

Nutrição VS. Obesidade

A obesidade e o sobrepeso ganharam proporções epidêmicas mundialmente, sendo considerados os distúrbios nutricionais predominantes na atualidade.



OBESIDADE E SOBREPESO

A obesidade representa o problema nutricional de maior ascensão entre a população observado nos últimos anos, sendo considerada uma epidemia mundial, presente tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento. As tendências de transição nutricional decorrentes da urbanização e industrialização ocorridas neste século direcionam para uma dieta mais ocidentalizada, com

especial destaque para o aumento da densidade calórica, maior consumo de carnes, leite e derivados ricos em gorduras e redução do consumo de frutas, cereais, verduras e legumes, a qual, aliada à diminuição progressiva da atividade física, converge para o aumento no número de casos de obesidade em todo o mundo.

A obesidade e o sobrepeso, que na maioria das vezes são utilizados

como sinônimos, são conceitos distintos. Sobrepeso significa aumento exclusivo de peso, enquanto obesidade representa o aumento da adiposidade corporal, ou seja, obesidade é uma doença crônica, que se caracteriza pelo acúmulo excessivo de gordura com comprometimento da saúde.

A obesidade pode ser classificada

em dois tipos: andróide, abdominal ou visceral; e gínóide.

A obesidade andróide, abdominal ou visceral é quando o tecido adiposo se acumula na metade superior do corpo, sobretudo no abdômen; é típica do homem obeso. A obesidade visceral está associada a complicações metabólicas, como a diabetes tipo 2 e a dislipidemia; a doenças cardiovasculares, como a hipertensão arterial, a doença coronária e a doença vascular cerebral; a síndrome do ovário policístico; e a disfunção endotelial (deterioração do revestimento interior dos vasos sanguíneos). A associação da obesidade a estas doenças depende da gordura intra-abdominal e não da gordura total do corpo. Já a obesidade do tipo gínóide é quando a gordura se distribui, principalmente, na metade inferior do corpo, particularmente na região glútea e coxas; é típica da mulher obesa.

A Organização Mundial da Saúde classifica a obesidade de acordo com as faixas de Índice de Massa Corporal (IMC), considerada uma forma prática de avaliar a obesidade, calculado pela divisão do peso (em quilogramas) pela estatura ao quadrado (em metros); contudo, tem o inconveniente de não informar a distribuição de gordura corporal.

A obesidade é considerada uma doença do grupo de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), as quais são de difícil conceituação, gerando aspectos polêmicos quanto a sua própria denominação, seja como doença não infecciosa, crônica degenerativa ou como crônica não transmissível, sendo esta última a conceituação atualmente mais utilizada.

As DCNT, como as cardiovasculares, câncer, diabetes Mellitus e hipertensão arterial, compõem um grupo que se caracteriza por apresentar, de forma geral, longo período de latência, tempo de evolução prolongado, lesões irreversíveis e complicações que acarretam graus variáveis de incapacidade ou óbito e que vêm ocupando um maior espaço no perfil de morbi-mortalidade. Dados

divulgados pela Sociedade Brasileira de Cardiologia apontam que 80% da população adulta é sedentária e que 52% dos adultos brasileiros estão acima do peso, sendo 11% obesos, o que explica o aumento da morbidade e mortalidade, já que a obesidade é fator de risco para várias doenças crônicas não transmissíveis.

A localização abdominal de gordura (obesidade central) é a que mais está associada a distúrbios metabólicos e riscos cardiovasculares, como dislipidemias, hipertensão arterial e diabetes Mellitus. Medidas regionais de obesidade, entre as

pode elevar o risco da ocorrência de diabetes tipo II em 10 vezes, fato este que tem aumentado de forma exponencial em vários países, inclusive no Brasil. De acordo com o Ministério da Saúde, o diabetes Mellitus responde por cerca de 25 mil óbitos anuais, sendo classificada como a sexta causa de morte no país. Segundo estudos, em torno de 75% das pessoas diabéticas não dependentes de insulina estão acima do peso desejável.

A hipertensão arterial, a qual está associada a fatores familiares, genéticos e ambientais e que aco-



quais a circunferência da cintura, são capazes de fornecer estimativas de gordura centralizada que, por sua vez, está relacionada à quantidade de tecido adiposo visceral. Assim, essas medidas vêm sendo largamente utilizadas em estudos de base populacional como indicadores da gordura abdominal, seja pela sua associação com a ocorrência de doenças cardiovasculares, como por exemplo, a hipertensão arterial, seja pela alta correlação que possuem com métodos laboratoriais de avaliação da composição corporal.

A obesidade, particularmente a localizada na região abdominal,

mete jovens adultos de 20 a 45 anos, prevalece seis vezes mais em obesos do que em não obesos. O aumento de 10% na gordura corporal reflete aumento significativo da pressão arterial.

O diabetes Mellitus e a hipertensão arterial associados aumentam consideravelmente o risco de doenças cardiovasculares, que representam a primeira causa de óbito no país e são responsáveis por elevadas taxas de internação hospitalar e incapacitação física.

Apesar da existência de relatos a partir da Era Paleolítica sobre "homens corpulentos", a prevalência

da obesidade nunca apresentou um grau epidêmico como na atualidade. Na idade adulta, a frequência de excesso de peso supera largamente a frequência do seu déficit, em oito vezes na população feminina, e em 15 vezes na masculina. A prevalência do excesso de peso tende a aumentar com a idade, de modo mais rápido para os homens e mais lento, porém mais prolongado, para as mulheres. A partir dos 55 anos para homens, e dos 65 anos para mulheres, observa-se a tendência de declínio na prevalência de excesso de peso. Dos 20 aos 44 anos de idade o excesso de

de vida e apresenta elevadas taxas de morbidade e mortalidade.

A obesidade é causada pelo excesso de gordura resultante de sucessivos balanços calóricos positivos, em que a quantidade de calorias ingerida é superior a quantidade de calorias dispendida. Os fatores que determinam esse desequilíbrio são complexos e podem ter origem genética, metabólica, ambiental e comportamental.

De todos os componentes alimentícios, o aumento da ingestão de gordura é o que oferece maior paralelismo com o aumento da

o peso perdido são os que mostram menor capacidade para oxidar as gorduras. Diversos estudos paralelos de observação não encontraram relação entre a ingestão calórica dos indivíduos e seu peso corporal, mas sim entre este e a ingestão total de gordura. A maioria dos estudos paralelos e prospectivos demonstra que a obesidade está associada à maior ingestão de gordura, embora não se controle fatores como ingestão de fibras, densidade de alimentação ou a quantidade de açúcar.

Quanto a regulação do apetite/saciedade, a gordura, devido a sua maior densidade calórica (9 kcal/g contra 4 kcal/g de carboidratos e proteínas e 7 kcal/g de álcool) oferece mais energia. Além disso, a maior aceitabilidade das dietas ricas em gordura predispõe à ingestão excessiva. Existe um amplo consenso de que o máximo poder de saciedade dos alimentos está nas proteínas e o mínimo nas gorduras.

E, por fim, quanto aos metabólitos, o macronutriente que se converte em gordura com maior facilidade é a própria gordura. A gordura apresenta pouca capacidade de estimular sua própria oxidação quando ingerida em excesso e só estimula a termogênese adaptativa. A regulação das reservas de gordura e sua ingestão dependem pouco de si mesmas e são mais influenciadas pelo sistema nervoso simpático. A diminuição da gordura é a única manipulação dietética redutora de calorias que não induz a uma hipersecreção compensatória de grelina. As dietas ricas em carboidratos diminuem a secreção de grelina, sendo mais saciante.

A dieta com baixo teor de gordura é a mais fácil de prescrever e de ser compreendida, pois mantém o poder saciante. Numerosas publicações ilustram a eficácia de uma dieta com baixo teor de gordura, mesmo sem redução das calorias totais. Após uma revisão sistemática e uma meta análise de 28 estudos controlados, pesquisadores concluíram que a diminuição de 10% de energia procedente da gordura produz a



peso é mais frequente em homens do que em mulheres, invertendo-se a situação nas faixas etárias posteriores.

O IMPACTO DA ALIMENTAÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a obesidade é uma doença em que o excesso de gordura corporal acumulada pode atingir níveis capazes de afetar a saúde. É uma doença crônica, com enorme prevalência nos países desenvolvidos, que atinge homens e mulheres de todas as etnias e de todas as idades, reduz a qualidade

de vida e apresenta elevadas taxas de morbidade e mortalidade. No entanto, o efeito da gordura no peso corporal é controverso e complexo.

À medida que há um aprofundamento nesse tema, surge a dúvida se a ingestão de gordura é um fator intermediário entre o verdadeiro agente causal e a obesidade. A controvérsia se baseia em dados epidemiológicos, na regulação do apetite/saciedade e nos metabólitos.

Quanto aos dados epidemiológicos, estudos demonstraram que muitos indivíduos com maior tendência a ganhar peso e a recuperar

de ter doença vascular periférica (DVP) e acidente vascular cerebral (AVC). Entre os fatores envolvidos na etiologia das complicações crônicas do DM do tipo 2, destacam-se a hiperglicemia, a hipertensão arterial sistêmica, a dislipidemia e o tabagismo.

Esses aumentos na prevalência de diabetes decorram do já estabelecido aumento na prevalência de obesidade no Brasil. O elevado número de obesos na população, atualmente estudada em ambos os sexos, reforça essa hipótese. Além disso, foram observados maior IMC e maior número de obesos dentre os indivíduos com algum grau de anormalidade da homeostase glicêmica (diabetes ou glicemia de jejum alterada).

O *Diabetes Prevention Program* demonstrou que, após três anos de acompanhamento, os indivíduos alocados no grupo de mudança do estilo de vida (dieta e exercício) tiveram uma diminuição do risco de evoluir para o diabetes de 58% que foi significativamente superior (58% vs. 31%) aos que utilizaram medicamentos (metformina). A presença de sobrepeso e obesidade exerce uma influência considerável na elevada morbidade e mortalidade da doença decorrente principalmente da associação com a doença cardiovascular, que é a principal causa de mortalidade em pacientes com DM do tipo 2.

Além da diabetes Mellitus, as disfunções pulmonares, como asma e apneia, também estão associadas à obesidade. Relacionada à presença de uma substância produzida no tecido adiposo, a asma é capaz de provocar o fechamento dos brônquios. Estudos já mostraram que, quanto maior o índice de massa corporal, maior a quantidade dessa substância produzida pelo corpo. A apneia é muito comum entre os obesos. A apneia é a parada respiratória involuntária durante o sono que atinge mais da metade dos obesos mórbidos. A apneia acontece mais nos obesos porque eles têm excesso de gordura na região do pescoço e a faringe fica mais estreita, facilitando o fechamento involuntário. Na

posição horizontal do corpo durante o sono, a expansão do pulmão para a respiração também é mais difícil, ou seja, quem sofre de apneia não tem um sono normal e enfrenta problemas durante o dia, como cansaço, dificuldade de concentração e pressão alta.

As doenças cardiovasculares também estão associadas à obesidade. Entre as várias doenças do coração está a hipertrofia ventricular, o aumento do músculo do coração por excesso de trabalho. A hipertrofia pode evoluir para a insuficiência e gerar arritmia; também aumenta o risco de um acidente vascular cerebral e morte súbita. O coração de uma pessoa acima do peso tem que trabalhar mais. Se o peso ideal de um homem é 70 kg, logo, o coração foi feito para trabalhar num corpo de 70 kg. Todavia, se há um sobrepeso de 30 kg, ele tem que trabalhar para um corpo de 70 kg e mais um de 30 kg, por conseguinte, fica sobrecarregado.

Outro problema comum entre os obesos, é a hipertensão. O motivo é a alta produção de insulina; por isso, muitas vezes o obeso não é diabético, entretanto, sofre com a pressão alta. A insulina age na manutenção do tamanho dos vasos sanguíneos e também favorece a absorção de água e sódio.

Vale lembrar que, uma alimentação não balanceada somada à compressão dos vasos sanguíneos, resulta na pressão alta.

Como o coração do obeso funciona com dificuldade, há um bombeamento irregular de sangue para o corpo inteiro, gerando doenças ligadas ao sistema vascular.

Partindo desse pressuposto, é comum que obesos tenham varizes e enfrentem um risco maior de ter trombose (acúmulo de coágulos de sangue dentro de vasos sanguíneos).

Os obesos têm baixa taxa de HDL, o colesterol bom que diminui o risco de ataque cardíaco e ajuda a remover o colesterol ruim das paredes das artérias. O acúmulo de gordura dentro dos vasos pode causar obstrução e até o infarto. O estudo da

Universidade Estadual de Campinas apontou que o índice de colesterol alto, um problema mais comum em adultos, está atingindo também os de faixa etária inferior. Dos quase 2 mil jovens e crianças entre 2 e 19 anos que foram atendidos no Hospital das Clínicas da Unicamp, 44% apresentaram alteração nos níveis de colesterol, e a principal causa foi o excesso de peso.

Outras doenças associadas à obesidade incluem problemas hepáticos, como a esteatose hepática, que consiste no acúmulo de gordura no fígado, órgão responsável pelo metabolismo dos lipídios, que vira glicose e vai para o sangue; problemas psiquiátricos e reprodutivos.

FATORES FAVORÁVEIS À OBESIDADE

O sedentarismo e os hábitos nutricionais representam o principal fator de risco no desenvolvimento da obesidade.

Assim que as consequências da obesidade para a saúde foram demonstradas, muitos estudos têm sido realizados com o objetivo de identificar os principais fatores que contribuem para o seu desenvolvimento. A importância genética na etiologia da obesidade também tem sido foco de pesquisa em todo o mundo. No entanto, existem poucas evidências sugerindo que algumas populações são mais susceptíveis à obesidade por motivos puramente genéticos; além disso, o substancial aumento na prevalência da obesidade observado nos últimos 20 anos não pode ser justificado por alterações genéticas que teoricamente teriam ocorrido nesse pequeno espaço de tempo. Deste modo, algumas pesquisas enfatizam o fato de que a diferença na prevalência da obesidade em diferentes grupos populacionais está muito mais atribuída aos chamados fatores ambientais, em especial à dieta e à atividade física que, interagindo com fatores genéticos, poderia explicar o acúmulo de excesso de gordura corporal em grandes proporções na



população mundial.

A obesidade não é uma doença singular e sim um grupo heterogêneo de condições com múltiplas causas que, em última análise, refletem no fenótipo obeso. O balanço energético positivo, que ocorre quando o valor calórico ingerido é superior ao gasto, é importante contribuidor para o desenvolvimento da obesidade, promovendo aumento nos estoques de energia e peso corporal. O início da manutenção de um balanço calórico positivo relativo às necessidades do organismo pode ser consequência tanto de aumento na ingestão calórica, como redução no total calórico gasto, ou os dois fatores combinados.

Além disso, o processo de modernização e transição econômica observado na maioria dos países tem promovido alterações na industrialização da produção alimentícia, o que colabora para o consumo de dietas ricas em proteína e gordura e baixa em carboidratos complexos. Um estudo realizado com crianças nos Estados Unidos demonstrou que, aproximadamente, um terço do consumo calórico diário das crianças é realizado na escola, onde 88,5% do estoque das lanchonetes é rico em gordura e/ou açúcar. Em outro estudo, realizado com 264 trabalhadores (203 homens e 61 mulheres), foi observado que 81,9% dos indivíduos consumia lipídios acima de 30% do

total calórico ingerido. Metade das mulheres ingeria acima de 40% de lipídios na dieta e a frequência de sobrepeso era de 43,9%, enquanto a de indivíduos obesos era de 23,1%. Outro dado interessante observado no estudo foi que a maioria dos trabalhadores realizava apenas três refeições diárias e 43% dos indivíduos obesos tinham o jantar como a principal refeição.

Há indícios de que o padrão de alimentação hiperlipídica, hiperproteica e hipoglicídica esteja se repetindo também no Brasil. Estudos realizados com mulheres obesas brasileiras demonstraram que mais de 30% do total calórico ingerido por esta população era proveniente de lipídios, o que demonstra ingestão semelhante à encontrada nos países desenvolvidos, caracterizando esta dieta como ocidentalizada.

A tendência secular no aumento da obesidade também ocorrer paralelamente à redução na prática de atividade física e aumento no sedentarismo. O hábito da prática de atividade física é influenciado na criança pelos pais e, quando desenvolvido nessa fase, tende a se manter do mesmo modo até a fase adulta. Além disso, uma redução natural no gasto energético é observada com a modernização, ocasionando estilo de vida mais sedentário com transporte motorizado, equipamentos mecanizados que diminuem o esforço

físico de homens e mulheres tanto no trabalho como em casa. Estudos já demonstraram uma redução de aproximadamente 600 kcal com a diminuição do tempo despendido com brincadeiras de rua e o aumento do tempo assistindo televisão; do mesmo modo, cortar grama com as mãos gastava aproximadamente 500 kcal/h, enquanto com a utilização de cortadores elétricos de grama, o gasto diminuiu para 180 kcal/h; lavar roupas no tanque consumia aproximadamente 1.500 kcal/dia, enquanto usar a máquina de lavar requer apenas 270 kcal/2h para a mesma quantidade de roupas. Atualmente, poucas atividades são classificadas como muito ativas, enquanto há algumas décadas atrás, várias atividades tinham essa característica.

No entanto, é muito difícil estabelecer uma relação de causa e efeito entre o Índice de Massa Corpórea e o grau de atividade física, mas sabe-se que a redução na atividade física diária afeta direta e indiretamente o gasto energético diário do indivíduo. Os três principais componentes do gasto energético diário são: a taxa metabólica basal (TMB), o efeito térmico dos alimentos (ETA) e a prática de atividade física (AT). Vários estudos já demonstraram, em animais, uma relação inversa entre TMB e IMC e redução da TMB e aumento de peso corporal em humanos.

A obesidade é hoje a terceira doença nutricional do Brasil, apenas superada pela anemia e desnutrição. Cerca de 32% dos adultos brasileiros apresentam algum grau de excesso de peso; compreender e analisar as dietas de diferentes populações pode trazer valiosas contribuições para o entendimento da prevalência de doenças relacionadas com a alimentação, como hipercolesterolemia, diabetes Mellitus e obesidade.

O PAPEL DA NUTRIÇÃO

Nutrição é o processo pelo qual o organismo obtém dos alimentos a energia e os nutrientes necessários para sustentar suas funções vitais.

A ingestão inadequada de alimentos em quantidade ou qualidade e o mau funcionamento do processo causam má nutrição, a qual pode ser devida a déficit (desnutrição) ou consumo excessivo (obesidade ou excesso de peso). Uma boa nutrição é obtida através do consumo adequado de alimentos e, se isso for adicionado a um estilo de vida ativo, a boa saúde é obtida como consequência.

A obesidade e o excesso de peso é uma condição que desperta interesse desde a Antiguidade. Várias modalidades terapêuticas vêm sendo imple-

mentadas e novas estratégias vêm sendo pesquisadas no tratamento da obesidade. Intervenções clássicas, como dieta e exercício físico, vêm sendo exploradas de novas maneiras, enquanto novas estratégias, como a cirurgia bariátrica, vêm sendo consagradas ao apresentar melhores resultados a longo prazo e menores riscos associados aos procedimentos. Quando se trata de uma dieta preventiva, a seleção de alimentos “benéficos e maléficos” é baseada na composição química destes alimentos, a qual é descrita em tabelas específicas para tal. O grande empe-

doença multifatorial e o controle dos fatores ambientais se faz necessário para combatê-la.

No tratamento da obesidade deve-se objetivar, não só a perda de peso, mas também a correção dos fatores de risco cardiovascular, dependentes da resistência à insulina. A ideia de se reduzir o peso corporal de indivíduos obesos para valores consideráveis normais, através de dietas com conteúdo calórico muito baixo, vem sendo substituída por condutas que levam a um objetivo menos ambicioso e mais realista,



cho é que existem muitas divergências quanto a valores de importantes nutrientes, como gordura saturada e colesterol, para os mesmos alimentos, nas diferentes tabelas. Buscando solucionar estas divergências e estabelecer valores reais, foram realizadas pesquisas para analisar a composição química dos principais alimentos que compõem a dieta dos brasileiros, comparando-as com os valores obtidos nas tabelas mais comumente consultadas. Os resultados mostraram que existem importantes diferenças entre os valores reais e os

valores descritos nas tabelas, fato que pode comprometer as orientações nutricionais.

Muitas estratégias de emagrecimento têm sido tentadas, mas, via de regra, perder peso e mantê-lo são extremamente difíceis na maioria dos casos. A perda de peso sempre estará na dependência de um balanço calórico negativo, consequente à menor ingestão alimentar em relação ao gasto calórico. Classicamente, esta situação é alcançada com o binômio redução da ingestão alimentar e aumento da atividade física. Além disso, a obesidade é uma

pela impossibilidade de se conseguir, a longo prazo, atingir e manter o peso ideal na maioria dos casos.

O fator que dificulta o sucesso de dietas muito restritas em termos calóricos, que produzem a curto prazo perdas ponderais significativas, é a tendência fisiológica do organismo de se “defender” contra as variações pronunciadas no seu peso corporal. Restrições no seu aporte alimentar levam à ativação de mecanismos compensatórios para minimizar a perda de peso, através da redução na taxa de metabolismo basal. Um tratamento dietético que resulte em

uma perda de peso mais modesta, mas que produza alterações mais estáveis é provavelmente mais favorável. Assim, perdas ponderais entre 5 e 10% do peso inicial podem ser suficientes para produzir alterações benéficas nos níveis de glicemia, no perfil lipídico do plasma e nos níveis da pressão arterial.

O total de calorias a ser consumida deve ser reduzido em 500 a 1.000 kcal por dia, com base no cálculo de energia despendida pelo paciente. A dieta assim planejada é usualmente suficiente para produzir uma perda de peso entre 0,5 a 1,0 kg/semana. Recomendações gerais devem incluir aumento na ingestão de fibras, que produzem maior grau de saciedade, redução no consumo de sacarose, de álcool e de gorduras saturadas. A proporção normal de nutrientes deve ser mantida apesar da limitação calórica. Proteínas devem perfazer 15% a 20% da quantidade total de calorias da dieta, carboidratos devem corresponder a 50% a 55% e as gorduras não devem

ultrapassar 30% do conteúdo calórico total. Para melhorar a aderência do paciente à dieta é recomendável que esta se adapte aos seus gostos, fornecendo-lhe variadas opções de cardápio. Ao lado disso, o sucesso da dieta depende fundamentalmente do processo de reeducação alimentar, que faz parte da denominada terapia comportamental.

O exercício físico também tem papel essencial na melhora da saúde cardiovascular e prevenção e controle da obesidade, no entanto alguns pontos devem ser levados em conta nesta população específica. A obesidade tem impacto importante na funcionalidade do sistema respiratório; isso se deve em parte à diminuição da expansibilidade do tórax, que compromete a mobilidade do diafragma e reduz a capacidade e volume pulmonar.

A espirometria é uma importante medida para se avaliarem a função pulmonar e seu nível de comprometimento, que estão associados ao aumento de morbimortalidade.

Melo et al. avaliaram a progressão do comprometimento da função pulmonar com o aumento do IMC, através da espirometria e outras medidas de função pulmonar. Os resultados apontaram uma tendência à piora da função pulmonar com a progressão do IMC, que se torna significativa após o IMC ultrapassar a marca de 45 kg/m².

O estudo, no entanto, não avaliou as consequências da obesidade a longo prazo na função pulmonar, restando a dúvida da progressão e evolução desta incapacidade mesmo em IMCs menores.

O estudo de Gontijo et al. também avaliou a função pulmonar de indivíduos obesos e não obesos através da espirometria, após o teste de seis minutos de caminhada.

O resultado mostrou uma correlação negativa entre o aumento do IMC e a distância percorrida durante o teste, onde merece destaque a progressão dos danos ao longo dos anos de obesidade instalada.

A prática de exercícios físicos



gera produção exacerbada de radicais livres, danosos às células. Em seu estudo Miranda-Vilela investiga o impacto da suplementação com óleo de pequi, fruta brasileira rica em carotenoides, em corredores. Os resultados foram positivos e mostraram potencial protetor da suplementação com este óleo contra a anitocitose e também melhora na capacidade de transporte do oxigênio no sangue.

O período pós-menopausa concentra nas mulheres um momento de aumento do risco cardiovascular e possível ganho de peso. Trevisan et al. investigaram os efeitos do exercício físico aliado ou não à suplementação de soja enriquecida com isoflavonas no gasto energético basal de mulheres nesta fase da vida. Os resultados apontaram um aumento significativo do Gasto Energético de Repouso (GER) nos grupos que realizaram exercício físico e ainda maior naquele onde houve suplementação com soja aliada ao exercício. Esta estratégia deve ser considerada na melhora da qualidade de vida desta população.

A obesidade está sendo considerada a mais importante desordem nutricional nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Os dados mais expressivos de prevalência de obesidade em nível mundial são provenientes do estudo WHO MONICA (*Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Diseases*). Segundo este estudo, os valores de IMC (Índice de Massa Corpórea) entre 25 e 30 são responsáveis pela maior parte do impacto do sobrepeso sobre certas comorbidades associadas

à obesidade. Como exemplo, pode-se citar que cerca de 64% dos homens e 77% das mulheres com diabetes Mellitus não insulino dependente poderiam, teoricamente, prevenir a doença se tivessem um IMC menor ou igual a 25. Entre a população de 35 a 64 anos de idade, encontrou-se prevalência de 50% a 75% de sobrepeso e obesidade, com predominância na população feminina.

A OBESIDADE NO BRASIL

A Organização Mundial de Saúde aponta a obesidade como um dos maiores problemas de saúde pública no mundo. A projeção é que, em 2025, cerca de 2,3 bilhões de adultos estejam com sobrepeso e mais de 700 milhões estejam obesos.

No Brasil, a obesidade é uma realidade para 18,9% da população acima de 18 anos das capitais brasileiras; já o sobrepeso atinge mais da metade da população (54%). Foi o que apontou a Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), de 2017, do Ministério da Saúde. O percentual é 60,2% maior que o obtido na primeira vez que o trabalho foi realizado, em 2006, ano em que 11,8% dos entrevistados estavam com Índice de Massa Corporal (IMC) acima de 30. Embora bastante elevado, sobretudo quando comparado com outros países da América do Sul, os indicadores são os mesmos obtidos em 2015. O mesmo ocorre com o excesso de peso. Em 11 anos, a expansão da população com peso acima do considerado ideal foi de 26,8%. De 2015 para 2017, contudo, os indicadores permaneceram estáveis. Há três anos, 53,9% da população estava acima do peso; no levantamento mais recente, o índice foi de 54%.

Segundo a pesquisa, há sinais de estabilização de sobrepeso e obesidade nos últimos dois anos, devido as mudanças no comportamento do brasileiro, que hoje consome menos refrigerantes e bebidas adoçadas do que na última década e se exercita um pouco mais. A pesquisa indica que o consumo de refrigerantes e sucos artificiais vem caindo ao longo dos últimos 11 anos: 30,9% em 2007; 14,6% em 2017; e agora, 52,8%.

Outro dado positivo apontado pela pesquisa é que o país tem desenvolvido uma mudança no consumo de frutas e hortaliças. A ingestão regular de cinco ou mais dias na semana destes alimentos aumentou em ambos os sexos, mas o crescimento geral ainda foi me-

nor que 5,0% no período de 2008 a 2017. Quando observado o consumo recomendado, cinco ou mais porções por dia em cinco ou mais dias da semana, houve aumento de mais de 20% entre os adultos de 18 a 24 anos e 35 a 44 anos.

Com relação ao excesso de peso, a pesquisa indica que o crescimento foi de 56%. Entre a faixa de etária de 25 a 34 anos houve alta de 33,0%; de 35 a 44 anos a alta foi de 25,0%; 45 a 54 anos, 12,0%; de 55 a 64 anos, 8,0%; e nos idosos acima de 65 anos o crescimento foi de 14,0%.

O incentivo para uma alimentação saudável e balanceada e a prática de atividades físicas é prioridade do Governo Federal. O Ministério da Saúde adotou internacionalmente metas para frear o crescimento do excesso de peso e obesidade no país. Durante o Encontro Regional para Enfrentamento da Obesidade Infantil, realizado em março, em Brasília, o país assumiu como compromisso deter o crescimento da obesidade na população adulta até 2019, por meio de políticas intersetoriais de saúde e segurança alimentar e nutricional; reduzir o consumo regular de refrigerante e suco artificial em pelo menos 30% na população adulta, até 2019; e ampliar em no mínimo de 17,8% o percentual de adultos que consomem frutas e hortaliças regularmente até 2019.

Outra ação para a promoção da alimentação saudável foi a publicação do Guia Alimentar para a População Brasileira. Reconhecida mundialmente pela abordagem integral da promoção à nutrição adequada, a publicação orienta a população com recomendações sobre alimentação saudável e consumo de alimentos *in natura* ou minimamente processados. Em parceria com a Associação Brasileira das Indústrias da Alimentação (ABIA), o Ministério também conseguiu retirar mais de 17 mil toneladas de sódio dos alimentos processados em quatro anos. O país também incentiva a prática de atividades físicas por meio do Programa Academia da Saúde com mais 3.800 polos habilitados.

NUTRICIÓN VS. OBESIDAD

La obesidad representa el problema nutricional de mayor ascenso entre la población observada en los últimos años, siendo considerada una epidemia mundial, presente tanto en países desarrollados como en desarrollo. Las tendencias de transición nutricional resultantes de la urbanización e industrialización ocurridas en este siglo dirigen hacia una dieta más occidentalizada, con especial destaque para el aumento de la densidad calórica, mayor consumo de carnes, leche y derivados ricos en grasas y reducción del consumo de frutas, cereales, verduras y legumbres, la cual, aliada a la disminución progresiva de la actividad física, converge para el aumento en el número de casos de obesidad en todo el mundo.

La obesidad y el sobrepeso, que en la mayoría de las veces se utilizan como sinónimos, son conceptos distintos. El sobrepeso significa un aumento exclusivo de peso, mientras que la obesidad representa el aumento de la adiposidad corporal, es decir, la obesidad es una enfermedad crónica, que se caracteriza por la acumulación excesiva de grasa con el compromiso de la salud.

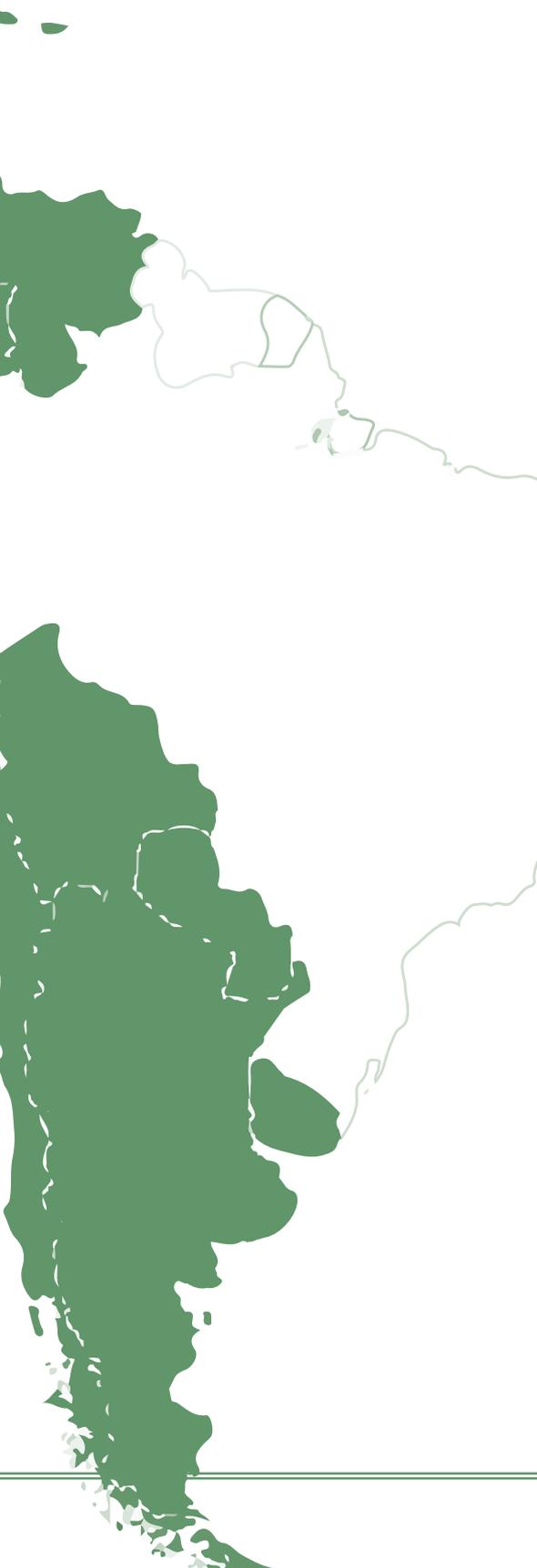
La obesidad es considerada una enfermedad del grupo de Enfermedades crónicas no transmisibles (DCNT), las cuales son de difícil concepción, generando aspectos polémicos en cuanto a su propia denominación, sea como enfermedad no infecciosa, crónica degenerativa o como crónica no transmisible, siendo esta última la concepción actualmente más utilizada.

La obesidad es causada por el exceso de grasa resultante de sucesivos balances calóricos positivos, en los que la cantidad de calorías ingerida es superior a la cantidad de calorías gastada. Los factores que determinan ese desequilibrio son complejos y pueden tener origen genética, metabólica, ambiental y conductual.

El exceso de grasa corporal está relacionado con la aparición de innumerables disfunciones metabólicas y funcionales. Entre las diversas enfermedades asociadas a la obesidad se puede citar el desarrollo de la diabetes Mellitus (DM), que se desarrolla independiente de grupo de edad. Otras enfermedades asociadas a la obesidad incluyen disfunciones pulmonares, como asma y apnea; enfermedades cardiovasculares, como la hipertrofia ventricular; problemas hepáticos, como la esteatosis hepática; problemas psiquiátricos y reproductivos.

El sedentarismo y los hábitos nutricionales representan el principal factor de riesgo en el desarrollo de la obesidad. El proceso de modernización y transición económica observado en la mayoría de los países ha promovido cambios en la industrialización de la producción alimenticia, lo que colabora para el consumo de dietas ricas en proteína y grasa y baja en carbohidratos complejos. La tendencia secular en el aumento de la obesidad también ocurre paralelamente a la reducción en la práctica de actividad física y aumento en el sedentarismo.

La obesidad y el exceso de peso es una condición que despierta interés desde la antigüedad. Varias modalidades terapéuticas vienen siendo implementadas y nuevas estrategias vienen siendo investigadas en el tratamiento de la obesidad.



Las intervenciones clásicas, como la dieta y el ejercicio físico, se están explorando de nuevas maneras, mientras que nuevas estrategias, como la cirugía bariátrica, se han consagrado al presentar mejores resultados a largo plazo y menores riesgos asociados a los procedimientos.

Muchas estrategias de adelgazamiento han sido tentadas, pero, por regla general, perder peso y mantenerlo son extremadamente difíciles en la mayoría de los casos. La pérdida de peso siempre estará en la dependencia de un balance calórico negativo, consecuente a la menor ingesta alimentaria en relación al gasto calórico. Clásicamente, esta situación se alcanza con el binomio reducción de la ingesta alimentaria y el aumento de la actividad física. Además, la obesidad es una enfermedad multifactorial y el control de los factores ambientales se hace necesario para combatirla.

La Organización Mundial de la Salud apunta a la obesidad como uno de los mayores problemas de salud pública en el mundo. La proyección es que en 2025, cerca de 2.300 millones de adultos tienen sobrepeso y más de 700 millones están obesos.

En Brasil, la obesidad es una realidad para el 18,9% de la población superior a 18 años de las capitales brasileñas; ya el sobrepeso alcanza más de la mitad de la población (54%). Fue lo que apuntó a la Investigación de Vigilancia de Factores de Riesgo y Protección para Enfermedades Crónicas por Encuesta Telefónica (Vigitel), de 2017, del Ministerio de Salud.

Según la investigación, hay señales de estabilización de sobrepeso y obesidad en los últimos dos años, debido a los cambios en el comportamiento del brasileño, que hoy consume menos refrescos y bebidas endulzadas que en la última década y se ejercita un poco más. Otro dato positivo señalado por la

investigación es que el país ha desarrollado un cambio en el consumo de frutas y hortalizas.

El incentivo para una alimentación sana y balanceada y la práctica de actividades físicas es prioridad del Gobierno Federal. El Ministerio de Salud ha adoptado internacionalmente metas para frenar el crecimiento del exceso de peso y la obesidad en el país. Durante el Encuentro Regional para Enfrentamiento de la Obesidad Infantil, realizado en marzo, en Brasilia, el país asumió como compromiso detener el crecimiento de la obesidad en la población adulta hasta 2019, por medio de políticas intersectoriales de salud y seguridad alimentaria y nutricional; reducir el consumo regular de refrigerante y el jugo artificial en al menos el 30% en la población adulta, hasta 2019; y ampliar en un mínimo del 17,8% el porcentaje de adultos que consumen frutas y hortalizas regularmente hasta 2019.

Otra acción para la promoción de la alimentación saludable fue la publicación de la Guía Alimentaria para la Población Brasileña. Reconocida mundialmente por el enfoque integral de la promoción a la nutrición adecuada, la publicación orienta a la población con recomendaciones sobre alimentación sana y consumo de alimentos in natura o mínimamente procesados. En colaboración con la Asociación Brasileña de las Industrias de la Alimentación (ABIA), el Ministerio también logró retirar más de 17 mil toneladas de sodio de los alimentos procesados en cuatro años. El país también alienta la práctica de actividades físicas a través del Programa Academia de la Salud con más de 3.800 polos habilitados.