

ESTUDO DA PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS ALIMENTARES E OBESIDADE EM CRIANÇAS BRASILEIRAS

Adriana Cândida da Silva¹

Charlene de Oliveira Monteiro²

Elimara Gomes Filgueira²

RESUMO: As preferências alimentares infantis determinam, em grande parte dos indivíduos, o comportamento alimentar que permanecerá na fase adulta. A transição nutricional, o estilo de vida e as variáveis ambientais, socioeconômicas e culturais vêm repercutindo sobre a saúde e a qualidade de vida de indivíduos de todas as faixas etárias e a intervenção precoce vem sendo recomendada de forma a evitar o desenvolvimento de diversos problemas e distúrbios de imagem. Tendo em vista a relevância do tema e o crescimento dos transtornos alimentares e da obesidade infantil na atualidade, o objetivo do presente estudo é estudar a prevalência desses distúrbios na população infantil brasileira.

PALAVRAS-CHAVE: distorção de imagem; anorexia nervosa; bulimia nervosa; obesidade infantil.

Analysis of the prevalence of eating disorders and obesity in Brazilian children

ABSTRACT: Childhood eating preferences determine, in most of the people, the eating behavior, that remains in the adulthood. The nutritional transition, the lifestyle and environmental, socioeconomic and cultural variables reflect on the health and quality of life of individuals of all age groups and early intervention is

¹ Professora do curso de Nutrição, Mestre em Ciências da Saúde, Docente do Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde do Centro Universitário de Belo Horizonte. Contato: acandida1@gmail.com

² Estudante do curso de nutrição do Centro Universitário de Belo Horizonte.

being recommended to prevent the development of many problems and image disorders. Given the importance of the topic and the growth of eating disorders and childhood obesity today, the objective of this study is to determine the incidence of these disorders in Brazilian children.

KEYWORDS: image distortion; anorexia nervosa; bulimia nervosa; childhood obesity.

INTRODUÇÃO

Atualmente, a procura por um “corpo perfeito” simboliza um dos atributos mais importantes da sociedade contemporânea e, ao contrário, o indivíduo que não se encaixa nos padrões de beleza impostos é visto como sinônimo de falta de força de vontade, com ausência de restrições, preguiçoso e sem autocontrole. Na cultura ocidental há uma pressão muito intensa para se conquistar um corpo extremamente magro, sendo esse padronizado como “ideal” e constantemente aparecendo na mídia como uma forma de cobrança (SIMÕES; MENESES, 2007).

Como consequência dessa preocupação excessiva podem surgir os transtornos alimentares (TA), sendo os mais comuns a anorexia nervosa - AN e a bulimia nervosa - BN (VILELA *et al.*, 2004). Ambas são caracterizadas por padrões anormais de comportamento alimentar e preocupação excessiva com o controle do peso e por percepções alteradas sobre o próprio peso e corpo (GONÇALVES *et al.*, 2013).

A AN foi descrita por Morton pela primeira vez em 1694 como consumpção nervosa (RIBEIRO; SANTOS; SANTOS, 1998), onde o desejo pela magreza leva ao comportamento alimentar monótono e ritualizado. A AN pode ser do subtipo restritivo, que limita a ingestão energética e o consumo de carboidratos e lipídios, ou do subtipo purgativo, onde ocorrem episódios frequentes de compulsão alimentar e purgação. Os métodos purgativos utilizados são a indução do vômito, o uso de laxantes, diuréticos e enemas (GONÇALVES *et al.*, 2013).

De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística - DSM (APA, 1994), que é a referência usada para o diagnóstico de AN, existem quatro

importantes critérios para o diagnóstico dessa doença, sendo eles a recusa de manter o peso corporal dentro ou acima do mínimo normal adequado à idade e à altura, por exemplo, perda de peso, levando à manutenção do peso abaixo de 85% do esperado ou fracasso em ter o peso esperado durante o período de crescimento, levando a um peso corporal menor que o valor supracitado; de ganhar peso ou de se tornar gordo, mesmo com peso inferior; perturbações; no modo de vivenciar o peso, tamanho ou formas corporais, com excessiva influência destas na maneira de se auto-avaliar negando a gravidade do baixo peso e, por fim, especificamente falando do gênero feminino, a ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos (amenorréia primária ou secundária), quando é esperado o contrário.

Já a BN foi caracterizada por Russel a partir da década de 80 como síndrome distinta, pois, anteriormente, figurava apenas como sintoma coadjuvante à AN. Em 1985, o referido autor considera o fato devido à surpreendente mudança que a AN vinha sofrendo nas suas formas de depressão ou apresentação clínica, em provável resposta às modificações ocorridas no contexto sociocultural (RIBEIRO; SANTOS; SANTOS, 1998).

Em determinado aspecto, é correto afirmar que em relação ao estado nutricional depletado, a BN se difere da AN, uma vez que os bulímicos se mantêm em peso normal ou até leve sobrepeso (VILELA *et al.*, 2004) e também tendem a restringir sua ingestão alimentar, porém, perdem o controle e têm episódios de compulsão alimentar após certo tempo seguindo uma dieta restritiva. Após a compulsão, o bulímico procura compensar a alta ingestão calórica através de métodos de purgação, principalmente vômitos auto-induzidos (GONÇALVES *et al.*, 2013). A distorção do tamanho corpóreo normalmente é menor do que aquela vista na AN (VILELA *et al.*, 2004).

Segundo o DSM (APA, 1994), os critérios para o diagnóstico de BN são episódios recorrentes de consumo alimentar compulsivo (episódios bulímicos) tendo como características a ingestão de grande quantidade de alimentos em um curto período de tempo (aproximadamente duas horas), quantidade essa claramente maior do que a maioria das pessoas comeria no mesmo espaço de tempo, e a sensação de perda de controle sobre o comportamento alimentar durante os episódios; comportamentos compensatórios inapropriados para

prevenir ganho de peso, como vômitos auto-induzidos, uso de laxantes, diuréticos ou outras drogas, dieta restritiva ou jejum e exercícios vigorosos; em média, episódios bulímicos e comportamentos compensatórios duas vezes por semana por pelo menos três meses; auto avaliação indevidamente influenciada pela forma e peso corporais e distúrbios não ocorrem exclusivamente durante os episódios de AN.

Assim como ocorre na AN, a BN também pode apresentar dois subtipos, de acordo com a DSM, sendo eles o purgativo, onde há auto-indução de vômitos, uso indevido de laxantes e diuréticos, enema, e o não purgativo, sem práticas purgativas mas com prática de exercícios físicos excessivos ou jejuns.

Outro problema que vem aumentando em números alarmantes nos últimos anos em diversos países, em variadas classes sociais, níveis educacionais e faixas etárias, inclusive na pediátrica, é a obesidade (OLIVEIRA, 2009). A obesidade infantil apresentou um grande aumento nas últimas três décadas e tornou-se grande problema de saúde pública (CARVALHO *et al.*, 2013).

O comportamento alimentar em crianças é bastante influenciado pelas suas próprias características físicas, sociais e psicológicas (SILVA; MURA, 2007). A literatura sobre nutrição infantil evidencia que o comportamento alimentar das crianças é determinado, em primeira instância, pela família, da qual ela é dependente, e, secundariamente, pelas outras interações psicossociais e culturais, ou seja, o ambiente em que vive (RAMOS; STEIN, 2000). E este, quando desfavorável, poderá propiciar condições que levem ao desenvolvimento de distúrbios alimentares (OLIVEIRA; BOSCO, 2009).

Estudos mostram que crianças associam pessoas magras e gordas a qualidades negativas, enquanto indivíduos de tamanho médio foram associados a qualidades positivas. Ainda, a obesidade era vista por elas como culpa da própria criança e resultado da voracidade, fraqueza e, mais uma vez, preguiça (SIMÕES; MENESES, 2007).

Desta forma, a criança interioriza muito cedo que ter excesso de peso é motivo de vergonha e embaraçoso, estando em risco de desenvolver uma

sintomatologia depressiva por um baixo autoconceito e autoestima, levando ao seu isolamento social (SIMÕES; MENESES, 2007).

Diversos autores defendem que as preferências alimentares das crianças são influenciadas diretamente pelos hábitos dos pais e persistem frequentemente na vida adulta, caso não aconteçam mudanças neste contexto (RAMOS; STEIN, 2000; OLIVEIRA; BOSCO, 2009; CORSO *et al.*, 2012). O conhecimento dessas influências fornece substrato ao desenvolvimento de programas que visem à minimização, controle e erradicação do problema (OLIVEIRA; BOSCO, 2009).

Embora se reconheça a importância dos fatores hereditários na obesidade infantil, não há dúvida de que o hábito alimentar e o estilo de vida da criança são os principais responsáveis pelo peso em excesso (VIANA; SINDE, 2008).

A elevada prevalência de sobrepeso e obesidade é um problema de saúde pública em escala mundial, que deixou de ser exclusivo dos países desenvolvidos e passa a atingir também os países em desenvolvimento, expondo as populações infantil e adulta ao desenvolvimento de morbidades como diabete mellitus, hipertensão, hiperlipidemia e doenças cardiovasculares (OLIVEIRA; BOSCO, 2009). Por isso, o diagnóstico precoce e as intervenções no período da infância e da adolescência vêm sendo recomendados para evitar o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) na vida adulta (CORSO *et al.*, 2012).

Tendo em vista a relevância do tema e o crescimento dos TA e da obesidade infantil na atualidade, o objetivo do presente estudo é estudar a prevalência desses distúrbios na população infantil brasileira. A pesquisa refere-se a um estudo de revisão bibliográfica fundamentado por meio de consulta em artigos e periódicos publicados entre 1997 e 2013 em revistas de psicologia, pediatria e nutrição a partir das bases de dados PubMed, Scielo, Lilacs, BVS – Biblioteca Virtual em Saúde e Ministério da Saúde - Brasil.

DIMENSÕES DA IMAGEM CORPORAL E SEUS DISTÚRBIOS

Não existe, atualmente, consenso na literatura sobre as dimensões da imagem corporal e suas nomenclaturas, sendo as mais frequentemente citadas a perceptiva, a cognitiva, a comportamental e a afetiva (FERNANDES, 2007). A dimensão perceptiva é o resultado do julgamento do indivíduo sobre seu tamanho, forma e peso relativos à sua atual proporção, podendo ser avaliada pela escala da silhueta. A cognitiva relaciona-se a pensamentos e crenças quanto à forma e a aparência do corpo. Já o aspecto comportamental está relacionado com atitudes tomadas com o objetivo de mudar o corpo. E, por último, a forma de avaliação afetiva conceituada como os sentimentos individuais em relação à aparência de seu corpo (FERNANDES, 2007).

A imagem corporal e a autoimagem exercem um papel muito importante na vida de um indivíduo, determinando desde a escolha de vestimentas, preferências estéticas, habilidade de interação social (FERNANDES, 2007) até a auto aceitação e autoconfiança, quer seja em crianças, quer seja em adultos (SIMÕES; MENESES, 2007).

Quando há uma preocupação extrema com a aparência física o indivíduo pode ser levado a uma imagem corporal negativa, referidos como distúrbios da imagem corporal que são marcados por prejuízos na vida social e profissional, paralelos a um sofrimento intenso (TAVARES *et al.*, 2010).

Com o aumento da incidência dos distúrbios de imagem e crescimento desenfreado da obesidade, observa-se também a prevalência de distúrbios alimentares, sendo os mais comuns a anorexia e a bulimia, com prevalência entre 1% a 4%, de acordo com vários autores e com significativo aumento nos últimos anos, principalmente em países industrializados, mas também já fazendo parte dos problemas de saúde pública em países em desenvolvimento (VILELA *et al.*, 2004).

Em um estudo transversal realizado com 100 crianças entre oito e 12 anos, sendo 58 do gênero feminino, maioritariamente residentes em meio urbanos, Simões e Meneses (2007) objetivaram comparar o autoconceito em crianças obesas e não obesas. Verificou-se que os sujeitos não obesos (n=55) apresentavam valores médios significativamente mais elevados nas subescalas competência atlética e aparência física, enquanto que os sujeitos obesos

(n=45) apresentavam valores médios significativamente mais elevados na subescala atitude comportamental.

Em outro estudo realizado na cidade de Belo Horizonte/MG também foram avaliados 1.183 alunos, com idades compreendidas entre seis e 18 anos, de 16 escolas públicas e quatro particulares, sobre a satisfação com o próprio corpo. A idade foi dividida em quatro grupos, ficando o grupo da infância com a idade entre seis e nove anos (n=392). Destes, 37,8% estavam satisfeitos com seu corpo (n=148), 31,1% (122) insatisfeitos desejando perder peso e o mesmo valor de 31,1% (122) também insatisfeitos, mas desejando ganhar peso (FERNANDES, 2007).

Em cinco cidades do interior de Minas Gerais, foi realizado um estudo com 1.807 estudantes de escolas públicas do Ensino Fundamental e Médio, com idade entre sete e 19 anos, onde foram encontrados 59% (1.059) dos alunos insatisfeitos com sua imagem corporal, 40% (731) em uso de dieta para emagrecer e 56% (1.014) que praticavam atividade física com a finalidade de perda de peso (VILELA *et al.*, 2004).

TRANSTORNOS ALIMENTARES NA INFÂNCIA

Os TA geralmente apresentam as suas primeiras manifestações na infância e na adolescência. Primeiramente, há aqueles transtornos que ocorrem precocemente na infância e que representam alterações da relação da criança com a alimentação, mas que parece não estarem associados a uma preocupação excessiva com o peso e/ou a forma corporal, mas, mesmo assim, podem interferir no desenvolvimento infantil. Aqui encontramos o transtorno da alimentação da primeira infância, a pica, e o transtorno de ruminação (APOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000).

O transtorno da alimentação da primeira infância inicia-se antes dos seis anos de idade e constitui uma dificuldade em se alimentar adequadamente, levando a uma perda ponderal ou a uma falha em ganhar peso de forma apropriada (APOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000).

A pica é a ingestão persistente de substâncias não nutritivas, inadequadas para o desenvolvimento infantil e que não fazem parte de uma prática aceita culturalmente, sendo as substâncias mais frequentemente

ingeridas terra, barro, cabelo, alimentos crus, cinzas de cigarro e fezes de animais (SOKOL; STEINBERG; ZERBE, 1998; APOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000).

Para o transtorno de ruminação, os episódios de regurgitação (ou remastigação) repetidos, que não podem ser explicados por nenhuma condição médica, merecem destaque. Dentre as suas principais complicações clínicas estão a desnutrição, perda de peso, alterações do equilíbrio hidroeletrólítico, desidratação e até a morte (WEAKLEY; PETTI; KARWISCH, 1997; APOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000).

Mais tardiamente, geralmente após os seis anos de idade, podem ocorrer os chamados TA propriamente ditos, como a AN e a BN (APOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000) sendo estes os principais transtornos do comportamento alimentar. Esses pacientes demonstram medo extremo de ganhar peso, havendo uma distorção na imagem que têm do próprio corpo (GRILLO; SILVA, 2004).

No Brasil poucos são os estudos que determinam prevalências de TA em crianças e adolescentes (GONÇALVES *et al.*, 2013), porém, incidência e prevalência de TA em crianças e adolescentes tem aumentado significativamente nas últimas décadas (MADDEN *et al.*, 2009; ROSEN, 2010) e têm recebido uma atenção crescente devido ao reconhecimento de sua prevalência e às dificuldades relacionadas ao seu tratamento (XIMENES *et al.*, 2011).

Em crianças, os TA frequentemente necessitam internação pediátrica e médica de longo prazo, monitoramento e tratamento psiquiátrico (NICHOLLS; LYNN; VINER, 2011) e são observadas nessa população altos índices de mortalidade (XIMENES *et al.*, 2011) comparável a algumas formas de leucemia (NICHOLLS; LYNN; VINER, 2011).

A AN afeta principalmente indivíduos do gênero feminino (RIBEIRO; SANTOS; SANTOS, 1998) e caracteriza-se pela redução excessiva da ingestão alimentar, levando a uma perda intensa, progressiva e desejada de peso, sendo utilizadas dietas extremamente rígidas, com uma busca desenfreada pela magreza, chegando a graus extremos de caquexia, inanição

e até a morte (CORDÁS, 2004; VILELA *et al.*, 2004). Em função de uma distorção da imagem corporal, os indivíduos com AN mantêm a restrição proteico-calórica por não se perceberem magros mas, sim, sempre gordos (VILELA *et al.*, 2004).

A BN é extremamente rara antes dos 12 anos de idade, constituindo um transtorno característico das adolescentes e mulheres jovens, com prevalência de 4,2% a 1,1%, respectivamente (APPOLINARIO; CLAUDINO, 2000). O risco de depleção nutricional é diminuído, não chegando ao mesmo encontrado na anorexia, podendo o indivíduo estar com peso normal ou, até mesmo, com leve sobrepeso (VILELA *et al.*, 2004).

Ainda, a BN caracteriza-se por ingestão excessiva de alimentos, seguida de perda de controle e utilização de métodos compensatórios inadequados para o controle de peso, como vômitos autoinduzidos, uso abusivo de medicamentos (diuréticos, inibidores de apetite, laxantes), dietas rígidas, além de prática de exercício físico até a exaustão (RIBEIRO; SANTOS; SANTOS, 1998; CORDÁS, 2004).

A incidência da AN e da BN na infância não é bem conhecida devido à tendência de agrupar os resultados dos estudos com crianças e adolescentes, ou seja, os resultados para crianças não são analisados separadamente (MADDEN, 2009; XIMENES *et al.*, 2011). E ainda que encontrados valores de prevalência, e estes estejam baixos, deve-se destacar que tais valores podem ser subestimados devido à recusa de indivíduos com o transtorno em participar das pesquisas (GONÇALVES *et al.*, 2013).

A grande maioria dos instrumentos de rastreamento e diagnóstico de TA em crianças e adolescentes é adaptação de ferramentas para avaliação em adultos, validados originalmente na língua inglesa, conhecidos como BITE (Teste de Investigação Bulímica de Edinburgh) e ETA (Teste de Atitudes Alimentares). No entanto, sabemos que TA nessa faixa etária possui características muito próprias, pois crianças com sete a oito anos de idade ainda não apresentam a capacidade de pensamento abstrato e autoavaliação, habilidades necessárias para responder aos itens pesquisados (MOYA, 2004; XIMENES *et al.*, 2011).

Em 2008, um estudo realizado em Florianópolis com 1.219 meninas de 10 a 19 anos mostrou uma prevalência de AN de 15,6%. Mas o estudo não foi realizado com crianças menores de 10 anos (XIMENES *et al.*, 2011).

Segundo Madden *et al.* (2009), em estudo realizado na Austrália entre 2002 e 2005 foram identificadas 101 crianças, com idades entre cinco e 13 anos, com distúrbios alimentares precoces, dos quais um em cada quatro eram meninos. A maioria (78%) estava hospitalizada, 37% preencheram os critérios de diagnóstico de AN e 61% tiveram complicações com risco de vida devido à desnutrição.

De acordo com Nicholls (2011), os resultados encontrados no Estudo Britânico de Vigilância Nacional, realizado entre 2005 e 2006 com crianças e adolescentes menores de 13 anos demonstraram incidência global de TA em 208 indivíduos. No total, 37% preencheram os critérios para AN, 1,4% para BN e 43% para outro TA não especificado. Foi encontrada uma clara relação entre incidência e aumento da idade. Não foram identificados casos de TA em crianças com idade abaixo de cinco anos e dos 208 indivíduos identificados 171 (82%) eram do gênero feminino e 37 (18%) do gênero masculino.

Em um estudo transversal aplicado em cinco cidades do estado de Minas Gerais, com 1.807 alunos de escolas da rede pública do Ensino Fundamental e Médio, com idade entre sete e 19 anos, foram encontrados valores de 13,3% (241) para escolares com possíveis TA, provavelmente quadros subclínicos, com predomínio significativo do gênero feminino ($p = 0,003$). Do total de escolares, 887 (49,1%) eram do gênero masculino e 920 (50,9%) do gênero feminino (VILELA *et al.*, 2004).

Em uma pesquisa realizada com 122 escolares da rede particular, na cidade de Criciúma/SC, matriculados entre o quarto e sétimo ano do Ensino Fundamental, analisou-se alguns dados sobre satisfação da imagem corporal e foi feita a correlação do resultado com o risco de desenvolvimento de TA, como a anorexia. A amostra constituiu-se por 54 meninos (44,2%) e 68 meninas (55,7%). A maioria dos escolares encontra-se no estado nutricional (EM) de eutrofia (85,2%), seguida de um grupo com sobrepeso (10,6%) e de outro de baixo peso (4,1%). O grau de insatisfação corporal foi de 58,2% da população total. Das crianças eutróficas 9,6% desejam emagrecer, apresentando risco

para desenvolver um TA, como a anorexia. Este estudo foi feito com escolares de ambos os gêneros e de idade entre oito e 12 anos onde foram usados para a análise a avaliação nutricional e questionários com perguntas sobre a utilização ou não de dieta, sobre a prática de exercício físico com o intuito de emagrecer e perguntas relacionadas à satisfação corporal (GHISLANDI *et al.*, 2008).

Estes resultados evidenciam a importância e a necessidade de analisar a incidência de TA de crianças e adolescentes separadamente, permitindo um maior controle das desordens em cada faixa etária (NICHOLLS; LYNN; VINER, 2011). Também indicam que, mais do que em qualquer outro transtorno do comportamento na criança e no adolescente, a detecção precoce do TA é fundamental para prevenir a instalação das formas mais graves da doença. Evidências crescentes têm indicado que quanto mais precoces as intervenções terapêuticas melhor será o prognóstico em longo prazo (GRILLO; SILVA, 2004).

EPIDEMIOLOGIA DA OBESIDADE INFANTIL

A obesidade infantil tem crescido muito no Brasil nas últimas duas décadas. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a mesma representa um dos problemas de saúde pública mais graves do século XXI, sobretudo nos chamados países em desenvolvimento. Em 2010 havia 42 milhões de crianças com sobrepeso em todo o mundo, das quais 35 milhões viviam em países em desenvolvimento (IBGE, 2010). Na população adulta brasileira o percentual de excesso de peso aumentou de 43% em 2006 para 51% em 2012, de acordo com a pesquisa VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) do governo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Essa pesquisa, sob responsabilidade da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, tem como objetivo monitorar a frequência e a distribuição de fatores de risco e proteção para DCNT em todas as capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal por meio de entrevistas telefônicas realizadas em amostras probalísticas da população adulta residente em

domicílios servidos por linhas fixas de telefone em cada cidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Atualmente, observa-se uma inversão do histórico de desnutrição das crianças brasileiras ocorrendo uma elevação preocupante do sobrepeso e da obesidade (FREITAS; COELHO; RIBEIRO, 2009). No Brasil, uma em cada três crianças de cinco a nove anos está acima do peso (IBGE, 2009).

A obesidade pode estar relacionada a fatores hereditários, mas também a condições socioambientais, chamada de obesidade exógena, que é um distúrbio nutricional de cunho multifatorial influenciável por fenômenos como desmame precoce, a presença de sobrepeso na família, a alimentação excessiva, a baixa condição socioeconômica e distúrbios na dinâmica familiar (FREITAS; COELHO; RIBEIRO, 2009).

Apenas 5% dos casos de obesidade em crianças e adolescentes, aproximadamente, são decorrentes de fatores hereditários. Os 95% restantes dos casos correspondem à obesidade exógena (CARVALHO *et al.*, 2013). No Brasil, as prevalências de excesso de peso e de obesidade aumentaram com a renda nos dois gêneros e a razão de prevalências entre classes extremas de renda oscilou aproximadamente duas e três vezes (POF, 2008-2009). Na América Latina, há relatos de que a obesidade infantil tende a ser mais prevalente nas áreas urbanas e em famílias com nível socioeconômico e escolaridade materna mais elevados (SILVA; BALABAN; MOTTA, 2005).

Nos países desenvolvidos, a porcentagem de crianças com excesso de peso assume proporções assustadoras, com os índices de cerca de 30% na Europa, incluindo Portugal (VIANA; SINDE, 2008). Nos EUA, quase um terço das crianças e adolescentes estão com sobrepeso ou obesos. Mas, com a implementação de ações, como oferecer alimentos saudáveis nas escolas e comunidades e integrar a atividade física na vida diária das pessoas, o país já evidencia reduções nas taxas de obesidade infantil (ABESO, 2013).

A educação, o nível de informação da população sobre os riscos associados ao ganho de peso excessivo, bem como fatores culturais e comportamentais, tendem a assumir papel de destaque na epidemiologia da obesidade infantil e adulta. Portanto, mostra-se necessária a implantação de

programas de educação alimentar e incentivo à prática de atividades físicas nas escolas, assim como uma revisão das prioridades e estratégias de intervenção na saúde pública brasileira, como tem sido feito em nível mundial (BALAGAN; SILVA, 2001).

OBESIDADE INFANTIL

Nos últimos anos vem observando-se um importante aumento na prevalência da obesidade em diversos países e em variadas classes sociais, níveis educacionais e faixas etárias, inclusive na pediátrica (OLIVEIRA, 2009). Essa ocorrência é devida a uma alimentação inadequada generalizada, conseqüente da chamada transição nutricional que vem ocorrendo neste século. Esta é caracterizada por um aumento exagerado do consumo de alimentos industrializados, que são ricos em gordura e com alto valor calórico, associados a excessivo sedentarismo, condicionado por redução na prática de atividade física e incremento de hábitos que não geram gasto calórico, como assistir TV, uso de vídeo games e computadores, dentre outros (DAMIANI; CARVALHO; OLIVEIRA, 2000; FRANCISCHI, 2000).

Na Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) de 2008-2009, o déficit de peso foi diagnosticado em 4,1% das crianças de cinco a nove anos, com pouca variação entre os gêneros e segundo os grupos de idade. Já o excesso de peso atinge 33,5% das crianças, sendo que 6,6% do total de meninos são obesos vs 11,8% do total de meninas, ou seja, percentuais muito maiores do que para o de diagnóstico de desnutrição.

Em um estudo transversal realizado em 2009 numa escola municipal do Rio Grande do Sul, com 38 crianças de dois anos de idade, foi verificado que 46,29% apresentaram preferência por salgadinhos, biscoitos recheados, balas e chocolates (produtos industrializados). Em relação a aversões alimentares, 28,94% das crianças demonstraram aversão a frutas e vegetais, 10,52% apresentaram alergia alimentar ao leite e a seus derivados, 5,26% ao extrato de tomate e ao chocolate também 5,26% (OLIVEIRA *et al.*, 2009). Com relação à ingestão calórica, 63,64% das meninas ingeriram quantidade superior e 36,36% quantidade inferior ao recomendado. Dos meninos 66,67%

consumiram quantidade superior, 14,81% inferior e 18,52% o recomendado (OLIVEIRA *et al.*, 2009).

Em um estudo seccional exploratório realizado em 2013 com 50 crianças de zero a cinco anos atendidas em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) do Distrito Sul de Campo Grande-MS, foi encontrado risco de sobrepeso em 20%, sobrepeso em 14,6%, obesidade em 8,3% e apenas 2,1% de magreza (COSTA; NARVÁEZ, 2013).

Outro estudo com 699 crianças, na faixa etária de cinco a nove anos, realizado na rede de ensino público e privado de Feira de Santana-BA em 2001, foi encontrada a prevalência total de sobrepeso de 9,3% e de obesidade de 4,4%. Não houve diferença significativa entre os gêneros e a faixa etária. Analisando as escolas, a prevalência nas públicas foi de 6,5% e 2,7% e nas privadas de 13,4% e 7,0%, respectivamente, para sobrepeso e obesidade (OLIVEIRA *et al.*, 2003).

Os resultados de um estudo realizado numa instituição pública de Florianópolis em 2003 com crianças em idade de sete a 10 anos revelaram prevalência de 17,9% de sobrepeso, sendo maior no gênero masculino (19,1%) do que no feminino (16,7%), e 6,7% de obesidade, com maiores valores no gênero masculino (7,9%) do que no feminino (5,4%). Por faixa etária, a maior prevalência de sobrepeso foi aos oito anos (20,4%) e a maior prevalência de obesidade foi aos nove anos (6,8%). Considerando-se faixa etária e gênero, a maior prevalência de sobrepeso foi no gênero feminino aos oito anos e de obesidade no gênero masculino aos sete anos de idade (SOAR, 2003).

Portanto, todos esses resultados, principalmente em várias regiões do Brasil, demonstram que o estilo de vida insatisfatório bem como a alimentação inadequada é muito prevalente nas faixas etárias pesquisadas, o que contribui significativamente para os distúrbios nutricionais encontrados e para o crescimento de todas as comorbidades que podem estar associadas a eles, conforme evidenciado na literatura.

CONCLUSÃO

As preferências alimentares tem início na infância e determinam, em grande parte dos indivíduos, o hábito alimentar na fase adulta, podendo prevenir ou desencadear o desenvolvimento de DCNT.

Relacionados a hábitos inadequados, surgem na contemporaneidade as exigências de padrão de beleza impostas pela sociedade e o aparecimento de distúrbios relacionados à imagem corporal, como forma de compensação, contribuindo para o desenvolvimento de TA, inclusive dentre a população infantil, conforme verificado nesta revisão.

Sabe-se que o hábito alimentar sofre grande influência familiar e social e que a consequência mais direta relacionada ao hábito inadequado é a obesidade, um problema de saúde pública que vem crescendo cada vez mais na idade infantil mas que atinge todas as faixas etárias, tornando-se preocupação mundial e sendo considerada por alguns autores como uma epidemia nos dias atuais.

Nesse contexto, o estudo mostra a importância de haver uma conscientização dos pais em relação ao comportamento alimentar transmitido aos filhos e a atenção dada a este tema desde cedo permitindo a percepção de possíveis sinais desses distúrbios, uma vez que são difíceis de detectar e, na maioria das vezes, perceptíveis apenas nos estágios mais avançados.

Além disso, foi verificado que o diagnóstico precoce e as intervenções no período da infância vêm sendo fortemente recomendados para evitar o agravamento dos distúrbios e suas consequências na fase adulta. Entretanto, os métodos de avaliação de TA ou de seus sintomas, como BITE e EAT, devem ser revistos e estruturados para que estas ferramentas sejam forma de diagnóstico precoce. E ainda, visto que não existem, nem por métodos traduzidos, ferramentas de diagnóstico direcionadas exclusivamente a crianças e adolescentes, observa-se a necessidade de elaboração das mesmas a fim de possibilitar avaliação fidedigna dessa faixa etária.

Ressalta-se também a importância do tratamento com uma equipe multiprofissional bem treinada composta por médicos, psicólogos e nutricionistas especialistas e a necessidade do levantamento de mais dados

relacionados às crianças, uma vez que os estudos são, geralmente, referentes a adolescentes por serem esses distúrbios mais comuns nessa faixa etária.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABESO. *Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica*. 2013. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/enoticia/1038/avancos.shtml>. Acesso em: 20 set. 2013.

APA. American Psychiatric Association. *DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington DC, 1994.

APPOLINARIO, J.C.; CLAUDINO, A.M. *Transtornos alimentares*. Rev. Bras. Psiquiatr. São Paulo, v.22, n.2, p.28-31, ano 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000600008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 set. 2013.

BALAGAN, G.; SILVA, G.A.P. *Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes de uma escola da rede privada de Recife*. Jornal de Pediatria. Rio de Janeiro, v.77, p.96-100, 2001.

CARVALHO, E.A.A. et al. *Obesidade: aspecto epidemiológico e prevenção*. Rev. Med. Minas Gerais, v.23, n.1, p.74-82, 2013.

CORDÁS, T.A. *Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico*. Revista de Psiquiatria Clínica. São Paulo, v.31, n.4, p.154-157, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832004000400003&lng=en&tlng=pt. Acesso em: 20 out. 2013.

CORSO, A.C. et al. *Fatores comportamentais associados ao sobrepeso e à obesidade em escolares do Estado de Santa Catarina*. Rev. Bras. Est. Pop. Rio de Janeiro, v. 29, n.1, p.117-131, jan./jun., 2012.

COSTA, S.C.; NARVÁEZ, P.L.V. *Fator de risco familiar: sobrepeso e obesidade infantil*. An. Congr. Bras. Med. Fam. Comunidade. n.12, p.637, 2013.

DAMIANI, D., CARVALHO, D.P.; OLIVEIRA, R.G. *Obesidade na infância – um grande desafio*. *Pediatria Moderna*, v.36, n.8, p.489-528, 2000.

FERNANDES, A.E.R. *Avaliação da imagem corporal, hábitos de vida e alimentares em crianças e adolescentes de escolas públicas e particulares de Belo Horizonte* [Dissertação de Mestrado]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais. 2007.

FRANCISCHI, R.P.P. et al. *Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento*. *Revista de Nutrição*, v.13, n.1, p.17-28, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732000000100003&lng=en&tlng=pt>. Acesso em: 19 out. 2013.

FREITAS, A.S.S.; COELHO, S.C.; RIBEIRO, R.L. *Obesidade infantil: influência de hábitos alimentares Inadequados*. *Saúde & Amb. Rev.*, v.4, n.2, p.9-14, 2009.

GHISLANDI, A.M.P.; BORTOLATTO, J.; DUTRA, J.S.; ROSSO, L.D.; OSELLAME, V.M.; DALTOÉ, L. *Aplicação de questionário para verificação de prevalência e desenvolvimento de anorexia nervosa em escolares de uma escola privada de criciúma – SC*. *Revista de pesquisa e extensão em saúde*, v.4, n.1, p.1, 2008.

GONÇALVES, J.A. et al. *Transtornos alimentares na infância e na adolescência*. *Rev. Paul. Pediatr.* v.31, n.1, p.96-103, 2013.

GRILLO, E.; SILVA, R.J.M. *Manifestações precoces dos transtornos do comportamento na criança e no adolescente*. *J. Pediatr.* v.80, n.2, p.21-27, 2004.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *POF. Pesquisa de Orçamento Familiar 2008-2009. Instituto Nacional de Despesa Familiar. 1974-1975. Instituto nacional de Alimentação e Nutrição. Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição 1989*. Diretoria de pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro, 2009.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Instituto Nacional de Despesa Familiar. POF 2008-2009: desnutrição cai e peso das crianças*

brasileiras ultrapassa padrão internacional. 2010. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php

?id_noticia=1699&id_pagina=1. Acesso em: 23 set. 2013.

MADDEN, S. et al. *Burden of eating disorders in 5–13-year-old children in Australia*. v.190, n.8, p.410-414, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Pesquisa Vigitel 2012: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico*. Portal da Saúde, 2013. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/12926/162/mais-da-metade-da-populacao-brasileira-tem-excesso-de-peso.html>. Acesso em: 10 nov. 2013.

MOYA, T. *Criação e análise da sessão de transtornos alimentares do DAWBA (levantamento sobre o desenvolvimento e bem-estar de crianças e adolescentes)*. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. 2004.

NICHOLLS, D.E.; LYNN, R.; VINER, RM. *Childhood eating disorders: British national surveillance study*. The British Journal of Psychiatry, Londres, v.198, n.4, p.295-301, 2011.

OLIVEIRA, A.M.A. et al. *Sobrepeso e obesidade infantil: influência de fatores biológicos e ambientais em Feira de Santana, BA*. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia. Rio de Janeiro, v.47, n.2, p.144-150, 2003.

OLIVEIRA, P.; BOSCO, S.D. *Hábitos alimentares de crianças com dois anos de idade em escolas municipais da cidade de Lajeado, RS*. Destaques Acadêmicos Univates. Rio Grande do Sul, v.1, n.3, p. 53-60, 2009.

OLIVEIRA, R.M.S. et al. *Influência do estado nutricional pregresso sobre o desenvolvimento da síndrome metabólica em adultos*. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. São Paulo, v.92, n.2, p.107-112, 2009.

RAMOS, M.; STEIN, L.M. *Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil*. J. Pediatr. Rio de Janeiro, v.76, n.3, p.229-237, 2000.

RIBEIRO, R.P.P.; SANTOS, P.C.M.; SANTOS, J.E. *Distúrbios da conduta alimentar: anorexia e bulimia nervosas*. Medicina. Ribeirão Preto. Simpósio: Nutrição Clínica. n.31, p.45-53, 1998.

ROSEN, D.S. *Identification and Management of Eating Disorders in Children and Adolescents*. Pediatrics. Illinois, v.126, n.6, p.1240-1253, 2010.

SILVA, G.A.P.; BALABAN, G.; MOTTA, M.E.F.A. *Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes de diferentes condições socioeconômicas*. Revista Brasileira Saúde Materno Infantil. Recife, v.5, n.1, S, p.53-59, 2005.

SILVA, S.M.C.S.; MURA, J.D.P. *Tratado de alimentação, nutrição e dietoterapia*. São Paulo: Ed. Roca, 2007. p.347.

SIMÕES, D.; MENESES, R.F. *Auto-conceito em crianças com e sem obesidade*. Psicologia: Reflexão e Crítica. Porto, v.20, n.2, p.246-251, 2007.

SOAR, C. *Índices antropométricos no diagnóstico de sobrepeso e obesidade de escolares de uma instituição pública de Florianópolis, SC*. 2003. Dissertação de mestrado. UFSC.

SOKOL, M.S.; STEINBERG, D.; ZERBE, K.J.Z. *Childhood eating disorders*. Curr. Opin. Pediatr. São Paulo, v. 22, n.10, p.369-77, 1998.

TAVARES, M.C.G.C.F. et al. *Avaliação perceptiva da imagem corporal: história, reconceituação e perspectivas para o Brasil*. Psicologia em Estudo. Maringá, v.15, n.3, p.509-518, 2010.

VIANA, V.; SINDE, S. *O comportamento alimentar em crianças: estudo de validação de um questionário numa amostra portuguesa*. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v26n1/v26n1a09.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2013.

VILELA, J.E.M. et al. *Transtornos alimentares em escolares*. Jornal de Pediatria. Minas Gerais, v.80, n.1, p.49-54, 2004.

XIMENES, R.C.C. et al. *Versão brasileira do "BITE" para uso em adolescentes*. Arquivos Brasileiros de Psicologia. Rio de Janeiro, v.63, n.1, p.1-110, 2011.

WEAKLEY, M.M.; PETTI, T.A.; KARWISCH, G. *Case study: chewing gum treatment of rumination in an adolescent with an eating disorder*. J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. Indianapolis, v. 36, n.8, p.1124-7, 1997.