

# Tratamento da obesidade na infância e adolescência

Carlos Aberto Nogueira de Almeida

Médico pediatra formado pela FMRP-USP. Mestre em pediatria pela USP. Doutor em pediatria pela USP. Diretor do Departamento de Nutrologia Pediátrica da ABRAN. Professor da Universidade de Ribeirão Preto.

A obesidade na infância e adolescência configura-se como grave doença, com possibilidades de repercussões biopsicossociais imediatas e futuras. Por esse motivo, o tratamento deve ser conduzido como uma prescrição médica e não como um “protocolo de intenções”, sempre com base em um diagnóstico completo, dos pontos de vista clínico e laboratorial.<sup>1</sup> Muitas condutas propagadas como referentes ao tratamento da obesidade cabem perfeitamente no contexto de medidas preventivas e socioeducativas, mas não servem para efetivamente tratar a criança que já se encontra obesa.<sup>2</sup>

Nesse sentido, podem-se considerar como etapas do tratamento as seguintes abordagens:<sup>3</sup>

- Modificações da dieta.
- Aumento do gasto energético.
- Suporte psicológico.
- Suporte social.
- Farmacoterapia.
- Intervenção nas comorbidades.

Importante ressaltar que não existe sequência ideal de condutas nem é necessário que todas as abordagens sejam feitas com todas as crianças, sendo fundamental a individualização do tratamento. Dessa forma, é provável que, em alguns casos, apenas a dietoterapia seja indicada; em outros, a modificação das condutas familiares; e haverá, obviamente, situações em que todas as intervenções deverão ser realizadas simultaneamente. A seguir, aborda-se um pouco mais detalhadamente cada uma.

## MODIFICAÇÕES DA DIETA

Se uma criança está engordando, a primeira conclusão obrigatória é que seu consumo energético é superior à sua necessidade.<sup>1</sup> Por esse motivo, ainda que sempre valha muito a pena melhorar a qualidade da alimentação em relação ao seu equilíbrio de macro e micronutrientes, a restrição calórica é fundamental.<sup>4</sup> Logicamente, quando se fala em restrição, há muitas formas de fazê-lo: desde apenas restringir os excessos que podem estar presentes, até a diminuição efetiva do consumo, a fim de promover balanço energético negativo e utilização das reservas gordurosas. Sobre esse tema, é importante o cuidado para proteger o crescimento físico e não

se provocar deficiência de micronutrientes, de modo que os cálculos devem ser cuidadosos e adaptados à faixa etária.<sup>3</sup>

A decisão, sempre muito debatida, entre prescrever efetivamente uma dieta ou apenas fazer orientações de cunho qualitativo depende de dois aspectos: da decisão do profissional em relação à técnica em que tem mais habilidade e das características do paciente. Sem dúvida, em muitos casos, apenas uma orientação qualitativa pode ser suficiente.<sup>5</sup> Isso ocorre quando, durante a anamnese, são detectados erros alimentares grosseiros. Exemplos dessa situação: consumo excessivo de refrigerantes ou sucos adoçados; uso diário de *fast-foods*; abuso de doces e frituras, etc.; nesses casos, a simples restrição de um ou mais alimentos ou grupos alimentares costuma ser bastante eficaz. Por outro lado, é muito comum que crianças cronicamente obesas não possuam, como reza o senso comum, alimentação ruim, do ponto de vista qualitativo. Frequentemente, observa-se que são crianças que comem de tudo... mas, de forma excessiva.<sup>6</sup> Nessa circunstância, torna-se imperativo que se ajude a família a trabalhar com quantidades, ou seja, que se monte um planejamento dietético. É relativamente consensual que, para cumprir esse objetivo, a ideia é a utilização de planejamento por grupos de alimentos, ou seja, a prescrição deve ser, por exemplo: “uma porção do grupo dos laticínios” e não “um copo de leite”.<sup>7</sup> Isso porque a prescrição por grupos permite a livre escolha do alimento dentro do grupo e, paralelamente, acaba promovendo reeducação alimentar efetiva, na medida em que mostra, na prática, como fazer as melhores escolhas, trabalhar com equivalências e como definir quantidades. A prescrição pode ser feita manualmente, utilizando-se os guias alimentares<sup>8</sup> ou por meio de *softwares*<sup>9</sup> já disponíveis para esse fim.

## AUMENTO DO GASTO ENERGÉTICO \_\_\_\_\_

Independentemente dos inequívocos benefícios da atividade física para a saúde, na ideia de se promover um balanço energético negativo, é altamente desejável que a prescrição médica visando ao emagrecimento inclua a incorporação do exercício.<sup>10</sup> Aqui também vale o mesmo raciocínio discutido no item anterior: não é o caso de se fazerem orientações genéricas, como se poderia fazer no caso de se estar

buscando apenas os aspectos preventivos, mas sim de se entender como uma prescrição. Assim, já existe consenso internacional de que, para promover perda de peso, são necessários 90 minutos diários de atividade física moderada a intensa, incluindo exercícios aeróbicos e de resistência óssea e muscular.<sup>11</sup>

## SUPORTE PSICOLÓGICO \_\_\_\_\_

Pode-se dizer que toda criança obesa necessita de suporte psicológico para que consiga ter sucesso no tratamento.<sup>12</sup> Isso não significa dizer que todas necessitarão de psicoterapia. O próprio médico nutrólogo pode se capacitar para abordar algumas questões mais básicas que certamente surgirão no decurso do processo. A compreensão dos perfis mais clássicos - como a dificuldade na imposição de limites pelos pais, os processos simbióticos, as competições intrafamiliares, a falta de vínculo e, até mesmo, a negligência - é fundamental para a adequada condução do caso.<sup>13</sup> Ainda mais importante é o treinamento para a identificação precoce daqueles casos que ultrapassam a alçada do médico e necessitam de abordagem especializada, pelo psicólogo ou, até mesmo, pelo psiquiatra.<sup>12</sup>

## SUPORTE SOCIAL \_\_\_\_\_

De forma geral, pode-se dizer que praticamente toda criança obesa está inserida em um ambiente familiar que pode se reduzir aos pais ou incluir irmãos, tios, avós, etc. O fato é que, para que se obtenha sucesso no tratamento, todos os membros desse ambiente devem estar envolvidos no processo.<sup>12</sup> Se houver apenas uma pessoa que atue como “sabotador”, certamente a obtenção de um bom resultado será muito dificultada. Uma boa estratégia é abordar cada componente do núcleo familiar com duas propostas de ajuda à criança: “o que você faz e não deverá mais fazer”, por exemplo, encher os armários da casa com doces e salgadinhos; e “o que você não faz e deverá fazer”, por exemplo, propiciar à criança momentos para a prática de atividades físicas.

De igual forma, outros cenários sociais, como a escola, o curso de inglês, a casa dos amigos, etc., também precisam ser integrados ao processo a fim de que não sejam usados como a válvula

de escape para as dificuldades de eventuais restrições alimentares.

## FARMACOTERAPIA

Primeiramente, é preciso deixar claro que não existem fármacos antiobesidade aprovados para uso pediátrico no Brasil. Por outro lado, a maioria dos autores concorda que, em face da falha persistente de resultado com abordagens convencionais e na presença de comorbidades importantes ou elevado risco familiar, pode haver menos perigo na utilização de apoio farmacológico do que na decisão de não fazê-lo.<sup>14</sup> Consideraram-se dois grandes grupos de medicamentos: aqueles com ação indireta sobre a obesidade e os fármacos antiobesidade propriamente ditos. No primeiro, encontram-se principalmente aqueles de ação psicológica. Crianças e adolescentes portadores de problemas como depressão, ansiedade, etc. podem, como sintoma paralelo, apresentar alteração do comportamento alimentar, como ingestão excessiva. Nesses casos, os inibidores seletivos da recaptção de serotonina podem ser indicados e, logicamente, o ideal seria o acompanhamento simultâneo do paciente com o nutrólogo e o psiquiatra. Ainda nas psicopatologias, existem aquelas que estão diretamente ligadas à ingestão alimentar excessiva, como a síndrome do comer noturno, o *binge eating*, e as compulsões alimentares verdadeiras. Também nesses casos a farmacoterapia psiquiátrica estará indicada, em geral com medicamentos mais potentes e doses mais elevadas.

Em relação aos fármacos antiobesidade, no Brasil, não existem opções liberadas para crianças e adolescentes. Para adultos, três grupos podem ser destacados: os catecolaminérgicos (anfeparamona, femproporex, mazindol), a sibutramina e o orlistate. Para os catecolaminérgicos, existe muito pouca evidência científica que embasa seu uso, mesmo em situações de exceção, para crianças e adolescentes. Seu mecanismo está ligado à redução da fome e aumento do gasto energético por ação basicamente adrenérgica e dopaminérgica. A sibutramina, por sua vez, já foi bastante estudada, tendo sua eficácia e segurança reconhecida a partir dos 14 anos em diversos estudos científicos, respeitadas as contra-indicações.<sup>15-17</sup> Ela atua promovendo inibição da recaptção de serotonina, dopamina e noradrenalina no núcleo ventrome-

dial do hipotálamo, levando à saciedade precoce e aumento discreto do gasto energético.<sup>14</sup> Em relação ao orlistate, que atua inibindo parcialmente a ação da lipase pancreática, promovendo redução de 30% na absorção da gordura ingerida,<sup>18</sup> ele é liberado em diversos países, incluindo os EUA, para crianças a partir dos 12 anos de idade.<sup>14</sup> Sua ação é basicamente luminal, sendo pouco absorvido e, por esse motivo, muito seguro, desde que feita a suplementação com vitaminas lipossolúveis que podem ser perdidas junto à gordura eliminada nas fezes.<sup>18</sup>

## INTERVENÇÃO NAS COMORBIDADES

Paralelamente ao tratamento da obesidade em si, aproximadamente metade das crianças obesas necessita também de abordagem das comorbidades.<sup>19</sup> Alterações como dislipidemia, hipertensão arterial, problemas dermatológicos e ortopédicos, entre outras, devem ser adequadamente diagnosticadas e tratadas. Especificamente em relação aos distúrbios metabólicos, a opção pela utilização de fármacos deve ser bastante cuidadosa já que, de forma geral, o próprio emagrecimento provoca importante melhora. A resistência periférica à insulina (RPI) muitas vezes precisará ser tratada com o uso de metformina, uma vez que o hiperinsulinismo pode dificultar o emagrecimento por acentuar a fome e facilitar a deposição de gordura.<sup>20</sup> Em geral, sugere-se que se tente reduzir a RPI inicialmente apenas com o emagrecimento e o aumento da atividade física. Mas, após um período inicial, ocorrendo a perda de peso e persistindo a elevação da insulinemia, a medicação pode ser indicada. Dislipidemia<sup>21</sup> e hipertensão arterial,<sup>22</sup> quando ligadas à obesidade e não a doenças primárias (como as dislipidemias familiares, por exemplo), raramente necessitam de farmacoterapia e apresentam boa resposta ao emagrecimento e aumento da atividade física.

## REFERÊNCIAS

1. De Almeida CAN. Condutas terapêuticas na obesidade infanto-juvenil. Rev Med Minas Gerais. 2005;15(2 Supl 3).
2. Hopkins KF, Decristofaro C, Elliott L. How can primary care providers manage pediatric obesity in the real world? J Am Acad Nurse Pract. 2011 Jun;23(6):278-88.
3. Luttikhuis S. Interventions for treating obesity in children. Cochrane Database Syst Rev. 2010.

4. Brunner EJ, Rees K, Ward K, Burke M, Thorogood M. Dietary advice for reducing cardiovascular risk. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007(4):CD002128.
5. Ello-Martin JA, Ledikwe JH, Rolls BJ. The influence of food portion size and energy density on energy intake: implications for weight management. *Am J Clin Nutr*. 2005 Jul;82(1 Suppl):236S-41S.
6. Elliott MA, Copperman NM, Jacobson MS. Pediatric obesity prevention and management. *Minerva Pediatr*. 2004 Jun;56(3):265-76.
7. Britten P, Lyon J, Weaver CM, Kris-Etherton PM, Nicklas TA, Weber JA, *et al*. MyPyramid food intake pattern modeling for the Dietary Guidelines Advisory Committee. *J Nutr Educ Behav*. 2006 Nov-Dec;38(6 Suppl):S143-52.
8. USA. Dietary Guidelines for Americans. Washington: Department of health and human services; 2005.
9. Murari MN, De Almeida CAN. *Nutro*. 1.0 ed. Jaú: ABRAN; 2010.
10. WHO. Global recommendations on physical activity for health. Geneva: WHO2010.
11. Lafontaine T. Overweight and at risk for overweight among youth: an evolving american tragedy? *ACSM*. 2005;15(4).
12. De Almeida CAN *et al*. Atuação interdisciplinar em obesidade infanto-juvenil: a experiência do CESNI. *Revista de Nutrologia*. 2008;1(1).
13. Salim CMR, Bicalho RNM. Obesidade infantil – aspectos psicológicos envolvidos na causa e suas consequências 2008.
14. Iughetti L, China M, Berri R, Predieri B. Pharmacological treatment of obesity in children and adolescents: present and future. *J Obes*. 2011;2011:928165.
15. Godoy-Matos A, Carraro L, Vieira A, Oliveira J, Guedes EP, Mattos L, *et al*. Treatment of obese adolescents with sibutramine: a randomized, double-blind, controlled study. *J Clin Endocrinol Metab*. 2005 Mar;90(3):1460-5.
16. Berkowitz RI, Fujioka K, Daniels SR, Hoppin AG, Owen S, Perry AC, *et al*. Effects of sibutramine treatment in obese adolescents: a randomized trial. *Ann Intern Med*. 2006 Jul 18;145(2):81-90.
17. Daniels SR, Long B, Crow S, Styne D, Sothorn M, Vargas-Rodriguez I, *et al*. Cardiovascular effects of sibutramine in the treatment of obese adolescents: results of a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Pediatrics*. 2007 Jul;120(1):e147-57.
18. Chanoine JP, Hampl S, Jensen C, Boldrin M, Hauptman J. Effect of orlistat on weight and body composition in obese adolescents: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2005 Jun 15;293(23):2873-83.
19. Han JC, Lawlor DA, Kimm SY. Childhood obesity. *Lancet*. 2010 May 15;375(9727):1737-48.
20. Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM, Walker EA, *et al*. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med*. 2002 Feb 7;346(6):393-403.
21. Belay B, Belamarich PF, Tom-Revzon C. The use of statins in pediatrics: knowledge base, limitations, and future directions. *Pediatrics*. 2007 Feb;119(2):370-80.
22. The fourth report on the diagnosis, evaluation, and treatment of high blood pressure in children and adolescents. *Pediatrics*. 2004 Aug;114(2 Suppl 4th Report):555-76.