

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DO EXCESSO DE PESO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES: TENDÊNCIA SECULAR NAS PERSPECTIVAS MUNDIAL E BRASILEIRA

Felipe Silva Neves¹, Renata Maria Souza Oliveira¹, Ana Paula Carlos Cândido¹

O estilo de vida contemporâneo – delineado por ingestão excessiva de alimentos ultraprocessados e hábitos sedentários –^{1,2,3,4,5} acarretou um panorama de saúde-doença desafiador para os gestores da Saúde Pública/Coletiva devido à concomitância de rápidas transformações nutricionais e epidemiológicas, que se traduzem em prevalências alarmantes de sobrepeso, obesidade e doenças crônicas não transmissíveis.^{5,6,7,8}

As últimas três décadas foram caracterizadas por progressões abruptas das taxas de obesidade entre crianças e adolescentes, sobretudo nas sociedades urbanas em desenvolvimento, tal como o Brasil.^{5,8,9} É válido salientar que, até mesmo nos locais historicamente demarcados por altos níveis de subalimentação e desnutrição, o excesso de peso atingiu patamares elevados, ocasionando, assim, o aumento de fatores de risco metabólico.^{8,9,10,11}

Em termos globais, em 2010, 43 milhões de crianças estavam com excesso de peso, sendo que 35 milhões pertenciam a países em desenvolvimento; outras 92 milhões enquadravam-se no limiar de risco para o sobrepeso. A prevalência mundial de obesidade infantil ascendeu, no período de 1990 a 2010, de 4,2% para 6,7%. Em 2020, estima-se que esse desfecho alcançará 9,1% – fração equivalente a cerca de 60 milhões de indivíduos –.¹⁰

Por via do *Global Burden of Disease Study* (GBD), Ng et al.⁹ analisaram, em 2013, as prevalências global, regional e nacional do excesso de peso infanto-juvenil. Os pesquisadores abrangeram informações provenientes de 188 países e referiram, para os desenvolvidos, que 23,8% dos meninos e 22,6% das meninas exibiam excesso ponderal; naqueles em desenvolvimento, as prevalências oscilavam em torno de 13,0% para ambos os sexos.

Em suma, na conjuntura atual, constatam-se fases de estabilização, particularmente nas economias desenvolvidas; entretanto, em números absolutos há mais sobrepeso e obesidade nos países de renda baixa e média.^{5,8,9} A título de exemplo, em 2015, dentre o somatório mundial de crianças menores de cinco anos afetadas pelo excesso de peso, 48,0% viviam na Ásia e 25,0% na África.¹¹

Dados obtidos mediante inquéritos brasileiros realizados, desde meados da década de 1970 – incluindo a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) de 2008-2009 – evidenciaram aumentos substanciais das prevalências de jovens acima do peso, principalmente entre 5 e 9 anos.¹²

Nesta faixa etária, a frequência de meninos com excesso ponderal mais que dobrou no período de 1989 a 2008-2009, saltando de 15,0% para 34,8%; ademais, a obesidade partiu de 4,1% para 16,6%. Nas meninas, o excesso de peso aumentou de 11,9% para 32,0%; quanto à obesidade, houve um crescimento de 2,4% para 11,8%. Nas macrorregiões, as evoluções do excesso de peso infantil exibiram, em sua maioria, a mesma tendência referida nacionalmente, ou seja, aumentos modestos de 1974-1975 a 1989, seguidos por elevações explosivas de 1989 a 2008-2009.¹²

Acerca dos adolescentes, as prevalências também emergiram de modo contínuo ao longo dos inquéritos. Transcorridos 34 anos, o excesso de peso aumentou em seis vezes nos meninos (de 3,7% para 21,7%) e, em quase três vezes, nas meninas (de 7,6% para 19,4%), com maior expressividade nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste. Os acréscimos dos percentuais de obesidade reproduziram o curso ascendente descrito para o excesso de peso, porém, com frequências menores.¹²

Corroborando esses achados, em 2015, a terceira edição da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) revelou que 23,7% dos estudantes brasileiros, entre 13 e 17 anos, tinham excesso de peso; 8,3% dos meninos e 7,3% das meninas apresentavam obesidade. O excesso ponderal ultrapassou 20,0% em todas as grandes regiões do País, sendo o Sul e o

¹ Departamento de Nutrição, Instituto de Ciências Biológicas, Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Juiz de Fora, MG, Brasil. E-mail: felipe.sneves@hotmail.com.

Nordeste, respectivamente, destacados com o maior (28,2%) e o menor (20,5%) percentual. A distribuição da obesidade oscilou de 6,1%, na região Norte, a 10,2%, na região Sul.¹³

Em face das perspectivas expostas, intervenções precoces têm sido reiteradas como forma de conter desfechos nocivos na idade adulta^{5,14} que, notadamente, produzem graves consequências de ordem social e econômica.^{5,6,8} Assim, abordar o excesso de peso em crianças e adolescentes constitui uma ação decisiva e coerente sob a ótica da Saúde Coletiva; todavia, não há um mecanismo factual de responsabilização das partes interessadas, nem ao menos um consenso quanto aos procedimentos de prevenção e tratamento mais eficazes para determinados contextos – sejam nos países desenvolvidos, sejam nos países em desenvolvimento –.⁵

As iniciativas que culpabilizam os indivíduos e suas famílias, especialmente as mães, e que indicam como soluções prioritárias, se não exclusivas, a informação e a educação, só interessam a quem não quer enfrentar os determinantes estruturais por detrás dessa problemática, porque são questões complexas, envolvem interesses de poderosos grupos empresariais e requerem políticas públicas robustas e amplas.¹⁵

REFERÊNCIAS

1. Tavares LF, Fonseca SC, Garcia Rosa ML, Yokoo EM. Relationship between ultra-processed foods and metabolic syndrome in adolescents from a Brazilian Family Doctor Program. *Public Health Nutr.* 2012; 15(1):82-7.
2. Martins APB, Levy RB, Claro RM, Moubarac JC, Monteiro CA. Participação crescente de produtos ultraprocessados na dieta brasileira (1987-2009). *Rev Saúde Pública.* 2013; 47(4):656-65.
3. Bielemann RM, Motta JVS, Minten GC, Horta BL, Gigante DP. Consumo de alimentos ultraprocessados e impacto na dieta de adultos jovens. *Rev Saúde Pública.* 2015; 49(28):1-10.
4. Louzada MLC, Martins APB, Canella DS, Baraldi LG, Levy RB, Claro RM, et al. Alimentos ultraprocessados e perfil nutricional da dieta no Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2015; 49(38):1-11.
5. World Health Organization. Consideration of the evidence on childhood obesity for the Commission on Ending Childhood Obesity: report of the ad hoc working group on science and evidence for ending childhood obesity. Geneva: World Health Organization; 2016 [Citado 2017 abr. 26]. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206549/1/9789241565332_eng.pdf?ua=1>.
6. Katzmarzyk PT, Barlow S, Bouchard C, Catalano PM, Hsia DS, Inge TH, et al. An evolving scientific basis for the prevention and treatment of pediatric obesity. *Int J Obes (Lond).* 2014; 38(7):887-905.
7. Litwin SE. Childhood obesity and adulthood cardiovascular disease: quantifying the lifetime cumulative burden of cardiovascular risk factors. *J Am Coll Cardiol.* 2014; 64(15):1588-90
8. Lobstein T, Jackson-Leach R, Moodie ML, Hall KD, Gortmaker SL, Swinburn BA, et al. Child and adolescent obesity: part of a bigger picture. *Lancet.* 2015; 385(9986):2510-20.
9. Ng M, Fleming T, Robinson M, Thomson B, Graetz N, Margono C, et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: a systematic analysis for the global burden of disease study 2013. *Lancet.* 2014; 384:766-81.
10. de Onis M, Blössne M, Borghi E. Global prevalence and trends of overweight and obesity among preschool children. *Am J Clin Nutr.* 2010; 92(5):1257-64.
11. United Nations Children's Fund, World Health Organization, World Bank Group. Levels and trends in child malnutrition: UNICEF-WHO-World Bank Group joint child malnutrition estimates. Key findings of the 2016 edition. New York: UNICEF; Geneva: WHO; Washington: World Bank Group; 2016. [Citado 2017 abr. 26]. Disponível em: <<http://>

www.who.int/nutgrowthdb/jme_brochure2016.pdf>.

12. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: antropometria e análise do estado nutricional de crianças e adolescentes no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010 [Citado 2017 abr. 28]. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv45419.pdf>>.

13. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2016 [Citado 2017 maio 02]. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97870.pdf>>.

14. World Health Organization. Report of the commission on ending childhood obesity. Geneva: World Health Organization; 2016 [Citado 2017 maio 02]. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204176/1/9789241510066_eng.pdf>.

15. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Nota Abrasco “Para enfrentar a obesidade é necessário fazer muito mais que descascar alimentos in natura” [Internet]. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva; 2017 [Citado 2017 maio 02]. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/institucional/nota-abrasco-para-enfrentar-a-obesidade-e-necessario-fazer-muito-mais-que-descascar-alimentos-in-natura/27604/>>.