

7

Obesidade e Qualidade de Vida da Criança e do Adolescente

Maria Ângela R. Góes Monteiro Antonio
Professora Doutora do Departamento de Pediatria da FCM – UNICAMP

Roberto Teixeira Mendes
Professor Doutor do Departamento de Pediatria da FCM – UNICAMP

Obesidade é a condição física de uma pessoa que tem a quantidade de gordura do corpo proporcionalmente muito acima do esperado para o gênero, a idade e a estatura. Com o aumento expressivo do problema, foi necessário o desenvolvimento de critérios que homogeneizassem ou padronizassem os conceitos de “peso adequado”, “sobre peso” e “obesidade”, de modo a se estabelecer uma maior precisão no estudo dos problemas associados a essa condição.

Durante muito tempo e até recentemente, os médicos e os cientistas consideravam que a obesidade era apenas esse acúmulo exagerado de gordura, sem maiores conseqüências físicas do que o excesso de peso. Com as evidências de associação entre a persistência da obesidade e a ocorrência de doenças, tem início a fase que atualmente vivemos, de compreender a obesidade como uma condição de alto risco para a saúde, resultante de uma combinação de fatores complexos.

Hoje se sabe que o indivíduo obeso tem seu metabolismo bastante alterado em relação aos não obesos, o que pode ser atribuído tanto ao modo de vida (incluindo o tipo de alimentação e o freqüente sedentarismo) como à própria interação do tecido gorduroso com o organismo, incluindo-se alteração do funcionamento hormonal, de substâncias inflamatórias e de reguladores do sistema cárdio - vascular, entre outros.

Também é notável a amplitude do problema coletivo da obesidade, que se torna visível entre os adultos desde a década de 80 nos países desenvolvidos, sendo que hoje no Brasil temos ao redor de 40% dos adultos com excesso de peso (o que inclui sobre peso

e obesidade) conforme o IBGE. É necessário se ressaltar que, ao contrário da desnutrição, que embora seja ainda muito prevalente nas populações pobres, só ocorre nesta população, a obesidade vem atingindo pouco a pouco todos os estratos sócio-econômicos, assim como as mais diversas etnias, culturas, regiões e países, bastando para isso uma pequena melhora na capacidade de acesso a alimentos e a aquisição do modo de vida moderno.

Com a rápida mudança dos modos de vida tradicionais, que preservavam dietas culturalmente estabelecidas e transmitidas de geração para geração, hoje as pessoas consomem alimentos sobre os quais não tem informação nem tradição de consumo, levando a um desequilíbrio nutricional e a uma preferência por porções cada vez maiores, fenômeno influenciado pela mídia, indústria alimentícia e redes de “fast food”. Perde-se com isso uma tradição alimentar potencialmente saudável e adota-se uma alimentação que passa a ser valorizada pelo sabor acentuado, baixo preço, grandes quantidades e alto teor energético.

A mudança no modo de vida implica também em uma redução do esforço físico despendido no trabalho (o que é bom), acrescida de uma redução também no lazer ativo, tradicional em todas as culturas anteriores à televisão e aos “games” (o que é ruim).

Essa mudança de hábitos influenciou decisivamente o que se chama de transição epidemiológica, deixando a desnutrição e suas complicações em segundo plano (sem esquecermos que a fome ainda é presente em muitas regiões do Brasil e do mundo), fazendo emergir a obesidade como o problema nutricional prevalente na humanidade. Essa contradição, de alguns permanecerem com fome e em risco alimentar por carência, enquanto outros sucumbem ao excesso e ao sedentarismo, é exemplar da resultante de um modelo de exploração e concentração de renda vigente no mundo capitalista globalizado.

Inevitável que essa transição, que atinge primeiro os adultos, passe a atingir as crianças, na medida em que o modo de vida impacta a educação e os costumes familiares. Não vamos aqui discorrer muito sobre as mudanças ocorridas no modo de vida das crianças, secundárias à mudança do mundo adulto. Entretanto, chamamos a reflexão sobre alguns aspectos que modificaram decididamente a cultura e o padrão alimentar e de atividade física das crianças.

Em primeiro lugar, e sempre, a prática do desmame precoce, que além dos problemas decorrentes da falta dos elementos nutritivos e imunológicos do leite materno, favorece o enriquecimento energético desproporcional das mamadeiras, com o acréscimo exagerado de açúcar e farináceos. Depois, a dieta de transição, em que

a perda da cultura tradicional abre portas para uma alimentação monótona e industrializada. A perda do hábito de comer à mesa, a televisão ligada, a frequência progressiva do hábito de comer fora de casa, a introdução precoce das guloseimas, a merenda escolar super-calórica, os alimentos disponíveis nas cantinas de escola, vão desviando o hábito alimentar da criança de um cardápio e de um ritual alimentar saudáveis para uma “alimentação padrão” vinculada mais à indústria e ao comércio.

À par disso, a falta de espaço nas moradias, a insegurança das ruas e a falta de equipamentos sociais adequados, a falta de hábito dos pais em praticar um lazer ativo, a televisão, os vídeo-games e os computadores cumprem seu papel de substituir a atividade física, em geral espontânea nas crianças, por uma cultura do sedentarismo. Nesse sentido, a Educação Física Escolar poderia assumir um papel central e decisivo no propósito de desenvolver o interesse e o prazer das crianças pelos jogos com movimentação física e pelo lazer ativo.

Em suma, o que se passa com o mundo adulto tem repercussões no mundo da criança, com componentes específicos, mas levando a um mesmo resultado, com o agravante de que os problemas de saúde e sócio-afetivos tem início mais precocemente.

Conhecimentos básicos sobre composição corporal, tecido adiposo e crescimento

A criança ganha ao redor de 6 kg no primeiro ano de vida; nos 5 anos seguintes ocorre uma diminuição da velocidade do ganho de peso e até o estirão da puberdade (entre 9 e 10 anos de idade) vai ganhar em média 2 a 3 Kg por ano, quando então volta a acelerar o ganho de tamanho e peso. Naturalmente, o apetite da criança acompanha esse ritmo fisiológico.

Com relação ao crescimento dos tecidos, é de se salientar que o tecido adiposo não é somente um armazenador de energia; ele protege alguns órgãos vitais (fígado, intestino), é isolante térmico, além de produzir alguns hormônios e substâncias inflamatórias. O aumento do tecido adiposo influi portanto na regulação das funções hormonais, aumentando a velocidade de crescimento, diminuindo o efeito da insulina (que tem que ser produzida em maior quantidade), causando alteração na parede das artérias pela ação dos mediadores inflamatórios (que abrirão caminho para a aterosclerose), e aumentando a pressão arterial.

O aumento do tecido adiposo ocorre de duas maneiras: o aumento do volume de cada célula (hipertrofia) e o aumento do número

de células (hiperplasia). O aumento do número de células ocorre principalmente no início da vida, e novamente na puberdade. São esses então dois momentos críticos na gênese e na manutenção da obesidade do adulto, pois mesmo que um adulto obeso venha a perder peso, não ocorrerá redução no número total de células adiposas, apenas no seu volume.

Como dito, a obesidade pode ser pensada como uma situação crônica determinada por diversos fatores, cada um com sua importância, variando de caso para caso e de situação para situação. Além dos fatores relacionados ao modo de vida, há uma base genética que diferencia os indivíduos com relação aos efeitos dos fatores “externos”.

Pensando em grandes linhas, o homem em sua história sofreu até recentemente carências alimentares crônicas e agudas (crises por catástrofes naturais ou econômicas, guerras, etc). Fomos selecionados entre os que sobreviveram a essas carências, de modo que nossa base genética é aquela melhor adaptada a conservar a energia e a gastar o mínimo possível na atividade corporal. A maioria dos indivíduos, portanto, tem grande facilidade de ganhar peso e enorme dificuldade em perder o peso quando em excesso.

É possível que haja também uma base genética para a disposição para a atividade física. Algumas crianças são espontaneamente mais ativas que outras. Em geral - e aí se acresce o fenômeno cultural -, os meninos são mais ativos que as meninas.

A interação entre a base genética e o modo de vida da família determina, segundo vários estudos, que uma criança tem 55% de chance de ser obesa, se um dos pais for obeso; se os dois pais forem obesos, essa probabilidade sobe para 80%, sendo mais freqüente quando for menina e a mãe obesa. A chance de uma criança ser obesa, filha de pais não obesos, é de apenas 10% (por enquanto).

Questões afetas à cultura familiar

Um dos problemas do modo como nós adultos estamos lidando com o hábito alimentar das crianças está no fato de acostarmos as crianças a comerem mesmo quando não estão com fome, e sem horário definido. Fornecemos balas, doces, bolos, refrigerantes, sanduíches, “danones”, apenas explorando o prazer de comer, criando uma “vontade de comer sem fome”. Essa é uma dinâmica que imprime na criança a satisfação de desejos, angústias, ansiedades e frustrações através da ingestão de alimentos em geral muito calóricos. Os adultos conhecem bem essa dinâmica, e na criança das escolas públicas favorece a prática de comer a merenda mesmo logo

após o almoço, às vezes repetindo 2, 3 até 5 vezes com a convivência das merendeiras que “tem dó” da criança.

A criança obesa passa a sofrer discriminação na escola e em outros ambientes, o que a torna retraída e com baixa auto-estima, afastando-a do convívio em geral, mas especialmente das aulas de Educação Física e conseqüentemente de práticas esportivas coletivas. O mesmo vai persistir na adolescência, o que deve deixar atentos os pais e principalmente os educadores físicos, dada a relevância da socialização nessa faixa etária. É evidente que a frustração e a ansiedade geradas por essa situação determine recorrentemente também uma maior ingestão de alimentos.

À par disso, sabemos de muitas famílias que têm dificuldades em colocar limites às crianças, e quando o fazem “compensam” com a oferta de guloseimas. O grau seguinte dessa dinâmica é a substituição do afeto e do carinho, expresso em gestos, modos e palavras, por mais um pouco de comida. Isso ocorre às vezes desde a primeira infância, quando qualquer choro é interpretado como fome ou dor.

Um dos maiores problemas que nós pediatras enfrentamos nos serviços de saúde é lidar com essa dinâmica de oferta exagerada de alimentos, ao lado da dificuldade em trabalhar a questão da quantidade servida às refeições e do modo da família inteira se alimentar. Muitas vezes a família se comporta como se o problema fosse a criança obesa, e não a dinâmica geral. Lidar com os sentimentos de culpa e responsabilização, assim como de consciência do que se passa, é a maior tarefa na abordagem da obesidade na criança.

Os riscos inerentes à obesidade na criança

A criança obesa, mesmo as muito obesas, em geral não tem ainda nenhuma das doenças ou alterações próprias de obesidade encontradas no adulto. Entretanto, os fatores predisponentes para essas doenças já estão presentes e atuantes o que significa que em maior ou menor tempo, dependendo de predisposições individuais, do grau de obesidade, do tipo de alimentação, e do grau do sedentarismo, os problemas vão aparecer.

Nesse sentido, vale ressaltar tanto para as crianças como para os adultos, que o sedentarismo e a alimentação inadequada também levam pessoas magras a ter problemas de saúde mais frequentemente do que as que levam uma vida saudável, mesmo as que tem sobrepeso.

Assim, as alterações do colesterol, aterosclerose, a hipertensão arterial as doenças do trato-gastrointestinal, o infarto e os derrames

também ocorrem mais nas pessoas magras que não têm uma alimentação adequada e uma atividade física mínima.

O que ocorre é que com a condição de obesidade essas doenças ficam ainda mais freqüentes. Portanto, o estabelecimento de uma vida saudável desde a infância não evita apenas a obesidade e seus problemas, mas toda uma gama de alterações que impactarão a vida adulta seja o indivíduo obeso ou não.

Diagnóstico da Obesidade na Criança

O diagnóstico mais preciso é dado por técnicas que medem indiretamente a quantidade de gordura corporal, como por exemplo o DEXA (análise por raio x computadorizado). Pelo alto custo e dificuldade de aplicação na rotina dos serviços, essas técnicas não são viáveis, levando à adoção de técnicas duplamente indiretas, como a impedanciometria e a medida das dobras cutâneas. Outra medida mais simples ainda, atualmente preconizada é o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC).

O IMC é obtido a partir da divisão do peso (em quilogramas) pela altura (em metros) elevada ao quadrado:

$$\text{IMC} = \text{Peso (kg)} / \text{altura (m)}^2$$

O resultado deve ser comparado com curvas de referência de IMC, semelhantes às de peso e altura. Atualmente utiliza-se a curva do NCHS (1977) ou CDC (2000). Considera-se que as crianças que se situarem acima do percentil 85 e abaixo do percentil 95 estão com sobrepeso, e as acima do percentil 95 estão obesas.

Repercussões da Obesidade na Criança e no Jovem

A obesidade deve ser encarada como distúrbio nutricional crônico. Estudos atuais demonstram que as crianças e os adolescentes obesos apresentam risco maior de desenvolver doenças que eram encontradas apenas na idade adulta: hipertensão, diabetes tipo 2, problemas ortopédicos e posturais e dislipidemias.

Fazem parte das complicações alguns problemas de pele como estrias, acne, micoses, hirsutismo, acantose nigricans; alterações esqueléticas como má postura, valgismo de joelho, deslizamento epifisário e artroses; distúrbios respiratórios; distúrbios do sono e dis-

túrbios emocionais como a baixa auto-estima, dificuldade em ser aceito, dificuldade de fazer atividades esportivas, isolamento, ansiedade, e por conseqüência, dificuldades no aproveitamento escolar.

Abordagem da obesidade na criança e no adolescente

O objetivo da abordagem da obesidade em crianças e adolescentes é, na maior parte dos casos, a manutenção do peso (diferente do adulto, onde a redução do peso é sempre necessária), aproveitando o crescimento da estatura para normalizar a relação Peso/Altura. Em geral, nas crianças menores, que estão em fase de crescimento rápido, a simples redução do ganho de peso pode tirá-la da condição de obesa ou de sobrepeso. Na puberdade, em geral pode-se manter o peso, enquanto o crescimento vai adequando a proporção peso para altura.

O tratamento deve ser instituído assim que se suspeite do diagnóstico e deve incluir necessariamente a reorientação alimentar adequada para a idade e para as condições socioeconômicas e culturais da família de cada paciente, o estímulo à execução de atividades físicas e apoio psicológico para um maior envolvimento da família e recuperação da auto-estima.

Algumas orientações alimentares devem ser estimuladas no seu cotidiano: definir e respeitar o horário das refeições; fazer as refeições se possível em família, e sempre na mesa; desligar a televisão; não discutir à mesa; reduzir a quantidade de alimentos e ingeri-los de forma lenta e progressiva; não repetir as porções; diminuir ingestão de líquidos nas refeições; diminuir a oferta de alimentos altamente calóricos (frituras, massas, doces, refrigerantes); aumentar a oferta de fibras; não estocar guloseimas no domicílio.

A atividade física determina maior consciência do corpo, melhora da auto-estima, e a possibilidade de atuação grupal. Algumas mudanças comportamentais são muito simples de serem estimuladas: ir à pé para a escola, subir escadas, dançar, jogar bola, pular corda, bicicleta, patins, skate, nadar.

Prevenção

A prevenção da obesidade na criança deve ser a primeira estratégia para controle desse desequilíbrio nutricional.

As primeiras ações vêm desde o nascimento, com o estímulo e apoio ao aleitamento materno; durante a transição alimentar, ao redor dos seis meses, as famílias devem ser estimuladas a realizar a introdução correta dos alimentos.

O diagnóstico precoce dos desvios da curva ponderal e a detecção precoce dos distúrbios alimentares devem ser apresentadas aos familiares e avaliadas periodicamente nas consultas preconizadas para acompanhamento da criança saudável, sejam consultas de enfermagem, de pediatras ou em grupo.

A aquisição de hábitos saudáveis pela família, tanto de alimentação como de atividade física no lazer ou estimulada, é o único caminho para o desenvolvimento desse hábito pelas crianças

Referências Bibliográficas

Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica Nº 12 – Obesidade.** Departamento de Atenção Básica. 2006.

_____. **Guia Alimentar para a População Brasileira.** Departamento de Atenção Básica. 2006.

Sociedade Brasileira de Pediatria. **Obesidade na Infância e Adolescência: Manual de orientação.** Departamento Científico de Nutrologia, 2006.

_____. **Manual para orientação do lactente, pré-escolar, escolar, adolescente e na escola.** Departamento Científico de Nutrologia, 2006.