



MARÍLIA IZABELA ALVES DE LIMA

**OBESIDADE INFANTIL: abordagem do
farmacêutico na prevenção e no tratamento.**

**PATOS DE MINAS
2011**

MARÍLIA IZABELA ALVES DE LIMA

**OBESIDADE INFANTIL: abordagem do
farmacêutico na prevenção e no tratamento.**

Artigo apresentado a Faculdade Patos de Minas como requisito parcial para a conclusão do Curso de Graduação em Farmácia.

Orientadora: Prof.^a Esp. Elizaine Aparecida Guimarães Bicalho

613.25-053.2 LIMA, Marília Izabela Alves de
L732o Obesidade infantil: abordagem do
farmacêutico na prevenção e no tratamento/
Marília Izabela Alves de Lima– Orientadora:
Prof.^a Esp. Elizaine Ap.Guimarães Bicalho.
Patos de Minas: [s.n.], 2011.
25p

Monografia de Graduação – Faculdade
Patos de Minas - FPM
Curso de Bacharel em Farmácia

1.Obesidade 2.Diagnostico 3.Atenção
Farmacêutica I. Marília Izabela Alves de Lima
II.Título



MARÍLIA IZABELA ALVES DE LIMA

OBESIDADE INFANTIL: abordagem do farmacêutico na
prevenção e no tratamento.

Artigo aprovado em _____ de _____ de _____ pela comissão
examinadora constituída pelos professores:

Orientadora: _____

Prof.^a Esp. Elizaine Ap. Guimarães Bicalho
Faculdade Patos de Minas

Examinador 1 : _____

Faculdade Patos de Minas

Examinador 2: _____

Faculdade Patos de Minas

“O Controle da obesidade deve ser feito por profissionais competentes, responsáveis e éticos. Prudência e profissionalismo devem vencer oportunismo”.

Robert Kushner

OBESIDADE INFANTIL: abordagem do farmacêutico na prevenção e no tratamento.

Marília Izabela Alves de Lima *

Prof^a Esp. Elizaine Aparecida Guimarães Bicalho **

RESUMO

A obesidade é definida como um excesso de gordura corporal. É uma doença crônica de etiologia múltipla. A obesidade, sem dúvida está sendo considerada um grande problema de saúde pública nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, atingindo todas as classes sócio-econômicas e uma grande proporção da população infantil. Esta pesquisa teve como objetivos, verificar quais são os motivos que levam as crianças a se tornarem obesas. Qual melhor tratamento e como prevenir a obesidade e os fatores de risco. Sedentarismo, alimentação inadequada, ausência dos pais na elaboração das dietas, entre outros, são os principais responsáveis pelo aumento da incidência da obesidade na criança. A participação do profissional farmacêutico no acompanhamento do tratamento farmacológico e nas orientações aos pais fortalece o sucesso do tratamento e da prevenção. A metodologia utilizada foi a de revisão de literatura: através de um estudo descritivo com a utilização de variadas fontes científicas. Assim considerando que a obesidade infantil é um forte indicio para permanecer na fase adulta, com consequências de varias doenças crônicas degenerativas. Diante do exposto ficou claro que a equipe de saúde, juntamente com o farmacêutico deve dar um enfoque nas ações de prevenção, orientando os pais das complicações que a criança pode apresentar e o uso adequado dos medicamentos, desenvolvendo programas para a conscientização da população.

Palavras-chave: Obesidade infantil. Tratamento farmacológico. Atenção Farmacêutica. Prevenção.

*Acadêmica do 8º período do curso de Farmácia da Faculdade Patos de Minas

**Professora-orientadora do curso de Farmácia da Faculdade Patos de Minas

INTRODUÇÃO

A obesidade infantil vem aumentando exageradamente nas sociedades modernas industriais, despontando inclusive como substituta, em termos de saúde pública, da desnutrição. Isto se deve, provavelmente, ao fato de cada vez mais cedo introduzirmos alimentos industrializados, que por sua vez são muitos mais calóricos, na alimentação das crianças. Até mesmo por falta de tempo de preparar refeições feitas com alimentos *in natura*, com teores reduzidos de açúcar e gorduras. (GONSALVES et al, 2003)

A atenção farmacêutica na obesidade infantil foi o tema desenvolvido neste artigo com o intuito de conhecer a prevenção e o tratamento da obesidade infantil, através disto detectar o melhor tratamento para os mesmos e meios de prevenir o aparecimento da obesidade infantil.

A obesidade esta associada ás facilidades do mundo moderno, sedentarismo, alimentos gordurosos e açucarados... Assim aumentando o grande índice de obesos no mundo. As crianças seriam os que, mas sofrem com a obesidade sendo precocemente estimuladas a uma alimentação inadequada e ao uso de medicação pelos próprios pais, estas foram às hipóteses do respectivo trabalho.

Fazendo-se surgir entre estes indivíduos uma dependência precoce a medicação. A atuação do farmacêutico seria fundamental para levar a informação e a conscientização aos pais do uso de outros métodos de controle de peso antes de iniciar o uso de medicamentos.

Despertou-se o interesse pelo tema para tentar conscientizar os pais e profissionais farmacêuticos da importância do tratamento e meios de prevenção da obesidade nesse publico específico. A obesidade infantil na maioria das vezes resulta de uma alimentação inadequada e falta de pratica de atividade física regulares, assim as crianças passam grande parte do tempo livre na frente do computador, vídeo games e consumindo alimentos calóricos.

O objetivo geral foi descrever a incidência de crianças obesas em tratamento. Nos objetivos específicos presentes, realizou um estudo bibliográfico sobre a obesidade infantil e mostrou a onde o problema começa, e as conseqüências não resolvidas. Definiu-se a atuação do farmacêutico no tratamento e prevenção da

obesidade infantil. Descrevendo os principais medicamentos utilizados no tratamento da obesidade.

METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do respectivo trabalho sobre “Obesidade infantil: abordagem do farmacêutico na prevenção e no tratamento” foi realizada uma pesquisa de natureza básica, com abordagem qualitativa de dados. Tendo como objetivo uma pesquisa exploratória esperando a proporcionar maior familiaridade com o problema.

Foi realizado um levantamento bibliográfico a partir de material já constituído, principalmente de livros, revistas, teses, internet e na biblioteca da Faculdade Patos de Minas utilizando-se com palavras chaves para busca em sites: obesidade, papel do farmacêutico, medicamentos na obesidade, prevenção no período de 2008 a 2011.

Com a finalidade de alcançar o primeiro objetivo foi desenvolvido um estudo bibliográfico sobre a obesidade e a obesidade infantil, e com diagnosticar a obesidade.

Para o segundo objetivo, foi realizada uma pesquisa bibliográfica para identificar qual a importância do papel do farmacêutico na obesidade e o que poderia ser feito para evitar os altos índices da obesidade na infância.

Nos objetivos seguintes foram pesquisados a respeito dos medicamentos utilizados como inibidores de apetite. E também sobre meios de prevenção para evitar a obesidade infantil.

De posse das referências teóricas, foi feito um confronto e análise de todos os dados encontrados no desenvolvimento da pesquisa a solução para a obesidade, já que atualmente é um dos problemas, mais graves de saúde pública.

Após a leitura crítica das referências, pretenderam-se redigir o texto de forma a dispor de maneira clara, objetiva e sintética o que foi interpretado, proporcionando ao leitor uma visão fiel das ideias e conclusões originais dos autores, bom como nossas próprias considerações.

1. OBESIDADE

Atualmente a obesidade não se tornou apenas um problema de estética, mas sim um dos problemas mais grave de saúde pública, tanto na vida adulta quanto na infância e na adolescência.

De acordo com Organização Mundial da Saúde (OMS) informou que em 2006, aproximadamente 1,6 bilhões de adultos apresentavam excesso de peso e, entre as crianças maiores de cinco anos, o problema atingiria cerca de 20 milhões. Esse distúrbio nutricional não é apenas privilégio dos países desenvolvidos, pois seu aumento tem se dado de forma dramática em países em desenvolvimento considerando-se uma epidemia global. (RODRIGUES; POMBO; KOIFMAN, 2011)

Segundo Monteiro et al (1995) o Brasil vem substituindo rapidamente o problema de escassez de alimentos pelo crescimento na oferta de alimentos. A desnutrição, ainda relevante, vem diminuindo, isto é, estamos trocando um mal pelo outro.

A obesidade é provavelmente uma das doenças mais antigas que acometem no homem, sendo de difícil entendimento, devido a sua complexidade que altera em todo o nosso corpo, além disso, tem uma alta incidência nas patologias nutricionais. (DÂMASO, 2001)

A obesidade é causada por diversos fatores, como genéticos, herança familiar, ambiental, falta de atividade física e o aumento na ingestão de calorias, sofrendo influência de condições sociais, econômicas, endócrinas, metabólicas e psicológicas, sendo uma doença complexa. (COZER; LEZZI, 2010)

Mas não há como descrever a obesidade sem associar com os fatores de risco das doenças acarretadas por ela.

A obesidade é considerada pelo National Institutes of Health como uma doença multifatorial. Desenvolvida e mantida a partir de diferentes fatores de riscos mórbidos, entre eles incluem-se a hipertensão, o diabetes, as alterações neuroendócrinas e no perfil lipídico (dislipidemias), o câncer, os problemas cardiovasculares, as alterações posturais, bioquímicas e comportamentais. Assim, fica claro que a obesidade representa um problema epidemiológico multifatorial e deve ser encarado e tratado como uma doença. (DÂMASO, 2001)

1.1 Obesidade infantil

A obesidade infantil é considerada a doença nutricional que mais cresce no mundo e a de tratamento mais difícil. Sendo assim um grande motivo de pesquisas pelo mundo inteiro. (FISBERG, 2005)

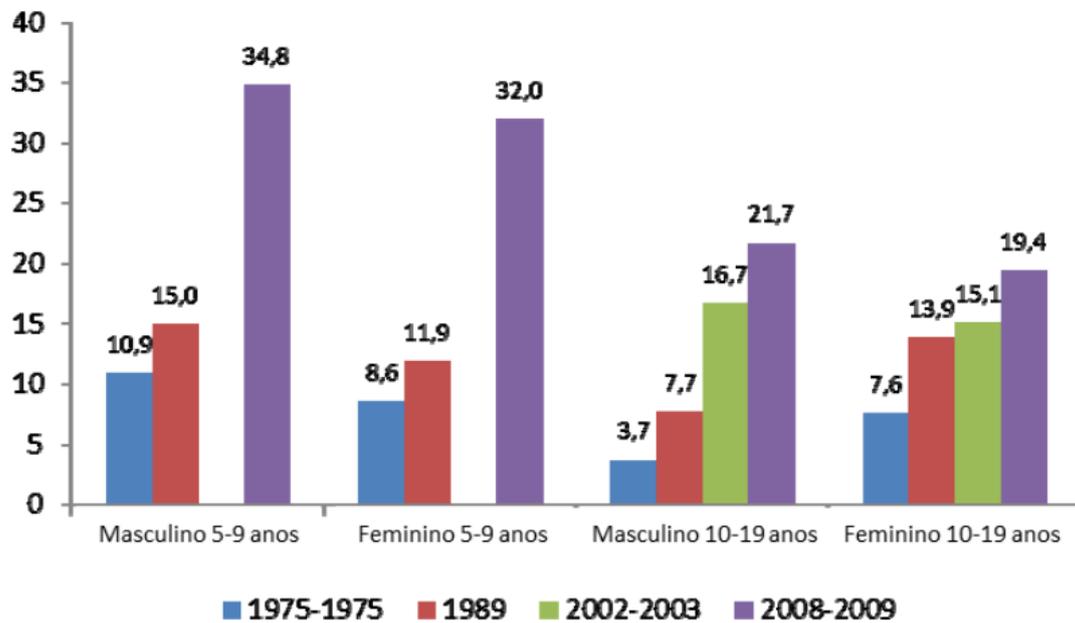
É considerada uma doença crônica e nos últimos anos um grande problema de saúde pública se tornando preocupante. (RODRIGUES, 1998)

Com o estilo de vida atual é difícil estabelecer umnexo causal de certeza, porém vários elementos do ambiente infantil vêm sendo detectados com influenciadores à obesidade; como o aumento do índice glicêmico dos alimentos infantis, quantidade de açúcar nas bebidas em gerais, consumo em fast-foods, alimentação rica em gordura e pobre em fibras, a falta da presença da família, a redução de atividades físicas e os crescentes hábitos de passar maioria do tempo diante da televisão, do computador ou dos videogames.

A obesidade infantil pode ser causada por fatores internos, fatores genéticos ou metabólicos e também fatores externos entre eles psicológicos, alimentares e sedentarismo. (MELLO; LUFT; MEYER, 2004)

De acordo com a Pesquisa de Orçamentos Familiares – POF em 2008 -2009 realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, em parceria com o Ministério da Saúde, (gráfico 1) apresentou um aumento importante no número de crianças na faixa etária entre 5 a 9 anos de idade acima do peso no país. O número de meninos acima do peso mais que dobrou entre 1989 e 2009, passando de 15% para 34,8%, respectivamente. Entre as meninas esta variação foi ainda maior. (MELO, 2010)

Gráfico 1: Evolução da frequência de obesidade no Brasil entre crianças e adolescentes.



Fonte: POF 2008-2009 – IBGE – Períodos 1974-1975, 1989, 2002-2003 e 2008-2009

Segundo Aquino (2010) afirma que, com o crescimento da obesidade infantil, aumenta também as comorbidade associadas ao ganho de peso, o que gera consequências nefastas na saúde, desde o nascimento. Por esta razão é imperativo que se identifiquem crianças obesas e com sobrepeso para que se enfrentem esses danos.

As crianças obesas têm maior estatura, apresentam idade óssea avançada e maturação sexual precoce comparada às crianças não obesas. (DAMINI; CARVALHO; OLIVEIRA, 2000). Além disso, o aumento de peso na criança predispõe as mais variadas complicações, abrangendo as esferas psicossociais, pois há reclusão e afastamento das atividades sociais devido à discriminação e a aceitação reduzida pela sociedade, e esfera orgânica, uma vez que pode determinar o aparecimento de doenças coronarianas, aterosclerose, câncer de colon, gota e artrite na vida adulta. (OGDEN et al, 1997)

Em relação ao tempo que a obesidade permanece instalada na infância Escrivão e Lopes (1998) afirmam que o risco da criança obesa tornar-se adulto obeso aumenta acentuadamente com a idade, dentro da própria infância. Assim, quanto mais idade tem a criança obesa maior chances terão de se tornar um adulto obeso.

Crianças obesas hoje serão adolescentes obesos, amanhã, e adultos obesos, no futuro, aumentando a possibilidade do aparecimento de doenças, além do sofrimento pelo convívio, com a moléstia. O excesso de peso está, na grande maioria das vezes, relacionado ao excesso de oferta de alimentação pelos pais. A pessoa obesa sente-se desajustada e discriminada, assim buscando o consolo na própria comida, tendo dificuldade em aceitar regras e limites para controle do excesso, além do fator aumento da alimentação, que se encontra relacionada a um refúgio para medos, angústias, temores e rejeição. (SANTOS, 2003)

A prevenção da obesidade infantil se justifica pelo aumento de sua prevalência com permanência na vida adulta, desenvolvendo fatores de risco para as doenças crônico-degenerativas. (LEÃO et al, 2003)

2. DIAGNÓSTICO

Diante do aumento na frequência do excesso de peso e da obesidade entre crianças, o diagnóstico do estado nutricional deve fazer parte da avaliação de rotina tanto pelos pediatras quanto pelos endocrinologistas. (MELO, 2010)

Segundo Dâmaso (2001), entre as metodologias existentes para avaliar a composição corporal e o estado nutricional da criança, deverão ser realizadas os métodos laboratoriais ou métodos antropométricos. Os métodos laboratoriais são os raios infravermelhos (Futrex), impedância biométrica, hidrometria, espectrometria, densitometria óssea, dual hoton absorptiometry (DPA) e dual energy X - Ray absorptiometry (DEXA). Essas análises oferecem aos programas de atividade motoras e nutricionais melhores possibilidade para prescrições e orientações corretas, apresentando um bom grau de precisão para quantificar a obesidade.

Porém os métodos antropométricos são mais utilizados pelo fato do fácil manuseio, por serem inóculos e de custo barato. Os métodos antropométricos são as dobras cutâneas, razão entre as circunferências da cintura e do quadril (R: C/Q), índice de obesidade (IO), razões entre peso/ idade (P/I), Estrutura/Idade (E/I) e Score Z. (DÂMASO, 2001)

Para Mahan e Escott-Stump (2005) a obesidade pode ser avaliada por diversas maneiras, dependendo da precisão necessária, porém o método mais utilizado é IMC (índice de massa corpórea). Embora não seja uma medida direta da gordura o IMC está significativamente relacionado com a gordura corporal.

Segundo Mello, Luft e Meyer (2004) na criança os IMC está relacionado com a idade, sexo e estágio de maturidade sexual; para obter valores de referência e classificações da obesidade.

O IMC é obtido pela divisão do peso em Kg e estatura em metro elevado ao quadrado. Na criança devido às grandes mudanças corporais, a OMS (2000) recomenda que o IMC seja analisado conforme a idade. De acordo com a recomendação do NCHS (National Center for Health Statistic) em 2000 crianças podem ser classificadas a partir da determinação do percentil de IMC/Idade.

$$\text{IMC} = \frac{\text{peso (kg)}}{\text{altura X altura (m)}}$$

Depois que o IMC é calculado ele é plotado no diagrama de IMC (tabela 1) para idade de meninos ou meninas para obter uma classificação percentil. O percentil indica a posição relativa do IMC da criança em relação a outras crianças do mesmo sexo e idade. O diagrama mostra as categorias de classificação de peso para crianças: abaixo de peso, normal, excesso de peso, obesidade.

Tabela 1: Tabela de peso ideal pelo IMC

IMC	Percentil do IMC	Interpretação
< 18,5	< 5 percentil	Baixo peso
18,5 a 24,9	5 a 85 percentil	Normal
25 a 29,9	85 a < 95 percentil	Excesso de Peso
> 30	> 95 percentil	Obesidade

Fonte: Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano. 2011; 21(1): 11-20

Sabendo-se que muitas vezes é difícil definir a obesidade em crianças. Foi desenvolvida uma definição aceitável para crianças de sobrepeso e obesidade, um estado entre seis países, dentro eles o Brasil, e neste estudo ficou definido um novo

quadro com novas medidas do IMC (tabela 2) para obesidade infantil. (GASTALDON; MARTINS; POLTRONIÉRI, 2007)

Tabela 2: Quadro de controle de peso em crianças – IMC.

Idade	Excesso de Peso		Obesidade	
	Meninos	Meninas	Meninos	Meninas
2,0	18,4	18,0	20,1	20,1
2,5	18,1	17,8	19,8	19,5
3,0	17,9	17,6	19,6	19,4
3,5	17,7	17,4	19,4	19,2
4,0	17,6	17,3	19,3	19,1
4,5	17,5	17,2	19,3	19,1
5,0	17,4	17,1	19,3	19,2
5,5	17,5	17,2	19,5	19,3
6,0	17,6	17,3	19,8	19,7
6,5	17,7	17,5	20,2	20,1
7,0	17,9	17,8	20,6	20,5
7,5	18,2	18,0	21,1	21,0
8,0	18,4	18,3	21,6	21,6
8,5	18,8	18,7	22,2	22,2
9,0	19,1	19,1	22,8	22,8
9,5	19,5	19,5	23,4	23,5
10,0	19,8	19,9	24,0	24,1

Fonte: Viuniski (2000)

Porém de acordo com Loiola (2008) para que se possa avaliar a associação da doença é necessário observar diversos outros fatores além das medidas antropométricas; fatores como: mudanças súbitas de comportamento, alterações de apetite ou nos padrões do sono, baixa auto-estima e dificuldade de concentração, não conseguiu levar nenhuma tarefa determinada até o fim, estes são elementos cruciais no desenvolvimento desta patologia em crianças.

3. TRATAMENTO

Na infância o tratamento da obesidade é ainda mais difícil que na vida adulta, já que está relacionado a mudanças de hábito e disponibilidade dos pais, além da dificuldade que a criança tem de entender os danos causados pela obesidade. (MELLO; LUFTI; MEYER, 2004)

Embora pareça um pequeno problema que se resolve com dietas e orientações, não são assim as tentativas de controle da obesidade na infância. Trata-se, na verdade, de modificações de comportamento em contrapartida ao que é divulgado na mídia e ao fast-food. A criança é um ser em formação e depende da família, da escola e do ambiente para crescer e se desenvolver de maneira sadia. (AQUINO, 2010)

A dieta alimentar deve ser flexível, mas que atendam a necessidade nutricional da criança, dietas rígidas não tem boa aceitação, tornando-a ineficientes com menor adesão ao tratamento. (VITOLLO; CAMPOS, 1998)

Para iniciar o tratamento da obesidade infantil é muito importante dispor de equipe multiprofissional formada de médico, farmacêutico, nutricionista, educador físico e psicólogo. O tratamento é longo, por isso é desejável que o relacionamento da equipe com o paciente seja integrado. (DÂMASO et al., 1995)

O tratamento básico da obesidade apóia-se na modificação do comportamento alimentar e no incremento da atividade física. O exercício físico induz as adaptações metabólicas que contribuem para o controle da obesidade (maior mobilização e oxidação de lipídeos, maior captação periférica da glicose, diminuição da resistência insulínica), aumento do gasto energético diário, controle de fatores de risco (glicemia, pressão arterial, colesterol e triglicerídeos), diminuição da massa gorda e redução da perda da massa magra na redução do peso corpóreo. (COZER; LEZZI, 2010)

Para o tratamento da obesidade há necessidade de mudança de comportamento. Cada vez mais, crianças estão envolvidas em atividades de pouco gasto de energia. (DIETZ, 1998)

Atividade física para criança obesa implica na capacidade de cada indivíduo, pois, ser capaz de realizar as atividades é essencial para a adesão às mesmas,

auxiliando na perda de peso. Os exercícios físicos consistem em caminhadas, natação, ciclismo, exercícios aeróbicos e respiratórios. (STEINBERG, 2001)

O tratamento da obesidade é considerado satisfatório se, após atingir o peso clinicamente útil, o mesmo for mantido até que os resultados tenham efeitos benéficos sobre as comorbidades, como diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial e dislipidemia. A vigilância nos resultados deve ser constante, pois a medida ideal entre atividade física, ingestão de nutrientes, apoio social, familiar e automonitorização aumentarão o grau de satisfação no tratamento. (AOQUI; MORENO, 2010)

4. TRATAMENTOS FARMACOLÓGICOS

O tratamento medicamentoso da obesidade é um dos desafios deste século. Diferentes manejos da obesidade falham em reduzir peso e manter o peso atingido, substancialmente por falta de adesão ao tratamento. Os medicamentos devem coadjuvar um programa de restrição dietética e acentuação de atividade física. (AOQUI; MORENO, 2010)

O efeito individual de cada medicamento na redução do peso corpóreo é diretamente proporcional às modificações no estilo de vida e na aderência ao plano alimentar e de atividade física, que devem estar sempre acopladas à prescrição do medicamento. Não existe tratamento farmacológico algum em longo prazo que não envolva modificação de estilo de vida. (COZER; LEZZI, 2010)

Acima do grau de obesidade 1 é no qual se aceita a intervenção com medicamentos, quando o tratamento clínico de modificações comportamentais não surtir efeito desejável – perda de peso maior do que 10% em um ano, é o IMC maior ou igual a 30kg/m² ou maior 25kg/m² na presença de comorbidades. (COZER; LEZZI, 2010) Já para Aوقي e Moreno (2010) também inclui a falha em perder peso com o tratamento não-farmacológico.

Para alguns autores o tratamento farmacológico vem mostrando eficácia pode ser observada algumas drogas que usadas em longo prazo podem apresentar benefícios satisfatórios, com no caso do transtorno da compulsão alimentar; outras

devem ser usadas em curto prazo, pois podem desencadear sintomas e síndromes psiquiátricas. (VASQUES; MARTINS; AZEVEDO, 2004)

Tabela 3: Existem cinco medicamentos registrados para tratamento de obesidade no Brasil: anfepramona, fenproporex, mazindol, sibutramina e orlistat.

Substância Ativa	Mecanismo de Ação	Efeitos Colaterais
Sibutramina	Inibição da recaptção da serotonina e da noradrenalina, central e periféricamente, diminuindo a ingestão e aumentando o gasto calórico.	Boca seca, constipação, taquicardia, sudorese, eventualmente aumento da pressão arterial
Anfepramona/ fenproporex*	Diminuem a ingestão alimentar por meio de um mecanismo noradrenérgico (efeito no hipotálamo)	Boca seca, insônia, taquicardia, ansiedade
Mazindol*	Atua na diminuição do apetite por mecanismos noradrenérgicos e dopaminérgicos e não é um derivado da fenietilamina	Boca seca, insônia, taquicardia, ansiedade
Orlistat	Atua no lúmen intestinal inibindo a lipase pancreática que é uma enzima necessária para a absorção de triglicérides	Esteatorréia (diarréia gordurosa), incontinência fecal, interfere na absorção das vitaminas A, D, E e K, necessitando de suplementação.

* Medicamentos retirados do mercado por causar dependência química e/ou psicológica e por seus riscos serem maiores do que seus benefícios.

A obesidade é uma doença crônica que tende a recorrer após a perda de peso e, por isso, os indivíduos obesos devem possuir contato e apoio por longo prazo de profissionais de saúde. (COZER; LEZZI, 2010)

No entanto a terapia medicamentosa não deve ser utilizada sem orientação farmacológica e prescrição médica no tratamento da obesidade infantil devido aos efeitos colaterais das drogas e risco de dependência química e/ou psicológica. (ESCRIVÃO et al, 2000)

Fisberg (1995) afirma que o uso farmacológico não é recomendável, pois pode interferir no desenvolvimento da criança.

5.1 Tratamentos cirúrgicos

Optar pelo tratamento da obesidade infantil com cirurgia é provavelmente a decisão mais difícil que os pais têm de tomar.

A cirurgias para a perda de peso nas crianças aumentaram drasticamente nos últimos anos e jovens com cerca de 11 anos já passaram por esse procedimento. (MORCONDES et al, 2004)

Existem inúmeras técnicas usadas, mas todas acarretam um número de complicações graves. As complicações intra-operatórias, os riscos de anestesia e os problemas pós-operatórios (sepsis, contaminação bacteriana de alça cega, desenvolvimento de esteatose hepática e cirrose) são preocupações comuns. (GREENSPAN; GARDNER, 2006)

Os pacientes devem ser selecionados para tratamento cirúrgico de acordo com os seguintes princípios: (WHO, 2000) a) devem ser tentados primeiro tratamentos não-cirúrgicos, incluindo medidas dietéticas e fármacos; b) a cirurgia só deve ser utilizada em pacientes bem informados e motivados que tenham um risco cirúrgico aceitável; c) os pacientes devem ter $IMC \geq 40$ ou ≥ 35 se houver comorbidades graves e de alto risco associadas.

As mudanças de estilo de vida são indispensáveis para assegurar o sucesso. Um programa de exercício físico e uma dieta balanceada aumentará três vezes mais as hipóteses de sucesso. (GONSALVES et al, 2003)

O tratamento não é uma pílula milagrosa. Para que funcione corretamente, é necessário que a criança cumpra uma dieta rígida para o resto da vida e poderá ter de tomar alguns suplementos para prevenir a desnutrição e ossos fracos. Se não o fizerem, as conseqüências poderão resumir-se a algum aumento de peso ou à recuperação do peso anterior, o tratamento da obesidade infantil com recurso à cirurgia não é milagrosa. Devido à falta de investigação, é importante fazer um balanço entre os perigos e as vantagens. (LEÃO et al, 2003)

5. ATENÇÃO FARMACÊUTICA

O tratamento da obesidade envolve necessariamente a reeducação alimentar, o aumento da atividade física e, eventualmente, o uso de algumas medicações auxiliares. O farmacêutico, como profissional da saúde, tem o papel de orientar os pacientes em todos esses aspectos, mas principalmente com relação aos medicamentos utilizados. (BORSATO, 2008)

No tratamento da obesidade, a atenção farmacêutica torna-se fundamental, pois os pacientes são abordados individualmente, aumentando o conhecimento sobre o problema e motivando-se para agir contra os fatores obesogênicos ambientais. Por se tratar de uma doença crônica e que tende a recorrer após a perda de peso, os indivíduos devem manter contato em longo prazo com profissionais de saúde e contar com o apoio destes. (AOQUI; MORENO, 2010)

O farmacêutico tem um grande papel de orientar os pacientes em todos os aspectos, mas principalmente com relação aos medicamentos. O uso de medicamentos para o controle da obesidade deve ser feito com muita cautela. Cada medicamento especifica, depende da composição farmacológica, que apresenta diversos efeitos colaterais. (BORSATO et al, 2008)

A segurança do paciente que esta sob tais tratamentos deve ser monitorada integralmente por todos os profissionais envolvidos, incluindo a automonitorização. O farmacêutico pode auxiliar nesse entendimento em diversas etapas. É importante oferecer suporte informativo ao paciente obeso, orientando sobre a correta utilização

do medicamento e sobre a prevenção de eventos adversos a medicamentos. (AOQUI; MORENO, 2010)

O papel do farmacêutico diante desta situação é de orientar o paciente sobre as consequências de um uso indiscriminado do medicamento, uma vez que a maioria dos inibidores para a obesidade é formulas que visam à diminuição da hiperfagia. (GOODMAN, 1997)

A proximidade com o paciente torna-se ainda maior a responsabilidade, pois além de orientar sobre o medicamento, deveriam também fazer uma orientação sobre hábitos saudáveis e indicações corretas e saudáveis para a melhoria da qualidade de vida. (BORSATO et al, 2008)

6. PREVENÇÃO

A obesidade infantil é um grave problema de saúde pública. Diante desses fatos a American Heart Association recomenda prevenir obesidade infantil com forma eficiente evitar a obesidade no adulto, diminuindo assim as doenças cardíacas e muitas outras doenças. (DÂMASO, 2001)

Medina (2002) relata que os hábitos de escolha de alimentos é um fator importante na prevenção da obesidade em crianças. A infância é uma fase da vida da criança que a personalidade esta sendo formada e são estabelecidos os padrões embaixadores de seu comportamento, porém, a boa orientação é proporcionada para uma vida mais saudável.

No tratamento e prevenção da obesidade é fundamental uma equipe multidisciplinar com médicos, farmacêuticos, nutricionistas e educador físico. Em conjunto com essa equipe tornara mais fácil atingir os objetivos, pois, quanto mais a criança e seus familiares receberem instruções através de programas e práticas de integração, cujo objetivo é a mudança de hábitos melhorando a qualidade de vida, tornando-se mais capazes de aderirem a orientações e tratamentos. (FERNANDES; VARGAS, 2007)

A prevenção é o melhor caminho. Começando pela amamentação materna, que deve durar no mínimo seis meses. A introdução de alimentos saudáveis e em

quantidades não exageradas após o desmame, além do hábito de praticar atividades físicas desde criança. A escola tem papel fundamental ao modelar as atitudes e comportamentos das crianças sobre atividades físicas e nutrição. Deve-se dar atenção a prevenção com desenvolvimento de estratégias preventivas para todas as idades. De qualquer forma a prevenção deveria começar na infância. (SOARES; PETROSKI, 2003)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante deste estudo realizado sobre a obesidade infantil, pode-se perceber que hoje, a obesidade se tornou uma ameaça crescente á saúde por todo o mundo, sendo tão comum que esta a substituir antigas preocupações de saúde publica com a desnutrição e entre outros sendo considerada uma epidemia global.

As causas fundamentais da obesidade resultam de um ambiente que promove um estilo de vida, sedentário de alto consumo de alimentos com grande teor de gordura como fast-food e pela falta de atividade física.

Sabendo-se que a obesidade possui fatores de caráter múltiplo, tais como os genéticos, psicossociais, cultural nutricionais, metabólicos e endócrinos. É considerada como uma doença crônica com um alto risco de desenvolver inúmeras doenças como: diabetes; hipertensão; dislipidemias; câncer; problemas cardiovasculares; alterações posturais, bioquímicas e comportamentais.

Como o tratamento é longo, é necessária uma equipe de multiprofissionais de varias áreas da saúde, que estabelecera uma força somatória que resultará positivamente, juntamente com o paciente na luta contra a obesidade.

O papel do farmacêutico é de suma importância para conscientizar, orientar e alertar ao paciente dos perigos das dosagens inadequadas de medicamentos, assim evitando a automedicação. A obesidade é uma patologia que necessita de cautela, por mostrar complicações e riscos dos medicamentos, Seu uso deve ser associado a uma mudança dos hábitos de vida da criança, incluindo a atividade física, dietas rígidas, porém acompanhadas, e também as orientações sobre os efeitos colaterais, as interações e também os problemas da má administração dos medicamentos.

Para que se tenha um tratamento com sucesso deve-se basear fundamentalmente na combinação de uma dieta equilibrada com prática da atividade física, a educação nutricional e a mudança destas condutas levarão ao sucesso do tratamento. Mas tudo isso só será efetivo se a criança contar com o apoio incondicional de sua família e de uma equipe multiprofissional.

Hoje a prevenção é o melhor caminho para evitar a obesidade infantil, observando-se que os medicamentos e a cirurgia não são tão eficazes como aparentam ser.

REFERÊNCIAS

AOQUI, C. M.; MORENO, G. G. B. Orientação farmacêutica no tratamento da obesidade. In: **Revista Racine 118**, 2010 p. 36 – 42.

AQUINO, M. Z. Obesidade Infantil: Problema que merece reflexão. In: **Revista Racine 118**. 2010, p. 32 -34.

BORSATO, D. M. et al. O papel do Farmacêutico na Orientação da obesidade. In: **Visão Acadêmica**. n.1. Curitiba: b.9, 2008, s/p.

CARVALHO, N. O. et al. Auto Conceito e imagem em crianças obesas. In: **Revista Brasileira de Saúde Materna infantil**. v.4, n.3. Recife, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2005, p. 263-268.

COZER, C. O.; LEZZI, D. D.; Considerações sobre Diagnostico e tratamento da obesidade. In: **Revista Racine 118**. 2010. p. 26-30

DÂMASO, A. R. **Nutrição e Exercício na Prevenção de Doenças**. Rio de Janeiro: Medsi, Editora Medica e cientifica LTDA, 2001. s/p.

DÂMASO, A. R.; TEIXEIRA, L.; CURI, C. M. Atividades Motoras na Obesidade. In: Fisberg, M. **Obesidade na infância e adolescência**. São Paulo: Fundação BYK, SP. 1995, p. 91 – 99.

DAMIANI, D.; CARVALHO, D. P.; OLIVEIRA, R. G.; Obesidade na infância: um grande desafio. In: **Pediatria Moderna**, v. 36, 2000, p. 489-528.

DIETZ, W.H. **Childhood weight affects adult morbidity and mortality**. J. Nutr. 128: 1998, p. 411-414.

ESCRIVÃO, M. A. M. S.; LOPES, F. A. Obesidade: Conceito Etiologia e Fisiopatologia. In: Nóbrega, F. J. **Distúrbios da Nutrição**. Rio de Janeiro: Revinter, RJ. 1998, p. 381-383.

ESCRIVAO, M. A. M. S. et al. Obesidade exógena na infância e adolescência. In: **Jornal de pediatria**, São Paulo, v.76, n.3, 2000, p. 305 -310.

FERNANDES, R. A.; VARGAS, S. A.; O cuidado da enfermagem na obesidade infantil. In: **Revista Meio Ambiente Saúde**, 2007; p. 273-281.

FISBERG, M. **Obesidade na infância e adolescência**. 2ª Ed. São Paulo. Fundação DYK. 1995, s/p.

GASTALDON, B.; MARTINS, J. C.; POLTRONIERI, K. V. **Obesidade infantil: um problema do presente com olhares para o futuro – resgatando o ser e a família junto a Enfermagem**. 148 f. (graduação em enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina. Santa Catarina, 2007, s/p.

GONSALVES, P. E. et al. **Tudo sobre a criança: perguntas e respostas**. São Paulo, SP: Ibrasa, 2003, s/p.

GOODMAN, G. **As bases farmacológicas da terapêutica**. 9ª Ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 1997, s/p.

GREENSPAN, F. S.; GARDNER, D. G. **Endocrinologia básica e clínica**. 7ª Ed. Rio de Janeiro. Mac-Graw-Hill. 2006, s/p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003. In: **Antropométrica e análise do estado nutricional de crianças e adolescentes no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

LEÃO, L. S. C. S. et al. Prevalência de obesidade em escolares de Salvador, Bahia. In: **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia & metodologia**, São Paulo, v.47, n.2, 2003, p. 151-157.

LOIOLA, A. **Depressão Infantil: orientações para pais e cuidadores**. 2008, s/p. Disponível no site: www.esam.instituto.com.br Acessado dia 21/09/11

MAHAN, L. K.; ESCOTT-STUMP, S. **Alimentos, Nutrição e Dietoterapia**. 11 Ed. Roca. São Paulo, 2005, s/p.

MEDINA, R. A indústria de espetáculos: Rio tem expertise mundial para produzir megaeventos. In: PRESTES FILHO, Luiz Carlos; CAVALCANTI, Marcos do Couto (org). **Economia da cultura: a força da indústria cultural no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: FAPERJ/COPPE/UFRJ, 2002. p. 176.

MELO, M. E. Diagnóstico da obesidade infantil. In: **Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica – ABESO**. 2010, s/p.

MELLO, E. D.; LUFT, V. C.; MEYER, F. Obesidade Infantil: como podemos ser eficazes? In: **Jornal de Pediatria**. v. 80, n. 3. Rio de Janeiro, 2004, p. 173-182.

MONTEIRO, C. A. et al. Da desnutrição para a obesidade: a transição nutricional no Brasil. In: MONTEIRO, C. A. **Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e suas doenças**. São Paulo: Hucitec; 1995. p. 247–255.

MORCONDES, E. et al. Pediatria básica. In: _____ **Pediatria clinica geral**. Tomo II. Sarvier. 2004. s/p.

OGDEN, C. L. et al. Prevalence of overweight among preschool children in the United States, 1971 through 1994. In: **Pediatrics**. ; v. 99 n. 4, 1997, s/p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. Obesidade: prevenindo e controlando a epidemia global. In: **Relatório da consultoria da OMS**. São Paulo: Roca, 2006.

RODRIGUES, L. G. **Obesidade Infantil: Associação do Grau de Adiposidade com Fatores de Risco para Doenças Cardiovasculares**. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: pós-graduação em Saúde da Criança/ Instituto Fernandes Figueira (IFF/ FIO CRUZ), 1998, p.193.

RODRIGUES, L. G.; POMBO, N.; KOIFMAN, S. Prevalência de alterações metabólicas em crianças e adolescentes com sobrepeso e obesidade: uma revisão sistemática. Artigo de Revisão. In: **Revista Paulista Pediátrica**. v.29 n.2, 2011, p.277-288.

SANTOS; A. M. Obesidade Infantil: excessos na sociedade. In: **Boletim da saúde**. v.17, n.1, Rio Grande do Sul, 2003, p. 98 – 104

SOARES; L. D.; PETROSKI; E. L. Prevalência, fatores etiológicos e tratamento da obesidade infantil. In: **Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**. v.5, n.1. Artigo de revisão. Florianópolis, 2003, p. 63-75.

STEINBERG, L. Adolescent Development. In: **Annual Review of Psychology**, February, 52, 2001, p. 83-110.

VASQUES, F.; MARTINS, F. C.; AZEVEDO, A. P.; Aspectos psiquiátrico do tratamento da obesidade. In: **Revista de Psiquiatria Clínica**. v.31, n.4, São Paulo, 2004, p.195-198.

VIUNISKI, N. Pontos de Corte de IMC para Sobrepeso e Obesidade em Crianças e adolescentes. In: **Associação Brasileira para o Estudo da obesidade e Síndrome Metabólica – ABESO**. 2000, s/p.

Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/revista/revista3/imc.htm>>. Acesso em: 08 set. 2011

VITOLLO, M. R.; CAMPOS, A. L. R. de. Aspectos gerais do tratamento. In: Nóbrega, F. J. In: _____ **Distúrbios da nutrição**. Rio de Janeiro: Revinter, RJ. 1998 p. 396-397.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Physical status: the use and interpretation of antropometry**: report of a WHO Expert Committee. Geneva: The Organization, 1995. s/p.

_____. **Obesity: preventing and managing the global epidemic**: report of a WHO consultation. Geneve: World Heath Organization; Technical Report Series 894; 2000, s/p.