

**OBESIDADE NA ADOLESCÊNCIA: UMA REFLEXÃO NECESSÁRIA.**

Carina Teixeira da Silva<sup>1</sup>, Damiana Guedes da Silva<sup>2</sup>, Sharon Maclaine Fernandes da Silva<sup>3</sup>, Rosani Aparecida Alves Ribeiro de Souza<sup>4</sup>.

1. Enfermeira.

2. Enfermeira, Professora Orientadora. Especialista em Terapia Intensivo Adulto e Gestão em Enfermagem, Mestre em Genética e Toxicologia Aplicada, Membro do Grupo de Pesquisa em Enfermagem do Hospital Conceição- GHC/CNPQ/RS. Docente da Faculdade de Educação e Meio Ambiente (FAEMA).

3. Enfermeira. Especialista em Ginecologia e Obstetrícia. Docente da Faculdade de Educação e Meio Ambiente (FAEMA).

4. Odontóloga. Doutora em Odontologia Preventiva e Social. Docente e Coordenadora Geral da Pós-Graduação da Faculdade de Educação e Meio Ambiente (FAEMA).

**RESUMO:**

Pesquisas realizadas pela OMS em 2004 apontam que no Brasil entre os adolescentes que antes tinha pouco mais de 3,7% de índices de obesidade saltou para 12,6%. Diante desse quadro, este estudo tem como objetivo realizar uma revisão sistemática da literatura sobre a obesidade na adolescência, suas principais causas, conseqüências e os possíveis tratamentos. Trata-se de uma revisão de literatura, exploratória e quantitativa com recorte temporal dos anos 1979 a 2011. Foram utilizados os descritores obesidade, Promoção de saúde, Medicina do adolescente, sendo encontrados 75 referenciais, sendo utilizados 27 (69,23%) artigos nacionais, sete (17,94%) livros, dois (5,12%) artigos internacionais e Manuais do Ministério da Saúde respectivamente e uma (2,56%) Caderneta do Adolescente. A fase da adolescência, além das mudanças fisiológicas, os jovens passam por transformações psicossociais importantes, tornando-os vulneráveis aos riscos proeminente da obesidade. Em virtude de hábitos alimentares pouco ortodoxos que prejudicam o seu desenvolvimento de forma sadia, pois neste período, os adolescentes necessitam de nutrientes energéticos para auxiliar o seu crescimento. Constatou-se que muito ainda precisa ser feito para combater e/ou minimizar os piores efeitos que a obesidade na adolescência pode causar.

**Palavras chave:** Obesidade, Promoção de saúde, Medicina do adolescente.

**ABSTRACT**

Research carried through for the OMS in 2004 points that in Brazil it enters the adolescents whom before 3.7% of obesidade indices had little more than jumped for 12,6%. Ahead of this picture, this study it has as objective to carry through a systematic revision of literature on the obesidade in the adolescence, its main causes, consequences and the possible treatments. One is about a revision of literature, quantitative exploratória and with secular clipping of years 1979 the 2011. The describers had been used obesidade, Promotion of health, Medicine of the adolescent, being found 75 referenciais, being used 27 (69.23%) national articles, seven (17.94%) books, two (5.12%) international and Manual articles of the Health department respectively and one (2.56%) Passbook of the Adolescent. The phase of the adolescence, beyond the physiological changes, the young passes for important psicossociais transformations, becoming them vulnerable the risks prominent of the obesidade. In virtue of little orthodox alimentary habits that harm its development of healthy form, therefore in this period, the adolescents need energy nutrients to assist its growth. One evidenced that very still he needs to be made to fight and/or to minimize the worse effect that the obesidade in the adolescence can cause.

**Keywords:** Obesity, Promotion of health, Adolescent medicine.

**1. INTRODUÇÃO**

As mudanças biológicas, psicológicas, cognitivas e sociais que ocorrem com intensidade na adolescência interferem de forma dinâmica no comportamento alimentar do adolescente. Embora existam alguns adolescentes que tem consciência sobre nutrição e a melhor forma de se alimentar, tem dificuldades de transpor as barreiras que os impedem de agir de forma correta. Isso geralmente acontece em virtude dos amigos e atividades prazerosas, como estar nos shoppings, parques, bares se

alimentando de *fast food* sem nenhum nutriente (VIUNISKI, 2005).

Ao analisar a dinâmica familiar e o comportamento interno, observa-se que as reações na forma de se alimentar podem influenciar positiva ou negativamente os hábitos alimentares, sobretudo na fase complexa da vida que é a adolescência. Nos lares onde não há harmonia e se usa o autoritarismo, os jovens tendem a buscar refúgio se alimentando em demasia como uma forma de rebelião (VITOLLO, 2003).

A obesidade segundo SPETHMANN (2004) constitui um dos maiores problemas de saúde

## Artigo/Article

atualmente atingindo pessoas de todas as classes sociais, tem etiologia hereditária configurando-se um estado de má nutrição em consequência de um distúrbio no balanceamento dos nutrientes, alterando entre outros fatores pelo excesso alimentar.

Esses distúrbios trazem entre outras coisas, o excesso de peso, ocasiona sérios problemas psicológicos, acarretando também frustrações, infelicidade, além de uma gama enorme de doenças lesivas. Observa-se que o aumento da obesidade tem relação com: o sedentarismo, a disponibilidade atual de alimentos, erros alimentares e pelo próprio ritmo desenfreado da vida atual (VILELA, 2011)

O aumento da incidência de obesidade no Brasil torna-se mais inquietante na medida em que se admite que este problema, volta e meia, não é apresentada de forma isolada, mas como uma condição favorável para a ocorrência de morbidades associadas (ENES e SLATER, 2010).

A prevalência de sobrepeso e obesidade são preocupantes a despeito do comportamento dos

adolescentes para prevenir a obesidade. É necessária a implantação de campanhas mais eficazes, direcionadas a orientar o tratamento aos adolescentes (TERRES et al., 2006).

Considerando que a prevenção da obesidade, além da redução de peso excessivo, atravessa invariavelmente, por duas possibilidades, qual seja aumentar o gasto e reduzir o consumo. Assim, o quanto antes iniciar um programa alimentar adequado aliado à atividade física, maior a chance de se reduzir os piores efeitos da obesidade, seja em crianças, nos adolescentes ou entre os adultos.

Desta forma, este estudo teve como objetivo realizar uma revisão sistemática da literatura sobre a obesidade na adolescência, suas principais causas, consequências e os possíveis tratamentos.

## 2 METODOLOGIA

Trata-se revisão de literatura foi à análise descritiva, exploratória e quantitativa de parte dos resultados

## Artigo/Article

obtidos na monografia da autora aprovada em julho de 2011 do Curso de Graduação em Enfermagem.

O embasamento teve como base as publicações *on line* da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) Scielo, Lilacs, Google Acadêmico. Sendo utilizados livros da Biblioteca Júlio Bordignon da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, não esgotando as buscas ainda se pesquisou o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade (ABESO), Organização Mundial de Saúde, Manuais do Ministério da Saúde e Cartilha do Adolescente.

O delineamento do estudo foi de 1979 a 2011, dos últimos 32 anos e o período de busca dos referenciais compreendeu de junho de 2010 à junho de 2011.

Os descritores (Decs) utilizados para realização da busca foram: Obesidade, Promoção de saúde, Medicina do adolescente. Onde os critérios de inclusão para revisão de literatura foram todos os periódicos disponibilizados completos, nacionais, internacionais e abordando obesidade na

adolescência. Já os critérios de exclusão foram os periódicos que não se encontravam disponíveis completos e que abordassem obesidade no adulto.

Foram encontrados 75 referenciais, sendo utilizados 27 (69,23%) artigos nacionais, sete (17,94%) livros, dois (5,12%) artigos internacionais e Manuais do Ministério da Saúde respectivamente e uma (2,56%) Caderneta do Adolescente.

### 3. REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1. OBESIDADE NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

No limiar do século XXI, em que a globalização, a era cibernética, sociedade digital vive-se o desenvolvimento de uma epidemia globalizada de obesidade em diversos países, dentre eles o Brasil. De acordo com VIUNISKI (2005) a obesidade entre crianças e adolescentes triplicou no país nos últimos trinta anos, enquanto nos Estados Unidos ele apenas duplicou.

## Artigo/Article

O Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) (Lei Nº. 8069/90) em seu art. 2º dispõe da conceito de adolescente: “Considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescentes aquela entre doze e dezoito anos de idade”.

No entanto, a Cartilha de Saúde do Adolescente, define que hoje no Brasil, existem duas formas para classificação de adolescente. Para esse estatuto, adolescente é a pessoa que tem entre 12 e 18 anos de idade. Porém, os serviços de saúde consideram a adolescência a fase entre 10 e 19 anos (BRASIL, 2009, p. 7).

De acordo com números fornecidos pela Força Tarefa Internacional para Obesidade (IOTF) em termos globais verifica-se que no mundo, entre 18% a 35% das crianças e adolescentes de até 15 anos encontram-se em excesso de peso. A Organização Mundial da Saúde (OMS) também em um comunicado no ano de 2000 declarou que, uma em cada dez crianças, correspondendo a 10% estão acima do peso (ENES e SLATER, 2010).

A Obesidade pode ser definida de uma maneira simplificada como o acúmulo excessivo de gordura corporal, sob a forma de tecido adiposo, sendo consequência de balanço energético positivo, capaz de acarretar prejuízos à saúde dos indivíduos (WHO, apud ENES e SLATER, 2010, p. 165).

Essa questão presenciada na sociedade brasileira encontra-se relacionada com as inúmeras mudanças ambientais que vem acontecendo ao lado do progresso das últimas décadas, as pessoas estão vivendo num estilo mais sedentário e tendo acesso àqueles alimentos ricos em gorduras, calorias e pobres em fibras. VIUNISKI (2005) enfatiza que: “o risco da obesidade infantil se estender pela vida adulta é bastante alto e os adolescentes obesos têm cerca de 80% de probabilidade de virem a ser adultos obesos”.

Entre as fases da vida humana, sem dúvida que a adolescência é uma fase crítica para o desenvolvimento da obesidade, especialmente porque não há atividades físicas eficazes e/ou muitas vezes predomina o

## Artigo/Article

sedentarismo e hábitos alimentares inadequados. Exemplos desses hábitos, o consumo de lanches hipercalóricos que substituem às principais refeições e grande quantidade de ingestão de alimentos ricos em açúcar, carboidratos refinados e gordura saturada, como os *fast food* (VIUNISKI, 2005).

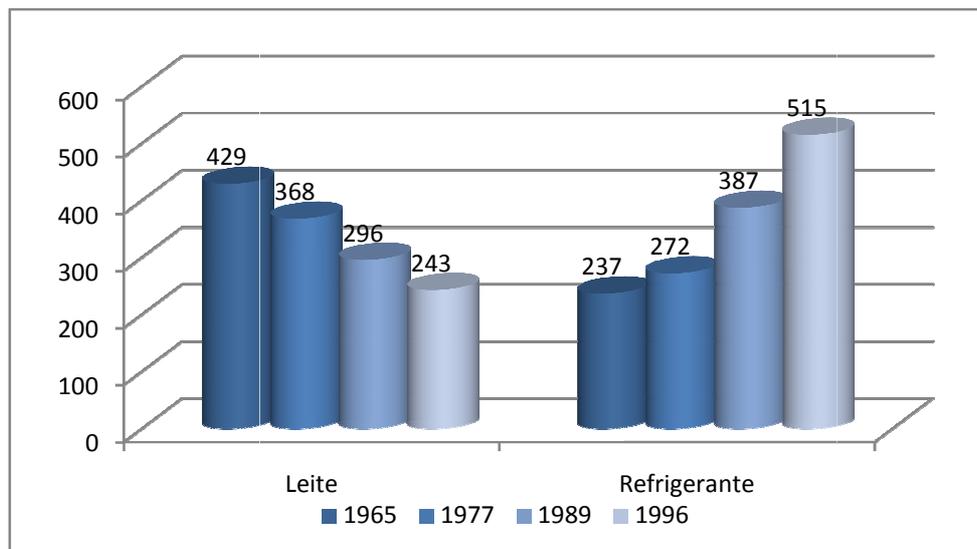
Pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) no ano de 2008 e 2009, a prevalência de excesso de peso em adolescentes oscilou, nos dois sexos, de 16% a 19% nas Regiões Norte e Nordeste e de 20% a 27% nas Regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste. Nos dois sexos, o excesso de peso tendeu a ser mais frequente no meio urbano do que no meio rural, em particular nas Regiões Norte e Nordeste.

### 3.2. AS PRINCIPAIS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS DA OBESIDADE NA ADOLESCÊNCIA

Segundo *The National Health and Nutrition Examination Survey*

(NHNES), a adolescência é o grupo etário onde ocorre a mais alta prevalência de *status* nutricional insatisfatório. Nessa pesquisa ficou evidente que o consumo de Cálcio, Vitamina A e Ferro, ficam abaixo do mínimo recomendado. Os adolescentes tendem a pular as refeições, sendo, na nossa experiência, o café da manhã a mais negligenciada. Nessa fase da vida começa as refeições fora de casa, com o apelo dos *fast foods*, lanches de origem duvidosa e consumo de alimentos pré-prontos. Para compensar a fome, piora o mau hábito de “beliscar” guloseimas fora das refeições (OLIVEIRA, 2000).

O consumo de leite, por parte das crianças e adolescentes vem diminuindo com o passar dos anos. Quando eles tomam alguma bebida láctea, costuma ser acompanhada com achocolatado, que, como se sabe, compete com a absorção de cálcio (VIUNISKI, 2005). Por outro lado o consumo de refrigerantes, nessa faixa etária não para de crescer, conforme mostra a Figura 1.



**Figura 1 – Comparação do consumo de refrigerantes e leite por adolescentes.** Fonte: Cavadini; Siega-Riz; Popkin (2000) apud Viuniski (2005, p. 139)

Entre as causas da obesidade, seja em adultos ou adolescentes estão: “escolhas alimentares pobres; má alimentação; uma vida sedentária”. Em se tratando de crianças e adolescentes a família exerce papel fundamental, tendo em vista que cabe aos pais a saúde do seu filho é a sua principal responsabilidade até atingirem idade adulta (LOPES, 2011).

Segundo FERREIRA et al., (2007) a esse respeito destacam que ao se tratar de crianças e adolescentes, além dos fatores ambientais que contribuem sobremaneira ao aumento do sobrepeso a essa clientela, estão o

excesso de ingestão energética e, sobretudo, o número de horas em frente à televisão, videogames, falta de atividade física e o excessivo uso de computadores.

De acordo com dados da Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade (ABESO) mostram que aproximadamente 40% da população apresentam excesso de peso no Brasil.

### 3.3. A INSERÇÃO DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO NO TRATAMENTO PREVENTIVO DA OBESIDADE INFANTIL.

Considerando que a obesidade se configura um problema

## Artigo/Article

de difícil solução. Por isso na infância e, sobretudo na adolescência deve ser vista com seriedade, mesmo porque nesta fase ainda é possível encontrar soluções viáveis e ajudar o paciente a corrigir as falhas na alimentação, que ao longo do tempo pode-se tornar praticamente impossível de se resolver.

Buscando encontrar soluções para esse problema que assola milhões de jovens e adolescentes em todo o mundo, o governo federal através da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) está criando mecanismos estratégicos para combater esse mal, o texto abaixo fornece uma visão mais ampla do assunto.

Estratégias que contemplem amenizar o quantitativo de crianças expostas aos principais fatores que desencadeiam a obesidade infantil foram elaboradas pelo Ministério da Saúde, por meio de avaliações e orientações sequenciais, por equipe de enfermagem (grifo meu), junto à criança e seus familiares com o objetivo de controlar, prevenir e promover vida saudável em especial no que diz respeito às doenças

crônico-degenerativas em todos os estágios da vida (BRASIL, 2003).

Segundo a informação da PNAN (2003) destacada acima, pode-se dizer que a eficácia do tratamento fica por conta dos profissionais de saúde, cabendo aos mesmos a tarefa de prevenção da obesidade infantil, pois uma das suas funções é justamente prestar atendimento à criança desde a mais tenra idade até a fase adulta, sendo acompanhada pelo profissional de enfermagem, a fim de analisar como encontra-se o desenvolvimento de maneira periódica, com isso é possível prevenir acerca de patologias que são advindas de associações de alimentação inadequada.

A família pode e deve contribuir com práticas que visem prevenir a obesidade infantil da seguinte forma: folders educativos, vídeos, relatos, de forma a conscientizá-los acerca das causas e consequências do peso em excesso, orientá-los quanto à necessidade da fixação de horários para alimentar-se, cardápios que condizem com a oferta de boa alimentação, direcionar ações que visem promover saúde e melhor

## Artigo/Article

qualidade de vida, fazem parte das atribuições do enfermeiro junto ao meio familiar (FERNANDES e VARGAS, 2007 apud DAMASCENO, 2009).

Percebe-se que neste contexto que o enfermeiro, é figura importante dentro da equipe multiprofissional, para ARAÚJO et al., (2009) a esse profissional é incumbido de assumir a função de convocar os profissionais de saúde, no sentido de incrementar atividades preventivas com a finalidade de resolver um problema que cada vez mais assume números alarmantes entre as crianças, mesmo porque o modelo biomédico não apresenta eficácia no combate a obesidade infantil.

Logo, a intervenção do profissional de enfermagem é plenamente possível tendo em vista a sua facilidade em entender os comportamentos que emergem na família em que o mesmo presta atendimento e acompanhamento. É importante adotar procedimentos durante o atendimento, por meio de exames físicos, histórico da criança visando o diagnóstico de enfermagem, essas ações são

importantes para se descobrir possíveis causas inerentes ao aumento de peso nas crianças.

As ações voltadas à educação nutricional e conseqüentemente a prevenção, também devem ser desenvolvidas, podendo minimizar o crescimento demasiado da população obesa no país, sendo primordial que se tome como ponto de partida o acompanhamento alimentar rigoroso na infância, desde o nascimento (Gama et al., 2007 apud Damasceno, 2009)

Assim, ao profissional de enfermagem, cabe, portanto, no âmbito de sua atuação, enfatizar como de vital importância o estabelecimento de propostas para que possa sempre orientar acerca dos riscos que a doença promove. Esse acompanhamento do desenvolvimento da criança é fator corroborador para os resultados positivos, evitar assim que o mesmo adquira a doença.

### 3.4. AS POSSÍVEIS ESTRATÉGIAS DE TRATAMENTOS PARA A OBESIDADE NA ADOLESCÊNCIA

## Artigo/Article

As estratégias envolvendo o tratamento da obesidade e do sobrepeso infantil ainda não há provas documentais que atestem a sua veracidade, se comparadas com os trabalhos existentes em adultos. Embora não existir nenhum tratamento padrão sobre esse assunto, há recomendações atuais para o manejo clínico do excesso de peso em crianças e adolescentes tendo por base o controle de ganho ponderal e das co-morbidades eventualmente encontradas.

### 3.4.1 Mudanças no estilo de vida e alimentação saudável

O cuidado deve ser instituído assim que se faz o diagnóstico de obesidade. O tratamento terapêutico consiste em redução da ingestão calórica, aumento do gasto energético, modificação comportamental e envolvimento familiar no processo de mudança. O tratamento se dá em longo prazo e sugerem-se visitas freqüentes a profissionais especializados. Do total de calorias da dieta, 15% devem provir de proteínas, 50% a 55% dos

carboidratos e 30% das gorduras (SBEM, 2005, p. 6).

Destacando ainda a SBEM (2005), estudos consideram o efeito das dietas hipolipídicas com, no máximo, 25% da ingestão de calorias derivados das gorduras. Os resultados obtidos apontam que esta abordagem é segura em relação a contribuição de nutrientes e crescimento e desenvolvimento. Enfatiza-se também que dietas de baixo índice glicêmico pode ser uma alternativa esperançosa para o tratamento da obesidade também na infância e adolescência.

Já Saito (1993) ao falar sobre tratamento enfatiza que o único tratamento efetivo da obesidade, em qualquer idade, é o profilático. Desde o início da vida os pais deverão ser alertados para os riscos da gordura excessiva, frequentemente encarada como sinônimo de saúde, mas que na verdade estaria mais relacionada à doença.

Apesar do entendimento de Saito (1993) alguns teóricos dizem não haver evidências categóricas de qual seria a melhor abordagem dietoterápica para perda de peso em crianças e adolescentes. Todavia,

## Artigo/Article

resta claro que o incremento do gasto energético aliado à diminuição de hábitos sedentários e aumento de exercícios físicos é decisivo para perda de peso. Porém, há um consenso entre os profissionais da saúde que a prescrição deve obedecer adequadamente ao sexo e à idade.

Em crianças e adolescentes, não há relatos suficientes de estudos bem conduzidos de longa duração para que possamos recomendar tais estratégias. Os riscos e benefícios destas condutas devem ser cuidadosamente avaliados, caso a caso, até que se obtenha maior nível de evidência (SBEM, 2005, p. 8).

Analisando o que foi dito na citação acima, é possível dizer que as alternativas em se tratando de crianças e adolescentes não devem ser aplicadas no tratamento, exceto se todas as possibilidades no modo convencional já foram adotadas e não tiveram êxito.

É possível dizer que a avaliação nutricional efetivamente ocorre, a partir do momento que o profissional passa a desenvolver um trabalho aliado com a família, identifica conduta de risco no seio

familiar, característica esta que define a importância do enfermeiro como investigador, que por meio de suas atividades, através da visita domiciliar e a consulta de enfermagem, focaliza sua atuação no combate ao sedentarismo, práticas alimentares inadequadas, desmame precoce ou desentendimentos familiares (DAMASCENO, 2009).

Uma alimentação sem as devidas vitaminas necessárias acaba por criar dependências irregulares, a formulação do tratamento inclui uma visão correta da real demanda do paciente, uma leitura adequada de sua inserção na família e nos demais grupos de referência que os cercam, para que o apoio mais adequado possa ser-lhe oferecido (SAITO, 1993).

WONG (1999) destaca os aspectos socioculturais como vilões do sobrepeso, para este autor os padrões alimentares baseiam-se em aspectos culturais e sociais na maioria dos casos, em virtude de que as preferências alimentares da cultura exercem papel preponderante à obesidade e acabam fomentando o ganho de peso como aspecto agradável de saúde.

### 3.4.2 Dietas e atividades físicas

Estudos comprovam que a atividade física estimula o desenvolvimento das fibras musculares que compõem os diversos músculos do corpo. De acordo com pesquisas realizadas por GUEDES (1997), adolescentes que se envolvem continuamente em programas de atividades físicas tem menor potencial de gordura corporal e maior percentual de massa magra, isso acontece em virtude de que as flutuações estão relacionadas com o estímulo do esforço a que são submetidos (apud SAPATERA e PANDINI, 2005).

Um controle alimentar pode não ser suficiente, nem a solução para a reversão do estado de maior adiposidade em jovens, uma vez que alterações na dieta nessas idades podem causar deficiências na ingestão de importantes nutrientes ao próprio crescimento e ao estado de saúde. A par disso, desde que a maior causa da obesidade na adolescência seja o baixo nível de prática de atividade física, talvez investir na tentativa de reverter esse quadro de inatividade física possa ser

a melhor e a mais saudável opção na diminuição da quantidade de gordura (GUEDES, 1997 apud SAPATERA e PANDINI, 2005).

Realização de atividade física, estimular práticas de lazer como andar de bicicleta, jogar bola, futebol, dançar, fazer ginástica, nadar e praticas rotineiras para aumentar atividade física, tais como subir e descer escadas, fazer caminhadas curtas em lugar da locomoção por veículo são ações que devem fazer parte do acompanhamento da saúde do adolescente. Em paralelo, devem ser desestimulados os hábitos promotores do sedentarismo, como permanência excessiva em frente a televisão, ao computador e em jogos de videogames (BRASIL, 2006).

É importante lembrar que o adolescente deve ser parte ativa das ações de saúde, cabendo aos profissionais que atendê-lo agir de maneira desprovida de autoritarismo e de soluções prontas. Neste acompanhamento um dos fundamentos essenciais é resgatar a sua autoestima no sentido em que possa promover o desenvolvimento de sua autonomia, especialmente nos programas relacionados à saúde

## Artigo/Article

e nutrição. Cabe o envolvimento da família e de profissionais de saúde utilizar seu conhecimento para extrair dele seus gostos e assim preparar uma dieta saudável e com alimentos nutritivos, visando sempre o seu pleno desenvolvimento e saúde (VITOLLO, 2003).

O envolvimento do adolescente com atividades de lazer ou esportivas pode alterar o seu padrão alimentar, aumentando as necessidades nutricionais e modificando as práticas alimentares. Os adolescentes devem ser orientados a não substituir as principais refeições, como almoço e jantar, por lanches rápidos, o que é um hábito comum e pode comprometer a satisfação das necessidades nutricionais nesta fase (BRASIL, 2006).

A prática de exercícios devem ser realizados regularmente cerca de três a cinco sessões por semana, após orientação profissional (DÂMASO, 2001).

É necessário que os profissionais de saúde responsáveis pelo combate e controle da obesidade, atuem de maneira multiprofissional e de acordo com

suas respectivas necessidades, mediante estudos diagnósticos prévios e avaliações periódicas do estado de saúde do indivíduo obeso (SAPATERA e PANDINI, 2005).

### 3.4.3 Farmacologia

A utilização da fármacos para obesidade, antes da sua utilização devem ser orientado previamente pelo profissional médico. O tratamento medicamentoso ou farmacológico inclui uma soma de medicamentos capazes de reduzir o apetite, aumentar a saciedade, aumentar a lipólise, impedir a absorção de glicose ou gordura, aumentar o metabolismo celular, eliminar água e outros resíduos metabólicos. Os redutores do apetite, à base de anfetaminas e seus derivados, deprimem o apetite e exercem certo efeito lipolítico através da liberação de catecolaminas (SAITO, 1993).

Estas drogas devem ser usadas com extremo cuidado e sempre em curto prazo, pelos riscos que oferecem através de seus efeitos sobre o sistema nervoso,

## Artigo/Article

representados pela irritabilidade nervosismo, insônia, pelo perigo maior da tolerância e do hábito, sendo contra indicadas na adolescência. Os anoréticos tem sido utilizados em associação com drogas tranqüilizantes com algumas vantagens e um aumento considerável dos efeitos colaterais não desejados (FERREIRA, 2007).

Uma série de outros medicamentos representados pelas biguanidas, diuréticos, gonadotrofinas coriônicas, metilcelulose, colecistoquinina e outros vem sendo proposta e seus resultados divergentes não oferecem segurança na terapia da obesidade de crianças e adolescentes. Acerca do tratamento com fármacos VIUNISKI (1999) leciona que na realidade, atualmente no Brasil não há nenhum medicamento devidamente aprovado para ser utilizado com a população infantil ou adolescente.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com Leal (2002) perante as peculiaridades da

adolescência o envolvimento deste com a nutrição assume aspectos singulares e de grande importância, bastando para isso lembrar que nesta época da vida se adquire 25% de estatura e 50% de peso.

A diversificação dos aspectos envolvendo a adolescência recomenda a necessidade de uma abordagem ampla dessa fase da vida, uma vez que a adolescência não se realiza da mesma forma para meninas e meninos, bem como, pelo fato dos sujeitos envolvidos possuírem condições concretas de existência intimamente notáveis, decorrentes da heterogeneidade e desigualdade das sociedades de classe.

Basicamente todas as teorias elencadas neste estudo indicam que a melhor forma de combater a obesidade consiste na prática de exercícios físicos regularmente, alimentação balanceada e rica em nutrientes, preferir a ingestão de alimentos frescos e sucos naturais, bem como adotar hábitos alimentares saudáveis.

Dentro desse contexto, os profissionais da saúde exercem papel preponderante, médicos,

## Artigo/Article

nutricionistas, enfermeiros, professores de educação física, podem e devem contribuir para que os adolescentes possam se preocupar mais com sua saúde, pois a obesidade é uma doença que pode trazer sérios aborrecimentos na vida das pessoas.

Na relação adolescente e nutrição deve-se considerar o indivíduo inserido dentro do meio que o cerca e com ele interagindo. As políticas do macroambiente influenciam o consumo alimentar, indireta ou mais diretamente através de produção, armazenamento e distribuição de alimento.

Enfim, é preciso que haja uma expansão dos horizontes sociais oriundos na adolescência, no sentido de que faça com que o indivíduo passe a sofrer modificações em sua rotina de vida, incorporando novas práticas alimentares à sua nutrição, dando continuidade ao processo de elaboração do hábito alimentar iniciado na família e que agora se defronta com outros grupos de referência da sociedade para sua cristalização final. Neste sentido, considera-se que muito ainda precisa ser feito para combater e/ou

minimizar os piores efeitos que a obesidade na adolescência pode causar. Este é o desafio!

### 5. REFERÊNCIAS

1. ABESO. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade. **População com excesso de peso.** Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/>>. Acesso em: 24 mar. 2011.
2. ARAÚJO, Cora [et al]. **Estado nutricional dos adolescentes e sua relação com variáveis sociodemográficas:** Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), 2009.
3. BOUCHARD, C. **Atividade física e obesidade.** Barueri, SP: Manole, 2003.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretarias de políticas de saúde. Departamento
5. de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição,** Brasília:
6. Ministério da Saúde, 2003.
7. \_\_\_\_\_. **Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº. 8.069/90).** Realização Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Ministério da Justiça/Secretaria dos Direitos Humanos/Departamento da Criança e do Adolescente. Brasília: Ministério da Justiça, 2002.
8. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde.

**Artigo/Article**

Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia alimentar para a população brasileira:** promovendo a alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

9. \_\_\_\_\_. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar:** manual técnico / Agência Nacional de Saúde Suplementar. 2. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: ANS, 2007.

10. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Caderneta de saúde do adolescente.** 13/12/2009. SUS. Governo Federal. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=241](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=241)>. Acesso em: 24 mar. 2011.

11. COLLI, Anita S. Necessidade de saúde do adolescente. *In:* SETIAN, Nuvarte; COLLI, Anita S.; MARCONDES, Eduardo (coord.). **Adolescência.** São Paulo: Sarvier, 1979.

12. CONAR – Conselho Nacional de Autorregulamentação Publicitária. **A dieta do Conar.** Disponível em: <<http://www.conar.org.br/>>. Acesso em: 15 jul. 2011.

13. D'AGOSTINO, Gilda. O adolescente obeso. *In:* SETIAN, Nuvarte; COLLI, Anita S.; MARCONDES, Eduardo (coord.). **Adolescência.** São Paulo: Sarvier, 1979.

14. DAMASCENO, Luzimar Alves. **O papel do enfermeiro na prevenção da obesidade infantil:**

uma revisão bibliográfica. Linhares 2009.

15. DÂMASO, A. **Nutrição e Exercício na Prevenção de Doenças.** Rio de Janeiro: Medsi, 2001.

16. DOMINGUES FILHO, L.A. **Manual do personal trainer brasileiro.** 3 ed. São Paulo: Icone, 2006.

17. ENES, Carla Cristina; SLATER, Betzabeth. Obesidade na adolescência e seus principais fatores determinantes. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 13, n. 1, Mar. 2010 .

18. FARIAS Edson S, [et al]. Efeito da atividade física programada sobre a composição corporal em escolares adolescentes. **Jornal Pediatra** 85: 28-34, 2009.

19. FERNANDES, R. A.; VARGAS, S. A. O cuidado de enfermagem na obesidade infantil. **Revista Meio Ambiente e Saúde**, Munhuaçu, v. 2, n. 1, mai./jul. 2007.

20. FERREIRA, Shirley [et al]. **Obesidade infantil:** etiologia e conseqüências para a saúde. *Revista Digital - Buenos Aires - Ano 11 - N° 106 - Março de 2007.* Disponível em: <[www.efdeportes.com](http://www.efdeportes.com)>. Acesso em: 25 mar. 2011.

21. GAMA, S. R.; CARVALHO, M. S.; CHAVES, C. R. M. M. Prevalência em crianças de fatores de risco para doenças cardiovasculares. **Caderno de Saúde Pública**, v. 23, n. 9, p. 2239-2245, set. 2007.

**Artigo/Article**

22. YOUNG, Barbara; HEATH, John W. **Histology funcional**. Tradução Mira de Casrilevitz Engellardt. 4 ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A, 2000.

23. ISSLER, Hugo; LEONE, Claudio; MARCONDES, Eduardo (coord.). **Pediatria na atenção primária**. São Paulo: SARVIER, 2002.

24. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009**. Antropometria e Estado Nutricional de Crianças, Adolescentes e Adultos no Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE. 2010.

25. LEAL, Marta Miranda. **Obesidade**. In: ISSLER, Hugo; LEONE, Claudio; MARCONDES, Eduardo (coord.). **Pediatria na atenção primária**. São Paulo: SARVIER, 2002.

26. LOPES, Magda. **Causas da Obesidade Infantil** - Crianças Obesas como evitar em casa. Disponível em: <<http://www.obesidadeinfantil.org/artigosobesidadeinfantil/causa-obesidade-infantil-como-evitar.php>>. Acesso em: 26 mar. 2011.

27. MARQUES-LOPES, Iva [et al]. Aspectos genéticos da obesidade. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 17, n. 3, set. 2004 .

28. MEDINA, Magda Lopes. **Obesidade como uma condição metabólica complexa**. Disponível em: <<http://www.copacabanarunners.net/obesidade-genetica.html>>. Acesso em: 31 mai. 2011.

29. OHARA, Elisabeth Calabuig Chapina; SAITO, Raquel Xavier de Souza. **Saúde da família: considerações teóricas e aplicabilidade**. São Paulo: Martinari, 2008.

30. OLIVEIRA, José Eduardo Dutra de (coord.). **Obesidade e anemia carencial na adolescência**: simpósio. São Paulo: Instituto Danone, 2000. 270p.

31. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

32. \_\_\_\_\_. **Estratégia Global para a Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde**. 57a Assembléia Mundial de Saúde: Wha 57.17 8ª. sessão plenária de 22 de maio de 2004.

33. SBEM – Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabolismo. Projeto diretrizes. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. **Obesidade: Diagnóstico e Tratamento da Criança e do Adolescente** Elaboração Final: 4 de abril de 2005. Disponível em: <[http://www.telessaudebrasil.org.br/ildbi/docsonline/6/5/056Obesid\\_Diag](http://www.telessaudebrasil.org.br/ildbi/docsonline/6/5/056Obesid_Diag)>

**Artigo/Article**

Trat Crianca Adolec.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2011.

34. REPETTO, Giuseppe; RIZZOLLI, Jacqueline; BONATTO, Cassiane. Prevalência, riscos e soluções na obesidade e sobrepeso: Here, There, and Everywhere. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 47, n. 6, Dec. 2003 .

35. SAITO, Maria Ignez. Abordagem do adolescente obeso. *In*: MARCONDES, Eduardo; MANISSADJIAN, Antranik. **Terapêutica pediátrica**. 4. ed. São Paulo: Sarvier, 1993.

36. SAPATÉRA, Márcia Lílian Rodrigues; PANDINI, Elaine Vaz. Obesidade na adolescência. **Revista Digital - Buenos Aires** - Ano 10 - N° 85 - Junio de 2005.

37. SETIAN, Nuvarte; COLLI, Anita S.; MARCONDES, Eduardo (coord.). **Adolescência**. São Paulo: Sarvier, 1979.

38. SICHIERI, Rosely; VEIGA, Gloria Valeria. Obesidade na adolescência. *In*: SCHOR, Nélia; MOTA, Maria do Socorro F. Tabosa; BRANCO, Viviane Castelo (orgs.). **Caderno juventude, saúde e desenvolvimento**. Ministério da Saúde. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, 1999.

39. SETIAN, Nuvarte; COLLI, Anita S.; MARCONDES, Eduardo (coord.). **Adolescência**. São Paulo: Sarvier, 1979.

40. SILVA, Kelly Samara da et al . Associações entre atividade física,

índice de massa corporal e comportamentos sedentários em adolescentes. *Rev. bras. epidemiol.*, São Paulo, v. 11, n. 1, Mar 2008.

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

42. SPETHMANN, Carlos Nascimento. **Medicina Alternativa**. 7. ed. rev. e atual. Uberlândia, MG: Natureza, 2004.

43. TERRES, Nicole Gomes et al . *Prevalence and factors associated to overweight and obesity in adolescents*. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 4, Aug 2006.

44. VILELA, Ana Luisa Miranda. **OBESIDADE**. 2011. Disponível em: <<http://www.afh.bio.br/digest4.asp>>. Acesso em: 10 jun. 2011.

45. VITOLLO, Márcia Regina. **Nutrição: da gestação à adolescência**. Rio de Janeiro: Reichmann & Autores Editores, 2003.

46. VIUNISKI, Nataniel. **Obesidade infantil: um guia prático para profissional da saúde**. Rio de Janeiro: EPUB, 2005.

47. WONG, Donna L. **Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva**. Tradutores Cláudia Lúcia Caetano de Araújo [et al]. Revisora técnica, Ivone Evangelista Cabral. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A, 1999.