras e desestimular a de alimentos ricos em colesterol e gordura saturada e o uso excessivo de sal e açúcar, quando houver necessidade de aumentar a taxa de gordura, deve ser feito às custas de gordura monoinsaturada. Os valores de lipídeos limítrofes e aumentados estão apresentados na tabela 1.

Tabela 1 – Valores de referência de colesterol total, fração de LDL colesterol, fração de HDL colesterol e triglicérides em crianças de 2 a 19 anos de idade.

Lipídeos	Idade (anos)	desejáveis	Valores (mg/dl)	
			limítrofes	aumentados
Colesterol		Meninas	Meninos	Meninas
Total	2-19	<170	170 - 199	_>200
LDLc	2-19	<110	110 - 129	_>130
HDLc	<10	_>40	-	-
	10 – 19	_>35	-	-
Triglicérides	<10	_<100	-	>100
	10 - 19	_<130	-	>130

LDL = lipoproteína de baixa densidade; HDL = lipoproteína de alta densidade; LDLc = fração de LDL colesterol; HDLc = fração de HDL colesterol.

Fonte: Mello Luft e Meyer (2004; p. 176).

Escrivão et al. (2004) citam que a avaliação da composição corporal podem ser medidas por métodos laboratoriais com precisão, através de aparelhos sofisticados que são usados em centros especializados, destacando se a impedância bioelétrica, o infravermelho, o DXA, sendo pouco invasivo e consiste na dupla missão de raios X, com dose baixa de radiação, fornece a porcentagem de massa magra, de massa gorda e a sua distribuição corporal. Adolescentes do sexo feminino com ciclos menstruais regulares e do sexo masculino devem ter, respectivamente, cerca de 26% e 15% de massa gorda. A tabela abaixo mostra os novos parâmetros de IMC com pontos de corte para sobrepeso e obesidade de acordo com o sexo e idade.

Tabela 2 – Parâmetros internacionais de índice de massa corporal para sobrepeso e obesidade de acordo com sexo e idade.

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

Fonte: Gibney, Macdonald e Roche (2006) apud Cole *20L 20L*. (2000; p.1240).

4. 5 Complicações

Fernandes e Vargas (2007) relatam que esta patologia é uma preocupação para saúde pública, como busca para promover uma maior expectativa de vida do adulto futuro. O comportamento alimentar de uma criança reflete nos processos de crescimento e desenvolvimento físico e psicossocial.

De acordo com Bee (2003) apud Fernandes e Vargas (2007) as crianças com excesso de peso possuem um risco maior para obesidade adulta que é um estado que leva a uma expectativa de vida mais curta e um maior risco de doenças cardíacas, hipertensão, diabetes, doenças da vesícula biliar e problemas respiratórios.

Conforme Mello, Luft e Meyer (2004) a quantidade total de gordura corporal, o excesso de gordura em tronco ou região abdominal e o excesso de gordura visceral são três aspectos associados à ocorrência de doenças crônico-degenerativas. O aumento do colesterol sérico é um fator de risco para doença coronariana e é ainda maior quando associado à obesidade, o sobrepeso triplica o risco de desenvolvimento de diabetes melitus. A obesidade é um fator de risco para dislipidemia, promovendo o aumento do colesterol, triglicérides e redução do HDL colesterol. A aterosclerose (doença crônica na qual ocorre a formação de ateromas que são placas de lipídeos (gordura) dentro dos vasos sanguíneos) tem início na infância, com o depósito de colesterol na íntima das artérias musculares, formando a estria de gordura que nas artérias coronarianas podem evoluir para lesões ateroscleróticas avançadas em poucas décadas, processo que só é reversível no início de desenvolvimento. A determinação sistemática do perfil lipídico na infância e adolescência não é recomendável deve ser realizadas apenas em situações de risco.

De acordo com Bandini e Flynn (2006) os indivíduos obesos sofrem efeitos psicológicos significativos, são discriminados na escola e no trabalho, pois são considerados preguiçosos, comilões, sem força de vontade para fazer dieta e praticar exercícios; que é uma compreensão errônea das causas da obesidade e que leva a atitudes negativas com relação aos indivíduos obesos.

A obesidade com complicações sérias à curto e longo prazo vai se tornando uma bola de neve, quanto mais tarde se inicia o tratamento pois a pessoa obesa possui menos disposição para exercícios, devido à própria dificuldade com o peso, e o sedentarismo faz com que ela engorde ainda mais. O quadro 1 mostra as possíveis complicações da obesidade.

Quadro 1 - Complicações da obesidade

Articulares	<p>Maior predisposição a artroses, osteoartrite.</p> <p>Epifisiólise da cabeça femoral.</p> <p><i>Genu valgum</i>, coxa vara.</p>
Cardiovasculares	<p>Hipertensão arterial sistêmica</p> <p>Hipertrofia cardíaca</p>
Cirúrgicas	Aumento do risco cirúrgico
Crescimento	<p>Idade óssea avançada, aumento da altura</p> <p>Menarca precoce</p>
Cutâneas	Maior predisposição à micoses, dermatites e piodermites
Endócrino-metabólicas	<p>Resistência à insulina é maior, predisposição ao diabetes</p> <p>Hipertrigliceridemia e hipercolesterolemia</p>
Gastrointestinais	<p>Aumento da frequência de litíase biliar</p> <p>Esteatose hepática e esteatohepatite</p>
Mortalidade	Aumento do risco de mortalidade
Neoplásicas	Maior frequência de câncer de endométrio, mama. Vesícula biliar, cólon/reto, próstata
Psicossociais	<p>Discriminação social e isolamento</p> <p>Afastamento de atividades sociais</p> <p>Dificuldade de expressar seus sentimentos</p>
Respiratórias	<p>Tendência à hipóxia, devido a aumento da demanda ventilatória, aumento do esforço respiratório, diminuição da eficiência muscular, diminuição da reserva funcional, microectasias, apnéia do sono, síndrome de pickwick</p> <p>Infecções</p> <p>Asma</p>

1 – Osteoartrite – doença degenerativa das articulações. 2 – Epifisiólise – separação da epífise proximal do fêmur. 3 – Cenu valgum – é a proteção dos joelhos para dentro da linha média do corpo causada geralmente pela hipertrofia da musculatura lateral da coxa. 4 – Menarca – primeira menstruação. 5 – Micoses – nome genérico dado à várias infecções causadas por fungos. 6 – Dermatites – inflamação ou inchaço da pele. 7 – Piodermites – infecção crônica supurativa das glândulas apócrinas, em decorrência de obstrução dos ductos glandulares. 8 – Resistência à insulina – o corpo não consegue usar a própria insulina adequadamente. 9 – Hipertrigliceridemia – elevação dos triglicerídeos do sangue. 10 – Hipercolesterolemia – elevação do colesterol sanguíneo. 11 – Litíase biliar – cálculos das vias biliares. 12 – Esteatose hepática e esteatohepatite - doença hepática gordurosa. 13 – Hipóxia – Baixo teor de oxigênio. 14 – microectasias – Formações saculares semelhantes à aneurismas, encontrados nos ramos capilares. 15 – Apnéia do sono – Suspensão da respiração durante o sono. 16 – Síndrome de pickwickly – forma avançada de insuficiência respiratória.

Fonte: Mello, Luft e Meyer (2004; p. 176).

Balaban e Silva (2004) relatam que as consequências da obesidade infantil podem ser notadas a curto e longo prazo. O que surgem primeiro são as desordens ortopédicas, os distúrbios respiratórios, a diabetes, a hipertensão arterial, as dislipidemias e os distúrbios psicossociais. A longo prazo, tem sido relatada uma mortalidade aumentada por todas as causas e por doenças coronarianas nos indivíduos que foram obesos na infância e na adolescência.

Ainda de acordo com o autor anteriormente citado outra complicação, recentemente descrita, antes presenciada apenas em adultos, que hoje acomete crianças e adolescentes também, é a esteatohepatite não-alcoólica, possui curso silencioso de início assintomático ou apenas com queixas vagas de dor abdominal intermitente, inclui desde casos com curso benigno até casos que evoluem para cirrose, sendo potencialmente fatal.

Escrivão et al. (2004) relatam que a obesidade está associada a alterações metabólicas que dependem da duração e de sua gravidade cujas consequências ocorrem mais no adulto, porém a criança já apresenta maior risco para doenças e distúrbios psicossociais, provocado pelo estigma da obesidade que são de grande importância nesta fase de estruturação da personalidade.

Conforme Araújo, Beserra e Chaves (2006) a obesidade é uma enfermidade crônica que se perpetua na maioria das vezes até a fase adulta, acredita-se que 80% das crianças obesas também serão obesas quando adultas que serão também em sua maioria acometidas por problemas metabólicos como a hipertensão arterial, diabetes dislipidemias e doenças cardiovasculares, principalmente as isquêmicas, pode favorecer o aparecimento de problemas ortopédicos, apnéia do sono, alguns tipos de cânceres e distúrbios psicológicos; todos esses problemas causam má qualidade de vida, oneração aos cofres públicos, por meio de tratamentos, internações ou até mesmo à morte.

De acordo também com o autor acima citado estudos demonstram que as primeiras experiências nutricionais de um indivíduo, agindo durante um período crítico do desenvolvimento humano, pode acarretar um efeito duradouro por toda a vida do indivíduo, interferindo na sua suscetibilidade a determinadas doenças crônicas como a obesidade, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares e o diabetes tipo 2. Tal fenômeno vem sendo denominado como “imprinting metabólico”.

Balaban e Silva (2004) enfatizam que a obesidade, com sua multicausalidade e suas múltiplas consequências, representa um desafio para os profissionais de

saúde, e diante disso ações preventivas são capazes de evitar efeitos adversos à longo prazo, nas esferas orgânicas e psicossocial.

Percebe-se então a necessidade de ações preventivas, e o principal agente dessas ações são os pais, pois a prevenção pode iniciar desde a vida intra-uterina, seguido do papel dos responsáveis, educadores e profissionais de saúde. Diante dessa necessidade os assuntos em questão serão abordados nos próximos capítulos.

5 INFLUÊNCIA DOS PAIS OU RESPONSÁVEIS NOS FATORES DE RISCO À OBESIDADE INFANTIL

5.1 Influência dos fatores emocionais da mãe e da vida intra-uterina para determinação da obesidade infantil.

Para Matos et al. (2008) a obesidade tem forte ligação com aspectos emocionais dos indivíduos e com suas vivências psíquicas prévias. As experiências que esse pequeno vai experimentar desde o útero, serão determinantes para a formação de sua personalidade, de seu caráter e para a forma como lidará com as emoções (especialmente aquelas que geram angústia). É a mãe a primeira pessoa com a qual o bebê vai agir reciprocamente, sentir e aprender o meio ambiente. A qualidade do vínculo que a mãe desenvolve com o seu filho é de fundamental importância para o desenvolvimento saudável.

Ainda de acordo com o autor supra-citado prevenir a obesidade infantil é a maneira mais segura de controlar essa doença grave, que pode iniciar já na vida intra-uterina. A fase intra-uterina é um período crítico para o desenvolvimento da obesidade assim como o primeiro ano de vida e a adolescência.

Conforme Silva e Araújo (2002) os hábitos alimentares da mãe no último trimestre de gravidez que é uma das fases de período crítico, podem influenciar na formação da composição corporal do feto o que ocorre por hiperplasia (crescimento do tecido adiposo à custas do aumento do número de células adiposas), outras fases de períodos críticos estão situados por volta do primeiro ano de vida e durante o segundo estirão do crescimento.

Conforme Araújo, Beserra e Chaves (2006) o fenômeno da adipogênese tem o seu início ainda na fase intra-uterina, e término aos sete anos de idade. A constituição do tecido adiposo ocorre a partir da geração de células adiposas, estas são produzidas por meio de nutrição excessiva de carboidratos e proteínas, que quando não metabolizados, são armazenados sob forma de gordura no subcutâneo.

Ravelli et al. apud Balaban e Silva (2004) relatam que através de experiências feitas com jovens de 19 anos concluíram que aqueles cujas mães foram submetidas

às condições de escassez durante os dois primeiros trimestres de gestação apresentaram uma prevalência de sobrepeso 80% maior do que aqueles que não foram submetidos intra-uterinamente a essas condições. A explicação para tal fato, sugerem os autores, é que esses indivíduos foram submetidos à privação nutricional durante um período crítico da diferenciação do hipotálamo, alterando portanto, o desenvolvimento dos centros hipotalâmicos reguladores do apetite. Por outro lado os jovens que foram expostos às condições durante o último trimestre gestacional ou durante os cinco primeiros meses após o nascimento apresentaram uma prevalência de sobrepeso 40% menor do que os não expostos. Os autores atribuem o fenômeno ao fato de que, nesse grupo, a privação nutricional ocorreu em um período crítico da replicação dos adipócitos (células que armazenam lípidos e regulam a temperatura corporal).

5.2 Aleitamento materno, o papel da mãe para seu estabelecimento e sua relação com a obesidade infantil.

Para Matos et al.(2008) o ser humano desde o nascimento é dependente de outro que possa ser capaz de cuidar dele e suprir suas necessidades básicas, que geralmente é a mãe, e além disso, começamos a conhecermos o mundo por meio de sensações primitivas com que vamos tendo contato, primeiramente por meio da boca. Quando a mãe alimenta satisfaz duas necessidades básicas e vitais do bebê: a fome e a necessidade de amor que ficarão interligadas durante toda a vida no mundo mental e emocional.

Balaban e Silva (2004) relatam que o aleitamento materno contribui para fortalecer o vínculo mãe-filho acredita-se que ocorre devido o aumento de oxitocina no cérebro da mãe durante a amamentação. Foi descrito que a adoção da iniciativa do UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância), a qual estimula o aleitamento materno e o maior contato entre mãe e filho, tem reduzido os índices de abandono infantil em diversos países. Estudos feitos com adolescentes de 15 a 18 anos que receberam aleitamento materno relatam relacionamentos pais-filho mais próximos e a percepção de filhos com temperamentos mais fáceis.

De acordo com Matos et al. (2008) a mãe vive um período que envolve mudanças profundas e de todo tipo: hormonais, físicas, emocionais. A mãe quando angustiada, as emoções serão transmitidas e o filho que mamando captará esses sentimentos. Portanto a relação mãe-filho, que se caracteriza por fortes emoções, pode ser carregada de tensão angústia e tristeza. Isso pode ocorrer com o bebê, o filho pode associar aquele sentimento, mas não é capaz de metabolizar psicologicamente o desconforto que a situação provoca nele porque não possui aparelho mental que lhe possibilite esse processo. Há uma ligação psicológica – e mesmo fisiológica – entre o alimento e o clima afetivo no qual ele é oferecido à criança. Assim distúrbios futuros podem ser favorecidos se esse clima foi repetidamente insatisfatório ou vivido de forma impactante pela criança.

Conforme Balaban e Silva (2004) o aleitamento materno representa uma das experiências nutricionais mais precoces do recém-nascido, dando continuidade à nutrição iniciada na vida intra-uterina. A composição do leite materno em termos de nutrientes difere em qualidade e quantidade das fórmulas infantis, além de possuir hormônios e fatores que atuam no crescimento. Amamentar não envolve apenas aspectos biológicos como a composição do leite, mas também aspectos psicológicos e comportamentais, que permeiam a relação mãe e filho.

Conforme Fernandes e Vargas (2007) o aleitamento materno exclusivo é recomendável até os seis meses de vida, seguindo horários não muito rígidos para que a criança estabeleça um ritmo. Após essa idade deve-se iniciar com um só tipo de alimento e substituí-lo por outros de outras cores e texturas para que a criança conheça novos sabores e desde cedo tenha bons hábitos alimentares.

Para Balaban e Silva (2004) os lactentes alimentados ao seio materno desenvolvem mecanismos mais eficazes para regular sua ingestão energética, situações nas quais os pais têm maior controle sobre a alimentação do filho, a alimentação com a mamadeira, por exemplo, pode favorecer o sobrepeso pela ingestão excessiva de leite e/ou prejudicar os mecanismos de auto-regulação.

De acordo com Araújo, Beserra e Chaves (2006) a interrupção precoce da amamentação e a adoção látea artificial, eleva o consumo energético em 15% a 20%, quando comparado ao aleitamento materno exclusivo. A criança alimentada com fórmulas artificiais mesmo com uma ingesta menor, está ingerindo uma alimentação hipercalórica (de alto valor calórico) em relação à ingesta do alimento materno natural. Essa alimentação hipercalórica (de alto valor calórico) é a possível

causa da obesidade precoce por aumento do tecido adiposo (caracterizado pela presença de adipócitos, tecido que armazena gordura).

Conforme Damasceno (2009) as mulheres mudaram seus comportamentos, onde muito valorizam a preservação da beleza física, o que tem provocado cada vez mais o desmame precoce dos recém nascidos e até mesmo o não oferecimento por parte das mães do leite materno.

Matos et al. (2008) afirmam que o bom vínculo da mãe com o filho depende de inúmeros fatores, como: ausência para a mãe de modelos parentais positivos, ambiente familiar atual desarmônico, insatisfação conjugal, gravidez indesejada, infância insatisfatória, falta de apoio familiar, entre outros de grande significado. Entretanto quando o bom vínculo predomina, a mãe é capaz de, em prol da saúde física, mental e emocional da criança, modificar mesmo os hábitos mais difíceis e enraizados na família e de cuidar com mais acuidade dos aspectos supramencionados do desenvolvimento infantil. Ainda de acordo com o autor supracitado a mãe mais preparada e que tem bom vínculo com o filho consegue lidar de forma menos angustiada com a turbulência emocional natural de uma fase, a ponto de ter o médico como alguém que quer ajudá-la a superar momentos delicados.

5.3 Influência dos pais na instalação de hábitos alimentares saudáveis

De acordo com Spada (2005) a família, se torna o primeiro educador em alimentação para as crianças, a aprendizagem quanto a cultura alimentar é promovida através das práticas sociais que são transmitidos às crianças pelos familiares.

Mello, Luft e Meyer (2004) relatam que vários fatores influenciam o comportamento alimentar, entre eles os fatores externos (unidade familiar, e suas características, atitudes, de pais e amigos, valores sociais e culturais, mídia, alimentos rápidos, conhecimentos de nutrição e manias alimentares) e fatores internos (necessidades e características psicológicas, imagem corporal, valores e experiências pessoais, auto-estima, preferências alimentares, saúde e desenvolvimento psicológico).

Conforme Netto e Saito (2003) a mãe e o pediatra são responsáveis quase que diretamente pela obesidade da criança no primeiro ano de vida, pois eles que manipulam e estabelecem a alimentação, contribuindo de forma importante para a formação do hábito alimentar. Segundo Balaban e Silva (2003) os pais influenciam o desenvolvimento do hábito alimentar através de suas preferências, atitudes frente a alimentação.

Conforme Mello, Luft e Meyer (2004) os pais exercem uma forte influência sobre a ingestão de alimentos pelas crianças quando há a restrição dos pais, maior vai ser a procura e quando os pais insistem maior vai ser a recusa. O ideal é que os pais forneçam refeições e lanches saudáveis, balanceados e com nutrientes adequados e que permitam às crianças a escolha e a quantidade que desejam comer.

Para Matos et al. (2008) outra situação muito comum é a mãe alimentar o filho sem ele pedir ou mostrar qualquer sinal de fome, a criança que passa por isso várias vezes e aprende a lidar com seu mundo mental utilizando-se da alimentação. Mães que trabalham fora, por exemplo, costumam compensar sua ausência levando guloseimas para os filhos, como um modo de adocicar o sentimento ansioso e de acalmar o desconforto que ele causa. O filho aprenderá essa forma de anestesiá-lo diante da dor do desamparo, no lugar de entrar em contato com ela e superá-la. Segundo Fernandes e Vargas (2007) muitos pais são negligentes ao alimentar o filho, dão o alimento como recompensa, ou troca de atitude, usam de chantagens ou castigos, para que a criança se alimente; o que pode ocasionar um distúrbio alimentar.

A dieta tem um papel essencial neste processo, pois pode desencadear um desequilíbrio entre ingestão e gasto energético, diante desta situação os pais devem estar atentos à dieta dos filhos desde a compra do supermercado, mostrando e incentivando a compra de verduras, propiciando também alimentos variados com todos os nutrientes necessários, além de acompanharem o peso da criança periodicamente afim de se observar o desenvolvimento dela.

De acordo com Fernandes e Vargas (2007) é importante destacar que a criança não deve ficar muito tempo sem se alimentar, pois depende do alimento para o seu crescimento e desenvolvimento a falta de nutrientes resultam em funções prejudicadas, e vida menos produtiva.

Segundo Bee apud Fernandes e Vargas (2007) “Deve se ter uma dieta regular, contendo proporções adequadas de nutrientes, proteínas, gorduras, carboidratos, vitaminas, minerais, água e fibras; o total de calorias ingeridas deve representar 55 a 60% de hidrato de carbono, 10 a 15% de proteínas, 25 a 30% de lipídeos.”

5.4 Influência dos pais no estilo de vida sedentário e a sua relação com a obesidade infantil

Conforme Souza et al. (2007) os pais exercem grande influência na formação dos padrões de hábitos alimentares e atividade física na infância até a formação do estilo de vida na idade adulta, com a consolidação desses hábitos que foram desenvolvidos desde o início da vida. O aumento da atividade física terá um papel decisivo na promoção da saúde, na qualidade de vida e na prevenção e/ou controle de doenças, ou seja, a incorporação do exercício como um hábito regular é uma das formas de manter perda de peso e exercer importantes efeitos psicossociais já que as crianças sofrem reações preconceituosas de colegas.

Mello, Luft e Meyer (2004) afirmam que crianças e adolescentes seguem padrões paternos; se esses não forem modificados ou gerenciados em conjunto, um insucesso do tratamento já é previsto.

Ainda de acordo com o autor supra-citado o aumento da atividade física é uma meta a ser seguida, pois é importante na composição corporal, por aumentar a massa óssea e prevenir a osteoporose e a obesidade, além de que com a atividade física o indivíduo tende a escolher alimentos menos calóricos.

Segundo Fisberb et al. (2007) atualmente, o que mais tem permitido a expressão das tendências genéticas da obesidade é o meio ambiente, os fatores culturais, econômicos sociais, a ingestão de alimentos de alto valor calórico, a diminuição da atividade física, a estrutura familiar e os fatores emocionais.

Já para Mello, Luft e Meyer (2004) o aumento da prevalência da obesidade está estritamente relacionado com mudanças no estilo de vida (outros tipos de brincadeiras, mais tempo frente à televisão e jogos de computadores, maior dificuldade de brincar na rua devido a falta de segurança. A criança e o adolescente

tendem a ficar obesos quando sedentários e a própria obesidade pode fazê-los ainda mais sedentários. Hábitos sedentários como assistir televisão e jogar vídeo game, contribuem para uma diminuição do gasto calórico diário. Klesges et al. apud Mello, Luft e Meyer (2004) relatam que há uma diminuição importante da taxa de metabolismo de repouso enquanto as crianças assistem televisão, sendo ainda menor nas obesas. Então além do gasto metabólico de atividades diárias, o metabolismo de repouso pode também influenciar a ocorrência de obesidade.

Segundo Cano et al. (2005) a atividade física é fundamental para o desenvolvimento das crianças, deve-se incluir esportes, brincadeiras ao ar livre, passeios e caminhadas no fim de semana, é necessário restringir o tempo na frente da TV e de videogames, pois maus hábitos alimentares associados ao sedentarismo estão levando à uma epidemia de crianças obesas.

Dimon e Barros Junior (2003) relatam que deve se estabelecer um incentivo maior para a aderência ao estilo de vida mais ativo, incluindo esporte e modelos competitivos lúdicos. O perfil da atividade física para as crianças e adolescentes deve caracterizar-se por movimentos lúdicos e muita criatividade, pois a inatividade é uma das causas mais fortes dessa patologia.

De acordo com Wilmore e Costil (2001) apud Dimon e Barros Junior (2003) a inatividade pode ser um fator de maior relevância do que a alimentação exagerada para o desenvolvimento da obesidade.

Mello, Luft e Meyer (2004) afirmam que a ginástica formal feita na academia dificilmente é tolerada por um longo período, pois é um processo repetitivo, não lúdico e artificial, além disso, existe a dificuldade dos pais e ou responsáveis de levarem as crianças em atividades sistemáticas, tanto pelo custo como pelo deslocamento. Portanto deve-se ter idéias criativas para aumentar a atividade física, como descer escadas do edifício onde mora, jogar balão, pular corda, caminhar na quadra, além de ajudar nas lidas domésticas. A criança deve ser motivada a manter-se ativa, e essa prática deve ser incorporada por toda a família.

Conforme Liberatore Junior e Santos (2006) deve-se ressaltar que, além do comportamento sedentário e a maior ingestão de alimentos industrializados e altamente calóricos, a falta de percepção dos pais e/ou responsáveis a respeito do estado de obesidade da criança e o desconhecimento quanto aos agravos futuros à saúde da criança podem adiar o diagnóstico.

De acordo com Alencar (2009) um estudo realizado com 12 mães do Distrito Federal, sendo seus filhos, 6 meninas e 6 meninos com idade entre 1 ano e oito meses e oito anos de idade, verificou-se que 58% das mães compreendem obesidade como sendo uma pessoa gorda, demonstrando uma falta de esclarecimento do real significado da obesidade, 67% consideram o filho obeso e a mesma porcentagem de mães afirmam tomar alguma medida preventiva, sendo que 92% relatam que o filho não pratica nenhum tipo de esporte, todas as mães relatam que as refeições dos filhos são feitas diante da televisão, 83% declaram que tem casos de obesidade na família, 75% afirmam que consideram o filho gordinho como saudável.

6 O PAPEL DA ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA OBESIDADE INFANTIL

O Ministério da Saúde, através de avaliações e orientações seqüenciais pela equipe de enfermagem, junto a criança e seus familiares, elaborou estratégias que contemplem amenizar o quantitativo de crianças expostas aos principais fatores desencadeantes da obesidade infantil com o objetivo de controlar, prevenir e promover vida saudável em especial no que diz respeito as doenças crônico-degenerativas em todos os estágios da vida (BRASIL, 2003).

Aos profissionais de saúde são atribuídas significativas tarefas no tocante a prevenção da obesidade infantil, visto que sua função principal é a de cuidar. Desde o nascimento da criança até a fase adulta deve-se ter acompanhamento por profissional de enfermagem, no sentido de analisar seu desenvolvimento, com avaliações periódicas de peso e altura, na perspectiva de averiguar e prevenir sobre patologias que são oriundas de associações promovidas pela alimentação inadequada. Desta forma, tomar conhecimento acerca da nutrição infantil está relativamente associado ao campo de atuação deste profissional. (FERNANDES; VARGAS, 2007, p. 280).

A assistência de enfermagem na prevenção da obesidade infantil é essencialmente importante. O aumento progressivo do número de crianças obesas está diretamente associado a mudanças no modo de viver e principalmente atribuído ao sedentarismo, consumo de gorduras e açúcares. Tendo como base essa afirmativa o enfermeiro deverá desenvolver ações voltadas à educação nutricional e conseqüentemente a prevenção, podendo minimizar o crescimento demasiado da população obesa no país, sendo primordial que se tome como ponto de partida o acompanhamento alimentar rigoroso na infância, desde o nascimento (GAMA et al., 2007).

Conforme Balaban e Silva (2004) ênfase especial deve ser dada a medidas preventivas, pois a obesidade é uma doença crônica de difícil tratamento associada a diversas condições mórbidas cuja prevalência vem aumentando.

O interesse na prevenção da obesidade infantil se justifica pelo aumento de sua prevalência com permanência na vida adulta, pela potencialidade enquanto fator de risco para doenças crônico-degenerativas e mais recentemente pelo

aparecimento de doenças como diabetes mellitus tipo 2 em adolescentes obesos, antes predominantemente em adultos (LEÃO, et al., 2003).

Em casos de suspeita de obesidade, os pediatras são os primeiros a serem procurados, entretanto, também nutricionistas, enfermeiros e psicólogos são importantes no tratamento de crianças e adolescentes obesos (LIBERATORE JUNIOR; SANTOS, 2006).

Conforme Fisberg et al. (2007) a obesidade tem um leque de causas determinantes exigindo uma investigação abrangente com equipes multiprofissionais. Percebe-se que a equipe multiprofissional pode oferecer um grande suporte aos enfermeiros durante o trabalho de prevenção da obesidade infantil. Atuando em conjunto torna-se mais fácil atingir os objetivos determinados, sendo que as crianças quando recebem vários tipos de instruções juntamente com sua família através de programas de práticas de integração, prevendo a mudança do estilo e qualidade de vida, se sentem mais capazes de aderirem a qualquer tipo de tratamento.

Kiess et al. (2001) citado pelo autor mencionado anteriormente a prevenção deve começar na fase intra-uterina e deverá ser acompanhado pela equipe multidisciplinar orientando a mulher gestante à ingestão para o seu próprio bem de uma alimentação balanceada e à prática de exercícios físicos moderadamente, adequados para o desenvolvimento do bebê e para seu próprio bem estar.

Durante o pré-natal o enfermeiro deve identificar os fatores de risco familiares como diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, dislipidemias e determinados tipos de cânceres, além de avaliar e monitorar o estado nutricional da gestante e orientar sobre a alimentação adequada que deve ser seguida (MATOS et al., 2008).

Conforme Soares e Petroski (2003) a obesidade na infância está fortemente relacionada com a obesidade na vida adulta, 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.

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. Kiess et al. (2001) apud Soares e Petroski (2003).

Matos et al. (2008) afirmam ainda que é função do enfermeiro estimular o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida e o aleitamento materno total de preferência até os 2 anos de idade. Além de informar os pais quanto à atenção e ao respeito que eles devem ter aos sinais de saciedade do lactente, como parar de mamar, fechar a boca, desviar a face, brincar com o mamilo ou morde-lo e dormir.

Ainda não são conhecidos os mecanismos pelos quais o leite materno desempenharia uma proteção em relação à obesidade. É plausível que o leite materno esteja envolvido no fenômeno do “imprinting metabólico”, promovendo, a partir de uma exposição do indivíduo por determinado período aos componentes do leite materno, uma diminuição na suscetibilidade deste torna-se obeso na infância e na fase adulta (ARAÚJO; BEZERRA; CHAVES, 2006).

Ainda de acordo com o autor supracitado no puerpério o enfermeiro é o profissional mais engajado em educar a puérpera a respeito da alimentação mais adequada durante o aleitamento, dos exercícios que facilitam a ejeção de leite e da adoção de fatores ambientais favoráveis à implementação de uma experiência prazerosa e saudável durante a amamentação. Percebe-se que ao realizar um cuidado educativo junto às mães que aleitam, além de reduzir o aparecimento da obesidade infantil e adulta, quando incentiva a prática do aleitamento materno, estará trazendo apoio e tranquilidade à mulher nesse momento ímpar que é a maternidade.

Segundo Fernandes e Vargas (2007) deve haver o acompanhamento do profissional de enfermagem desde o nascimento da criança, avaliando o seu peso, altura, capacidade física e alimentação, relacionando a probabilidade deste adquirir a patologia. Deve-se conscientizar os pais da importância da prevenção através de visitas domiciliares, palestras, folhetos educativos; informar a família sobre a patologia, causas e conseqüências enfocando os riscos da doença; orientar a melhoria da alimentação através da exposição de cardápios adequados; incentivar exercícios físicos, analisar o aparecimentos de doenças relacionadas à obesidade e orientar sobre o acompanhamento médico se necessário.

Ainda de acordo com o autor supracitado é importante destacar que a criança não deve ficar muito tempo sem se alimentar, para manter suas funções vitais e ter uma vida produtiva. Costa e Souza (2005) apud Fernandes e Vargas (2007) destacam que os alimentos são classificados em três grupos, conforme as principais funções do organismo. Os alimentos reguladores fornecem vitaminas e minerais que

vão auxiliar na metabolização de outros nutrientes, além de fibras alimentares, que são essenciais ao funcionamento do intestino; o organismo não consegue sintetizá-los, por isso devem fazer parte dos alimentos diários; suas fontes são frutas e as hortaliças. Os alimentos construtores fornecem proteína, vitamina e minerais, tendo como função a formação e regeneração de tecidos, hormônios e enzimas, sendo assim responsável pelo desenvolvimento e crescimento; suas fontes são os cereais (arroz, milho), os alimentos de origem vegetal (feijão, soja), os alimentos de origem animal (carne, leite, ovo). Os alimentos energéticos fornecem energia para o desempenho das funções internas como, circulação, digestão, respiração; funções externas como atividade física. Suas fontes são a gordura animal e vegetal, os cereais, as leguminosas, as raízes e os açúcares. Essa dieta deve ser adotada, se a criança tiver sucesso no tratamento na fase infantil, dificilmente terá problemas na fase adulta, porque aprendeu e educou-se para alimentar corretamente.

Orientação de toda a família sobre hábitos alimentares; verificação dos desvios na dinâmica familiar capazes de influenciar o comportamento alimentar da criança; avaliação da participação da família, a quantidade e o tipo de alimentos que são rotineiramente adquiridos além de estimular a adesão dos pais a um estilo de vida ativo são outras orientações que devem ser prestadas pelo enfermeiro (MATOS et al., 2008).

O ambiente familiar compartilhado e a influência dos pais nos padrões de estilo de vida dos filhos, incluindo a escolha dos alimentos, indicam o importante papel da família em relação ao ganho de peso infantil (SICHERI; SOUZA, 2008).

Esclarecer os pais sobre a importância da educação alimentar de seus filhos, de estabelecer e fazê-los cumprir os horários das refeições, de não pular as refeições nem substituí-las por lanches, de dar orientações sobre mastigar bem os alimentos, de limitar o consumo de alimentos de elevado teor calórico, como salgadinhos, doces, frituras e refrigerantes, são outras ações que o enfermeiro deve exercer. Os pais atuam como modelos para as crianças especialmente para as pequenas, que tendem a imitá-los; por isso os hábitos alimentares saudáveis precisam ser adotados por toda a família (MATOS et al. 2008).

É fundamental a avaliação da disponibilidade de alimentos, as preferências e recusas, os alimentos e preparações habitualmente consumidos, o local onde são feitas as refeições, quem as prepara e administra, as atividades habituais da criança, a ingestão de líquidos nas refeições e intervalos, e os tabus e crenças alimentares.

Diminuir o consumo de alimentos e preparações hipercalóricas já é suficiente para a redução do peso (MELO; LUFT; MEYER, 2004).

Sabe-se que é difícil mudar hábitos culturalmente estabelecidos e que é necessário um trabalho contínuo que respeite as características da comunidade. No processo de mudança é preciso conscientizar os profissionais de saúde, os indivíduos formadores de opinião e estimular programas de educação para orientar as gestantes e mães sobre a alimentação da criança no primeiro ano de vida (PEREIRA, 2006).

Segundo Damasceno (2009) quando o profissional desenvolve trabalho em conjunto com a família, identificando comportamento de risco no meio familiar, através de suas visitas domiciliares, consulta de enfermagem, e foca no combate ao sedentarismo, práticas alimentares inadequadas, desmame precoce, superalimentação ou desentendimentos familiares a avaliação nutricional efetivamente ocorre.

Segundo Fernandes e Vargas (2007) ao profissional de saúde cabe o importante papel de orientação nas escolas, realizando educação nutricional através de palestras, jogos educativos, exposição de vídeos e cardápios, visando melhorias em hábitos alimentares e qualidade de vida; tendo em foco encorajar a mãe ou responsável a adotar práticas que possam promover a saúde da criança além de orientar atividade física para o desenvolvimento, como práticas esportivas, brincadeiras e caminhadas, com isso as crianças ocupam-se com hábitos saudáveis, deixando a vida sedentária e a vontade de comer.

Para Matos et al. (2008) o profissional de enfermagem tem a função de educar e capacitar os diversos profissionais envolvidos com a criança. Orientar os pais sobre o controle da merenda escolar, avaliação dos alimentos oferecidos na cantina e os lanches preparados em casa e levados a escola, no que diz respeito a quantidade de colesterol, gordura saturada, sal, açúcar, com o objetivo de assegurar uma dieta saudável. Promoção de atividades físicas programadas e com metas.

A escola é um local importante onde esse trabalho de prevenção pode ser realizado, pois as crianças fazem pelo menos uma refeição nas escolas, possibilitando um trabalho de educação nutricional, além de também proporcionar aumento da atividade física. A merenda escolar deve atender às necessidades nutricionais das crianças em quantidade e qualidade e ser um agente formador de hábitos saudáveis (MELO; LUFT; MEYER, 2004).

Cano et al. (2005) relatam que de acordo com estudos realizados em escolas na cidade de Franca no ano de 2005, que não há um sistema de vigilância nutricional nas cantinas das escolas, onde vendem todo tipo de alimento industrializado e calórico aumentando assim o risco para a obesidade e perpetuando os vícios para uma alimentação não saudável mesmo para os que não fazem parte do grupo de risco.

Alem da participação da família e da escola, é necessário o envolvimento das sociedades científicas, da mídia, da indústria alimentícia e dos órgãos governamentais, criando nas áreas urbanas centros recreativos e parques, espaços para pedestres e estimulando o transporte ativo com ciclovias seguras. A prevenção da obesidade é mais barata e eficiente do que o seu tratamento (MATOS et al., 2008).

Ao enfermeiro cabe também envolver a comunidade na participação de ações que visam 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 além de participar e coordenar atividades de educação permanente no âmbito da saúde e nutrição (BRASIL, 2006).

Após constatada a patologia, o enfermeiro deve trabalhar no aconselhamento da criança e da família sobre os benefícios de um tratamento adequado, evitando conseqüências desfavoráveis, além de orientar sobre o tratamento do paciente sem dúvidas buscando um prognóstico mais eficaz. Com isso, deverá ser relatada e acompanhada a evolução pelo enfermeiro, a fim de avaliar a eficácia do tratamento, juntamente com as reações adversas e a aceitação desses (FERNANDES; VARGAS, 2007).

De acordo com Mello, Luft e Meyer (2004) o enfermeiro deve identificar o paciente em risco através de história familiar; calcular e registrar o IMC uma vez ao ano, e utilizar o IMC (índice de massa corporal) para identificar taxa excessiva de peso; encorajar o aleitamento materno, orientar pais e educadores a promoverem padrões alimentares saudáveis; promover rotineiramente atividade física; determinar limite de tempo para assistir televisão e vídeo para um máximo de 2 horas por dia.

Brasil (2006) orienta que os enfermeiros devem desenvolver ações que consistam em cuidados preventivos seguidos de atividades múltiplas como

monitorização de medidas antropométricas de peso e estatura, solicitação de exames complementares, busca de apoio especializado no controle da obesidade.

Dentro da esfera de sua atuação, cabe ao profissional de enfermagem, destacar como de fundamental importância o estabelecimento de propostas no sentido de sempre orientar a cerca dos riscos que a doença promove. O acompanhamento do desenvolvimento da criança é fator preponderante para o êxito nos resultados, impedindo assim que o mesmo adquira a doença (FERNANDES; VARGAS, 2007).

Conforme Liberatore Junior e Santos (2006) os profissionais de saúde necessitam de cursos de educação continuada, bem como uma abordagem mais específica aos estudantes que assistirão crianças e adolescentes obesos.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através das pesquisas realizadas e do trabalho acima apresentado, pode-se perceber que o enfermeiro tem importante influencia no que diz respeito a prevenção da obesidade infantil, sendo grande o leque de sua atuação.

Percebe-se ainda que a cada dia aumenta o número de crianças obesas, sendo essa doença, em países desenvolvidos, considerada um problema de saúde pública, tornando uma grande preocupação de todos profissionais da saúde.

Apesar de o enfermeiro ser o profissional que mais intimamente vai lidar com as crianças obesas nos postos de saúde, uma atenção especializada não depende apenas dele. É necessário a atuação efetiva de uma equipe multidisciplinar, como médicos, nutricionistas, psicólogos e educadores físicos.

Hoje em dia, no mundo moderno, há uma sobrecarga no trabalho, fazendo com que os pais se tornem ausentes na educação dos filhos, essa ausência se reflete na educação alimentar. As crianças aprendem a comer o que quiserem, não tendo limites de hora, quantidade, qualidade e local da alimentação.

Sendo assim, a família é o primeiro educador nutricional dos filhos. Desta forma o enfermeiro deve focar suas atividades na conscientização da família, através de visitas domiciliares, motivar os pais para participarem de palestras, de reuniões comunitárias, com o objetivo de oferecer suporte quanto as práticas corretas de alimentação, para que a família possa participar ativamente e ajudar na prevenção da obesidade de seus filhos.

Outra ação importante da equipe de enfermagem deve focar nas escolas, em creches, com os educadores e merendeiras, incentivando a pratica de esportes, e fazendo parceiras com essas instituições, com o objetivo de minimizar os problemas nas crianças que já apresentam aumento no peso corporal e também promover ações preventivas como palestras, campanhas, projetos e teatros que abordam o assunto da boa alimentação, a prática de atividades físicas e o abandono do sedentarismo.

Nota-se que o quanto antes os fatores de risco para obesidade forem identificados, mais eficazes serão as ações de intervenções, pelo fato de que o

excesso de peso adquirido na infância e adolescência tende a agravar com o decorrer da idade e assim a responder menos as intervenções.

Mesmo sendo um assunto que está em alta, vários autores relatam que a equipe ainda está despreparada para lidar com as questões alimentares relacionadas a obesidade infantil. Esse despreparo leva a adoção de orientações simples, reducionista que não atende a necessidade dos pacientes, principalmente na educação alimentar.

A realização deste trabalho foi de grande importância, por ser um assunto interessante e desafiador, além de incentivar novas pesquisas e proporcionar intervenções que possibilitem ações precoces de prevenção da obesidade infantil.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, S. B. et al. A obesidade infantil e o papel do enfermeiro na unidade de internação. **REEUNI – Revista eletrônica de enfermagem do UNIEURO**. Brasília, v. 2, n.1, p. 58-80, Jan./abr. 2009. Disponível em: <http://www.unieuro.edu.br/downloads_2009/reeuni_04_005.pdf>. Acesso em: mar. de 2010.

ARAÚJO, M. F. M.; BEZERRA E. P.; CHAVES E. S. O papel da amamentação ineficaz na gênese da obesidade infantil: um aspecto para a investigação de enfermagem. **Acta Paulista de enfermagem**. São Paulo, v. 19, n.4, p. 450-455, out./dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issues&pid=0103-2100&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 30 mar. de 2010.

BALABAN, G.; SILVA, G. A. P. Efeito protetor do aleitamento materno contra a obesidade infantil. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v. 80 n. 1, p. 7-16, jan./fev. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0021-75572004000100004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 20 mar. de 2010.

BANDINI, L.; FLYNN, A. Nutrição Excessiva. In: GIBNEY, M. J.; MACDONALD, L. A. e ROCHE, H. M. **Nutrição & Metabolismo**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. Cap. 16, p. 293-308.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação geral da política de alimentação e nutrição. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/cidadao/destaques/guia_de_bolso_sobre_alimentacao.pdf> Acesso em: 15 abr. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de saúde. Departamento de Atenção básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**, Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnan.pdf>> Acesso em 13 mar. de 2010.

CANO, M. A. T. et al. Estudo do estado Nutricional de crianças na idade escolar na cidade de Franca-SP: uma introdução ao problema. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. São Paulo, v. 07, n. 02, p. 179-184, 2005. Disponível em: <WWW.fen.ufg.br/revista/revista7_2/antigos/v7n2.htm>. Acesso em: 20 mar. 2010.

CARDOSO, L. K. O. Avaliação psicológica de crianças obesas em um programa de atenção multiprofissional a obesidade da Universidade de São Paulo – 2001 e 2002.

p.103 Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2006.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A.; SILVA, R. Metodologia de Pesquisa Científica. 6 ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

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. Disponível em: http://www.sanny.com.br/pdf_eventos_conaff/Artigo14.pdf. Acesso em: 03 abr. de 2010.

DAMASCENO, L. A. O papel do enfermeiro na prevenção da obesidade infantil: uma Revisão Bibliografica. **Enfermagem, Pitágoras- Campos Linhares**, Linhares, p. 3-22, 2009. Disponível em: <http://www.portaldoenfermeiro.com.br/artigos/PORTAL_DO_ENFERMEIRO_ARTIGO_10.pdf>. Acesso em: 03 mar. de 2010.

DIMON, F.; BARROS JUNIOR, B. L. A atividade física no controle da obesidade infantil: notas de comportamento e afirmações. 2003 Disponível em: http://facape.br/textos/2008_001_A_ATIVIDADE_FISICA_NO_CONTROLE_DA_OBESIDA_INFANTIL.pdf

ESCRIVÃO, M. A. M. S. et al. Obesidade. In: LOPES F. A.; BRASIL A. L. D.; **Nutrição e Dietética em clínica Pediátrica**. São Paulo: Atheneu, 2004., p. 189-199.

FERNANDES, R. A; VARGAS S. A.; O cuidado de enfermagem na obesidade infantil. **Revista Meio Ambiente e Saúde**. Manhuaçu, v. 2 n. 1, p. 273-281, jun/2007. Disponível em: <[http://www.faculadadedofuturo.edu.br/revista/2007/pdfs/RMAS%20\(1\)%20273-281.pdf](http://www.faculadadedofuturo.edu.br/revista/2007/pdfs/RMAS%20(1)%20273-281.pdf)>. Acesso em: 14 mar. de 2010.

FISBERG, M. et al. Obesidade Infanto-juvenil: Epidemiologia, Diagnóstico, Composição Corporal e Tratamento. In: SETIAN, N. et al. **Obesidade na Criança e no Adolescente: Buscando Caminhos desde o Nascimento**. São Paulo: Roca, 2007. Cap.2, p.7-28.

GAMA, S. R.; CARVALHO, M. S.; CHAVES, C. R. M. M. Prevalência em crianças de fatores de risco para doenças cardiovasculares. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2239-2245, set. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n9/25.pdf>>. Acesso em: 14 mar. de 2010.

LACERDA, E. M. A.; ALVAREZ M. M. Obesidade. In: LACERDA, E. M. de A et al. **Práticas de nutrição pediátrica**. São Paulo: Atheneu, 2006. Cap. 11, p. 65/69.

LEÃO, L. S. C. Z., ARAÚJO, L. M. B., MORAIS, L. T. L. P., ASSIS, A. M. **Prevalência de obesidade em escolares de Salvador**, Ba. Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia, v. 47, n. 2, p. 151-157, abril, 2003. Disponível em: < [HTTP://www.scielo.br/pdf/abem/v47n2/a07v47n2.pdf](http://www.scielo.br/pdf/abem/v47n2/a07v47n2.pdf). > Acesso em: 15 mar. de 2010.

LIBERATORE JUNIOR, R. D. R.; SANTOS, L. R. Crianças e adolescentes obesos. Estamos capacitados para atendê-los?. **Revista Paulista de Pediatria**. São José do Rio Preto, v. 24, n. 1, p. 52-6, jan.2006. Disponível em: <<http://www.spsp.org.br/revista/24-66.pdf>>. Acesso em: 22 mar. de 2010.

MATOS, A.P et al. **Obesidade na infância e adolescência**: Manual de Orientação. Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento de Nutrologia. São Paulo, 2008.

MELLO, E. D.; LUFT, V. C.; MEYER, F. Obesidade infantil: como podemos ser eficazes?. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v. 80, n. 3, p. 173-182, maio/jun. 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n3/v80n3a04.pdf> >. Acesso em: 28 fev. de 2010.

MOORE, M. C.; **Nutrição e Dietoterapia** – Manual Prático. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002. Cap. 19, p. 297-310.

NETO, A. S. C.; SAITO, M. I. Obesidade. In: MARCONDES, E. et al. **Pediatria Básica – Pediatria geral e neonatal**. 9. Ed. São Paulo: Sarvier, 2003. Cap. 8, p. 682-686.

NETO, A. S. C.; SAITO, M. I. Obesidade. In: MARCONDES, E. et al. **Pediatria Básica – Pediatria geral e neonatal**. 9. Ed. São Paulo: Sarvier, 2003. Cap. 8, p. 682-686.

PEREIRA, A. Obesidade **na adolescência: a importância de bons hábitos alimentares**. v. 3, n. 1, jan.2006. Disponível em: < WWW.fgm.com.br/saude/publicacoes/adolescencia09.pdf.> Acesso em: 10 mar. 2010.

SETIAN, N. Obesidade na Criança e no Adolescente: Buscando Caminhos desde o Nascimento. In: SETIAN, N. et al. **Obesidade na Criança e no Adolescente: Buscando Caminhos desde o Nascimento**. São Paulo: Roca, 2007. Cap.1, p.1-3.

SICHIERI, R.; SOUZA R. A.; Estratégias para prevenção da obesidade em crianças e adolescentes. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n. suppl. 2, p. 209-234, 2008. Disponível em: <WWW.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102311X2008001400002&script=sci_arttext> Acesso em: 21 mar. 2010.

SILVA, D. A. S.; ARAÚJO, F. L. Obesidade infantil: etiologia e agravos à saúde. **Livro de Memórias do III Congresso Científico Norte-Nordeste – CONAFF**.

Sergipe. Disponível em: < http://www.sanny.com.br/pdf_eventos_conaff/Artigo14.pdf > Acesso em: abr. 2010.

SOARES, L. D.; PETROSKI, E. L. Prevalência, Fatores Etiológicos e Tratamento da Obesidade Infantil. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desenvolvimento humano**. Florianópolis, v. 5, n. 1, p. 63-74, mar./2003. Disponível em: < <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=476434&indexSearch=ID> >. Acesso em: 11 mar. 2010.

SOUZA D. P. S. et al. Etiologia da obesidade em crianças e adolescentes. **Revista Brasileira Nutrição Clínica**. Recife/PE, v. 22, n. 1, p. 72-6, mês julh./fev. 2007. Disponível em:< <http://www.scribd.com/doc/24184193/V22-N1-71>>. Acesso em: 12 mar. de 2010.

SPADA, P. V. **Obesidade infantil** – aspectos emocionais e vínculo mãe/filho. Rio de Janeiro/RJ: revinter, 2005.

WAHLQVIST, M. L. et al.; Crescimento e Envelhecimento. In: GIBNEY, M. J.; MACDONALD, L. A. e ROCHE, H. M. **Nutrição & Metabolismo**. Rio de janeiro: Guanabara Koogan, 2006. Cap. 7, p. 102-132.