



## ARMANDO FERNANDES

PEDIATRA

URL: <http://cptul.orgfree.com>

Email: [cptul.armando.fernandes@gmail.com](mailto:cptul.armando.fernandes@gmail.com)

### Senhor Doutor, o que poderá ser necessário fazer para controlar a obesidade do meu filho?

A obesidade infantil pode ser definida como um excesso da gordura corporal, que pode ser avaliada indirectamente pelo índice de massa corporal (IMC). A partir dos dois anos de idade, valores do IMC entre o percentil 5 e 85 são considerados normais, entre o percentil 85 e 95 significam excesso de peso ou pré-obesidade e acima do percentil 95 significam obesidade. Em crianças com idade entre os 0 e os 2 anos recomenda-se o uso das curvas de crescimento do peso em relação ao comprimento para definir como tendo excesso de peso as crianças que excedem o percentil 95.

Na última década têm-se verificado um aumento dramático da prevalência da obesidade infantil. Os números variam porque existe muita inconsistência no modo como a obesidade é definida (em Portugal, alguns estudos apontam que entre os 7 e os 11 anos, 30% das crianças tinham excesso de peso e 17% eram obesas. Por esta razão, Portugal apresenta uma das taxas de obesidade infantil mais elevadas de toda a União Europeia). Em suma, a obesidade será a epidemia do século XXI.

A sua **etiologia** é provavelmente multifactorial, dependendo da inter-relação entre factores genéticos, ambientais, culturais, socioeconómicos e psicológicos. Sabe-se, contudo, que em 95-99% dos casos das crianças obesas não se encontra nenhuma situação patológica, resultando assim de um desequilíbrio entre a ingesta e o consumo de calorias. É a denominada obesidade nutricional. Constituem factores de risco para obesidade o ganho excessivo de peso materno durante a gravidez, o fumo de tabaco durante a gravidez, a diabetes gestacional, o peso elevado ao nascer, o crescimento rápido nos primeiros dois anos de vida, a obesidade dos progenitores, o estilo de vida sedentário e o consumo de *junk food* aos três anos de idade. Dois factores têm ressaltado de múltiplos estudos: o consumo de refrigerantes (representam uma importantíssima fonte de calorias adicionais) e o “tempo de ecrã” (televisão, computadores, consolas de jogos, etc.) (pelo sedentarismo, pelo consumo de alimentos (habitualmente snacks altamente calóricos ou refrigerantes) durante os períodos em que assistem a televisão e pelas mensagens publicitárias destinada ao público infantil, desajustadas e encorajando o consumo de alimentos obesogénicos. Pelo contrário, o aleitamento materno constitui um fator fortemente protetor do aparecimento de obesidade a curto e longo prazo.

A obesidade na criança e, principalmente, no adolescente tem uma relação directa com a sua evolução para a obesidade na idade adulta (três em cada quatro adolescentes obesos tornam-se adultos obesos).

A obesidade pode provocar várias **complicações**, designadamente problemas psico-sociais (baixa auto-estima, tristeza/depressão, qualidade de vida, insucesso escolar), neurológicos (*pseudotumor cerebri*, risco de acidente vascular cerebral), cardiovasculares (dislipidemia, hipertensão arterial, hipertrofia ventricular esquerda, disfunção endotelial, risco de doença coronária), pulmonares (pieira, apneia do sono, intolerância ao exercício), endocrinológicos (diabetes tipo II, puberdade precoce, hipogonadismo (rapazes), síndrome do ovário poliquístico (raparigas), gastrointestinais (paniculite, esteatose hepática, fibrose hepática, litíase biliar, risco de cirrose hepática, risco de cancro do cólon), músculo-esqueléticos (fractura, doença de Blount, epifisiólise da cabeça do fémur, pé plano, risco de doença articular degenerativa), etc.

A **terapêutica** da obesidade visa a normalização do IMC, sendo muitas vezes necessário o apoio de uma equipa multidisciplinar. A maioria dos esquemas terapêuticos são constituídos por: dieta, exercício físico e modificações comportamentais.



## ARMANDO FERNANDES

PEDIATRA

URL: <http://cptul.orgfree.com>

Email: [cptul.armando.fernandes@gmail.com](mailto:cptul.armando.fernandes@gmail.com)

A não ser em casos extremos, não se deve procurar que uma criança perca peso intensamente. Uma dieta demasiado restrita pode levar a uma diminuição de nutrientes (nomeadamente proteínas e cálcio) necessárias ao crescimento. O objectivo da redução calórica modesta (diminuir apenas 100 Kcal/dia pode levar a perda de cinco kg num ano) é que a criança cresça sem ganhos ou perdendo pouco peso, o que irá permitir a normalização do IMC. Em todas as circunstâncias deverá haver motivação e suporte familiar adequados.

### \* Alterações comportamentais ou mudanças do estilo de vida:

#### A) Informações e educação:

1. Explicar os objectivos do tratamento e a necessidade de os alcançar.
2. Informações sobre as principais classes de alimentos e sobre o valor calórico de uma grande variedade de alimentos ("a roda dos alimentos").
3. Explicações sobre uma dieta equilibrada e como obter as calorias das principais classes de alimentos
4. Explicações sobre os benefícios do exercício (efeito psicológico favorável, preservação da massa magra, ligeiro efeito no consumo energético).
5. Alertar para os perigos das variações de peso em "Yo-Yo" (riscos cardíacos?).
6. Educação dos pais (a prevenção da obesidade é mais segura que qualquer esquema terapêutico, evitar dietas intempestivas que poderão ocasionar má progressão estatural).
7. Após os 2 anos de idade, o "tempo de ecrã" (televisão, DVDs, vídeos, etc.) não deve ultrapassar uma hora por dia e nunca se deve permitir a TV no quarto da criança, facto que representa um acréscimo de mais 0,64 horas diárias de "tempo de TV". De facto, quando os pais põem limites no tempo de ver televisão, este reduz-se em 0,2 horas por dia, que se transformam em "tempos de leitura". Não se deve deixar as crianças comerem enquanto vêem TV.

#### B) Reforço positivo / negativo

Principalmente em crianças com menos de 10 anos.

### \* Dieta individualizada

1. Crianças com < 7 anos → Conselhos dietéticos  
Crianças com > 7 anos → Conselhos dietéticos e, eventualmente, dietas restritivas.  
Evitar dietas muito restritivas que poderão comprometer o crescimento da criança.
2. Ter em atenção as necessidades calóricas médias diárias:  
1-3 anos = 1300 Kcal/dia  
4-6 anos = 1700 Kcal/dia  
7-10 anos = 2400 Kcal/dia  
11-14 anos: rapazes = 2700 Kcal/dia; raparigas = 2200 Kcal/dia  
15-18 anos: rapazes = 2800 Kcal/dia; raparigas = 2100 Kcal/dia
3. Fraccionamento das refeições (6-8 refeições/dia).
4. Comer devagar e mastigar bem os alimentos.
5. Beber muita água fora das refeições. Não se deve introduzir "sumos" antes dos 6 meses de idade e entre os 1 e os 6 anos não se deve ingerir mais de 100 ml a 150 ml de "sumos" por dia.
6. Deve ser promovida a ingestão de um bom pequeno-almoço e evitar longos períodos sem comer, por levarem a uma grande voracidade na refeição seguinte. Entre as refeições deve ser incentivado o consumo de alimentos pouco calóricos (peça de fruta com casca, barra de cereais integrais, bolacha integral, ou iogurte).
7. Preferir verduras, hortaliças, legumes verdes, tomate, cenouras, fruta, leite magro e iogurte natural.



## **ARMANDO FERNANDES**

**PEDIATRA**

URL: <http://cptul.orgfree.com>

Email: [cptul.armando.fernandes@gmail.com](mailto:cptul.armando.fernandes@gmail.com)

8. Moderar o aporte de pão, leite completo, gorduras, presunto magro, batata, arroz, milho, legumes secos, morangos, framboesa, kiwi, pêsegos, ameixas, pêras e bananas.
9. Evitar ter em casa ou ao alcance da criança alimentos de alta densidade calórica.
10. Excluir fritos, doces, mel, frutas cristalizadas ou em calda, frutas oleaginosas (avelãs, nozes, pistachos, amêndoas, etc.), guloseimas, chocolates, gelados, biscoitos, batatas fritas, bebidas açucaradas (refrigerantes, etc), todas as bebidas alcoólicas, adição de açúcar, ovos, pastas, enchidos, peixes gordos (sardinhas, salmão, atum, peixes fumados, etc.), carnes gordas (carne de porco, mioleira, carneiro, etc.), etc.
11. Consulta com Dietista/Nutricionista.

### \* Actividade Física:

1. Ter em consideração que quanto mais jovem for a criança mais problemas terá para fazer desporto pelo que o combate ao sedentarismo é essencial (por exemplo: não utilizar o elevador, tentar ir a pé a todo o lado (por vezes difícil no meio urbano), etc).
2. Promover participação de toda a família em programas de exercício físico, pelo menos 30 minutos 3 xs/semana de qualquer actividade física (jogos, ginástica, aeróbica, etc.) ou 20 minutos 5 xs/semana de marcha.
3. Não dispensar, a não ser que haja uma contra-indicação absoluta, as aulas de Educação Física onde se podem realizar além da ginástica actividades divertidas (natação, ciclismo, "jogging", etc.).
4. Restringir a duração do tempo utilizado a ver televisão.
5. Calorias queimadas por hora de actividade física: Squash: 720; Corrida: 540; Ténis: 480; Futebol: 420; Aeróbica moderada: 360; Natação: 360; Marcha moderada: 270; Andar de bicicleta: 240; etc.

### \* Apoio Psicológico Motivacional / Psicoterapia:

Porque a obesidade pode ser auto-perpetuada por factores psicológicos é por vezes essencial um suporte psicológico de toda a família.

### \* Medicamentos:

Os medicamentos (orlistat, metformina, etc.) só deverão ser utilizados em casos muito excepcionais.

### \* Cirurgia:

Atualmente, os balões gástricos e as bandas gástricas são utilizadas apenas nas obesidades mórbidas.

Em suma, **todas as crianças devem ter uma dieta variada, moderada e equilibrada associada a um estilo de vida activo e saudável.**

**Última actualização em 04-07-2018**