



**Caracterização da obesidade infantil de crianças atendidas em um centro de saúde no município de Cabo Frio:
uma contribuição para assistência em pediatria**

*Characterization of childhood obesity in children treated at a health center in the city of Cabo Frio: a contribution to
pediatric care*

*Caracterización de la obesidad infantil en niños atendidos en un centro de salud de la ciudad de Cabo Frio: un aporte
a la atención pediátrica*

Tamillys Cristina Gonçalves Costa¹

ORCID: 0000-0001-5116-0141

Luciana da Costa Nogueira Cerqueira¹

ORCID: 0000-0003-1339-6828

Castorina da Silva Duque¹

ORCID: 0000-0003-0466-0965

Patrícia da Costa Teixeira¹

ORCID: 0000-0002-1338-6091

Priscila Pradonoff Oliveira¹

ORCID: 0000-0003-1998-1649

Giselle Barcellos Oliveira Koeppel^{1*}

ORCID: 0000-0002-4821-1021

¹Universidade Veiga de Almeida. Rio de Janeiro, Brasil.

***Autor correspondente:** E-mail: gisellebarcellos@yahoo.com.br

Resumo

Objetivou-se caracterizar o perfil da obesidade infantil de crianças portadoras desta condição atendidas em um centro de saúde no município de Cabo Frio. Trata-se de um estudo descritivo, documental com abordagem quantitativa. O cenário foi um Centro de Saúde, localizado em Cabo Frio, referência para o acompanhamento de crianças com diagnóstico de sobrepeso e obesidade. O estudo se deu pela busca em prontuários de crianças com obesidade e sobrepeso atendidas nesta instituição. 57.1% das crianças eram do sexo masculino e 42.9% do sexo feminino. A idade mais atendida foi 10 anos (25%). O maior índice de IMC entre o sexo feminino está compreendido na idade de 9 anos, e entre o sexo masculino, de 12 anos. Houve apenas uma classificação de sobrepeso, no sexo feminino e a classificação entre obesidade e obesidade grave em ambos os sexos, sendo a obesidade grave mais frequente no sexo masculino. A maior parte das crianças atendidas foram classificadas (57%) com quadro de obesidade grave. Os achados reforçam a necessidade da elaboração e implementação de estratégias e políticas públicas voltadas para prevenção, promoção e tratamento precoce da obesidade infantil. Para isso, são necessários investimentos em programas de saúde com foco nesta realidade.

Descritores: Obesidade Pediátrica; Sobrepeso; Enfermagem Pediátrica; Ergonomia; Transtornos da Nutrição Infantil.

Como citar este artigo:

Costa TCG, Cerqueira LCN, Duque CS, Teixeira PC, Oliveira PP, Koeppel GBO. Caracterização da obesidade infantil atendidas em um centro de saúde do município de Cabo Frio: uma contribuição para assistência pediátrica. Glob Clin Res. 2022;2(1):e15.

Editor Chefe: Caroliny dos Santos Guimarães da Fonseca

Editor Executivo: Kátia dos Santos Armada de Oliveira

Submissão: 03-11-2021

Aprovação: 29-11-2021



Abstract

The aim was to characterize the profile of childhood obesity in children with this condition treated at a health center in the municipality of Cabo Frio. This is a descriptive, documentary study with a quantitative approach. The scenario was a Health Center, located in Cabo Frio, a reference for monitoring children diagnosed with overweight and obesity. The study was carried out by searching the medical records of obese and overweight children treated at this institution. 57.1% of the children were male and 42.9% were female. The most attended age was 10 years (25%). The highest BMI index among females is understood at the age of 9 years, and among males, at 12 years. There was only one classification of overweight in females and a classification between obesity and severe obesity in both sexes, with severe obesity being more frequent in males. Most of the children attended were classified (57%) as having severe obesity. The findings reinforce the need for the development and implementation of strategies and public policies aimed at the prevention, promotion and early treatment of childhood obesity. For this, investments are needed in health programs focused on this reality.

Descriptors: Pediatric Obesity; Overweight; Pediatric Nursing; Ergonomics; Child Nutrition Disorders.

Resumén

El objetivo fue caracterizar el perfil de obesidad infantil en niños con esta condición atendidos en un centro de salud del municipio de Cabo Frio. Se trata de un estudio descriptivo, documental, con enfoque cuantitativo. El escenario fue un Centro de Salud, ubicado en Cabo Frio, referente para el seguimiento de niños diagnosticados con sobrepeso y obesidad. El estudio se realizó a partir de la búsqueda en las historias clínicas de niños obesos y con sobrepeso atendidos en esta institución. El 57,1% de los niños eran varones y el 42,9% mujeres. La edad más atendida fue la de 10 años (25%). El mayor índice de IMC entre las mujeres se entiende a la edad de 9 años, y entre los hombres, a los 12 años. Solo hubo una clasificación de sobrepeso en el sexo femenino y una clasificación entre obesidad y obesidad severa en ambos sexos, siendo más frecuente la obesidad severa en el sexo masculino. La mayoría de los niños atendidos fueron clasificados (57%) con obesidad severa. Los hallazgos refuerzan la necesidad del desarrollo e implementación de estrategias y políticas públicas dirigidas a la prevención, promoción y tratamiento temprano de la obesidad infantil. Para ello, se necesitan inversiones en programas de salud enfocados en esta realidad.

Descriptoros: Obesidad Pediátrica; Sobrepeso; Pediatric Nursing; Ergonomía; Trastornos de la Nutrición del Niño.

Introdução

A obesidade é considerada uma patologia crônica não transmissível de etiologia multifatorial, que pode se dar por fatores intrínsecos (genéticos e hormonais) ou fatores extrínsecos (ambientais e comportamental), tornando-se uma epidemia global^{1,2}.

O Ministério da Saúde (MS), considera criança o indivíduo de até 9 anos e o adolescente aquele compreendido na faixa etária de 10 aos 19 anos. A obesidade vem crescendo ultimamente entre a população, inclusive entre crianças e adolescentes, impactando nos índices de morbidades associadas ao aumento de peso^{3,4}.

O mais recente relatório do Instituto brasileiro de geográfica e estatística (IBGE) aponta que 15% da população pediátrica brasileira encontra-se com sobrepeso ou obesidade, sendo a maior prevalência encontrada em crianças de família com maior poder aquisitivo. Dados da Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO) mostram que a região Sudeste tem um número estimado de 38,8% de crianças entre 5 e 9 anos com excesso de peso, representando o maior percentual da população brasileira. A região Norte é constituída pelo menor percentual, com um número de 25,65%. Já para os indivíduos entre 10 e 19 anos, a região Sul apresenta o maior percentual, com o número de 24,6%,

e o menor número encontra-se na região Nordeste com 16.6% dos casos de excesso de peso^{5,6}.

No Brasil, o diagnóstico de obesidade em crianças, se dá pelas variáveis peso e altura, calculando-se o índice de massa corporal (IMC). O cálculo se dá pelo peso em quilogramas dividido pela altura em metros ao quadrado relacionado com a idade (0 a 19 anos) e sexo. Tal dado é empregado no gráfico de curva de IMC com parâmetro escore Z ou em gráfico de percentil.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o qual ainda é utilizado como referência para classificação de estado nutricional desde 2006, considera-se como sobrepeso a referência " $\geq +1$ e $< +2$ ", obesidade " $\geq +2$ e $< +3$ " e obesidade grave o valor " $\geq +3$ " no escore Z de IMC. Pode ainda ser utilizada a tecnologia dura para diagnosticar mais precisamente a composição corporal, porém seu alto custo não o torna acessível a todas as classes econômicas^{1,7}.

Alguns fatores predisponentes para a obesidade infantil já são reconhecidos, tais como: IMC materno elevado durante a gestação, mulheres submetidas a cirurgia bariátrica e pais obesos podem gerar filhos com tendência a obesidade, prematuridade, bebê grande ou pequeno para idade gestacional, aleitamento materno exclusivo por menos de 6 meses, introdução alimentar antes dos 6 meses e após se for introduzida imprópriamente; tempo de exposição à tela (celular, computador, games eletrônicos,



televisão) por mais de duas horas/dia; sedentarismo; alimentação inadequada; prática de comer rapidamente; ambiente obesogênico; questões culturais; hipotireoidismo; síndrome de Down; síndrome de Turner; e uso de determinados medicamentos, como corticóides^{1,2,8-13}.

O sobrepeso e obesidade pode ocasionar comorbidades importantes, como: Diabetes mellitus, colesterolemias, aterosclerose, distúrbio alimentar, síndrome metabólica, doenças cardiovasculares, pulmonares, hepáticas, dermatológicas, geniturinários, gastrointestinais, danos ao sistema nervoso, alterações esqueléticas^{1,2,13}.

A prevenção do sobrepeso e obesidade em crianças é de suma importância, pois é muito provável que uma criança obesa permaneça assim na idade adulta. Considerando que as crianças de hoje serão os adultos de amanhã, se não houver prevenção, haverá mais gastos aos cofres públicos. Dessa forma, faz-se necessário investimento em educação que possibilite a formação de jovens e adultos com hábitos alimentares saudáveis, diminuindo o índice de agravos vinculados à obesidade¹.

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil deve ser feito criteriosamente pelo profissional de saúde, sendo registrado na caderneta de saúde da criança e em seu prontuário. Deve haver ainda estratégias de promoção à saúde, dando orientações pertinentes ao processo alimentício, às doenças que podem ser prevenidas e a uma boa qualidade de vida^{14,15}.

A importância do conhecimento sobre a obesidade infantil é indiscutível e investigações epidemiológicas sobre esta temática podem indicar fatores de risco, direcionando as ações de saúde. Conforme apontado anteriormente, a realidade acerca da obesidade é preocupante, onde as crianças obesas de hoje remetem a futuros adultos doentes, levando a um aumento dos gastos públicos e diminuição de sua sobrevivência. Com vistas a atenuar esta condição, os estudos epidemiológicos podem favorecer a elaboração de estratégias intervencionistas, que resultem na reversão do quadro atual vivenciado¹⁶.

Neste contexto, a compreensão acerca das características relacionadas à obesidade infantil de determinada população, pode subsidiar ações diretas e eficazes no combate ao sobrepeso e à obesidade infantil nesta realidade.

Diante do exposto, este estudo objetivou-se a caracterizar o perfil da obesidade infantil de crianças portadoras desta condição atendidas em um centro de saúde no município de Cabo Frio.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, documental com abordagem quantitativa. O estudo descritivo trata de descrever as características de uma determinada população ou fenômeno. O estudo documental trata de matérias que ainda não receberam tratamento analítico, onde podem ser utilizados de acordo com os objetivos da pesquisa. A

O cenário do estudo foi um Centro de Saúde, localizado no município de Cabo Frio, no estado do Rio de Janeiro, considerado referência, para o acompanhamento de crianças de 0 a 12 anos com diagnóstico clínico de sobrepeso e obesidade.

O estudo se deu pela busca em prontuários de dados referentes à condição de obesidade de crianças atendidas nesta instituição. Os critérios para a busca nos prontuários foram: crianças em acompanhamento na unidade na faixa etária de 0 a 12 anos incompletos, classificadas com sobrepeso ou obesidade, de acordo com as diretrizes de dados antropométricos definidos pela Organização Mundial de Saúde. Foram excluídos da busca os prontuários de pessoas na faixa etária ≥ 12 anos, que não tivessem diagnóstico de obesidade. Vale dizer que crianças com diagnóstico de sobrepeso foram incluídas na busca devido a esta condição estar ligada diretamente à obesidade, segundo o Ministério da Saúde.

A etapa de coleta de dados se deu entre os meses de setembro e outubro de 2018 e ocorreu em dois momentos. Primeiramente foram analisados de forma retrospectiva os mapas de atendimento, diário de consultas do período de janeiro a agosto de 2018, a fim de encontrar o registro de crianças com diagnóstico clínico de sobrepeso e obesidade. Após esta análise o número de crianças encontradas com tal diagnóstico foram 35.

No segundo momento, houve acesso ao prontuário dos 35 casos apontados acima e após avaliação, 7 prontuários foram excluídos da busca por não se enquadrarem nos critérios de inclusão previamente delimitados. Sendo assim, a amostra para análise foi composta por um total de 28 prontuários, que foram avaliados a partir de um roteiro semiestruturado elaborado para este fim. Vale mencionar, que muitos dos dados previamente planejados em tal instrumento não foram obtidos pela carência de informação nos prontuários.

Os dados coletados foram tabulados em uma planilha do *software Microsoft Excel* que proporcionou a construção das tabelas possibilitando uma análise estatística descritiva.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Veiga de Almeida, sob o parecer substanciado n.º 2.898.974, de 17 de setembro de 2018.

Resultados e Discussão

Conforme já apontado, a amostra foi composta por 28 prontuários de crianças de 0 a 12 anos com sobrepeso ou obesidade infantil.

Dentre os 28 atendimentos, 57.1% foram do sexo masculino e 42.9% do sexo feminino. A idade mais atendida foi 10 anos (25%), seguida pelos 11 anos (21.5%). No período não foram atendidas crianças do sexo masculino na faixa etária de 0 a 6 anos, assim como crianças de 0,2,3,5, 7 e 12 anos do sexo feminino (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição de gênero por idade de crianças com sobrepeso e obesidade infantil atendidas em um Centro de Saúde.

Cabo Frio, RJ, Brasil, 2018

Idade (anos)	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
0	-	-	-	-	-	-
1	1	3.6	-	-	1	3.6
2	-	-	-	-	-	-
3	-	-	-	-	-	-
4	2	7.1	-	-	2	7.1
5	-	-	-	-	-	-
6	2	7.1	-	-	2	7.1
7	-	-	2	7.1	2	7.1
8	1	3.6	3	10.8	4	11.2
9	1	3.6	2	7.1	3	10.8
10	2	7.1	5	17.7	7	25
11	3	10.8	3	10.8	6	21.5
12	-	-	1	3.6	1	3.6
Total	12	42.9	16	57.1	28	100

Conforme verificado, a maior parte da população atendida foi do sexo masculino. Tal dado corrobora com pesquisa realizada na China, com crianças de 7 a 18 anos de idade, onde foi demonstrado um maior índice de obesidade entre os meninos. Em relação à idade, vale dizer, que as intervenções voltadas para o tratamento da obesidade devem ser feitas considerando-se o estadiamento puberal do indivíduo, pois este pode ser um fator causal no aumento de peso, considerando que está relacionado a alterações hormonais¹⁸.

Crianças com idades de 10 e 11 anos encontram-se na fase classificada como pré-púbere ou pré-adolescência, sendo verificadas neste estudo, como as idades de maior incidência entre os atendimentos. Este achado remete à realidade de que pessoas na faixa etária entre 2 e 6 anos que apresentam sobrepeso ou obesidade, terão risco 1.4 vezes maior de seu IMC elevado permanecer na adolescência em comparação a crianças com IMC adequado. Estudos enfatizam que o peso ao nascer tem forte influência durante o crescimento, mas que na idade de 2 anos com IMC acima do esperado, a criança estará com sobrepeso ou obesidade aos 8 anos, tornando, então, esse período anterior a instalação dessa doença, o ideal para intervenção^{19,20}.

Pesquisa realizada no Irã que é considerado um país em desenvolvimento assim como o Brasil, mostrou que a variação de IMC em crianças de 4 a 6 anos em sua maioria no sexo masculino. Além disso, a investigação ainda apontou que tal variação está relacionada a hábitos de vida não saudáveis, como alimentação não balanceada e não adesão a atividades físicas²¹.

Estudo realizado em Curitiba com adolescentes de 11 a 18 anos com sobrepeso ou obesidade, também apontou o sexo masculino como o mais prevalente, destacando a ausência de atividade física e o sedentarismo como fatores associados ao aumento de peso infantil. O mesmo estudo apontou que os fatores desencadeantes em meninos podem ser associados ao aumento de circunferência abdominal, maiores taxas de colesterol total e triglicérides, enquanto

nas meninas, tais fatores foram associados apenas a um nível elevado de colesterol total²².

Investigação realizada nas cidades de Campinas e São Paulo com crianças de 2 a 8 anos acima do peso indicam o predomínio do sexo masculino entre a amostra e salienta que a maior parte dos pais subestimam os quadros de sobrepeso, obesidade e obesidade grave de seus filhos. Não foi apontado relação entre o aumento de peso das crianças e o nível de instrução materna, porém foi observado que as mães com sobrepeso e obesas e com mais idade são mais propensas a subestimar o status de peso do filho²³.

Pesquisa realizada com base em inquérito nacional, mostrou que peso ao nascer e IMC de mães obesas demonstram ser fatores contribuintes para o desenvolvimento do excesso de peso entre a população pediátrica. O mesmo inquérito informou que o tempo de aleitamento materno exclusivo menor que 6 meses, está mais associado ao excesso de peso em meninos, enquanto o nível socioeconômico e estado civil materno está atrelado ao excesso de peso em meninas²⁴.

Os dados extraídos destas investigações acima mencionadas permitem traçar um panorama de circunstâncias que levam a quadros de sobrepeso e obesidade infantil, principalmente entre os meninos. Hábitos de vida não saudáveis, costumes familiares e aleitamento materno por tempo insuficiente representam tais circunstâncias.

Quanto às características antropométricas das 28 crianças atendidas, verificou-se que o maior índice de IMC entre o sexo feminino está compreendido na idade de 9 anos, e entre o sexo masculino, na idade de 12 anos. A média do IMC entre as idades permitiu a classificação geral do estado nutricional das crianças atendidas. Houve apenas uma classificação de sobrepeso, no sexo feminino e a classificação entre obesidade e obesidade grave em ambos os sexos, sendo a obesidade grave mais frequente no sexo masculino (Tabela 2).

Tabela 2. Características antropométricas e classificação nutricional, segundo gênero e idade, de crianças com sobrepeso e obesidade infantil atendidas em um Centro de Saúde. Cabo Frio, RJ, Brasil, 2018

Idade (anos)	Peso (Kg) média	Altura (m) média	IMC (Kg/m ²) Média	Classificação nutricional
SEXO FEMININO				
1	11.7	0.73	21,95	Sobrepeso
4	24.3	1.07	21.26	Obesidade
6	29.9	1.26	23.45	Obesidade grave
8	59	1.49	26.58	Obesidade grave
9	52.4	1.36	28.33	Obesidade
10	47.3	1.44	23.42	Obesidade
11	58.3	1.46	26.19	Obesidade
SEXO MASCULINO				
7	48.85	1.29	28.42	Obesidade grave
8	41.96	1.14	28.93	Obesidade grave
9	47.7	1.36	25.90	Obesidade grave
10	59.1	1.34	29.49	Obesidade grave
11	67.8	1.56	27.55	Obesidade
12	86	1.61	32.97	Obesidade grave

A classificação nutricional deste estudo difere de uma pesquisa realizada com 1082 escolares em Florianópolis-SC, que apontou uma maior prevalência de crianças classificadas com sobrepeso, seguida de obesidade e apenas um número pequeno com obesidade grave. Esta informação gera uma preocupação acerca do quadro de obesidade infantil no município, visto que a obesidade na infância e adolescência está associada a consequências adversas para a saúde ao longo da vida. Quanto maior o grau de obesidade infantil, maiores são os riscos de comorbidades associadas, como exemplo, doenças cardiometabólicas, dislipidemia e maior probabilidade de mortalidade na fase adulta²⁵⁻²⁸.

Conforme já apontado anteriormente, são muitos os fatores que podem desencadear o aumento de peso entre as crianças. Entre eles, está a subestimação desta condição pelos pais e responsáveis, visto que para que haja adesão de algumas práticas, como alimentação saudável e atividade física, é necessário que os pais percebam que seus filhos precisam perder peso.

Corroborando, uma pesquisa apontou que em uma população de 161 crianças com sobrepeso ou obesidade, 98,8% dos pais subestimavam o estado nutricional de seus filhos, mostrando que tal subestimação representa um fator de risco significativo para o desenvolvimento ou persistência da obesidade infantil²⁹.

Ainda sobre isso, estudos norte-americanos concluíram que 80,0% dos pais têm dificuldade em perceber que o filho está obeso. Esta criança também possui um dos

pais com obesidade, o qual é considerado um fator contribuinte no excesso de peso da prole^{30,31}.

Tendo em vista que o número de crianças com obesidade tem crescido entre a população, é comum tornar o peso elevado como um padrão corporal estrófico. Assim sendo, muitos pais tendem a não reconhecerem o aumento de peso dos seus filhos devido a comparações com outras crianças da mesma idade, que também encontram-se acima do peso³².

Os padrões impostos pela sociedade de que se deve ser magro e por achar desonroso ser obeso também são obstáculos encontrados para entendimento e aceitação dos pais. Diante disso, é primordial esclarecer às famílias que a obesidade é uma doença que precisa ser prevenida, investigada e tratada, estimulando-os ao combate deste mal em seus filhos³³. Além dos aspectos de aceitação da obesidade relativos a um comprometimento da imagem corporal, as diferenças econômicas e culturais também exercem forte influência neste quesito³⁴.

Quanto às restrições alimentares como forma de combate à obesidade deve-se deixar claro que a mesma deve ser feita sob orientação profissional, visto que já foi apontado que a restrição alimentar feita de forma inadequada pode gerar algum tipo de transtorno alimentar e ainda aumentar a preferência por produtos ultra processados, que são responsáveis pelo aumento de peso. Por essa razão, os pais devem ser sempre orientados sobre a importância do acompanhamento profissional, sendo

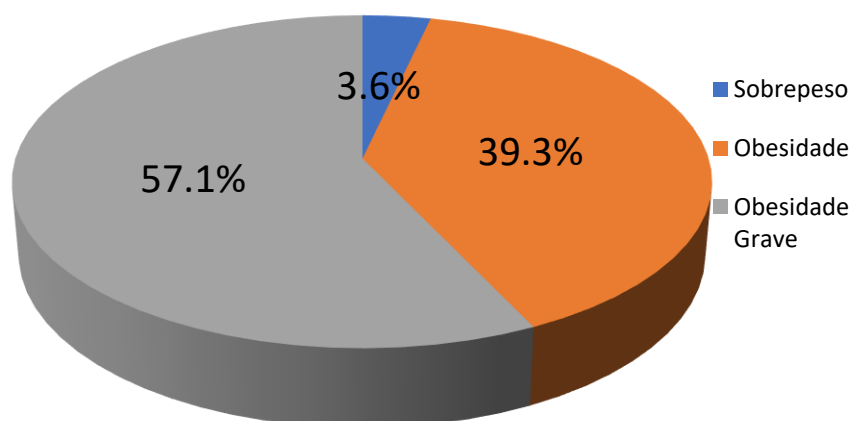


informado acerca dos riscos e consequências relacionadas ao sobrepeso e obesidade^{35,36}.

Corroborando com o argumento acima, um estudo realizado no Brasil com escolares definiu que excesso de peso dos pais, amamentação pelo tempo maior ou igual a 6 meses, mastigação rápida e sedentarismo são fatores de risco para desenvolvimento de sobrepeso e obesidade.

De forma geral, as 28 crianças atendidas no período foram classificadas em maior número (57%) com quadro de obesidade grave (Gráfico 1).

Gráfico 1. Distribuição da classificação nutricional de crianças com sobrepeso e obesidade infantil atendidas em um Centro de Saúde. Cabo Frio, RJ, Brasil, 2018



Ao considerar obesidade grave neste estudo, torna-se preocupante o percentual de crianças que se enquadram nessa classificação como mostra o gráfico acima.

Nos últimos anos as taxas de sobrepeso, obesidade, e obesidade grave têm aumentado na população entre 2 e 19 anos, fazendo com que a obesidade infantil se torne foco dos esforços de saúde pública para decisões políticas e pesquisas futuras³⁸.

São inúmeras as complicações metabólicas possíveis entre crianças obesas, especialmente as cardiovasculares. Conforme já mencionado, quanto maior o nível de obesidade, maior será a probabilidade de efeitos adversos. Por essa razão, é primordial a classificação correta e precisa para impedir-se a evolução do quadro. Sobre este assunto, reflexões têm sido levantadas a respeito do estabelecimento de uma abordagem de estratificação de risco individualizada, que esteja pautada não apenas em valores de corte simples de IMC, mas em complicações apresentadas por cada criança³⁹.

Vale ainda dizer, que o enfermeiro enquanto um profissional de saúde que representa um forte vínculo entre clientela assistida e equipe, tem um papel indispensável na estratificação de risco, na abordagem e na prevenção da obesidade infantil. Isso porque, a formação do enfermeiro o torna apto a se adaptar a diferentes cenários, pela sua ampla atuação nas ações de educação, promoção, assistência e recuperação da saúde⁴⁰.

Conclusão

O estudo atingiu o objetivo proposto, permitindo traçar o perfil da obesidade entre a clientela estudada. Foi mostrado que a maior parte das crianças avaliadas são do sexo masculino, têm entre 10 e 11 anos e em sua maioria, são classificados como obesos graves.

Diante dos resultados obtidos foi possível perceber ainda que o quadro de sobrepeso e obesidade mostra-se presente nas crianças a partir de 1 ano de idade e que permanece e se agrava com o passar dos anos.

Este achado reforça a necessidade da elaboração e implementação de estratégias e políticas públicas voltadas para prevenção, promoção e tratamento precoce da obesidade infantil. Para isso, são necessários investimentos em programas de saúde com foco nesta realidade.

Os enfermeiros representam potentes contribuintes para as ações de prevenção da obesidade infantil, visto que se encontra na ponta da assistência aos pacientes, o que possibilita orientar os responsáveis pela criança sobre a importância do combate ao sobrepeso e obesidade. As informações fornecidas por este profissional à criança e seus familiares devem estar pautadas no conhecimento sobre qualidade da alimentação, padrão de sono, atividade física e favorecimento de um estilo de vida e ambiente saudáveis.

Além disso, é primordial que haja um treinamento de todos os profissionais responsáveis pelas avaliações dessas crianças, a fim de que reconheçam a exatidão das técnicas envolvidas neste processo. É importante ainda que tenham conhecimento científico para realização de intervenções para uma assistência de qualidade, que seja

voltada não apenas para os aspectos curativos, mas também preventivos.

A limitação deste estudo foi a carência de informações entre os registros dos prontuários, que se mostraram muito insipientes.

Que este estudo seja o fomento de uma investigação que relacione os dados antropométricos encontrados com os hábitos alimentares e modo de vida da população estudada.

Referências

1. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO). Diretrizes brasileiras de obesidade [Internet]. São Paulo (SP): ABESO; 2016 [acesso em 8 abr 2018]. Disponível em: <https://abeso.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Diretrizes-Download-Diretrizes-Brasileiras-de-Obesidade-2016.pdf>
2. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Departamento científico de Nutrologia. Obesidade na infância e adolescência: manual de orientação [Internet]. Porto Alegre (RS): SBP; 2018 [acesso em 20 mar 2018]. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/manual-de-orientacao-sobre-obesidade-na-infancia-e-adolescencia-esta-disponivel-para-os-associados-da-sbp/>
3. Ministério da saúde (MS). Atenção Psicossocial a criança e adolescente no SUS: Tecendo redes para garantir direitos [Internet]. Brasília (DF): MS; 2013. [acesso em 20 mar 2018]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adolescentes_sus.pdf
4. Victorino SVZ, Soares LG, Marcon SS, Higarashi IH. Viver com obesidade infantil: a experiência de crianças inscritas em programa de acompanhamento multidisciplinar. *Rev. Rene*. 2014;15(6):980-9. DOI: 10.15253/2175-6783.2014000600011
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009. antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2010 [acesso em 17 mar 2018]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv45419.pdf>
6. Associação Brasileira para o estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO). Mapa da obesidade [Internet]. Brasília (DF): ABESO; 2018 [acesso em 22 fev 2018]. Disponível em: <https://abeso.org.br/obesidade-e-sindrome-metabolica/mapa-da-obesidade/>
7. World Health Organization (WHO). Guideline Assessing and managing children at primary health-care facilities to prevent overweight and obesity in the context of the double burden of malnutrition. [Internet] Brasília (DF): WHO; 2017 [acesso em 05 mar 2018]. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259133/9789241550123-eng.pdf;jsessionid=FD4184F84DE7CC3ECBFDAE04DFC950D?sequence=1>
8. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANSS). Manual de diretrizes para o enfrentamento da obesidade na saúde suplementar brasileira [Internet]. Rio de Janeiro (RJ): ANS; 2017 [acesso em 05 mar 2018]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/Manual_de_Diretrizes_para_o_Enfrentamento_da_Obesidade_na_Sa%C3%BAde_Suplementar_Brasileira.pdf
9. Gonsalez PS, Retondario A, Bricarello LP, González-Chica DA, Silva DS, Vasconcelos FAG. Aleitamento materno exclusivo, alimentação complementar e associação com excesso de gordura corporal em escolares de Florianópolis, SC, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*. 2017;17(1):127-137. DOI: 10.1590/1806-93042017000100007
10. Büşra D, Denise HMH, Olta G, Rashindra M, Berkeveld MA, Eline MVB, et al. General and abdominal fat outcomes in school-age children associated with infant breastfeeding patterns. *Am J Clin Nutr*. 2014;99:1351-8. DOI: 10.3945/ajcn.113.075937
11. Braude I, Stevenson RJ. Assistir televisão enquanto se come aumenta a ingestão de energia. Examinando os mecanismos em participantes do sexo feminino. *Apetite*. 2014;(76):9-16. DOI: 10.1016/j.appet.2014.01.005
12. Mariz LS, Enders BC, Santos VEP, Tourinho FSV, Vieira CENK. Causas de obesidade infantojuvenil: Reflexões segundo a teoria de Hannah Arendt. *Texto contexto - enferm*. 2015;24(3):891-7. DOI: 10.1590/0104-07072015002660014
13. Rangel HD. Ações de saúde para redução do sobrepeso e obesidade infantil na área de abrangência do programa de saúde da família Brumal, Município de Santa Bárbara [Monografia]. Curso de especialização em Atenção Básica em Saúde da Família [Internet]. Minas Gerais; 2015 acesso em 07 mar 2018]. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Ações_de_saude_para_reducao_do_sobrepeso_e_obesidade.pdf
14. Brevidelli MM, Coutinho RMC, Costa LJV, Costa LC. Prevalência e fatores associados ao sobrepeso e obesidade entre adolescentes de uma escola pública. *Rev. Bras. Prom. Saúde*. 2015;28(3). DOI: 10.5020/18061230.2015.p379
15. Ministério da Saúde (BR). Caderneta de saúde da criança [Internet]. Brasília (DF): MS; 2013 [acesso em 05 mai 2018]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_crianca_menino.pdf
16. Rodrigues LG, Pombo N, Koifman S. Prevalência de alterações metabólicas em crianças e adolescentes com sobrepeso e obesidade: uma revisão sistemática. *Rev. paul. pediatr*. 2011;29(2). DOI: 10.1590/S0103-05822011000200021
17. Sampieri RH, Collado CF, Lucio M-Pilar B. Metodologia de pesquisa. 5ª Edição. Porto Alegre: Penso; 2013
18. Dong Y, Zou Z, Yang Z, Wang Z, Yang Y, Ma J, et al. Prevalence of excess body weight and underweight among 26 Chinese ethnic minority children and adolescents in 2014: a cross-sectional observational study. *BMC Public Health*. 2018;18:562. DOI: 10.1186/s12889-018-5352-6
19. Geserick M, Vogel M, Gausche R, Lipek T, Spielau U, Keller E. Acceleration of BMI in Early Childhood and Risk of Sustained Obesity. *N Engl J Med*. 2018;379:1303-1312. DOI: 10.1056/NEJMoa1803527
20. Glavin, K, Roelants M, Strand BH, Júlíusson PB, Mentira KK, Helseth, S et al. Important periods of weight development in childhood: a population-based longitudinal study. *BMC Public Health* [internet]. 2014 [acesso em 02 nov 2018];14:160. Disponível em: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-160>



21. NejadSadeghi E, Sadeghi R, Shojaeizadeh D, Yekaninejad MS, Djazayeri A, Majlesi F. Influence of lifestyle factors on Body Mass Index in preschoolers in Behbahan city, southwest Iran, 2016. *Electronic Physician*. 2018;10(4):6725-6732. DOI: 10.19082/6725
22. Ulbricht L, Campos MF, Esmanhoto E, Ripka WL. Prevalence of excessive body fat among adolescents of a south Brazilian metropolitan region and State capital, associated risk factors, and consequences. *BMC Public Health*. 2018;18:312. DOI: 10.1186/s12889-018-5216-0
23. Warkentin S, Mais LA, Latorre MRDO, Carnell S, Taddei JAAC. Factors associated with parental underestimation of child's weight status. *J Pediatr*. 2018;94(2):162-169. DOI: 10.1016/j.jpeds.2017.05.010
24. Meller FO, Araújo CLP, Madruga SW. Fatores associados ao excesso de peso em crianças brasileiras menores de cinco anos. *Ciênc. Saúde Colet*. 2014;19(3):943-955. DOI: 10.1590/1413-81232014193.01552013
25. Cardoso LP. Pressão arterial, crescimento alcançado e estado nutricional de crianças de seis e dez anos de idade de escolas públicas de Florianópolis, Santa Catarina [Tese]. Faculdade de Saúde Pública. São Paulo; 2014. DOI: 10.11606/T.6.2014.tde-18082014-083052
26. Skinner CA, Perrin ME, Moss AL, Skelton AJ. Cardiometabolic risks and severity of obesity in children and young adults. *N Engl J Med*. 2015;373:1307-1317. DOI: 10.1056/NEJMoa1502821
27. Lima CCM, Romaldini CC, Romaldini HJ. Freqüência de obesidade e fatores de risco relacionados em escolares e adolescentes em uma comunidade de baixa renda. Um estudo transversal. *São Paulo Med J*. 2015;133(2):125-130. DOI: 10.1590/1516-3180.2014.8960412
28. Gómez LA, Abdeen AZ, Hamid AZ, Rmeileh NMA, Cazares BA, Acuin C, et al. Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults. *Lancet* [internet]. 2017 [acesso em 10 out 2018];390:2627-42. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5735219/pdf/main.pdf>
29. Caraza KLC, Ita JR, Guzmán JS, Aguirre JGS, Montealvo DCA, Barrios VMM. Altered perception of the nutritional status of preschoolers by their parents: A risk factor for overweight and obesity. *Arch Argent Pediatr* [internet]. 2016 [acesso em 19 nov 2018];114(3):237-242. Disponível em: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2016/v114n3a08e.pdf>
30. Freitas TPGA, Silva LLS, Teles GS, Peixoto MRG, Menezes IHCF. Fatores associados à subestimação materna do peso da criança: um estudo de base populacional. *Rev. Nutr*. 2015;28(4):397-407. DOI: 10.1590/1415-52732015000400006
31. McKee C, Long L, Southward LH, Walker B, McCown J. The Role of Parental Misperception of Child's Body Weight in Childhood Obesity. *J Pediatr Nurs*. 2016;31(2):196-203. DOI: 10.1016/j.pedn.2015.10.003
32. Duncan TD, Hansen AR, Wang W, Yan F, Zhang J. Change in Misperception of Child's Body Weight among Parents of American Preschool Children. *Child Obes*. 2015;11(4):384-393. DOI: 10.1089/chi.2014.0104
33. Hansen AR, Duncan DT, Tarasenko YN, Yan F, Zhang J. Generational Shift in Parental Perceptions of Overweight Among School-Aged Children. *Pediatrics*. 2014;134(3):481-488. DOI: 10.1542/peds.2014-0012
34. Rietmeijer-Mentink M, Paulis WD, Middelkoop MV, Bindels PJ, Wouden JCV. Difference between parental perception and actual weight status of children: A systematic review. *Matern Child Nutr*. 2013;9(1):3-22. DOI: 10.1111/j.1740-8709.2012.00462.x
35. Freitas FR, Moraes DE, Warkentin S, Mais LA, Ivers JF, Taddei JA. Maternal restrictive feeding practices for child weight control and associated characteristics. *J Pediatr*. 2018;95(2). DOI: 10.1016/j.jpeds.2017.12.009
36. Ek A, Sorjonen K, Eli K, Lindberg L, Nyman J, Marcus C, et al. Associations between Parental Concerns about Preschoolers' Weight and Eating and Parental Feeding Practices: Results from Analyses of the Child Eating Behavior Questionnaire, the Child Feeding Questionnaire, and the Lifestyle Behavior Checklist. *PLOS ONE*. 2016;11(1):e0147257. DOI: 10.1371/journal.pone.0147257
37. Honório RF, Hadler MCCC. Factors associated with obesity in Brazilian children enrolled in the School Health Program: a case-control study. *Nutr. Hosp*. 2014;30(3):526-534. DOI: 10.3305/nh.2014.30.3.7095
38. Skinner AC, Skelton JA. Prevalence and Trends in Obesity and Severe Obesity Among Children in the United States, 1999-2012. *JAMA Pediatr*. 2014;168(6):561-566. DOI: 10.1001/jamapediatrics.2014.21
39. Zabarsk G, Beek C, Hagman E, Pierpont B, Caprio S, Weiss R. Impact of Severe Obesity on Cardiovascular Risk Factors in Youth. *Jour. Pediatr*. 2018;192:105-114. DOI: 10.1016/j.jpeds.2017.09.066
40. Rodrigues MF, Correia TL, Duque CS, Cerqueira LCN, Oliveira PP, Koeppel GBO. Problemas de saúde de crianças de uma escola em Cabo Frio-RJ: uma contribuição para a promoção em saúde. *Glob Acad Nurs*. 2020;1(2):e22. DOI: 10.5935/2675-5602.20200022

