

Prevalências e Tendências ao Redor do Mundo

ebook.ecog-obesity.eu/pt/epidemiologia-prevencao-europa/prevalencias-e-tendencias-ao-redor-do-mundo



Tim Lobstein

Federação Mundial de Obesidade (conhecida anteriormente como Associação Internacional para o Estudo da Obesidade)

Londres, Reino Unido.

tlobstein@worldobesity.org

Traduzido ao Português no âmbito da iniciativa PerMundo (traduções gratuitas das páginas web e documentos para associações sem fins lucrativos). Projeto dirigido por Mondo Agit. Tradutor: Heitor Katlauskas Muraro. Revisor: Paulo Paz.

Introdução

Embora existam diversos métodos e abordagens distintas na determinação da obesidade e do sobrepeso nas crianças, todas as pesquisas disponíveis possuem uma característica em comum: todas apresentam um aumento rápido e significativo no número de crianças afetadas, na maioria das regiões do mundo. Nas economias mais desenvolvidas a prevalência dos níveis de obesidade infantil dobraram e em alguns casos triplicaram, do fim dos anos 70 até o fim do século, [1] e sendo mais alto entre as famílias de baixa renda e alguns grupos étnicos minoritários. Nas economias menos desenvolvidas os níveis de obesidade infantil também aumentaram rapidamente, principalmente desde os anos 1990, e em especial em áreas urbanas e entre as crianças de famílias em melhor situação [2].

As definições do sobrepeso e da obesidade infantis na pesquisa

Quanto às crianças mais novas, é normal utilizar ‘peso por altura’ ao invés do IMC para indicar a situação nutricional. A prática se baseia nas definições existentes utilizadas para avaliar o peso insuficiente e o crescimento, onde o peso de acordo com a idade, a altura de acordo com a idade e a relação de peso pela altura são comparadas com as curvas de crescimento padrões de uma população de referência.

Nos últimos anos, o IMC vem sendo usado para validar, numa avaliação indireta, da medida de adiposidade dos adultos, e cada vez mais aceito como medida de adiposidade nas crianças mais velhas e nos adolescentes para a pesquisa [1], [3], e esse último nos levou a várias abordagens na escolha dos valores limites adequados do IMC levando-se em conta as variações no IMC durante o crescimento normal. Diversos gráficos de IMC por idade foram criados, tais como aqueles usados pelo US National Centre for Health Statistics, ou aqueles usados pelo Departamento Britânico de Saúde, ou aqueles criados por outras instâncias nacionais. Tais curvas nacionais de referência estabelecem um conjunto de limites para definir o sobrepeso e a obesidade entre as crianças de cada gênero, em todas as idades.

Deve-se notar que as curvas de referência para definir o sobrepeso e a obesidade podem auxiliar na comparação de grupos populacionais distintos e no acompanhamento de mudanças na população ao longo do tempo, mas quanto à avaliação clínica mais cuidadosa de cada criança se faz necessária para acompanhar as tendências individuais de crescimento e garantir que, por exemplo, um IMC alto não se deve à massa muscular adicional ou ao crescimento linear atrofiado.

As dificuldades em comparar as pesquisas que usavam as curvas de referências nacionais distintas nos levam à definição de um grupo de especialistas, organizado pela International Obesity Task Force (IOTF), no qual sugere um limite de IMC com base no agrupamento dos dados coletados no Brasil, na Grã-Bretanha, em Hong Kong, em Cingapura, na Holanda, e nos EUA. O grupo definiu que o sobrepeso e a obesidade infantil seriam definidos de acordo com as curvas de percentis de IMC que passaram pelos pontos de corte de IMC, entre 25 e 30 aos 18 anos de idade. O IMC por conjunto etário e específico de gênero resultante para crianças foi publicado em 2000 [4]. Uma versão mais detalhada dessa abordagem, estendendo os limites de corte para abrangerem os IMC 35 e 40 aos 18 anos, em intervalos mensais entre a idade de 2 até 18 anos fora publicado em 2015 [5].

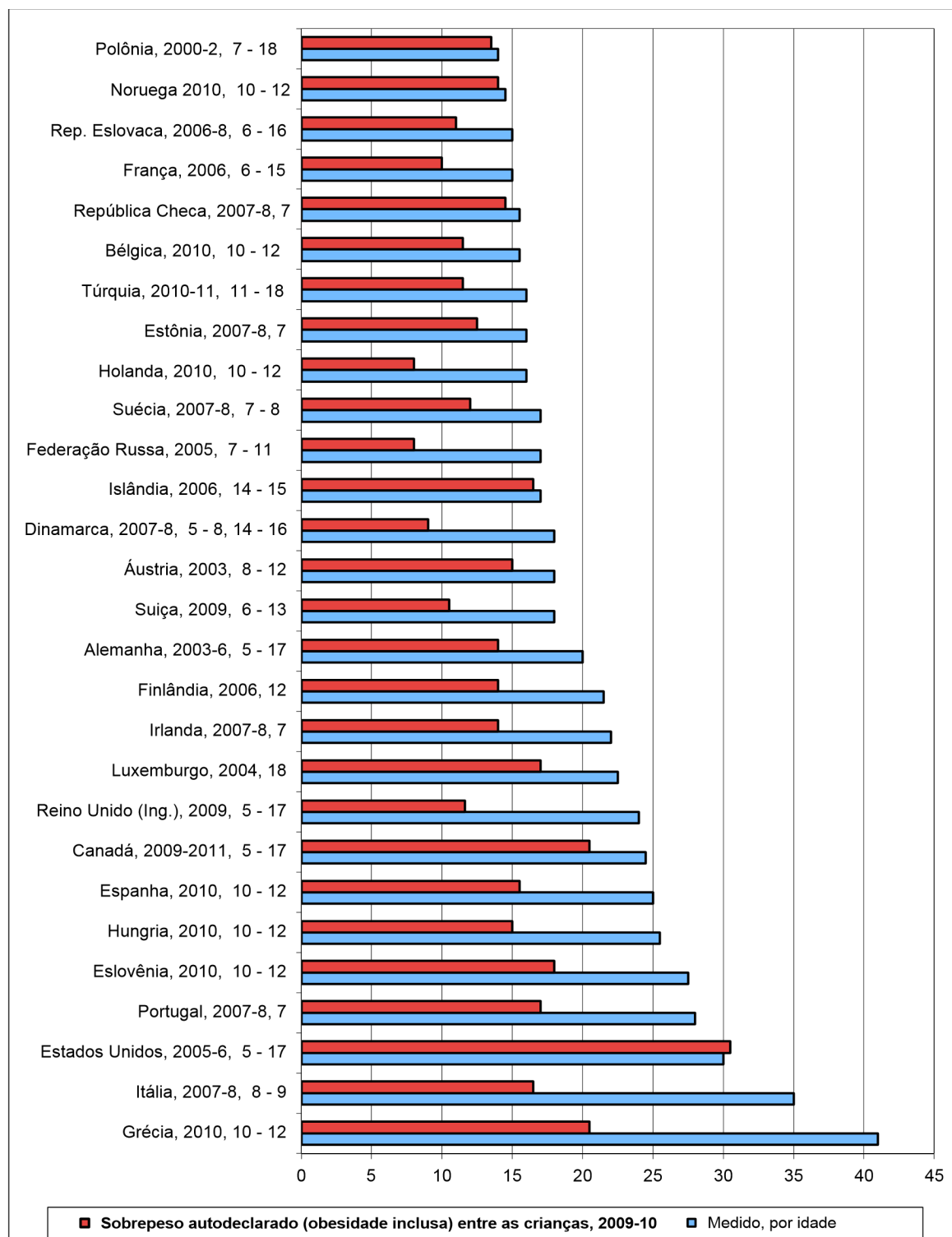
Embora a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomendara anteriormente o uso de um conjunto de valores limites baseados em uma população de referência produzidos nos EUA, esta revisou recentemente suas recomendações. Os dados norte-americanos contavam com um grande número de crianças alimentadas com uma fórmula de padrões de crescimento diferentes de crianças amamentadas, e possivelmente subestimar a verdadeira extensão do sobrepeso em crianças mais jovens. A OMS publicou posteriormente um conjunto de gráficos padrões de crescimento com base nos dados dos bebês e das crianças com idades entre 0 a 5 anos e estenderam essas curvas para estabelecerem estatisticamente um

conjunto de gráficos de referência para as crianças entre os 5 e os 19 anos de idade [6]. Esses padrões e gráficos de referência da OMS são discutidos mais detalhadamente no capítulo deste livro por De Onis. Como consequência dessas abordagens diferentes, deve-se tomar cuidado ao consultar os dados publicados preponderantes de sobrepeso e obesidade, e os níveis de prevalência com base em um conjunto de curvas limite ou de referência não devem ser comparados diretamente com aqueles baseados em outros. Além disso, o uso dos limites podem diferir, com alguns relatórios dando o valor da prevalência para todas as crianças com 'sobrepeso', incluindo aquelas que estão obesas, ao passo que outras possam apresentar o nível de prevalência do sobrepeso com exceção dos obesos. Os leitores devem notar também os níveis norte-americanos de prevalência que às vezes se referem 'aos que correm o risco de sobrepeso' e 'aqueles com sobrepeso' para as duas camadas superiores de adiposidade, e às vezes ao 'sobrepeso' e 'obeso'.

Além disso, a metodologia da pesquisa precisa ser cuidadosamente analisada. Uma das principais fontes de imprecisão é o uso de alturas e pesos informados pelas crianças ou pelos pais, ao invés de utilizar as medidas tiradas diretamente pelo profissional de saúde. As diferenças podem ser bem grandes. A figura 1 apresenta estimativas da prevalência de sobrepeso (utilizando as definições da IOTF) baseados nos dados autodeclarados e nos mensurados diretamente.

Fig. 1: Comparações dos dados mensurados e os autodeclarados avaliam o sobrepeso e a obesidade nos países selecionados

O critério de sobrepeso definido pela IOTF (incluindo os obesos).



Fonte: OECD 2013 [26]

Neste capítulo, salvo disposto em contrário aos níveis de prevalência, são baseados nas alturas, e pesos, e sobrepeso e obesidade medidos foram definidos pelo esquema internacional de classificação da IOTF

Níveis mundiais de prevalência

O cálculo da prevalência mundial de sobrepeso e de obesidade entre as crianças em idade escolar foi feito pela primeira vez em 2004, quando concluímos que aproximadamente 10% das crianças em idade escolar (com idades entre 5 e 17 anos) estavam acima do peso, cerca de um quarto dessas crianças eram obesas (2% a 3% das crianças globalmente) [1]. Essa média global abrange uma ampla gama de níveis de prevalência nas diferentes regiões e países, com a importância do sobrepeso na África e na Ásia com médias bem abaixo de 5% e nas Américas e na Europa acima de 20%. Os cálculos mais recentes mostram poucas mudanças gerais, mas enquanto os níveis de prevalência do sobrepeso alcançam a estabilidade ou até mesmo um leve declínio nos países com rendas maiores, esta cresceu significativamente nos países em desenvolvimento emergentes (veja a Tabela 1).

Tabela 1: Prevalência estimada do excesso de peso corporal nas crianças em idade escolar nas regiões mundiais, 2010-2013

Porcentagem de crianças entre 5 e 17 anos

Regiões definidas de acordo com a Organização Mundial de Saúde As definições de sobrepeso e obesidade de acordo com a IOTF

Região*	Obeso		Acima do peso (incluindo obesos)	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
Américas	9,6	9,3	27,9	26,3
Europa e antiga União Soviética	4,6	4,2	20,4	19,4
Oriente Médio e Norte da África	6,4	6,7	17,0	18,8
Sudeste asiático (inclusive a Índia)	2,5	0,5	12,6	7,1
Oeste do Pacífico (inclusive a China)	2,0	1,2	8,0	6,2
África (subsaariana)	1,0	1,1	3,8	5,7
Estimativa global	3,8	3,0	14,0	12,1

Fonte: IASO 2013 [9]

Américas

Dados nacionais abrangentes e comparáveis sobre tendências na prevalência da obesidade estão disponíveis nos EUA, onde as pesquisas foram realizadas desde os anos 1960. Dados de 2009-2010 mostram que 34% das crianças com idades entre 5 e 17 anos estavam com sobrepeso (inclusive as obesas) [7]. No Canadá, 26% das crianças mais novas e 29% das crianças mais velhas tinham sobrepeso em uma pesquisa de 2004, praticamente o dobro dos níveis de prevalência detectados entre as crianças 25 anos antes [8].

Os países da América Central e do Sul apresentam taxas rapidamente crescentes de obesidade [9]. No México, uma pesquisa com as crianças com idades entre 11 e 14 anos entre 1989 e 1999 encontrou 33% tanto de homens como de mulheres que estavam com sobrepeso ou obesos (utilizando as definições norte-americanas). Os níveis estavam mais altos entre as famílias mais abastadas e nas áreas urbanas. A prevalência de sobrepeso entre as crianças em idade escolar no Brasil era de 14% em 1997 (comparado com apenas 4% em 1974). No Chile em 2000 a prevalência de sobrepeso entre os estudantes era de 26% e na Argentina em 2005 era de 30%.

Europa

A mais alta prevalência dos níveis de obesidade infantil nesta região é encontrada em diversos países do sul da Europa. A Child Obesity Surveillance Initiative iniciou uma metodologia consistente de supervisão em diversos países europeus, que mostra a prevalência de sobrepeso (incluindo a obesidade) entre as crianças com idades entre 7 e 8 anos variam de 15% na Noruega a 36% na Itália [10].

Tabela 2. A obesidade infantil em alguns países europeus 2009-2010

Crianças com idade entre 7 e 8 anos, critérios da IOTF

	Obeso		Acima do peso (incluindo obesos)	
	Male	Mulher	Homem	Mulher
Noruega	3,0	4,0	13,5	17,4
Bélgica	3,9	4,9	14,5	18,4
Letônia	4,5	3,1	15,3	15,1
Rep. Tcheca	3,8	4,0	15,8	14,7
Suécia	2,5	3,5	16,0	17,8
Lituânia	5,1	5,1	16,1	16,2
Bulgária	6,6	9,0	20,1	24,2
Irlanda	6,3	5,6	21,1	22,8
Eslovênia	7,8	6,7	24,7	23,8
Portugal	7,9	9,3	26,8	28,5
Itália	13,6	11,8	37,2	34,7

Fonte: Wijnhoven et al 2012 [10]

Um gradiente acentuado entre o norte e o sul na Europa fora encontrado nesta e em outras pesquisas, e as razões disto não estão claras. Embora fatores genéticos possam desempenhar um papel, todos os países da região apresentaram um aumento acentuado da prevalência das décadas recentes indicando que todas as crianças estão expostas a algum grau de risco. A renda do lar ou da família da criança pode ser uma variável importante, possivelmente mediada pelos fatores alimentares relativos à renda tais como a alimentação materna durante a gravidez, ou a amamentação tanto no peito ou com o uso de mamadeira durante a infância, assim como a qualidade da alimentação durante a infância. O grau da desigualdade social também pode desempenhar um papel importante (veja abaixo).

Norte da África, Leste do Mediterrâneo e o Oriente Médio

Diversos países nesta região aparentam possuir altos níveis de obesidade infantil. A tabela abaixo (Tabela 3) tem como fonte as alturas e pesos autodeclarados na pesquisa Global Schoolbased Student Health Survey, com crianças entre 13 e 15 anos [11].

Tabela 3. O sobrepeso e a obesidade autodeclaradas pelas crianças em alguns países do Norte da África, Leste do Mediterrâneo e Oriente Médio, 2007-2012

Crianças com idade entre 13 e 15 anos, critérios da IOTF

	Obeso	Acima do peso inclusive obesos
Paquistão 2009	1	6.5
Iêmen 2008	4.4	11.8
Sudão 2012	3.6	11.4
Marrocos 2010	2.5	14.1
Jibuti 2007	4.6	16.3
Jordânia 2007	5	21.2
Síria 2010	5.8	21.7
Palestina 2010	6.1	22.4
Libano 2011	6.7	24.1
Iraque 2012	7.9	25.3
Líbia 2007	8.2	26
Egito 2011	7	32.5
EAU 2010	14.4	38.4
Kuwait 2011	22.7	51.4

Fonte: Global School-based Student Health Survey [11]

O problema não está restrito aos adolescentes. Uma pesquisa com quase 20.000 crianças na Arábia Saudita em 2005 apurou que 12% das crianças de cinco anos estão acima do peso, subindo para mais de 27% aos 10 anos, e permanecem neste nível pela adolescência. Na província de Birjand, no Irã, 18% das crianças do jardim de infância com idade entre 2,0 e 4,9 anos estavam com sobrepeso ou obesas [12]. Na idade de 10 anos, 39% dos meninos do Kuwait estavam com sobrepeso ou obesos, [13] embora em Marrocos o valor é inferior a 9% [14].

Ásia e Pacífico

Nos países mais desenvolvidos economicamente os níveis de prevalência para as crianças em idade pré-escolar e escolar são substancialmente maiores. Entre as crianças e os adolescentes australianos com idade entre 7 e 15 anos, a prevalência de sobrepeso (incluindo a obesidade) dobrou de 11% para 21% entre os anos de 1985 e 1995, e alcançou 27% em 2007-2008 [15].

Tabela 4. A prevalência do sobrepeso infantil em alguns países da Ásia e da Australásia, 2007-2012
Sobrepeso pelos critérios da IOTF

	Ano da pesquisa	Idade	Homem	Mulher
Sri Lanka	2003	10 - 15	1,7	2,7
China	2009	6 - 12	15,5	14,5
Ilhas Maurício	2006	9 - 10	15,8	18,9
Índia	2007/8	2 - 17	20,6	18,3
Singapura	1993	10	25,5	17,6
Taiwan	2001	6 - 18	26,8	16,6
Austrália	2007	2 - 16	22	24
Nova Zelândia	2007	5 - 14	28,2	28,8

Fonte: IASO [9]

Na China continental, sua população equivale a um quinto da população mundial, a prevalência da obesidade vem aumentando rapidamente tanto com adultos quanto com crianças nas últimas duas décadas. Ao se usar os dados coletados para estimar o sobrepeso, uma meta-análise do sobrepeso estimado em 2% das crianças chinesas no início dos anos 1980, aumentou para 21% entre 2006 e 2010. A prevalência tendia a ser maior entre os meninos, e maior entre as crianças vivendo nas áreas urbanas [16].

África Subsaariana

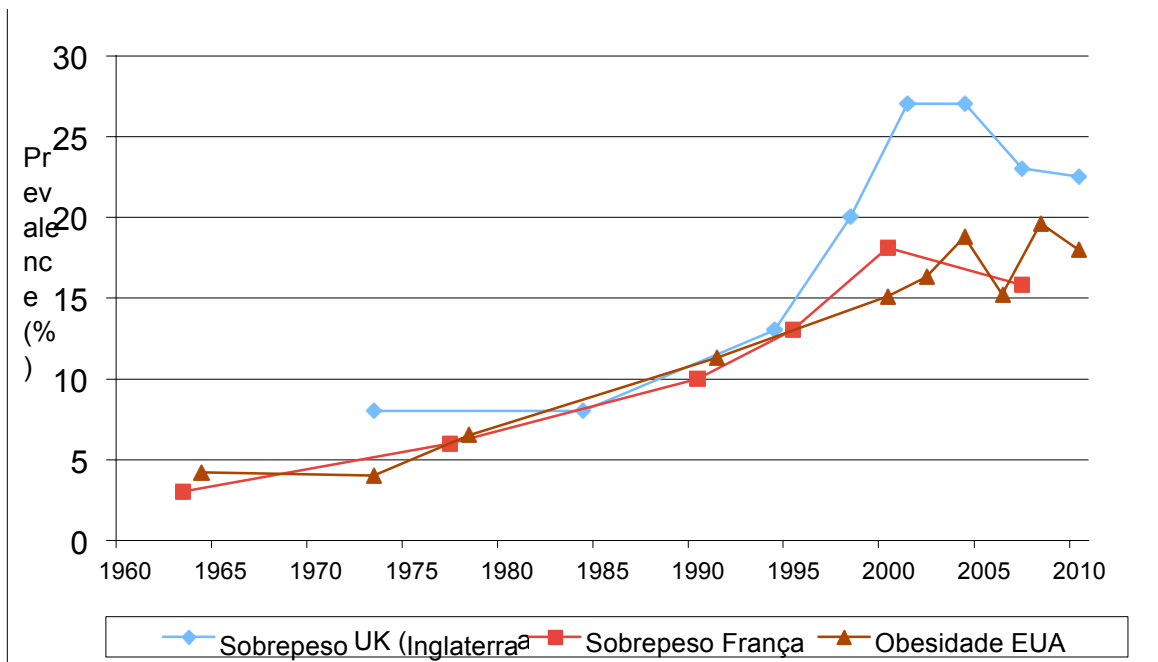
Existem muito poucas pesquisas vindas dos países Africanos que podem apresentar os números da obesidade infância, como a maioria dos programas alimentares públicos de saúde focaram na subnutrição e nos problemas da segurança alimentar. A prevalência da obesidade infantil continua muito baixa nesta região, embora pareça estar crescendo em diversos países. Na África do Sul, a obesidade infantil está aumentando: a prevalência de sobrepeso (incluindo a obesidade) entre os jovens de 13 a 19 anos era menor que 20% em 2002, mas subiu para quase 26% em 2008, com as meninas mais significativamente com sobrepeso (36%) do que com os meninos (14%) [17].

As diferenças demográficas e as tendências seculares

Como já observado, as três últimas décadas notaram aumentos nunca vistos na prevalência da obesidade infantil. A América do Norte e alguns países da Europa apresentaram crescimento consistente na prevalência ano após ano, embora pesquisas recentes indicam que as tendências ascendentes estão abrandando, com os níveis de prevalência em um patamar desde 2005 [9].

Fig. 2: As tendências nos EUA, na Inglaterra e na França mostram o patamar aparente de sobrepeso/obesidade em 2005

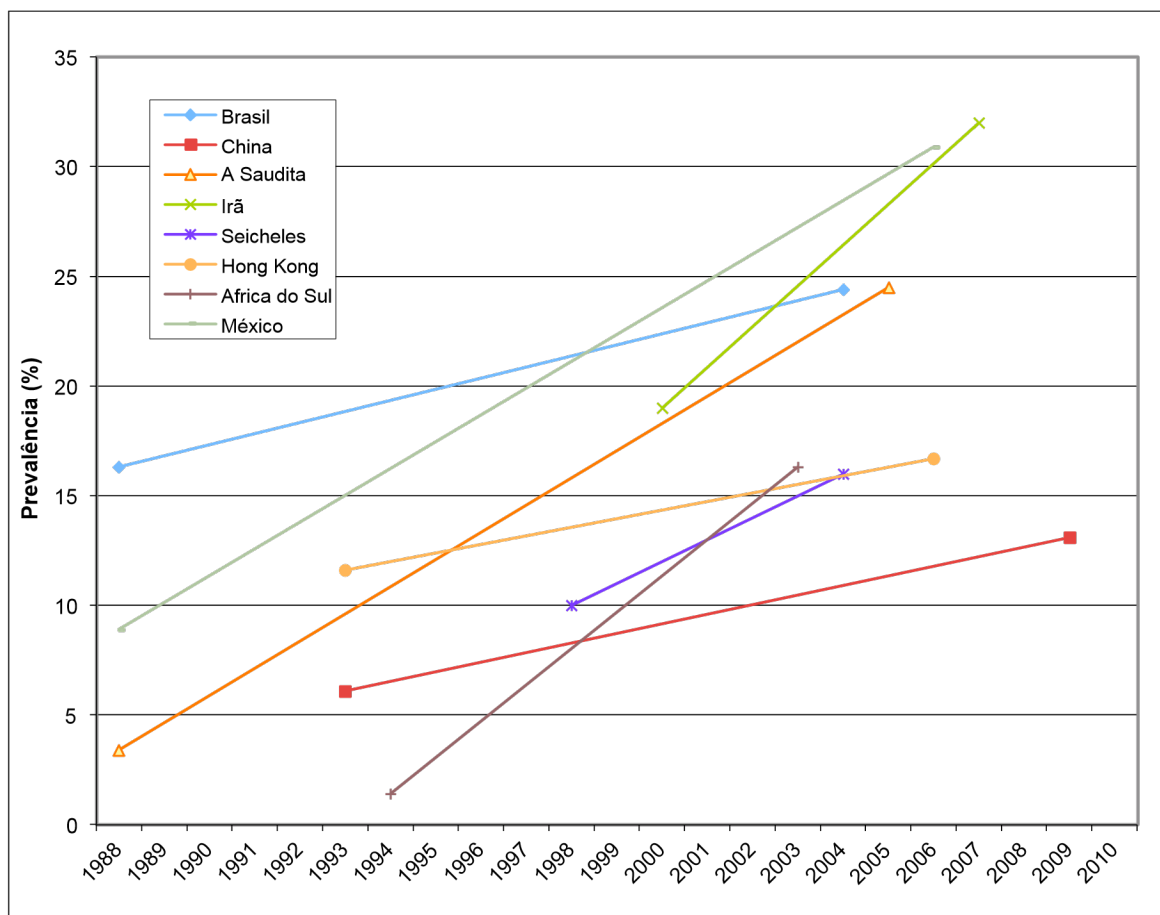
Inglaterra: crianças entre 5 e 17 anos, sobrepeso (incluindo a obesidade) definido pelos critérios da IOTF
 França: crianças entre 5 e 17, sobrepeso (>85%) definido pelos critérios nacionais franceses
 EUA: Crianças entre 6 e 11, obesidade (>95%) definido pelos critérios da CDC



Fonte: IASO [9]

Os dados de outras regiões, por exemplo a América Latina, indicam que esses países apresentam aumentos nas taxas maiores do que aquelas apresentadas na Europa Ocidental e na América do Norte [9].

Fig. 3: As tendências da prevalência de sobrepeso de oito países de renda baixa e média O critério de sobrepeso definido pela IOTF (incluindo os obesos).



Fonte: IASO [9]

Pelo contrário, diversos países mostram apenas aumentos modestos. Como observado acima, a China apresentou um leve aumento na prevalência de sobrepeso entre as crianças dos meios rurais, mas apresentou um aumento expressivo entre as crianças das áreas urbanas. De modo interessante, um decréscimo na prevalência de crianças com sobrepeso fora observado na Rússia durante os anos 1990, um período no qual o país foi afetado por uma grande crise econômica [2].

Fatores raciais e étnicos

Nos EUA, os níveis da prevalência da obesidade infantil apresentam diferenças constantes entre os grupos étnicos pesquisados durante as últimas três décadas. Os jovens hispânicos e afro-caribenhos são mais suscetíveis a terem sobrepeso do que os jovens brancos: em 2008, cerca de 17% dos meninos brancos com idades entre os 12 e os 19 anos eram obesos (definido pelos limites norte-americanos) enquanto a taxa era de 20% entre as crianças afro-caribenhas e 27% entre os norte-americanos de origem mexicana. Para as meninas, o padrão era diferente, 15%, 29% e 17% obesas, respectivamente [18].

No Reino Unido, as garotas afro-caribenhas são mais suscetíveis a terem sobrepeso do que aquelas na população geral.

Os meninos indianos e paquistaneses eram mais suscetíveis a terem sobrepeso. Uma pesquisa com mais de 2.000 adolescentes com idades entre os 11 e os 14 anos em Londres relataram altos níveis de sobrepeso e de obesidade entre todos os grupos étnicos apreciados, com os mais altos níveis entre os

homens indianos (36% com sobrepeso) e mulheres africanas negras (40% com sobrepeso) [19]. É improvável de que devido às diferenças econômicas como nenhuma associação entre o IMC e as medidas de situação socioeconômica foram alcançadas embora o grupo como um todo foram relativamente privados da comparação com a população geral do Reino Unido.

Fatores socioeconômicos

A análise das diferenças na distribuição dos casos de sobrepeso e de obesidade entre as crianças vindas de diferentes classes sociais (definido pelos níveis de renda da família ou dos níveis educacionais da principal fonte de renda, ou os índices locais de miséria) mostra um padrão complexo.

Nos países que não são economicamente desenvolvidos, ou são economias em desenvolvimento, os níveis de sobrepeso e de obesidade tendem a ser maiores entre as famílias com as maiores rendas ou maior nível de escolaridade. No Brasil, em 2005, 38% das crianças de 11 anos das famílias mais abastadas tinham sobrepeso ou eram obesas (na definição do OMS), em comparação com 26% das crianças das famílias de classe média e 20% das crianças das famílias de classe de renda mais baixa [20]. Na China há uma associação similar entre as crianças com sobrepeso, o nível de rendimento das famílias e o nível de escolarização [21]. Em uma análise de diversos países em desenvolvimento, os determinantes do risco de obesidade são: “situação socioeconômica alta, residentes nas cidades metropolitanas, sexo feminino, desconhecimento e falsas crenças quanto a nutrição, publicidade de empresas alimentícias transnacional, aumento de tensão acadêmica, e baixa qualidade dos recursos para a atividade física” [22].

Em contraste com muitos países economicamente desenvolvidos e industrializados, as crianças nos grupos socioeconômicos mais baixos tendem a mostrar altos níveis de prevalência de sobrepeso e obesidade. Nos EUA, a prevalência da obesidade entre as crianças nas famílias onde o chefe de família não possui um diploma de ensino médio, são de duas a três vezes maiores do que a prevalência entre as famílias onde o chefe de família possui um diploma universitário [23]. As tendências seculares mostram que em diversos países essas diferenças de classes sociais nos níveis de obesidade parece estar se ampliando [24].

A relação entre o sobrepeso infantil e a posição socioeconômica possui uma nuance maior nas economias desenvolvidas. Os países com maior nível de desigualdade social (medidos pela diferença entre as unidades familiares mais baixas e as mais altas nos termos de renda e de miséria) também apresenta um nível maior de obesidade infantil, independente do nível de riqueza média pelo PIB [25]. Quanto maior a desigualdade em um país, maior a prevalência da obesidade. Para os legisladores, a incapacidade de tratar a privação social relativa em toda a sociedade pode reduzir a eficácia das políticas para enfrentar a obesidade e promover o crescimento saudável da criança.

Referências

1. Lobstein T, Baur L Uauy R. IASO International Obesity TaskForce. Obesity in children and youngpeople: a crisis in public health. *ObesRev* 2004; 5 (Suppl. 1): 4–104.
2. Wang Y, Lobstein T. Worldwide trends in childhood overweight and obesity. *Int J Pediatr Obes*2006;1: 11-25.
3. Dietz WH, Robinson TN. Use of the body mass index (BMI) as a measure of overweight in children and adolescents. *J Pediatr* 1998; 132:191-193.
4. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweightand obesity worldwide: international survey. *BMJ* 2000;320:1240-1245.

5. Cole TJ, Lobstein T. Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. *PediatrObes*2012;7:284-94.
6. World Health Organization. Growth reference data for 5-19 years. Geneva: WHO, 2007. (Accessed 25 January 2014, at <http://www.who.int/growthref/>.)
7. National Center for Health Statistics. *Health, United States, 2011*. Hyattsville, MD: NCHS, 2012. Supplemental table 69. (Accessed 25 January 2014, at <http://www.cdc.gov/nchs/data/abus/2011/069.pdf>.)
8. Shields M. Overweight and obesity among children and youth. *Health Rep* 2006;17:27-42.
9. International Association for the Study of Obesity. Online database of national prevalence data from published national surveys. London: IASO, 2014. (Accessed 25 January 2014, at http://www.iaso.org/site_media/library/resource_images/Global_Childhood_Overweight_October_2013.pdf.) See also Wang Y, Lobstein T (opcit).
10. Wijnhoven TM, van Raaij JM, Spinelli A et al. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative 2008: weight, height and body mass index in 6-9-year-old children. *PediatrObes*2013;8:79-97.
11. World Health Organization. Global school-based student health survey. Online database. Geneva: WHO, 2014. (Accessed 25 January 2014, at <http://www.who.int/chp/gshs/en/>.)
12. Fatemeh T, Mohammad-Mehdi HT, Toba K, Afsaneh N, Sharifzadeh G, Student Research committee. Prevalence of overweight and obesity in preschool children (2-5 year-olds) in Birjand, Iran. *BMC Res Notes*. 2012;25:529.
13. Abdelalim A, Ajaj N, Al-Tmimy A et al. Childhood obesity and academic achievement among male students in public primary schools in Kuwait. *MedPrincPract*2012;21:14-9.
14. CherkaouiDekkaki I, Mouane N, Ettair S, Meskini T, Bouklouze A, Barkat A. Prevalence of obesity and overweight in children: a study in government primary schools in Rabat, Morocco. *ArchMed Res* 2011;42:703-8.
15. Australian Institute of Health and Welfare. Analysis of the National Health Survey. Online data tables. Canberra: AIHW, 2013. (Accessed 25 January 2014, <http://www.aihw.gov.au/overweight-andobesity/prevalence/#children>.)
16. Yu Z, Han S, Chu J, Xu Z, Zhu C, Guo X. Trends in overweight and obesity among children and adolescents in China from 1981 to 2010: a meta-analysis. *PLoSOne* 2012;7:e51949.
17. Reddy SP, Resnicow K, James S et al. Rapid increases in overweight and obesity among South African adolescents: comparison of data from the South African National Youth Risk Behaviour Survey in 2002 and 2008. *Am J Public Health* 2012;102:262-8.
18. Ogden C, Carroll M. Prevalence of Obesity Among Children and Adolescents: United States, Trends 1963-1965 Through 2007-2008. NCHS Health E-Stat. Hyattsville, MD: NCHS, 2014. (Accessed 25 January 2014, at http://www.cdc.gov/nchs/data/hestat/obesity_child_07_08/obesity_child_07_08.htm#table2.)
19. Taylor SJ, Viner R, Booy R et al. Ethnicity, socio-economic status, overweight and underweight in East London adolescents. *Ethn Health* 2005;10:113-28.
20. Matijasevich A, Victora CG, Golding J et al. Socioeconomic position and overweight among adolescents: data from birth cohort studies in Brazil and the UK. *BMC Public Health* 2009;9:105.
21. Ji CY, Chen TJ; Working Group on Obesity in China (WGO). Empirical changes in the prevalence of overweight and obesity among Chinese students from 1985 to 2010 and corresponding preventive strategies. *Biomed Environ Sci*2013;26:1-12.
22. Gupta N, Goel K, Shah P, Misra A. Childhood obesity in developing countries: epidemiology, determinants, and prevention. *Endocr Rev*2012;33:48-70.
23. National Center for Health Statistics. *Health, United States, 2011*. Hyattsville, MD: NCHS, 2012. Figure 25. (Accessed 25 January 2014, at www.cdc.gov/nchs/data/abus/abus11.pdf.)
24. Robertson A, Lobstein T, Knai C. *Obesity and socio-economic groups in Europe: Evidence review and implications for action*. Report under contract SANCO/2005/C4-NUTRITION-03. Brussels:

European Commission, 2007. (Accessed 25 January 2014, at http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/ev20081028_rep_en.pdf.)

25. Knai C, Lobstein T, Darmon N, Rutter H, McKee M. Socioeconomic patterning of childhood overweight status in Europe. *Int J Environ Res Public Health* 2012;9:1472-89.

26. Organization for Economic Cooperation and Development. *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing, 2013. Figure 2.2.1. (See also online data tables, accessed 25 January 2014, at <http://dx.doi.org/10.1787/888932916477>.)

~ Sobre os autores ~

Tim Lobstein



O Dr. Tim Lobstein é o Diretor da Federação Mundial de Obesidade (órgão substituto do International Association for the Study of Obesity, e o International Obesity Task Force). Ele também é professor adjunto de defesa de saúde pública, Curtin University, Western Australia, e pesquisador visitante no Rudd Center, Yale. O Dr. Lobstein é autor principal do famoso relatório científico *Obesity in children and young people: A crisis in public health* (Obesity Reviews 5(S1) 2004), coautor dos relatórios publicados pela Comissão Europeia

Status report on the European Commission's work in the field of nutrition in Europe 2002 e *Obesity and socio-economic groups in Europe: Evidence review and implications for action*, 2007, e autor de diversos trabalhos científicos sobre publicidade de alimentos e bebidas para crianças. Dr. Lobstein tem sido o principal investigador dos projetos financiados pela UE inclusive o PolMark (Policies on marketing food and beverages to children, 2008-2010) e StanMark (Standards for Marketing foods and beverages to children, 2010-). Dr. Lobstein produziu relatórios de consultoria dos escritórios da Organização Mundial de Saúde europeus, do Oriente-Médio e do QG de Genebra. Já escreveu diversos capítulos em diversos livros didáticos sobre a obesidade na infância e na prevenção da obesidade.

~Como usar este artigo ~

Você pode **usar, compartilhar e copiar** gratuitamente o conteúdo deste artigo sempre citando a fonte, conforme exemplo abaixo:

Lobstein T (2015). Prevalências e Tendências ao Redor do Mundo. Em M.L. Frelut (Ed.), The ECOG's eBook on Child and Adolescent Obesity. Retirado de ebook.ecog-obesity.eu

Também tenha certeza de dar o crédito oadequado ao usar esse conteúdo. Visite ebook.ecog-obesity.eu/terms-use/summary/ para maiores informações.

~ Palavras finais ~

Obrigado por ler este artigo.

Caso tenha achado este artigo útil, favor compartilhá-lo com quem possa se interessar.

Visite também o endereço ebook.ecog-obesity.eu para ler e baixe mais artigos relacionados sobre a obesidade infantil. ebook.ecog-obesity.eu