



## Manejo do sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes por enfermeiras: estudo de métodos mistos\*

Renata Cardoso Oliveira<sup>1,2</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-9410-9650>

Rafaella Queiroga Souto<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-7368-8497>


José Luís Guedes dos Santos<sup>3</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-3186-8286>

Altamira Pereira da Silva Reichert<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-4295-6698>

Elisabeth Luisa Rodrigues Ramalho<sup>1,4</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-2469-4767>

Neusa Collet<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-4795-0279>

**Destaques:** (1) Há fragilidades no manejo da obesidade em crianças e adolescentes por enfermeiros. (2) Adotado método misto, que é novo e tem compreensão e inferência em um só estudo. (3) Estudo sugere a elaboração de protocolos específicos para os enfermeiros. (4) Pesquisa sugere ações de educação continuada para os enfermeiros. (5) Com manejo adequado será possível oportunizar a redução dessa morbidade e comorbidades.

**Objetivo:** analisar o manejo do sobrepeso e da obesidade de crianças e adolescentes por enfermeiras da Estratégia Saúde da Família.

**Método:** estudo de método misto paralelo convergente, desenvolvido em Unidades Básicas de Saúde, de um município do nordeste brasileiro. Na etapa quantitativa, os dados foram coletados a partir de um questionário aplicado a 98 enfermeiras e analisados por meio de estatística descritiva. Para a etapa qualitativa, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com sete enfermeiras, interpretadas pela análise temática indutiva. Os resultados quantitativos e qualitativos foram integrados e apresentados por meio de *joint display*.

**Resultados:** a maioria dos enfermeiros raramente verificava a circunferência da cintura (77,6%), dislipidemia (55,7%), glicemia (42,3%) e nenhum avaliava a pressão arterial (75,3%). Nos resultados qualitativos, identificamos que há enfermeiros que não classificavam o índice de massa corporal segundo sexo e idade. Quanto aos exames, as solicitações estavam relacionadas principalmente à rotina de puericultura. As orientações sobre atividade física e alimentação foram dadas de forma básica ou atribuídas a outros profissionais, e os encaminhamentos para outros serviços ou profissionais sem seguimento pelos enfermeiros. **Conclusão:** é imperioso a capacitação dos enfermeiros para o manejo do sobrepeso e obesidade na atenção primária para crianças e adolescentes com vistas a qualidade do atendimento para a prevenção de comorbidades.

**Descritores:** Criança; Adolescente; Obesidade; Sobrepeso; Enfermagem Pediátrica; Atenção Primária à Saúde.

\* Este artigo refere-se à chamada temática "Saúde dos adolescentes e o papel do enfermeiro". Editado pela Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil. A publicação deste suplemento foi apoiada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS). Os artigos passaram pelo processo padrão de revisão por pares da revista para suplementos. As opiniões expressas neste suplemento são exclusivas dos autores e não representam as opiniões da OPAS/OMS. Artigo extraído da tese de doutorado "Manejo do sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes por enfermeiras da estratégia saúde da família: estudo de métodos mistos", apresentada à Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil.





<sup>1</sup> Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil.

<sup>2</sup> Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

<sup>3</sup> Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

<sup>4</sup> Bolsista do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil.

### Como citar este artigo

Oliveira RC, Souto RQ, Santos JLG, Reichert APS, Ramalho ELR, Collet N. Management of overweight and obesity in children and adolescents by nurses: a mixed-method study. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2022;30(spe):e3789. [Access   ]; Available in:  <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6294.3789>

## Introdução

A obesidade se tornou um sério problema de saúde pública a nível mundial, uma vez que atinge faixas etárias cada vez mais precoces, tem caráter epidêmico e é considerada fator de risco para outras doenças<sup>(1)</sup>. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a obesidade como condição crônica multifatorial caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal, acarretando prejuízos à saúde<sup>(2)</sup>.

No Brasil, a classificação de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes é realizada segundo as curvas de crescimento da OMS, disponíveis nas cadernetas da criança e do adolescente. Os pontos de corte para essa classificação do estado nutricional estão de acordo com o escore ou percentil. A criança de até cinco anos é considerada com sobrepeso quando o escore é  $> + 2$  e  $\leq + 3$  ou  $>$  percentil 97 e  $\leq$  percentil 99,9 e obesidade quando o escore é  $> + 3$  ou  $>$  percentil 99,9. Na faixa etária de 5-20 anos incompletos, quando o escore é  $> + 2$  e  $\leq + 3$  ou  $>$  percentil 97 o estado é considerado de obesidade, e quando o escore é  $> + 3$  ou  $>$  percentil 99,9 define-se como obesidade grave<sup>(3)</sup>.

A obesidade, além de aumentar os riscos para o acometimento do diabetes mellitus tipo 2, doenças cardiovasculares, certos tipos de tumores<sup>(4-5)</sup> e o agravamento de casos de COVID-19<sup>(6)</sup>, em crianças e adolescentes, pode ocasionar dificuldades respiratórias, aumento do risco de agravos osteoarticulares, resistência à insulina, síndrome metabólica, dislipidemias, hipertensão arterial sistêmica e efeitos psicológicos como baixa autoestima, isolamento social e transtornos alimentares<sup>(3-5)</sup>.

No mundo, aproximadamente 40 milhões de crianças e adolescentes de 5 a 19 anos apresentam sobrepeso ou obesidade<sup>(3)</sup>. A OMS estima que o número de crianças obesas no planeta alcance 75 milhões em 2025<sup>(7)</sup>. No Brasil, estima-se que cerca de 6,2 milhões de crianças menores de 10 anos tenham sobrepeso e 2,9 milhões, obesidade. Quanto aos adolescentes, esses valores alcançam 9,7 e 3,4 milhões, respectivamente<sup>(3)</sup>.

Em relação às crianças acompanhadas na Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde (SUS), 14,8% dos menores de cinco anos e 28,1% das crianças entre cinco e nove anos têm excesso de peso, e desses segundo o Índice de Massa Corporal (IMC), 7% e 13,2%, respectivamente, eram obesos para a sua idade. No que diz respeito aos adolescentes acompanhados na APS, 27,9% apresentavam sobrepeso e 9,7% obesidade<sup>(3)</sup>. Referente a los adolescentes monitorizados en la APS, 27,9% mostraban sobrepeso y 9,7% eran obesos<sup>(3)</sup>.

Embora os fatores biológicos exerçam forte influência na obesidade e no sobrepeso, o aumento de

sua prevalência, nas últimas décadas, está relacionado à adesão a hábitos de vida não saudáveis<sup>(8)</sup>. Assim, a obesidade pode ser evitada ou minimizada se houver prevenção e/ou assistência oportuna com enfoque em recomendações voltadas para crianças, jovens e seus familiares para adesão a uma alimentação saudável a fim de alcançar bons resultados, com consumo de alimentos mais naturais e menos industrializados, realização de atividade física, sono de qualidade e redução do uso de telas e do sedentarismo<sup>(9)</sup>.

Diante das complicações ocasionadas pela obesidade, os altos índices de prevalência e a necessidade de manejo dessa doença crônica, os gestores e os profissionais da saúde devem estar atentos e capacitados para minimizar a incidência, a prevalência e as suas consequências<sup>(10)</sup>.

O manejo do sobrepeso e da obesidade em crianças e adolescentes é uma das atribuições do enfermeiro, função ancorada em base legal que a legitima, abarcando ações relacionadas à antropometria, avaliação do estado nutricional, orientações sobre o estilo de vida saudável, solicitação de exames, identificação de fatores de risco e morbidades mais recorrentes associadas ao excesso de peso e realização de encaminhamentos para outros profissionais, quando necessário<sup>(3,11-14)</sup>.

Apesar de ainda serem considerados escassos os estudos sobre a atuação das enfermeiras da APS no manejo do sobrepeso e da obesidade em crianças e adolescentes, as publicações recentes evidenciam fragilidades nas condutas profissionais para implementação da promoção, prevenção e tratamento dessa morbidade<sup>(14-19)</sup>. Entre elas estão estudos realizados na Austrália<sup>(17)</sup>, Suécia<sup>(19)</sup> e Nova York<sup>(20)</sup>. A identificação desse manejo é o primeiro passo para subsidiar a elaboração de protocolos e capacitação específica para os enfermeiros, visando à busca de melhoria nos cuidados em saúde, bem como na qualidade de vida infantojuvenil.

A partir do panorama apresentado, este estudo objetiva analisar o manejo do sobrepeso e da obesidade de crianças e adolescentes por enfermeiras da Estratégia Saúde da Família.

## Método

### Tipo de estudo

Trata-se de estudo de método misto, do tipo paralelo convergente, que se caracteriza pela coleta e análise dos dados qualitativos e quantitativos de forma simultânea e independente. Ao final do estudo, os resultados são fundidos em busca das convergências e/ou divergências entre eles, considerando a mesma atribuição de peso às duas abordagens (QUAN + QUAL)<sup>(21)</sup>.

Nesse sentido, foi desenvolvido um estudo quantitativo transversal e uma pesquisa exploratória-descritiva de abordagem qualitativa. Justifica-se a utilização do método misto pela possibilidade de uma compreensão mais profunda e detalhada do objeto de estudo, por meio da integração das abordagens QUAN + QUAL. Assim, essa metodologia permite investigar tanto as ações para o manejo do sobrepeso e da obesidade desenvolvidas pelas enfermeiras, quanto a maneira como elas são realizadas.

No tocante à observância do rigor metodológico do estudo, foi utilizado o instrumento *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE) para o elemento ou estudo quantitativo e o *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) para o elemento ou estudo qualitativo. Além dessas guias da Rede Equator, adotaram-se as recomendações do *Mixed Methods Appraisal Tool* (MMAT)<sup>(22)</sup> para o rigor metodológico de estudos mistos.

### Local da coleta de dados

A coleta de dados foi desenvolvida em UBS do município de Campina Grande, Paraíba (PB), Brasil.

No referido município de saúde, a rede de Atenção Básica em Saúde, no ano de 2019 (época da coleta de dados), apresentava uma cobertura da ESF de 88% a 89,6%, com 87 UBS em área rural, urbana e nos distritos circunvizinhos de responsabilidade da cidade. Essas UBS na secretaria de saúde desse município eram agrupadas no território em Distritos Sanitários (DS), com a seguinte distribuição de equipes: 15 equipes de Saúde da Família (eSF) no DS I; 12 eSF no DS II (sendo três em área rural); 15 eSF no DS III; oito eSF no DS IV (sendo três em área rural); 11 eSF no DS V; 12 eSF no DS VI (sendo três em área rural); seis eSF no DS VII; três eSF no DS VIII; 13 eSF no DS IX; e 11 eSF no DS X. Portanto, 106 eSF, com uma enfermeira em cada equipe.

### Período

A coleta de dados ocorreu entre maio de 2019 e março de 2020.

### População

A população da pesquisa foi composta pelas 106 enfermeiras das eSF que trabalhavam nas UBS urbanas, rurais e dos distritos sob responsabilidade da secretaria municipal de saúde do município em estudo.

### Critérios de seleção

Os critérios de inclusão estabelecidos foram: cadastradas na função de enfermeira nas eSF das UBS urbanas, rurais e dos distritos administrativos que estavam sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde do município de Campina Grande (PB); e estar no exercício de sua função por um período superior a três meses. Os critérios de exclusão foram: estar de férias, licença ou afastada; ser estagiária ou enfermeira substituta da UBS. Foi considerada perda após a quarta tentativa, sem êxito, de encontro com o profissional para a coleta de dados.

### Coleta de dados

Os dados de ambas as abordagens foram coletados de forma concomitante. A entrevista qualitativa foi realizada antes da aplicação do instrumento quantitativo, para que os seus itens estruturados não influenciassem nas respostas dos participantes. A coleta dos dados foi realizada no período pré-pandemia do novo coronavírus, portanto, foram realizadas presencialmente nas UBS e ocorriam quando as enfermeiras terminavam os seus turnos de trabalho ou quando tinham um período livre entre os atendimentos.

### Elemento quantitativo ou Etapas do estudo quantitativo

#### Participantes

A abordagem quantitativa foi realizada por meio de censo<sup>(23)</sup>, ou seja, com a população de enfermeiras das eSF do município em estudo, com exceção das perdas e exclusões. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, das 106 enfermeiras cadastradas na secretaria de saúde do município sete profissionais foram excluídas, sendo uma por ter menos de três meses de trabalho na instituição, três por estarem de férias e três por estarem de licença prêmio. Também houve uma perda após a quarta tentativa de contato. Portanto, participaram do estudo quantitativo 98 profissionais.

#### Variáveis do estudo

Os dados quantitativos foram coletados por meio de um questionário elaborado com base nas diretrizes e manuais do Ministério da Saúde (MS) para o manejo do sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes, contendo 25 questões com variáveis categóricas nominais e ordinais, que contemplaram os seguintes aspectos:

Materiais disponíveis nas UBS para a realização do manejo do sobrepeso, obesidade e suas comorbidades;

Antropometria, que consistiu na avaliação das medidas antropométricas de crianças e adolescentes realizadas pelas enfermeiras;

Anamnese, que permitiu verificar as ações realizadas pelas enfermeiras em busca do histórico familiar e pessoal de crianças e adolescentes relacionados ao sobrepeso e obesidade, bem como as orientações para a adoção de um estilo de vida saudável;

Morbidades associadas ao excesso de peso, que avaliou o que as enfermeiras faziam para identificar as consequências da obesidade;

Programa de Saúde na Escola, que investigou como está sendo a assistência realizada pelos enfermeiros no ambiente escolar.

#### *Instrumentos para a coleta das informações*

Foi elaborado um instrumento estruturado, devido a lacuna na literatura de questionário para avaliação do manejo das enfermeiras da ESF sobre sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes. Esse instrumento foi construído tendo como foco as diretrizes para o manejo do sobrepeso e obesidade contidas no Caderno de Atenção Básica nº 38: Obesidade do Ministério da Saúde<sup>(11)</sup> e no

Manual da Sociedade Brasileira de Pediatria para crianças e adolescentes com obesidade<sup>(12)</sup>. Também tomou-se como base a Lei nº 7498/1986, relativa ao exercício profissional<sup>(24)</sup>, a Resolução nº 195/1997, que dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por enfermeiros<sup>(25)</sup>, e o Protocolo do Enfermeiro na ESF do estado da Paraíba<sup>(13)</sup>.

Para avaliação da confiabilidade e consistência interna do instrumento de coleta de dados, foi aplicado o coeficiente alfa de Cronbach, cujos resultados variam entre 0 e 1, sem limites negativos. Quanto mais próximo o coeficiente alfa de Cronbach estiver de 1, maior será a consistência interna dos itens da escala. Assim, tem-se como parâmetros para avaliação:  $\alpha > 0,9$  – excelente;  $\alpha > 0,8$  – bom;  $\alpha > 0,7$  – aceitável;  $\alpha > 0,6$  – questionável;  $\alpha > 0,5$  – ruim; e  $\alpha < 0,5$  – inaceitável<sup>(26)</sup>. Nesse sentido, o domínio "Materiais da UBS e Antropometria", embora não tenha atingido o valor de confiabilidade 0,7, foi mantido na análise devido a sua importância para avaliação e manejo do sobrepeso e obesidade. Além disso, o valor de alfa de Cronbach obtido nessa dimensão não chega a ser considerado ruim ou inaceitável. Portanto, os itens são homogêneos e o instrumento mede adequadamente o construto para o qual foi aplicado (Tabela 1).

Tabela 1 – Valores do Alpha de Cronbach referentes às dimensões do manejo do sobrepeso e obesidade de crianças e adolescentes realizados por enfermeiras da Estratégia Saúde da Família. Campina Grande, PB, Brasil, 2019-2020

Ações da enfermeira	Alfa de Cronbach
Materiais da UBS e Antropometria	0,605
Anamnese	0,742
Morbidades	0,747
PSE	0,730
Total	0,706

#### *Coleta de dados*

O questionário quantitativo foi aplicado face a face com os participantes, e as perguntas foram realizadas de forma imparcial às enfermeiras.

#### *Tratamento e análise dos dados*

Foi utilizado o *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 18.0 para análise descritiva de todas as variáveis por meio da frequência absoluta e relativa, medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio padrão). Os dados ausentes foram tratados como *missing*.

#### **Elemento qualitativo ou Etapas do estudo qualitativo**

##### *Participantes*

Foram entrevistadas sete enfermeiras de diferentes DS, selecionadas por conveniência, levando em consideração a disponibilidade de tempo em participar das

entrevistas, as quais foram realizadas no ambiente de trabalho das enfermeiras.

#### *Instrumentos utilizados para a coleta das informações*

Foi realizada entrevista com roteiro semiestruturado, a partir da seguinte questão norteadora: como é realizado o manejo do sobrepeso ou da obesidade em crianças e adolescentes?

#### *Coleta de dados*

As entrevistas foram realizadas em sala privativa disponível na UBS e gravadas em áudio por mídia digital, com duração média de 43 minutos cada, após anuência das entrevistadas. As participantes foram conduzidas pela pesquisadora principal do estudo, discente de doutorado. Em relação à confiabilidade da abordagem qualitativa, foram seguidos os preceitos contemplados

por Sandelowski<sup>(27)</sup>. Notas de campo foram feitas após as entrevistas.

O encerramento da coleta ocorreu mediante o critério de suficiência, quando se certificou de que uma lógica interna dos dados foi alcançada, tornando possível traçar um quadro compreensivo acerca do objeto de estudo<sup>(28)</sup>.

#### Tratamento e análise dos dados

As entrevistas foram transcritas na íntegra e interpretadas pela análise temática indutiva (ATI)<sup>(29)</sup>. O quadro conceitual que balizou essa análise foi o manejo do sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes contidas nas diretrizes nacionais<sup>(3,11-14)</sup> com respeito às Leis, Resoluções e ao Protocolo do Enfermeiro<sup>(24-25)</sup>.

A ATI foi desenvolvida em seis etapas. Na primeira, foi realizada a familiarização dos dados por meio da transcrição, leitura e releitura para levantamento de ideias iniciais. Na segunda, procedeu-se à produção dos códigos iniciais a partir da organização sistematizada do conjunto dos dados em grupos semânticos significativos. Na terceira, realizou-se a busca por temas potenciais, por meio do agrupamento de códigos. Na quarta fase, os temas construídos foram revisados para confirmar se estavam de acordo com os extratos codificados e o conjunto de dados. Na quinta, executou-se uma nova análise de refinamento para nomear os temas. Na sexta e última fase, elaborou-se o relatório que está apresentado na seção de resultados deste trabalho.

Embora seja um processo sequencial, é importante ressaltar que essas etapas são flexíveis e permitiram um movimento de ida e volta pelo conjunto de dados, extratos codificados e análise produzida ao longo das fases<sup>(29)</sup>. A partir dos agrupamentos, identificaram-se 65 códigos, que geraram o tema: "Manejo do sobrepeso ou obesidade em crianças e adolescentes realizado por enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família (ESF)".

Após análises quantitativa e qualitativa dos dados, de forma independente e seguindo todo o rigor metodológico específico para cada um dos elementos, foi realizada a

fusão dos dados. Na integração, os resultados quantitativos e qualitativos foram comparados a fim de identificar convergências e divergências, bem como combinações para melhor entendimento na resposta ao propósito geral do estudo, interpretadas em uma única conclusão<sup>(21)</sup>.

Os dados fundidos são apresentados em um *joint display* na seção de resultados.

#### Aspectos éticos

Este estudo foi desenvolvido em conformidade à Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e seus complementares, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com o parecer nº 4.174.864 e CAAE 10627619.9.0000.5188. Todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e foram identificados por "E" seguido do numeral correspondente à ordem crescente da realização das entrevistas para garantia do anonimato.

#### Resultados

Dos 96 (100%) enfermeiros, a maioria era do sexo feminino (n=94; 95,9%), média de idade de 43,46 anos (desvio-padrão [DP]) =9,24, sendo a mínima de 25 e a máxima de 65 anos. Quanto à titulação, 83,7% tinham especialização (n=82), 15,3% mestrado (n=15) e 1% (n=1), doutorado.

Quanto aos resultados dos exames, grande parte dos enfermeiros (n=53; 54,6%) os solicitava. Porém, foi identificado que 55,7% e 42,3% dos enfermeiros apresentaram lacunas no manejo dos parâmetros para identificação do excesso de peso em relação a dislipidemia e glicemia, respectivamente. Além disso, a maioria dos enfermeiros apresentaram falhas na verificação dos parâmetros de circunferência abdominal (n=77; 77,6%) e a pressão arterial (n=73; 75,3%). Cabe destacar que 59,8% referiram ter apenas o aparelho de pressão para adultos na UBS (Tabela 2).

Tabela 2 – Avaliação dos riscos cardiovasculares de crianças e adolescentes diagnosticados com excesso de peso, por enfermeiras da Estratégia Saúde da Família (n=97). Campina Grande, PB, Brasil, 2019-2020

Variáveis	Nunca	Raramente	Às vezes	Sempre	Total
Dislipidemia	28 (28,9)	11 (11,3)	15 (15,5)	43 (44,3)	97 (100,0)
Glicemia	14 (14,4)	9 (9,3)	18 (18,6)	56 (57,7)	97 (100,0)
Avaliação da circunferência abdominal	48 (49,0)	9(9,2)	19(19,4)	22(22,4)	98(100,0)
Pressão arterial	52 (53,6)	9 (9,3)	12 (12,4)	24 (24,7)	97 (100,0)

Para avaliação alimentar de crianças e adolescentes diagnosticados com excesso de peso, a maior parte dos

enfermeiros não utilizava a ficha do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan), mas referiu realizá-la



abordando a alimentação saudável (n=83; 85,6%), atividade física (n=57; 58,2%) e encaminhamento dos

pacientes para outros profissionais ou outro setor de assistência (86,6%; n=84) (Tabela 3).

Tabela 3 – Ações realizadas na consulta de crianças e adolescentes diagnosticados com excesso de peso, por enfermeiras da Estratégia Saúde da Família (n=98). Campina Grande, PB, Brasil, 2019-2020

Variáveis	Sim	Não	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Avaliação alimentar (ficha do Sisvan)	26 (26,5)	72 (73,5)	98 (100,0)
Orientações sobre alimentação	83 (85,6)	14 (14,4)	97 (100,0)
Orientações sobre atividade física	57 (58,2)	41 (41,8)	98 (100,0)
Encaminhamento para outros profissionais ou outro setor de assistência	84 (86,6)	13 (13,4)	97 (100,0)

Mediante análise temática indutiva do conjunto de dados qualitativos, foi construído o tema "Manejo do sobrepeso ou obesidade em crianças e adolescentes realizado por enfermeiras da ESF". As enfermeiras apresentaram fragilidades no conhecimento e na prática para a realização do manejo do sobrepeso ou da obesidade de crianças e adolescentes. Evidenciou-se que as profissionais apresentaram lacunas na avaliação da circunferência abdominal: *A circunferência [abdominal] a gente só faz de hipertenso [adulto]. E se por acaso for realmente um adolescente ou uma criança obesa, eu não sei se a médica pede, eu não [peço]. [...] Geralmente é só peso e altura (E7).*

As participantes explicitaram alguns parâmetros para avaliação da pressão arterial na população infantojuvenil: *Não, um adulto acima de quatorze por nove já está alterado. Mas uma criança acima de doze por oito, treze por nove, por aí, já está em sinal de alerta também (E4).*

Algumas enfermeiras avaliavam somente o IMC, sem considerar o gráfico da caderneta de acordo com a idade e sexo. *Na hora que eu abro aqui o PEC [Prontuário Eletrônico do Cidadão], como ela [técnica] já colocou as medidas, então, ele [IMC] já fica aqui para mim como é que está. Aí, aqui hoje eu faço menos pelo gráfico e faço mais realmente só pelo IMC (E7).*

Em relação à solicitação de exames, limitaram-se àqueles de rotina da puericultura, não sendo próprios para avaliação de possíveis complicações relacionadas ao excesso de peso. *Os [exames] de puericultura mesmo: o hemograma completo, o colesterol, triglicérides, é... glicemia, sumário de urina e parasitológico de fezes, que é o protocolo da puericultura (E2).*

As limitações do sistema de regulação (Sisreg) também foram apontadas como justificativa para não solicitar exames de crianças acima do peso. *Quem solicita*

*os exames é a médica, como a gente sabe que existe hoje uma central de regulação, existem uns critérios, eu fico temerosa, às vezes, em solicitar alguns exames e quando você colocar na regulação ser impedido porque foi solicitado pela enfermeira (E6).*

As enfermeiras referiram que orientações sobre a atividade física eram responsabilidade do educador físico. *Quem deveria fazer isso [orientar sobre atividade física] era o educador físico, a enfermeira não faz isso (risos). A gente não tem esse tipo de treinamento e de orientação na atenção básica (E2).*

Ao identificar o excesso de peso na criança, algumas enfermeiras faziam recomendações básicas de alimentação e encaminhavam para o nutricionista. Porém, outras realizavam o encaminhamento sem o aconselhamento nutricional. *Crianças que são identificadas com obesidade, encaminhado para o nutricionista. [...] Eu passo o plano alimentar para o nutricionista, porque não é minha competência (E3).*

Quando realizavam encaminhamento para o nutricionista, em geral, não acompanhavam o itinerário e o desfecho terapêutico da criança ou do adolescente com excesso de peso, tampouco havia diálogo entre a enfermeira e os profissionais que recebiam o encaminhamento.

*Depois que eu enviei para ela [nutricionista], não volta [...] só se for uma criança de puericultura, aí realmente ela vai voltar posteriormente para as consultas subsequentes (E3).*

Os resultados da integração dos dados quantitativos e qualitativos estão apresentados em um *joint display*, que exhibe simultaneamente os resultados quantitativos, qualitativos e sua fusão, dando melhor visibilidade às informações. Houve convergência em todos os elementos. No elemento qualitativo, também foi possível identificar singularidades (Figura 1).

QUANTITATIVO	QUALITATIVO	INTEGRAÇÃO/INFERÊNCIA
<b>Circunferência abdominal</b>		
A circunferência abdominal não era verificada por 77,6% (n*=77) das enfermeiras	<i>A circunferência só fazemos de hipertenso e, se por acaso for realmente um adolescente ou uma criança obesa, eu não sei se a médica pede, eu não.</i> (E7 <sup>1</sup> )	A maioria das enfermeiras não verificava e não avaliava regularmente a circunferência abdominal de crianças e adolescentes.
<b>Atividade física</b>		
A maior parte das enfermeiras (n=57; 58,2%) orientava para realização de atividade física.	<i>Nós orientamos para fazer atividade física, mas tudo muito básico [...] é voltado mais para o adolescente, [...] nunca orientei nenhuma criança com relação à atividade física.</i> (E7 <sup>1</sup> )	As enfermeiras orientavam quanto à prática de atividade física. No entanto, na abordagem qualitativa identificou-se que essas orientações eram voltadas principalmente para crianças maiores ou adolescentes.
<b>Alimentação</b>		
A maioria afirmou orientar sobre alimentação saudável (n=83;85,6%), mas 73,5% não utilizavam a ficha do Sisvan.	<i>Eu dou a orientação básica e encaminho para a nutricionista, não fico com o planejamento alimentar para a criança obesa, não. Eu passo o plano alimentar para ela, porque não é minha competência.</i> (E2 <sup>1</sup> )	A maioria das enfermeiras realizava orientações sobre a alimentação saudável, porém fazia de forma básica e encaminhava para a nutricionista. Outras realizavam o encaminhamento sem o aconselhamento nutricional, por acharem que não é responsabilidade dos enfermeiros.
<b>Exames laboratoriais</b>		
A maioria da amostra (n=53; 54,6%) solicitava exames, mas 55,7% não solicitava sempre para avaliação da dislipidemia e 42,3% para avaliação da glicemia de crianças e adolescentes diagnosticadas com excesso de peso.	<i>[...] sou muito resistente para pedir exame de criança. A gente sabe mais ou menos o que acontece nessa faixa etária, então, não preciso estar maltratando a criança [...].</i> (E5 <sup>1</sup> )  <i>Não tem outra comorbidade. É difícil mesmo, crianças obesas não têm alterações, a não ser de lipídeos.</i> (E2 <sup>1</sup> )  <i>Quando apresenta alguma comorbidade, já não é uma questão minha. [...] As outras partes são questões da conduta médica. Eu também não vou muito além do que é meu, então me restrinjo ao que é da parte da enfermagem.</i> (E6 <sup>1</sup> )	As enfermeiras solicitavam exames. Porém, não eram direcionados para a avaliação de possíveis complicações relacionadas ao excesso de peso, como as dislipidemias e glicemia. As enfermeiras que não solicitavam exames informaram que era devido saberem o que a criança tinha; receio da solicitação ser impedida pelo sistema de regulação por ter sido solicitada pelo profissional de enfermagem; entendimento de que a criança com excesso de peso não tinha comorbidades; e não compreendiam que eram de responsabilidade, também, da enfermeira.
<b>Pressão arterial</b>		
A maior parte das enfermeiras não tinha o hábito de sempre verificar a pressão arterial de crianças e adolescentes com excesso de peso (n=73; 75,3%), e 59,8% delas afirmaram ter apenas o aparelho de pressão para adulto em sua UBS <sup>+</sup> (n*=58; 59,8%).	<i>Em criança, não aferimos porque nós não temos o aparelho. Só quando chega um adolescente, que já tem uma estatura que podemos usar o de adulto, mas de criança não afere.</i> (E1 <sup>1</sup> )  <i>[...] para a criança sei que ela tem que estar com uma pressão bem abaixo de doze por oito. Se estiver acima disso, alterada, honestamente já mando para a médica. Agora, hoje não sei lhe responder se para adolescente tem alguma diferença do valor pressórico do adulto para o adolescente.</i> (E7 <sup>1</sup> )	A maioria das enfermeiras não verificava a pressão arterial de crianças e adolescentes regularmente, alegando falta de aparelho adequado para essa faixa etária. Além disso, o estudo qualitativo identificou que as enfermeiras não utilizavam e não tinham o conhecimento sobre os parâmetros dos percentis para avaliação da pressão arterial preconizados para crianças e adolescentes.
<b>Encaminhamentos</b>		
A maioria das enfermeiras 86,6% (n=84) afirmou que encaminha a criança ou o adolescente com sobrepeso ou obesidade para outros profissionais ou setores de assistência.	<i>Com o nutricionista a gente não tem contato. A gente não tem contato, infelizmente a gente não tem.</i> (E6 <sup>1</sup> )	As enfermeiras encaminhavam a criança ou o adolescente com sobrepeso ou obesidade para outros profissionais. Além disso, o estudo qualitativo identificou que, após esse encaminhamento, as enfermeiras não acompanhavam mais a criança ou o adolescente com excesso de peso, e não havia um diálogo entre a enfermeira e o nutricionista sobre o paciente, devido à demanda de atendimentos.

\*n = Número; <sup>1</sup>E = Enfermeira; <sup>+</sup>UBS = Unidade Básica de Saúde

Figura 1 – Integração concomitante dos dados sobre o Manejo do sobrepeso/obesidade de crianças/adolescentes, por enfermeiras da Estratégia Saúde da Família (n=98). Campina Grande, PB, Brasil, 2019-2020

## Discussão

A análise do manejo do sobrepeso e da obesidade em crianças e adolescentes realizado por enfermeiras da ESF evidenciou fragilidades no conhecimento e na prática clínica dos enfermeiros.

As consequências da obesidade acometem toda a fase de crescimento e desenvolvimento da criança e do adolescente e podem permanecer a curto, médio ou longo prazo. Essa condição está associada a maior chance de morte prematura, manutenção da obesidade e incapacidade na idade adulta<sup>(3)</sup>.

A literatura recomenda identificar e cuidar do sobrepeso e obesidade em idades cada vez mais jovens e realizar orientações direcionadas a crianças e adolescentes e seus familiares para adesão a um estilo de vida mais saudável<sup>(11,30)</sup>.

Para a realização desse manejo, de acordo com o Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde<sup>(11)</sup> e o Manual Instrutivo para o Cuidado da Criança e do Adolescente com Sobrepeso e Obesidade no Âmbito da Atenção Primária à Saúde<sup>(3)</sup>, o enfermeiro da ESF pode realizar antropometria; avaliação do estado nutricional; abordagem e estímulo à adoção de um estilo de vida saudável; solicitação de exames de glicemia, colesterol, triglicerídeos, curvas de glicemia e insulina, transaminase oxalacética (TGO), transaminase pirúvica (TGP), gama glutamil transferase (Gama GT), hormônio tireoestimulante (TSH) e tiroxina (T4 Livre), que identificam as comorbidades mais recorrentes. Além disso, é possível encaminhar crianças e adolescentes a outros profissionais e/ou serviços, quando necessário. Todas essas ações respeitam a Portaria nº 2.436/2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica<sup>(31)</sup>; a Lei nº 7498/1986<sup>(24)</sup>, as regulamentações do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen); a Resolução nº 195/1997, que dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por enfermeiros<sup>(25)</sup>; e o Protocolo do Enfermeiro na ESF do estado da Paraíba<sup>(13)</sup>.

Quanto ao processo de trabalho na atenção básica para o manejo do excesso de peso, o prontuário eletrônico tem sido uma ferramenta importante, pois fornece o cálculo do IMC após inserção do peso e da altura da criança. Contudo, valer-se desse dado isolado, sem considerar os parâmetros de avaliação adequados para sexo e idade<sup>(19-20)</sup>, pode levar a interpretações não fidedignas.

A OMS recomenda a utilização das curvas de crescimento a fim de medir, monitorar e avaliar crianças e adolescentes de zero a 19 anos para detecção do sobrepeso e da obesidade infantojuvenil<sup>(3)</sup>.

A circunferência abdominal (CA) é um dado importante para avaliação do sobrepeso e da obesidade em crianças

e adolescentes<sup>(11-12)</sup>. Apesar disso, foi evidenciado que as enfermeiras da ESF participantes do estudo, ainda não incorporaram essa ação na sua prática clínica. Isso é preocupante, pois a CA, além de ser medida rápida e de baixo custo, está fortemente associada à pressão arterial elevada em crianças e adolescentes, mais do que o próprio IMC, que é rotineiramente avaliado pelas enfermeiras<sup>(32)</sup>.

Estudo realizado na Espanha com 265 escolares com idade entre 6 e 17 anos identificou que, nas primeiras idades, a obesidade tem sido diretamente relacionada ao desenvolvimento da pressão arterial (PA) alta, sendo a circunferência da cintura a medida que apresentou maior associação com a hipertensão (*odds ratio* [OR]=10,7), quando comparada ao IMC (OR=7,5), à relação cintura-altura (OR=5,5) e ao percentual de gordura (OR=5,3) ( $p<0,05$ )<sup>(32)</sup>. Visto que a hipertensão é precursora de doenças cardíacas, vascular cerebral e metabólicas<sup>(32)</sup>, salienta-se a importância da aferição dessa medida.

Os dados revelaram que a falta de material adequado repercute negativamente para a verificação da PA em crianças e adolescentes na APS. No entanto, segundo as recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria e da Sociedade Brasileira de Cardiologia<sup>(12)</sup>, a aferição da PA deve ser realizada em toda avaliação clínica a partir dos três anos de idade, seguindo parâmetros diferentes do exame adulto. Deve-se considerar a idade, o sexo e o percentil de altura para avaliação da PA em crianças e adolescentes<sup>(32)</sup>.

Crianças com sobrepeso ou obesidade podem desenvolver morbidades associadas ao excesso de peso<sup>(34)</sup>. Assim, a solicitação de exames adequados é um cuidado importante no manejo desse problema de saúde. Estudo realizado nos Estados Unidos também identificou que parte das enfermeiras, além de não investigar as doenças associadas à obesidade, também não requisitam exames de sangue específicos para crianças com obesidade<sup>(35)</sup>.

No Brasil, a Lei nº 7.498/1996 prevê na consulta de enfermagem a prescrição da assistência, enquanto a Resolução nº 195/1997 do Cofen<sup>(25)</sup> dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por enfermeiros.

O Protocolo do Enfermeiro da ESF do estado em que foi realizado este estudo permite o requerimento pelos profissionais de enfermagem dos seguintes exames para crianças: hemograma completo; glicemia de jejum; hemoglobina glicada; colesterol total e frações; triglicerídeos; teste oral de tolerância à glicose (TOTG), triiodotironina (T3), tetraiodotironina (T4) e tireoestimulante (TSH)<sup>(13)</sup>.

Para os adolescentes, além desses exames são permitidas a transaminase oxalacética (TGO) e a transaminase pirúvica (TGP)<sup>(13)</sup>. Todos eles investigam comorbidades associadas à obesidade, que são fatores de risco para doenças cardiovasculares e metabólicas.



A Resolução nº 195/1997 dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por enfermeiros e enfatiza que se esse profissional não solicitar os exames do paciente, quando necessário, seu ato é considerado omissão, negligência e imprudência<sup>(25)</sup>. Portanto, é imprescindível compreender que a obesidade é uma doença crônica e necessita de cuidado multiprofissional. Além disso, é fundamental que o Sisreg do SUS tenha ciência sobre essa permissão e realize os exames solicitados pelas enfermeiras da APS.

A adoção dessas medidas pode resultar em redução das filas de espera nas consultas médicas, por parte das crianças e adolescentes e seus familiares. Estudo realizado no Canadá aponta que ações realizadas diretamente por enfermeiras à criança e ao adolescente com obesidade reduzem o tempo de espera, já que não precisam passar pelo médico<sup>(36)</sup>. Ademais, a partir dessas estratégias poderá haver um fortalecimento da APS como ordenadora do cuidado para a atenção secundária e terciária do sistema de saúde.

Além dos dados antropométricos, aferição de pressão arterial, a solicitação de exames, as orientações e os encaminhamentos fazem parte do protocolo de seguimento de crianças<sup>(12)</sup>. Apenas identificar a obesidade e registrar na caderneta da criança e/ou do adolescente são ações insuficientes para a redução da prevalência desse problema de saúde<sup>(10)</sup>.

Para aprimoramento dessa prática sobre alimentação saudável, o MS recomenda a utilização do Guia Alimentar para a população brasileira, que apresenta todas as orientações sobre alimentação para as diferentes faixas etárias, inclusive de crianças e adolescentes<sup>(37)</sup>.

Identificar o problema alimentar, dar aconselhamento nutricional e/ou encaminhar para avaliação com nutricionista é um cuidado importante, mas insuficiente. Além disso, é primordial acompanhar o itinerário e o desfecho terapêutico da criança ou do adolescente com excesso de peso, além de estabelecer diálogo com os profissionais que receberam o encaminhamento para propor um projeto terapêutico singular com seguimento da equipe.

Pais de crianças com sobrepeso ou obesidade da Austrália relataram sentimentos de falta de resolutividade do problema após enfermeiras identificarem o excesso de peso dos seus filhos. Eles afirmam terem recebido informações insuficientes sobre alimentação saudável pelas profissionais<sup>(17)</sup>. Outros estudos identificaram que as enfermeiras, ao encaminharem as crianças ou adolescentes com excesso de peso para o nutricionista, dificuldade de diálogo com esse profissional<sup>(19,36)</sup>, bem como interrupção do seguimento após o encaminhamento<sup>(20,38)</sup>. Esses resultados corroboram os achados desta pesquisa.

Para solucionar essa problemática do diálogo entre os pais e os profissionais, enfermeiras no Canadá que realizavam encaminhamento de crianças e adolescentes com obesidade para um centro de referência no tratamento da obesidade solicitavam que se enviasse uma contrarreferência com atualizações, informando sobre a situação de crianças e adolescentes e de seus familiares. Dessa forma, contribuíram para uma melhor comunicação entre os profissionais e para a continuidade do cuidado a esse grupo<sup>(36)</sup>.

Além das orientações sobre alimentação saudável e encaminhamentos ao nutricionista, é importante valorizar a realização da atividade física. Neste estudo, assim como em outra pesquisa<sup>(17)</sup>, as orientações apresentadas pelas enfermeiras foram básicas e focadas em crianças mais velhas. No entanto, para uma vida saudável, a atividade física deve ser estimulada e realizada desde os primeiros anos e ter continuidade ao longo da vida<sup>(12,39)</sup>.

Assim, crianças de zero a dois anos devem ser estimuladas a serem tão ativas quanto possível, em um ambiente seguro, supervisionado e estimulante. Crianças menores de um ano devem fazer pelo menos 30 minutos por dia de atividade física de brujos; de um a dois anos, no mínimo três horas de qualquer intensidade; de três a cinco anos, pelo menos três horas por dia, sendo no mínimo uma hora de intensidade moderada a vigorosa. Para os maiores de seis anos e os adolescentes, é recomendado 60 minutos ou mais de atividade física. Essas atividades podem ser distribuídas ao longo do dia<sup>(39)</sup>.

Estudo identificou que as enfermeiras não orientam os pais sobre atividade física, devido à ausência de confiança em relação ao conhecimento que têm<sup>(17)</sup> e concordam acerca da necessidade de capacitação sobre o tema<sup>(19-20)</sup>. Neste trabalho, além da identificação de pouco conhecimento das enfermeiras sobre a atividade física, foi evidenciado que elas não realizam essas orientações porque acreditam em uma concepção de divisão de tarefas entre categorias profissionais, e que os direcionamentos sobre essa prática são de responsabilidade apenas do educador físico.

É de fundamental importância que as enfermeiras forneçam essas orientações em suas consultas, visto que esses jovens, quando têm um atendimento multiprofissional, apresentam melhor adesão às recomendações de tratamento e resultados mais eficazes<sup>(19-20)</sup>. É imprescindível lembrar também que a mudança de comportamento deve ser estendida para toda a família, objetivando obter maior adesão ao tratamento e melhores desfechos dos pacientes<sup>(40)</sup>.

Para aperfeiçoar o conhecimento e a prática das enfermeiras, faz-se necessário investimento em educação continuada sobre obesidade e habilidades no seu manejo,

bem como reorganização do sistema de saúde para o seguimento de pessoas com essa morbidade<sup>(17,19)</sup>.

Ademais, outras ações também podem contribuir para melhores práticas nas ações de manejo do sobrepeso e obesidade infantojuvenil. Dentre elas estão a elaboração de protocolos específicos para cada categoria profissional da saúde, inclusive a de enfermagem, para que tais grupos possam compreender quais são as suas condutas nos cuidados a essa morbidade; e o aumento dos recursos humanos a fim de que os profissionais tenham maior disponibilidade de tempo para a realização desse manejo.

Devido à utilização do método quantitativo e abordagem qualitativa, foi possível minimizar as fragilidades de ambos os métodos, pois os pontos positivos de uma estratégia compensaram as fragilidades da outra. Como limitação, aponta-se a falta de um instrumento quantitativo de pesquisa validado para a avaliação do manejo de sobrepeso e obesidade direcionado a crianças e adolescentes.

## Conclusão

Ao analisar o manejo do sobrepeso e obesidade de crianças e adolescentes por enfermeiras da ESF, foram evidenciadas fragilidades no conhecimento e na prática. Protocolos específicos para enfermeiros da ESF e educação permanente em saúde são estratégias importantes para melhores práticas.

Ao realizar um manejo adequado do sobrepeso e obesidade da população infantojuvenil na APS, será possível oportunizar uma melhor qualidade de vida a essas crianças e jovens, bem como estimular a redução das comorbidades em suas vidas quando adultos – como as doenças cardiovasculares e metabólicas, que têm apresentado altas taxas de mortalidade em populações cada vez mais jovens. Ademais, adultos mais saudáveis reduzem os gastos do SUS, visto que doenças crônicas demandam altos investimentos para tratamentos e hospitalizações.

## Referências

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Pesquisa Nacional de Saúde 2019 - Atenção primária à saúde e informações antropométricas [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2020 [cited 2021 Feb 15]. 10 p. Available from: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101758.pdf>
2. World Health Organization. Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2019 [cited 2021 Jun 17]. 22 p. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/311663>

3. Ministério da Saúde (BR); Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instrutivo para o cuidado da criança e do adolescente com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [cited 2022 Mar 12]. 201 p. A: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/instrutivo\\_crianca\\_adolescente.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/instrutivo_crianca_adolescente.pdf)
4. Askie LM, Espinoza D, Matin A, Daniels LA, Mihrshahi S, Taylor R, et al. Interventions commenced by early infancy to prevent childhood obesity - The EPOCH Collaboration: An individual participant data prospective meta-analysis of four randomized controlled trials. *Pediatric Obes*. 2020;15(6):e12618. <https://doi.org/10.1111/ijpo.12618>
5. Neves SC, Rodrigues LM, Bento PASS, Minayo MCS. Risk factors involved in adolescent obesity: an integrative review. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2021;26(3):4871-84 <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.30852019>
6. Wanga V, Gerdes ME, Shi DS, Choudhary R, Dulski TM, Hsu S, et al. Characteristics and Clinical Outcomes of Children and Adolescents Aged <18 Years Hospitalized with COVID-19 - Six Hospitals. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2021;70(5152):1766-72. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm705152a3>
7. Lima E. Conscientização contra a obesidade mórbida infantil [Internet]. 2 jun. 2021 [cited 2022 Mar 10]. Available from: <https://portal.fiocruz.br/noticia/conscientizacao-contra-obesidade-morbida-infantil>
8. Ferreira APS, Szwarcwald CL, Damacena, GN. Prevalence of obesity and associated factors in the Brazilian population: a study of data from the 2013 National Health Survey. *Rev Bras Epidemiol*. 2019;22:e190024. <https://doi.org/10.1590/1980-549720190024>
9. Swinburn BA, Kraak V, Allender S, Atkins VJ, Baker PI, Bogard JR, et al. The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission Report. *Lancet*. 2019;393:791-846. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32822-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32822-8)
10. Kowalski AE, Hartung SQ. Are Body Index Screening Programs in School Enough? Body Mass Index Notification, Follow-up and School Nurse Role. *NASN School Nurse*. 2019;34(4):223-7. <https://doi.org/10.1177/1942602X18814771>
11. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [cited 2017 Jan 10]. 207 p. Available from: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_doenca\\_cronica\\_obesidade\\_cab38.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf)
12. Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento de Nutrologia. Obesidade na infância e adolescência: manual de orientação [Internet]. 3. ed. São Paulo: SBP; 2019

- [cited 2022 Mar 10]. Available from: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/Manual\\_de\\_Obesidade\\_-\\_3a\\_Ed\\_web\\_compressed.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Manual_de_Obesidade_-_3a_Ed_web_compressed.pdf)
13. Conselho Regional de Enfermagem da Paraíba. Protocolo do Enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família do estado da Paraíba [Internet]. Paraíba: COREN-PB; 2015 [cited 2021 Mar 10]. 319 p. Available from: <https://www.coren.pb.gov.br/wp-content/uploads/2015/12/Coren-Pb-Protocolo-do-Enfermeiro-pb-20102015.pdf>
  14. Kebbe M, Perez A, Buchholz A, Scott SD, McHugh TLF, Dyson MP, et al. Health care providers' weight management practices for adolescent obesity and alignment with clinical practice guidelines: a multi-centre, qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 2020;20(850):2-8. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05702-8>
  15. Torre SBD, Courvoisier DS, Saldarriaga A, Martin XE, Farpour-Lambert NJ. Knowledge, attitudes, representations and declared practices of nurses and physicians about obesity in a university hospital: training is essential. *Clin Obes.* 2018;8(1):122-30. <https://doi.org/10.1111/cob.12238>
  16. Yi M, Li H, Wu Z, Yan J, Liu Q, Ou C, et al. A Promising Therapeutic Target for Metabolic Diseases: Neuropeptide y Receptors in Humans. *Cell Physiol Biochem.* 2018;45(1):88-107. <https://doi.org/10.1159/000486225>
  17. Hardy K, Hooker L, Ridgway L, Edvardsson K. Australian parents' experiences when discussing their child's overweight and obesity with the Maternal and Child Health nurse: A qualitative study. *J Clin Nurs.* 2019;28(20):3610-7. <https://doi.org/10.1111/jocn.14956>
  18. Reuter CP, Brand C, Silva PT, Reuter EM, Renner JDP, Franke SIR, et al. Relationship between Dyslipidemia, Cultural Factors, and Cardiorespiratory Fitness in Schoolchildren. *Arq Bras Cardiol.* 2019;112(6):729-36. <https://doi.org/10.5935/abc.20190068>
  19. Sjunnestrand M, Nordin K, Eli K, Nowicka P, Ek A. Planting a seed - child health care nurses' perceptions of speaking to parents about overweight and obesity: a qualitative study within the STOP Project. *BMC Public Health.* 2019;19(1):1494-505. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7852-4>
  20. Yeager LJ, Karp SM, Lee TSL. Barriers to the Implementation of Pediatric Overweight and Obesity Guidelines in a School-Based Health Center. *Nurs Clin North Am.* 2019;54(1):159-68. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2018.10.003>
  21. Creswell JW, Clark VLP. *Designing and Conducting Mixed Methods Research.* 3. ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2018.
  22. Hong QN, Fàbregues S, Bartlett G, Boardman F, Cargo M, Dagenais P, et al. The Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) version 2018 for information professionals and researchers. *Educ Inform.* 2018;34(4):285-91. <https://doi.org/10.3233/EFI-180221>
  23. Pereira MG. *Epidemiologia: teoria e prática.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2018.
  24. Presidência da República, Casa Civil, Subsecretaria para Assuntos Jurídicos (BR). Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem, e dá outras providências [Internet]. *Diário Oficial da União,* 26 jun. 1986 [cited 2022 Mar 10]. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l7498.htm#:~:text=A%20enfermagem%20%C3%A9%20exercida%20privativamente,planejamento%20e%20programa%C3%A7%C3%A3o%20de%20enfermagem](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm#:~:text=A%20enfermagem%20%C3%A9%20exercida%20privativamente,planejamento%20e%20programa%C3%A7%C3%A3o%20de%20enfermagem)
  25. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução Cofen 195/97. Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro [Internet]. Rio de Janeiro: COFEN; 1997 [cited 2021 Feb 3]. 19 p. Available from: [http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-1951997\\_4252.html](http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-1951997_4252.html)
  26. George D, Mallery P. *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference.* 11.0 update. 4. ed. Boston, PA: Allyn & Bacon; 2003.
  27. Sandelowski M. The problem of rigor in qualitative research. *Adv Nurs Sci.* 1986;8(3):27-37. <https://doi.org/10.1097/00012272-198604000-00005>
  28. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev Pesqui Qual [Internet].* 2017 [cited 2019 Aug 10];5(7):1-12. Available from: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82/59>
  29. Clarke V, Braun V. Teaching thematic analysis: overcoming challenges and developing strategies for effective learning. *Psychologist [Internet].* 2013 [cited 2019 Aug 20];26(2),120-3. Available from: <https://uwe-repository.worktribe.com/output/937596>
  30. Bottorff JL, Huisken A, Hopkins M, Nesmith C. A RE-AIM evaluation of Healthy Together: a family-centred program to support children's healthy weights. *BMC Public Health.* 2020;20(1754):2-12. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09737-8>
  31. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. *Diário Oficial da União,* 22 set. 2017 [cited 2022 Mar 10]. Available from: [https://bvsm.sau.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsm.sau.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)
  32. Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial - 2020. *Arq Bras Cardiol.* 2021;116(3):516-658. <https://doi.org/10.36660/abc.20201238>
  33. Álvarez MV, Luque RM, Pozo FJF, Recio GM, Miranda JL, Saldaña MR. Diagnostic Precision of Anthropometric Variables for the Detection of Hypertension in Children and Adolescents. *Int J Environ Rev Public Health.* 2020;17(12):4415-22. <https://doi.org/10.3390/ijerph17124415>

34. Nussbaum BM, Mathew MS, Atem F, Barlow SE, Gupta OT, Messiah SE. Distribution of comorbidities as primary diagnoses by obesity class among patients in a large US paediatric healthcare system. *Clin Obes*. 2021;e12478. <https://doi.org/10.1111/cob.12478>
35. Hill SG, Phan TL, Datto GA, Hossain J, Werk LN, Abatemarco D. Integrating childhood obesity resources into the patient-centered medical home: Provider perspectives in the United States. *J Child Health Care*. 2019;23(1):63-78. <https://doi.org/10.1177/1367493518777308>
36. Nguyen NH, Kebbe M, Peng C, Hulst AV, Ball GDC. Public health nurse referrals for pediatric weight management: A nested mixed-methods study. *J Clin Nurs*. 2020;29(29):3263-71. <https://doi.org/10.1111/jocn.15350>
37. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica (BR). Guia alimentar para a população brasileira [Internet]. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [cited 2019 Jan 13]. 156p. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_alimentar\\_populacao\\_brasileira\\_2ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf)
38. Cohen J, Brennan AM, Alexander S, Henderson J, Graham C, Baur LA. Assessment of Clinicians' Views for Managing Children with Obesity in the Primary, Secondary, and Tertiary Settings. *Child Obes*. 2019;15(8):1-9. <https://doi.org/10.1089/chi.2019.0106>
39. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde (BR). Guia de Atividade Física para a População Brasileira [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2021 [cited 2022 Feb. 10]. 50 p. Available from: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_atividade\\_fisica\\_populacao\\_brasileira.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atividade_fisica_populacao_brasileira.pdf)
40. Schlottmann H, Broome M, Herbst R, Burkhardt MC, Mescher A. Nurse-Led Telephone Follow-Up to Improve Parent Promotion of Healthy Behaviors in Young Children With Motivational Interviewing Techniques. *J Pediatr Health Care*. 2019;33(5):545-54. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2019.02.003>

---

## Contribuição dos autores

**Concepção e desenho da pesquisa:** Renata Cardoso Oliveira, Rafaella Queiroga Souto, José Luís Guedes dos Santos, Altamira Pereira da Silva Reichert, Elisabeth Luisa Rodrigues Ramalho, Neusa Collet. **Obtenção de dados:** Renata Cardoso Oliveira, Neusa Collet. **Análise e interpretação dos dados:** Renata Cardoso Oliveira, Rafaella Queiroga Souto, José Luís Guedes dos Santos, Altamira Pereira da Silva Reichert, Elisabeth Luisa Rodrigues Ramalho, Neusa Collet. **Análise estatística:** Renata Cardoso Oliveira, Rafaella Queiroga Souto. **Redação do manuscrito:** Renata Cardoso Oliveira, Rafaella Queiroga Souto, José Luís Guedes dos Santos, Altamira Pereira da Silva Reichert, Elisabeth Luisa Rodrigues Ramalho, Neusa Collet. **Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante:** Renata Cardoso Oliveira, Rafaella Queiroga Souto, José Luís Guedes dos Santos, Altamira Pereira da Silva Reichert, Elisabeth Luisa Rodrigues Ramalho, Neusa Collet.

**Todos os autores aprovaram a versão final do texto.**

**Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.**


Recebido: 12.05.2022  
Aceito: 09.08.2022

Editora Associada:  
Andrea Bernardes

**Copyright © 2022 Revista Latino-Americana de Enfermagem**  
Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

---

Autora correspondente:  
Renata Cardoso Oliveira  
E-mail: [renatacardoso09@hotmail.com](mailto:renatacardoso09@hotmail.com)  
 <https://orcid.org/0000-0002-9410-9650>