

OBESIDADE INFANTIL

Durval Damiani
Daniel Damiani

Tem-se dito com freqüência que tratar um paciente obeso é um enorme desafio e nem todos os profissionais estão preparados para enfrentá-lo. Se, de um lado, concordamos que a obesidade de um modo geral e, em particular, a obesidade infantil, constitui-se num verdadeiro problema de saúde, associado a um sem número de complicações, por outro ainda temos a visão “romântica” da obesidade, como ocorria no século XVIII em que ser obeso era sinônimo de beleza e de saúde.

A criança obesa, por razões absolutamente compreensíveis, é ainda mais desafiadora já que, via de regra, a criança não tem a vaidade que os adolescentes e adultos passam a ter e, portanto, reeducar sua alimentação é entendido como um castigo. Daí, a cooperação, tão fundamental para que se obtenha um bom resultado final, fica muito comprometida. Quanto à família, ainda mantemos certos conceitos de que “criança gordinha é criança saudável”, que criança não pode perder peso sob pena de “não crescer” ou “comprometer seriamente seu crescimento e desenvolvimento”.

A verdade é que a obesidade tem aumentado sua prevalência de forma assustadora. É um fato comprovado que desde 1960 tem havido um aumento progressivo da prevalência de obesidade em diversas populações do mundo, chegando, nos Estados Unidos da América do Norte a taxas verdadeiramente alarmantes: Num estudo realizado pelo National Health and Nutrition Examination Survey mostrou que 22% da população norte-americana adulta é obesa, definida por índice de massa corpórea (IMC= peso/quadrado da altura) superior a 27,8 para homens e 27,3 para mulheres. Podemos dizer que a incidência de obesidade dobrou nos últimos 30 anos. Quinze a vinte e cinco por cento das crianças adolescentes nos EUA são obesas. Nos últimos 10 anos, tem havido aumento de 50% nessas cifras. Na Inglaterra, a proporção de obesos duplicou entre 1980 e 1991 .

Se avaliarmos dados de prevalência de obesidade na América Latina, verificamos que, conforme aumenta a prevalência de obesidade, aumentam as mortes por doença cardiovascular e câncer.

Como se pode ver, a obesidade não tem nada de benigno e cerca-se de complicações em potencial que ultrapassam as questões meramente estéticas. Dessa forma, a abordagem para o problema não pode ser tão “suave” como usualmente vemos : todo empenho em evitar sérias complicações cárdio-vasculares, melhorar a qualidade de vida, minimizar os estigmas sociais hoje associados ao problema, deve ser posto em ação.

Mas infalivelmente vem sempre a questão de COMO tratar um problema de saúde tão complexo. O problema básico é genético ou ambiental? Se a base é genética, adianta tentar algum tipo de tratamento? Em que idade se deve iniciar o tratamento?

A maioria dos autores tem concordado que a base genética é fundamental na obesidade e alguns estudo têm mostrado que gêmeos criados em ambientes diferentes seguem o padrão

de peso de seus pais biológicos e não de seus pais adotivos. Muitas questões que estão envolvidas na obesidade mostram-se de caráter genético tais como a baixa atividade física, com baixo gasto energético, a extrema capacidade de “incorporar na sua massa adiposa, qualquer excesso alimentar” .

Tem se atribuído ao sedentarismo e à mudança de hábitos alimentares, introduzindo-se alimentos hipercalóricos, ricos em lipídeos e carboidratos, nos cardápios diários, a causa básica da obesidade. É possível que a vontade de comer e de se exercitar sejam determinadas por genes específicos. Não devemos atribuir os maus hábitos a uma falta de amor próprio ou a uma auto-imagem distorcida porque certamente, estaremos sendo injustos com uma boa parte de nossos obesos. A etiologia da obesidade é complexa e resulta da interação entre genes, ambiente e estilo de vida mas lembremos que um ambiente com comida farta não implica necessariamente, aumento da ingestão alimentar. Por que algumas pessoas excedem-se frente a uma oferta mais liberal de alimentos? Não teríamos aí o fator genético condicionando a “vontade de comer”? Por que algumas pessoas não conseguem ficar paradas, enquanto outras detestam atividades que impliquem movimento físico? Será que são avessas ao exercício simplesmente porque não se gostam o suficiente e querem ganhar peso? Ou será que esta avidez pela atividade física também é condicionada por genes?

Como a obesidade pode provocar alterações metabólicas múltiplas que contribuem para doenças cardiovasculares (coronariopatias, hipertensão arterial, trombose venosa), diabetes mellitus, dislipidemias, afecções pulmonares, renais, biliares e certos tipos de neoplasias, dentre outras, podemos dizer que esta condição clínica caminha para ser a mais importante causa de doença crônica do mundo.

A questão que se tem feito há décadas é : Quanto o aspecto ambiental interfere no aumento da incidência da obesidade comparado ao componente genético? A importância do componente genético fica patente quando verificamos que nossa vontade de comer e de se exercitar tem uma base genética e tende a se manifestar seja qual for o ambiente em que vivemos, desde que tenhamos acesso ao alimento. Por outro lado, se convivemos com familiares que ingerem quantidades excessivas de alimento, poderemos incorporar este hábito, pela simples imitação e nos tornarmos obesos? Os estudos de gêmeos têm tentado separar as influências ambientais das genéticas, já que, se forem criados em ambientes distintos (quando um dos gêmeos é adotado por outra família), teremos a possibilidade de obter informações sobre a influência ambiental em indivíduos com o mesmo patrimônio genético. Stunkard e col. realizaram um estudo na Dinamarca onde as crianças adotadas puderam ser comparadas com seus pais biológicos e com seus pais adotivos. Foram obtidas informações sobre 3580 adotados, utilizando-se como critério o IMC e a população foi dividida em quatro classes, tomando-se toda a faixa de adiposidade : magros (IMC nos 4 percentis mais baixos); peso médio (IMC próximo à média); acima do peso (IMC entre percentis 92 e 96) e obesos (IMC acima do percentil 96). Houve uma relação clara entre a classe de peso dos adotados e a de seus pais biológicos, não havendo relação aparente entre crianças adotadas e seus pais adotivos, sugerindo fortemente que influências genéticas são determinantes importantes da adiposidade e que as influências ambientais têm pouco ou nenhum efeito. É importante ressaltar que as

influências genéticas observadas nesse estudo não são apenas confinadas ao grupo obeso, mas se estendem a toda a faixa de adiposidade, desde os muito magros até os muito gordos.

Borjeson, na Suécia, estudando 5008 pares de gêmeos, selecionou 101 onde um ou mais estavam acima do peso em relação à altura por mais de dois desvios-padrão. O autor avaliou também pregas cutâneas tricipital, subescapular e abdominal e chegou à conclusão de que os fatores genéticos desempenham um papel decisivo na origem da obesidade. Ainda mais, os resultados dos estudos de Borjeson dão respaldo à sugestão de que a nutrição intra-útero não seja importante na etiologia da obesidade, bem como a técnica alimentar na infância. Ambos os estudos concluem que é altamente provável uma herança poligênica na determinação da obesidade. Dessa forma, o risco de obesidade quando nenhum dos pais é obeso é de 9%, enquanto que, quando um dos genitores é obeso, sobe a 50% e atinge 80% quando ambos são obesos.

Quando analisamos o padrão alimentar de gêmeos, também notamos uma notável influência genética. Num estudo de 4640 gêmeos, homens e mulheres com mais de 50 anos de idade, van den Bree e col. consideraram dois padrões alimentares : o primeiro (padrão 1) consistia na ingestão de alimentos ricos em gordura, sal e açúcar e o segundo (padrão 2) consistia de hábitos alimentares “mais saudáveis”. De 15 a 38% da variação total observada no padrão 1 e de 33 a 40% da variação observada no padrão 2 eram devidas a influências genéticas. No entanto, um aspecto que deve ser lembrado é que o fato de termos forte influência genética na obesidade, não indica que a obesidade seja inevitável e todos os esforços devem ser postos em prática para tentarmos adequar o peso dessas crianças e realizarmos, assim, um importante trabalho preventivo numa condição ligada a tantos efeitos deletérios a curto, médio e longo prazos.

**DOCUMENTO PRODUZIDO PELO DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DE
ENDOCRINOLOGIA**