

Evolução do sobrepeso e obesidade no contexto dos países da OCDE e do Brasil

Evolution of overweight and obesity in the context of OECD countries and Brazil

Eduardo Botti Abbade¹

DOI: 10.21115/JBES.v16.n2.p98-107

Palavras-chave:

saúde pública, segurança alimentar e nutricional, desenvolvimento sustentável, obesidade, doenças não transmissíveis

Keywords:

public health, food and nutritional security, sustainable development, obesity, non-communicable diseases

RESUMO

Objetivo: A obesidade populacional afeta inúmeras nações do mundo, implicando custos econômicos, sociais e ambientais severos, comprometendo a condição de desenvolvimento sustentável. Este estudo tem como objetivo analisar a evolução da situação de sobrepeso e obesidade populacional dos países-membros da OCDE e do Brasil. **Métodos:** Este estudo analisa dados sobre a prevalência de sobrepeso e obesidade populacional disponibilizados pela OCDE para os seus países-membros e pelo sistema Vigitel para o Brasil. **Resultados:** Os países da OCDE apresentam uma variabilidade grande na prevalência de sobrepeso/obesidade, e a prevalência média está na faixa dos 50%. Para o Brasil, a prevalência de sobrepeso e obesidade populacional aumentou expressivamente nos últimos anos, indo de cerca de 45% em 2010 para 53,5% em 2020. **Conclusão:** A maioria dos países analisados está classificada em uma condição de taxa média de prevalência de sobrepeso e obesidade superior a 50% e uma tendência de crescimento dessa prevalência. O estudo ainda apresenta algumas ações e políticas públicas promovidas em outros países com o propósito de promover a redução da prevalência de sobrepeso e obesidade, e que poderiam ser adaptadas e implementadas no contexto brasileiro.

ABSTRACT

Objective: Population obesity affects many nations of the world, implying severe economic, social and environmental costs, compromising the condition of sustainable development. This study aims to analyze the evolution of the situation of overweight and obesity in the OECD member countries and Brazil. **Methods:** This study analyzes data on the prevalence of overweight and obesity made available by the OECD for its member countries, and by the Vigitel System for Brazil. **Results:** The OECD countries show a great variability in the prevalence of overweight/obesity, with the average prevalence being in the range of 50%. For Brazil, the prevalence of overweight and obesity in the population has increased significantly in recent years, going from about 45% in 2010 to 53.5% in 2020. **Conclusion:** Most of the countries analyzed are classified in a condition of average prevalence rate of overweight and obesity greater than 50% and a tendency for this prevalence to increase. The study also presents some actions and public policies promoted in other countries with the purpose of promoting the reduction of the prevalence of overweight and obesity, which could be adapted and implemented in the Brazilian context.

Recebido em: 28/02/2024. Aprovado para publicação em: 03/07/2024.

1. Professor da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

Autor correspondente: Eduardo Botti Abbade. Av. Roraima, 1.000, Cidade Universitária, Camobi, Santa Maria, RS, Brasil. CEP: 97105-900. E-mail: eduardo.abbade@ufsm.br

Introdução

A obesidade é uma doença multifatorial, crônica e progressiva, que afeta parcelas consideráveis da população mundial (Dias *et al.*, 2017; Giskes *et al.*, 2011; Rech *et al.*, 2016). De acordo com a Organização Mundial da Saúde, em relação à população mundial, em 2016 cerca de 39% dos adultos com 18 anos ou mais estavam com sobrepeso e 13% estavam obesos (WHO, 2020). O problema obesogênico está aumentando muito nas economias desenvolvidas e em desenvolvimento, levando as populações a problemas de saúde, como morbidade e mortalidade por diabetes e doenças cardiovasculares (Misra & Khurana, 2008). De fato, esse cenário é consequência da promoção de um ambiente obesogênico, que pode ser definido como “a soma das influências que o entorno, oportunidades ou condições de vida têm na promoção da obesidade em indivíduos ou populações” (Swinburn & Egger, 2002).

A obesidade coletiva, fenômeno observado em diversas populações em todo o mundo, tem graves implicações para a saúde pública, além de implicações sociais, econômicas e ambientais. Considerando aspectos associados à saúde do indivíduo e à saúde pública, estudos anteriores mostraram que a prevalência de obesidade tem potencial de elevar o risco de morbidade e mortalidade por diversas DCNTs (doenças crônicas não transmissíveis), como *diabetes mellitus*, doença cardiovascular, doenças respiratórias crônicas, depressão e câncer (McTigue *et al.*, 2006; Misra & Khurana, 2008; Moghaddam *et al.*, 2007), resultando em um potencial aumento de gastos no âmbito da saúde pública (Abbade, 2018; Buchmueller & Johar, 2015; Specchia *et al.*, 2015). Nos Estados Unidos, um estudo anterior evidenciou que os custos médico-hospitalares associados à obesidade atingiram cerca de US\$ 209,7 bilhões e que a redução efetiva do peso da população poderia gerar redução de custo de cerca de US\$ 610 bilhões em 20 anos (Spieker & Pyzocha, 2016). Considerando apenas procedimentos de gastroplastia (cirurgia bariátrica) realizados via Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, um estudo anterior evidenciou que em 2017 foram financiados pelo SUS 10.840 procedimentos de gastroplastia, totalizando cerca de R\$ 69 milhões (Abbade, 2019).

Considerando que a pandemia de obesidade instaurada no mundo é questão relacionada ao desenvolvimento das nações, a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) inseriu em sua pauta discussões e análises relacionadas ao sobrepeso e à obesidade das nações. O propósito essencial da OCDE é apoiar avanços em pesquisas e estudos que tenham potencial de promover políticas públicas em diversas áreas de interesse do desenvolvimento econômico de forma sustentável. Sendo assim, considerando as demandas globais relacionadas ao bem-estar e o desenvolvimento sustentável e econômico, a OCDE visa desenvolver e apoiar ações que possam embasar o delineamento de melhores políticas públicas para alcançar os Objetivos de

Desenvolvimento Sustentável (OECD, 2021b), incluindo questões relacionadas à saúde (OECD, 2021a).

Considerando o problema do sobrepeso e obesidade em nível mundial e o papel da OCDE no sentido de apoiar o desenvolvimento sustentável, este estudo tem como objetivo analisar a evolução da situação de sobrepeso e obesidade populacional dos países-membros da OCDE e do Brasil.

Métodos

A população com sobrepeso ou obesidade é definida como os habitantes com excesso de peso que apresentam riscos à saúde devido à alta proporção de gordura corporal. A medida mais utilizada é baseada no índice de massa corporal (IMC), que é um número único que avalia o peso de um indivíduo em relação à altura (peso/altura², com peso em quilogramas e altura em metros). Com base na classificação da OMS, adultos com IMC de 25 a 30 são definidos como sobrepeso e aqueles com IMC de 30 ou mais como obesos (WHO, 2020).

Este estudo é de natureza observacional e transversal, baseado na análise de dados secundários. Ele não envolve a coleta direta de dados clínicos ou intervenções nos participantes. A coleta de dados foi realizada por meio de duas fontes principais: a OCDE e o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) do Brasil. Os dados da OCDE foram obtidos por meio de relatórios anuais que fornecem estatísticas sobre a prevalência de sobrepeso e obesidade entre os países-membros. Esses dados são coletados de forma padronizada, permitindo comparações internacionais. Para o Brasil, os dados foram coletados pelo Vigitel, que utiliza uma metodologia de entrevistas telefônicas para estimar a prevalência de sobrepeso e obesidade na população adulta brasileira.

A OCDE disponibiliza dados acerca da percentagem populacional com sobrepeso ou obesidade para os países-membros e outras economias do mundo. Para alguns países, esse indicador é apresentado tanto para dados “autorrelatados” (estimativas de altura e peso de inquéritos de saúde de base populacional) quanto para dados “medidos” (estimativas precisas de altura e peso de exames de saúde) e é medido como uma porcentagem da população com 15 anos ou mais (OECD, 2022b).

No Brasil, o monitoramento da prevalência de sobrepeso e obesidade é realizada prioritariamente por meio do Vigitel, estudo de levantamento sistemático realizado pelo Ministério da Saúde. Esse levantamento teve início em 2006 e é realizado anualmente pelo governo brasileiro, gerando dados anuais sobre populações adultas (≥18 anos) residentes nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal. O método adotado pelo sistema Vigitel é bastante robusto, sendo estabelecido que o tamanho mínimo da amostra em cada uma das capitais deve ser de pelo menos 2.000 entrevistas telefônicas, a fim de estimar a frequência das variáveis investigadas

com coeficiente de confiança de 95% e erro amostral de 2% (Brasil, 2012).

No inquérito conduzido anualmente pelo sistema Vigitel, consta questão que levanta dados sobre o peso (em quilogramas) e altura (em metros) dos entrevistados. Com esses dados é possível calcular o IMC dos indivíduos utilizando a equação [eq. 1] padrão do IMC a seguir:

$$(Eq. 1) \quad IMC = \frac{[peso \text{ (em kg)}]}{[altura \text{ (em m)}]^2}$$

Os dados foram analisados utilizando métodos estatísticos descritivos e inferenciais. A análise descritiva incluiu o cálculo de médias, desvios-padrão e a determinação de tendências ao longo do tempo. Para a análise inferencial, foram utilizados modelos de regressão para avaliar a relação entre a prevalência de sobrepeso/obesidade e variáveis demográficas e socioeconômicas. A significância estatística foi estabelecida em um nível de $p < 0,05$.

O perfil populacional avaliado incluiu adultos com 15 anos ou mais para os dados da OCDE e adultos com 18 anos ou mais para os dados do Vigitel. A seleção da amostra para o Vigitel foi estratificada por sexo, idade e nível socioeconômico, garantindo representatividade da população urbana brasileira.

Todos os procedimentos realizados neste estudo estão em conformidade com as normas éticas da instituição e/ou prática nacional de pesquisa, bem como com a Declaração de Helsinque de 1964 e suas posteriores emendas ou padrões éticos comparáveis. Ademais, para garantir a validade dos dados, foram realizadas verificações de consistência e precisão. Os dados autorrelatados foram comparados com os dados medidos sempre que possível, para avaliar a confiabilidade das autoavaliações.

Resultados e discussões

A prevalência de sobrepeso e obesidade afeta inúmeras nações do mundo e implica elevados problemas de ordem social, econômica e ambiental (Abbate, 2018; Hammond, 2010; Spieker & Pyzocha, 2016). Dessa forma, monitorar a situação populacional das nações diante desse problema é crucial, de modo que melhores ações de enfrentamento sejam delineadas, tanto pelo setor público como pelo setor privado, sendo ainda necessário promover monitoramento adequado da problemática (Rothman, 2008). Políticas de tipo profilático podem contribuir de forma significativa para, por exemplo, reduzir os custos do sistema público de saúde.

A OCDE foi fundada em 1961 com o propósito de estimular o progresso econômico e o comércio em âmbito mundial. Tal formação ocorreu como um desdobramento da Organização para a Cooperação Econômica Europeia (OCEE), criada em 1948 com o propósito de estimular a cooperação entre países europeus afetados pela Segunda Guerra Mundial. Cabe destacar que, apesar de o Brasil ter efetuado o pedido formal para se tornar um país-membro em 2017, sua situação atual ainda é a de parceiro-chave, tendo iniciado o processo de negociação para sua efetivação como membro efetivo no corrente ano de 2022.

A OCDE realiza monitoramento constante, entre diversos outros, de indicadores relacionados à saúde pública, do *status* de saúde populacional e dos fatores de risco em saúde, como obesidade, tabagismo, e consumo de álcool (OECD, 2022a). Considerando a questão da obesidade, a prevalência de sobrepeso e obesidade atinge inúmeras nações, e tal realidade é fortemente observada nos países-membros da OCDE. Referente a isso, a Figura 1 apresenta a prevalência (percentagem) da

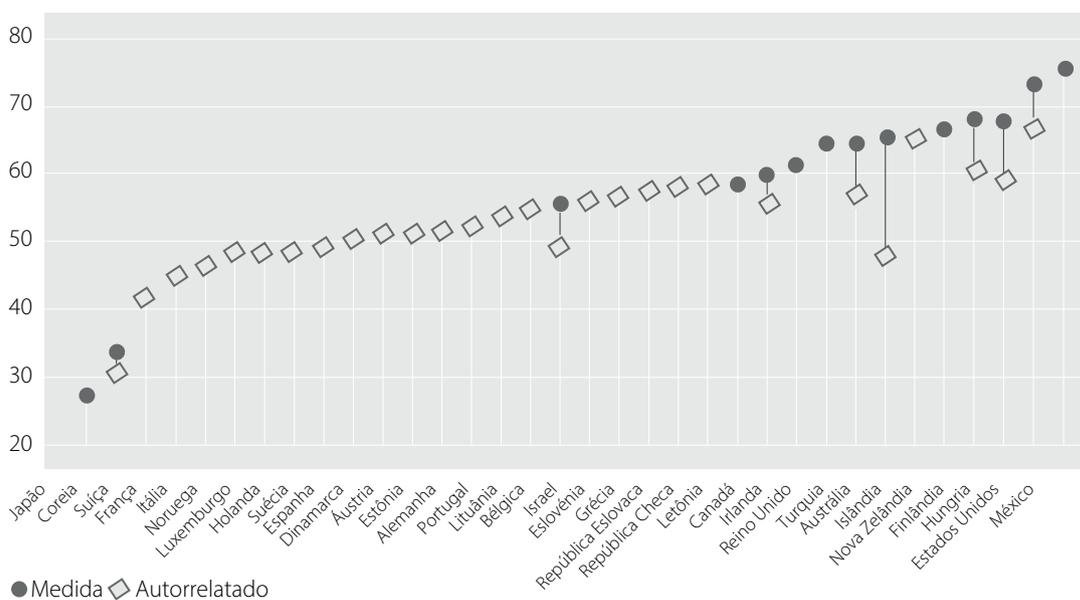


Figura 1. Prevalência de sobrepeso ou obesidade populacional, para o ano de 2017 ou mais recente, para a população acima dos 15 anos (dados medidos ou autorrelatos)

população acima dos 15 anos com sobrepeso ou obesidade (medido ou autorrelatado) para os países da OCDE.

Os dados da Figura 1 mostram que os países-membros da OCDE apresentam uma variabilidade grande em termos de prevalência de sobrepeso/obesidade, variando entre 30% (Japão e Coreia) e 75% (Estados Unidos e México), e a grande maioria dos países apresenta prevalências acima dos 50%. É importante também observar que, para os países que apresentam valores de prevalência de sobrepeso/obesidade mensurados e autorreportados, todos os valores mensurados são superiores aos valores autorreportados, sugerindo que os países que possuem apenas dados autorreportados possivelmente teriam valores de prevalência de sobrepeso/obesidade maiores caso eles fossem obtidos de forma mensurada.

No Brasil, a elevada prevalência de sobrepeso e obesidade observada na população é fator preocupante, uma vez que a prevalência de obesidade populacional brasileira aumentou de 11,8% em 2006 para 19,8% em 2018 (Brasil, 2019). A Figura 2 apresenta dados referentes à média do IMC populacional e prevalência de sobrepeso e obesidade populacional no Brasil no período de 2010 a 2020.

O IMC médio da população adulta (acima de 18 anos) no Brasil aumentou de forma expressiva nos últimos anos, indo de 25,6 em 2010 para 26,7 em 2020. Também a prevalência de sobrepeso e obesidade populacional aumentou expressivamente nos últimos anos no Brasil, indo de cerca de 45% em 2010 para 53,5% em 2020, o que posiciona o Brasil próximo à Alemanha e Portugal, considerando o desempenho dos países-membros da OCDE.

De modo a apresentar um panorama mais detalhado, apresentamos na Tabela 1 os dados disponíveis de prevalência de sobrepeso e obesidade para os países-membros da OCDE e para o Brasil, para o período de 2008 a 2021.

Os resultados sugerem que alguns países apresentam monitoramento constante da prevalência de sobrepeso e obesidade populacional, tendo dados disponíveis anualmente para esse indicador. Por outro lado, alguns países apresentam dados com intervalo de até seis anos, o que limita a

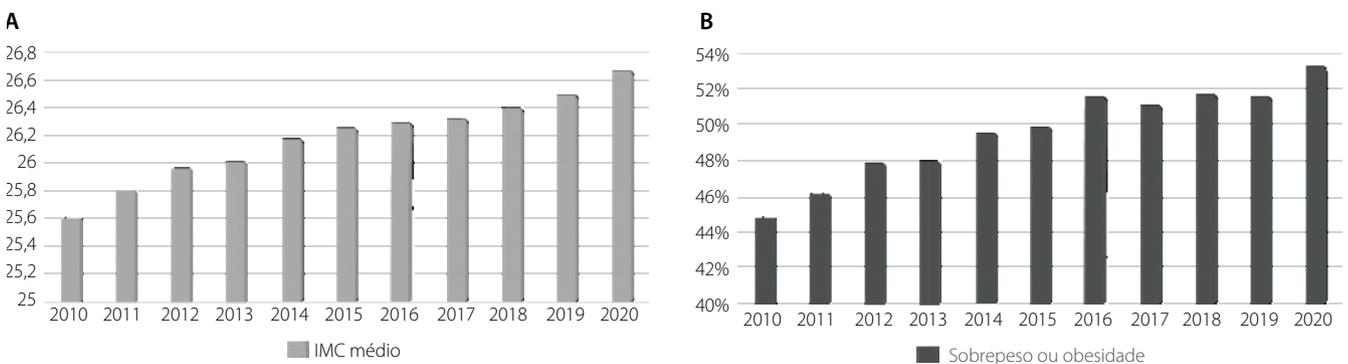
análise da tendência de agravamento ou atenuação da prevalência de sobrepeso e obesidade populacional.

De todo modo, tendo como propósito analisar a tendência do agravo da problemática de sobrepeso e obesidade, a Tabela 2 apresenta as estatísticas calculadas de média, desvio-padrão e tendência da prevalência de sobrepeso e obesidade para os países-membros da OCDE e para o Brasil, para o período de 2008 a 2021.

Os resultados evidenciam que México, Estados Unidos, Nova Zelândia e Reino Unido apresentam valores elevados de prevalência de sobrepeso e obesidade populacional, com 71,6%, 69,9%, 66% e 62,4% respectivamente, considerando que tais países possuem mais de cinco anos de dados válidos para o período considerado e que os dados foram obtidos de forma mensurada. Ademais, entre esses países, destaque é dado ao México e aos Estados Unidos, que apresentam tendência de agravamento da prevalência de sobrepeso e obesidade de 0,7612% e 0,4612% ao ano, respectivamente.

Também é importante salientar que países que possuem valores moderados para a prevalência de sobrepeso e obesidade populacional, como Finlândia, Turquia e Brasil, com 53,2%, 52,2% e 49,6%, respectivamente, apresentam valores elevados para a tendência de agravamento, com crescimento médio anual de 0,9055%, 0,7425% e 0,7582%, respectivamente.

A Figura 3 permite uma melhor visualização comparativa dos países-membros da OCDE e do Brasil, considerando a taxa de prevalência de sobrepeso e obesidade e a tendência de agravamento desse indicador. O quadrante [I] é composto por países que possuem taxa média de prevalência de sobrepeso e obesidade superior a 50% e tendência de crescimento dessa prevalência. O quadrante [II] é formado por países que possuem taxa média de prevalência de sobrepeso e obesidade inferior a 50% e tendência de crescimento dessa prevalência. O quadrante [III] é composto por países que possuem taxa média de prevalência de sobrepeso e obesidade inferior a 50% e tendência de redução dessa prevalência. E, por fim, o quadrante [IV] é composto por países que possuem taxa média de prevalência de sobrepeso e obesidade superior a 50% e tendência de redução desse indicador.



MC: índice de massa corporal.

Fonte: Dados obtidos nas pesquisas Vigitel de 2010 a 2020, analisando as questões q9 (peso) e q11 (altura).

Figura 2. (A) IMC médio e **(B)** prevalência de sobrepeso/obesidade no Brasil, no período de 2010 a 2020

Tabela 1. Prevalência de sobrepeso/obesidade dos países-membros da OCDE e do Brasil para o período de 2008 a 2021

País	Dados	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
AUS	M				63,4			63,4			65,2				
	SR										47,6				
AUT	SR							46,7						51,1	
BEL	M							51				55,4			
	SR	47,5					48,1					49,3			
BRA	SR			44,9	46,2	47,9	47,9	49,6	49,9	51,6	51,1	51,7	51,6	53,3	
CAN	M	60			60,4			62		64,2		60,4		59,8	
	SR	49,5	50	50,6	50,5	50,9	52,1	52,5	52,4	53,1	53,8	53,8	54,2	54,4	
CHE	SR					41					41,8				
CHL	M		64,5							74,2					
	SR		55,5						48,3						67,7
CZE	M	56		55											
	SR	55,1						55,4					58,4		
DEU	M					60									
	SR		51,4				52,4	50,7			52,7		52,1		
DNK	SR			46,7			47,4				51				52,6
ESP	SR		52,8		52,7			51,5			53			50,2	
EST	M							51,3							
	SR	49,6		48,6		48,9		52		51,7		50,7		51,6	
FIN	M				65	58					67,6				
	SR	48,8	49,3	49,7	50,8	49,4	49,9	52,1	56	56	57	55	57	60	
FRA	M								49		46,4				
	SR	39,2		42,9		44,4		46,1			46,1		45,3		
GBR	M	61,4	61,3	62,8	61,7	61,9	62,1	61,7	62,9	61,4	64,3	63,3	64,2		
GRC	SR	58,3	55,8					56,2					57,2		
HUN	M		61,6					62,3					67,6		
	SR		54,1					54,5					58,2		
IDN	SR							25							
IRL	M								61		62		61		
	SR								53				56		
ISL	SR			58,5		63,3				55,3			58,5		
ISR	M								50,9						
	SR	47,7		49,8			51,8	54,5		53,1	50,1		56	54,7	
ITA	SR	45,5	46,3	46	45,8	46	45,8	46,4	45,2	45,9	46	46,1	46,4	47,6	
JPN	M	24,2	25,1	25,3	25,5	23,7	24,1	24,7	23,8	25,4	25,9	26,7	27,2		
KOR	M	30,1	30,5	30,2	30,7	31,8	31,5	30,8	33,4	34,5	33,7	34,3	33,7	37,8	
	SR	21,4	22,3	22,6	23,3	24,1	24,4	25	26,1	27,3	27,7	30,6			
LTU	SR							53,3					55		
LUX	SR							48					48,4		
LVA	M							54,6		54,6		58,7		58,8	
	SR	48,5		45,1		49,1		52							
MEX	M	65,1				71,3				72,5		75,2		74,1	
NLD	SR	46,9	47,2	48,2	48,2	47,9	45,6	48,2	47,4	47,6	47,3	48,5	48,4	48,4	
NOR	SR	46				46			46				48		
NZL	M		64,7			64,4	64,9	65,2	65,8	67	66,9	67,1	65,5	66,4	68,1
POL	SR		52,2					53,3					56,6		
PRT	M								67,6						
	SR							52,8					53,5		
SVK	M	51,5													
	SR		50,8					54,2					57,7		
SVN	SR							55,6					56,5		
SWE	SR	44,9	45,5	46,4	46,3	47,1	46,9	46,5	48,3	48,8	48,2	49,9	49,1	50	
TUR	M				55,4						64,4				
	SR	47,6		49,9		52		53,6		53,9			56,1		
USA	M	67,9		68,8		68,6		70,1		71			73,1		
	SR	62,7	63,7	63,2	63,3	63,6	63,3	64,4	64	65,3	65,7	66,2	66,6	67,5	

OCDE: Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico.

Nota: M = dados mensurados; SR = dados autorreportados.

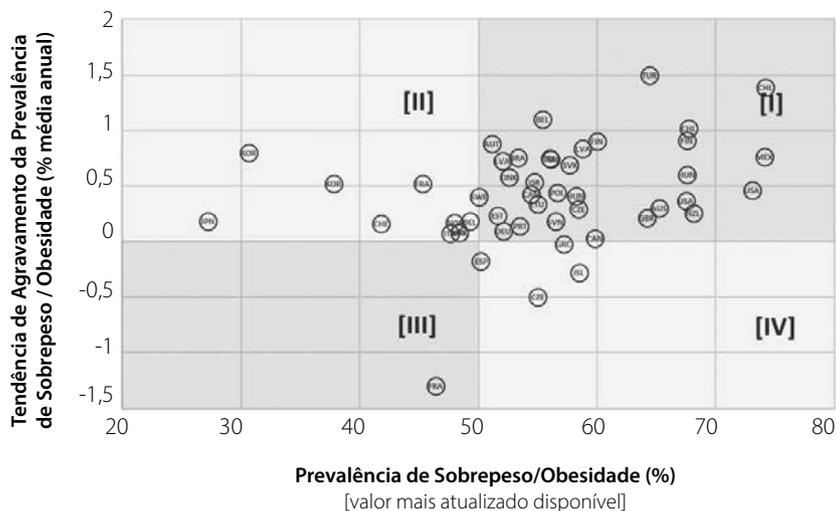
Tabela 2. Estatísticas descritivas e tendência para a prevalência de sobrepeso/obesidade dos países-membros da OCDE e do Brasil

País	Natureza dos Dados	Nº Observações	Média da Prevalência	Desvio-Padrão	Tendência	R2
MEX	M	5	71,6	3,9	0,7612	0,8624
USA	M	6	69,9	1,9	0,4612	0,9352
CHL	M	2	69,4	6,9	1,3857	1
PRT	M	1	67,6	-	-	-
NZL	M	11	66	1,2	0,2567	0,6297
USA	SR	13	64,6	1,5	0,3659	0,8759
AUS	M	3	64	1	0,3	0,75
HUN	M	3	63,8	3,3	0,6	0,8362
FIN	M	3	63,5	5	0,9129	0,3493
GBR	M	12	62,4	1,1	0,2112	0,5063
IRL	M	3	61,3	0,6	np	np
CAN	M	6	61,1	1,7	0,0289	0,0047
DEU	M	1	60	-	-	-
TUR	M	2	59,9	6,4	1,5	1
ISL	SR	4	58,9	3,3	-0,2783	0,1091
CHL	SR	3	57,2	9,8	1,0167	0,3869
GRC	SR	4	56,9	1,1	-0,0201	0,0083
LVA	M	4	56,7	2,4	0,835	0,8094
CZE	SR	3	56,3	1,8	0,2918	0,7754
SVN	SR	2	56,1	0,6	0,18	1
HUN	SR	3	55,6	2,3	0,41	0,8224
CZE	M	2	55,5	0,7	-0,5	1
IRL	SR	2	54,5	2,1	0,75	1
LTU	SR	2	54,2	1,2	0,34	1
SVK	SR	3	54,2	3,5	0,69	0,9999
POL	SR	3	54	2,3	0,44	0,9231
BEL	M	2	53,2	3,1	1,1	1
FIN	SR	13	53,2	3,8	0,9055	0,8619
PRT	SR	2	53,2	0,5	0,14	1
ISR	SR	8	52,2	2,9	0,5363	0,6211
TUR	SR	6	52,2	3,1	0,7425	0,9573
CAN	SR	13	52,1	1,7	0,4275	0,9744
ESP	SR	5	52	1,2	-0,1769	0,4394
DEU	SR	5	51,9	0,8	0,0926	0,1942
SVK	M	1	51,5	-	-	-
EST	M	1	51,3	-	-	-
ISR	M	1	50,9	-	-	-
EST	SR	7	50,4	1,4	0,2321	0,5073
BRA	SR	11	49,6	2,6	0,7582	0,9317
DNK	SR	4	49,4	2,8	0,58	0,9601
AUT	SR	2	48,9	3,1	0,88	1
LVA	SR	4	48,7	2,8	0,725	0,4372
BEL	SR	3	48,3	0,9	0,18	0,9643
LUX	SR	2	48,2	0,3	0,08	1
FRA	M	2	47,7	1,8	-1,3	1
NLD	SR	13	47,7	0,8	0,0808	0,1491
AUS	SR	1	47,6	-	-	-
SWE	SR	13	47,5	1,6	0,4016	0,9088
NOR	SR	4	46,5	1	0,1692	0,6205
ITA	SR	13	46,1	0,6	0,0731	0,2503
FRA	SR	6	44	2,6	0,5176	0,6699
CHE	SR	2	41,4	0,6	0,16	1
kor	M	13	32,5	2,3	0,5214	0,8024
JPN	M	12	25,1	1,1	0,1818	0,35
IDN	SR	1	25	-	-	-
KOR	SR	11	25	2,7	0,8018	0,9402

Nota: M = dados mensurados; SR = dados autorreportados; np = cálculo não possível.

Escala de cores: ■ = maior valor ■ = percentil 50; ■ = menor valor.

OCDE: Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico.



OCDE: Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico.

Figura 3. Mapa perceptual dos países-membros da OCDE e Brasil considerando a prevalência de sobrepeso/obesidade e tendência de agravamento

Os resultados mostram que a grande maioria dos países analisados está posicionada no quadrante [I], indicando que a prevalência de sobrepeso e obesidade populacional é superior a 50% com tendência de agravamento. Poucos países estão posicionados nos quadrantes [III] ou [IV], que são posições que indicam tendência de redução na prevalência de sobrepeso/obesidade populacional. De fato, observa-se que apenas a França está posicionada no quadrante [III] da Figura 3, sendo o único país da análise que apresenta prevalência média de sobrepeso e obesidade populacional inferior a 50% e tendência de redução dessa prevalência. É pertinente observar ainda que esses valores foram obtidos a partir de apenas dois registros mensurados, e não autorreportados, do indicador de prevalência de sobrepeso/obesidade para os anos de 2015 e 2017. Para os dados autorreportados, a França está posicionada no quadrante [II] da Figura 3.

A obesidade é uma condição complexa e multifatorial que tem sido um crescente problema de saúde pública tanto nos países da OCDE quanto no Brasil. Vários fatores contribuem para o aumento das taxas de obesidade e sobrepeso, incluindo aspectos clínicos, psicossociais, ambientais e comportamentais. Clinicamente, a obesidade é definida pelo excesso de gordura corporal que pode prejudicar a saúde. O IMC é frequentemente utilizado para classificar sobrepeso e obesidade em adultos. A etiologia da obesidade é complexa, envolvendo predisposições genéticas e metabólicas que podem aumentar a suscetibilidade de um indivíduo ao ganho de peso (Francischi *et al.*, 2000).

Já os aspectos psicossociais da obesidade incluem a influência de fatores mentais e emocionais, como o uso de comida como estratégia compensatória para lidar com sentimentos negativos, o que pode levar a um ciclo de comer excessivo e sentimento de culpa (de-Matos *et al.*, 2020). Além

disso, o estigma e o *bullying* relacionados ao peso podem ter impactos negativos significativos na saúde mental e no comportamento alimentar (Rocha *et al.*, 2017).

Ambientalmente, o aumento da obesidade tem sido associado a ambientes obesogênicos, que promovem o consumo de alimentos de alta densidade energética e desencorajam a atividade física. Isso inclui a disponibilidade e a acessibilidade de alimentos processados e *fast food*, bem como a urbanização e a falta de espaços verdes para a prática de exercícios (Wanderley & Ferreira, 2010). Já no âmbito comportamental, estilos de vida sedentários e padrões alimentares não saudáveis são fatores-chave. A falta de atividade física e o aumento do tempo gasto em atividades sedentárias, como assistir televisão ou usar dispositivos eletrônicos, contribuem significativamente para o balanço energético positivo e, consequentemente, para o ganho de peso (Francischi *et al.*, 2000).

Obesidade no Brasil e nos países da OCDE

No Brasil, a obesidade afeta desproporcionalmente mulheres, pessoas com baixa escolaridade e de raça/cor preta, destacando a importância de abordagens contextualizadas e sistemas estruturantes que influenciam os modos de viver e de intervir sobre a saúde (Brasil, 2024). Com isso, a abordagem da prevenção e do controle da obesidade deve ser multifacetada, considerando a complexidade dos fatores envolvidos. É essencial que políticas públicas e intervenções sejam baseadas em evidências científicas e adaptadas às realidades culturais e socioeconômicas de cada país. Além disso, é fundamental que pacientes com obesidade recebam tratamento adequado, incluindo suporte psicológico e orientação nutricional, para desenvolver estratégias de enfrentamento mais eficazes.

As estratégias adotadas pelos países da OCDE e de outras regiões no enfrentamento da obesidade são diversas e

podem oferecer *insights* valiosos para a adoção de políticas públicas eficazes no Brasil. Alguns países da OCDE têm focado em modificar o ambiente físico para reduzir a exposição a alimentos não saudáveis. Isso inclui a implementação de zonas livres de *fast food* perto de escolas e a promoção de mercados de alimentos frescos. Também se observa que a criação de impostos sobre bebidas açucaradas e alimentos com alto teor de gordura trans é uma estratégia que tem sido adotada para desencorajar o consumo desses produtos e financiar programas de saúde pública. Ademais, programas de subsídios para alimentos saudáveis em comunidades de baixa renda têm sido implementados para combater a desigualdade no acesso a alimentos nutritivos. Campanhas educacionais sobre nutrição e saúde, bem como programas escolares que ensinam sobre alimentação saudável, são estratégias para aumentar o conhecimento e a conscientização sobre a obesidade. Iniciativas culturais que promovem estilos de vida ativos e dietas tradicionais saudáveis têm sido incentivadas para preservar práticas alimentares benéficas e combater a obesidade (Ferreira *et al.*, 2024).

No Brasil, a adaptação dessas estratégias poderia considerar o contexto socioeconômico e cultural específico do país. Considera-se que seria importante implementar políticas que incentivem a produção e o consumo de alimentos frescos e naturais, especialmente em áreas urbanas onde o acesso a esses alimentos pode ser limitado. Outra estratégia válida seria a de fortalecer a educação nutricional nas escolas e na mídia para promover a conscientização sobre os riscos da obesidade e a importância de uma dieta balanceada. Não obstante, considerar a introdução de impostos sobre alimentos não saudáveis e subsídios para alimentos saudáveis, visando tornar a alimentação saudável mais acessível e menos onerosa para a população de baixa renda. Desenvolver e manter espaços públicos que encorajem a atividade física, como parques e ciclovias, especialmente em áreas densamente povoadas também é considerado uma estratégia viável e de elevado potencial de impacto. Por fim, deve-se criar programas de saúde pública que abordem a obesidade de maneira holística, considerando fatores psicológicos, sociais e médicos no tratamento e prevenção (Dias *et al.*, 2017; Rech *et al.*, 2016).

Embora este estudo seja baseado em avaliações de prevalência de sobrepeso e obesidade populacional calculada a partir do IMC médio das populações dos países analisados, é importante considerar que o IMC possivelmente não representa a melhor forma de analisar a obesidade como fator de risco. Estudos já alertam para sua limitação enquanto medição antropométrica. Comumente, diagnósticos de sobrepeso e obesidade são avaliados por meio do IMC, que é obtido por um cálculo simples baseado na altura e no peso do indivíduo. Logo, o IMC não aborda características específicas da composição corporal. Embora o IMC seja considerado adequado para avaliar a gordura corporal de populações, como uma ferramenta de saúde pública para monitorar a

gravidade obesogênica (Hall & Cole, 2006), pesquisadores apontam que essa não deve ser a única medida de obesidade, principalmente no que diz respeito à adiposidade (Cole *et al.*, 2005; Rothman, 2008).

Por fim, considerando os resultados deste estudo, é razoável supor que as eventuais medidas adotadas pelas nações do mundo para conter o aumento da prevalência de sobrepeso/obesidade de suas populações não estão sendo suficientes ao ponto de frear o agravamento da situação pandêmica de obesidade mundial. Ademais, em termos de monitoramento da prevalência de sobrepeso e obesidade populacional, é importante também considerar indicadores relacionados aos impactos econômicos, sociais e ambientais da obesidade nas sociedades (Abbade, 2018; Specchia *et al.*, 2015; Spieker & Pyzocha, 2016). Também é necessário monitorar a prevalência do sobrepeso e obesidade nas populações de crianças e adolescentes (Ludwig *et al.*, 2001; Miyawaki *et al.*, 2021), uma vez que a obesidade nessa faixa etária acarretará implicações severas para as sociedades no longo prazo.

Estratégias adotadas em outros países podem ser relevantes de serem analisadas no sentido de auxiliar a adoção de políticas públicas no Brasil no que tange ao combate ao agravamento da prevalência de obesidade e suas consequências. Nesse sentido, para combater a epidemia de obesidade, a França implementou uma série de políticas, incluindo rotulagem voluntária de alimentos na frente da embalagem e restrições à publicidade e impostos sobre bebidas açucaradas (OECD, 2019). De fato, em documento que apresenta a estratégia do governo para o combate à obesidade no país para o período de 2010-2013, foram formalizadas as seguintes prioridades: (1) Melhorar a prestação de cuidados de saúde e promover triagem entre crianças e adultos; (2) Mobilizar os parceiros de prevenção, agir sobre o meio ambiente e promover a atividade física; (3) Considerar as situações de vulnerabilidade e combater a discriminação; e (4) Investir em pesquisa (Ministère de la Santé et de la Prévention, 2010).

Outro estudo que efetuou um levantamento das principais ações de combate à obesidade infantil nas principais nações do mundo evidenciou que os governos adotaram abordagens semelhantes que incluem: (1) Maiores impostos sobre alimentos e bebidas HFSS (*high fat sugar salt*) para buscar reduzir o consumo e/ou incentivar a reformulação das empresas alimentícias; (2) Restrições à comercialização de alimentos e bebidas HFSS para crianças; (3) Melhor rotulagem de alimentos e cardápios para ajudar os consumidores a fazerem escolhas informadas; (4) Regulamentos de alimentação escolar, para melhorar a nutrição; (5) Diretrizes nacionais de dieta e atividade física; e (6) Campanhas de *marketing* social para incentivar uma alimentação mais saudável e atividade física (Musuwo, 2019). É possível verificar que essas ações poderiam ser implementadas no contexto brasileiro com o propósito de reduzir os elevados níveis de sobrepeso e obesidade populacional.

Considerações finais

A análise das estatísticas descritivas e tendências para a prevalência de sobrepeso/obesidade dos países-membros da OCDE e do Brasil revela um cenário preocupante com altas taxas de prevalência em diversos países. O México (MEX), os Estados Unidos (USA) e o Chile (CHL) apresentam as maiores médias de prevalência, indicando uma tendência crescente e significativa de sobrepeso/obesidade. Por outro lado, o Japão (JPN) e a Indonésia (IDN) mostram as menores taxas, sugerindo padrões alimentares e de estilo de vida que contribuem para a manutenção de uma prevalência mais baixa dessas condições.

A variabilidade nos dados, tanto mensurados (M) quanto autorreportados (SR), aponta para a complexidade do problema e a necessidade de abordagens multidisciplinares para combatê-lo. A tendência geral de aumento na prevalência de sobrepeso/obesidade é evidente, e o coeficiente de determinação (R²) alto em muitos países sugere que os modelos utilizados para prever essa tendência são robustos e confiáveis.

O Brasil (BRA), com prevalência média de 49,6% e tendência de aumento (0,7582), destaca-se como um país em que as políticas de saúde pública devem ser intensificadas para enfrentar esse desafio crescente. A obesidade não é apenas uma questão de saúde individual, mas também um problema de saúde pública que exige ações coordenadas e eficazes para promover hábitos de vida saudáveis e prevenir as doenças crônicas associadas ao sobrepeso e à obesidade.

Considerando a severidade do agravamento da obesidade em nível mundial, com implicações graves às questões de saúde pública, aliado ao fato de o Brasil almejar conquistar uma posição de país-membro da OCDE, este estudo objetivou analisar comparativamente o Brasil com os países-membros da OCDE no que tange à prevalência de sobrepeso e obesidade populacional. Embora o Brasil apresente parcela expressiva da população em situação de sobrepeso e obesidade, sua posição se encontra em torno da mediana das taxas registradas pelos países da OCDE. No entanto, cabe destacar que o Brasil apresenta tendência de agravamento elevada para a prevalência de sobrepeso e obesidade populacional, exigindo intervenções eficientes traduzidas em políticas públicas delineadas para promover uma redução dos níveis de sobrepeso e obesidade no país.

Este estudo salienta que é importante considerar que os critérios de avaliação das populações das nações investigadas sejam melhorados, como, por exemplo, a exclusão de registros de mulheres grávidas na medição. Também se deve atentar para as faixas etárias da população, assim como outros fatores de risco (como sedentarismo e tabagismo). Ademais, a obesidade e o sobrepeso populacional são causas de inúmeras doenças e comorbidades, mas também são consequências das condições de vida em ambientes

obesogênicos. Talvez seja importante analisar indicadores relacionados aos ambientes obesogênicos, como padrões alimentares, especificidades do setor de *food service*, motorização e sedentarismo da população, indústria de alimentos ultraprocessados etc.

Uma importante limitação de ordem metodológica resta no fato de os dados do Brasil serem autorreportados, e não mensurados, o que sugere que, caso tais dados fossem obtidos de forma mensurada, a prevalência de sobrepeso e obesidade no Brasil seria ainda maior. Outro aspecto a ser considerado para fins de comparação com os dados dos países-membros da OCDE é o fato de os dados do Brasil contemplarem a população maior de 18 anos, residente apenas nas capitais do país e no Distrito Federal. Os dados apresentados no portal de dados da OCDE para seus países-membros é referente à população maior de 15 anos. Ademais, para alguns países, possivelmente tais dados sejam oriundos de populações residentes em áreas urbanas e rurais, não estando os dados limitados às populações das capitais, como é o caso do Brasil.

Agradecimentos

Esta pesquisa faz parte do projeto “O Brasil na OCDE”, apoiado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). O autor gostaria de agradecer ao Ipea pelo apoio financeiro concedido.

Referências

- Abbade EB. Análise das internações hospitalares para procedimentos de cirurgias bariátricas financiadas pelo SUS em âmbito nacional. *Medicina (Ribeirão Preto Online)*. 2019;52(3):201-11.
- Abbade EB. The relationships between obesity-increasing risk factors for public health, environmental impacts, and health expenditures worldwide. *Management of Environmental Quality: An International Journal*. 2018;29(1):131-47. doi: 10.1108/MEQ-08-2016-0058
- Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico – v. 55, n. 7, 2024. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2024/boletim-epidemiologico-volume-55-no-07.pdf/view>. Access on: May 27, 2024.
- Brasil. Ministério da Saúde. Sobre a Vigilância de DCNT. 2019. Available from: <http://www.saude.gov.br/noticias/43036-sobre-a-vigilancia-de-dcnt>. Access on: Sep 7, 2019.
- Brasil. Ministério da Saúde. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: *vigitel* 2011. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
- Buchmueller TC, Johar M. Obesity and health expenditures: Evidence from Australia. *Econom Hum Biol*. 2015;17:42-58. doi: 10.1016/j.ehb.2015.01.001
- Cole TJ, Faith MS, Pietrobelli A, Heo M. Erratum: What is the best measure of adiposity change in growing children: BMI, BMI%, BMI z-score or BMI centile? (*Eur J Clin Nutr*. 2005;59(3):419-25. doi: 10.1038/sj.ejcn.1602090). *Eur J Clin Nutr*. 2005;59(6):807. doi: 10.1038/sj.ejcn.1602155
- de-Matos BW, Machado LM, Hentschke GS. Aspectos psicológicos relacionados à obesidade: relato de caso. *Rev Bras Ter Cogn*. 2020;16(1):42-9. doi: 10.5935/1808-5687.20200007

- Dias PC, Henriques P, Anjos LA, Burlandy L. Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. *Cad Saúde Pública*. 2017;33:e00006016.
- Ferreira SRG, Macotela Y, Velloso LA, Mori MA. Determinants of obesity in Latin America. *Nat Metab*. 2024;6(3):409-32. doi: 10.1038/s42255-024-00977-1
- Francischi RPP, Pereira LO, Freitas CS, Klopfer M, Santos RC, Vieira P, et al. Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. *Rev Nutr*. 2000;13:17-28. doi: 10.1590/S1415-52732000000100003
- Giskes K, van Lenthe F, Avendano-Pabon M, Brug J. A systematic review of environmental factors and obesogenic dietary intakes among adults: Are we getting closer to understanding obesogenic environments? *Obes Rev*. 2011;12(5):e95-e106. doi: 10.1111/j.1467-789X.2010.00769.x
- Hall DMB, Cole TJ. What use is the BMI? *Arch Dis Child*. 2006;91(4):283-6. doi: 10.1136/adc.2005.077339
- Hammond RA. Social influence and obesity. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes*. 2010;17(5):467-71. doi: 10.1097/MED.0b013e32833d4687
- Ludwig DS, Peterson KE, Gortmaker SL. Relation between consumption of sugar-sweetened drinks and childhood obesity: A prospective, observational analysis. *Lancet*. 2001;357(9255):505-8. doi: 10.1016/S0140-6736(00)04041-1
- McTigue K, Larson JC, Valoski A, Burke G, Kotchen J, Lewis CE, et al. Mortality and cardiac and vascular outcomes in extremely obese women. *JAMA*. 2006;296(1):79-86. doi: 10.1001/jama.296.1.79
- Ministère de la Santé et de la Prévention. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2010. Available from: <http://solidarites-sante.gouv.fr/>. Access on: Oct 29, 2022.
- Misra A, Khurana L. Obesity and the metabolic syndrome in developing countries. *J Clin Endocrinol Metab*. 2008a;93(11 Suppl 1):S9-30. doi: 10.1210/jc.2008-1595
- Miyawaki A, Evans CEL, Lucas PJ, Kobayashi Y. Relationships between social spending and childhood obesity in OECD countries: an ecological study. *BMJ Open*. 2021;11(2):e044205. doi:10.1136/bmjopen-2020-044205
- Moghaddam AA, Woodward M, Huxley R. Obesity and risk of colorectal cancer: A meta-analysis of 31 studies with 70,000 events. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2007;16(12):2533-47. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-07-0708
- Musuwo N. International policies to reduce childhood obesity-a Health Action Campaign review. *Health Action Campaign*. 2019;25:27.
- OECD. Health at a Glance 2021 – OECD. 2022a. Available from: <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance/>. Access on: Aug 17, 2022.
- OECD. Health risks – Overweight or obese population – OECD Data. theOECD. 2022b. Available from: <http://data.oecd.org/healthrisk/overweight-or-obese-population.htm>. Access on: Apr 28, 2022.
- OECD. Measuring Well-being and Progress: Well-being Research – OECD. 2021a. Available from: <https://www.oecd.org/statistics/measuring-well-being-and-progress.htm>. Access on: Sep 6, 2021.
- OECD. Metrics for Policies for Well-being and Sustainable Development in Latin America and the Caribbean – OECD. 2021b. Available from: <https://www.oecd.org/statistics/lac-well-being-metrics.htm>. Access on: Sep 6, 2021.
- OECD. The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention (OECD Health Policy Studies). OECD. 2019. doi: 10.1787/67450d67-en
- Rech DC, Borfe L, Emmanouilidis A, Garcia EL, Krug SB F. As políticas públicas e o enfrentamento da obesidade no Brasil: uma revisão reflexiva. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*. 2016;1(1):192-202.
- Rocha M, Pereira H, Maia R, Silva E, Morais N, Maia E. Aspectos psicossociais da obesidade na infância e adolescência. *Psicologia, Saúde e Doenças*. 2017;18(3):713-23. doi: 10.15309/17psd1807
- Rothman KJ. BMI-related errors in the measurement of obesity. *Int J Obes (Lond)*. 2008;32 Suppl 3:S56-9. doi:10.1038/ijo.2008.87
- Specchia ML, Veneziano MA, Cadeddu C, Ferriero AM, Mancuso A, Iannuale C, et al. Economic impact of adult obesity on health systems: A systematic review. *Eur J Public Health*. 2015;25(2):255-62. doi: 10.1093/eurpub/cku170
- Spieker EA, Pyzocha N. Economic Impact of Obesity. *Prim Care*. 2016;43(1):83-95, viii-ix. doi: 10.1016/j.pop.2015.08.013
- Swinburn B, Egger G. Preventive strategies against weight gain and obesity. *Obes Rev*. 2002;3(4):289-301. doi:10.1046/j.1467-789X.2002.00082.x
- Wanderley EN, Ferreira VA. Obesidade: uma perspectiva plural. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15:185-94. doi: 10.1590/S1413-81232010000100024
- WHO. Obesity and overweight. 2020. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. Access on: Apr 15, 2020.