

PANORAMA DA OBESIDADE EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES



desiderata

BRASIL, VOL. 3, Nº3, 2025



PANORAMA DA OBESIDADE
EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES



panorama.obesidadeinfantil.org.br



EDITORIAL

O PANORAMA DA OBESIDADE EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES está em sua terceira edição e reúne informações que ajudam a entender o cenário da obesidade infantil no Brasil e os desafios e oportunidades para o seu controle. O avanço rápido do número de crianças e adolescentes acometidas por essa condição e suas consequências, seja na infância e adolescência ou na vida adulta, torna urgente a necessidade de políticas e programas que orientem os sistemas de saúde e toda a sociedade para a redução desses índices. A Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma: a obesidade é um dos mais graves problemas de saúde que temos para enfrentar. No mundo, em apenas quatro décadas, o número de crianças e adolescentes com obesidade saltou de 11 milhões para 124 milhões (OMS, 2017). No Brasil, 1 a cada 3 crianças está com sobrepeso ou obesidade, e com base nas tendências atuais, até o ano 2035, este número pode passar para 50% entre crianças e adolescentes de 5 a 19 anos (WOF, 2024).

Para acompanhar a evolução dessa condição, é fundamental monitorar os sistemas públicos de informação em saúde e políticas públicas relevantes. Nos últimos anos o Instituto Desiderata, em sua missão de contribuir para que crianças e adolescentes brasileiros tenham uma vida mais saudável, tem avançado em uma série de soluções integradas que promovem a articulação de atores sociais para o fortalecimento de políticas públicas. Nos anos de 2022 e 2023 tivemos a alegria de contribuir para as aprovações de leis nas cidades de Niterói e Rio de Janeiro que proíbem a oferta e comercialização de alimentos ultraprocessados nas cantinas das escolas públicas e privadas de ensino fundamental.

Na seção “Obesidade em crianças e adolescentes”, apresentamos o conceito de obesidade infantil e alguns fatores que a influenciam. Na seção “Obesidade em crianças e adolescentes no Brasil”, apresentamos o comparativo dos anos 2015 e 2023 para o estado nutricional em crianças e adolescentes por faixa etária no Brasil e, também, a série histórica da taxa de cobertura de índice de massa corporal (IMC) por idade. Esses dados nos ajudam a entender o rápido crescimento da obesidade em crianças e adolescentes. Nessa seção, ainda trazemos dados destacando o estado nutricional de crianças e adolescentes do Brasil segundo gênero e raça.

Na seção seguinte incluímos dados sobre o excesso de peso nos diferentes estados brasileiros nas diferentes faixas etárias.

Na seção “Consumo alimentar infantojuvenil no Brasil”, alertamos para o consumo precoce de alimentos ultraprocessados e ressaltamos a importância de ações que garantam que todas as crianças e adolescentes cresçam em ambientes alimentares seguros e saudáveis.

Por fim, no ‘Painel de Opiniões’, especialistas das áreas afins destacam a relevância de temas fundamentais para o cuidado e a prevenção da obesidade infantojuvenil, analisando o cenário apresentado pelo Panorama e propondo caminhos para ações.

Esperamos que esta publicação traga conhecimento e informação para a ação!

Boa leitura!



Realização

Instituto Desiderata

Diretoria Executiva

Renata Couto

Diretoria Programática

Ana Morato

Equipe editorial

Ana Silvia Sena, Eliete Souza,
Fabiola Leal, Renata Oliveira,
Tamires Menezes

Colaboração técnica

Ana Carolina Feldenheimer, Érika
Reis, Sophia Rosa

Apoio/Revisão de Diagramação

Fernanda Quevêdo

Design

Maúna Comunicação e Imagem

Apoio

Umane

Instituto Desiderata

Rua Humaitá, 275 - 7º andar, Humaitá
Rio de Janeiro, RJ, Brasil - 22261-005
www.desiderata.org.br

METODOLOGIA

Na seção “Obesidade em crianças e adolescentes”, fez-se a opção de utilizar o conceito de obesidade proposto por Wharton (1), considerando-se que as mais recentes publicações sobre o tema questionam a abordagem de balanço energético, bem como o uso do índice de massa corporal (IMC) de forma isolada para determinar o estado de saúde de indivíduos adultos. Os autores apontam que o foco do gerenciamento da obesidade deve ser sobre melhoria da saúde e bem-estar, em vez de apenas na perda de peso. Abordou-se também a dupla carga de má nutrição, quando o excesso de peso pode coexistir com outros distúrbios nutricionais, como o déficit de estatura e carência de nutrientes, conforme diversos estudos apontam (2-4). Nos infográficos de “Alguns fatores que influenciam a obesidade em crianças e adolescentes” e “Possíveis consequências na infância e na vida adulta”, foram considerados protocolos nacionais e internacionais (5-9).

Na seção “Obesidade em crianças e adolescentes no Brasil”, as informações dos infográficos “Comparativo do estado nutricional (%) segundo IMC para a idade de crianças e adolescentes em 2015 e em 2023” são oriundas da base de dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), consultada em setembro de 2024. Tais informações refletem os acompanhamentos realizados no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), incluindo beneficiários do Programa Bolsa Família e demais usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) que residem em áreas cobertas pela APS que frequentaram unidades de atenção básica e tiveram avaliação realizada no período. São apresentados os dados de Estado Nutricional (%) segundo IMC para a idade por faixa etária nos anos 2015 e 2023.

Foi obtido também o estado nutricional (%) por faixa etária segundo gênero e raça. A seção traz ainda a “Série histórica da taxa de cobertura de IMC por idade (0 a 19 anos), por regiões” entre os anos 2015 e 2023, depois destacou-se somente o ano de 2023, trazendo uma análise amíúde da cobertura de IMC por idade com dados referentes a gênero e raça.

Na seção “Excesso de peso (%) em crianças e adolescentes por estados, 2023, dados SISVAN” foi realizada a análise da categoria excesso de peso, que é a soma dos valores de

sobrepeso, obesidade e obesidade grave, destacando assim a prevalência de obesidade em cada faixa etária. Foi apresentada a distribuição dos dados por estados, destacando os valores percentuais no Brasil. Optou-se por analisar excesso de peso por ser uma categoria mensurável em todas as faixas etárias.

Por fim, foram obtidos dados sobre o Consumo alimentar infantojuvenil por regiões e faixa etária. O aleitamento humano exclusivo até os seis meses de idade representa um fator de proteção contra a obesidade, enquanto o fácil acesso a alimentos ultraprocessados (em especial bebidas adoçadas) é um fator de risco para o desenvolvimento da obesidade infantil (8).

A análise dos dados alerta para a necessidade de conter a epidemia de obesidade em rápido crescimento em crianças e adolescentes. O país precisa investir em ações de promoção da alimentação saudável com base em diretrizes nacionais de alimentação, bem como em outras atividades relacionadas à prevenção da obesidade infantojuvenil.



¹ Wharton et al, Obesity in adults: a clinical practice guideline 2020.

² WORLD HEALTH ORGANIZATION. The double burden of malnutrition. Policy brief. Geneva: World Health Organization; 2017. / 3 Swinburn, B. A., Kraak, V. I., Allender, S., Atkins, V. J., Baker, P. I., Bogard, J. R., ... Dietz, W. H. (2019, February 23). The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. The Lancet. Lancet Publishing Group. / 4 Davis, J., Oaks, B., & Engle-Stone, R. (2019). The Double Burden of Malnutrition: A Systematic Review of Operational Definitions (P22-006-19). Current Developments in Nutrition, 3(Supplement_1).

⁵ Black RE, Victora CG, Walker SP, Bhutta ZA, Christian P, De Onis M, et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. Vol. 382, The Lancet. 2013. p. 427–51. / 6 Meera; POPKIN, Barry (Ed.). Obesity: Health and Economic Consequences of an Impending Global Challenge. World Bank Publications, 2020. / 7 United Nations Children's Fund, World Health Organization TWB. Levels and trends in child malnutrition: key findings/ 8 BRASIL. Ministério da Saúde. Instrutivo para o cuidado da criança e do adolescente com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. – Brasília, 2021./ 9 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. (2019b). Pesquisa de Orçamentos Familiares – POF 2017-2018 Rio de Janeiro.

OBESIDADE EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

A obesidade é uma condição complexa, caracterizada pelo excesso de gordura corporal, que pode causar prejuízos à saúde da criança e aumentar o risco de desenvolver doenças crônicas na vida adulta. O excesso de peso em crianças e adolescentes pode coexistir com outras formas de má nutrição, incluindo o déficit de estatura para a idade.

| Alguns fatores que influenciam a obesidade em crianças e adolescentes:

- Carga genética e antecedentes perinatais;
- Ambiente alimentar inadequado;
- Alimentos saudáveis pouco acessíveis;
- Fácil acesso a alimentos ultraprocessados (em especial bebidas adoçadas);
- Condições socioeconômicas (extensa jornada de trabalho dos pais, baixa renda e menos tempo de estudo);

- Ausência ou curta duração do aleitamento humano;
- Introdução inadequada da alimentação complementar;
- Comportamento sedentário;
- Sono inadequado;
- Saúde mental comprometida;
- Publicidade direcionada a criança.



| Possíveis consequências na infância e na vida adulta:

Doenças e complicações cardiovasculares, endócrinas, renais e ortopédicas;

Problemas de pele, psicológicos, respiratórios, reprodutivos e gastrointestinais;

Excesso de custos em saúde por toda a vida;

Cânceres;

Estigmas relacionados ao peso com comprometimento da frequência escolar, da empregabilidade e de salário na vida adulta;

Obesidade na vida adulta, desenvolvimento precoce de hipertensão e diabetes tipo 2.



Wharton et al, Obesity in adults: a clinical practice guideline 2020 / WORLD HEALTH ORGANIZATION. The double burden of malnutrition. Policy brief. Geneva: World Health Organization; 2017. / Swinburn, B. A., Kraak, V. I., Allender, S., Atkins, V. J., Baker, P. I., Bogard, J. R., ... Dietz, W. H. (2019, February 23). The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. The Lancet. Lancet Publishing Group. / Davis, J., Oaks, B., & Engle-Stone, R. (2019). The Double Burden of Malnutrition: A Systematic Review of Operational Definitions (P22-006-19). Current Developments in Nutrition, 3(Supplement_1). / Meera; POPKIN, Barry (Ed.). Obesity: Health and Economic Consequences of an Impending Global Challenge. World Bank Publications, 2020. / United Nations Children's Fund, World Health Organization TWB. Levels and trends in child malnutrition: key findings/ BRASIL. Ministério da Saúde. Instrutivo para o cuidado da criança e do adolescente com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. – Brasília, 2021. / Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. (2019b). Pesquisa de Orçamentos Familiares – POF 2017-2018 Rio de Janeiro.

OBESIDADE EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO BRASIL

Comparativo do estado nutricional (%), segundo IMC para idade de crianças e adolescentes em 2015 e em 2023, segundo o SISVAN

Brasil		Magreza Acentuada	Magreza	Eutrofia*	Risco de Sobrepeso/ Sobrepeso	Sobrepeso/ Obesidade	Obesidade/ Obesidade Grave	% Excesso de peso
Crianças de 0 a 4 anos	Cobertura SISVAN							
2015	31,5%	3,1%	3,1%	58,6%	18,8%	8,8%	7,6%	35,2%
2023	57,3%	2,5%	3,1%	62,7%	18,1%	7,9%	5,8%	31,7%
Crianças de 5 a 9 anos	Cobertura SISVAN							
2015	27,2%	2,3%	3,1%	65,8%	15,8%	8,1%	4,9%	28,7%
2023	43,2%	1,8%	3,4%	65,5%	15,0%	8,8%	5,5%	29,3%
Crianças e adolescentes de 10 a 19 anos	Cobertura SISVAN							
2015	14,7%	1,1%	3,0%	71,0%	17,3%	6,3%	1,3%	24,9%
2023	26,1%	1,0%	3,2%	64,6%	18,6%	9,9%	2,7%	31,2%
Total (0 a 19 anos)	Cobertura SISVAN							
2015	21,6%	2,2%	3,0%	65,2%	17,4%	7,7%	4,5%	29,6%
2023	37,7%	1,8%	3,2%	64,2%	17,4%	8,9%	4,6%	30,8%

*peso adequado | Fonte: BRASIL, 2024; IBGE 2022; IBGE 2013

Estado Nutricional (% IMC) de crianças (0-4 anos) de acordo com raça/cor e gênero, Brasil, 2023

Brasil	Magreza Acentuada	Magreza	Eutrofia*	Risco de Sobrepeso/ Sobrepeso	Sobrepeso/ Obesidade	Obesidade/ Obesidade Grave	% Excesso de peso
Branca	1,8%	2,7%	64,1%	18,5%	7,6%	5,3%	31,4%
Preta	2,9%	3,4%	62,8%	16,9%	7,6%	6,3%	30,8%
Parda	3,7%	4,0%	63,0%	15,2%	7,1%	7,0%	29,3%
Indígena	3,4%	3,4%	64,2%	17,6%	6,7%	4,8%	29,1%
Amarela	2,3%	3,0%	62,4%	18,5%	8,1%	5,6%	32,3%
Feminino	2,3%	3,0%	64,0%	17,8%	7,6%	5,3%	30,7%
Masculino	2,6%	3,1%	61,6%	18,4%	8,1%	6,3%	32,8%

*peso adequado | Fonte: BRASIL, 2024; IBGE 2022; IBGE 2013

Estado Nutricional (% IMC) de crianças (5-9 anos) de acordo com raça/cor e gênero, Brasil, 2023

Brasil	Magreza Acentuada	Magreza	Eutrofia*	Risco de Sobrepeso/ Sobrepeso	Sobrepeso/ Obesidade	Obesidade/ Obesidade Grave	% Excesso de peso
Branca	1,3%	2,8%	63,8%	16,1%	9,8%	6,1%	32,1%
Preta	2,0%	3,5%	65,7%	14,4%	8,5%	5,9%	28,7%
Parda	2,2%	3,8%	66,6%	14,1%	8,1%	5,1%	27,4%
Indígena	2,2%	2,5%	73,3%	14,2%	5,1%	2,8%	22,0%
Amarela	1,6%	3,3%	66,5%	14,7%	8,6%	5,3%	28,6%
Feminino	1,7%	3,3%	66,6%	15,6%	8,9%	4,0%	28,5%
Masculino	2,0%	3,5%	64,3%	14,3%	8,7%	7,2%	30,2%

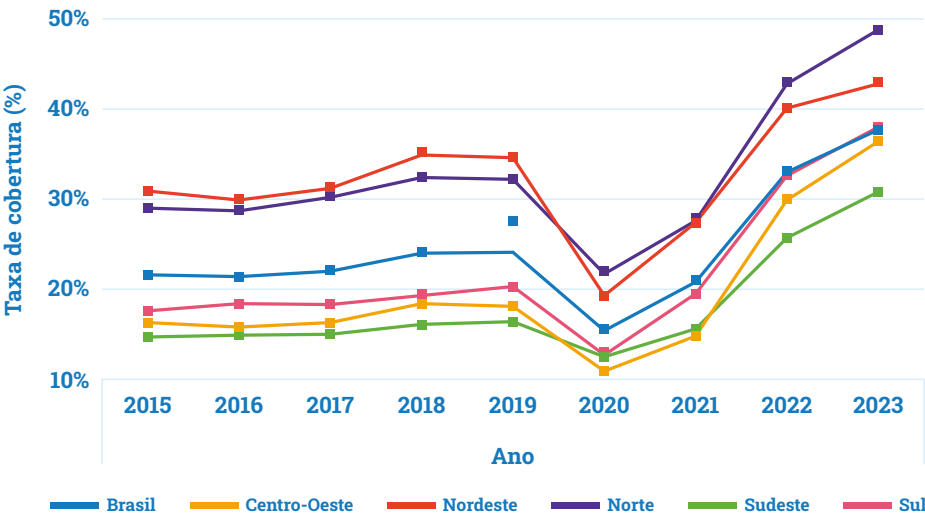
*peso adequado | Fonte: BRASIL, 2024; IBGE 2022; IBGE 2013

Estado Nutricional (% IMC) de crianças e adolescentes (10-19 anos) de acordo com raça/ cor e gênero, Brasil, 2023

Brasil	Magreza Acentuada	Magreza	Eutrofia*	Risco de Sobrepeso/ Sobrepeso	Sobrepeso/ Obesidade	Obesidade/ Obesidade Grave	% Excesso de peso
Branca	0,8%	2,9%	61,8%	19,6%	11,5%	3,4%	34,5%
Preta	0,9%	3,0%	63,5%	18,8%	10,4%	3,4%	32,6%
Parda	1,1%	3,3%	66,3%	18,3%	8,8%	2,2%	29,3%
Indígena	0,9%	1,6%	68,1%	21,3%	6,7%	1,3%	29,4%
Amarela	1,1%	3,8%	66,0%	17,4%	9,2%	2,4%	29,0%
Feminino	0,8%	2,8%	64,8%	19,7%	9,5%	2,4%	31,6%
Masculino	1,3%	4,1%	64,2%	16,3%	10,6%	3,4%	30,3%

*peso adequado | Fonte: BRASIL, 2024; IBGE 2022; IBGE 2013

Série histórica
taxa de cobertura
de IMC por idade
(0 a 19 anos),
Brasil e regiões,
2015-2023



*peso adequado | Fonte: BRASIL, 2024; IBGE 2022; IBGE 2013

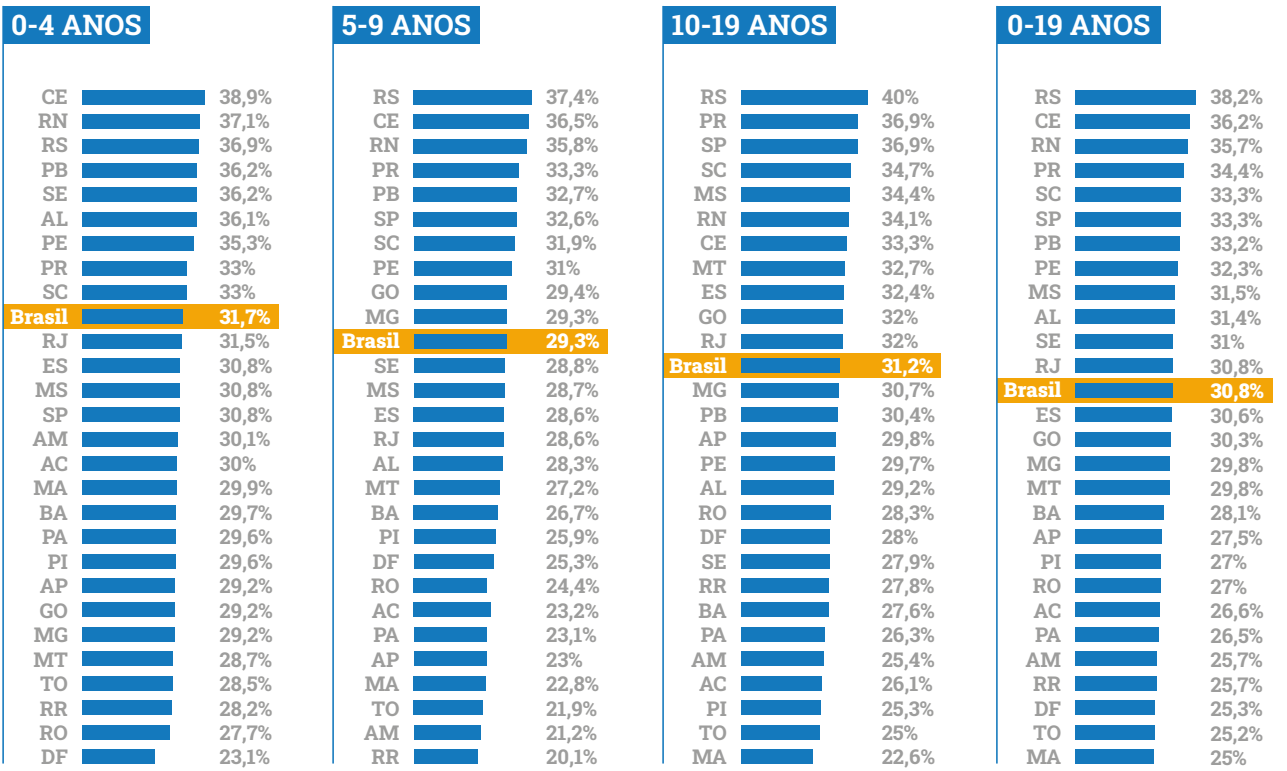
Cobertura SISVAN de IMC por idade (0-19 anos) de acordo com raça/cor e gênero, Brasil e regiões, 2023

Local	Branca	Preta	Parda	Indígena	Amarela*	Feminino	Masculino
Brasil	26,4%	13,8%	26,6%	32,4%	2938,5%	43,4%	32,3%
Centro-Oeste	25,1%	10,9%	21,5%	38,5%	3995,9%	41,1%	31,9%
Nordeste	20,4%	12,5%	34,4%	22,5%	9992,6%	51,6%	34,5%
Norte	19,4%	10,2%	35,4%	34,7%	12103,2%	57,2%	40,8%
Sudeste	24,0%	14,4%	18,6%	26,3%	1158,8%	34,5%	27,3%
Sul	38,2%	23,5%	12,0%	40,7%	923,5%	41,1%	35,0%

*Para o IBGE, a raça/cor "amarela" refere-se a pessoas que tenham origens em países do extremo oriente, como Japão, China, Coreia do Sul e do Norte. No SISVAN, o total de crianças acompanhadas de raça/cor amarela é muito superior à população de mesma raça/cor verificada pelo Censo Demográfico 2022. Por esse motivo, o percentual de cobertura desta raça/cor apresenta valores discrepantes. O quesito raça/cor baseia-se na autodeclaração, no entanto é preciso ter em vista que em consequência de um processo histórico de tentativa de invisibilização da população negra no Brasil, muitas pessoas pardas e pretas não se reconhecem como negras, optando por outras categorias, como a amarela. | Fonte: BRASIL, 2024

EXCESSO DE PESO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES POR ESTADOS

Excesso de peso (%) em crianças e adolescentes (0-19 anos) segundo faixa etária por Estados, Brasil, 2023



Fonte: BRASIL, 2024



CONSUMO ALIMENTAR INFANTOJUVENIL NO BRASIL

Aleitamento humano exclusivo (0-6 meses), Brasil e regiões, 2023

Local	Aleitamento humano exclusivo	Cobertura SISVAN
Brasil	56%	21,97%
Centro-Oeste	60%	24,28%
Nordeste	51%	27,02%
Norte	63%	24,54%
Sudeste	56%	19,53%
Sul	55%	15,14%

Fonte: BRASIL, 2024

Consumo de alimentos ultraprocessados segundo faixa etária, Brasil e regiões, 2023

Local	6 meses-2 ANOS	2-4 ANOS	5-9 ANOS	10-19 ANOS
Brasil	39%	81%	85%	82%
Centro-Oeste	44%	85%	88%	86%
Nordeste	34%	79%	84%	80%
Norte	40%	78%	81%	79%
Sudeste	42%	82%	86%	85%
Sul	42%	80%	84%	82%
Cobertura Consumo Brasil	12,59%	6,28%	5,38%	2,57%

Fonte: BRASIL, 2024



PAINEL DE OPINIÕES

| Aprimoramento da utilização da vigilância alimentar e nutricional e linha de cuidado para fortalecer a prevenção e cuidado da obesidade infantojuvenil

Erika Reis - Professora Adjunta do Departamento de Nutrição Clínica e Social - DENCS - Escola de Nutrição - ENUT- Universidade Federal de Ouro Preto – UFOP

O processo de planejamento do cuidado das crianças e adolescentes com excesso de peso inicia-se pelo reconhecimento de quem são, quais as suas necessidades e onde vivem, e este reconhecimento só é possível por meio das implementações das ações de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN). O registro e monitoramento dos dados do estado nutricional e consumo alimentar pelas equipes de saúde, se sistematizados, correspondem a uma estratégia fundamental para o diagnóstico situacional local e permite o planejamento de ações específicas no território em termos de promoção de hábitos de vida saudáveis e processo de cuidado coerente com a realidade (1).

Os indicadores do estado nutricional apresentados aqui mostram a semelhança dos dados de prevalência de excesso de peso entre crianças e adolescentes (31,7%, 29,3%, 31,2% para crianças de 0 a 4 anos, 5 a 9 anos e adolescentes de 10 a 19 anos, respectivamente) e entre as diferentes raça/cor da pele (Figuras 1 e 2). A distribuição da prevalência por Unidade Federativa também é semelhante para a maioria dos estados com maior proporção no Ceará para as crianças de 0 a 4 anos (38,9%), no Rio de Grande do Sul para as crianças de 5 a 9 anos (37,9%) e adolescentes de 10 a 19 anos (40,0%). Essa elevada prevalência de excesso de peso pode ser uma resposta e um dos fatores relacionados a baixa proporção de aleitamento humano exclusivo até os 06 meses e o elevado consumo de alimentos ultraprocessados na infância, como apontado pelos dados do SISVAN (Figura 7). Embora a cobertura das ações de VAN seja baixa em todo o país, esses dados são importantes para a compreensão da realidade do estado nutricional das crianças e adolescentes atendidos pelas equipes de saúde no Brasil.

De acordo com o Marco de Referência da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Básica, o monitoramento do estado nutricional e a atitude de vigilância devem ser pautados no “Ciclo de Gestão e Produção do Cuidado”, que abrange etapas de coleta de dados e produção de informações, de análise e decisão, de ação e de avaliação que podem ocorrer simultaneamente ou em momentos distintos, tanto no âmbito individual como nos atendimentos de rotina na Unidade Básica de Saúde (UBS) ou em domicílio, quanto no coletivo, quando se analisam as informações consolidadas por território (2).

Neste contexto, é preciso compreender a VAN como um componente essencial do Sistema Único de Saúde (SUS) que visa monitorar o estado nutricional da população e orientar políticas públicas e ações de promoção da saúde (3), e para garantir que a VAN seja eficiente e responda às necessidades de saúde da população é necessário o seu aprimoramento em diversas áreas, como: 1. Qualificação contínua das equipes sobre a importância da coleta e registro dos dados de estado nutricional e consumo alimentar; 2. Integração com outros sistemas de registro das informações quando o sistema utilizado não for o e-SUS; 3. Inclusão e fortalecimento da VAN como rotina do serviço das equipes de saúde; 4. Acompanhamento contínuo de grupos prioritários; 5. Monitoramento contínuo com definição clara de indicadores e utilização dos dados para planejamento e tomada de decisão e, 6. Articulação Intersetorial, por meio de parcerias com educação e assistência social para integração da vigilância nutricional com programas intersetoriais como o Programa Saúde na Escola e o Programa Bolsa Família.

Estruturar e aprimorar a VAN é o primeiro passo para fortalecer o cuidado das crianças e adolescentes com obesidade e planejar ações no âmbito de uma linha de cuidado. É por meio da VAN que serão identificados os grupos populacionais do território que já apresentam sobrepeso e obesidade ou que apresentam maior risco para desenvolver esta condição. A VAN possibilitará a estratificação de risco por meio do IMC, que deverá ser analisado com outros aspectos, como a presença ou ausência de

1: O Programa Saúde na Escola (PSE), política intersetorial da Saúde e da Educação, foi instituído em 2007. As políticas de saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira se unem para promover saúde e educação integral. A articulação entre Escola e Atenção Primária à Saúde é a base do Programa Saúde na Escola. O PSE é uma estratégia de integração da saúde e educação para o desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas públicas brasileiras.

comorbidades para que os profissionais de saúde possam então definir as ações e as estratégias de cuidado que deverão ser ofertadas, seja no âmbito individual ou coletivo (2). A Linha de Cuidado (LC) é uma forma de organizar a atenção à saúde, integrando diferentes níveis de atenção com base em evidências científicas e práticas multiprofissionais, e ela tem o objetivo de oferecer um cuidado coordenado e integral, considerando as necessidades individuais e superando a fragmentação dos serviços (4,5).

No Brasil, as diretrizes para a organização do cuidado das pessoas com obesidade foram publicadas pelo Ministério da Saúde (MS) em 2013 (6) e, embora focadas no público adulto, apontam caminhos importantes para a implementação da linha de cuidado infantojuvenil. Em 2021, a publicação do Instrutivo para o cuidado da criança e do adolescente com sobrepeso e obesidade no âmbito da APS apresenta recomendações importantes para a organização do cuidado das crianças e adolescentes no SUS (7).

De forma geral é importante e necessário reconhecer o papel da APS, ela desempenha um papel essencial como porta de entrada e articuladora da LC (8) e é responsável pelas ações de promoção da saúde e prevenção da obesidade, por acolher, acompanhar e coordenar o percurso das crianças e adolescentes dentro da rede, articulando com outros serviços especializados, quando necessário (7). Nesse sentido é essencial que os papéis de cada ponto de atenção sejam bem definidos, haja fluxo de referência e contrarreferência eficaz entre os serviços e as equipes de saúde atuem de forma colaborativa, priorizando o cuidado de crianças e adolescentes envolvendo os cuidadores e responsáveis no processo de cuidado. É necessário reforçar que a existência de uma LC fortalecida depende de fluxos de cuidado bem estabelecidos com todos os setores/pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) compreendendo qual o seu papel, protocolos de cuidado com critérios bem definidos e descrição das ações realizadas e a existência de pacto e corresponsabilização entre os profissionais de saúde e gestores da RAS daquele município e/ou estado. Porque para uma

2: O Bolsa Família é o principal programa de transferência de renda do Brasil. O Governo Federal relançou o programa com um modelo de benefício que considera o tamanho e as características familiares. Além de garantir renda para as famílias em situação de pobreza, o Programa Bolsa Família busca integrar políticas públicas, fortalecendo o acesso das famílias a direitos básicos como saúde, educação e assistência social.

LC existir, é necessário haver descrição do percurso clínico do indivíduo dentro da RAS de acordo com a sua condição, critério de gravidade e comorbidades presentes.

A organização e fortalecimento da LC é essencial para garantir que o SUS ofereça um cuidado mais efetivo e coordenado para as crianças e adolescentes com obesidade. Com uma APS forte e articulada realizando o diagnóstico e monitoramento adequado das crianças e adolescentes com excesso de peso por meio da VAN, é possível melhorar os resultados em saúde, promovendo tanto a prevenção quanto o cuidado para as crianças e adolescentes com obesidade do Brasil.

| Cuidado multicomponente na obesidade infantojuvenil: a importância de uma abordagem interdisciplinar

Ana Carolina Feldenheimer da Silva - Professora Adjunta do Departamento de Nutrição Social - Instituto de Nutrição - UERJ

A obesidade é um agravo que vem aumentando em todas as fases do curso da vida. As ações de prevenção da obesidade, em especial aquelas voltadas para crianças e adolescentes, deveriam estar entre as principais prioridades dos governantes com propostas efetivas voltadas para esse público, em especial no setor saúde e da educação. A prevenção e o cuidado da obesidade em crianças e adolescentes é uma importante ação custo-efetiva para a garantia de adultos saudáveis.

Atualmente, segundo os dados do SISVAN, publicados neste Panorama, a prevalência de obesidade, no ano de 2023, entre crianças de 0 a 4 anos foi de 5,8%, entre crianças de 5 a 9 foi 14,3% e de 12,6% entre os adolescentes. Os dados são preocupantes e

1. Erika Cardoso dos Reis, Luciana da Silva Rodriguez, Phillippe Augusto Ferreira Rodrigues. Atenção Básica - A linha que costura o cuidado ao sujeito com obesidade. Em: Alimentação e Nutrição na Atenção Básica: reflexões cotidianas e contribuições para práticas do cuidado. 1a. Rio de Janeiro: Eduerj; 2020. p. 306. 2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica. Brasília: Editora MS; 2015. 3. Ana Laura Brandão Motta, Ana Carolina Feldenheimer da Silva, Juliana Pereira Casemiro. Alimentação e Nutrição na Atenção Básica: O cuidado como eixo estruturante. Em: Alimentação e Nutrição na Atenção Básica: reflexões cotidianas e contribuições para práticas do cuidado. 1a. Rio de Janeiro: Eduerj; 2020. p. 306. 4. Campbell H, Hotchkiss R, Bradshaw N, Porteous M. Integrated care pathways. BMJ. 10 de janeiro de 1998;316(7125):133-7. 5. Thomas Rotter, Leigh Kinsman, Andreas Machotta, Fei-Li Zhao, Trudy van der Weijden, Ulrich Ronellenfitsch, et al. Clinical pathways for primary care: effects on professional practice, patient outcomes, and costs. Cochrane Collab. agosto de 2013:1-14. 6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de consolidação no 3, de 28 de setembro de 2017. [Internet]. 2017. 7. Brasil. Instrutivo para o Cuidado da criança e do adolescente com sobrepeso e obesidade no âmbito da APS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022. 8. Brasil. Portaria no 2.436. Estabelece a revisão de diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). set 21, 2017.

para esse contingente (crianças e adolescentes com obesidade), são necessárias ações que vão além de medidas de promoção da alimentação saudável, é necessário que os serviços de saúde, em especial, as UBS, ofereçam um cuidado qualificado.

Para a efetividade deste cuidado, o primeiro passo é sensibilizar as equipes da APS sobre a necessidade de reconhecer a obesidade na infância e na adolescência como um agravo importante, com consequências a curto, médio e longo prazo, e que ações estruturadas de cuidado podem ajudar na melhoria da saúde (1).

O cuidado de crianças e adolescentes com obesidade se organiza a partir do processo de trabalho das equipes da APS. O primeiro passo é a reflexão sobre quais ações são ofertadas para crianças e adolescentes com obesidade e quais ações poderiam ser incorporadas na rotina do serviço. A VAN bem estruturada ajuda a organizar o cuidado. O acompanhamento do estado nutricional deve ser feito desde o nascimento. A mensuração do peso e da estatura como uma atividade de rotina precisa ser complementada com a avaliação dos indicadores do estado nutricional, em especial, a avaliação frequente do IMC para idade. O consumo alimentar complementa esse olhar atento permitindo identificar práticas alimentares não saudáveis e possibilitar orientações para a adoção das diretrizes de alimentação adequada e saudável (2, 3).

O cuidado multicomponente pode ser organizado em cinco eixos: Alimentação, Atividade física, Comportamento sedentário, Sono e Saúde mental. As orientações para a alimentação adequada e saudável devem estar alinhadas com as recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira, com a organização de uma alimentação baseada em alimentos *in natura* e minimamente processados e evitando alimentos ultraprocessados. A adoção de práticas alimentares saudáveis beneficiará a toda a família e não deve se restringir apenas a aqueles com obesidade. Outro elemento do cuidado multicomponente é propiciar oportunidades de aumento da prática de atividade física, em conformidade com o Guia de Atividade Física para a População Brasileira, crianças e adolescentes precisam ser estimulados e apoiados a aumentar o tempo de atividades ativas, tanto as programadas como nas atividades de lazer, sempre respei-

tando os limites corporais e buscando por aquelas que tragam prazer e satisfação. A vida contemporânea, a violência nas cidades, o trabalho excessivo dos adultos, entre outros fatores, tem aumentado o tempo em que as crianças estão envolvidas em atividades sedentárias, em tablets, computadores e celulares, este tempo focado nas telas representa horas de atividade parada e, para além disto, é preciso estar atento aos conteúdos ofertados, com muitas propagandas de alimentos ultraprocessados que estão em jogos, redes sociais e programas voltados às crianças e adolescentes, estimulando seu consumo. É importante ressaltar que algumas crianças e adolescentes, embora apresentem alta frequência de atividade física também passam muitas horas do dia nas telas, sendo expostos à uma infinidade de conteúdos e propagandas (2, 3).

O sono é outro fator que deve ser preservado e protegido. Crianças e adolescentes precisam de mais horas de sono quando comparados aos adultos. Rotina e organização do espaço de dormir podem ajudar a regular o sono e proteger a saúde (4). Por fim, a saúde mental é um componente que precisa ser observado no cuidado de crianças e adolescentes com obesidade, questões como baixa autoestima, sofrimento mental, relação com alimento, com o corpo podem interferir na efetividade do cuidado e devem ser observadas com atenção (5).

O cuidado de crianças e adolescentes com obesidade necessita, em primeiro lugar, reconhecer esse indivíduo e suas subjetividades, a sua estrutura familiar, o ambiente no qual está inserido e quais as possibilidades de acordo com a realidade individual (1). Outro ponto importante a ser combatido é o estigma que envolve pessoas com obesidade, os profissionais de saúde precisam compreender que a obesidade é um agravo multifatorial, que pode ser prevenido e tratado e que culpabilizar os indivíduos e suas famílias pode dificultar a aderência às ações de cuidado. Diante da complexidade do cuidado de crianças e adolescentes com obesidade, é fundamental que esse cuidado

1. Kaufman, T. K., Lynch, B. A., & Wilkinson, J. M. (2020). Childhood obesity: an evidence-based approach to family-centered advice and support. *Journal of primary care & community health*, 11, 2150132720926279. 2. Brasil. Ministério da Saúde. Instrutivo para o cuidado da criança e do adolescente com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 201 p.: il. 3. Ray, D., Sniehotta, F., McColl, E., & Ellis, L. (2022). Barriers and facilitators to implementing practices for prevention of childhood obesity in primary care: A mixed methods systematic review. *Obesity Reviews*, 23(4), e13417. 4. Miller, M. A., Bates, S., Ji, C., & Cappuccio, F. P. (2021). Systematic review and meta-analyses of the relationship between short sleep and incidence of obesity and effectiveness of sleep interventions on weight gain in preschool children. *Obesity Reviews*, 22(2), e13113. 5. Beltrán-Garrayo, Lucia, et al. "Examining associations between obesity and mental health disorders from childhood to adolescence: A case-control prospective study." *Psychiatry Research* 326 (2023): 115296.

seja realizado por equipes multiprofissionais e que a abordagem leve em consideração uma abordagem multicomponente, considerando aspectos da vida cotidiana para além da alimentação e o gasto energético e que respeitem a realidade de cada indivíduo (2).

| Experiências legislativas e a importância da regulação de ambientes alimentares escolares

Fabíola Leal – Analista de Advocacy no Instituto Desiderata

Ana Sílvia Souza de Sena - Analista de Saúde no Instituto Desiderata

Importância da regulação do ambiente alimentar escolar

Nos últimos anos, a obesidade entre crianças e adolescentes tem apresentado um aumento global. Esse cenário alcançou níveis preocupantes em diversos países, configurando um desafio urgente e em escala mundial (1). No Brasil, dados do Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI, 2019) relacionados ao estado nutricional antropométrico das crianças menores de 5 anos de idade e das mães biológicas, demonstraram um percentual absoluto de 10% dentre a população brasileira, sendo 7% de sobrepeso e 3% de obesidade. Observou-se também um percentual elevado de risco de sobrepeso, de 18% (2).

O estudo também identificou uma elevada prevalência do consumo de alimentos ultraprocessados (93%) entre crianças de 2 a 5 anos de idade, refletindo um contexto no qual os alimentos ultraprocessados estão cada vez mais presentes na alimentação infantil. A disponibilidade desses produtos foi avaliada pelo estudo “Comercialização de Alimentos em Escolas Brasileiras (Caeb)”, que considerou as cantinas de escolas particulares e o ambiente ao entorno de instituições localizadas nas 26 capitais brasileiras. (3)

O estudo evidenciou a alta frequência da comercialização de alimentos ultraprocessados (AUP), com destaque para a presença, em todas as capitais, de alimentos como refrigerantes (61,8%) e salgadinhos (47,88%). Observou-se tam-

bém que o número médio de AUP comercializados é 50% superior em relação aos alimentos in natura e minimamente processados (AIMPP). Além disso, em 65,79% das cantinas, a variedade de AUP é maior do que a de AIMPP. (3)

A escola desempenha um papel fundamental na vida dos estudantes, de suas famílias e das comunidades em geral, sendo um local propício para o estímulo à promoção de uma alimentação adequada e saudável, bem como à prática de atividade física, fatores essenciais para a prevenção da obesidade infantojuvenil (4). O ambiente alimentar escolar proporciona acesso a alimentos dentro e no entorno da escola, influenciando diretamente as práticas alimentares dessa população (5).

Diante desse contexto, a preocupação com a alta prevalência da obesidade, motiva a elaboração de estratégias assertivas para promover a qualidade de vida e proteger a saúde das crianças e adolescentes, evitando o adoecimento e impactos negativos na vida adulta dessa população (6,7,8).

A promoção de ambientes alimentares saudáveis enquanto uma agenda de fortalecimento de políticas públicas, como o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), à restrição da comercialização e distribuição de alimentos ultraprocessados e à implementação de iniciativas de educação alimentar e nutricional no ambiente escolar, representam estratégias fundamentais para estimular práticas alimentares mais saudáveis. (9)

Legislação sobre Alimentação Adequada e Saudável: Iniciativas para a promoção de ambientes saudáveis no Brasil.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO (MEC)

RESOLUÇÃO N° 6, DE 08 DE MAIO DE 2020

Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar aos alunos da educação básica no âmbito do Programa Nacional de Alimentação Escolar – PNAE.

DESENVOLVIMENTO E ASSISTÊNCIA SOCIAL, FAMÍLIA E COMBATE À FOME (MDS), MS E MEC

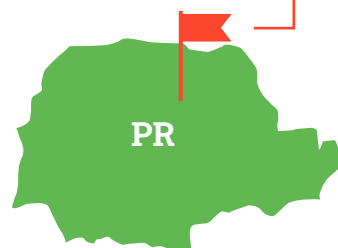
DECRETO N° 11.821, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2023

Dispõe sobre os princípios, os objetivos, os eixos estratégicos e as diretrizes que orientam as ações de promoção da alimentação adequada e saudável no ambiente escolar.

PARANÁ/PR

LEI ESTADUAL N° 14.423, DE 02 DE JUNHO DE 2004

Dispõe que os serviços de lanches nas unidades educacionais públicas e privadas que atendam a educação básica, localizadas no Estado, deverão obedecer a padrões de qualidade nutricional e de vida, indispensáveis à saúde dos alunos. A lei determina a proibição do comércio dos seguintes itens nas cantinas: bebidas alcoólicas; balas, pirulitos e gomas de mascar; refrigerantes e sucos artificiais; salgadinhos industrializados; salgados fritos e pipocas industrializadas.



FLORIANÓPOLIS/SC

LEI MUNICIPAL N° 5.853, DE 04 DE JUNHO DE 2001

Dispõe sobre os critérios de concessão de serviços de lanches e bebidas, nas unidades educacionais, localizadas no município. A lei determina a proibição do comércio dos seguintes itens nas cantinas: bebidas alcoólicas; balas, pirulitos e gomas de mascar; refrigerantes e sucos artificiais; salgadinhos industrializados; salgados fritos e pipocas industrializadas.



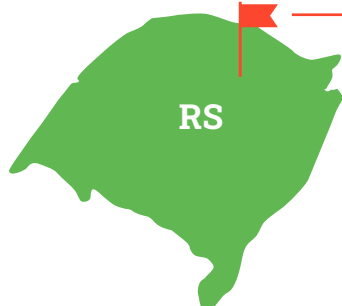
RIO GRANDE DO SUL

LEI N° 13.027, DE 16 DE AGOSTO DE 2008

Dispõe sobre a comercialização de lanches e de bebidas em escolas no âmbito do Estado do Rio Grande do Sul e dá outras providências.

LEI ESTADUAL N° 15.216, DE 30 DE JULHO 2018

Dispõe sobre a promoção da alimentação saudável e proíbe a comercialização de produtos que colaborem para a obesidade, diabetes e hipertensão em cantinas e similares instalados em escolas públicas e privadas do Estado. A lei determina a proibição do comércio dos seguintes itens nas cantinas: bebidas alcoólicas; balas, pirulitos e gomas de mascar; refrigerantes e sucos artificiais; salgadinhos industrializados; salgados fritos e pipocas industrializadas. Determina, ainda, que a cantina escolar oferecerá para consumo, diariamente, pelo menos 2 (duas) variedades de fruta da estação "in natura", inteira ou em pedaços, ou na forma de suco.



PORTO ALEGRE/RS

LEI N° 10.167, DE 24 DE JANEIRO DE 2007

Estabelece, no município de Porto Alegre, normas para o controle da comercialização de produtos alimentícios e de bebidas nos bares e nas cantinas das escolas públicas e privadas e dá outras providências.

PELOTAS/RS

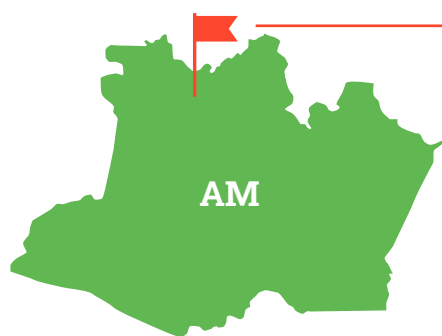
LEI N° 5778, DE 21 DE JANEIRO DE 2011

Dispõe sobre a promoção da alimentação saudável nas escolas das redes de ensino pública e privada de Pelotas.

PASSO FUNDO/RS

LEI MUNICIPAL N° 5.400, DE 23 DE JANEIRO DE 2019

Dispõe sobre a proibição da comercialização de alimentos nocivos à saúde, tais como refrigerantes, no âmbito das escolas de educação infantil e de ensino fundamental municipais e particulares do município.



MANAUS/AM

LEI N° 1414, DE 22 DE JANEIRO DE 2010

Dispõe sobre a alimentação saudável nas escolas das redes públicas e privadas de ensino na cidade de Manaus.

CAMPO GRANDE/MS

LEI N° 4.992, DE 30 DE SETEMBRO DE 2011

Define normas para a comercialização de alimentos nas cantinas comerciais da Rede Pública e Instituições Privadas de Educação Básica de Campo Grande-MS e dá outras providências.



MATO GROSSO DO SUL/ MS

LEI ESTADUAL N° 4320, DE 26 DE FEVEREIRO DE 2013

Proíbe a comercialização, confecção e distribuição de produtos que colaborem para acarretar riscos à saúde ou à segurança alimentar, dos consumidores em cantinas e similares instalados em escolas públicas situadas no estado.



DISTRITO FEDERAL

LEI N° 5146, DE 19 DE AGOSTO DE 2013

Estabelece diretrizes para a promoção da alimentação saudável nas escolas da rede de ensino do Distrito Federal.

DISTRITO FEDERAL

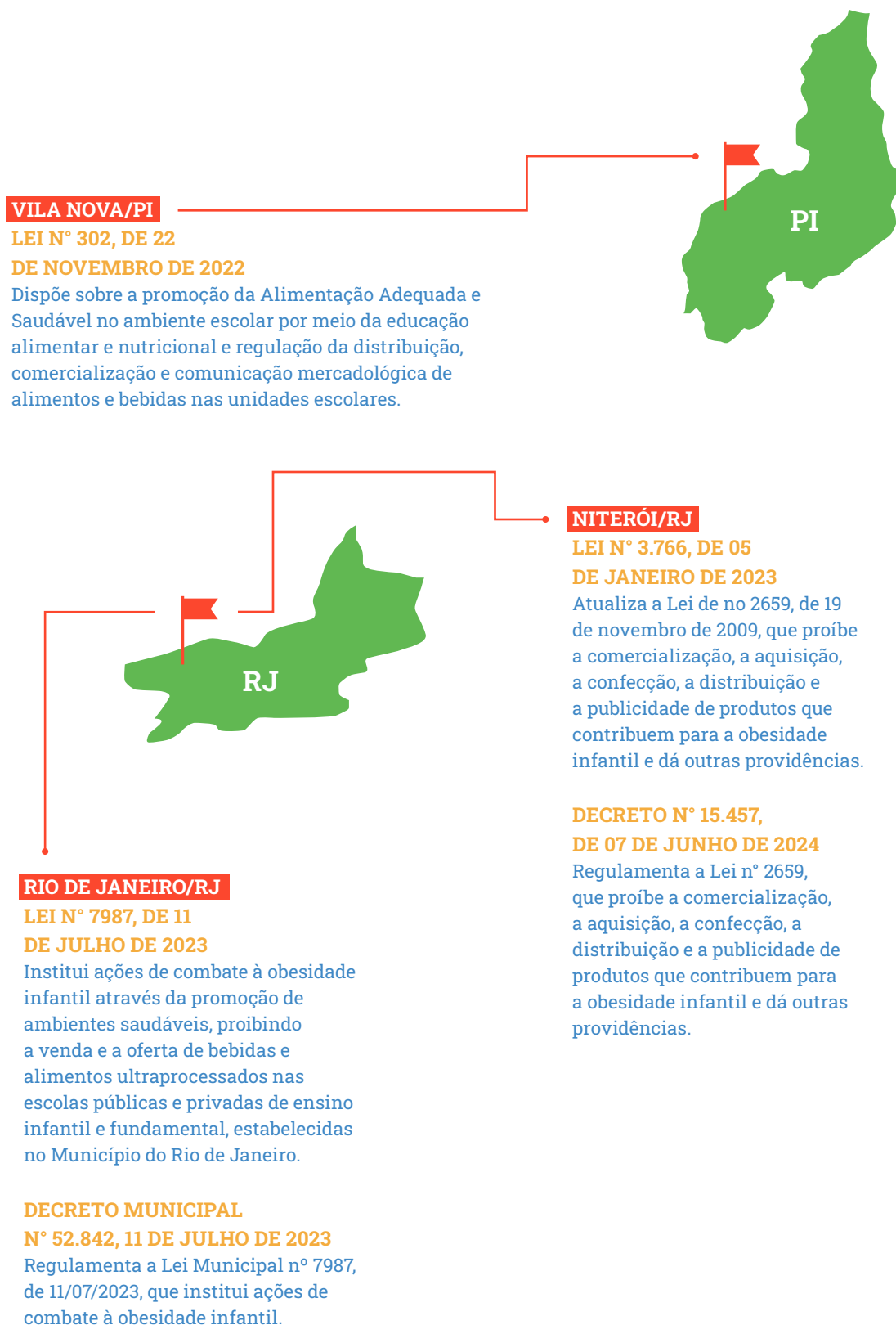
LEI N° 5.232, DE 05 DE DEZEMBRO DE 2013

Disciplina a atividade econômica das cantinas comerciais escolares na rede pública de ensino do Distrito Federal e dá outras providências. Estabelecendo os alimentos que podem ser comercializados pelas cantinas.

DISTRITO FEDERAL

LEI N° 6.475, DE 03 DE JANEIRO DE 2020

Proíbe a oferta de embutidos na composição da merenda escolar servida aos alunos dos estabelecimentos públicos de ensino do Distrito Federal.



Fonte: Adaptado de OLIVEIRA, Ana Carolina Rocha de. Análise da implementação das políticas públicas para prevenção e redução da obesidade no Estado do Rio de Janeiro. 2024. 137 f.

Projeto de lei modelo para escolas

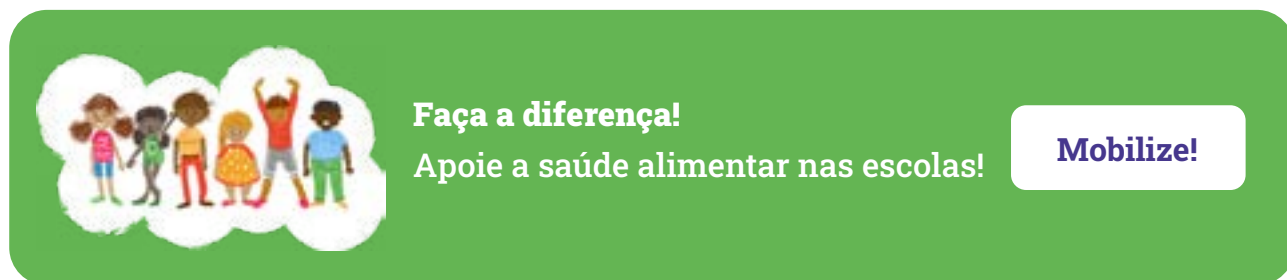
A construção de um Projeto de Lei (PL) modelo foi fruto da iniciativa da parceria entre Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC), ACT Promoção da Saúde, Instituto Desiderata, FIAN Brasil e a Aliança pela Alimentação Adequada e Saudável para a apresentação de um modelo de PL para transformar as escolas públicas e privadas do Brasil em um ambiente escolar promotor da alimentação adequada e saudável para todas as crianças brasileiras, tendo como base o Guia Alimentar para a População Brasileira. O documento busca instrumentalizar gestores, parlamentares, ativistas ou interessados na temática da alimentação escolar para apoiar ações de incidência que busquem proteger crianças e adolescentes, transformando o ambiente escolar em promotor de saúde. Apesar de toda a rede de cuidado que já existe dentro desse espaço, as escolas no país estão desprotegidas de normas e regulamentos que abranjam toda essa perspectiva do ambiente escolar saudável.

Faça a diferença!
Apoie a saúde
alimentar nas escolas!



Ferramenta de pressão política

No ano de 2023 a ferramenta do Panorama da Obesidade Infantojuvenil foi atualizada para também contar com uma ferramenta de pressão política. Trata-se de uma estratégia para que gestores, parlamentares, ativistas ou interessados na temática da alimentação escolar possam estimular suas localidades a liderarem iniciativas que buscam proteger o ambiente alimentar escolar. Ao clicar na ferramenta de pressão política do Panorama da Obesidade, basta preencher dados simples, como a sua cidade de residência, nome e endereço de e-mail para receber uma mensagem contendo o kit de mobilização. Nele você encontrará informações importantes sobre alimentação escolar, o contato de vereadores do seu município, um modelo de mensagem para ser enviadas a eles e um modelo de projeto de lei, criado a partir de uma iniciativa do (Idec) e desenvolvido por um conjunto de organizações, incluindo o Desiderata. Ao encaminhar esse material aos vereadores, você vai mostrar que também se preocupa com a alimentação oferecida nas escolas e contribuir para a mobilização sobre o tema.



1 - World Obesity Federation, 2024. 2 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Estado Nutricional Antropométrico da Criança e da Mãe: Prevalência de indicadores antropométrico de crianças brasileiras menores de 5 anos de idade e suas mães biológicas: ENANI 2019. - Documento eletrônico. - Rio de Janeiro, RJ: UFRJ, 2022. 3 - Relatório do estudo "Comercialização de Alimentos em Escolas Brasileiras (CAEB)" [livro eletrônico]: dados das cantinas escolares/coordenação Larissa Loures Mendes. Belo Horizonte, MG: Ed. Dos Autores, 2024. PDF. 4 - WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO); United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO). Making every school a health-promoting school: implementation guidance, 2021. 5 - Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC). Promovendo um Ambiente Alimentar Escolar Saudável: Apoio à Gestão Local. UNICEF e IDEC, 2023. Documento eletrônico. 6 - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Standards for improving the quality of care for children and young adolescents in health facilities. Geneva: World Health Organization; 2018. 7 - BRASIL. Ministério da Saúde. PROTEJA: Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil: orientações técnicas [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. - Brasília : Ministério da Saúde, 2022. 8- HAMPL SE, HassinkSG, SkinnerAC, et al. Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Treatment of Children and Adolescents With Obesity. Pediatrics. 2023;151(2). 9 - HENRIQUES, P, Alvarenga, C.R.T, de Almeida, G. de V., Soares, D.S.B, Dias, P. C., Barbosa, R. M. S., de Freitas, S. E. A. P., Ferreira, D. M.. Fatores promotores e competidores da alimentação adequada e saudável no ambiente alimentar escolar. Cien Saude Colet [periódico na internet] (2023/dez).





desiderata

