

UNIVERSIDADE SANTO AMARO

Curso de Nutrição

Thaís Cristina dos Santos Raimondi

**OBESIDADE INFANTIL E *BULLYING*: QUAL O
PAPEL DO NUTRICIONISTA?**

São Paulo

2020

Thaís Cristina dos Santos Raimondi

**OBESIDADE INFANTIL E *BULLYING*: QUAL O
PAPEL DO NUTRICIONISTA?**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Nutrição da Universidade Santo Amaro – UNISA, como requisito parcial para obtenção do título Bacharel em Nutrição. Orientadora Prof^a Ms. Clara Rodrigues.

São Paulo

2020

R13o Raimondi, Thaís Cristina dos Santos

Obesidade infantil e bullying: qual o papel do nutricionista? / Thaís Cristina dos Santos Raimondi. – São Paulo, 2020.

31 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Nutrição) –
Universidade Santo Amaro, 2020.

Orientador(a): Profª. Me. Clara Rodrigues

1. Obesidade infantil. 2. Bullying. 3. Nutricionista. 4. Educação alimentar.
I. Rodrigues, Clara, orient. II. Universidade Santo Amaro. III. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Thaís Cristina dos Santos Raimondi

OBESIDADE INFANTIL E *BULLYING*: QUAL O PAPEL DO NUTRICIONISTA?

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Nutrição da Universidade Santo Amaro – UNISA, como requisito parcial para obtenção do título Bacharel em Nutrição.

Orientador: Prof.^a. Ms. Clara Rodrigues

São Paulo, 17 de dezembro de 2020

Banca Examinadora

Profa. Mestre Marcela Maria Pandolfi

Profa. Dra. Célia Aparecida Marques Pimenta

Conceito Final: _____

DEDICATÓRIA

Esse trabalho primeiramente é dedicado a Deus, sem ele não teria capacidade de chegar aonde cheguei. Dedico este trabalho ao meu irmão, que em sua infância foi obeso e vítima de *Bullying*, aos meus familiares que sempre me apoiaram até nos momentos que já não tinha mais força para seguir. A Universidade Santo Amaro, e principalmente, as professoras Clara Rodrigues e Marcela Pandolfi que sempre estiveram ao meu lado em todos os momentos nesta minha jornada de 4 anos de graduação. Dedico também a todas as crianças que sofreram *bullying* em sua infância por serem obesas. Dedico ao meu curso de nutrição onde somos a primeira turma da universidade de Santo Amaro em se formar em nutrição, me sinto lisonjeada e muito grata. “Ser criança é sorrir sem medo agir sem preconceito e procurar ser feliz em qualquer idade”. Um por todos e todos contra o *bullying*.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus por ter me sustentado até aqui, aos meus familiares e professores, por todo apoio e ajuda que muitos contribuíram para a realização deste trabalho. Aos meus pais, irmãos, esposo e sogra e professores que me incentivaram nos momentos mais difíceis e compreenderam a minha ausência enquanto eu me dedicava aos meus estudos meu muito obrigado amo cada um de vocês de todo meu coração.

RESUMO

A obesidade é caracterizada pelo acúmulo de gordura corporal em excesso, com prejuízo à saúde em todas as idades. A obesidade infantil estimula a evolução de inúmeras outras patologias, e entre os principais geradores que podem influenciar o excesso de peso, estão os maus hábitos alimentares, o sedentarismo, a depressão. A equipe multiprofissional, endocrinologista pediátrico, psicólogo e o profissional de nutrição tem um papel de prevenir, diagnosticar e combater a obesidade na infância orientando as melhores condutas, impulsionando a perda de peso com uma reeducação alimentar. O tema pesquisado é de relevância para analisar o papel do nutricionista à obesidade infantil e o *bullying*.

Palavras-chave: obesidade infantil, *bullying*, nutricionista, educação alimentar.

ABSTRACT

Obesity is characterized by the accumulation of excess body fat, with damage to health at all ages. Childhood obesity stimulates the evolution of numerous other pathologies, and among the main generators that can influence excess weight are poor eating habits, sedentarism, depression. The multiprofessional team, pediatric endocrinologist, psychologist and the nutrition professional has a role to prevent, diagnose and fight obesity in childhood guiding the best behaviors, boosting weight loss with an alimentary re-education. The subject researched is of relevance to analyze the role of the nutritionist to childhood obesity and bullying.

Keywords: childhood obesity, bullying, nutritionist, food education.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVOS.....	12
2.1 OBJETIVO GERAL.....	12
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	12
3 METODOLOGIA	13
4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	14
4.1 OBESIDADE, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DIETÉTICO	14
4.2 OBESIDADE INFANTIL.....	22
4.3 OBESIDADE INFANTIL E <i>BULLYING</i>	24
4.4 DESAFIOS DA EDUCAÇÃO NUTRICIONAL.....	25
4.5 PAPEL DO NUTRICIONISTA NO CUIDADO INTEGRAL DA OBESIDADE	26
5 CONCLUSÃO	28
REFERÊNCIAS	

1 Introdução

A obesidade tem sido definida como doença crônica associada ao excesso de gordura corporal (acúmulo de tecido adiposo localizado ou generalizado), com etiologia complexa e multifatorial, resultando da interação de estilo de vida, genes e fatores emocionais. (SOUZA, 2021, p.5).

A definição de obesidade mais utilizada é baseada no índice de massa corporal (IMC), que retrata o grau de corpulência, porém sem definir exatamente o conteúdo corporal de gordura ou de massa magra. Mais importante, o IMC não caracteriza o significativo aspecto da epidemiologia metabólica e cardiovascular moderna: a distribuição da adiposidade corporal. (SOUZA, 2021, p.5).

Segundo Ministério da Saúde (2020) pode-se afirmar que em estudos epidemiológicos, o diagnóstico do estado nutricional de adultos é feito a partir do índice de massa corporal (IMC), obtido pela divisão do peso, medido em quilogramas, pela altura ao quadrado, medida em metros (kg/m^2).

Em adultos, o $\text{IMC} > 25$ é considerado sobrepeso, e o $\text{IMC} > 30$, obesidade. Em crianças e adolescentes, são usadas curvas de percentil ou escore z para a idade. (COMINATO,2017, p.3).

Atualmente as curvas preconizadas pela Sociedade Brasileira de Pediatria são as da Organização Mundial da Saúde (OMS): indivíduos com IMC acima do percentil 85 ou acima de um desvio-padrão (+1 escore z) são considerados como acima do peso ou com sobrepeso, e com IMC acima de 97 ou acima de dois desvio-padrão (+2 escore z), como obesos. Em crianças menores de 5 anos, é considerado sobrepeso se IMC acima de +2 escore z e obesidade acima de +3 escore z. (COMINATO,2017, p.3).

A obesidade é uma doença de etiologia multifatorial, que envolve aspectos genéticos, metabólicos, nutricionais, socioeconômicos, culturais, psicológicos e hábitos de vida. (COMINATO,2017, p.4).

Vários genes estão envolvidos na gênese da obesidade (herança poligênica). Quando nenhum dos pais é obeso, o risco de obesidade é de 9%. Se um dos pais for

obeso, o risco aumenta para 50%, e para 80% se ambos os pais forem obesos. (COMINATO,2017, p.4).

Segundo a ABESO (2016, p.135) a associação entre a obesidade da criança e o IMC dos pais parece ser significativa a partir da idade de 3 anos e permanece até a idade adulta. A obesidade da mãe, mesmo antes da gestação, correlaciona-se ao IMC da criança, na idade de 5 a 20 anos.

De acordo com a complexidade da etiologia multifatorial do excesso de peso corporal (PC), em que convergem três dimensões (biofisiológica, psicológica e sociocultural), as consequências da obesidade - por sua vez - perturbam-nas. (DÍAZ,2019).

Quanto à dimensão biofisiológica, a sua comorbidade apresenta amplo espectro de doenças, tais como: diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial sistêmica e acidentes cerebrovasculares, entre outros. Na dimensão psicológica está associado a baixa autoestima, depressão, ansiedade, distúrbios alimentares, etc. Finalmente, na dimensão sociocultural, a estigmatização da obesidade e discriminação contra o apresentante, pode aumentar as consequências das outras duas dimensões. (DÍAZ,2019).

Uma manifestação extrema de discriminação e a rejeição de crianças obesas é bullying definido como "ações negativas que ocorrem repetidamente ao longo do tempo quando um estudante (ou grupo de estudantes), intencionalmente e frequentemente premeditado, causa danos, lesões ou torna outro estudante ou companheiro de estudo desconfortável". (MIRANDA, 2018).

As crianças obesas tendem a ser vítimas de bullying, embora também sejam mais susceptíveis de comportar-se como agressores. As consequências deste assédio são a dificuldade em ter amigos, os stress emocional e isolamento; isto leva a um baixo desempenho escolar e absentismo, bem como dificuldade de adaptação psicossocial, aumentando a ansiedade, sentimentos depressivos, solidão, perda de autoestima e problemas comportamentais. (MIRANDA, 2018).

O Nutricionista apresenta-se como um comunicador eficiente sobre alimentação e nutrição, capaz de gerar, através da sua prática, modificação de comportamentos alimentares no seu grupo alvo. Além disso, encontra-se também

apto a criar e a implementar projetos de educação alimentar, com base nas necessidades específicas da comunidade em que está inserido, e a avaliar o impacto dos mesmos de maneira a identificar pontos a corrigir e a melhorar a eficácia da intervenção. (FARIA,2020).

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Compreender as diferentes naturezas dos desafios da educação nutricional de crianças e adolescentes obesos e vítimas de *bullying*.

2.2 Objetivos específicos

Relacionar a obesidade como desencadeador do *bullying*.

Descrever o papel do nutricionista no tratamento da obesidade.

3 Metodologia

Este estudo constitui pesquisa bibliográfica do tipo revisão da literatura.

Tratou-se de levantamento de referências já publicadas, em forma de artigos científicos, livros, diretrizes de sociedades e publicações oficiais de órgãos públicos, utilizando as palavras-chaves: obesidade infantil, *bullying*, nutricionista, educação alimentar.

As referências coletadas nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Eletronic Library Online (SCIELO)* e *National Library of Medicine (PUBMED)* e Biblioteca Virtual da Universidade Santo Amaro – UNISA.

4 Fundamentação Teórica

4.1 Obesidade, diagnóstico e tratamento dietético

A obesidade tem se apresentado como sério problema de saúde pública mundial devido à magnitude que seus números alcançaram nos últimos anos. (SOEIRO,2019).

Segundo Soeiro (2019), devido à magnitude que os números da obesidade têm alcançado nos últimos anos, essa doença crônica constitui um sério problema de saúde pública no mundo, o que representa um importante fator de risco para o surgimento de outras Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs). Atualmente, mais de 1,9 bilhão de adultos apresentam excesso de peso. Destes, mais de 650 milhões são obesos, o que representa 39% da população mundial.

No Brasil, o levantamento de 2019 da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel, 2019) – pesquisa telefônica realizada com maiores de 18 anos nas 27 cidades, a frequência de excesso de peso foi de 55,4%, sendo ligeiramente maior entre homens (57,1%) do que entre mulheres (53,9%). Entre homens, a frequência dessa condição aumentou com a idade até os 44 anos e foi maior nos estratos extremos de escolaridade. Entre as mulheres, a frequência do excesso de peso aumentou com a idade até os 64 anos e diminuiu notavelmente com o aumento da escolaridade. E a frequência de adultos obesos foi de 20,3%, sendo semelhante entre homens e mulheres. A frequência de obesidade aumentou com a idade até os 64 anos, para homens, e até os 54 anos, para mulheres. Entre as mulheres, a frequência de obesidade diminuiu intensamente com o aumento da escolaridade.

Segundo as Diretrizes Brasileiras de Obesidade (2016) para que o paciente obeso possa ser tratado ou, antes disso, para que a obesidade ou mesmo o sobrepeso possam ser prevenidos, o estado do peso do paciente precisa ser reconhecido. A interação com o não especialista, o clínico geral, ou o especialista de outras áreas deve avaliar a condição do peso do paciente para determinar a presença de excesso de peso ou obesidade e a necessidade de aprofundar a avaliação e o tratamento.

Na população brasileira, tem-se utilizado a tabela proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para classificação de sobrepeso e obesidade, convencionando-se chamar de sobrepeso o IMC de 25 a 29,9 kg/m² e obesidade o

IMC maior ou igual a 30 kg/m² e de excesso de peso o IMC maior ou igual a 25 kg/m² (incluindo a obesidade). Os pontos de corte de <16 kg/m² (baixo peso grave), 16,0-16,9 (baixo peso moderado), 17,0-18,4 (baixo peso leve) também fazem parte da classificação internacional. (ABESO,2016)

Ser obeso ou com excesso de peso é extremamente prejudicial e pode afetar tanto a saúde física como psicológica, aumentando o risco de doenças crônicas não transmissíveis incluindo diabetes tipo 2, hipertensão, e doença gordurosa do fígado. (DIAO, 2020).

Diao e colaboradores (2020), relatam que a obesidade contribui para cerca de 16-20% das mortes relacionadas com câncer nas mulheres e 14% nos homens.

Apesar de não haver controvérsia sobre o fato de que balanço energético negativo causado por redução na ingestão calórica resulte em diminuição da massa corporal, há muita divergência sobre a melhor maneira de promover essa redução de consumo de calorias. Antes de discutir essas maneiras, devem-se enfatizar alguns pontos importantes. Em primeiro lugar, o tratamento dietético é mais bem-sucedido quando aliado a um programa de modificação comportamental que envolva aumento no gasto energético, promovendo um balanço energético negativo. Para o sucesso do tratamento dietético, devem-se manter mudanças na alimentação por toda a vida. Dietas muito restritivas, artificiais e rígidas não são sustentáveis, embora possam ser usadas por um período limitado de tempo. (ABESO,2016)

Segundo as Diretrizes Brasileiras da Obesidade, um planejamento alimentar mais flexível, que objetive educação alimentar, geralmente obtém mais sucesso, devendo considerar, além da quantidade de calorias, as preferências alimentares do paciente, o aspecto financeiro, o estilo de vida e o requerimento energético para a manutenção da saúde. O contato frequente entre o médico, ou o nutricionista e o paciente e o tempo dispendido com o paciente auxiliam muito na perda e na manutenção do peso perdido.

Em longo prazo, o método, a velocidade de perda de peso, o ajuste fisiológico e a habilidade de manter as mudanças comportamentais de dieta e atividade física é que determinarão o sucesso de qualquer programa de emagrecimento.

Uma dieta planejada individualmente para criar um déficit de 500 a 1.000 kcal deve ser parte integrante de programas de perda de peso objetivando uma diminuição de 0,5 a 1 kg por semana, com metas realistas. Dietas com baixas calorias, com 1.000 a 1.200 kcal por dia, reduzem em média 8% do peso corporal, em três a seis meses,

com diminuição de gordura abdominal, com perda média de 4% em três a cinco anos. Dietas de muito baixas calorias (very-low calorie diets, VLCD), com 400 a 800 kcal por dia, produzem perda de peso maior em curto prazo, em comparação às dietas de baixas calorias, mas em longo prazo, no período de um ano, a perda de peso é similar. Estas, devem ser feitas apenas em ambiente médico adequado e sob rígida supervisão. Reduzir a quantidade de gordura da dieta, em uma dieta hipocalórica, é uma maneira prática de diminuir a ingestão calórica e induzir a perda de peso. Dietas que contenham 1.200 a 1.500 kcal por dia para mulheres e 1.500 a 1.800 kcal por dia para homens, independentemente da composição de macronutrientes frequentemente levam à perda de peso. Uma revisão sistemática de estudos randomizados e não randomizados, sobre a efetividade em longo prazo de vários tratamentos dietéticos para a obesidade, publicados entre 1931 e 1999, mostrou que 17 de 881 publicações revisadas preencheram os critérios para inclusão. A perda de peso inicial média foi de 11 kg (variando de 4 a 28 kg), mas apenas 15% de 2.132 pacientes que foram seguidos por 3 a 14 anos (média de cinco anos), preencheram pelo menos um dos critérios de sucesso (definidos como a manutenção de todo o peso perdido ou, pelo menos de 9 a 11 kg a menos que o peso inicial, perda de peso associada a melhora significativa das comorbidades da obesidade). A manutenção da perda de peso foi maior nos pacientes nos quais se combinou dieta com terapia de grupo e/ou com acompanhamento em longo prazo. Os resultados foram semelhantes ao de outra revisão sistemática com mais de 700 estudos randomizados e não randomizados, realizados de 1972 a 1997, sobre os efeitos de diferentes dietas na perda de peso, que mostrou que um programa de dieta de 15 semanas ocasionou perda de 11 kg e manutenção de aproximadamente -6,5 kg do peso perdido após um ano. Estes e vários outros estudos subsequentes indicam que os pacientes obesos perdem peso quando mantidos com dieta restrita, mas que sua perda de peso tende a não se manter em longo prazo. (ABESO, 2016).

Dietas ricas em gordura e pobres em carboidrato são caracterizadas por serem compostas de 55% a 65% de gordura, menos de 20% de carboidratos (até 100 g por dia), e 25% a 30% de proteínas. Apesar de toda a controvérsia, ainda são populares. A mais famosa delas é a Dieta Revolucionária do Dr. Atkins, publicada em 1972 e reeditada em 1992. Outros exemplos dela são Protein power, The carbohydrate additct's diet, Dr. Bernstein's diabetes so-lution, Life without bread, South Beach, e mais recentemente, Duncan e a dieta paleolítica ou Paleo. Os

proponentes dessas dietas ignoram o conceito de que a ingestão calórica é importante tanto para a perda quanto para o ganho de peso. Defendem que uma dieta rica em carboidratos deixa o indivíduo menos satisfeito, resultando em mais fome, maior ingestão de carboidratos e maior produção de insulina, o que inibiria a liberação de serotonina cerebral, que, por sua vez, aumenta o apetite. Apesar desses autores alegarem que dieta rica em gordura leva à cetose, o que diminuiria o apetite, evidências mostram que não há diferença nem quanto ao apetite, nem quanto à sensação de bem estar. A diminuição da pressão arterial e a redução dos níveis séricos de glicose, insulina e LDL colesterol, provavelmente, são consequências da perda de peso, e não da composição dietética, especialmente caso se considere que a quantidade de gordura consumida em uma dieta rica em gordura pode ser semelhante à consumida antes do início da dieta. (CERVATO-MANCUSO, A.M.; VINCHA, K.R.R.; SANTIAGO, D.A.,2016).

Estas dietas ricas em carboidratos e com quantidades moderadas de proteínas foram historicamente desenvolvidas para prevenir ou reverter doença cardiovascular e não para perder peso. Entretanto, à medida que os norte-americanos tornavam-se mais obesos e seu anseio por livros sobre dietas aumentava, os autores dessas dietas mudaram o foco e o título de seus livros de doença cardíaca para perda de peso. Pode-se comprovar essa teoria ao se observar os títulos dos livros, nos últimos 20 anos, como os de Dean Ornish: *Stress diet and your heart* (1982), *Dr. Dean Ornish's program for reversing heart disease* (1990) e *Eat more, weight less* (1993), e os de Nathan Pritikin: *The Pritikin program for diet and exercise* (1979), *The Pritikin promise* (1983), *The new Pritikin program* (1990), *The Pritikin weight loss breakthrough* (1998) e *The Pritikin principle* (2000). São dietas ovolactovegetarianas, compostas por vegetais, frutas, grãos integrais, feijão, moderada quantidade de ovos, laticínios escassos em gorduras, produtos de soja e pequenas quantidades de açúcar e farinha. Os indivíduos obesos que consomem dieta escassa em gorduras e ricas em carboidratos ingerem menos calorias e perdem peso. Novamente, a quantidade de calorias ingeridas é mais importante que a composição dietética. Uma revisão narrativa do Ornish Multicenter Lifestyle Demonstration Project reportou significativa diminuição na gordura corporal de 25,7% para 21,3%, em um ano, e para 22,4%, em dois anos. As dietas muito escassas em gorduras são deficientes em vitaminas E, B12 e zinco.(ABESO,2016)

Existem evidências de que a substituição de gordura saturada por gorduras monoinsaturadas, como azeite de oliva, abacate e nozes, pode melhorar o perfil lipídico e o controle glicêmico, além de auxiliar na perda de peso. Isto acontece porque, segundo as pesquisas para os vários tipos de gorduras, há diferente captação, oxidação e efeito sobre o apetite. Podem-se prescrever essas dietas, com base na dieta do mediterrâneo, de uma maneira menos estruturada, tipicamente com 40% de energia de gorduras, principalmente monoinsaturadas, e 40% de carboidratos. Um estudo de dois anos de acompanhamento concluiu que tais dietas são 78

Obesidade e sobrepeso: tratamento dietético eficientes na perda de peso, podendo-se utilizá-las como alternativa às dietas hipocalóricas. Devem-se efetuar estudos de longo prazo sobre a eficácia das dietas ricas em gorduras monoinsaturadas, antes que se possa recomendá-las como baseadas em evidência. (ABESO, 2016).

O índice glicêmico é usado para medir o relativo aumento da glicemia após uma quantidade-padrão de dieta de carboidratos. Comidas como vegetais não feculentos, legumes, frutas e derivados do leite têm baixo índice glicêmico, enquanto produtos com grãos refinados e batatas, um alto índice glicêmico. Alimentos com alto índice glicêmico, calorias por calorias, elevam mais os níveis de insulina do que os com baixo índice glicêmico, sugerindo que os que possuem alto índice glicêmico podem promover ganho de peso por dirigirem preferencialmente os nutrientes da oxidação no músculo para estocagem na gordura. Propôs-se que dietas com baixo índice glicêmico pudessem auxiliar na perda de peso. Um pequeno número de estudos de curto prazo com dietas com baixo índice glicêmico em um número limitado de casos de obesidade infantil, diabetes tipos 2 e 1, mas nenhum por períodos superiores a um ano, o que não valida essa dieta para recomendação. Um recente ECR não mostrou benefício de dieta hipocalórica com alimentos com baixo índice glicêmico em relação a dieta com carboidratos com alto índice glicêmico em mudança do IMC, saciedade, fome e marcadores metabólicos por 6 meses, apesar da redução da insulina. (ABESO, 2016).

Uma revisão sistemática e metanálise avaliou o efeito da restrição de energia intermitente sobre peso e marcadores biológicos em estudos de intervenção com duração superior a 6 meses. Nove estudos randomizados (num total de 981 indivíduos) identificados incluíram um grupo com restrição de energia intermitente comparados com um grupo de restrição de energia contínua. Perda de peso observada em todos os braços de restrição de energia intermitente,

independentemente da duração do estudo ou duração do acompanhamento. Oito intervenções em seis ensaios utilizados para as metanálises indicam que nem restrição energética contínua nem intermitente foi superior na perda de peso ou nas concentrações sanguíneas de lípidos, glicose e insulina. Os efeitos da restrição de energia intermitente a longo prazo permanecem obscuros pelo limitado número de estudos a longo prazo e de participantes. (ABESO, 2016).

Embora a dieta isenta de glúten seja reconhecida como terapêutica para os indivíduos que sofrem de doença celíaca, tem sido promovida recentemente para outras indicações, tais como o autismo, síndrome da fadiga crônica, síndrome do intestino irritável, ou simplesmente como uma escolha alimentar saudável para qualquer um. Alguns trabalhos experimentais exploram efeitos do glúten no metabolismo, com resultados conflitantes. (ABESO, 2016).

Segundo a Diretriz de Obesidade(2016),nos últimos anos,muito tem sido dito sobre consumo de lácteos durante a vida adulta, especialmente porque se refere ao leite de outras espécies de animais. Muitos nutricionistas apregoam cortar a lactose da alimentação. 79 Obesidade e sobrepeso: tratamento dietético O consumo de laticínios, leite e iogurte é um elemento importante para uma dieta saudável e equilibrada. É o primeiro alimento para os mamíferos e fornece toda a energia e os nutrientes necessários para garantir o bom crescimento e desenvolvimento, sendo crucial no que diz respeito à formação da massa óssea. Os estudos epidemiológicos confirmam a importância nutricional do leite na dieta humana e reforçam o possível papel do consumo de laticínios na prevenção de várias doenças crônicas, doenças cardiovasculares, alguns tipos de câncer, obesidade e diabetes. Os sintomas de má absorção de lactose e de alergia à proteína do leite de vaca (que podem ocorrer em 2 a 7% da população) são geralmente considerados como as reações adversas ao consumo de leite. Não há nenhuma evidência para apoiar o uso de dieta isenta de leite de vaca como um tratamento para sobrepeso e obesidade.

As dietas balanceadas, caracterizam-se por serem compostas de 20% a 30% de gorduras, 55% a 60% de carboidratos e 15% a 20% de proteínas. As dietas populares dessa categoria incluem as utilizadas por centros comerciais de perda de peso, como os Vigilantes do Peso, Jenny Craig e Nutri-systems, e as dietas da pirâmide alimentar, MyPlate e do National Cholesterol Education Program. As dietas balanceadas têm uma longa história, baseiam-se tipicamente em princípios científicos e são as que foram mais estudadas. Essas dietas são calculadas para promover um

déficit de 500 a 1.000 kcal/dia, com um mínimo de 1.000 a 1.200 kcal/d para as mulheres e 1.200 a 1.400 kcal/d para os homens (exemplo, 1.000 a 1.500 kcal por dia para mulheres e 1.200 a 1.800 kcal por dia para homens). O objetivo das dietas balanceadas é permitir ao consumidor a escolha de maior variedade de alimentos, adequação nutricional, maior aderência, resultando em perda de peso pequena, mas sustentada. Diferentes percentuais variando entre 10%, 20%, 30% e 40% das calorias da dieta provenientes de gorduras não influenciaram a perda de peso nem a redução no percentual de massa gorda corpórea de mulheres adultas e obesas submetidas à restrição calórica e exercícios durante 12 semanas. Dietas escassas em gordura, sem ter como alvo a restrição calórica, auxiliam na perda de peso por reduzir a ingestão de calorias, que é mais acentuada nas pessoas mais pesadas. No entanto, dietas escassas em gorduras associadas à redução calórica produzem maior perda de peso. Dietas com 1.000 a 1.200 kcal/dia resultam em perda de 7 a 13 kg (média de 8%) e redução na gordura abdominal medida pela circunferência abdominal em média de 10 cm, no período de seis semanas a seis meses. Poucos estudos avaliaram o papel da frequência das refeições na redução calórica, não havendo uma conclusão. Quando a escolha de alimentos é apropriada, as dietas hipocalóricas balanceadas são nutricionalmente adequadas. Dietas hipocalóricas balanceadas, com quantidades moderadas de gorduras, reduzem o LDL colesterol, normalizam os triglicerídeos e diminuem a pressão arterial. 80 Obesidade e sobrepeso: tratamento dietético. (ABESO,2016). Já as dietas de muito baixas calorias, usualmente, proveem 400 a 800 kcal por dia e devem conter 0,8 a 1 g por quilo do peso ideal por dia de proteínas de boa qualidade e quantidades diárias recomendadas de minerais, vitaminas e ácidos graxos essenciais. São utilizadas como única fonte de nutrição durante quatro a 16 semanas e, em geral, são efetivas para pacientes que não obtiveram sucesso com outros tratamentos ou que tenham comorbidades, sendo necessária intensa supervisão. Podem ser pré-preparadas na forma de refeições líquidas vendidas em farmácias ou também elaboradas de comidas normais, que contenham quantidade adequada de proteínas, vitaminas e sais minerais. Essas dietas produzem maior perda de peso na fase inicial, quando comparadas a outras formas de restrição energética, com redução de 9 a 26 kg em quatro a 20 semanas. Mas, apesar dessa grande perda de peso na fase inicial, estudos randomizados mostram, em um a dois anos, as mesmas perdas das dietas convencionais, com nenhuma perda ou redução de até 4 kg. O resultado pode ser melhorado em um a dois anos, se à dieta de muito

baixas calorias se adicionar terapêutica com drogas ou modificação comportamental (perda de peso de 11,8 kg, variando de 9,2 a 14,2 kg, ou 11%). As dietas de muito baixas calorias são úteis para induzir rápida perda de peso e motivar o paciente muito obeso, mas devem ser seguidas por outro tratamento para manter a perda de peso. As dietas de muito baixas calorias são contraindicadas em pacientes com doença cardíaca instável, insuficiência cardíaca grave, doença cerebrovascular, insuficiência renal aguda e crônica, doença hepática grave ou em fase terminal, transtorno psiquiátrico que possa interferir com sua compreensão e execução; os efeitos colaterais podem incluir fadiga ou fraqueza, tonturas, constipação, pele seca, perda de cabelo, alterações menstruais e intolerância ao frio, e os efeitos secundários mais graves são desenvolvimento de gota e cálculos biliares. . (ABESO, 2016).

Alguns estudos recentes avaliaram o efeito da substituição de refeições com acompanhamento médico regular na perda de peso com refeições preparadas ou suplementos alimentares, como shakes, sopas e barras de cereais. Durante o período de tratamento de um a cinco anos, a média de perda de peso foi de seis quilos, com redução variando de 3 a 9,5 kg, equivalente a 6,2%. Essa perda de peso associou-se à melhora na circunferência abdominal, glicemia, hemoglobina glicosilada, insulinemia, trigliceridemia, colesterolemia, nível da pressão arterial e qualidade de vida. Em outro estudo com acompanhamento médico regular, com quatro anos de duração, seu uso demonstrou resultados positivos no tratamento da obesidade, sugerindo que, associada à dieta hipocalórica, pode auxiliar no controle e manutenção da perda de peso. O Estudo Look Ahead avaliou o de substituição parcial de refeições em 5 mil pessoas com diabetes tipo 2, durante 12 anos uso em 16 centros nos Estados Unidos como intervenção estilo de vida intensivo comparando com recomendações dietéticas usuais. Com 12 meses de intervenção, a intervenção intensiva teve um consumo significativamente menor de gordura e colesterol e maior ingestão de fibras do que os participantes de cuidado usual em educação em diabetes, além de consumir mais porções por dia de frutas, vegetais, leite, iogurte e queijo; e menos porções por dia de gorduras, óleos e doces. (ABESO, 2016).

Segundo Diao(2020),a dieta DASH (de dietary approach to stop hypertension) é um padrão alimentar que foi desenvolvido para reduzir a hipertensão em indivíduos com pressão moderada a alta, que incentiva o consumo de frutas, legumes, cereais integrais, nozes, legumes, sementes, lácteos com baixo teor de gordura e carnes magras e limita o sal, bebidas com cafeína e alcoólicas. Um limite diário de energia

não é um componente da dieta DASH original, mas é comum ocorrer perda de peso. A dieta DASH combinado com a perda de peso significativamente aumenta reduções na pressão arterial superior à alcançada pela perda de peso por si só. 82 Obesidade e sobrepeso: tratamento dietético.

Potencialmente consumir mais calorias no início do dia, em vez de no final do dia, pode ajudar a controlar o peso. O mecanismo de ação pelo qual o momento da alimentação pode ajudar a controlar o peso é por influência no ritmo circadiano. Ver capítulo anterior (Etiologia do sobrepeso e obesidade). Há apenas um ECR conduzido que examinou o tempo de ingestão de energia e a perda de peso em mulheres com sobrepeso e obesidade com síndrome metabólica por 12 semanas. O grupo que consumiu a maior parte das calorias no início do dia perdeu mais peso (quase 9 kg vs. cerca de 3,5 kg). Apesar disso, os ECR (três, todos de curta duração, de até 16 semanas) que avaliaram a influência consumo de café da manhã na perda de peso, não demonstram maior perda de peso com o consumo de café da manhã. O benefício parece ser o de consumir a maior parte das calorias pela manhã, e não simplesmente tomar ou não tomar café da manhã. Omitir alimentos no período da manhã e comer excessivamente à noite foi chamado de autofagia circadiana. (ABESO,2016).

Recentemente, o Ministério da Saúde apresentou o Guia para a elaboração de refeições saudáveis em eventos, orientações e recomendações objetivando tornar coffee breaks, almoços, brunchs, lanches, dentre outros, espaços mais saudáveis e com este material facilitar a transformação de ambientes institucionais em espaços promotores de alimentação mais adequada e saudável, em especial nos espaços urbanos, ambientes de trabalho, ambiente escolar e serviço de saúde, tomadas em conjunto com as demais ações de incentivo à atividade física e práticas corporais e mudanças estruturais nos espaços urbanos e institucionais que promovem mobilidade urbana e acesso a espaços públicos de lazer, ações estratégicas para prevenção e controle das DCNT e seus fatores de risco, e conseqüentemente, colaborar com a redução do sobrepeso e obesidade. O guia afirma que ter acesso a uma alimentação adequada e saudável não é algo fácil de ser alcançado, pois não se limita à responsabilidade de cada indivíduo fazer escolhas alimentares mais adequadas, e que diversos fatores de natureza física, econômica, política, cultural ou social podem influenciar o padrão de alimentação das pessoas. . (ABESO, 2016).

4.2 Obesidade Infantil

A obesidade infantil é definida como uma doença crônica em que há um acúmulo excessivo de massa adiposa entre bebês e crianças com até 12 anos de idade, causando prejuízo à sua saúde. (RABELO,2018).

Segundo Mariz (2015), é tida como um dos agravos nutricionais mais preocupantes na atualidade, possuindo alto impacto, além de dificuldade em seu controle. Em idade escolar, o acúmulo de gordura gerado nos indivíduos dessa população tende a prevalecer ao longo do crescimento e a gerar consequências patológicas na fase adulta.

As consequências acarretam prejuízos à saúde na maior parte dos casos, como: doenças crônicas – hipertensão arterial, diabetes mellitus –, diminuição da qualidade de vida, alterações ortopédicas, disfunções metabólicas, mudanças na percepção do corpo que podem resultar em baixa autoestima, entre outros. (LACERDA, 2014).

As recomendações da prática clínica, segundo as Diretrizes Brasileiras de Obesidade (2016), sobre a avaliação e condutas na obesidade de crianças e adolescentes são principalmente direcionadas para a obesidade comum ou exógena. Para tanto, deve-se, primeiramente, excluir a obesidade de outras causas, as sindrômicas ou secundárias.

A prevalência de obesidade e sobrepeso aumenta na população brasileira. A projeção dos resultados de estudos realizados nas últimas três décadas indica um comportamento epidêmico. Observa-se aumento gradativo da obesidade e do sobrepeso desde a infância até a idade adulta. (ABESO,2016).

Segundo Souza (2010), a obesidade é considerada a responsável mais relevante para a mudança no padrão de saúde mundial, a transição nutricional acarretou sérias alterações significativas ao longo do tempo, culminando na mudança no padrão alimentar e redução da prática de atividade física. A transição nutricional ocasionou a diminuição progressiva da desnutrição, porém contribui significativamente com o aumento do índice de obesidade. (SOUZA, 2010).

No Brasil, essa transição está atrelada a mudança no padrão socioeconômico sofrido pela população ao longo dos últimos anos, além da urbanização e industrialização que acabam por influenciar no desequilíbrio da alta ingesta/perda de calorias, acarretando na diminuição das taxas de desnutrição e aumento da obesidade. (FRANCHINI; SCHMIDT; DEON, 2018).

4.3 Obesidade Infantil e *Bullying*

A obesidade infantil vem aumentando de forma significativa ao longo dos anos, tornando-se uma espécie de epidemia em vários países. Tal fato é motivo de preocupação, tendo em vista haver um consenso por parte de pesquisadores e profissionais da área de saúde de que a obesidade é um importante determinante para o surgimento de várias complicações e agravos à saúde ainda na infância e também na vida adulta. Ela não afeta apenas as características físicas externas, mas influencia fatores fisiológicos, estando associada também ao desenvolvimento de diversos problemas de saúde, como diabetes do tipo II, doenças coronarianas, aumento da incidência de certas formas de câncer, complicações respiratórias e problemas osteomioarticulares. (COSTA;SOUZA;OLIVEIRA, 2012).

Segundo Costa e colaboradores (2012), além das diversas doenças e dificuldades relacionadas ao fato de o indivíduo estar acima de seu peso ideal, a literatura vigente também tem tratado do fator psicossocial associado a tal estado. Nesse sentido, estar acima do peso, numa sociedade que valoriza a aparência física e o corpo ideal, pode fazer do indivíduo um alvo para discriminações em diversos contextos.

Profissionais e pesquisadores de várias áreas têm identificado uma forma específica de discriminação que atinge diferentes alvos, principalmente aqueles que se distanciam dos padrões culturalmente valorizados. No caso específico da obesidade infantil, o padrão estético acaba sendo o indicativo de alvo para discriminação, e não os problemas relativos à saúde. É nesse sentido a obesidade infantil está relacionada ao *bullying*.(BOLZAN,2017).

Com relação ao estigma que tende a acompanhar o adolescente obeso, Bolzan (2017) afirma que o indivíduo estigmatizado está inabilitado para aceitação social plena. O estigma social para o obeso é uma barreira complexa a ser ultrapassada, principalmente quando se trata do período da adolescência pois esta é uma fase em que o indivíduo deseja encontrar-se como sujeito e consolidar-se como cidadão.

A violência é um problema de saúde pública importante e crescente no mundo, com sérias consequências individuais e sociais. Atualmente, há um consenso de que ela pode ser evitada, seu impacto pode ser minimizado e os fatores que contribuem para as respostas violentas podem ser alterados (LOPES NETO, 2005).

O *bullying* é entendido como uma forma de violência que geralmente ocorre em escolas ou em ambientes de trabalho. No contexto educacional, refere-se a um estudante que é repetidamente exposto a atos negativos por outros estudantes, com a intenção de ferir ou machucar (COSTA;SOUZA;OLIVEIRA, 2012).

Os sujeitos são como atores, porém quando um indivíduo obeso é apresentado a alguém, a tendência é pré julgá-lo pela sua identidade social (BOLZAN, 2017). Ou seja, quando alguém se depara com um sujeito obeso, por exemplo, tende a julgá-lo como uma espécie não desejável, fora dos padrões e acaba reduzindo-o e caracterizando assim, o estigma da obesidade.

4.4 Desafios da Educação Nutricional

A Educação Alimentar e Nutricional é reconhecida como estratégia que visa à promoção e a proteção da saúde por meio da criação de hábitos e estilo de vida mais saudáveis. (PNAN,2013).

Segundo as Diretrizes Brasileiras de Obesidade (2016) apesar de não haver controvérsia sobre o fato de que balanço energético negativo causado por redução na ingestão calórica resulte em diminuição da massa corporal, há muita divergência sobre a melhor maneira de promover essa redução de consumo de calorias.

Em primeiro lugar, o tratamento dietético é mais bem sucedido quando aliado a um programa de modificação comportamental que envolva aumento no gasto energético, promovendo um balanço energético negativo. Para o sucesso do tratamento dietético, devem-se manter mudanças na alimentação por toda a vida. (ABESO,2016).

A Diretriz Brasileira (2016) orienta que dietas muito restritivas, artificiais e rígidas não são sustentáveis, embora possam ser usadas por um período limitado de tempo.

Segundo Moura (2019), um planejamento alimentar mais flexível, que objetive reeducação, geralmente obtém mais sucesso, devendo considerar, além da quantidade de calorias, as preferências alimentares do paciente, o aspecto financeiro, o estilo de vida e o requerimento energético para a manutenção da saúde. O contato frequente entre o médico, ou o nutricionista e o paciente e o tempo dispendido com o paciente auxiliam muito na perda e na manutenção do peso perdido.

Segundo Cervato-Mancuso e colaboradores(2016),intervir na alimentação, da

criança e do adolescente com excesso de peso, é melhorar sua saúde, prevenindo as complicações. Embora a perda de peso seja importante, não deve ser o foco central do tratamento por si só. Dieta, atividade física e modificação comportamental devem ser incluídas em todo tratamento da obesidade.

Na presença de falência da intervenção na mudança de estilo de vida ou em pacientes com uma história prévia de falência com tentativas de dieta com restrição calórica e aumento de atividade física, o tratamento medicamentoso deve ser indicado na presença de sobrepeso associado a fatores de risco ou de obesidade.(CERVATO-MANCUSO; VINCHA; SANTIAGO,2016)

4.5 Papel do Nutricionista no cuidado integral da obesidade

Segundo a Resolução CFN nº 600, de 25 de fevereiro de 2018, que dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, indica parâmetros numéricos mínimos de referência, por área de atuação, para a efetividade dos serviços prestados à sociedade e dá outras providências, o nutricionista é o profissional habilitado que, embasado em seus conhecimentos, habilidades e experiências, assiste tecnicamente a pessoas físicas ou jurídicas, planejando, implantando e avaliando programas e projetos em atividades específicas na área de alimentação e nutrição humana, bem como oferecendo solução para situações relacionadas com a sua especialidade.

O Nutricionista apresenta-se como um comunicador eficiente sobre alimentação e nutrição, capaz de gerar, através da sua prática, modificação de comportamentos alimentares no seu grupo alvo. Além disso, encontra-se também apto a criar e a implementar projetos de educação alimentar, com base nas necessidades específicas da comunidade em que está inserido, e a avaliar o impacto dos mesmos de maneira a identificar pontos a corrigir e a melhorar a eficácia da intervenção.(FARIA,2020).

Faria (2020) reitera que a formação e o envolvimento dos familiares próximos, dos professores e auxiliares, do pessoal responsável pela alimentação nas escolas e da comunidade local é tão ou mais importante que o trabalho desenvolvido junto das crianças.

As crianças devem ser estimuladas a tornarem-se mensageiros ativos. No entanto, é essencial a existência de uma “figura” que faça a ligação e reforce junto dos mais velhos aquilo que as crianças já sabem explicar muito bem, mas, por falta de autoridade, não conseguem mudar no seu quotidiano alimentar.(FARIA,2020).

É possível e até bastante simples conseguir aumentar os conhecimentos das crianças e promover nas mesmas intenções favoráveis em relação a uma alimentação mais saudável, mas não é espectável nem correto que sejam as próprias a produzir mudança. Esta mudança pode e deve ser desencadeada pelo trabalho do Nutricionista (FARIA,2020).

5 Considerações Finais

Analisando as pesquisas, concluo que, a obesidade é atualmente a doença pediátrica mais comum, e as crianças estão formando a primeira geração a ter uma expectativa de vida menor que a de seus pais.

Em relação aos desafios da educação alimentar, verifico que a prevenção é a única maneira de deter o avanço da obesidade infantil e, também o envolvimento de todos os setores da sociedade - escolas, governo, sociedades científicas, indústrias alimentícias e mídia - com este propósito.

Analisando através dos estudos, que a obesidade, também está relacionada com o *bullying*, sendo assim, fundamental para explicar os impactos deste fenômeno, portanto, devemos prestar atenção ao indivíduo e aos fatores contextuais, tais como o agregado familiar, rendimentos e comportamentos discriminatórios baseados em atributos individuais.

Com a educação alimentar direcionada para crianças e adolescentes obesos, os nutricionistas exercem papel primordial, tanto individualmente como interdisciplinariamente atuando na equipe multiprofissional, conscientizando com estratégias na prevenção e manutenção do estado nutricional.

Atuando e com o apoio da família na redução do preconceito. Sendo assim a mesma pode vir enfrentar positivamente o *bullying* que tornou-se uma realidade violenta na sociedade.

Referências

ABESO, Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. **Diretrizes brasileiras de obesidade 2016**. 4. ed. São Paulo:2016.

BRASIL. Resolução CFN nº 600, de 25 de fevereiro de 2018. **Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, indica parâmetros numéricos mínimos de referência, por área de atuação, para a efetividade dos serviços prestados à sociedade e dá outras providências**. Conselho Federal dos Nutricionistas 2018; 28 fev.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de **Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Vigitel Brasil 2019.

BOLZAN, B.D.; SANFELICE, R. G.. Bullying e violência social: vivência de adolescentes obesos. **Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud**, v. 15, n. 1, p. 491-503, 2017.

CERVATO-MANCUSO, A.M.; VINCHA, K.R.R.; SANTIAGO, D.A. Educação Alimentar e Nutricional como prática de intervenção: reflexão e possibilidades de fortalecimento. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 26 [1]: 225-249, 2016

COMINATO, Louise. Obesidade. In: NERI, Lenyca de Cassaya Lopes. **Obesidade Infantil**. 1. ed. Barueri, SP: Manole, 2017.

COSTA, M.A.P.; SOUZA, M. A. De; OLIVEIRA, V. M. DE. Obesidade infantil e bullying: a ótica dos professores. **Educação e Pesquisa**. São Paulo, v.38, n. 03, p. 653-665, jul/set. 2012.

DIAO, HUA; WANG HONG; LI TING; YANG LIANJIAN. The impacts of multiple obesity-related interventions on quality of life in children and adolescents: a randomized controlled trial. **Health and Quality of Life Outcomes**. China, v. 18, n. 213, p. 2-9, 2020.

DÍAZ, M.L.B. Discriminación por exceso de peso corporal: Contextos y situaciones. **Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios**. México, v 10, n.1, p.121-133, 2019.

FARIA, R.; SOUSA, B. A educação alimentar em meio escolar e a figura do nutricionista escolar. **Acta Portuguesa de Nutrição**. Portugal, v.20, p.20-25,2020.

FRANCHINI, L. A.; SCHMIDT, L.; DEON, R. G. Intervenção nutricional na obesidade infantil. **Perspectiva**, v. 42, n.157, p. 151-160, mar. 2018.

LACERDA, L. R. F. de et al. Prevalência de obesidade infantil e sobrepeso em escolares. **Revista Interfaces**. Recife, vol. 2, nº 5, ano 2, 2014.

LOPES NETO, A. A. *Bullying*: comportamento agressivo entre estudantes. **Jornal de Pediatria**, v. 81, n. 5, p. 164-172, 2005.

MARIZ, L. S. et al. Causas de obesidade infantojuvenil: reflexões segundo a teoria de Hannah Arendt. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, jul-set; v. 24, n. 3, p. 891-7, 2015.

MIRANDA, E.G.O. Alteraciones psicológicas asociadas a la obesidade infantil. **Rev. Med. Hered**.Lima,v. 29,p.111-115,2018.

MOURA, A.L.S.P., RECINE, E. O nutricionista e o cuidado integral do indivíduo com excesso de peso na atenção básica. **Rev. Nutr**. V. 32, p. 1-14, 2019.

RABELO, R. P. C. Implantação de um Programa Interdisciplinar para o controle da obesidade infantil na Secretaria de Saúde do Distrito Federal/DF. **Ciências Saúde**. Brasília, v. 29, p. 65-69, 2018.

SOEIRO, RAQUEL LIMA *et al*. Educação em Saúde em Grupo no Tratamento de Obesos Grau III: um Desafio para os Profissionais de Saúde. **Revista brasileira de educação médica**. Rio de Janeiro, v. 43, supl. 1, p. 681-691, 2019.

SOUZA, E. B. de. Transição nutricional no Brasil: análise dos principais fatores. **Cadernos UniFOA**, nº 13, p. 49-53, ago. 2010.

SOUZA, Luciana Lopes de. Definições Antropométricas da Obesidade. In: MANCINI, Marcio C. **Tratado de obesidade**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021.