

AED Guidelines for Childhood Obesity Prevention Programs

Diretrizes da *Academy of Eating Disorders* para Programas de Prevenção da Obesidade Infantil

Sigrún Danielsdóttir, Cand.Psych., Deb Burgard, Ph.D., & Wendy Oliver-Pyatt, M.D.

Estudos ao redor do mundo evidenciam que o peso corporal dos jovens tem aumentado nas últimas décadas (Chinn & Rona, 2001; Kautiainen, Rimpelä, Vikat, & Virtanen, 2002; Tremblay & Willms, 2000; Troiano & Flegal, 1998), embora evidências as mais recentes sugiram que esse aumento possa estar se nivelando, pelo menos nos EUA (Ogden, Carroll, & Flegal, 2008). A preocupação com o peso corporal tem estimulado diversas comunidades e escolas a promover intervenções visando à diminuição do “excesso de peso” durante a infância. Alguns dos exemplos de intervenções escolares incluem o monitoramento obrigatório do índice de massa corporal (IMC) das crianças, proibição de comidas não saudáveis (“junk food”) nas cantinas, limitação de máquinas automáticas de alimentos e bebidas, e promoção de campanhas que enfatizam os perigos do excesso de peso para a saúde. Muitos profissionais da saúde têm manifestado uma preocupação com a segurança e eficácia dessas intervenções, temendo que tenham pouco efeito positivo, e que possam contribuir inadvertidamente para a preocupação excessiva com o peso e forma corporais, além de estimular práticas não saudáveis de controle do peso e atitudes preconceituosas (Berg, 2001; Cogan, Smith, & Maine, 2008; Ikeda, Crawford, & Woodward-Lopez, 2006; Neumark-Sztainer, Wall, Story & van den Berg, 2008).

Um conjunto substancial de evidências na literatura sobre os transtornos alimentares demonstra que uma ênfase na aparência e controle de peso pode promover comportamentos alimentares inadequados. Por exemplo, quando agentes importantes do ambiente social das crianças (como os pais e colegas) endossam uma preferência pela magreza e se preocupam com o controle de peso, isso pode contribuir para a insatisfação corporal, uso de dietas, baixa auto-estima e preconceito entre as crianças e os adolescentes (Davison & Birch, 2001; Davison & Birch, 2004; Dohnt & Tiggemann, 2006; Smolak, Levine, & Schermer, 1999). Além disso, as práticas de controle de peso entre os jovens seguramente predizem um maior ganho de peso, independente do peso inicial, quando comparados aos jovens que não utilizam tais práticas (Neumark-Sztainer et al., 2006). Assim, é importante avaliar as consequências não intencionais dos programas de “prevenção da obesidade” que podem levar a comportamentos prejudiciais à saúde e a variações de peso em ambas as direções.

Infelizmente, poucos estudos examinaram os efeitos dos esforços da “prevenção da obesidade” e os fatores de risco para os transtornos alimentares, como insatisfação corporal e uso de dieta para perder peso. Os programas que focam na saúde e não no peso podem ser a chave para evitar danos à imagem corporal e ao comportamento alimentar. Por exemplo, Austin, Field, Wiecha, Peterson & Gortmaker (2005) encontraram taxas menores de transtornos alimentares em uma intervenção escolar centrada na promoção da alimentação saudável e na prática regular de atividade física, ao invés de focar no peso em si. Estes achados enfatizam a viabilidade de, simultaneamente, promover estima corporal e um estilo de vida saudável nos jovens, como já foi sugerido por outros (Neumark-Sztainer, 2005). Ampliando a visão de programas de “prevenção da obesidade” para incluir a prevenção de transtornos alimentares e questões relacionadas, pode ajudar a garantir que eles promovam saúde em geral.

O peso corporal não pode ser avaliado no vazio. Ele não é um parâmetro confiável para comportamentos alimentares e atividade física. Embora existam associações estatísticas entre peso corporal e risco para morbidade e mortalidade, ser pesado ou leve não é por definição patológico. Correlação não implica em causalidade e, no meio do espectro do peso corporal pode haver um conjunto de práticas não saudáveis. Já que uma vida saudável é importante para crianças de todos os tamanhos, as intervenções devem focar no estilo de vida ao invés de peso.

A *Academy for Eating Disorders* valoriza os esforços para tornar o ambiente em que as crianças vivem o mais saudável possível. No entanto, é importante que sejam tomados alguns cuidados especiais na elaboração e implementação de programas de “prevenção da obesidade” para minimizar quaisquer danos. Para isto, as seguintes diretrizes foram desenvolvidas para intervenções em escolas e comunidades que abordam o aumento do peso entre os jovens.

As intervenções devem focar na saúde, e não só no peso corporal, para assim não contribuir para supervalorização do peso e da forma corporal, e atitudes negativas sobre a gordura, que são comuns entre as crianças e têm efeitos no bem-estar físico, social e psicológico delas.

A Organização Mundial da Saúde define saúde como *um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não só meramente a ausência de doenças ou enfermidades*. Coerente com esta definição, as intervenções que visam abordar a preocupação com o peso devem ser elaboradas a partir de uma perspectiva holística, onde os aspectos social, emocional e físico das crianças estão igualmente contemplados.

As intervenções devem focar não apenas na criação de oportunidades para níveis adequados de atividade física e alimentação saudável, mas também promover a auto-estima, a satisfação corporal e o respeito à diversidade das formas corporais. Estudos prospectivos mostram que a insatisfação corporal e provocações em relação ao peso estão associados a compulsão alimentar e outros comportamentos alimentares inadequados, baixos níveis de atividade física e ganho de peso ao longo do tempo. Deste modo, a construção de um ambiente social onde todas as crianças sintam-se apoiadas e bem com os seus próprios corpos é essencial para a promoção da saúde nos jovens.

As intervenções devem focar somente os comportamentos modificáveis (por exemplo, atividade física, ingestão de refrigerantes e sucos industrializados, provocações, tempo assistindo televisão), onde há evidências de que tais modificações melhorarão a saúde das crianças.

- O peso corporal não é um comportamento e, portanto não é o alvo apropriado para modificação de comportamento. Crianças de todos os pesos se beneficiam limitando o tempo de assistir TV e adotando uma dieta saudável. As intervenções devem ser neutras sobre o peso, ou seja, sem objetivos específicos na mudança do peso e sim visando à aquisição de uma vida saudável em qualquer tamanho.
- É irreal esperar que todas as crianças se encaixem numa categoria de “peso normal”. Assim, as intervenções não devem ser comercializadas como “prevenção da obesidade”. Pelo contrário, as intervenções devem ser referidas como “promoção de saúde”, tendo como objetivo final a saúde e o bem-estar de todas as crianças, até porque a saúde abrange muitos fatores além do peso.
- Intervenções nas escolas devem evitar a linguagem “sobrepeso” e “obesidade” já que estes termos podem promover estigma sobre peso. Além disso, muitas das intervenções mais eficazes não focaram no peso por si só.
- As intervenções devem focar na criação de ambientes mais saudáveis para as crianças em vez de focar unicamente na responsabilidade pessoal. No ambiente escolar, isto inclui servir refeições saudáveis, oferecer oportunidades para atividades físicas divertidas, adotar uma política para prevenir provocações, proporcionar aos estudantes e aos funcionários aulas educativas sobre imagem corporal, mídia e preconceito contra o peso. No contexto das comunidades, inclui tornar os bairros mais seguros, proporcionar acesso a alimentos nutritivos, construir calçadas, ciclovias e áreas seguras para jogar, incentivar os pais a fazer refeições familiares regularmente, criar um ambiente sem distrações nos momentos das refeições e fornecer mais atividades alternativas a assistir TV.
- As intervenções devem ter cuidado para não usar linguagens com mensagens implícitas ou explícitas anti-gorduras, como “gordura é ruim”, “pessoas gordas comem demais”, etc.
- Crianças de todos os tamanhos merecem um ambiente saudável e se beneficiarão de um estilo de vida saudável e de uma auto-imagem positiva. Intervenções nas escolas não devem visar especificamente as crianças mais pesadas com programas que as segregam com o fim de reduzir o peso. No entanto, isto não deve desencorajar os esforços para proporcionar atividades físicas adaptadas para aqueles que são maiores ou atividades direcionadas às experiências que as crianças mais pesadas podem vivenciar como grupo.
- Determinar o crescimento normal ou anormal em crianças deve ser coerentes com o seu crescimento ao longo do tempo e não apenas com base no percentil em que elas estão crescendo. O sobrepeso na infância deveria ser definido como uma divergência de peso para cima, que é anormal para uma criança, e que só pode ser

determinada por meio da comparação da criança com ela mesma ao longo do tempo. Este acompanhamento pode ser feito consultando um gráfico de crescimento individual ao invés de um corte arbitrário do IMC.

- As intervenções devem ter como objetivo a manutenção do peso adequado individualmente, ou seja, as crianças continuarão a crescer na sua taxa natural e a seguir sua própria curva de crescimento, ressaltando que o peso saudável não é um número fixo, varia para cada indivíduo.
- Uma mudança repentina se distanciando da curva de crescimento em qualquer direção pode indicar um problema, e maiores informações sobre os hábitos do estilo de vida, indicadores físicos e o funcionamento psicológico são necessários antes do diagnóstico ser feito. As variações de peso nem sempre são um sinal de anormalidade no desenvolvimento. O aumento de peso muitas vezes precede um surto de crescimento e algumas meninas começam a ganhar gordura corporal, como parte normal da adolescência, numa idade bem jovem.
- A pesagem de estudantes deveria ser realizada somente quando há a necessidade clara e convincente da informação. A altura e o peso da criança devem ser medidos de uma maneira sensível, simples e amigável, num ambiente privado. Altura e peso devem ser registrados sem comentários. Além disso, a avaliação do IMC deve ser considerada apenas como uma parte da avaliação global da saúde e não como um único marcador do estado de saúde do estudante.
- O peso deve ser tratado com tanto cuidado quanto qualquer outra informação de saúde individualmente identificável.
- A intervenção ideal é uma abordagem integrada que foca os fatores de risco dentro do espectro dos problemas relacionados ao peso, incluindo avaliação de comportamentos não saudáveis de controle de peso, a promoção de comportamentos de proteção, como diminuir a prática de dietas, estimular uma nutrição balanceada, encorajar uma alimentação consciente, aumentar o nível de atividade física, promover uma imagem corporal positiva e diminuir as provocações e assédios relacionados ao peso.
- As intervenções devem honrar o papel dos pais na promoção da saúde das crianças e ajudá-los a apoiar modelos de comportamento saudáveis em casa sem super enfatizar o peso.
- As intervenções devem proporcionar uma diversidade de instruções aos pais, professores e funcionários de escolas com a finalidade de reconhecer os estigmas e o assédio relacionados ao peso construindo um ambiente amigável dentro e fora da escola..
- As intervenções devem ser criadas e conduzidas por profissionais da saúde qualificados, que reconheçam a importância do enfoque na saúde além do peso, quando abordarem o estilo de vida e as preocupações com o peso nos jovens.
- Representantes da comunidade a ser estudada devem ser incluídos num processo de planejamento para garantir que as intervenções sejam sensíveis as diversas normas, tradições culturais e práticas. Com este espírito, é importante que seja feito um teste piloto antes da implementação, a fim de coletar dados quantitativos e qualitativos dos próprios participantes.
- É importante que as intervenções sejam avaliadas por profissionais da saúde e/ou pesquisadores qualificados que estejam familiarizados com pesquisas sobre os fatores de risco para os transtornos alimentares, e com intervenções implementadas em escolas e comunidades. O ideal é que a avaliação não seja feita apenas com base nas mudanças na alimentação ou nos níveis de atividade física, mas também na auto-estima, funcionamento social, preconceito contra o peso e fatores de risco para os transtornos alimentares, como insatisfação corporal, dietas, e a internalização de um ideal magro.

Referências

Austin, S.B., Field, A.E., Wiecha, J, Peterson, K.E. & Gortmaker, S.L. (2005). The impact of a school-based prevention trial on disordered weight control behaviors in early adolescent girls. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 159, 225-230.

Berg, F. M. (2001). *Children and Teens Afraid to Eat: Helping Youth in Today's Weight Obsessed World* (3rd Ed). Hettinger, ND: Healthy Weight Network.

Chinn, S., & Rona, R. J. (2001). Prevalence and trends in overweight and obesity in three cross sectional studies of British children 1974-94. *British Medical Journal*, 322, 24-26.

Cogan, J. C., Smith, J. P., & Maine, M. D. (2008). The risks of a quick fix: A case against mandatory body mass index reporting laws. *Eating Disorders*, 16, 2-13.

Davison, K. K., & Birch, L. L. (2001). Weight status, parent reaction, and self-concept in five-year-old girls. *Pediatrics*, 107, 46-53.

Davison, K. K., & Birch, L. L. (2004). Predictors of fat stereotypes among 9-year old girls and their parents. *Obesity Research*, 12, 86-94.

Dohnt, H., & Tiggemann, M. (2006). The contribution of peer and media influences to the development of body dissatisfaction and self-esteem in young girls: A prospective study. *Developmental Psychology*, 42, 929-936.

Ikeda, J. P., Crawford, P. B., & Woodward-Lopez, G. (2006). BMI screening in schools: Helpful or harmful? *Health Education Research*, 21, 761-769.

Kautiainen, S., Rimpelä, A., Vikat, A., & Virtanen, S. M. (2002). Secular trends in overweight and obesity among Finnish adolescents in 1977-1999. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 26, 544-552.

Neumark-Sztainer, D. (2005). Can we simultaneously work toward the prevention of obesity and eating disorders in children and adolescents? *International Journal of Eating Disorders*, 38, 220-227.

Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Guo, J., Story, M., Haines, J., & Eisenberg, M. (2006). Obesity, disordered eating, and eating disorders in a longitudinal study of adolescents: How do dieters fare five years later? *Journal of the American Dietetic Association*, 106, 559-568

Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Story, M., & van den Berg, P. (2008). Accurate parental classification of overweight adolescents' weight status: does it matter? *Pediatrics*, 121, e1495-e1502.

Ogden, C. L., Carroll, M. D., & Flegal, K.M. (2008). High body mass index for age among U.S. children and adolescents, 2003-2006. *Journal of the American Medical Association*, 299, 2401-2405.

Smolak, L., Levine, M. P., & Schermer, F. (1999). Parental input and weight concerns among elementary school children. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 263-271.

Tremblay, M. S., & Willms, J. D. (2000). Secular trends in the body mass index of Canadian children. *Canadian Medical Association Journal*, 28, 1429-1433.

Troiano, R. P., & Flegal, K. M. (1998). Overweight children and adolescents: description, epidemiology, and demographics. *Pediatrics*, 101, 497-504.

