

Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes de uma unidade básica de saúde em Canoas, Rio Grande do Sul, e comparação do diagnóstico nutricional entre os gráficos do CDC 2000 e da OMS 2006

Prevalence of overweight and obesity in children and adolescents in a healthcare unit from Canoas, Rio Grande do Sul, Brazil, and comparison of the nutritional diagnosis between the CDC 2000 and WHO 2006 growth charts

Elisa Sfoglia Romagna¹, Marcelo Campos Appel da Silva², Patrícia Andréia Zanetti Ballardin¹

¹ Médica formada pela Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), Canoas/RS

² Médico Residente do Serviço de Clínica Médica do Hospital Nossa Senhora da Conceição, Porto Alegre/RS

RESUMO

Objetivos: verificar a prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes em uma unidade básica de saúde de Canoas, Rio Grande do Sul, e comparar o diagnóstico nutricional entre os gráficos do Centers for Disease Control and Prevention (CDC) 2000 e da Organização Mundial da Saúde (OMS) 2006.

Métodos: um estudo transversal descritivo incluiu pacientes com idade entre 5 e 18 anos, selecionados através de revisão de prontuários, com última consulta médica no período entre junho de 2007 e junho de 2008. Foi avaliado o índice de massa corporal por idade e gênero e classificado o estado nutricional segundo curvas padrões.

Resultados: dos 272 pacientes analisados, 53,8% eram adolescentes e 56,9% eram do sexo feminino. A prevalência de sobrepeso foi de 14,4% pelo CDC e de 18,4% pela OMS; a de obesidade, 15,6% pelos dois critérios, totalizando uma prevalência de excesso de peso de 30% ou 33,8%, conforme o gráfico utilizado. Comparando-se o excesso de peso entre os gêneros, não houve diferença estatisticamente significativa.

Conclusões: a prevalência de excesso de peso neste estudo foi superior à encontrada em outros estudos semelhantes. Não foi encontrada maior frequência de obesidade em meninos do que em meninas, ao contrário de dados da literatura. Quando comparada à curva da OMS 2006, a do CDC 2000 subestimou o diagnóstico de sobrepeso e superestimou o de baixo peso.

DESCRIPTORIOS: SOBREPESO/epidemiologia; SOBREPESO/diagnóstico; OBESIDADE/epidemiologia; AVALIAÇÃO NUTRICIONAL; CRIANÇA; ADOLESCENTE; ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.

ABSTRACT

Aims: To determine the prevalence of overweight and obesity in children and adolescents in a healthcare unit in Canoas, Rio Grande do Sul, and to compare the nutritional diagnosis between the Centers for Disease Control and Prevention (CDC) 2000 and World Health Organization (WHO) 2006 growth charts.

Methods: A descriptive cross-sectional study included patients from 5 to 18 years old, selected through review of the medical records, in which the last appointment with the consulting physician in the healthcare unit was between June 2007 and July 2008. Body mass index was assessed and analyzed by age and sex, and nutritional status was classified according to standard curves.

Results: Of the 272 patients included, 53.8% were teenagers and 56.9% were female. Prevalence of overweight was 14.4% by CDC charts and 18.4% by WHO charts. Prevalence of obesity was 15.6% according to both criteria, accounting for a total prevalence of excess weight of 30% or 33.8%. When genders were compared, prevalence of weight excess had no statistically significant difference.

Conclusions: Prevalence of weight excess in this study was superior to those found in other similar studies. Unlike data from previous studies, boys did not have higher incidence of obesity when compared to girls in this study. When compared to the WHO 2006 chart, the CDC 2000 chart underestimated overweight and overestimated low weight.

KEY WORDS: OVERWEIGHT/epidemiology; OVERWEIGHT/diagnosis; NUTRITION ASSESSMENT; OBESITY/epidemiology; CHILD; ADOLESCENT; PRIMARY HEALTH CARE.

Endereço para correspondência/Corresponding Author:

ELISA SFOGLIA ROMAGNA
Rua Ramiro Barcelos, 1599/505
CEP 90035-006, Porto Alegre/RS
Telefone: (51)81004011
E-mail: elisasfoggia@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Distúrbios metabólicos e nutricionais comuns entre adultos, o sobrepeso e a obesidade têm apresentado prevalências elevadas entre crianças e adolescentes, configurando verdadeiro problema de saúde pública. Com consequências a curto e longo prazo, esses agravos têm inspirado ações em atenção primária à saúde e programas de reeducação alimentar e física.^{1,2}

No Brasil, estudos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostram que, em 30 anos, o número de crianças e adolescentes acima do peso subiu de 4% para 18% nos meninos e de 7,5% para 15,5% nas meninas.¹ A etiologia da obesidade geralmente é multifatorial, sendo fortemente associada a mau hábito alimentar, com maior consumo de alimentos ricos em gorduras e de alto valor calórico, como carboidratos e *fast-foods*; fatores socioeconômicos; estilo de vida sedentário (lazer com restrição de atividade física e maior tempo em frente à televisão/computador/*video-games*); transtornos psicológicos; e predisposição genética.²⁻⁴

É sabido que a obesidade é importante fator de risco para o desenvolvimento de doenças, como hipertensão arterial sistêmica e diabetes melito – relacionadas a alta morbidade e associadas às principais causas de mortalidade na população geral.^{5,6} O conhecimento do perfil dos pacientes atendidos na rede básica de saúde é importante para o planejamento de ações voltadas à prevenção, possibilitando intervenção sobre os principais problemas enfrentados por determinada comunidade. A inferência sobre o estado geral de saúde da população de uma cidade pode também servir de base para o planejamento de programas que reduzam a procura por serviços de atenção secundária.

Este estudo teve como objetivo verificar a prevalência de excesso de peso em crianças e adolescentes atendidos em uma unidade básica de saúde (UBS) em Canoas, RS, relacionando-a com o gênero e a faixa etária; e comparar as curvas de diagnóstico nutricional do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) 2000 e da Organização Mundial da Saúde (OMS) 2006. Ao verificar a prevalência de sobrepeso e obesidade na população, pode-se buscar estímulo de medidas de prevenção destes problemas que estão afetando cada vez mais crianças e adolescentes.

MÉTODOS

Este estudo transversal avaliou crianças e adolescentes atendidos na UBS Boa Saúde em Canoas, cidade da região metropolitana de Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul, selecionados através de revisão

de prontuários. Foram adotados como critérios de inclusão idade entre 05 a 18 anos e consulta médica no período de junho de 2007 a junho de 2008. Meninas com gestação em curso foram excluídas do estudo.

Foram considerados os parâmetros etários da OMS para a definição de “criança” e “adolescente”, sendo, respectivamente, dos 2 aos 9 anos e dos 10 aos 19 anos.⁷ As medidas antropométricas utilizadas foram peso, altura e índice de massa corporal (IMC). Conforme padrão preconizado, os pacientes foram pesados e medidos com mínimo de roupas e descalços, em sala reservada, em balança antropométrica manual Filizola (Filizola, São Paulo, SP).

Para o diagnóstico de sobrepeso e obesidade foi adotado o critério proposto pelo CDC, através de curva de IMC segundo idade e sexo. Foi considerado baixo peso quando o valor estivesse abaixo do percentil 5, sobrepeso quando o valor estivesse entre o percentil 85 (inclusive) e 95, e obesidade quando acima do percentil 95.⁸ Os resultados obtidos nessa curva foram comparados com os resultados da curva de IMC segundo idade e sexo da OMS de 2006, que considera baixo peso quando o valor estiver abaixo do percentil 3, sobrepeso quando estiver entre percentil 85 (inclusive) e 97 e obesidade quando o percentil for maior ou igual a 97.

As informações foram armazenadas e analisadas pelo programa SPSS® 10.0, sendo realizada dupla digitação para controle de qualidade dos dados. Para análise estatística foi utilizado o qui quadrado ou o teste exato de Fischer quando indicado, considerando um nível de significância igual ou menor que 0,05.

O estudo foi aprovado pelo diretor administrativo da UBS Boa Saúde e pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Luterana do Brasil. Está de acordo com as normas vigentes na Resolução nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde, e suas complementares, que regulam a pesquisa envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

Através da revisão dos prontuários, utilizando os critérios de inclusão acima referidos, obteve-se um total de 312 pacientes. Destes, 40 possuíam fichas médicas com dados inadequadamente preenchidos, resultando em perda amostral de 12%. A população final incluída na pesquisa foi composta por 272 pacientes, sendo 126 crianças e 146 adolescentes, com pequeno predomínio do sexo feminino (56,9%).

Utilizando a curva do CDC, a análise dos dados referentes a peso, altura e IMC mostrou prevalência de excesso de peso de 30%, representada principalmente

Tabela 1. Distribuição do estado nutricional (classificado pelo índice de massa corporal) em 272 pacientes entre 5 e 18 anos de idade, atendidos em uma unidade básica de saúde em Canoas, Rio Grande do Sul, segundo a curva do CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) do ano 2000

Estado Nutricional	Gênero Masculino N (%)		Gênero Feminino N (%)		Total N (%)	
Eutrófico	68	(58,1)	93	(60)	161	(59,5)
Baixo peso	12	(10,2)	16	(10,3)	28	(10,5)
Excesso de peso	37	(31,7)	46	(29,7)	83	(30,0)
Sobrepeso	16	(13,7)	24	(15,5)	40	(14,7)
Obesidade	21	(18)	22	(14,2)	43	(15,8)

por pacientes na faixa de obesidade (15,6%) e número um pouco inferior com sobrepeso (14,4%). Crianças e adolescentes com IMC na faixa de baixo peso totalizaram 10,5% da população estudada, conforme pode ser visualizado na Tabela 1.

Não houve diferença entre pacientes de sexo masculino e feminino, com total de 46 meninas e 37 meninos com excesso de peso ($p=0,85$). Em relação às faixas etárias, percebeu-se que a idade em que houve maior prevalência de excesso de peso foi a de 14 anos (50%).

Quando utilizada a curva da OMS, verificou-se que a prevalência de sobrepeso aumentou para 18,4% e o número de pacientes com baixo peso diminuiu para 6,8%. O número de pacientes com diagnóstico de obesidade não foi alterado (Figura 1).

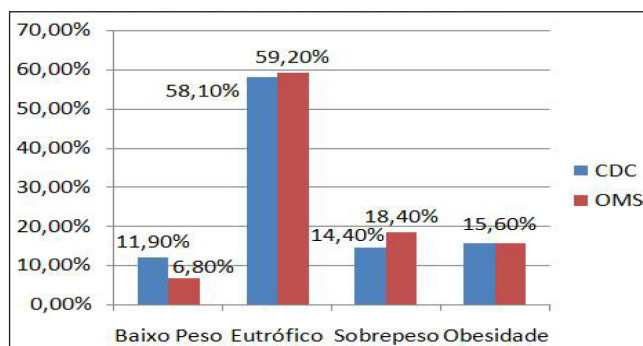


Figura 1. Distribuição do diagnóstico nutricional em 275 pacientes, sendo 128 crianças e 149 adolescentes, atendidos em uma unidade básica de saúde em Canoas, Rio Grande do Sul, segundo as curvas do CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) de 2000 e da OMS (Organização Mundial da Saúde) de 2006.

DISCUSSÃO

O conhecimento dos fatores de risco a que determinada população está exposta é essencial para o planejamento de ações preventivas e curativas em atenção primária à saúde.⁹ A obesidade infantil é um

problema de saúde pública que vem apresentando índices gradualmente mais elevados, com importantes repercussões na vida das crianças e adolescentes – tais como transtornos sociais (preconceito e baixa auto-estima),^{10,11} e comorbidades clínicas (hipertensão arterial sistêmica e diabetes melito),⁵ entre outros.

Dados da América do Norte (*National Institutes of Health*, Estados Unidos) mostravam frequência de sobrepeso e obesidade de 17,5% e 17% em crianças e adolescentes, respectivamente, no período de 2001 a 2004, os quais se assemelham aos números encontrados pelo IBGE no Brasil.^{1, 12} Os dados encontrados neste trabalho trazem prevalência maior entre as crianças e adolescentes pesquisados (30%). A literatura mostra que nos países em desenvolvimento o excesso de peso é mais prevalente em níveis socioeconômicos maiores. Isto pode ser explicado por um maior acesso aos alimentos com maior conteúdo calórico, porém sem valor nutritivo.¹³⁻¹⁷ Este estudo não analisou esses fatores, pois a comunidade estudada possuía uniformemente baixas condições socioeconômicas.

Em relação à antropometria, há diversas maneiras de diagnosticar o excesso de peso infantil, dentre eles o IMC e o escore-z (altura e peso para a idade). Sabe-se que o IMC é o padrão internacional, pelo fato de possibilitar melhor análise, visto que o método pode também ser utilizado em adultos, permitindo uma continuidade na avaliação do paciente.^{18,19} A maioria dos profissionais da área da saúde utiliza a curva do IMC do CDC 2000 para avaliar o estado nutricional da criança, porém ainda não existe consenso quanto à maneira ideal de avaliação. Essa curva foi baseada na do *National Center for Health Statistics* (NCHS), criada em 1977, e foi realizada com a população americana, tanto de brancos como negros.^{18,19} Já a curva da OMS, criada em 2006, foi baseada em amostra de crianças de vários países, dentre eles o Brasil, e adapta-se bem ao padrão de crescimento infantil.¹⁹ Pôde-se observar, em nosso estudo, que a curva do CDC 2000 subestima o diagnóstico de sobrepeso e superestima o de baixo peso, quando comparada à curva da OMS.

O controle do sobrepeso e obesidade deve ser feito, idealmente, com equipe multidisciplinar composta por médico, nutricionista, educador físico e psicólogo, com avaliação clínica de possíveis causas e consequências relacionadas, implementação de reeducação alimentar, orientações quanto à atividade física aeróbica e apoio emocional.^{20,5} Em atenção primária à saúde essa rede de profissionais nem sempre é de fácil acesso aos pacientes, cabendo aos médicos, enfermeiros e demais agentes de saúde o encargo daquelas orientações e medidas.

Os hábitos dos pais influenciam diretamente nas preferências alimentares das crianças e na atividade física, fato este que leva ao envolvimento de toda a família no tratamento da obesidade da criança.^{21,22} A prevenção é a medida mais efetiva e segura no controle da obesidade, sendo o exemplo dos pais de extrema importância para uma rotina com atividade física e um hábito alimentar ideal.

Conclui-se que a prevalência de excesso de peso neste estudo foi superior à encontrada em outros estudos semelhantes. Não foi encontrada maior frequência de obesidade em meninos do que em meninas, ao contrário de dados da literatura. Quando comparada à curva da OMS 2006, a curva do CDC 2000 subestimou o diagnóstico de sobrepeso e superestimou o de baixo peso.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. IBGE. Pesquisa de orçamentos familiares, 2002-2003: análise do estado nutricional de crianças e adolescentes no Brasil. [citado em 2008 abr 20]. 251p. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/pof/2002aquisicao/aquisicao.pdf>
2. Escrivão MAMS, Oliveira FLC, Tadder JAAC, et al. Obesidade exógena na infância e adolescência. *J Pediatr (Rio J)*. 2000;76(supl. 3):s305-s310.
3. Valerio G, D'Amico O, Adinolfi M, et al. Determinants of weight gain in children from 7 to 10 years. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*. 2006;16:272-8.
4. Giugliano R, Carneiro EC. Fatores associados à obesidade em escolares. *J Pediatr (Rio J)* 2004;80:17-22.
5. Tschiedel B, Geremia C, Puñales M, et al. Obesidade na infância e adolescência. *Bol Cient Soc Pediat RS*. 2006 jul:5-7.
6. Mello ED, Luft V, Meyer F. Obesidade infantil: como podemos ser eficazes? *J Pediatr (Rio J)*. 2004;80:173-82.
7. Froes e Souza MS, Cardoso AL. Obesidade. In: Marcondes E. *Pediatria básica*. 9ª ed. São Paulo: Sarvier; 2003. 359-65.
8. Ogden CL, Kuczmarski RJ, Flegal KM, et al. Centers for Disease Control and Prevention 2000 growth charts for the United States: improvements to the 1977 National Center For Health Statistics version. *Pediatrics*. 2002;109:45-60.
9. Czeresnia D. Ações de promoção à saúde e prevenção de doenças: papel da ANS. Fórum de saúde suplementar, 2003. [35 p.]. [acesso 2008 nov 24]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/upload/forum_saude/forum_bibliografias/documentostecnicos/EAatencaoasaude/02_DCzeresnia_AcoesPromocaoSaude.pdf
10. Vasques F, Martins FC, Azevedo AP. Aspectos psiquiátricos do tratamento da obesidade. *Rev Psiq Clin*. 2004;31:195-8.
11. Caetano C, Carvalho AMP, Galindo EMC. Obesidade e aspectos psicológicos: maturidade emocional, auto-conceito, locus de controle e ansiedade. *Psicol Reflex Crit*. 2005;18:39-46.
12. National Center for Health Statistics. Health, United States, 2006. Chartbook on trends in the health of Americans. Hyattsville: Public Health Service; 2006. [559 p.]. [citado 2010 out 5]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/nchs/data/hus/06.pdf>
13. Motta ME, Silva GAP. Desnutrição e obesidade em crianças: delineamento do perfil de uma comunidade de baixa renda. *J Pediatr (Rio J)*. 2001;77:288-93.
14. Leão LCS, Araújo L, Moraes LP, et al. Prevalência de obesidade em escolares de Salvador, Bahia. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2003;47:151-7.
15. Silva, GAP, Balaban G, Motta ME. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes de diferentes condições socioeconômicas. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2005;5:53-9.
16. Campos LA, Leite AJM, Almeida PC. Nível socioeconômico e sua influência sobre a prevalência de sobrepeso e obesidade em escolares adolescentes do município de Fortaleza. *Rev Nutr Campinas*. 2006;19:531-8.
17. Brasil LMP, Fisberg M, Maranhão H. Excesso de peso de escolares em região do Nordeste Brasileiro: contraste entre as redes de ensino pública e privada. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2007;7:405-12.
18. Stahelin, L, Pires MMS, Wayhs MC, et al. Avaliação do estado nutricional das crianças menores de 5 anos em uma creche no município de Florianópolis segundo a curva de referência da OMS 2006 e comparação do diagnóstico nutricional com a curva de referência do CDC 2000. *ACM Arq Catarin Med*. 2008;37:18-26.
19. Incorporação das curvas de crescimento da Organização Mundial da Saúde de 2006 e 2007 no SISVAN. [acesso 2008 mar 5] Disponível em: http://nutricao.saude.gov.br/documentos/curvas_oms_2006_2007.pdf
20. Berkovitz RI, Berkowitz RI, Fujioka K, et al. Sibutramine Adolescent Study Group. Effects of sibutramine treatment in obese adolescents: a randomized trial. *Ann Intern Med*. 2006;145:81-90.
21. Soares LD, Petroski EL. Prevalência, fatores etiológicos e tratamento da obesidade Infantil. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum*. 2003;5:63-74.
22. Oliveira AMA, Cerqueira EMM, Souza JS, et al. Sobrepeso e obesidade infantil: influência de fatores biológicos e ambientais em Feira de Santana, BA. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2003;47:144-50.