



CAMPANHA SETEMBRO LARANJA: COMBATE À OBESIDADE INFANTIL

DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DE NUTRIÇÃO DA SPSP

OBESIDADE COMO DIFICULDADE ALIMENTAR

Texto divulgado em 31/08/2020

Relatores*

Mauro Fisberg

Membro do Departamento Científico de Nutrição da SPSP

Nathalia Gioia de Paula^a

Raquel Ricci^a

^aConvidada pelo Departamento Científico de Nutrição da SPSP

Problemas com a alimentação são identificados na criança de forma heterogênea e são causados por diversos motivos orgânicos e/ou comportamentais, assim, sendo considerados multifatoriais.¹ Estima-se que aproximadamente 20-60% dos pais têm preocupações quanto à alimentação dos filhos; essa proporção é ainda maior (80%) em pais de crianças com doenças de ordem neuropsicomotoras.²

A escassez de classificações e definições para o diagnóstico dos problemas com a alimentação na infância limita o estudo e entendimento sobre o assunto e divide opiniões entre os especialistas. Uma das nomenclaturas propostas para classificar esta condição é o termo **Dificuldade Alimentar** (DA), proposto por Kerzner et al³ como uma forma de padronizar e abranger o amplo espectro de queixas alimentares comuns na infância, como apetite limitado, seletividade alimentar, neofobia alimentar, consumo excessivo, entre outras.⁴

A maior parte dos pacientes com DA apresenta um padrão de “Seletividade Alimentar”, caracterizado pela rejeição à ingestão de alimentos habituais ou novos, com preferências restritas e exclusão comum de um ou mais grupos alimentares essenciais. Quando ocorre de forma persistente e grave o bastante para interferir na rotina da família e da criança, esse comportamento resulta em estresse e compromete a relação de todos.^{4,5}

Quanto ao Sobrepeso e a Obesidade Infantil, estimativas da OMS projetam que teremos 75 milhões de crianças obesas no mundo em 2025. A Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) de 2008-2009 e o IBGE demonstraram um aumento importante no número de crianças entre cinco e nove



anos com excesso de peso no Brasil, com prevalência de 34,8% e 32% de sobrepeso e 16,6% e 11,8% de obesidade em meninos e meninas, respectivamente.⁶⁻⁸ As notificações do SISVAN de 2019⁹ revelam que 16,33% das crianças brasileiras entre cinco e dez anos estão com sobrepeso; 9,38% com obesidade; e 5,22% já apresentam obesidade grave (z escore acima de +3). Em relação aos adolescentes, 18% apresentam sobrepeso; 9,53% são obesos; e 3,98% têm obesidade grave. As causas e consequências do excesso de peso na infância são multifacetadas e complexas, especialmente se considerarmos a precocidade com que as complicações estruturais, funcionais, metabólicas e emocionais incidem como estigmas nos casos de obesidade infantil.¹⁰

Justificativa: mesmo nos casos mais graves, a ocorrência de DA na infância não determina alterações antropométricas na maioria dos casos.¹¹ Entretanto, são crianças com risco aumentado para a ingestão inadequada de macro e micronutrientes, pelo elevado consumo de alimentos de alta densidade energética, baixo valor nutricional, ricos em gordura e açúcar. Considerando que os pais usualmente subestimam o peso dos filhos,¹² as principais preocupações são com os *déficits* - de peso, ingestão e nutrientes - e não com os excessos. Portanto, este documento tem como objetivo promover o reconhecimento do excesso de peso inserido no espectro das DA, alertando pediatras e profissionais da saúde sobre a existência de uma associação bidirecional, na qual a relação de causalidade ou efeito reflete o encontro da predisposição genética do indivíduo com catalisadores ambientais que podem ser modificados. **A identificação, acolhimento e abordagem das DA devem preceder as alterações de estado nutricional, como sobrepeso e obesidade, e suas consequências ao longo da vida.**

A partir do momento em que compreendemos o excesso de consumo energético como parte do espectro das DA, é possível identificar diversas semelhanças entre as demandas de famílias de crianças que comem pouco e das que comem a mais. Dado o caráter dinâmico, complexo e sensorial do processo de alimentação (que requer integração entre ações orgânicas, emocionais e ambientais), a intervenção em problemas relacionados à alimentação requer abordagem multiprofissional, independente da origem do problema.⁴

Patogenia: frequentemente, fatores biopsicossociais interferem na alimentação e nutrição na infância e podem influenciar negativamente o desenvolvimento e crescimento, além de ser um fator de risco determinante tanto para o baixo peso como para o excesso de peso nos anos subsequentes.¹³ Desequilíbrios no mais precoce vínculo da vida, a díade mãe-bebê, podem moldar a formação, organização e funcionamento daquele organismo de forma permanente. Neste cenário, leia-se como o mais precoce desalinhamento da díade quando o lactente não é respeitado



em sua autorregulação e forçosamente é amamentado ou é “lido” sempre com fome, mesmo quando demanda de outras necessidades.

Outros componentes do processo de desenvolvimento da alimentação na infância estão simetricamente comprometidos em ambas famílias de crianças que excedem ou se recusam a comer: responsabilidade, prazer, controle, conforto, autonomia, afeto e confiança. As alterações nutricionais, cognitivas, comportamentais e emocionais resultantes destas alterações podem perdurar até a vida adulta, evoluindo como condições crônicas - obesidade, desnutrição, distúrbios alimentares, carências nutricionais.¹⁴

Fatores de risco: alguns fatores de risco foram identificados para as DA na infância. Curiosamente, muitos deles se relacionam também à incidência de obesidade na faixa etária pediátrica, corroborando para a compreensão do excesso de peso no espectro das DA não apenas como um *continuum* de um mesmo processo, mas como o resultado de várias alterações em dimensões cognitivas e comportamentais do processo de alimentação.¹⁰

Evidências comprovam que a abordagem de problemas relacionados ao Excesso de Peso deve incluir a avaliação das DA e dos Distúrbios Alimentares, pois as três condições compartilham fatores de risco em comum, como insatisfação com o corpo e comportamentos alimentares restritivos, inadequados e/ou insustentáveis à saúde, podendo o mesmo indivíduo transicionar de uma condição para a outra.¹⁰

A interação entre genética, ambiente e práticas alimentares: em estágios iniciais da vida, a predisposição genética à magreza ou ao sobrepeso corresponde apenas a uma arma engatilhada. O excesso de peso não decorre necessariamente de comer mais. Da mesma forma, a minoria das crianças com DA que come pouco apresenta *déficits* nutricionais e antropométricos. Antes de constituir-se como fenótipo, o potencial genético do indivíduo passa por modificações epigenéticas¹⁵ e ainda sofre o impacto da transição nutricional.¹⁶

Os determinantes do risco de doença em qualquer estágio da vida não são apenas interações pontuais do indivíduo com o ambiente, são produto de exposições sucessivas ao longo do tempo de vida. De acordo com o conceito de Programação Metabólica Precoce,¹⁵ agravos que ocorrem em momentos críticos no início da vida promovem a regulação fisiológica do organismo de forma permanente. Estudos demonstram com poder suficiente a influência de fatores nutricionais durante os “primeiros mil dias” na saúde futura.¹⁶ Ganho de peso durante a gestação, características da alimentação da gestante e da nutriz, do tipo e duração de aleitamento, do tempo de iniciação e processo de introdução alimentar e da progressão da alimentação complementar são fatores determinantes para a saúde da criança na infância e na vida adulta.^{17,18}



Um fator de risco crucial para o excesso de peso na infância é o sobrepeso dos pais; o risco de obesidade pode dobrar ou até triplicar em filhos de pais com sobrepeso ou obesidade.¹² Uma crescente proporção de indivíduos será exposta de forma cada vez mais precoce a um ambiente obesogênico. O ambiente familiar, representado pelos responsáveis, influencia e desempenha papel determinante no desenvolvimento das preferências e das práticas alimentares das crianças. O padrão alimentar neste novo contexto caracteriza-se pelo consumo de alimentos com alta densidade energética, pobres em fibras e micronutrientes. O consumo de produtos acrescidos de realçadores e padronizadores de sabor, corantes e edulcorantes, o maior acesso às redes de *fast food* e *delivery*, e o abandono de práticas alimentares saudáveis, como o compartilhamento das refeições em família, são fatores que interferem no desenvolvimento do processo de alimentação, especialmente no início da vida.¹⁹

Maximino et al⁴ demonstraram que história familiar positiva de DA foi verificada em 48,6% dos pais em estudo observacional. Entretanto, acredita-se que fatores socioculturais são mais importantes que a carga genética na “transmissibilidade” das DA entre as gerações de uma família. Além dos pais servirem como modelos para o aprendizado de comportamentos alimentares,²⁰ as práticas alimentares parentais se relacionam diretamente ao crescimento, desenvolvimento e estado nutricional das crianças, principalmente durante os dois primeiros anos de vida. A alimentação “Responsiva” é caracterizada pelo cuidador que reconhece os sinais de fome e saciedade da criança e usa estes sinais para determinar o início e término das refeições. Práticas “Não Responsivas” caracterizam-se pela falta de reciprocidade entre o cuidador e a criança, na qual o cuidador ou a criança tem excesso de controle sobre a alimentação e associam-se a piores desfechos nutricionais.²¹ Estudos randomizados demonstraram que oferecer orientações sobre práticas responsivas para que as mães reconheçam sinais e respondam adequadamente a fome e saciedade dos filhos pode levar ao ganho de peso “normal” e ao estado nutricional “normal” em crianças de 0 a 24 meses de vida, em comparação às mães que não receberam orientações.²⁰ Paradoxalmente, as práticas alimentares mais inadequadas resultam da preocupação dos pais com o peso dos filhos e podem ser os verdadeiros gatilhos para problemas com a alimentação na infância.²² Há evidências de que práticas parentais restritivas associam-se positivamente ao IMC dos filhos, ao passo que práticas de coerção se associam negativamente ao IMC dos filhos. Assim sendo, as práticas parentais podem ser reações ao peso da criança e, por sua vez, podem desencadear determinados comportamentos alimentares que interferem no *status* ponderal, ou vice-versa.¹⁴

Práticas alimentares: o conceito de sociedade obesogênica exemplifica a ingestão excessiva de alimentos processados e ultraprocessados e a desestimulação à atividade física recreativa para as crianças, comuns nos tempos atuais.^{23,24}



Os hábitos alimentares e comportamentais relacionados ao ambiente e interação com a família devem ser avaliados desde a introdução alimentar.^{1,3,11,25} A introdução precoce de alimentos inadequados é comum e sucede muitas vezes às escolhas de consumo preferencial das crianças, principalmente, na fase de maior incidência de DA, ou seja, quanto antes alimentos de alta palatabilidade e elevado teor de açúcar, sódio e gordura forem apresentados à criança, maior a possibilidade de escolha destes pela mesma em detrimento de alimentos ideais para idade.²⁶ Dados do IBGE mostram que bebidas adoçadas e produtos de panificação (biscoitos e bolos) são consumidos por aproximadamente 30% e 60% das crianças menores de 2 anos, respectivamente. Este panorama demanda ações práticas de desincentivo desses comportamentos, pois sem o devido acompanhamento, essas práticas acompanham a criança até a vida adulta, comprometendo a nutrição adequada, o incentivo às escolhas alimentares saudáveis e o adequado ganho de peso ao longo da vida.¹⁷

A investigação do comportamento e consumo alimentar de crianças obesas é, frequentemente, comprometida por sub-relatos incompatíveis com a velocidade de ganho de peso apresentado. Dentre as práticas alimentares, o profissional de saúde deve estar atento a sub-relatos do tamanho das porções consumidas e alimentos não planejados (“belisco”). É comum observar o consumo mais regular de cereais/tubérculos, leguminosa e proteína animal no prato de crianças brasileiras,⁸ com consumo insuficiente de vegetais cozidos e crus. Quanto aos lanches, o consumo de alimentos não planejados, fora de um ambiente de alimentação, muitas vezes com elevado teor calórico e mais palatáveis (alimentos ultraprocessados) são considerados os mais positivamente associados ao excesso de peso.

A identificação da obesidade como uma DA é essencial para mapear as práticas e os comportamentos alimentares disruptivos comuns neste quadro e abordar no acompanhamento clínico. Fique atento a:

- Ingestão elevada de proteína desde idade precoce.
- Apresentação precoce de alimentos não recomendados, segundo a idade: doces, bebidas adoçadas, açúcar de adição em preparações, produtos industrializados, frituras, embutidos, uso excessivo de sal, etc.
- Disponibilidade frequente de alimentos pobres nutricionalmente, mas que a criança aceita, como prática de alimentá-la a qualquer custo quando há a recusa de alguma refeição planejada.
- Ingestão de líquidos adoçados (lácteos e não-lácteos) nas refeições intermediárias e como ingestão livre no lugar de água.
- Consumo insuficiente de alimentos com baixa densidade calórica, elevado teor de micronutrientes e ricos em fibra: frutas, verduras e legumes.



- Consumo frequente de alimentos altamente calóricos no colégio.
- Prática comum da não realização do café da manhã.
- Grandes porções de carboidrato nas refeições principais: arroz branco, arroz integral, batata cozida, batata frita, macarrão, macarrão instantâneo, torta, panqueca, purê, etc.
- Consumo de produtos de panificação (caseiro ou industrializado) com baixo teor de fibra (uso de farinhas refinadas), o que facilita o consumo rápido através da menor resistência à mastigação.
- Hábito de se alimentar com a presença de distratores (televisão, celular, tablet), o que diminui a atenção ao alimento.

Quando são realizadas escolhas inadequadas, o impacto é grande, não apenas em termos calóricos, mas também nutricionais. Compreende-se que a obesidade vai muito além de escolhas e vontades, sendo fundamental uma visão holística do cenário do qual a criança faz parte.

Diagnóstico diferencial e manejo: apesar de tantos aspectos em comum, as Dificuldades Alimentares, os Distúrbios Nutricionais e/ou Alimentares são condições diferentes que precisam ser corretamente diagnosticados. Nesse sentido, é importante conhecer as ferramentas de avaliação antropométrica, sensorial, comportamental e psicométrica que dispomos. Os dados antropométricos são expressos em curvas que permitem a interpretação do crescimento como um processo evolutivo, não linear, susceptível a interferência de agravos agudos ou crônicos, como mudanças no padrão alimentar.⁴ O diagnóstico diferencial às condições orgânicas - genéticas, gastrointestinais, respiratórias, endocrinológicas, imunológicas - deve ser realizado em casos de DA que se apresentem ou não com alterações nutricionais.²

A prevenção primária remanesce como a principal estratégia de redução dos impactos da má nutrição na infância.¹⁰ Atualmente, o tratamento de crianças com DA e Obesidade é ainda desafiador, demorado e oneroso. Consentimos que a abordagem dos mesmos fatores - avaliação das habilidades motoras e sensoriais orais, educação nutricional para promoção de alimentação variada e equilibrada, mudanças de práticas alimentares inadequadas - contribuem no manejo das heterogêneas apresentações das DA na infância.

Referências

01. Okuizumi AM, Marimoto JM, Nogueira LR, Maximino P, Fisberg M. Fatores associados aos tipos de dificuldades alimentares em crianças entre 0 e 10 anos de idade: um estudo retrospectivo em um centro de referência brasileiro. *Scientia Medica*. 2020;30:1-9.



02. Levy Y, Levy A, Zangen T, Kornfeld L, Dalal I, Samuel E, et al. Diagnostic clues for identification of nonorganic vs organic causes of food refusal and poor feeding. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2009;48:355-62.
03. Kerzner B, Milano K, MacLean WC Jr, Berall G, Stuart S, Chatoor I. A practical approach to classifying and managing feeding difficulties. *Pediatrics.* 2015;135:344-53.
04. Maximino P, Machado RH, Junqueira P, Cairi M, Tosatti AM, Ramos CC, et al. Como acompanhar a criança com dificuldade alimentar em escopo multidisciplinar? Protocolo de atendimento multiprofissional na infância e adolescência - estudo piloto. *J Hum Growth Dev.* 2016;26:331-40.
05. Kachani A, Leonel C, Abreu M, Bordin S, Lisboa H. Seletividade alimentar da criança. *Pediatria (São Paulo).* 2005;27:48-60.
06. Brasil - Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2009-2009. Análise do Consumo Alimentar Pessoal no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2011.
07. Sociedade Brasileira de Pediatria. Manual de Orientação Obesidade na Infância e na Adolescência. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2019.
08. Brasil - Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde. Rio de Janeiro: IBGE; 2015.
09. Brasil - Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN [homepage on the Internet]. Brasília: Ministério da Saúde [cited 2020 aug 22]. Available from: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/>
10. Leme AC, Haines J, Tang L, Dunker K, Philippi S, Fisberg M, et al. Impact of strategies for preventing obesity and risk factors for eating disorders among adolescents: a systematic review. Preprints. Epub 13 August 2020.
11. Fisberg M. Editorial: feeding difficulties in children and adolescents. *Front Pediatr.* 2018;6:105.
12. Nemecek D, Sebelefsky C, Woditschka A, Voitl P. Overweight in children and its perception by parents: cross-sectional observation in a general pediatric outpatient clinic. *BMC Pediatr.* 2017;17:212.
13. Almeida CA, Falcão MC, Zorzo RA. Consensus of the Brazilian Association of Nutrology on Milky Feeding of Children Aged 1–5 Years Old. *Int J Nutrol.* 2020;13:2-16.
14. Jansen PW, Roza SJ, Jaddoe VW, Mackenbach JD, Raat H, Hofman A, et al. Children's eating behavior, feeding practices of parents and weight problems in early childhood: results from the population-based Generation R Study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity.* 2012;9:130.
15. Agosti M, Tandoi F, Morlacchi L, Bossi A. Nutritional and metabolic programming during the first thousand days of life. *Pediatr Med Chir.* 2017;39:157.



16. Villares JM. Los mil primeros días de vida y la prevención de la enfermedad en el adulto. *Nutr Hosp.* 2016;33Suppl 4:8-11.
17. Mello CS, Barros KV, Morais MB. Brazilian infant and preschool children feeding: literature review. *J Pediatr (Rio J)*. 2016;92:451-63.
18. Cetin I, Bühling K, Demir C, Kortam A, Prescott SL, Yamashiro Y, et al. Impact of Micronutrient Status during Pregnancy on Early Nutrition Programming. *Ann Nutr Metab.* 2019;74:269-78.
19. Corvalán C, Garmendia ML, Jones-Smith J, Lutter CK, Miranda JJ, Pedraza LS, et al. Nutrition status of children in Latin America. *Obes Rev.* 2017;18 Suppl 2:7-18.
20. Spill MK, Callahan EH, Shapiro MJ, Spahn JM, Wong YP, Benjamin-Neelon SE, et al. Caregiver feeding practices and child weight outcomes: a systematic review. *Am J Clin Nutr.* 2019;109:990S-1002S.
21. Barnhart WR. Perceived parental feeding practices and concern about overweight status interact with emotion regulation difficulties to predict emotional eating: Findings from a cross-sectional study.
22. Faith MS, Berkowitz RI, Stallings VA, Kerns J, Storey M, Stunkard AJ. Parental feeding attitudes and styles and child body mass index: prospective analysis of a gene-environment interaction. *Pediatrics.* 2004;114:e429-36.
23. Sociedade Brasileira de Pediatria. Manual de Orientação Alimentação na Infância e na Adolescência. 4th ed. Rio de Janeiro: SBP; 2018.
24. Henriques P. Políticas de saúde e de segurança alimentar e nutricional: desafios para o controle da obesidade infantil. *Ciênc saúde coletiva.* 2018;23:4143-52.
25. Tenorio AS, Kobayashi F. Obesidade infantil na percepção dos pais. *Rev Paul Pediatr.* 2011;29:634-9.
26. Ramos M. Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. *Jornal de Pediatria.* 2000; 76:14-37.

***Relatores:**

Mauro Fisberg

Pediatra e Nutrólogo, Coordenador do Centro de Excelência em Nutrição e Dificuldades Alimentares do Instituto PENSI (CENDA), Prof. Associado Sênior Pediatria EPM-UNIFESP. Membro titular do Departamento de Nutrologia da SBP e membro do Departamento Científico de Nutrição da SPSP.

Nathalia Gioia de Paula



Médica pela UNIFESP. Especialista em Gastroenterologia pediátrica pela UNIFESP. Médica no CENDA / Instituto PENSI e na Clínica de Nutrologia Pediátrica Nutrociência.

Convidada pelo Departamento Científico de Nutrição da SPSP

Raquel Ricci

Nutricionista pela FMRP-USP. Especialista em Saúde da Criança e do Adolescente pela UNIFESP. Formação em Pesquisa Clínica pela INVITARE. Nutricionista no CENDA / Instituto PENSI e na Clínica de Nutrologia Pediátrica Nutrociência.

Convidada pelo Departamento Científico de Nutrição da SPSP