

## ABORDAGEM E TRATAMENTO DA OBESIDADE NA INFANCIA E ADOLESCÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: REVISÃO DA LITERATURA

SHENYA ALVES DE FREITAS BARROS<sup>1</sup>; KENYTH ALVES DE FREITAS<sup>2</sup>

1 – UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO, UNIFENAS;

2 – UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, UFMG

### RESUMO

**Introdução:** A abordagem na atenção primária à saúde à criança obesa não é apenas uma preocupação estética, mas um grave problema de saúde pública. O excesso de gordura corporal pode desencadear uma série de problemas, como psicológicos, comportamentais, distúrbios do sono, doenças cardíacas e pulmonares. No entanto, a abordagem precoce, o acompanhamento e o incentivo ao tratamento das crianças obesas podem alterar esse quadro através da adoção de hábitos saudáveis. **Objetivo:** Esse estudo tem o objetivo de discutir o papel e a função dos agentes de saúde da atenção primária na condução de crianças e adolescentes ao tratamento de maneira eficiente. **Materiais e Métodos:** A pesquisa foi realizada a partir de revisão bibliográfica dos principais trabalhos da literatura, utilizando diversas abordagens. **Resultado:** Dessa forma, foi possível identificar a abordagem, o acompanhamento e o incentivo ao tratamento às crianças obesas na atenção primária como de suma importância na prevenção de doenças, distúrbios e problemas psicológicos que poderão acompanhá-las por toda uma vida. **Conclusão:** Uma abordagem feita ainda na infância, por uma equipe interdisciplinar, em diálogo com a família e a escola, contribuirá para um resultado efetivo e para a diminuição de morbidades futuras, diminuindo até mesmo as demandas e sobrecargas geradas pelas doenças atreladas a obesidade no Sistema Público de Saúde.

Palavras-chave: Obesidade infantil. Atenção primária à saúde. Abordagem.

## **1 Introdução**

A obesidade é uma doença complexa, que assume graves dimensões sociais e psicológicas, não escolhendo idade, raça ou classe social. Trata-se da maior epidemia dos tempos modernos, alcançando 10% da população mundial, atingindo mais de 300 milhões de pessoas em todo o mundo. Se levar em consideração a obesidade e o sobrepeso, esse índice aumenta para 30% da população mundial (BASTOS; PEREIRA, 2008; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA - ABESO, 2010).

O percentual de pessoas com excesso de peso superou, mais da metade da população brasileira, pela primeira vez. A pesquisa da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL 2015), do Ministério da Saúde, revela que 51% da população acima de 18 anos está acima do peso ideal. Em 2006, esse índice era de 43%. O aumento atinge tanto a população feminina quanto a masculina. Entre as mulheres 48% estava com excesso de peso e entre os homens 54%.

As consequências da obesidade envolvem os aspectos físicos, sociais e psicológicos, principalmente, quando ocorre na infância, incidindo diretamente na qualidade de vida e contribuindo para o aumento da taxa de mortalidade e diminuição da expectativa de vida. Dentre as principais complicações da obesidade, pode-se citar: a elevação dos índices de triglicérides e colesterol, problemas respiratórios, diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, entre outros distúrbios. Além dessas alterações físicas, orgânicas e metabólicas, vale destacar que as pressões sociais e seus efeitos sobre o psiquismo do indivíduo devem ser levados em consideração (SILVA et al, 2010).

Em relação às consequências no âmbito social e psicológico, os indivíduos obesos muitas vezes são alvo dos colegas que os apelidam e os tratam como diferentes e, até mesmo, incapazes, por não conseguirem ter o mesmo rendimento físico que aqueles que não possuem tal problema de saúde (FERREIRA, 2010).

Devido a gama de problemas decorrentes da obesidade e o detrimento da qualidade de vida dos pacientes, o objetivo dessa pesquisa consiste em averiguar a necessidade de uma abordagem especial na atenção primária à saúde a crianças obesas, e assim proporcionar esclarecimentos acerca da importância da atenção à saúde para o tratamento da obesidade infantil (VILARTA; BOCCALETTO, 2008). A problematização levantada consistiu em: Como que a abordagem na atenção primária à saúde pode contribuir para o tratamento da criança obesa?

Este trabalho se justifica, tendo em vista o crescente índice de obesidade infantil tanto no mundo, quanto no Brasil e os prejuízos que este problema traz para a vida destas crianças, fazendo-se necessária a busca por um tratamento eficaz, e principalmente, a prevenção.

## **2 Metodologia**

Este estudo se realizou através de uma extensa revisão bibliográfica. Os esforços dos autores se concentraram nos artigos seminais e de literatura recente constante nas plataformas Bireme (BVS) e Pubmed (Medline) e na base de dados Scielo, publicados entre os anos de 1999 a 2011, com os descritores em inglês, "childhood obesity", e em português, "obesidade infantil" e "obesidade na atenção primária à saúde".

As publicações acessíveis nas bases de dados foram obtidas por meio eletrônico. Nos casos de periódicos não indexados em base eletrônica de dados, ou indexados de maneira em que a busca não on-line não foi praticável, realizou-se a busca manual dos estudos. Foram selecionados 23 trabalhos, tendo como critérios de inclusão os que retrataram a obesidade infantil, as dificuldades enfrentadas na abordagem as crianças, a importância da família no acompanhamento e a atenção primária à saúde como aliado nesse atendimento, e foram excluídos os com temas muito específicos de obesidade em adultos.

A partir do levantamento, os artigos foram analisados, interpretados e organizados com a finalidade de se traçar um quadro teórico e uma estruturação conceitual para dar sustentação no desenvolvimento dessa pesquisa. Segundo Gil (2002), a pesquisa bibliográfica se caracteriza por desenvolver um trabalho original a partir de materiais já publicados, apresentando uma série de vantagens ao resultado final da pesquisa, sendo a principal o elevado número de abordagens e informações obtidas na literatura, o que seria impossível de serem relacionadas de outra forma.

### **3 Desenvolvimento**

A obesidade, em linhas gerais, consiste em uma doença crônica de alto risco, caracterizada pelo acúmulo de gordura no organismo, comprometendo a saúde. É uma condição de excesso de gordura no corpo, principalmente no tecido subcutâneo e que acelera o desenvolvimento de diversas doenças, como hipertensão, doenças cardiovasculares e respiratória, diabetes, entre outras, provocando a morte precoce. (ABESO, 2010).

A Organização Mundial da Saúde (World Health Organization – WHO) identificou a obesidade como uma epidemia em escala global, atingindo países desenvolvidos e em desenvolvimento, e como um dos principais desafios para as políticas públicas em saúde no século XXI. Resultante de um desequilíbrio energético resultante do consumo muito maior que as necessidades biológicas, gerando sobrepeso no indivíduo ao longo do tempo. O mais preocupante, é o aumento das taxas de obesidade entre crianças e adolescentes, com elevação superior à média dos adultos. Segundo a Organização Mundial de Saúde, 2,6 milhões de pessoas morrem todos os anos em consequência de doenças provocadas pelo excesso de peso. Quanto mais se pesquisa, mais os cientistas descobrem doenças relacionadas com a obesidade (ABESO, 2010; WHO, 2011).

Vale salientar que a obesidade também se constitui em um fator de risco para complicações graves em decorrência do vírus influenza A (H1N1), este fato foi comprovado a partir da observação de médicos da Califórnia, nos Estados Unidos, onde foram registrados

mais de cinco mil casos, e seis óbitos, devido às complicações causadas pelo vírus H1N1 em obesos (LOUIE *et al*, 2009)

Quanto à aquisição da obesidade, vale destacar, as diversas etapas do desenvolvimento do ser humano, considerando que o organismo humano é o resultado de influências mútuas entre o seu patrimônio genético, o ambiente socioeconômico, cultural e educativo e o seu ambiente individual e familiar. Assim, um determinado indivíduo apresenta características peculiares que o distingue, principalmente em sua saúde e nutrição. A obesidade é justamente o resultado de diversas dessas interações, devendo ser destacada a atenção aos aspectos genéticos, ambientais e comportamentais, como descreve Adams (2000, pg.42):

Independente da importância dessas diversas causas, o ganho de peso está sempre associado a um aumento da ingestão alimentar e a uma redução do gasto energético correspondente a essa ingestão. Esse aumento pode ser decorrente da quantidade de alimentos ingeridos ou de modificações de sua qualidade, resultando numa ingestão calórica total aumentada. O gasto energético pode estar relacionado a características genéticas ou ser dependente de uma série de fatores clínicos e endócrinos, incluindo doenças nas quais a obesidade é decorrente de distúrbios hormonais.

Em geral, a obesidade é diagnosticada quando um indivíduo apresenta 20% acima do peso adequado considerando sua estatura (VICENSI *et al*, 2008). O Índice de Massa Corporal (IMC) se constitui em uma medida quantitativa, de grande utilidade clínica, e seu cálculo é feito com base na divisão do peso pela altura ao quadrado. O quadro abaixo mostra o IMC segundo os riscos para a saúde:

**Quadro 1 – Classificação da obesidade segundo os riscos para a saúde**

IMC (Kg/m <sup>2</sup> )	Classificação	Risco para a saúde
18,0 e < 25,0	Peso saudável	Sem risco
≥ 25,0 e < 30	Sobrepeso	Moderado
≥ 30,0 e < 35	Obesidade Grau I	Alto
≥ 35,0 e < 40	Obesidade Grau II	Muito alto
≥ 40	Obesidade Grau III	Extremo

Fonte: Ferreira, 2010.

Quanto ao grau de obesidade, o parâmetro de medida é o IMC e podemos tê-la em 4 tipos: um IMC de até 25 é considerado peso Normal; de 25 à 29,9 já se considera sobrepeso; de 30 à 34,9 já é considerado obesidade grau I; de 35 a 39,9 obesidade de grau II e a partir de 40 trata-se de obesidade grau III, com riscos extremos a saúde. Em termos gerais, aceita-se que o peso ideal ou de menor risco para saúde corresponde a um IMC de 20 a 25, e até 27 para pessoas idosas. Este índice deve ser usado para adultos. Para crianças e adolescentes

devem ser utilizadas curvas específicas, tendo em vista que, ainda, estão em fase de crescimento (BALLONE, 2015).

Assim sendo, para crianças e adolescentes, não se deve observar essas faixas gerais, pois elas podem inclusive dar a falsa impressão de que a criança está saudável, quando na verdade ela pode já estar com sobrepeso ou obesidade infantil. As faixas de IMC para as crianças se diferenciam de acordo com a idade e o sexo, e para orientar os médicos existem tabelas da Organização Mundial da Saúde (OMS) para fazer esse cálculo. Atualmente, a obesidade consiste em um problema mundial, sendo cada vez mais crescente. O Brasil também se encontra com um elevado número de pessoas obesas.

### **Aspectos Gerais da Obesidade Infantil**

Pode-se dizer, que a obesidade está ligada à infância principalmente, entre os dois e três anos, pois é nesta fase que se adquire a maior parte das células adiposas. Vale salientar que a maioria dos adultos obesos apresenta excesso de peso durante a infância. O desmame precoce, a introdução inadequada de grandes volumes de alimentos, o uso de fórmulas lácteas inadequadamente preparadas, os distúrbios alimentares e relação inadequada com a família, são fatores considerados como determinantes para a obesidade infantil (FISBERG, 2000; RENMAN *et al*, 1999).

Ressalta-se que poucos são os pais que consideram a obesidade como um problema, pois a gordura nesta etapa da vida, ainda é vista por muitos, como sinal de beleza e de saúde, não se dando importância ao excesso de peso na infância, contudo, a obesidade coloca em risco a saúde física e mental da criança e predispõe à obesidade na vida adulta (ESCRIVÃO *et al*, 2000).

Escrivão (*et al*, 2000) elucida que por esse motivo, o tratamento da obesidade é, geralmente, negligenciado, pois existe uma expectativa que esse fato venha a ser resolvido com o crescimento da criança, ou seja, acreditam que na fase da adolescência ou adulta a criança voltará ao seu peso normal, porém, 60 a 80% dos indivíduos que apresentaram obesidade na infância permaneceram obesos, elevando a morbimortalidade para diversas doenças. A obesidade infantil cresce constantemente em diversos países, a estimativa é que 15% das crianças e 20% dos adolescentes são obesos, estes dados comprovam que a obesidade infantil é uma epidemia mundial (VIUNISKI, 1999).

De acordo com Mello, Luft e Meyer (2004), a obesidade ocorre com mais frequência no primeiro ano de vida, entre 5 e 6 anos e na adolescência. Nos Estados Unidos da América, a obesidade infantil chega a um quarto da população infantil, tornando-se um grave problema de saúde pública. Ressalta-se que a obesidade infantil pode ser influenciada pela classe socioeconômica através da educação, da renda, e da ocupação que resultam em padrões comportamentais específicos e que afetam seus hábitos alimentares, o gasto energético e a taxa de metabolismo (MELLO; LUFT *et al*, 2004).

Assim, a obesidade nas crianças e adolescentes vem sendo um dos maiores problemas de saúde pediátrica, tendo em vista seu potencial crescente, tornando-se hoje uma realidade

que traz muitos sofrimentos, sendo de suma importância que seja prevenida e tratada com responsabilidade.

## **O Comportamento Emocional da Criança Obesa**

A primeira relação entre a mãe e o bebê é a amamentação, sendo fundamental para sua sobrevivência, ao sentir fome a criança chora como forma de solicitar o leite materno, quando seu desejo é saciado, passa a ter uma sensação de prazer e bem estar. De acordo com Ajuriaguerra (1980), esse fato é internalizado pelo psiquismo da criança, a qual passa a estabelecer uma estreita relação entre comida e prazer.

Diversas vezes, a comida passa a ser empregada como demonstração de angústia, conflitos e dores, com a busca do bem estar pela criança, o prazer pode ser convertido em compulsão, ou seja, repetição de uma conduta. O prazer de comer pode ainda ser usado para compensar frustrações, sendo inicialmente uma recompensa dos pais, e o comportamento se mantém, podendo ser observado por toda a vida, o que transformará o prazer em dor e sofrimento (AJURIAGUERRA, 1980; CORNETTE, 2008).

Antigamente, a obesidade era vista como um padrão de beleza, sendo cultuada por séculos, hoje, representa um padrão de discriminação, perseguida por preconceitos e alvo de tratamentos na busca do peso ideal. De acordo com Zipper et al (2001, p. 38), as principais características encontradas nos pacientes obesos, são:

Dependência e passividade, imaturidade sexual, agressividade reprimida, tendência à depressão, baixa autoestima, dificuldade nas relações interpessoais e no contato afetivo com os outros, falta de limites, dificuldade em expressar sentimentos, depreciação da imagem corporal, citando-se ainda que problemas mentais aparecem numa frequência de 56%, na população infanto-juvenil obesa, quando avaliados através de métodos padronizados.

Durante a adolescência, o comportamento muda rapidamente, assim o indivíduo sente-se desprovido de equilíbrio, alternando o sentimento de temor e de esperança, com tendência a exagerar na dimensão dos problemas e a não se sentir seguro. Em decorrência do desejo de independência, o adolescente quebra os vínculos familiares, e, assim não pode recorrer a eles em busca de ajuda, nem contar com eles como o fazia quando era criança dependente da sua família (AJURIAGUERRA, 1980; CORNETTE, 2008; BALLONE, 2015).

Nesta fase o indivíduo sente necessidade de compreender o seu comportamento, ter conhecimento de si mesmo para que consiga o domínio de si próprio. Necessita de apoio para estabilizar a sua personalidade e para adequá-la a realidade externa e interna. A obesidade pode ocasionar ao indivíduo possíveis problemas relacionados ao preconceito social e à discriminação, assim, a falta de confiança, sensação de isolamento, bem como a humilhação, decorrente do preconceito e da discriminação a que os indivíduos obesos estão sujeitos, podem remeter a enorme carga psicológica (AJURIAGUERRA, 1980; ZIPPER et al, 2001; CORNETTE, 2008).

Desta forma, sabendo que a obesidade favorece o desenvolvimento de problemas emocionais, é essencial que se compreenda a real gravidade da obesidade infantil, tendo em vista que os problemas ocorridos no psicológico de uma criança podem acarretar consequências para toda sua vida.

#### **4 Resultados**

O tratamento da obesidade abrange fundamentalmente: a reeducação alimentar, o aumento da atividade física e, eventualmente, o uso de algumas medicações auxiliares. De acordo com Ferreira (2010), apesar das alterações do metabolismo do obeso serem conhecidas, e que são necessárias mudanças alimentares e comportamentais, a grande dificuldade está justamente na adesão à estas modificações por parte dos pacientes.

A abordagem à criança obesa na atenção primária à saúde é de suma importância, mesmo em casos que o motivo da procura por atendimento tenha sido outro, e deve ser feita com cautela, explicação e eventual apoio dos pais ou responsáveis, uma vez que não envolve mudanças somente nos hábitos alimentares e de vida da criança, mas de toda uma família. O agente de saúde precisa ficar atento e fazer essa captação, mas torna-se essencial a ajuda dos familiares, que deverão nesse momento se mostrarem solidários a aderirem aos novos hábitos para que o acompanhamento surta efeito (ABESO, 2010; BALLONE, 2015).

Em um estudo recente realizado nos Estados Unidos, foram entrevistados 17 médicos pediatras da Universidade de Wisconsin, da Escola de Medicina e Saúde Pública da seção de pediatria, e tinha como objetivo identificar as ferramentas atuais e estratégias utilizadas pelos pediatras em relação à obesidade infantil, bem como para reavaliar barreiras para o sucesso, e conseguir melhorias no atendimento. Os pediatras entrevistados nesta pesquisa chegaram com facilidade ao diagnóstico de obesidade pediátrica e sempre faziam registro nos relatórios de saúde eletrônicos. Eles tinham várias ferramentas e estratégias à sua disposição para o tratamento e gestão de obesidade, mas muitas vezes não se alcançavam o resultado desejado no que se diz respeito ao peso corporal saudável. A maioria deles não têm conexões com a comunidade inserida pela criança ou o adolescente e a ineficácia de se comunicar com sistemas de referência fora de sua clínica, tais como com nutricionistas, foram problemas encontrados no tratamento e na adesão dos pacientes (TRAUN et al, 2016).

É muito difícil fazer a abordagem de uma criança obesa se não houver comprometimento por parte da família. Alimentos gordurosos e calóricos devem ser retirados das refeições familiares e a busca por atividades físicas até mesmo em coletividade torna-se importante e estimulante à criança. O exemplo vindo da família é o maior incentivo que uma criança pode ter. Fica muito difícil insistir para que uma criança saia de frente do computador e pratique uma atividade física se os adultos não o fazem. Os filhos têm os pais como referência e podem usar isso como desculpa para também não praticarem exercícios físicos ou promover mudanças na alimentação (COLLOCA).

Basicamente o tratamento da obesidade infantil passa por ter uma alimentação ajustada e equilibrada em termos calóricos, com adesão à prática de exercício físico de forma constante e pela mudança de hábitos. Pode-se começar por pequenas mudanças e mais adiante

ir readequando de acordo com as necessidades. Vale salientar que a criança se encontra em fase de crescimento e esse fator contribui para que as mudanças surtam grandes efeitos. Portanto, o agente de saúde da atenção primária deve fornecer todas essas informações aos responsáveis pelos menores, visando a aplicação imediata dessas recomendações. O acompanhamento deve ser feito por equipe interdisciplinar, composta por médicos, nutricionistas, psicólogos, educadores físicos e fisioterapeutas (CHAMBERLAIN et al, 2006; COLLOCA; DUARTE, 2015, OLVERA; POWER, 2010).

A atividade física programada possui benefícios fundamentais à saúde, como melhoria no condicionamento físico, redução da gordura corporal, saúde óssea, diminuição dos sintomas de ansiedade e depressão, entre outros (WHO, 2010). De acordo com a WHO (2010), as seguintes recomendações devem ser comunicadas pelo agente de saúde aos pais e pacientes, visando melhoria do condicionamento físico das crianças e adolescentes obesas:

- 1) Crianças e jovens devem realizar pelo menos 60 minutos de atividade física diariamente;
- 2) A atividade física por mais de 60 minutos diários proporcionará benefícios adicionais à saúde;
- 3) A maior parte da atividade física deve ser aeróbica. Atividades intensas devem ser incorporadas, incluindo as que fortalecem músculos e ossos, pelo menos três vezes por semana.

Para casos de obesidade infantil mais graves, já associados com outras condições, podem ser prescritos medicamentos, mas vale enfatizar que em crianças e adolescentes o tratamento farmacológico se torna um dos últimos recursos. A utilização de medicamentos para auxiliar o tratamento do paciente obeso, é importante que estes sejam ministrados cuidadosamente, sob prescrição médica e não sendo o aspecto mais importante das medidas empregadas. Os medicamentos que estão atualmente disponíveis para tratamento da obesidade podem ser classificados de acordo com seu modo de ação. No entanto, deve-se destacar que o uso de medicação é indicado apenas em casos graves, e que o ideal é que medidas preventivas sejam aplicadas visando evitar tal situação. É importante lembrar que o uso de uma série de substâncias não apresenta respaldo científico, como o uso de diuréticos, laxantes, estimulantes, sedativos e uma série de outros produtos utilizados com frequência e que são recomendados como "fórmulas para emagrecimento", sendo essa estratégia, perigosa, e não apresenta benefícios a longo prazo (SANTOS, 2010).

A cirurgia bariátrica pode ser uma opção eficaz para alguns adolescentes com obesidades graves e que não conseguiram perder peso através de métodos e tratamentos convencionais. No entanto, são em grande parte desconhecidos os efeitos a longo prazo no crescimento e desenvolvimento futuro desse adolescente, tornando-se necessário um acompanhamento por uma equipe de especialistas, como endocrinologista, nutricionista, pediatras e psicólogos. A cirurgia não substitui a necessidade de se seguir uma dieta saudável e um programa de atividade física contínua, e também não garante que o adolescente vá perder o excesso de peso, e nem mesmo que ele será mantido depois. Ressalta-se em todos os casos que os pais que desejam submeter os filhos ao tratamento cirúrgico devem estar cientes

de todos os riscos que o procedimento apresenta e que este não é recomendado apenas para fins estéticos (FERREIRA, 2010; SANTOS, 2010; ABESO, 2015).

## **5 Conclusão**

As crianças e adolescentes obesos podem apresentar dificuldades no desenvolvimento motor e o aspecto emocional pode ser abalado, tendo em vista que sofre estigma pela sua diferença no peso corporal. As causas da obesidade são variadas, indo desde má-alimentação, até o sedentarismo. Muitas crianças passam o dia em frente ao computador, televisão ou vídeo game, o que torna suas vidas sedentárias e auxiliam no aumento de peso.

Verificou-se que o que antes era apenas uma preocupação estética, hoje se configura como um problema de saúde pública com índices crescentes no Brasil e no mundo, merecendo bastante atenção dos especialistas, uma vez que pode desencadear uma série de outras doenças como distúrbios do sono, problemas cardíacos, metabólicos e pulmonares, levando o paciente a sérios riscos, inclusive, a morte.

Com o ritmo acelerado que a sociedade está hoje, comer bem e fazer exercícios ficou em segundo plano. As comidas industrializadas ganharam espaço, quanto mais rápida e prática a comida, mais fácil é o consumo, assim, é possível justificar o aumento da obesidade em índices alarmantes.

Assim sendo, a abordagem, o acompanhamento e o incentivo ao tratamento às crianças obesas na atenção primária à saúde é de suma importância na prevenção de doenças, distúrbios e problemas psicológicos que poderão acompanhá-las por toda uma vida. Uma abordagem feita ainda na infância, por uma equipe interdisciplinar, englobando médicos, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais, e em diálogo com a família e a escola, contribuirá para um resultado efetivo e para a diminuição de morbidades futuras, diminuindo até mesmo as demandas e sobrecargas geradas pelas doenças atreladas a obesidade no Sistema Público de Saúde.

## Referências

Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e de Síndrome Metabólica - ABESO. Japoneses apertam o cinto 2010; Disponível em:<<http://www.abeso.org.br/lenoticia/442/japonesesapertam-o-cinto.shtml>> Acessado em: abril de 2015.

OMS: Obesidade mata 2,8 milhões por ano. 2012. Disponível em:< <http://www.abeso.org.br>> Acesso em: 27 mar. 2014.

AJURIAGUERRA, J. Manual de Psiquiatria Infantil. Rio de Janeiro: Masson, 1980.

ADAMS, J. P.; MURPHY, P.G. Obesidade e a intensidade das doenças. Jornal Brasileiro de Anestesia, 2000.

BALLONE, G. J. Obesidade, In PsiqWeb, Internet, disponível em <http://www.psiqweb.med.br/>, revisto em 2007. Acesso em: abril de 2015.

CHAMBERLAIN L, WANG Y, ROBINSON T. Does children's screen time predict requests for advertised products? Cross-sectional and prospective analyses. Arch Pediatr Adolesc Med., 2006.

COLLOCA, E. A.; DUARTE, A. C. G. Obesidade infantil: etiologia e encaminhamentos, uma busca na literatura. Disponível em: <<http://www.eefe.ufscar.br/pdf/2a/colloca.pdf>>, revisto em 2008. Acesso em: março de 2015.

CORNETTE R. The Emotional Impact of Obesity on Children, 2008.

FERREIRA, Evelin J. Monti. Módulo 1 – Obesidade: um risco à saúde. 2010. Disponível em: [www.eupossomesmo.com.br](http://www.eupossomesmo.com.br). Acessado em: abril de 2015.

FISBERG, M. Obesidade na infância e na adolescência. Ciência Hoje. N. 28, (164), 35-37. 2000.

GIL, A.C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

LOUIE, J.K; ACOSTA, M; WINTER, K; JEAN, C; SHILPA, G; SCHECHTER, R; VUGIA, D. Factors associated with death or hospitalization due to pandemic 2009 influenza A(H1N1) infection in California. JAMA. 302(17), p. 1896-1902, 2009.

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, janeiro de 2004.

OLVERA N, POWER T. Brief Report: Parenting Styles and Obesity in Mexican American Children: A Longitudinal Study. J Pediatr Psychol, 2010.

RENMAN, C.; ENGSTROM I.; SILFVERDAL, S.A.; AMAN, J. Mental health and psychosocial characteristics in adolescent obesity: a population-based case-control study. Acta Paediatrica, 1999.

SANTOS, L.A.S. Da dieta à reeducação alimentar: algumas notas sobre o comer contemporâneo a partir dos programas de emagrecimento na internet. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 2010.

SILVA, R.M.; KOOPMANS, F.F.; SÁ, R.C.B.; PAULINO, E.F.R. Intervenções de enfermagem junto à família na prevenção da obesidade infantil. *Cadernos de Pesquisa e Extensão*. Vol. 1, N. 1, 2010.

TRAUN, B.D; TRACY L.F; MEINEN, A; MIKE, R.D.; DANIELS, BS; PATRICK L.; REMINGTON, MD. A Qualitative Pilot Study of Pediatricians' Approach to Childhood Obesity. *WMJ*, v.115, n.03, 2016.

VILARTA, R; BOCCALETTO, E.M.A. Atividade física e qualidade de vida na escola: conceitos e aplicações dirigidas à graduação EM Educação Física. 1ª ed. Campinas, São Paulo: IPES, 2008.

VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS CRÔNICAS POR INQUÉRITO TELEFÔNICO, VIGITEL, 2012. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel\\_brasil\\_2011\\_fatores\\_risco\\_doencas\\_cronicas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2011_fatores_risco_doencas_cronicas.pdf)> Acessado em 04/07/2015.

VIUNISKI, N. Obesidade infantil: um guia prático para profissionais da saúde. Rio de Janeiro: Ed. EPUB, 1999. WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Global recommendations on physical activity for health. Geneva:

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Global recommendations on physical activity for health. Geneva: WHO, 2010

ZIPPER, E; VILA, G; DABBAS, M; BERTRAND, C; MOUREN-SIMÉONI, M.C.; ROBERT, J.J.; RICOUR, C. Obesity in children and adolescents, mental disorders and familial psychopathology. *Press Med.*, v. 20, n. 30, 2001.