

Prevenção da obesidade infantil: que evidências devemos considerar?

Valmin Ramos da Silva

Mestre em Biologia Vegetal (UFES) e Doutor em Pediatria (UFMG). Prof. Adjunto (Doutor) Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM. Preceptor do Programa de Residência Médica em Pediatria do Hospital Infantil Estadual Nossa Senhora da Glória – Vitória – ES. Membro do Departamento Científico de Nutrologia e Presidente do Departamento Científico de Suporte Nutricional da Sociedade Brasileira de Pediatria.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

A prevalência de sobrepeso e obesidade entre crianças e adolescentes vem aumentando significativamente nas últimas três décadas, em todo o mundo, e essa tendência global não mostra sinais de redução em futuro próximo.^{1,2} A obesidade traz consigo inúmeras consequências e agravos à saúde,³ justificando prioridade no investimento em pesquisas sobre as estratégias para a prevenção, tendo em vista que evitar o ganho de peso é mais fácil, menos dispendioso e mais eficaz do que tratar a obesidade.⁴

O conhecimento dos mecanismos genéticos e da etiologia multifatorial da obesidade está crescendo, entretanto, as mudanças no estilo de vida, especialmente associadas ao consumo crescente de alimentos com alta densidade energética e o declínio acentuado na atividade física, são as maiores influências.⁵

A obesidade, provavelmente, não é influenciada somente pela idade, sexo, genética, conhecimento e motivação, mas, também, por fatores sociais, comunitários, situações de vida, trabalho, condições socioeconômicas, culturais e ambientais.^{6,7} Nesse sentido, é necessário ampliar a capacidade de compreensão de suas causas, aumentando, assim, a possibilidade de formular e implementar soluções mais efetivas para a população-alvo.⁸ A utilização de marketing pode influenciar nos determinantes sociais da saúde e os grupos mais vulneráveis da população sobre os benefícios pessoais, sociais e ambientais no controle da obesidade.⁹

Envolver o conjunto de crianças que estão formando hábitos de vida parece ser uma oportunidade para mais êxito no controle da obesidade, sendo mais econômica e viável do que a abordagem individual.¹⁰ Como os fatores que levam à obesidade ainda não estão totalmente elucidados, abordagem populacional envolvendo crianças, adolescentes, pais, professores e governantes provavelmente é mais adequada.¹¹

Nesse sentido, a escola mostra-se como ambiente adequado para implementar e promover práticas preventivas, de estilos de vida saudáveis, de melhoria de conhecimentos e de estímulo para o consumo de alimentação saudável.^{12,13} Um modo simples para viabilizar essas ações seria a partir da inserção de mensagens consistentes nos conteúdos ministrados nos currículos e nas disciplinas de Ciências, Educação Física e Estudos Sociais.⁵ Entretanto, para estimular o estilo de vida e as escolhas saudáveis, com resultados esperados em curto prazo, as estratégias e abordagens únicas ou abordagens de alta intensidade e de pouca frequência, focadas na educação pública ou nas escolas, não parecem ser sustentáveis e têm elevado risco de insucesso.^{14,15,16}

As experiências com outras epidemias sugerem que as estratégias múltiplas e de várias configurações são mais efetivas.¹⁷ Estratégias integradas, com intervenções múltiplas e sofisticadas¹⁸ podem ser úteis para a abordagem em nível nacional ou estadual, devido ao tamanho e à complexidade das populações. No entanto, o sucesso das ações depende de parcerias sólidas, de boa coordenação e de estudos em menor escala, em pequenas comunidades, porque intervenções em nível nacional são mais difíceis de implementar.

Para reverter a atual situação global da obesidade infantil é preciso investir em ações nas comunidades, envolvendo a administração municipal, estadual e federal. As ações comunitárias deverão abordar estratégias múltiplas focadas na capacitação da comunidade para promover e sustentar alimentação saudável e praticar atividade física. Recursos consideráveis precisam ser investidos nas ações para a avaliação, construção do conhecimento e em evidências sobre a melhor forma de intervenção.²

É improvável que as comunidades sozinhas, sem a tutela do poder público e da academia, tenham capacidade suficiente para prevenir a obesidade.⁸ É necessário que os governantes entendam a gravidade dos problemas associados à obesidade e envolvam nessa questão a participação de pesquisadores de todas as áreas do conhecimento, profissionais da saúde e professores de instituições públicas e privadas de todos os níveis. A capacitação de lideranças comunitárias poderá gerar conhecimentos necessários para estimular na população as mudanças no estilo de vida que possam resultar na prática da alimentação saudável e da atividade física, além da busca pela avaliação antropométrica de rotina para identificação precoce dos distúrbios nutricionais na infância e na avaliação contínua de indicadores por longo prazo.

CONSIDERAÇÕES ESPECÍFICAS SOBRE O ALEITAMENTO MATERNO

Um estudo não mostrou efeito protetor do aleitamento materno contra a obesidade em crianças brasileiras.¹⁹ Apesar disso, é de extrema importância promover e estimular o aleitamento materno, devido a muitos outros benefícios para o recém-nascido e para a mãe.²⁰

Os argumentos associados ao aleitamento materno na indução do baixo risco de obesidade são referentes

ao fato de que: a) o leite materno contém hormônios como a leptina, adiponectina e grelina, que podem modular o apetite²¹; b) ao contrário da mamadeira, os recém-nascidos deixam a mama quando estão saciados, tendo, assim, autorregulação do consumo de energia²²; c) nos primeiros 3–4 meses de vida, os recém-nascidos amamentados têm menos ganho de peso do que os alimentados com fórmula²³ e esse efeito está associado a baixas taxas de obesidade e suas complicações na adolescência e na vida adulta^{24,25}; d) o maior teor proteico das fórmulas em relação ao leite materno, com ou sem aumento de calorias entre lactentes pequenos para a idade gestacional, promove ganho de peso rápido e aumento da adiposidade na infância e adolescência.^{26,27} O curto tempo de amamentação está associado ao alto risco de sobrepeso e o risco de excesso de peso é reduzido em 4% para cada mês de amamentação até os nove meses.¹

CONCLUSÕES

É provável que ações conjuntas que possam: a) estimular o aleitamento materno exclusivo até os seis meses e o aleitamento complementar até pelo menos os nove meses de idade; b) aumentar a ingestão consciente de frutas, verduras e legumes; c) estimular, promover e facilitar a prática diária de atividade física; d) desestimular escolhas alimentares pouco saudáveis, como o alto consumo de refrigerantes, doces, salgadinhos e grandes porções de alimentos; e) contribuir em médio e longo prazos para a redução da obesidade. Se crianças e adolescentes se sentirem capazes de fazer escolhas saudáveis e se tiverem acesso a fazer essas escolhas, o risco de excesso de peso deve ser mais baixo.

REFERÊNCIAS

1. Thomas H, Renate B, Gerd K, Andreas P. Duration of Breastfeeding and Risk of Overweight: A Meta-Analysis. *Am Journ of Epid.* 2005; 162: 397-403.
2. Jennifer AO, Wilson R. Cognitive and nutritional factors associated with body mass index in children and adolescents: possibilities for childhood obesity prevention. *Health Education Research.* 2006; 21: 796-805.
3. Singh AS, Chinapaw MJM, Brug J, van Mechelen W. Process evaluation of a school-based weight gain prevention program: the Dutch Obesity Intervention in Teenagers (DOiT). *Health Education Research.* 2009; 24: 772-77.

4. Basdevant A, Boute D, Borys JM. *Who should be educated? Education strategies: could children educate their parents?* Inter Jour of Obesity and Related Metabolic Disorders. 1999;23 (Suppl. 4), S10-S12.
5. Warren JM, Henry CJK, Lightowler HJ, Bradshaw SM, Perwaiz S. Evaluation of a pilot school programme aimed at the prevention of obesity in children. Health Promotion International. 2003; 18: 287-296.
6. Whitehead M, Dahlgren G. What can be done about inequalities in health? *Lancet*. 1991;338:1059-1063.
7. Davison K, Birch L. Childhood overweight: a contextual model and recommendations for future research. *Obesity Reviews* 2001;2:159-71.
8. Bell AC, Simmons A, Sanigorski AM, Kremer PJ, Swinburn BA. Preventing childhood obesity: the sentinel site for obesity prevention in Victoria, Australia. Health Promotion International. 2008; 23: 328-36.
9. Donovan R, Henley N. Social Marketing: Principles and Practice, IP Communications. Melbourne, Australia; 2003.
10. Harrell JS, Gansky SA, McMurray RG, Bangdiwala SI, Frauman AC, Bradley CB. *School-based interventions improve heart health in children with multiple cardiovascular disease risk factors*. Pediatrics. 1998;102: 371-80.
11. Zwiauer KFM. *Prevention and treatment of overweight and obesity in children and adolescents*. Eur Jour of Pediatrics. 2000; 159, S56-S68.
12. Sallis J, Chen A, Castro C. 1995. In Richmond, J.B. (ed.) *Child Health Nutrition and Physical Activity*. Human Kinetics, IL, pp. 179-205.
13. Story M. *School-based approaches for preventing and treating obesity*. Inter Jour of Obesity. 1999;23, S43-S51.
14. Jeffery RW, French SA. Preventing weight gain in adults: the pound of prevention study. *Am Jour of Public Health* 1999;89:747-51.
15. Sahota P, Rudolf MC, Dixey R, Hill AJ, Barth JH, Cade J. Randomised controlled trial of primary school based intervention to reduce risk factors for obesity. *BMJ*. 2001; 323: 1029-32.
16. Doak CM, Visscher TL, Renders CM, Seidell JC. The prevention of overweight and obesity in children and adolescents: a review of interventions and programmes. *Obesity Reviews* 2006;7: 111-36.
17. Swinburn B. Sustaining dietary changes for preventing obesity and diabetes: lessons learned from the successes of other epidemic control programs. *Asia Pacific Jour of Clin Nutr* 2002;11 (Suppl.3) :S598-S606.
18. Kumanyika S, Jeffery RW, Morabia A, Ritenbaugh C, Antipatis VJ. Obesity prevention: the case for action. *Inter Jour of Obesity and Related Metabolic Disorders* 2002;26: 425-36.
19. Novaes JF, Lamounier JA, Colosimo EA, Franceschini SCC, Piore SE. Breastfeeding and obesity in Brazilian children. *Eur Jour of Public Health*. 2011; 1-7.
20. Gillman MW. Commentary: breastfeeding and obesity – the 2011 Scorecard. *Inter Jour of Epidemiology* 2011; 1-4.
21. Savino F, Liguori SA, Fissore MF, Oggero R. Breast milk hormones and their protective effect on obesity. *Int J Pediatr Endocrinol* 2009;2009: 327-505.
22. Li R, Fein SB, Grummer-Strawn LM. Do infants fed from bottles lack self-regulation of milk intake compared with directly breastfed infants? *Pediatrics*. 2010;125: e1386-93.
23. Kramer MS, Guo T, Platt RW, et al. Breastfeeding and infant growth: biology or bias? *Pediatrics*. 2002;110: 343-47.
24. Gillman MW. Early Infancy – a critical period for development of obesity. *J Dev Orig Health Dis* 2010;1: 292-99.
25. Taveras EM, Rifas-Shiman S, Sherry B, et al. Crossing growth percentiles in infancy and risk of obesity in childhood. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2011. In Press.
26. Singhal A, Kennedy K, Lanigan J, et al. Nutrition in infancy and long-term risk of obesity: evidence from 2 randomized controlled trials. *Am J Clin Nutr* 2010;92:1133-44.
27. Koletzko B, von Kries R, Closa R, et al. Lower protein in infant formula is associated with lower weight up to age 2 y: a randomized clinical trial. *Am J Clin Nutr* 2009;89: 1836-45.