

ISBN Nº 978-65-89410-09-6



TRATAMENTO DA **OBESIDADE INFANTIL**

Experiências e evidências científicas

POLLYANNA PATRIOTA



P314o Patriota, Pollyanna

Tratamento da obesidade infantil: experiências e evidências científicas. São Luís – Editora LABORO, 2021.

12 p.

ISBN: 978-65-89410-09-6

Obesidade. 2. Nutrição. 3. Obesidade infantil. I. Título.

CDU: 616-053.2



POLLYANNA PATRIOTA - SUÍÇA

Nutricionista, Mestre em Saúde Materno-infantil e Doutora em Ciências da Nutrição. Professora Universitária há mais de 21 anos com foco na área materno-infantil, sobretudo obesidade infantil, pobreza e educação nutricional. Atualmente é consultora científica na Suíça vinculada a Epidemiologia Nutricional. Pesquisadora e autora de livros, capítulos de livros e artigos científicos na temática nutrição materno-infantil. Certificada pela World Obesity Federation para o tratamento da obesidade, membro da European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN), da European Association of Preventive Cardiology/European Society of Cardiology e professora colaboradora na Pós-Graduação da Faculdade Laboro.

TRATAMENTO DA OBESIDADE INFANTIL

Experiências e evidências científicas

A Organização Mundial da Saúde, define a obesidade como uma doença que inclui sinais e / ou sintomas específicos, fisiopatologia distinta, redução da qualidade de vida e aumento do risco de comorbidades e da mortalidade (1). A obesidade, portanto, é um componente importante da redução da longevidade humana e da qualidade de vida. A cada ano, no mundo inteiro, são organizados eventos com objetivo de sensibilizar as pessoas sobre a obesidade e os cuidados necessários para prevenção da mesma. Assim, a partir de 2021, o dia 4 de março ficou definido como o Dia Mundial da Obesidade, o qual, anteriormente era comemorado em 11 de outubro.

No Brasil, a prevalência da obesidade infantil tem crescido progressivamente nos últimos 20 anos. Atualmente, 18,9% das crianças menores de dois anos tem excesso de peso, o que inclui diagnósticos de sobrepeso e obesidade. No grupo etário das crianças com 2 a 4 anos, 14,3% possuem excesso de peso e, entre as crianças de 5 a 9 anos, esta prevalência aumenta para quase 30% (2).

Segundo o Atlas Mundial da Obesidade e a Organização Mundial da Saúde (OMS), observando este crescimento acelerado de crianças com excesso de peso, o Brasil alcançará a 5ª posição no ranking de países com o maior número de crianças e adolescentes com obesidade em 2030(2).

É importante ressaltar que além das consequências físicas e psicológicas para os indivíduos com obesidade, eles enfrentam, ainda, uma forma generalizada de estigma social, com base na suposição não-comprovada e não apoiada pelas evidências científicas de que o aumento de peso é devido, principalmente por uma falta de auto-disciplina e de responsabilização da pessoa acometida pelo sobrepeso ou obesidade (3).

Esta estigmatização, prejudica a busca pelo tratamento adequado, como também a continuidade em tratamentos já iniciados.

Assim, o primeiro passo para instituir um tratamento adequado é tratar a pessoa com obesidade com respeito e dignidade, acolhendo adequadamente nos serviços de saúde, escola, comunidade, etc. A importância da linguagem utilizada na interação entre profissionais da saúde e pessoas com obesidade, deve ser amplamente divulgada, junto com um processo de formação contínua para mantê-los sempre atentos e atuantes para dizerem NÃO à estigmatização da pessoa obesa(3).

Entretanto, um componente básico para o desenvolvimento desta compreensão e mudança de comportamento por parte de profissionais de saúde e/ou da educação, é o conhecimento adequado dos fatores que fazem parte da gênese da obesidade.

Quais os principais fatores envolvidos na gênese da obesidade infantil?

Estão envolvidos na gênese da obesidade, fatores genéticos, epigenéticos, fatores relacionados com a saúde dos pais na preconcepção e no período gestacional, o peso ao nascer, desmame precoce, introdução da alimentação complementar de forma inadequada, ganho de peso excessivo no primeiro ano de vida, consumo precoce de produtos ultraprocessados, etc.

Soma-se a estes fatores, o ambiente obesogênico que acompanhará a criança ao longo de sua vida, como por exemplo, a ausência de espaços para prática de atividade física ou um nível reduzido de caminhabilidade (walkability) dos espaços urbanos, a presença de desertos e pântanos alimentares em diversas populações, dificuldades financeiras para aquisição de alimentos de boa qualidade nutricional, etc.

E qual seria o nosso papel como profissional de saúde para tratar adequadamente o paciente acometido por excesso de peso?

No que diz respeito ao comportamento alimentar, as mudanças devem ser instituídas progressivamente e com a participação central do paciente e de seus cuidadores. É um projeto PARA a família e construído e desenvolvido COM a família.

Quando nos referimos a situações que envolvem crianças ainda no início da vida, o reforço de que o aleitamento materno é o alimento mais adequado para a sua saúde, deve ser mantido. Uma recente metanálise mostrou que crianças amamentadas apresentam 22 % menos risco de desenvolver obesidade quando comparadas a crianças que receberam fórmulas infantis, em especial após os



três meses de vida (4).

Importante salientar que dietas restritivas não funcionam a médio e longo prazo. Além disso, geram sofrimento psíquico e conduzem a criança ao desenvolvimento de uma má relação com a comida, contribuindo para o desenvolvimento de transtornos alimentares diversos (5).

O aconselhamento nutricional deve ser feito conjuntamente com a criança e família. O nutricionista deve analisar qual estágio para mudança do comportamento a criança/família se encontra, através da análise do modelo transteórico e, assim desenvolver uma intervenção baseada nestes estágios(6).

Após esta identificação e através da entrevista motivacional, o nutricionista construirá junto com a criança e seus cuidadores, as metas para o período que deve ser estipulado entre eles. Estas metas devem ser realistas e definidas para curto, médio e longo prazos (5) e devem emergir do diálogo entre a criança, família e nutricionista e/ou outro profissional da saúde. A cada meta alcançada, mesmo que a mesma não tenha sido realizada em sua totalidade, deve ser comemorada, valorizada.

O nutricionista assume o papel de fornecer conhecimento técnico, baseado em evidências

científicas, sem terrorismos nutricionais, sem santificar alimentos ou condená-los (demonização) e como um agente que motiva a família para a mudança. Sobretudo, deve estar atento em respeitar as tradições e a cultura alimentar de cada família.

Como elementos básicos do aconselhamento nutricional estão o encorajamento, a empatia, o respeito e o fornecimento de informações técnicas de qualidade, os quais possibilitarão o empoderamento da família para tomada de decisões adequadas.

Progressivamente, as mudanças positivas emergirão, os desfechos relacionados à saúde tornam-se mais adequados (esta deve ser a nossa meta, ao invés de manter o foco apenas nos dígitos da balança antropométrica). Em continuação, a criança vai modificando de forma durável o seu comportamento alimentar, seu estilo de vida, junto com seus familiares. No final, teremos também outros resultados associados a uma nutrição adequada, o ganho adequado de estatura e o equilíbrio do peso corporal (5).

O imediatismo é um comportamento que não deve ser reforçado pelo profissional, pois um acompanhamento nutricional durável, com mudanças progressivas e respeitadas à fisiologia e à psiquê da pessoa com obesidade tem duração de pelo menos dois anos. Deve-se reforçar que os “ganhos” são progressivos e permanecerão à longo prazo.



Importante lembrar que este acompanhamento deve ser realizado em parceria com outros profissionais, nunca de forma isolada. No que concerne às mudanças relativas ao nível de atividade física, estas requerem um planejamento individualizado, estruturado e construído a partir da intervenção do profissional da educação física.

E quais informações são necessárias para melhor intervir?

Investigar informações mais detalhadas a respeito do estilo de vida da criança e sua família, idade dos pais/cuidadores, status socioeconômico, região de moradia, local de nascimento, estruturas sociais frequentadas pela criança, como por exemplo, escola, clubes, igrejas, vizinhança, casa de familiares, etc.

Analisar se existem conflitos dentro da família que possam gerar estresse para criança.

Investigar se a criança dorme bem e se faz uso de telas (frequência e horas/dia).

Conhecer as causas do consumo exagerado de alguns alimentos e produtos, assim como a forma de preparo utilizada. Por exemplo: a mãe refere que a criança aprecia muito a batata, mas ao pesquisar com mais detalhes sobre a forma de preparo, compreende-se que são batatas fritas.

Ser capaz de encaminhar a criança e seus cuidadores para acompanhamento com outros profissionais de saúde, por exemplo: psicologia, educação física, assistente social, pediatria, endocrinologia etc.

Outra questão, não menos importante, e que o profissional de saúde deve estar sempre atento é que o tratamento da obesidade não deve representar um fardo suplementar para família, mas uma forma de tornar mais leve a vida dos mesmos.

A compreensão da obesidade como doença, o impacto de uma alimentação desequilibrada em qualidade e quantidade podem exigir um certo tempo e, este tempo, difere de família para família. Reconhecer os riscos do consumo cotidiano de ultra processados, o risco que eles representam para saúde, a curto, médio e longo prazos, o risco para a sociedade etc., são temas que podem requerer uma dedicação maior na abordagem durante as consultas/encontros em grupos, mas vale à pena investir todo esforço nesta etapa de formação da família.

Em termo práticos, dedicar atenção na etapa de orientação de novas formas de preparo dos alimentos, a partir do padrão alimentar já existente, é uma boa alternativa. Assim como, estimular o uso de temperos naturais, cultivo de mini hortas domiciliares, são excelentes iniciativas que fazem parte do processo de educação nutricional.



Quais são os principais comportamentos identificados em grupos de crianças/adolescentes que sofrem de sobrepeso/obesidade?

Consumo excessivo de alimentos, grandes porções associadas a repetições de refeições de grande aporte calórico (almoço e jantar).

Baixa qualidade nutricional da dieta (rica em gorduras de má qualidade, sobretudo as trans, rica em açúcares e sódio). Frequentemente a substituição de alimentos in natura ou minimamente processado por ultraprocessados.

“Beliscos” entre as refeições, de forma não contabilizada pela criança e seus familiares. Por exemplo: ele come biscoitos durante a tarde, mas não sabe precisar a quantidade.

Ausência de atenção plena durante suas refeições. Normalmente, a criança se alimenta diante de uma tela. Os mecanismos de controle de fome e saciedade estão dessa forma prejudicados. Além da influência das propagandas sobre o desejo de consumir determinados produtos, normalmente fast-foods.

Esquemas alimentares não estruturados: frequentemente, os horários das refeições não estão bem estabelecidos, a criança come sozinha, sem a família, por diversas justificativas.

Uma má qualidade do sono: a criança dorme

muito tarde e, antes de dormir, tem o hábito de usar telas, seja de smartphone, outros jogos eletrônicos ou mesmo da televisão. A secreção da melatonina (hormônio que regula o sono) tornar-se prejudicada. Esse prejuízo da qualidade do sono leva a uma diminuição do hormônio de crescimento, o que pode prejudicar o ganho de estatura. Uma baixa estatura também guarda associação com o desenvolvimento de obesidade na vida adulta. Uma má qualidade do sono também está associada ao desenvolvimento da obesidade, por diversas vias, seja por reduzir os níveis de leptina (hormônio da saciedade) e/ou favorecer o aumento dos níveis de grelina (hormônio da fome). Uma criança que não dorme bem, apresentará problemas de desempenho escolar, por não estar adequadamente atenta durante o dia. Provavelmente, também estará mais indisposta para prática de atividade física, como também, o fato de permanecer acordada pode fazer com que a criança busque mais alimentos no período em que deveria estar dormindo.

Portanto, todos esses fatores favorecem o desenvolvimento/manutenção da obesidade infantil, contribuindo com o aumento do apetite, a diminuição do gasto energético e aumentando a possibilidade da ingestão de alimentos com alta densidade energética.



E como favorecer uma melhor saciedade neste processo?

A orientação da prática da atenção plena nas atividades cotidianas, sobretudo, nos momentos das refeições, auxiliará na redução da quantidade de alimentos ingeridos. Uma mastigação eficiente é outro componente da intervenção que deve ser orientado (mastigar devagar cada porção de alimento), evitar líquidos durante as

refeições pois isso favorece a deglutição sem a prévia e adequada mastigação, reduzir a quantidade de comida disponível à mesa (isso reduz a tentação de reabastecer o prato), são dicas simples, mas preciosas para aplicação na prática.

ALGUMAS DICAS

ASPECTOS MULTICOMPONENTES NO TRATAMENTO DO EXCESSO DE PESO DA CRIANÇA E ADOLESCENTE



ALIMENTAÇÃO

Reduzir ao máximo o consumo de ultraprocessados na alimentação diária.

Evitar o consumo de Fast-foods (muitas vezes ir às redes de Fast-foods representa um passeio ou um ambiente de comemoração para a família, é importante ressignificar esta crença).

Reduzir adição do açúcar de mesa nas preparações caseiras.

A Sociedade Brasileira de Pediatria e o Ministério

da Saúde não recomendam o consumo de açúcar nos dois primeiros anos de vida e nas outras faixas etárias o consumo deve ser limitado. A ingestão de suco de frutas, mesmo in natura, não é indicada uma vez que a fruta acaba sendo menos calórica e proporciona mais saciedade que o suco, além de ser fonte de fibras e exigir a mastigação, a qual é importante para o desenvolvimento orofacial da criança.

Reduzir ao máximo o consumo de bebidas açucaradas (este processo é gradativo e deve ser



gerenciado pela família com autonomia, após explanação detalhada dos malefícios destes produtos para a saúde humana).

Redução do consumo de xarope de milho com alto teor de frutose. Importante orientar a prática de observação/reconhecimento dos rótulos de alimentos para detecção deste item.

Reduzir o consumo de produtos com alto teor de gordura e de sódio.

Reduzir o consumo de sucos, priorizando o consumo das frutas in natura.

Aconselhamento para redução do tamanho de porções de alimentos (adequação do tamanho do prato de criança, copos e outros recipientes).

Estabelecimento de rotinas regulares para os horários das refeições, evitando os “beliscos” entre as refeições.

Favorecimento da mastigação adequada. O profissional deve avaliar se existe limitações dos componentes mastigatórios e da deglutição (avaliação odontológica e fonoaudiológica complementar à consulta).

ATIVIDADE FÍSICA

Ser fisicamente ativo todos os dias é importante para a promoção da saúde integral de crianças e adolescentes.

É fundamental que as atividades sejam prazerosas e adequadas ao estado individual de crescimento e desenvolvimento da criança/adolescente, assim como ao tamanho corporal, pois crianças/adolescentes com IMC muito elevado podem apresentar um risco maior de lesões.

MEDICAMENTOSO

Não recomendado para menores de 16 anos.

A farmacoterapia para crianças ou adolescentes com obesidade somente deve ser planejada após constatar-se que a implementação de um programa formal de modificação intensiva do

estilo de vida não conseguiu limitar o ganho de peso ou melhorar as comorbidades.

A farmacoterapia já aprovada para tratamento da obesidade deve ser prescrita apenas por clínicos experientes e, concomitante a alterações de estilo de vida, com atenção aos efeitos adversos de cada medicação. Os clínicos devem descontinuar a medicação e reavaliar o paciente se o mesmo não possui uma redução de escore z de IMC de 4%, após tomar medicação antiobesidade por 12 semanas, na dosagem completa da medicação.

COMPORAMENTAL

Reconhecimento e gerenciamento de fatores ambientais que podem estimular o consumo excessivo de alimentos, sobretudo, no ambiente doméstico (ociosidade, solidão, estresse, tempo diário diante de uma tela).

Analisar e diagnosticar padrões de comunicação intrafamiliares pouco saudáveis e estimular a criação de padrões de comunicação que busquem melhorar a autoestima da criança e do adolescente (desencorajar frases tais como: a criança é preguiçosa, gulosa, etc).

Atividades que envolvam mindfulness devem ser estimuladas.

SONO

Crianças em idade pré-escolar devem ter em média 12 horas de sono/dia (com período de sono noturno e outro à tarde), crianças em idade escolar necessitam de 10 a 11 h de sono/ dia (com período principal noturno) e adolescentes necessitam de 9 a 10 horas/ dia.

REDE SOCIAL

Os componentes familiares e de toda rede social (escola, igreja, clube, vizinhança) que podem funcionar como estressores e/ou sabotadores de um estilo de vida saudável devem ser identificados e a família deve ser convidada a identificar pontos que podem ser modificados na rotina para redução destes fatores.



Participação da criança em programas de intervenção em grupos devem ser estimulados.

É importante que os responsáveis por escolas, secretarias de educação, tomadores de decisões políticas, sejam convidados a contribuir na instituição de medidas que tornem o ambiente escolar menos obesogênico e mais saudável.

Referências bibliográficas

1. World Health Organization (WHO) [Internet]. Obesity and overweight. Fact sheet N°311. Geneva: WHO. [fev.2021]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>.

2. World Obesity Federation. Atlas of Childhood Obesity. 2019.

3. Albury, C. et al. The importance of language in engagement between health-care professionals and people living with obesity: a joint consensus statement. *The Lancet Diabetes and Endocrinology* 8, 447-455 (2020).

4. Qiao J, Dai LJ, Zhang Q, Ouyang YQ. A Meta-Analysis of the Association Between Breastfeeding and Early Childhood Obesity. *J Pediatr Nurs*. 2020 Jul-Aug; 53:57-66.

5. World Obesity Federation. Childhood obesity treatment. 2021.

6. Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. *Progress in Behavior Modification*, 28, pp. 183-218.



Credenciamento Lato Sensu EAD - Nota 5 no MEC



PÓS AO VIVO
ON-LINE
FACULDADE LABORO

LABORO.EDU.BR