

CAPÍTULO 40

DOI: <https://doi.org/10.58871/conbrasca.v4.40>

OS DESAFIOS DO COMBATE À OBESIDADE INFANTIL

THE CHALLENGES OF COMBAT CHILDHOOD OBESITY

GABRIEL ACIOLY DE OMENA BENTO¹

Discente do curso de Medicina da Universidade Federal de Alagoas¹

CARLOS ALBERTO SIQUEIRA MENDONÇA¹

Discente do curso de Medicina da Universidade Federal de Alagoas¹

GABRIELLE ACIOLY OMENA BENTO²

Médica pelo Centro Universitário de Maceió²

ELISA CARLA HILGEMBERG³

Médica generalista do Hospital Maceió-AL³

FILIPE LUCENA DA SILVA QUEIROZ¹

Discente do curso de Medicina da Universidade Federal de Alagoas¹

ALLAN VITOR PRAZERES MELO¹

Discente do curso de Medicina da Universidade Federal de Alagoas¹

ENDERSON FERNANDES LEITÃO¹

Discente do curso de Medicina da Universidade Federal de Alagoas¹

ANA RITA MENDES CORREA¹

Discente do curso de Medicina da Universidade Federal de Alagoas¹

BEATRIZ DE PAULA DEL PUPO BARROS¹

Discente do curso de Medicina da Universidade Federal de Alagoas¹

MARIA ALEXSANDRA EUGÊNIA DA SILVA⁴

Docente do curso de Medicina da Universidade Federal de Alagoas⁴

RESUMO

A obesidade infantil, um desafio epidemiológico global, destaca-se pela prevalência crescente, exigindo intervenções precoces dada sua complexidade multifatorial e o impacto duradouro na saúde, ressaltando a urgência de medidas de tratamento eficazes e medidas preventivas. Objetivo: abordagem da temática obesidade infantil, destacando sua complexidade multifatorial e a necessidade de intervenções abrangentes para combater essa condição. Métodos: se trata de uma revisão narrativa da literatura científica, onde foram utilizados os descritores padronizados pelo DeCS Obesidade, Infância, Nutrição e Tratamento associado aos operadores booleanos AND e OR nas bases de dados BVS, Medline, LILACS e Pubmed. Foi utilizado como critério de inclusão artigos publicados nos últimos 10 anos e excluídos aqueles que se tratavam de relatos de casos e de relatos de experiência. Resultados e discussão: a

obesidade infantil é resultado de diversos fatores e está associada a uma variedade de comorbidades físicas e mentais, incluindo riscos cardiovasculares, diabetes, puberdade precoce e impactos psicossociais. O seu combate envolve um tratamento com abordagem multidisciplinar, considerando não apenas dieta e atividade física, mas também fatores familiares e sociais. Considerações finais: conclui-se que a prevalência crescente da obesidade infantil exige ações preventivas urgentes e estratégias nutricionais eficazes. A abordagem complexa da condição, incluindo diagnóstico preciso, análise das causas subjacentes e compreensão das etiologias, destaca a necessidade de intervenções multifatoriais, com destaque para a avaliação clínica detalhada e tratamento multiprofissional, visando não apenas a perda de peso, mas a promoção de mudanças holísticas no estilo de vida infantil para que a obesidade e os padrões desregrados de vida não se perpetuem até a fase adulta.

Palavras Chaves: obesidade; infância; nutrição, tratamento.

ABSTRACT

Childhood obesity, a global epidemiological challenge, stands out for its increasing prevalence, requiring early interventions given its multifactorial complexity and lasting impact on health, highlighting the urgency of effective treatment measures and preventive measures. Objective: approach to the topic of childhood obesity, highlighting its multifactorial complexity and the need for comprehensive interventions to overcome this condition. Methods: this is a narrative review of the scientific literature, where the descriptors standardized by DeCS Obesity, Childhood, Nutrition and Treatment associated with the Boolean operators AND and OR in the VHL, Medline, LILACS and Pubmed databases were used. Articles published in the last 10 years were used as inclusion criteria and those that were case reports and experience reports were excluded. Results and discussion: childhood obesity is the result of several factors and is associated with a variety of physical and mental comorbidities, including cardiovascular risks, diabetes, precocious puberty and psychosocial impacts. Combating it involves treatment with a multidisciplinary approach, considering not only diet and physical activity, but also family and social factors. Final considerations: it is concluded that the growing prevalence of childhood obesity requires urgent preventive actions and effective nutritional strategies. The complex approach to the condition, including precise diagnosis, analysis of underlying causes and understanding of etiologies, highlights the need for multifactorial interventions, with emphasis on detailed clinical assessment and multidisciplinary treatment, aiming not only at weight loss, but at promoting change. holistic approaches to children's lifestyle so that obesity and unruly lifestyle patterns do not persist into adulthood.

Keywords: obesity; childhood; nutrition, treatment.

1 INTRODUÇÃO

Sendo definida como o acúmulo de tecido adiposo no corpo (Cunha, 2023), a obesidade infantil tem se mostrado um importante problema de saúde no Brasil e em todo o mundo, com maior significância em países de renda média e média-baixa (Lomaglio *et.al.* 2022). Estudos afirmam que a prevalência da obesidade infantil aumentou cerca de oito vezes desde 1975 (Weihrauch-Blüher; Wiegand, 2018), afetando, atualmente, 9,38% das crianças entre 5 e 10 anos no Brasil, de acordo com o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sivan). Trata-se de uma patologia multifatorial, com o envolvimento de fatores genéticos, individuais e familiares. A causa mais comum associada à obesidade na infância é o balanço energético

positivo decorrente da ingestão calórica em excesso associado a uma predisposição genética para o ganho de peso (Kumar; Kelly, 2017).

O Índice de massa corporal (IMC), associado à adiposidade corporal, é o método mais eficaz na detecção e classificação de sobrecarga de peso em crianças e adolescentes (Lomaglio *et. al.*, 2022). Dessa forma, o diagnóstico da obesidade é dado quando o IMC atinge o percentil 97 ou acima dele (Kumar; Kelly, 2017). O diagnóstico e avaliação de uma criança com obesidade é de extrema importância, uma vez que é necessário determinar a causa do ganho de peso em excesso e avaliar as consequências físicas, metabólicas e psicológicas decorrentes do excesso de peso (Kumar; Kelly, 2017).

As intervenções, atualmente, estão embasadas principalmente a nível comportamental com mudança de hábitos e devem impreterivelmente serem iniciadas ainda na infância, visto que 50% das meninas e 30% dos meninos obesos entre 6 e 11 anos serão obesos quando adultos, predispondo-se a problemas médicos crônicos ao longo dos anos (Thomas-Eapen, 2021). Assim, intervenções no estilo de vida familiar, incluindo modificações dietéticas e aumento da atividade física, são o pilar do controle de peso em crianças, sendo o manejo farmacológico para obesidade infantil limitado e utilizado somente após o fracasso das intervenções citadas (Mohamed *et. al.*, 2022).

Considerando a magnitude desse desafio de saúde pública, este trabalho busca fornecer uma abordagem abrangente sobre a obesidade infantil, desde sua definição até estratégias de avaliação e tratamento nutricional. A complexidade dessa condição é destacada pela interação de fatores hormonais, comportamentais, ambientais e genéticos (Brown *et. al.*, 2015), reforçando a necessidade de uma compreensão holística para abordagens eficazes.

A prevalência crescente ressalta a urgência de intervenções preventivas e terapêuticas, especialmente quando consideramos que modificações no estilo de vida na infância são fundamentais para evitar complicações crônicas na idade adulta. Exploraremos detalhadamente as comorbidades associadas à obesidade infantil, ressaltando a importância do diagnóstico e da avaliação abrangente para informar estratégias de tratamento personalizadas. Com isso, almejamos contribuir para o entendimento aprofundado desse problema de saúde para orientar práticas eficazes na promoção de hábitos saudáveis desde a infância.

2 METODOLOGIA

Este estudo tem como objetivo realizar uma revisão narrativa de literatura sobre obesidade na infância, abordando questões abrangentes sobre o estado atual desse tema. A

metodologia adotada foi baseada em (Kumar; Kelly, 2017) e ajustada para atender às necessidades específicas da pesquisa.

As fontes de dados incluíram a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE) e Pubmed, com pesquisas realizadas em português, espanhol e inglês.

Para identificar descritores relevantes, foi utilizada a plataforma DeCS/MeSH de Descritores em Ciências da Saúde, escolhendo termos como Obesidade/Obesity, Infância/Childhood, Nutrição/Nutrition e Tratamento/Treatment.

Os critérios de inclusão abrangeram estudos publicados nos últimos 10 anos e disponíveis nos idiomas português, espanhol e inglês, com enfoque em livros e documentos. Excluímos artigos que adotavam metodologias de relatos de casos e relatos de experiência.

A pesquisa utilizando os descritores, associados aos operadores booleanos AND e OR, resultou em 5880 artigos, e após a aplicação de filtros, restaram 561 textos. A partir disso, foram feitas as leituras dos títulos e excluídos aqueles que não tinham relação com a proposta da pesquisa. Dessa forma, sobraram 49 textos para leitura dinâmica com o objetivo de identificar os objetivos do estudo, dos quais 9 foram selecionados para análise mais aprofundada.

Os artigos escolhidos foram analisados detalhadamente para extrair informações relevantes sobre os problemas e tratamento da obesidade em crianças e questões relacionadas ao agravamento de quadros de obesidade severa infantil. Os resultados foram sintetizados e discutidos em relação ao estado atual da obesidade em pediatria, identificando lacunas no conhecimento e discutindo implicações práticas para o tratamento e manejo dessa condição em crianças.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. DIAGNÓSTICO DE OBESIDADE INFANTIL

Como já dito, obesidade infantil é uma condição caracterizada pelo excesso de peso em crianças e adolescentes. Essa condição é uma preocupação global de saúde pública devido às suas implicações a curto e longo prazo para o bem-estar dos futuros adultos.

A definição de obesidade infantil geralmente é baseada no índice de massa corporal (IMC), que é calculado dividindo o peso (em quilogramas) pela altura ao quadrado (em metros) para crianças maiores de 2 anos. Em crianças menores de 2 anos a obesidade é definida a partir da relação peso por comprimento (Kumar; Kelly, 2017).

Os valores de IMC para crianças e adolescentes são comparados com padrões específicos de idade e sexo - devido as mudanças quase constantes na altura e peso devido ao crescimento e desenvolvimento normais - para determinar seu estado nutricional. As medidas do IMC podem ser analisadas em diferentes padrões e referências, como as elaboradas pela Organização mundial da Saúde (OMS) e dois outros sistemas: Internacional Obesity Task Force (IOTF) e o Centers for Disease Control and Prevention (CDC) dos Estados Unidos (Lomaglio *et. al.*, 2022).

No Brasil, é recomendado pelo Ministério da Saúde a utilização das curvas de padrão de crescimento infantil da OMS com análise do percentil ou escore-z (Tabela 1). Em comparação com crianças de mesma idade e sexo, o excesso de peso está no percentil 85 ou acima dele, enquanto a obesidade está no percentil 97 até o percentil 99,9. Ainda, é possível classificar a obesidade grave, quando o IMC está acima do percentil 99,9 (SBP, 2019).

Durante a análise pediátrica e perante o diagnóstico de obesidade é importante analisar a causa do excesso de peso, visto que pode envolver vários fatores desencadeantes como mostrado no tópico a seguir. Entretanto, na maioria dos casos a obesidade resulta de um desequilíbrio entre a ingestão de calorias e o gasto energético, levando ao acúmulo de gordura no corpo (Kumar; Kelly, 2017).

Percentil	Escore-z	0 – 5 anos incompletos	5 - 20 anos incompletos
> 85 e ≤ 97	> +1 e ≤ +2	Risco Sobrepeso	Sobrepeso
> 97 e ≤ 99,9	> +2 e ≤ +3	Sobrepeso	Obesidade
> 99,9	> +3	Obesidade	Obesidade grave

Tabela 1 - Valores de referência para diagnóstico do estado nutricional de acordo com IMC/Idade por percentil e escore-z. Fonte: Retirada de SBP, 2019.

3.2.

ETIOLOGIAS

Como mencionado anteriormente, diversos fatores, como hábitos alimentares inadequados, falta de atividade física, predisposição genética e influências ambientais, desempenham papéis significativos no desenvolvimento da obesidade infantil (Brown, 2015). A exposição a ambientes obesogênicos, onde alimentos ultraprocessados são facilmente acessíveis, e a falta de oportunidades para a prática regular de exercícios físicos são elementos cruciais nesse contexto.

A obesidade infantil também está correlacionada com fatores socioeconômicos, como acesso limitado a alimentos saudáveis e oportunidades educacionais sobre nutrição (Kumar; Kelly, 2017). Além disso, questões psicossociais, como estresse e problemas emocionais, podem desencadear comportamentos alimentares desregulados.

Além dos fatores ambientais e socioeconômicos, a obesidade pode ser decorrente de distúrbios endócrinos, entretanto esta representa a fonte causadora do excesso de peso em menos de 1% das crianças e adolescentes com obesidade. Os distúrbios endócrinos que causam ganho de peso incluem excesso de glicocorticóide endógeno ou exógeno (o uso de medicação corticosteróide ou síndrome de Cushing), hipotireoidismo, deficiência de hormônio do crescimento e pseudo-hipoparatiroidismo tipo 1a (Kumar; Kelly, 2017). Ainda, uma duração encurtada ou de má qualidade do sono tem sido associada a obesidade (Kumar; Kelly, 2017).

Embora a seja bem mais comum quadros de obesidade de características poligênicas, vários defeitos genéticos únicos e síndromes associadas à obesidade foram identificados (Kumar; Kelly, 2017). Crianças com síndromes genéticas associadas à obesidade normalmente têm obesidade de início precoce e características no exame físico, como baixa estatura, características dismórficas, atraso no desenvolvimento ou deficiência intelectual (atraso mental), alterações na retina ou surdez (Kumar; Kelly, 2017).

3.3. COMORBIDADES DECORRENTE DA OBESIDADE NA INFÂNCIA

Os efeitos da obesidade infantil são vastos e abrangem áreas físicas, psicológicas e sociais (Kumar; Kelly, 2017). Tal condição aumenta o risco de desenvolver várias comorbidades, incluindo hipertensão arterial, diabetes mellitus, puberdade precoce, menstruação irregular, doenças hepáticas gordurosas não alcoólicas, síndrome do ovário policístico, apneia do sono, asma, doenças musculoesqueléticas e de saúde mental (Mohamed *et. al.*, 2022).

Avaliando o sistema cardiovascular, mais da metade das crianças e adolescentes obesos apresentam pelo menos um fator de risco cardiovascular, seja esse bioquímico ou clínico, e permanecem obesos na idade adulta, com aumento da morbidade e mortalidade - por questões cardiovasculares, metabólicos ou oncológicos (Weihrauch-Blüher; Wiegand, 2018). Os fatores de risco cardiovascular mais comuns são a HAS, hiperinsulinemia ou resistência à insulina, dislipidemia, defeito ventricular e anormalidades da função endotelial. Levando em consideração este cenário, estudos mostram que crianças obesas estão mais suscetíveis à pressão arterial alta do que crianças sem obesidade (Mohamed *et. al.*, 2022).

Quando colocamos o sistema endócrino em pauta, a prevalência de pré-diabetes e DM2 em crianças e adolescentes obesos varia de acordo com a gravidade da obesidade, raça, etnia e idade. A DM2 quando na adolescência deteriora mais rapidamente as células beta e progride mais rapidamente para complicações diabéticas, como microalbuminúria, dislipidemia e HAS quando comparado aqueles que apresentam DM2 na vida adulta (Kumar; Kelly, 2017).

A obesidade também está relacionada à puberdade precoce central (PPC), condição em que a puberdade se inicia aos 8 e 9 anos em meninas e meninos, respectivamente. Foi o que mostrou um estudo realizado na China, o qual destacou que o sobrepeso e obesidade estão relacionados a maior chance de PPC, principalmente no sexo feminino. (Mohamed *et. al.*, 2022).

Outra repercussão causada pela obesidade na infanto-adolescência é em relação à saúde mental. Os problemas psicossociais relacionados aos padrões estéticos almejados socialmente levam as crianças obesas muitas vezes a sofrerem com estigmas sociais e episódios de bullying, comprometendo, assim, sua autoestima e acarretando em quadros de ansiedade e depressão (Mohamed *et. al.*, 2022), tornando ainda mais difícil o tratamento da obesidade.

A apneia do sono também é uma comorbidade significativa, relacionada ao estreitamento das vias aéreas devido ao excesso de peso, afetando o sono e o desempenho diurno. Problemas ortopédicos, como osteoartrite e dor nas costas, estão associados ao peso adicional sobre as articulações. A esteatose hepática não alcoólica (EHNA), caracterizada pelo acúmulo de gordura no fígado, é uma preocupação hepática decorrente da obesidade infantil (Kumar; Kelly, 2017).

3.4. AVALIAÇÃO CLÍNICA

A avaliação clínica de uma criança obesa tem por objetivo identificar a causa da obesidade, bem como as comorbidades relacionadas com o quadro de excesso de peso. Dessa forma, uma boa anamnese e um exame físico geralmente são suficientes para determinar a causa da obesidade infantil (Kumar; Kelly, 2017).

Durante a anamnese devem ser abordados pontos cruciais acerca da história do paciente, como os hábitos alimentares, incluindo a frequência, o conteúdo dos alimentos (calóricos, refrigerantes, frutas), como e onde são realizadas as refeições e lanches. A avaliação da realização de atividades físicas é imprescindível, a fim de avaliar o gasto calórico a partir do tempo gasto em brincadeiras e esportes - aliado a isso é importante indagar sobre o tempo de tela da criança ou adolescente. Deve-se pesquisar sobre a utilização de fármacos que possam causar ganho de peso, como corticoides e anti psicóticos. Além disso, traçar uma história de

desenvolvimento é fundamental, visto que a obesidade pode estar relacionada a com causas cromossômicas ou genéticas (Kumar; Kelly, 2017).

No exame físico, além da análise de peso e estatura para cálculo do IMC, deve-se incluir a avaliação de características dismórficas relacionadas com alterações cromossômicas ou de características cushingóides. Crianças com sinais ou sintomas sugestivos de uma causa genética ou endócrina para o excesso de peso necessitam de testes específicos (Kumar; Kelly, 2017).

3.5. TRATAMENTO

O tratamento multiprofissional é uma maneira interessante de começar a pensar como pode-se desenvolver uma estratégia centrada no paciente e que leve em consideração a complexa situação que envolve a obesidade. Nesse caso, a abordagem envolve a colaboração de diversos profissionais de saúde como: médicos, nutricionistas, psicólogos, educadores físicos, fisioterapeutas e outros especialistas, dependendo das necessidades específicas do paciente. Assim, os benefícios de uma acompanhamento multisetorial vão muito além da perda de peso, visto que profissionais também podem auxiliar na mudança de hábitos de vida, o que influencia diretamente em questões não mensuráveis fisiologicamente, como o psicológico e bem estar do indivíduo. (Cunha,2023)

As famílias são o principal espelho da vida e dos hábitos de uma criança, apesar da grande influência que estas recebem pela indústria do marketing alimentício através, principalmente, da exposição à tela. Sabendo disso, a inclusão da família é estabelecida como padrão-ouro de tratamento. (Brown, 2015). A contribuição genética para o peso da criança é grande, mas a influência ambiental é provavelmente maior - a obesidade parental prever a susceptibilidade, mas o ambiente da criança pode terminar a expressão e a gravidade deste risco, Por isso é fundamental sua inclusão no processo de tratamento (Brown, 2015).

Tendo em vista que se trata de um processo complexo, para uma melhor organização e melhor eficiência do tratamento contra obesidade infantil, o Comitê especialista norte americano em avaliação, prevenção e tratamento de sobrepeso e obesidade infantil e no adolescente recomenda uma abordagem dividida em estágios para o manejo do peso em crianças (Kumar; Kelly, 2017).

O estágio 1 inclui recomendações dietéticas e de atividade física específicas, como incentivar o consumo de frutas e vegetais e limitar atividades físicas sedentárias, como passar muito tempo em frente às telas. Se não houver melhora no IMC em 3 a 6 meses passar para o próximo estágio (SBP, 2019).

O estágio 2 recomenda a ingestão de alimentos com baixa densidade calórica e dieta balanceada, com refeições estruturadas e atividades físicas supervisionadas de no mínimo 1 hora por dia, associado a 1 hora ou menos de exposição às telas. Neste estágio ainda é necessário um acompanhamento do paciente e de sua família, com retornos mensais, com o nutricionista. A depender da resposta do tratamento deve-se avaliar a necessidade de seguir para o próximo estágio (SBP, 2019).

O estágio 3 é caracterizado por um contato mais próximo com os profissionais da saúde, além de mais estratégias de comportamento e monitoramento. Dessa forma, é necessário retornos semanais nas primeiras 8 a 12 semanas seguidas de retornos mensais. Neste estágio é necessário uma equipe multidisciplinar com experiência em obesidade infantil incluindo um aconselhador comportamental - que pode ser uma assistente social ou psicólogo-, nutricionista e educador físico. Aqueles com resposta inadequadas e com risco aumentado à saúde, além de baixa motivação devem ser considerados para o próximo estágio (SBP, 2019).

O último estágio, o 4, é caracterizado por intervenção de cuidados terciários. Dessa forma, inclui dietas com baixa caloria, uso de medicamentos e/ou cirurgia. É imprescindível uma equipe multidisciplinar com experiência na área em um centro de controle de peso pediátrico (Kumar; Kelly, 2017).

Em relação à terapia farmacológica, essa foi desenvolvida para ser aplicada em conjunto com as modificações no estilo de vida, como hábitos alimentares e prática de atividade física. Nos EUA o Orlistat é o único medicamento atualmente aprovado pela FDA para o tratamento da obesidade em adolescentes maiores de 12 anos (Kumar; Kelly, 2017). Entretanto, no Brasil não existem fármacos antiobesidade aprovados para uso pediátrico. Apesar disto, a terapia farmacológica pode ser empregada quando existem comorbidades associadas à obesidade grave - como depressão, compulsão alimentar e outros transtornos de natureza psíquica. Os fármacos disponíveis no Brasil podem atuar de forma direta na obesidade (sibutramina, orlistate, liraglutide) ou de forma indireta (ISRS, topiramato e ritalina) (SBP, 2019).

Devido a grande diversidade de pacientes e determinantes sociais, ainda não há um consenso sobre qual a melhor estratégia nutricional para perda de peso em crianças (SBP, 2019). Por se tratar de um público infantil dietas com baixo índice glicêmico tendem a não serem aderidas, principalmente a longo prazo. Dessa forma, dietas que envolvam a criança e sua família a selecionarem alimentos com menor densidade calórica e diminuírem o tamanho das porções são boas estratégias para perda de peso na infância (SBP, 2019).

Definir metas realistas (Tabela 2) é crucial para o sucesso do tratamento nutricional. Estas devem ser específicas, mensuráveis e adaptadas às necessidades individuais da criança.

Focar em mudanças graduais e sustentáveis, em vez de soluções rápidas, é fundamental para estabelecer hábitos alimentares e de vida saudáveis a longo prazo. Sendo assim, as metas para atividade física devem ser modificadas de acordo com a idade e preferências pessoais e tolerância em relação ao tipo de atividade física. É recomendado que crianças maiores de 6 anos façam 1 hora ou mais de atividade física por dia.

Em resumo, o tratamento nutricional para obesidade infantil deve ser personalizado, envolvendo uma abordagem abrangente que considere não apenas a dieta, mas também a atividade física, o ambiente familiar, o apoio contínuo e, caso necessário, a utilização de fármacos e/ou abordagens terciárias específicas. A colaboração entre profissionais de saúde, nutricionistas e a família é essencial para promover mudanças positivas e sustentáveis no estilo de vida da criança.

Entretanto, para combater a obesidade infantil não se pode apenas pensar em medidas a serem tomadas após a evolução dos quadros de sobrepeso, sendo necessária a realização de medidas preventivas em toda sociedade, a fim de combater a obesidade infantil. Dessa forma, além dos hábitos de vida acima citados como forma de tratamento, outras medidas podem ser realizadas como forma de prevenção, podendo serem iniciadas já nos primeiros dois anos de vida. Nesse período, como forma de prevenção a obesidade infantil, deve-se incentivar o aleitamento materno, visto que este tem sido associado a um efeito preventivo sobre a obesidade posterior (Verduci *et. al.*, 2021).

Paralelamente a isso, a partir dos 2 anos de idade a obesidade infantil pode ser prevenida de diferentes formas, como através de um maior número de refeições diárias - medida esta que se mostra relacionada a um menor risco de obesidade em crianças -, da prática de atividades físicas e diminuição do tempo de exposição a tela (Verduci *et. al.*, 2021).

Além disso, para a prevenção e o combate da obesidade é fundamental uma ação conjunta de toda sociedade e do Estado, seja por meio do fortalecimento da legislação nacional ou estadual acerca da indústria e do marketing alimentício voltado para crianças ou através de organizações comunitárias que tenham como objetivo abordar fatores físicos, sociais e econômicos relacionados à obesidade infantil (Brown, 2015).

Abordagens Dietéticas

1. Incentivar consumo de 5 porções de frutas e vegetais diariamente
2. Diminuir consumo de alimentos com alta densidade calórica como gorduras saturadas, salgadinhos e alimentos com alto índice glicêmico, como doces
3. Diminuir consumo de bebidas açucaradas e/ou com aromatizantes
4. Diminuir o consumo de alimentos fora de casa, em particular fast-foods
5. Fazer o desjejum todos os dias
6. Não pular refeições

Atividade física

1. Diminuir atividades sedentárias como ver televisão, internet e jogar vídeo game para 2 horas por dia
2. Participar de exercícios divertidos e adequados para a idade
3. Aumentar a intensidade, frequência e duração das atividades físicas gradualmente e de acordo com a tolerância da criança e/ou adolescente
4. Praticar mais de 1 hora de atividade física diariamente

Tabela 2 - Estratégias Comportamentais para o Tratamento da Obesidade na Infância e Adolescência. Fonte: SBP, 2019.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em síntese, a obesidade infantil é um desafio premente para a saúde pública, com sua prevalência global aumentando de maneira alarmante nas últimas décadas. O crescente número de crianças afetadas por esse problema destaca a urgência de ações preventivas e estratégias de acompanhamento nutricional eficazes.

A abordagem da obesidade infantil revela sua complexidade multifatorial, destacando a importância do diagnóstico preciso, análise das causas subjacentes e compreensão das diversas etiologias envolvidas. A discussão das comorbidades ressalta os impactos abrangentes dessa condição na saúde física, psicológica e social das crianças.

Além disso, a necessidade de uma avaliação clínica detalhada, considerando hábitos alimentares, atividade física e aspectos genéticos, destaca-se como ponto crucial para uma intervenção eficaz. O tratamento multiprofissional surge como uma estratégia fundamental, reconhecendo a importância da colaboração entre profissionais de saúde, familiares e, quando necessário, a utilização de abordagens farmacológicas.

A abordagem escalonada do tratamento, conforme proposta pelo Comitê especialista norte-americano, reforça a necessidade de adaptação às necessidades individuais, proporcionando metas realistas e sustentáveis. A inclusão da família no processo terapêutico emerge como um fator determinante, reconhecendo o papel significativo do ambiente familiar na promoção de mudanças de estilo de vida.

Em suma, o enfrentamento da obesidade infantil vai além da perda de peso, demandando uma abordagem holística que considere fatores físicos, sociais e emocionais. A conscientização da sociedade, ações legislativas, e o fortalecimento de práticas alimentares saudáveis desde a infância são essenciais para reverter esse cenário preocupante. O tratamento, portanto, não apenas visa a redução do peso, mas também a promoção de hábitos saudáveis que impactem positivamente no bem-estar geral da criança, prevenindo comorbidades e estabelecendo bases para uma vida adulta saudável.

REFERÊNCIAS

BROWN, C. L. et al. Addressing Childhood Obesity. **Pediatric Clinics of North America**, v. 62, n. 5, p. 1241–1261, out. 2015.

CUNHA, C. C. DA. “A gente não quer só comida”: integralidade na atuação interprofissional no cuidado da obesidade infantil. **Saúde em Debate**, v. 46, p. 284–296, 27 fev. 2023.

KUMAR, Seema; KELLY, Aaron S. Review of childhood obesity: from epidemiology, etiology, and comorbidities to clinical assessment and treatment. In: **Mayo Clinic Proceedings**. Elsevier, 2017. p. 251-265.

LOMAGLIO, D. et al. Referencias de índice de masa corporal. Precisión diagnóstica con área grasa braquial en escolares argentinos. **Archivos Latinoamericanos De Nutricion**, v. 72, n. 1, p. 31–42, 30 abr. 2022.

SHABAN MOHAMED, Mossad Abdelhak et al. Risk Factors, Clinical Consequences, Prevention, and Treatment of Childhood Obesity. **Children**, v. 9, n. 12, p. 1975, 2022.

Sociedade Brasileira de Pediatria – Departamento de Nutrologia Obesidade na infância e adolescência – **Manual de Orientação / Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Nutrologia**. 3ª. Ed. – São Paulo: SBP. 2019.

THOMAS-EAPEN, N. Childhood Obesity. **Primary Care: Clinics in Office Practice**, v. 48, n. 3, p. 505–515, set. 2021.

VERDUCI, Elvira et al. Role of dietary factors, food habits, and lifestyle in childhood obesity development: a position paper from the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Committee on Nutrition. **Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition**, v. 72, n. 5, p. 769-783, 2021

WEIHRAUCH-BLÜHER, S.; WIEGAND, S. Risk Factors and Implications of Childhood Obesity. **Current Obesity Reports**, v. 7, n. 4, p. 254–259, 13 out. 2018.