

Obesidade – Um problema de Saúde Pública grave, que pode ser atenuado

O sobrepeso pode ser definido como o peso corporal que se encontra entre o peso considerado adequado e a obesidade, podendo ocorrer em decorrência do excesso de gordura corporal (mais comum) ou ainda da massa magra aumentada. A obesidade, por sua vez, pode ser definida como o excesso de gordura corporal altamente associada com fatores de risco que agravam a saúde dos indivíduos (COSTA, 2001).

Esta doença está crescendo em todo o mundo, e o número de crianças obesas tem aumentado de forma vertiginosa também. A obesidade é mais prevalente entre as mulheres do que em homens e também atinge em maior grau as classes sociais mais baixas ou os migrantes (DOMSCHKE; GELLNER, 2008). De acordo com dados da WHO (2015), o número de indivíduos obesos no mundo duplicou desde de 1980; em 2014 mais de 1,9 bilhão de adultos, acima de 18 anos, estavam com sobrepeso, e destes mais de 600 milhões eram obesos; em 2013 cerca de 42 milhões de crianças menores de 5 anos estavam com sobrepeso ou obesidade.

Outras publicações têm denunciado este grave problema de saúde pública. Uma pesquisa indica que a prevalência de sobrepeso e obesidade têm aumentado de forma constante entre todos os grupos da população dos Estados Unidos, inclusive em crianças. De acordo com esta pesquisa, se essas tendências continuarem, a prevalência de crianças com sobrepeso irá praticamente dobrar até o ano de 2030. O custo total em saúde neste país, atribuído ao sobrepeso e obesidade, pode chegar a US\$ 956,9 bilhões de dólares em 2030 (cerca de 16-18% dos custos totais em saúde nos Estados Unidos) (WANG et al., 2008). Um outro trabalho indica que 32,9% dos adultos e 13% das crianças americanas são obesas; na Europa 15,7% dos adultos são obesos e 4% das crianças e adolescentes são acometidos por esta doença (DOMSCHKE; GELLNER, 2008).

No Brasil, em 2014, uma pesquisa intitulada Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), realizada pelo Ministério da Saúde nas 27 capitais, com cerca de 41 mil entrevistados com mais de 18 anos, indicou que a frequência de obesos era de 17,9% da população. Interessantemente, a frequência de obesidade tendia também a diminuir com o aumento do nível de escolaridade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). Ainda no Brasil,

a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada pelo Ministério da Saúde em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em cerca de 82 mil casas de todo o país, indicou que 56,9% dos indivíduos com mais de 18 anos estão com sobrepeso, o que equivale a cerca de 82 milhões de pessoas. Ainda de acordo com esta pesquisa, o excesso de peso na população brasileira, resultado do padrão alimentar inadequado e do sedentarismo, correspondeu a 74% dos obtidos no Brasil em 2012 (PORTAL BRASIL, 2015).

O número de jovens brasileiros acima do peso corporal ideal também tem aumentado nos últimos anos. Dados mostram que 7,3% das crianças menores de 5 anos estão com sobrepeso. Uma em cada três crianças com idade entre 5 e 9 anos também está com sobrepeso, o que equivale a uma prevalência de 33,4%. Da mesma forma, a prevalência da obesidade infantil no Brasil é alta, acometendo 14,2% das crianças. Em relação aos adolescentes, a prevalência de sobrepeso e de obesidade é de 20,5% e 4,9%, respectivamente (NIEHUES et al., 2014). O mais impactante de tudo isto é observar que a obesidade é evitável, desde que ações adequadas sejam realizadas.

Uma das formas mais simples de se diagnosticar a obesidade em adultos é por meio do cálculo do Índice de Massa Corpórea (IMC) (Tabela 1), mundialmente utilizado para classificar os indivíduos quanto ao seu grau de obesidade. Este índice é facilmente calculado, a partir da divisão do peso corporal em quilogramas (kg) pela altura em metros elevado ao quadrado (m^2), ou seja IMC é igual a kg/m^2 (POIRIER, 2008).

Tabela 1 – Classificação do IMC

Classificação	IMC (kg/m^2)
Baixo peso	< 18,5
Peso normal	18,5 – 24,9
Sobrepeso	25,0 – 29,9
Obesidade I	30,0 – 34,9
Obesidade II	35,0 – 39,9
Obesidade III (mórbida)	$\geq 40,0$
Super Obeso	$\geq 50,0$

Adaptado: POIRIER (2008)

O diagnóstico preciso do sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes não é tão fácil. Isto acontece devido a pequena quantidade de estudos de qualidade que abordem esta questão. De acordo com a Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO), o uso do IMC, baseado na Tabela 1, para o diagnóstico de sobrepeso e obesidade em jovens é inadequado. Para a ABESO deve-se adotar, na avaliação do peso corporal de jovens (lactente até 19 anos de idade), curvas de IMC que consideram pontos de cortes para sobrepeso e obesidade os percentis 85 e 97, respectivamente, ou curvas em escore Z para o IMC, que indica a posição relativa do IMC de jovens entre jovens da mesma idade e sexo (ABESO, 2015; LOURENÇO; TAQUETTE; HASSELMANN, 2011). No site da internet da ABESO (<http://www.abeso.org.br/atitude-saudavel/curva-obesidade>) é possível classificar facilmente o peso corporal de jovens através do IMC.

A avaliação de adiposidade através das dobras cutâneas, bem como pela circunferência da cintura pode ser utilizada em adultos, mas é pouco reprodutível em jovens. Outros exames para avaliação do sobrepeso e obesidade, como a ultrassonografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética, densitometria, impedância bioelétrica, são de difícil acesso para o estudo de grandes grupos populacionais, além de um maior custo financeiro.

A obesidade infantil está associada a fatores de risco cardiovasculares e metabólicos adversos, incluindo hipertensão arterial, triglicerídeos aumentados, colesterol de baixa densidade (LDL-C) e total elevados, resistência à insulina, colesterol de alta densidade (HDL-C) reduzido, e com grande possibilidade de induzir obesidade e doença cardiovascular na idade adulta. Além disso, a obesidade na infância é um fator de risco para aterosclerose e está associada com aumento da mortalidade por doença cardiovascular na idade adulta, independente do peso adulto (KELISHADI et al., 2015).

Um trabalho indicou que o sobrepeso ou a obesidade na infância foi preditivo para o desenvolvimento de diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, dislipidemia e complicações na carótídea na idade adulta. Os dados também mostraram que as pessoas que tinham IMC normal na infância, mas que se tornaram obesos quando adultos tiveram aumento dos fatores de risco para o desenvolvimento de doenças, ao passo que aqueles que estavam com sobrepeso ou obesidade na infância, mas tornaram-se não obesos quando adultos tinha também um perfil de risco

cardiovascular semelhante ao de pessoas que nunca foram obesas (JUONALA et al., 2011).

Evidências científicas indicam que o aumento da prevalência do sobrepeso e da obesidade pode ser explicado, de uma maneira geral, por uma das três situações a seguir, ou pela combinação delas: uma grande parte da população está consumindo mais calorias do que os indivíduos das gerações passadas, sem mudança no gasto diário habitual de energia; há uma diminuição do gasto energético diário dos indivíduos, sem alteração da ingestão calórica; e/ou a ingestão calórica tem realmente declinado quando comparada com gerações anteriores, mas o gasto energético diário tem, em média, diminuído em proporção ainda maior (BOUCHARD, 2003). Assim, de acordo com estas hipóteses, podemos concluir facilmente a estreita relação que existe entre o sedentarismo, as dietas calóricas, a obesidade e suas consequências deletérias para a saúde.

Além das causas já citadas, como o sedentarismo e a ingestão excessiva de alimentos, a genética, e os fatores sócio-econômicos e psicológicos também contribuem para o desenvolvimento do sobrepeso e a obesidade em jovens e adultos.

REFERÊNCIAS

ABESO. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/atitude-saudavel/curva-obesidade>>. Acesso em: 26 dez. 2015.

BOUCHARD, C. **Atividade física e obesidade**. São Paulo: Manole, 2003. p. 12-13.

COSTA, R. F. **Composição corporal: teoria e prática da avaliação**. São Paulo: Manole, 2001. p. 5.

GELLNER, R; DOMSCHKE, W. Epidemiology of obesity. **Chirurg**. 79: 9: 807-10, 2008.

JUONALA, M; MAGNUSSEN, C. G; BERENSON, G. S; VENN, A; BURNS, T. L, SABIN, M. A; SRINIVASAN, S. R; DANIELS, S. R; DAVIS, P. H; CHEN, W, SUN, C; CHEUNG, M; VIKARI, J. S. A; DWYER, T; RAITAKARI, O. T. Childhood Adiposity, Adult Adiposity, and Cardiovascular Risk Factors. **N Engl J Med**. 365: s/v: 1876-1885, 2011.

KELISHADI, R; MIRMOGHATAEE, P; NAJAFI, H; KEIKHA, M. Systematic review on the association of abdominal obesity in children and adolescents with cardio-metabolic risk factors. **J Res Med Sci**. 20: 3: 294-307, 2015.

LOURENÇO, A, M; TAQUETTE, S. R; HASSELMANN, M. H. Avaliação nutricional: antropometria e conduta nutricional na adolescência. **Adolesc. Saude**. 8: 1: 51-8, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Vigitel Brasil 2014**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. p. 51.

NIEHUES, J. R; GONZALES, A. I; LEMOS, R. R; BEZERRA, P. P; HAAS, P. Prevalence of overweight and obesity in children and adolescents from the age range of 2 to 19 years old in Brazil. **Int J Pediatr**. Epub ahead of print, 2014.

POIRIER, P. Targeting abdominal obesity in cardiology: can we be effective? **Can J Cardiol**. 24: Suppl D: 13D-17D, 2008.

PORTAL BRASIL. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2015/08/mais-da-metade-dos-adultos-estao-acima-do-peso>>. Acesso em: 26 dez. 2015.

WANG, Y; BEYDOUN, M. A; LIANG, L; CABALLERO, B; KUMANYIKA, S. K. Will all Americans become overweight or obese? estimating the progression and cost of the US obesity epidemic. **Obesity (Silver Spring)**. 16: 10: 2323-30, 2008.

WHO. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>>. Acesso em: 22 dez. 2015.