Temas em Saúde
Volume 15, Número 3
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2015

Artigo

ROTEIRO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE OBESIDADE INFANTIL

A NURSING CONSULTATION SCRIPT IN THE PREVENTION OF CHILDHOOD OBESITY

Ayrlla Montenegro da Silva[1]
Carlos Bezerra de Lima[2]
Aline Karla Araújo de Holanda Leite[3]
Cristina Costa Melquíades Barreto[4]

RESUMO - A obesidade infantil vem se elevando de forma significativa e causando complicações impactantes para as crianças que refletirão na idade adulta. Pode ser considerada como um agravo de caráter multifatorial, definida como o grau de armazenamento de gordura no organismo associado a riscos para a saúde, devido sua relação com várias complicações metabólicas. Assim, esta pesquisa objetivou desenvolver um roteiro de consulta de enfermagem na prevenção de obesidade infantil, além de identificar o perfil sócio epidemiológico das crianças e adolescentes em estudo e verificar a aplicabilidade do referido roteiro em um grupo de crianças em idade escolar e adolescentes. Tratou-se de uma pesquisa descritiva, exploratória com abordagem quantitativa, realizada em ema escola municipal de Ensino Fundamental e Médio. A população foi constituída por 130 escolares, sendo a amostra de 31 participantes de 7 a 13 anos, devidamente autorizados por seus pais, conforme recomendação da resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Os resultados mostraram que a maioria das crianças e adolescentes tem história de obesidade na família, são sedentários e tem hábitos alimentares errados, com a maioria apresentando sobrepeso. O roteiro de consulta mostrou-se viável, com relativa facilidade para aplicação em ambiente escolar, para triagem e prevenção da obesidade infantil.

[1] Acadêmica do Curso Bacharelado em Enfermagem pelas Faculdades Integradas de Patos. Email: ayrllahta@hotmail.com
[2] Enfermeiro. Doutor em Enfermagem (UFRJ). Docente das FIP (Faculdades Integradas de Patos).
[3] Enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem das FIP (Faculdades Integradas de Patos).
[4] Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde (UNICSUL-SP). Docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem e Pós Graduação das FIP (Faculdades Integradas de Patos).

Temas em Saúde
Volume 15, Número 3
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2015

Palavras-chave: Consulta de Enfermagem. Obesidade Infantil. Roteiro de consulta**.**

ABSTRACT - Childhood obesity has been rising significantly impacting and causing complications for children that will reflect in adulthood. It can be considered a multifactorial grievance, defined as the degree of fat storage in the body associated with health risks because of its relationship to various metabolic complications. Thus, this research aimed to develop a roadmap of nursing consultation in the prevention of childhood obesity, and identify the epidemiological profile partner of children and adolescents in the study and examine the applicability of the script in a group of school children and adolescents. This was a descriptive, exploratory research with a quantitative approach, performed in ema municipal school in primary and secondary schools. The population consisted of 130 students, and the sample of 31 participants 7-13 years old, duly authorized by their parents, as recommended by Resolution No. 466/2012 of the National Health Council. The results showed that most children and adolescents has family history of obesity, they are sedentary and have poor eating habits, with the majority presenting overweight. The query script proved to be feasible with relative ease for use in the school environment, for screening and prevention of childhood obesity.

Keywords: Nursing Consultation. Child obesity. Query scrip**t**

INTRODUÇÃO

A obesidade infantil é uma doença que resulta de um desequilíbrio entre a ingestão e o gasto energético, e que tem como consequência um aumento de peso acompanhado de um aumento da quantidade de tecido adiposo. Sendo também definida como maior grau de armazenamento de gordura no organismo associado a riscos para a saúde infantil, devido à sua relação com várias complicações metabólicas. Pode ser compreendida como um agravo de caráter multifatorial envolvendo questões biológicas, históricas, ecológicas, econômicas, sociais, culturais e políticas.

Ao longo das últimas décadas, a obesidade tem-se apresentado como um dos principais problemas de saúde pública na sociedade moderna, proporcionando assim,

Temas em Saúde
Volume 15, Número 3
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2015

grandes alterações no estilo de vida em todas as faixas etárias, levando em conta seu caráter epidemiológico e suas consequências para a saúde da população, como resultado das transições demográficas, epidemiológicas e nutricionais. O excesso de peso está claramente associado com o aumento da morbidade e mortalidade infantil (VENANCIO, 2013).

Definida como o excesso de gordura no organismo, a obesidade é causada basicamente pela ingestão de alimentos acima do gasto calórico do organismo, é considerada uma doença que envolve vários fatores que vão desde os genéticos aos psicológicos e psicossociais, sobretudo os hábitos de vida (LAMOUNIER; ABRANTES, 2013).

O aumento na prevalência do excesso de peso infantil é preocupante devido ao risco elevado que essas crianças têm de tornarem-se adultos obesos, além de mais susceptíveis a diversas condições mórbidas, tais como agravos respiratórios, cardiovasculares, endócrinos, ortopédicos, psicossociais, entre outras como, por exemplo, alguns tipos de cânceres, como de mama, cólon, próstata, reto, ovário e endométrio. Desse modo, a obesidade prejudica a saúde e qualidade de vida do indivíduo, tanto em curto como em longo prazo (SILVA, 2013).

Segundo a Pesquisa de Orçamento Familiar (POF), realizada entre 2008/2009 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), uma em cada três crianças com idade entre 5 e 9 anos estava com peso acima do recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Ministério da Saúde. O índice de jovens de 10 a 19 anos com excesso de peso passou de 3,7%, em 1970, para 21,7%. (IBGE, 2009).

O excesso de peso e a obesidade são encontrados com grande frequência, a partir de 5 anos de idade, em todos os grupos de renda e em todas as regiões brasileiras. Já o déficit de altura nos primeiros anos de vida (um importante indicador da desnutrição infantil) está concentrado em famílias com menor renda (BRASIL, 2006).

Temas em Saúde
Volume 15, Número 3
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2015

O objetivo dessa temática deu-se pela ausência de uma averiguação minuciosa com relação a medidas adotadas para a detecção da obesidade infantil, como um "passo a passo" que o enfermeiro deve seguir em uma consulta, que investigue a presença de obesidade infantil entre escolares e adolescentes, no entanto não existe um protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde (MS), como há, por exemplo, a estratégia AIDPI (Assistência Integral às Doenças Prevalentes na Infância), que enfoca a identificação de desnutrição, desidratação, entre outros, mas não enfoca a identificação de obesidade. (ARAÚJO, 2012).

Os protocolos são considerados importantes instrumentos para resolução de vários problemas na assistência e na gestão de serviços. Existem diversos protocolos tais como os da atenção básica, de cuidado, de assistência, de organização de serviços, clínicos, de avaliação e acompanhamento, porém não existe um protocolo que a enfermagem possa seguir para o diagnóstico da obesidade infantil. A ausência da criação de protocolos para obesidade infantil implica dizer de forma concisa que não existe rotina de ações (AMARAL, 2008).

A implantação da estratégia AIDPI (Assistência Integral às Doenças Prevalentes na Infância), política de saúde prioritária do MS desde 1997, veio para beneficiar a forma de atendimento à criança no âmbito da atenção primária. Dessa forma, deve ser criado também um modelo onde os profissionais deveram ser capacitados para essa estratégia estando aptos a assistir à população infantil por meio de uma anamnese holística, evitando a fragmentação da assistência, favorecendo melhor identificação da obesidade infantil e evitando alterações patológicas e maior controle de um crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2008).

O emponderamento do profissional se dá pelo fortalecimento de sua autoconfiança, alcançada por capacitações e apreensão de um conhecimento que possa fundamentar sua prática. Transpor obstáculos, como o despreparo técnico e a excessiva burocratização imposta pelos sistemas de saúde, que exaure o tempo que poderia ser

Temas em Saúde
Volume 15, Número 3
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2015

melhor despendido na assistência, deve ser objetivo precípuo do enfermeiro (ARAÚJO, 2012).

Partindo do pressuposto de que a obesidade infantil é um importante problema de saúde pública, pode-se perceber que os enfermeiros da ESF (Estratégia Saúde da Família) têm dificuldade de realizar a tomada de decisão clínica ou mesmo compor um raciocínio de diagnóstico de obesidade infantil por ausência de um protocolo de investigação.

O principal objetivo desta pesquisa foi desenvolver um projeto piloto de um roteiro de consulta de enfermagem na prevenção de obesidade infantil. Especificamente objetivou-se identificar o perfil sócio epidemiológico das crianças e adolescentes em estudo e verificar a aplicabilidade do roteiro de consulta em um grupo de crianças em idade escolar e adolescentes.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória com abordagem quantitativa, realizada na Escola Municipal de Ensino Fundamental e Médio Dona Capitulina Sátiro II, de Cacimba de Areia-PB, entre os meses de agosto e setembro de 2014.

A população foi constituída por 130 escolares e adolescentes entre 7 e 13 anos de idade e a amostra por aproximadamente 24% do total (31 alunos), que responderam aos seguintes critérios de inclusão: Estar devidamente matriculado na referida escola, ter autorização dos pais para participar da pesquisa e aceitar se submeter ao exame físico. Foram excluídos os alunos que não compareceram a escola no período de coleta de dados.

Os dados foram coletados a partir de um questionário estruturado, que avaliou o perfil sócio epidemiológico, bem como hábitos de alimentação e atividade física e resultados de exames laboratoriais das crianças e adolescentes. O questionário foi base para o roteiro de consulta de enfermagem na prevenção de obesidade infantil, de modo

Temas em Saúde
Volume 15, Número 3
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2015

que a anamnese foi desenvolvida sobre as questões dirigidas às crianças e seus pais a respeito de história familiar e pessoal, pregressas e atuais; e o exame físico foi desenvolvido sobre a avaliação das medidas antropométricas e inspeção visual.

Após aprovação pelo CEP (Comitê de Ética e Pesquisas) das Faculdades Integradas de Patos, os pesquisadores realizaram reunião com os pais/ responsáveis. Na ocasião foram apresentados os objetivos da pesquisa, o questionário e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os pais que aceitaram participar e autorizaram seus filhos, assinaram o TCLE em duas vias e responderam as perguntas, de modo que cada entrevista foi desenvolvida em média de 10 minutos.

As medidas antropométricas (peso/estatura) foram obtidas através de balança gravimétrica tipo plataforma, marca Filizola. Para tal, foram utilizadas técnicas padronizadas, onde as crianças e adolescentes foram pesados com o mínimo de roupa possível, sem calçados, sem adereços na cabeça, com os pés voltados para frente, coluna ereta e cabeça voltada para frente e sem apoiar-se com as mãos na própria balança ou parede (POTTER, 2005).

Para a classificação do estado nutricional como saudável, sobrepeso e obesidade, foi calculado o índice de massa corporal - IMC (peso/altura²). Foram considerados, para esta classificação, os níveis do IMC adotados pelo Ministério da Saúde em 2009 (BRASIL, 2010).

Para verificação da pressão arterial foi utilizado esfigmomanometro da marca Premium. A verificação foi realizada de modo padronizado sempre com as crianças e adolescentes sentados, e a leitura realizada através do braço esquerdo, tendo a criança ou adolescente passado pelo menos 10 minutos de repouso antes da verificação (BRETAS et al., 2005).

Os pesquisadores realizaram inspeção visual do corpo de cada criança ou adolescente, a fim de classificar o tipo de gordura corporal como andróide ou ginecóide.

Temas em Saúde
Volume 15, Número 3
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2015

Foram realizados os seguintes exames de sangue com cada criança ou adolescente: glicose, colesterol total e frações de LDL, HDL e triglicérides. A coleta foi realizada por Técnico em Enfermagem, do Programa Saúde da Família, devidamente treinado e capacitado para este fim, conforme autorização da Secretaria de Saúde do Município. As coletas foram realizadas na própria escola no mesmo dia das entrevistas. As medidas de biossegurança estiveram garantidas a fim de minimizar os possíveis riscos de contaminação de material ou das crianças envolvidas. Foi também garantido o seguimento das técnicas adequadas de coleta de sangue conforme Semiotécnica de Enfermagem. (POTTER, 2005). A análise bioquímica do sangue foi realizada por técnicos autorizados e capacitados pela própria Secretaria de Saúde do Município.

Após processamento das frequências simples para cada variável, foram elaboradas tabelas que expõem os resultados, permitindo a discussão.

A Pesquisa foi realizada de acordo com a resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 e publicada em 13 de julho de 2013 que refere as normas regulamentadoras de pesquisa com seres humanos visando garantir em plena totalidade o sigilo das informações obtidas e assegurando a garantia de que a privacidade do sujeito da pesquisa será preservada como todos os direitos sobre os princípios éticos: beneficência, respeito e justiça. (BRASIL, 2013).

Temas em Saúde
Volume 15, Número 3
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2015

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Tabela 1 – Caracterização do perfil sócio epidemiológico das crianças e adolescentes (n = 31) Cacimba de Areia – PB, 2014.

Característica	**Variáveis**	**N**	**%**
Gênero	Masculino	12	39
	Feminino	19	61
Faixa etária	De 7 a 8 anos	06	19
	De 9 a 10 anos	08	26
	De 11 a 13 anos	17	55
Pessoas que coabitam	De 3 a 4 pessoas	22	71
	De 5 a 6 pessoas	06	20
	De 7 a 8 pessoas	03	09
Renda familiar	Menos de 1 salário	04	13
	Entre 1e 2 salários	23	74
	Mais de 2 salários	04	13
Escolaridade da mãe	Sem escolaridade	03	10
	Fundamental incompleto	08	26
	Fundamental completo	01	03
	Ensino médio completo	18	58
	Superior	01	03
Escolaridade do pai	Sem escolaridade	05	16
	Fundamental incompleto	20	65
	Ensino médio completo	06	19
História de obesidade na família	Sim	24	77
	Não	07	23
História de obesidade entre os pais	Sim	14	45
	Não	17	55

Pode-se verificar um predomínio de meninas (61%) e de adolescentes na faixa etária entre 11 a 13 anos (55%), a maioria faz parte de famílias onde coabitam de 3 a 4 pessoas (71%) e onde a renda mensal da maioria é de 1 a 2 salários mínimos. Identificou-se também que a maioria das mães tem ensino médio completo (58%) e a maioria dos pais ensino fundamental incompleto (65%).

Temas em Saúde
Volume 15, Número 3
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2015

Em se tratando de escolaridade dos pais, identificou-se que a maioria das mães tem ensino médio completo e a maioria dos pais tem ensino fundamental incompleto. Acreditamos que o maior nível de escolaridade favorece melhor compreensão para tomadas de decisões relativas à saúde, visto que, o estudo aumenta a capacidade de compreensão dos pais quanto a prevenção e consequências da obesidade.

"Em se tratando de nível socioeconômico, esta pesquisa mostrou um predomínio entre famílias que vivem com 1 a 2 salários, semelhante a pesquisa de Souza Leão *et al.* (2003), que mostrou que nas escolas públicas (38,4%) com sobrepeso apresentavam um baixo nível socioeconômico".

Esta pesquisa também revela história familiar de obesidade entre 77% das crianças/adolescentes. A este respeito, Souza Leão *et al*., 2003 comentam que sendo a obesidade uma doença crônica, requer atenção permanente em relação aos hábitos alimentares e à atividade física. Deve-se lembrar, entretanto, a multicausalidade desta doença. A hereditariedade e fatores biológicos, como sexo e idade, também devem ser considerados. O conjunto destes fatores não pode ser eliminado, mas controlado através da modificação dos hábitos alimentares e de atividade física da criança e familiares.

Tabela 2 – Caracterização das crianças e adolescentes conforme hábitos de atividade física (n=31), Cacimba de Areia – PB, 2014.

Variáveis	N	%
Costuma praticar atividade fora do horário escolar?		
Sim	11	35
Não	20	65
Se sim, qual esporte pratica?		
Ciclismo	1	9
Dança	7	64
Futebol	3	27
Quantas vezes por semana?		
1 a 2 vezes	3	27
3 a 4 vezes	5	46
5 a 7 vezes	3	27

Temas em Saúde
Volume 15, Número 3
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2015

Quanto tempo fica assistindo TV, jogando videogame ou usando computador por dia?		
Até 2 horas	5	46
De 3 a 4 horas	4	36
Mais de 4 horas	2	18

Segundo os resultados, (65%) dos escolares e adolescentes não praticavam atividades físicas fora da escola. Dentre os que praticam exercícios físicos, a maioria disse praticar dança, representando 64%. Quando perguntados sobre quantas vezes por semana os escolares faziam a atividade física, a maioria respondeu de 3 a 4 vezes (46%). Por fim, sobre o tempo que ficavam assistindo TV, jogando videogame ou usando computador, 46% disseram passar até duas horas/dia nessas atividades.

Ficou clara aqui a predominância de hábitos sedentários entre os participantes do estudo, o que pode ser considerado como um fator negativo, visto que favorece a obesidade e suas complicações.

Uma pesquisa realizada com 60 crianças e adolescentes mostrou que 50% dos entrevistados foram classificados como sedentários e que dentre as atividades físicas praticadas por eles, as mais mencionadas foram futebol e voleibol, com frequência de pelo menos duas vezes por semana. Outro estudo mostrou que a frequência de realização de atividades físicas também é inferior a 3 vezes na semana, representando 98,4% da amostra pesquisada. (COELHO et al., 2013)

Segundo Mello, Luft e Meyer (2004), a taxa de obesidade em crianças que ficam assistindo TV menos de uma hora por dia é de 10%. A televisão ocupa horas nas quais a criança poderia estar realizando outras atividades e frequentemente elas estão expostas a anúncios de alimentos que são, na maioria das vezes, não nutritivos e ricos em calorias.

Portanto, o incentivo de atividades como corridas e jogos tradicionais são importantes para que as tecnologias sejam deixadas de lado e consequentemente sejam reduzidos os índices de sedentarismo entre as crianças. (SANTANA, 2013)

Temas em Saúde
Volume 15, Número 3
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2015

Tabela 3 – Caracterização das crianças e adolescentes conforme hábitos alimentares (n=31), Cacimba de Areia – PB, 2014.

Variáveis	N	%
Quantas refeições você faz por dia?		
Até 6 refeições	13	42
10 refeições	18	58
Quais os alimentos que você mais come?		
Frituras	13	42
Massas	7	23
Guloseimas	8	26
Refrigerante	3	10
Quais os horários que lhe dar mais fome?		
A tarde	21	68
Toda hora	10	33
Você come sempre o lanche da cantina do colégio ou leva o lanche na mochila?		
Sempre no colégio	31	100
Na mochila	00	00

Conforme a tabela acima a maioria das crianças e adolescentes (58%) faz mais de 10 refeições por dia, somados lanches e refeições principais, o que é desnecessário. Também mostra que todas as crianças e adolescentes pesquisados consomem o lanche da própria escola.

De acordo com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional Nº9394/96, a escola deve ser um espaço de difusão de informação para promoção de uma vida com mais saúde para crianças e jovens, devendo ressaltar a importância da prática da atividade física, a qual é obrigatória, estimulando o interesse dos escolares pelas atividades, esportes e exercícios físicos. (COELHO et al., 2013).

Pode-se perceber que as crianças/adolescentes apresentaram elevada frequência de refeições por dia, principalmente os lanches, um hábito que nos parece desnecessário

Temas em Saúde
Volume 15, Número 3
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2015

e maléfico à saúde. Pois normalmente, alimentos substitutos do almoço e do jantar apresentavam, em sua maioria, alta densidade energética e baixo valor nutritivo.

Tabela 4 – Distribuição do IMC, distribuição da gordura corporal e pressão arterial média dos meninos e meninas conforme faixa etária (n=31), Cacimba de Areia – PB, 2014.

MASCULINO			
IDADE	MÉDIA DA CLASSIFICAÇÃO DE ACORDO COM IMC	MÉDIA DA DISTRIBUIÇÃO DA GORDURA CORPORAL	MÉDIA DA PRESSÃO ARTERIAL
De 7 a 8 anos	Saudável	Central	110x70mmhg
De 9 a 10 anos	Sobrepeso	Central	110x70mmhg
De 11 a 13 anos	Sobrepeso	Central	110x80mmhg

FEMININO			
IDADE	CLASSIFICAÇÃO DE ACORDO COM O IMC	DISTRIBUIÇÃO DA GORDURA CORPORAL	PRESSÃO ARTERIAL
De 7 a 8 anos	Sobrepeso	Central	110x80mmhg
De 9 a 10 anos	Sobrepeso	Central	110x70mmhg
De 11 a 13 anos	Saudável	Periférica	120x80mmhg

Conforme a classificação dos meninos e meninas segundo o IMC, nota-se que a maioria foi classificada como sobrepeso.

O *International Obesity Task Force* recomendou a utilização do IMC por idade como forma de descrever a prevalência de obesidade em crianças e adolescentes em todo o mundo por motivos como: o IMC permite acompanhar a evolução de sobrepeso e obesidade desde a infância até a idade adulta, fazendo com que se possa analisar a tendência de seus valores; pela tendência das crianças em manterem o mesmo IMC à medida que crescem; pela facilidade e rapidez de mensurar peso e altura; pela baixa requisição de equipamentos e por fim, pela alta correlação com medidas de densidade corporal em crianças e adolescentes. Portanto, o IMC por idade tem se mostrado um

Temas em Saúde
Volume 15, Número 3
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2015

índice confiável para identificação de obesidade infantil em nível populacional. (SOUZA LEÃO et al.,2003).

Com relação à gordura corporal, verificou-se em ambos os sexos a predominância de gordura central até os 10 anos em média, exceto para meninas na faixa de 11 a 13. Resultado semelhante a este foi descrito em um estudo com 699 crianças onde foi constatado o predomínio da obesidade no sexo feminino onde, segundo a OMS a maior prevalência nesse sexo pode estar associada ao fato de que o excesso de energia é preferencialmente estocado sob a forma de gordura e não de proteína, como acontece no sexo masculino. (OLIVEIRA *et al*.,2003).

Ocorreu a predominância da gordura periférica, o que pode ser entendido como próprio dessa faixa etária no sexo feminino, já que, por ocasião da maior liberação de estrogênio a partir desta idade, as meninas tem maior tendência ao acúmulo de gordura em locais como coxas e quadris. (HALL, 2011).

Em se tratando de Pressão Arterial, foi calculada a média por idade e sexo e os resultados mostraram que os participantes têm uma PA dentro dos parâmetros de normalidade para infância e adolescência, conforme recomendação do Departamento de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2014)

Tabela 5 – Distribuição dos valores laboratoriais de glicose, colesterol total e frações e triglicerídeos de meninos e meninas, conforme valores de referência (n=31), Cacimba de Areia – PB, 2014.

Variáveis	N	%
Glicose		
Meninos:		
Normal: até 99 mg/dl	11	92
Amostra insuficiente:	01	08
Meninas		
Normal: até 99 mg/dl	18	95
Amostra insuficiente:	01	05
Colesterol Total		

Temas em Saúde
Volume 15, Número 3
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2015

Meninos:		
Desejável: < 200 mg/dl	12	100
Limítrofe: até 239 mg/dl		
Meninas:		
Desejável: < 200 mg/dl	18	96
Limítrofe: até 239 mg/dl	1	4
Colesterol (Frações)		
LDL		
Meninos com fração até 86mg/dl	02 2	6
Normal: De 87 a 149 mg/dl	10	32
Meninas com fração até 79mg/dl	7	23
Normal: De 80 a 148 mg/dl	12	39
HDL		
Meninos com fração até 26mg/dl		
Normal: De 27 a 73 mg/dl	12	39
Meninos com fração acima de 74mg/dl	0	0
Meninas com fração até 39mg/dl	4	13
Normal: De 40 a 50 mg/dl	13	42
Meninas com fração acima de 51mg/dl	2	6
Triglicerídeos		
Meninos:		
Ótimo: <150 mg/dl	8	78
Limítrofe: 151 a 200 mg/dl	2	13
Alto: 201 a 300 mg/dl	1	6
Muito alto: 301 a 400 mg/dl	1	3
Meninas:		
Ótimo: <150 mg/dl	16	90
Limítrofe: 151 a 200 mg/dl	2	6
Alto: 201 a 300 mg/dl	1	4
Muito alto:		

Esta tabela traz os dados da pesquisa no que diz respeito aos resultados dos exames laboratoriais, os quais fora agrupados por sexo. Os exames solicitados e analisados foram:

Temas em Saúde
Volume 15, Número 3
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2015

glicemia de jejum; colesterol total e frações (LDL e HDL) e triglicerídeos. A análise dos exames mostraram que, apesar de os participantes terem hábitos de vida e alimentares tidos como não saudáveis, os resultados foram normais. Com relação à glicose, tanto os meninos 92% (11) como as meninas 95% (05) apresentaram o índice glicêmico dentro dos parâmetros normais (até 99mg/dl). Dois participantes não constituíram resultado significativo, devido à coleta de sangue ter sido insuficiente. É importante para indivíduos com sobrepeso e obesidade investigar a glicemia, pois, através dela, podem-se identificar possíveis complicações e tratá-las, quando existentes, como também se torna possível a prevenção das mesmas. A presença de acantose é um forte fator para que seja solicitado o exame de glicemia, visto que, ela é indicativa da presença do Diabetes Mellitus tipo II e da resistência à insulina (ZAMBOM et al., 2007).

No que diz respeito ao colesterol total, 100% (12) da amostra masculina teve o resultado desejável, enquanto que na amostra feminina 96% (18) estavam dentro da normalidade e 4% (01) caracterizou amostra insuficiente.

Sobre as frações, ou seja, o LDL e HDL, a maioria, tanto entre meninos, representando 32% (10) para o LDL e 39% (12) para o HDL, como meninas 39% (12) para LDL e 42% (13) para o HDL, foi normal. Por fim, foram analisados os triglicerídeos, também com resultados normais. Os meninos representaram maioria no parâmetro ótimo, com 78% (08) do total, ao passo que as meninas também apresentaram taxas consideradas ótimas, abrangendo 90% (16) da amostra.

CONCLUSÃO

O teste piloto para detecção da obesidade e aplicação do roteiro de consulta mostrou-se viável para grupos de escolares e adolescentes. Através do teste foi possível identificar que havia história familiar de obesidade entre a maioria das crianças e

Temas em Saúde
Volume 15, Número 3
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2015

adolescentes, que a maioria deles era sedentária e que tinham hábitos de alimentação errados. Também foi possível classificar a maioria como sobrepeso. O exame físico é de fácil execução e não requer grandes tecnologias, a não ser o uso de balança, esfigmomanômetro e materiais para coleta sanguínea. A principal dificuldade em relação à aplicação do roteiro de investigação da obesidade foi convencer os pais sobre a necessidade deste inquérito e obter deles a autorização para a coleta de sangue. E a principal vantagem de realiza-lo em ambiente escolar foi a possibilidade de reunir muitas crianças e adolescentes em uma única oportunidade.

No entanto, recomenda-se este roteiro de consulta e exame físico para aplicação em escolas, pois se adequou a triagem de um grande grupo de pessoas e requer pouco tempo para entrevista. Para entrevistas mais longas e exames mais acurados que necessitam de mais tempo, recomenda-se consulta individual nas Unidades de Saúde da Família ou consultórios.

REFERÊNCIAS

AMARAL, J. J. F.; VICTORA, C. G.; LEITE, A. J. M.; CUNHA, A. J. L. A. Implementação da estratégia Atenção às Doenças Prevalentes na Infância no Nordeste, Brasil. **Rev Saúde Pública.** 2008; 42(4): 598-606.

ARAUJO, Luciana Menezes de. (Re)configuração da prática assistencial do enfermeiro na obesidade infantil: 1988-1997 (A). Rio de Janeiro. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery, 2012. 133 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Obesidade.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Cadernos de Atenção Básica – nº12. Série A. Normas e Manuais Técnicos.

Temas em Saúde
Volume 15, Número 3
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2015

BRÊTAS, J. R. S.; QUIRINO, M. D.; SILVA, C. V.; SABATÉS, A. L.; RIBEIRO, C. A.; BORBA, R. I. H.; ALMEIDA, F. A. **Manual de exame físico para a prática da enfermagem em pediatria.** São Paulo: Iátria; 2005.p.19-30.

COELHO, A. F.; RODRIGUES, D. G; CAVALCANTE; SILVA, D. A. S. Sobrepeso e obesidade em crianças de cinco a dez anos de idade beneficiárias do programa bolsa família no estado de Sergipe, Brasil**. Rev Paul Pediatria:** 2013.

Departamento de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia. http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/default.asp. Acesso em: 28 de outubro de 2014.

HALL, J. E. **Tratado de Fisiologia Médica.** 12 ed. Rio de janeiro: Elsevir, 2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – **Censos Demográficos e Contagem Populacional para os anos de 5 a 9, acima do peso estratificados por idade pelo MS/SE/Datasus.** 2009. Acessado em: 09 de novembro de 2013.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **POF (Pesquisa de Orçamento familiar) 2008-2009:** desnutrição cai e peso das crianças brasileiras ultrapassa padrão internacional. Disponível em**: <** http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1699&id_pagina=1**>.** Acesso em 07 de Novembro de 2013.

LAMOUNIER, J. Á.; ABRANTES, M. M**.** Prevalência de obesidade e sobrepeso na adolescência no Brasil. **Rev Med Minas Gerais**; v.13, n.4, p.275-84, 2003.

LEÃO, S. C. de Souza et al. Prevalência de Obesidade em Escolares de Salvador, Bahia. Arquivo Brasileiro Endocrinologia Metabólica, v. 47, n. 2, abr. 2003.

MELLO, Elza D. De; LUFT, Vivian C.; MEYER, Flávia. Obesidade infantil: como podemos ser eficazes? Jornal de Pediatria, v. 80, n.3, p. 173-181. 2004.

OLIVEIRA, E. AZEVEDO, F. R; BRITO, B. C. Influência das variáveis nutricionais e da obesidade sobre a saúde e o metabolismo**. Rev. Assoc. Med. Bras**. vol.58, n.6, pp. 714-723, 2003.

POTTER, P.A; PERRY, A.G. **Fundamentos de Enfermagem**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2005.

Temas em Saúde
Volume 15, Número 3
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2015

SANT'ANA, A.M. A propósito da medicina de família. 2013.Disponível em: <www.sbmfc.org.br>

VENÂNCIO, P. E. M.; TEIXEIRA, C. G. D. O.; SILVA, F. M. D. Overweight, level of physical activity and food habits at school in the city of Anápolis-GO. **Revista brasileira de ciências do esporte**, v. 35, n. 2, p. 441-453, 2013.

ZAMBOM, Mariana Porto et al. Caracteristicas clínicas e laboratoriais de crianças e adolescentes obesos. **Ver Paul Pedriat,** v. 25, n. 1, p. 27-32, 2007.