

# Obesidade

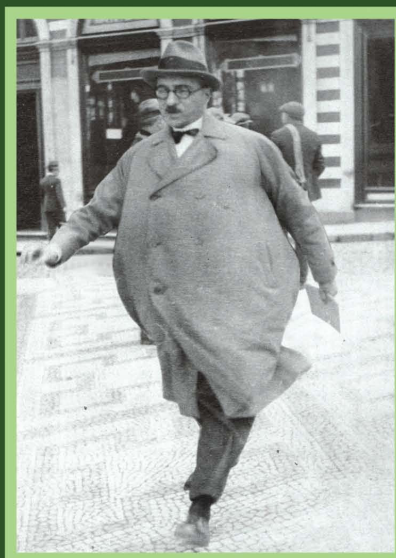
em Portugal e no Mundo

Isabel do Carmo

Oswaldo Santos

José Camolas

João Vieira



## Obesidade em Portugal e no mundo

### Sinopse

#### 1. Obesidade a “Epidemia Global”

No final do século XX, a obesidade tinha-se tornado num dos grandes problemas de saúde pública. No início do século XXI calcula-se que será um dos maiores problemas deste século. As dimensões do problema ultrapassam em muito as questões plásticas que levam, sobretudo as mulheres, à consulta da especialidade ou ao consumo de medidas avulsas de tratamento. A obesidade é um grande problema porque está associada a maior risco de doenças e de mortalidade precoces. Nas doenças associadas destacam-se a diabetes tipo 2 e as doenças cardiovasculares. A diabetes tipo 2, que em cerca de 80% dos casos ocorre em obesos, tem prevalência crescente e neste momento já atinge crianças e adolescentes.

As doenças cardiovasculares estão associadas a estas duas condições- obesidade e diabetes – e são, a par do cancro, uma das grandes causas de mortalidade precoce, ou seja ocorrendo anteriormente à idade que seria desejável tendo em conta a actual esperança de vida. O alarme que a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem lançado em relação à obesidade e à diabetes justifica-se pelo facto de estas doenças serem em grande parte evitáveis, dado que estão relacionadas com hábitos e comportamentos, o chamado estilo de vida.

Há que realçar também que esta situação de obesidade, diabetes e causas de morte associadas nos países desenvolvidos, ocorre num momento em que a esperança de vida nunca foi tão grande ao longo da história da humanidade. Se considerarmos o caso do nosso país, que é comparável aos outros países industrializados, a esperança de vida

passou para o dobro num século. Deste modo, aquilo que eram as grandes preocupações nestes países há um século – fome, tuberculose e outras doenças infecciosas – passaram para segundo plano e ganharam maior relevância as doenças da segunda metade da vida – diabetes, doenças cardiovasculares e cancro. O aumento da prevalência da obesidade, ao longo da segunda metade do século XX e ao longo da vida individual acompanhou esta evolução. Estamos assim perante novos paradigmas na saúde e na doença.

## 2. Perspectiva Evolucionista

A evolução e a selecção que ocorreu ao longo da história da humanidade, atravessada sempre por períodos de fome, traduziu-se na ocorrência dum terreno genético favorável, uma vulnerabilidade, que afecta uma grande parte das populações humanas, quando expostas à abundância calórica e ao sedentarismo. Para alguns investigadores esta selecção ter-se-à ainda iniciado antes do aparecimento do homem moderno, portanto há cerca de 150.000 anos, podendo ter começado no período do ***australopithecus afarensis***, a celebrada Lucy. Dir-se-à que a situação da epidemia de obesidade só afecta os países desenvolvidos, enquanto que a outra metade do mundo sofre de fome ou de carências acentuadas. Assim é. No entanto, de acordo com esta perspectiva evolucionista, as populações que sofrem de fome, quando saírem desta passam directamente para a obesidade. Por um lado por causa da selecção genética, por outro lado porque a alimentação hipercalórica é mais barata. Já hoje são os mais pobres os mais obesos, nos países desenvolvidos.

### 3. Classificação da Obesidade

<b>Classificação de obesidade de acordo com a OMS</b>		
<b>Classificação</b>	<b>IMC</b>	<b>Risco de Comorbilidade</b>
Peso baixo	< 18,50	<b>Baixo</b> (mas risco acrescido de outros problemas clínicos)
Intervalo normal	18,50-24,99	<b>Médio</b>
Excesso de peso		≥25.00
Pré-obesidade	25.00-29.99	<b>Aumentado</b>
Obeso classe I	30.00-34.99	<b>Moderado</b>
Obeso classe II	35.00-39.99	<b>Grave</b>
Obeso classe III	≥40.00	<b>Muito grave</b>

### 4. Morfologia da Obesidade

#### **Distribuição da gordura**

Os dados sobre o IMC transmitem-nos a relação do peso com a altura e portanto o eventual nível de peso excessivo. No entanto não nos podem revelar nada a respeito da morfologia da obesidade, ou seja a distribuição da gordura no corpo. Ora desde meados do século XX que se tem vindo a perceber que a associação de obesidade ao risco de morbilidade e mortalidade depende da localização da gordura, concluindo-se que é a gordura de localização peri-visceral, abdominal, aquela que conduz a maior risco. Esta localização pode ser avaliada de forma indirecta através da medição do perímetro da cintura.

<b>Classificação do perímetro da cintura segundo o risco</b>		
<b>Risco de complicações metabólicas</b>	<b>Circunferência da cintura</b>	
	<b>Homem</b>	<b>Mulher</b>
Aumentado	≥ 94	≥ 80
Muito aumentado	≥ 102	≥ 88

<b><u>Classificação do Excesso de Peso e Obesidade pelo IMC</u></b>			
<b><u>Perímetro da Cintura e Risco Associado de Doença</u></b>			
<b>Classificação</b>	<b>IMC</b>	<b>Risco Associado de Doença</b> (relativamente ao peso e perímetro da cintura normais)	
		<b>Homens ≤ 102 cm</b> <b>Mulher ≤ 88 cm</b>	<b>Homem &gt; 102 cm</b> <b>Mulher &gt; 88 cm</b>
<b>Baixo peso</b>	<b>&lt; 18,5</b>	-	-
<b>Peso normal</b>	<b>18,5-24,8</b>	-	-
<b>Ex. peso</b>	<b>25-29,9</b>	<b>Aumentado</b>	<b>Elevado</b>
<b>Obesidade</b>			
<b>Classe I</b>	<b>30-34,9</b>	<b>Elevado</b>	<b>Muito elevado</b>
<b>Classe II</b>	<b>35-39,9</b>	<b>Muito elevado</b>	<b>Muito elevado</b>
<b>Classe III</b>	<b>&gt;40</b>	<b>Extremamente elevado</b>	<b>Extremamente elevado</b>

##### 5. Prevalência da obesidade

Os estudos de prevalência de obesidade procuram mostrar o número total de indivíduos obesos numa dada população.

Os estudos de incidência, que habitualmente não são feitos, mostrariam o número de novos obesos num determinado período de tempo, numa dada população. Substituindo os estudos de incidência, são feitos, em alguns países, estudos periódicos de prevalência que permitem a comparação entre períodos cronológicos diferentes e portanto mostram a tendência.

Os estudos de prevalência tem que considerar as diferenças nos vários grupos: por etnia, por país e /ou região, por género e por idade.

### Prevalências de obesidade em vários países

País	Amostra N (idade em anos)	Data de publicação	Resultados Obesidade	
			H	M
Tanzânia	545 (46-58)	2002	5,4	22,5
Tailândia	3.220 (20-59)	2004	6,8	
França	15.106 (>20)	1999	6,5	7
Holanda	21.926 (20-59)	2002	8,5	9,3
Espanha	9885 (25-60)	2003	13,3	15,7
EUA	NHANES (≥20)	2004	31,1	33,2

### Prevalência de pré-obesidade e obesidade em alguns países europeus

	Homens		Mulheres		Total	
	Pré- obes.	Ob.	Pré- obes.	Ob.	Pré- obes.	Ob.
Itália	42,1	9,3	25,8	8,7	33,6	9
Holanda	43,5	10,4	28,5	10,1		
Suécia (Gotemburgo)	43,5	14,8	26,6	11		
Portugal	44,1	14,5	31,9	14,6	37,1	14,5
Grécia	53	20	31	15		
Espanha	45,0	13,4	32,2	15,8		
Rússia	30,7	10,3	27,4	21,6	28,9	16,0
Inglaterra	43,9	22,7	34,7	23,8		
Alemanha	52,9	22,5	35,6	23,3		
República Checa	48,5	24,7	31,4	26,2		

Dados de alguns países europeus apresentados por ordem crescente dos níveis de obesidade para o sexo feminino. São apresentados os números do total nos dois sexos quando os dados foram acessíveis.

### **Prevalência de pré- obesidade e obesidade nos EUA**

	Homens			Mulheres			Total		
	Pré-Ob	Ob	Ob III	Pré-Ob	Ob	Ob III	Pré-Ob	Ob	Ob III
<b>1999-2000</b>	36,6	27,5	3,1	22,2	33,4	6,3	29,3	30,5	4,7
<b>2001-2002</b>	39,4	27,8	3,6	21,6	33,3	6,5	30,0	30,6	5,1
<b>2003-2004</b>	47,9	31,1	2,8	20,7	33,2	6,9	29,3	32,2	4,8

Dados dos EUA, a partir de Ogden CL et al, Jama 2006; 295:1549-1555

### **Tendências relativas à prevalência da obesidade**

A tendência relativa à prevalência da obesidade em todos os países desenvolvidos é o aumento. Nos países em vias de desenvolvimento, a tendência é para sair directamente do estado de carência para a obesidade. É a verificação deste facto, sobretudo a partir dos anos 80 do século passado que levou a OMS a designar a situação por "epidemia global". Damos em quadro alguns exemplos desta tendência.

### Tendência nas prevalências de obesidade em alguns países( IMC < 30)

País	Ano	Idades	Prevalência da Obesidade (%)	
			M	H
França	1980	≥ 20	6,3	6,4
	1991		7,8	6,4
	2006		13	11,8
Noruega (1 condado)	1984/86	≥ 20	13	7,5
	1995/97		18	14
Inglaterra	1980	16-64	8	6
	1995	16-75	16,5	15
	2002		25	23
Suécia	1980/81	16-84	8,7	4,9
	1988/89	25-64	9,1	5,3
	2002(G)		14,8	11
EUA	NHES(1960-62)	20-74	15,1	10,4
	NHANES(1988-1994)	20-74	25,4	20,2
	NHANES(1999-2000)	20-74	33,4	27,5
	NHANES(2001-2002)	20-74	33,3	27,8
	NHANES(2003-2004)	20-74	33,2	31,1
Brasil	1975	25-64	8,2	3,1
	1989	>20	13,3	5,9
	1997		12,5	6,9
Samoa Ocidental (zona urbana)	1978	25-69	59,1	38,8
	1991		76,8	58,4

### 6. Prevalência da obesidade em idade pré-escolar

Pré-obesidade e obesidade em idade pré-escolar no Concelho de Coimbra

Ano recolha	Idades	Género	Pré-obesidade (%)			Obesidade (%)			Total Pré-ob+Ob
			M	F	T	M	F	T	
2001/2002	3-5	M/F	13,6	20,4	23,4	6,5	6,9	6,7	30,1

Rito A e col.

**Pré-obesidade e obesidade em idade pré-escolar na região da Beira Interior**

Ano recolha	Idades	Género	Pré-obesidade (%)			Obesidade (%)			Total Pré-ob+Ob
			M	F	T	M	F	T	
2006/2007	3-6	M/F			15,6			12	27,6

Duarte E e col.

**7. Prevalência em idade escolar**

**Pré-obesidade e obesidade dos 7 aos 9 anos a nível nacional**

Ano recolha	Idades	Género	Pré-obesidade (%)			Obesidade (%)			Total Pré-ob+ob
			M	F	T	M	F	T	
2002/2003	7-9	M/F							31,6
			19,1	21,4	20,3	10,3	12,3	11,3	

Padez C e col.

**8. Prevalência em adolescentes**

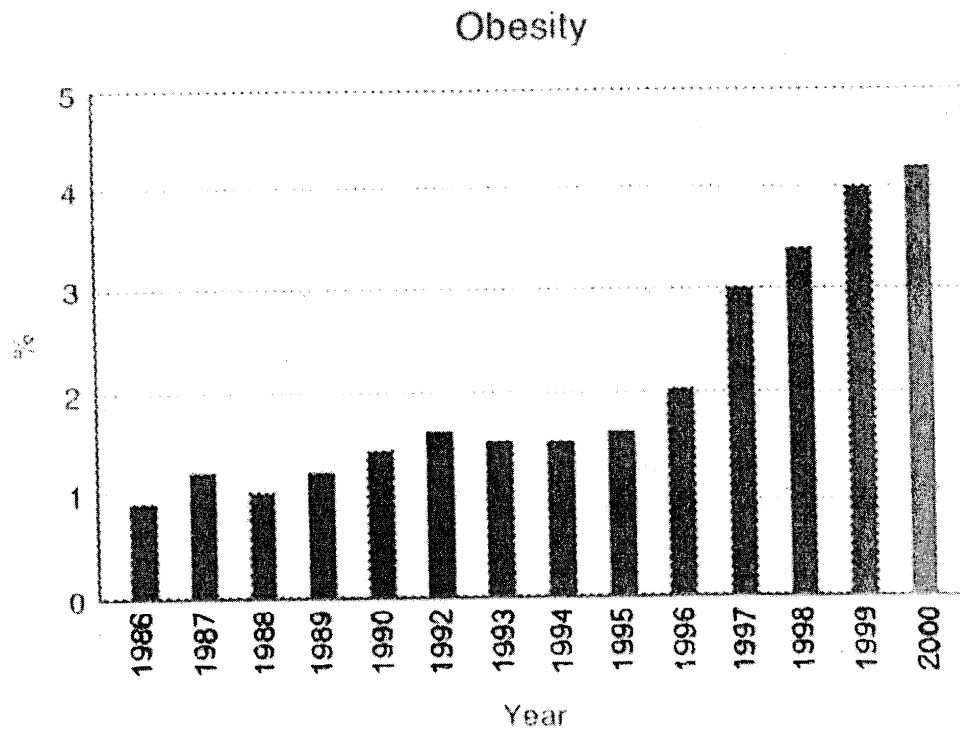
**Pré-obesidade e obesidade nos adolescentes**

Ano recolha	Idades	Género	Pré-obesidade (%)			Obesidade (%)			Total pré-ob+ob
			M	F	T	M	F	T	
	10-18	M/F							31
			22,7	22,6	22,7	9,1	7,5	8,3	

Sousa J e col.

## 9. Tendências em Portugal

### Tendência na prevalência da obesidade em Portugal



Padez C e col.

## 10. Prevalência da obesidade em idade adulta em Portugal

Prevalência de categorias de IMC em adultos (18-64 anos): Dados recolhidos de 1995 - 1998

	<b>Mulheres (n =2485) %</b>	<b>Homens (n =1843) %</b>	<b>Total (n = 4328) %</b>
<b>Baixo (&lt; 18,5)</b>	3,9	0,8	2,6
<b>Normal (18,5 – 24,9)</b>	49,8	45,2	47,8
<b>Pré-obeso (25 – 29,9)</b>	30,8	41,1	35,2
<b>Obesidade I (30,0 – 34,9)</b>	12,2	11,3	11,8
<b>Obesidade II (35-39,9)</b>	2,2	1,2	1,8
<b>Obesidade III (≥ 40,0)</b>	1,0	0,4	0,8
<b>Total obesidade</b>	15,4	12,9	14,4

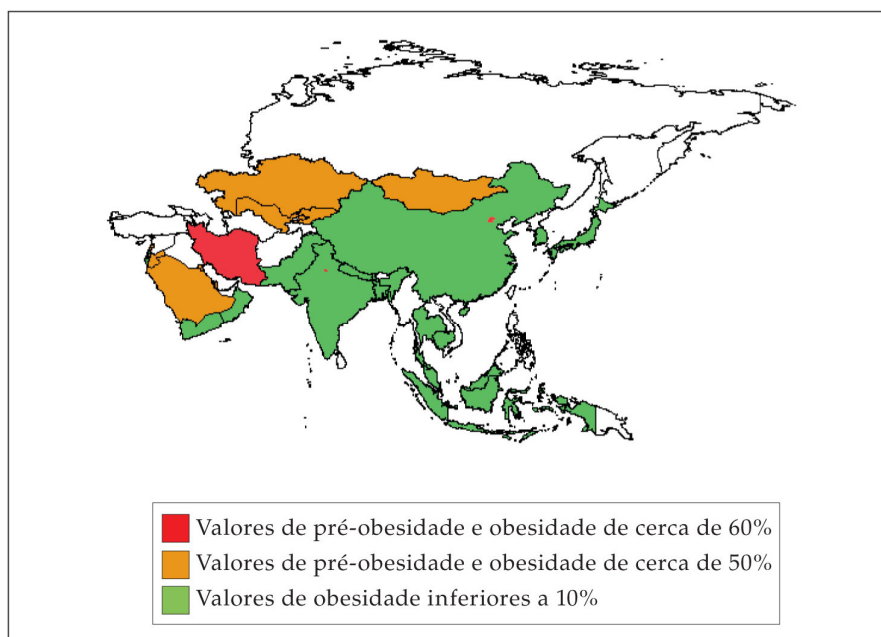
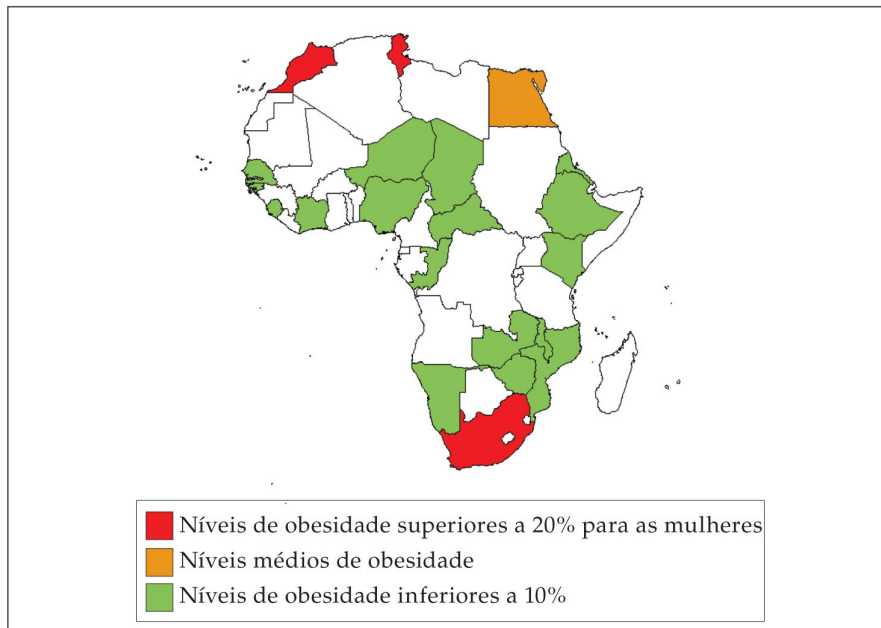
Carmo I e col.

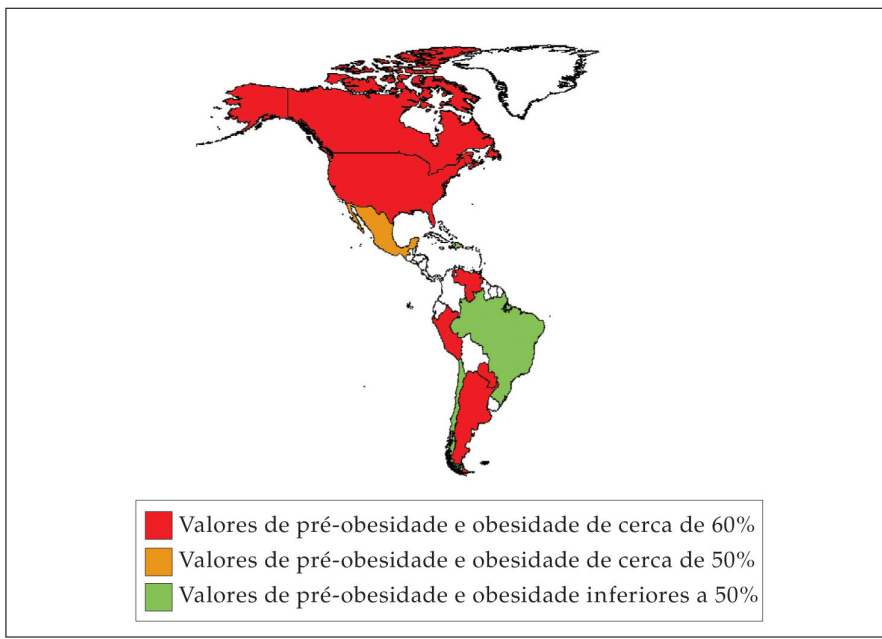
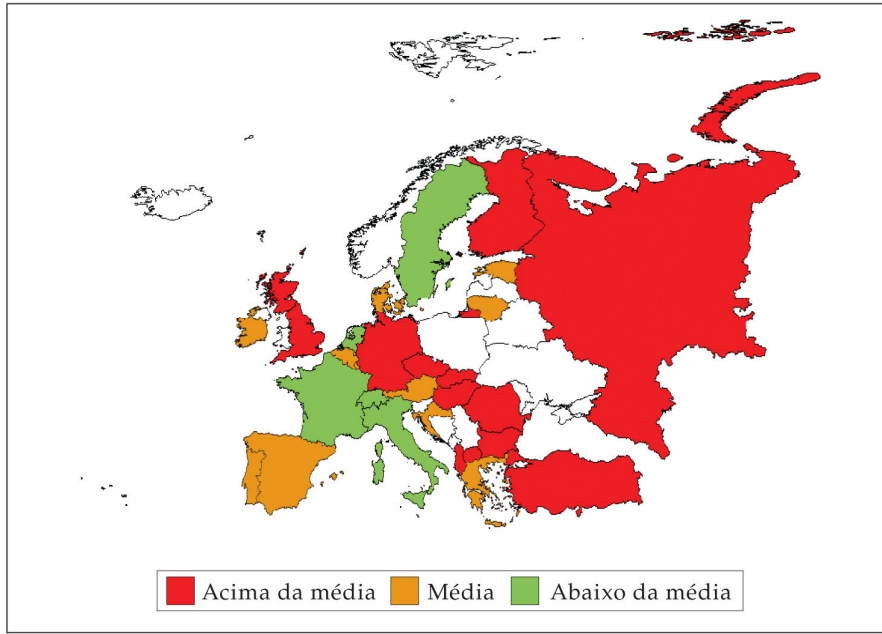
Estudo da prevalência da obesidade em Portuga entre 2003 - 2005

	<b>Mulheres (n =4320) %</b>	<b>Homens (n =3796) %</b>	<b>Total (n = 8116) %</b>
<b>Peso Baixo (&lt; 18,5)</b>	3,4	0,9	2,2
<b>Peso Normal (18,5 – 24,9)</b>	48,9	38,9	44,2
<b>Pré-obesidade (25 – 29,9)</b>	34,4	45,2	39,4
<b>Obesidade I (30,0 – 34,9)</b>	10,2	13,2	11,6
<b>Obesidade II (35-39,9)</b>	2,4	1,6	2
<b>Obesidade III (≥ 40,0)</b>	0,8	0,2	0,6
<b>Total obesidade</b>	13,4	15,0	14,2

Carmo I e col.

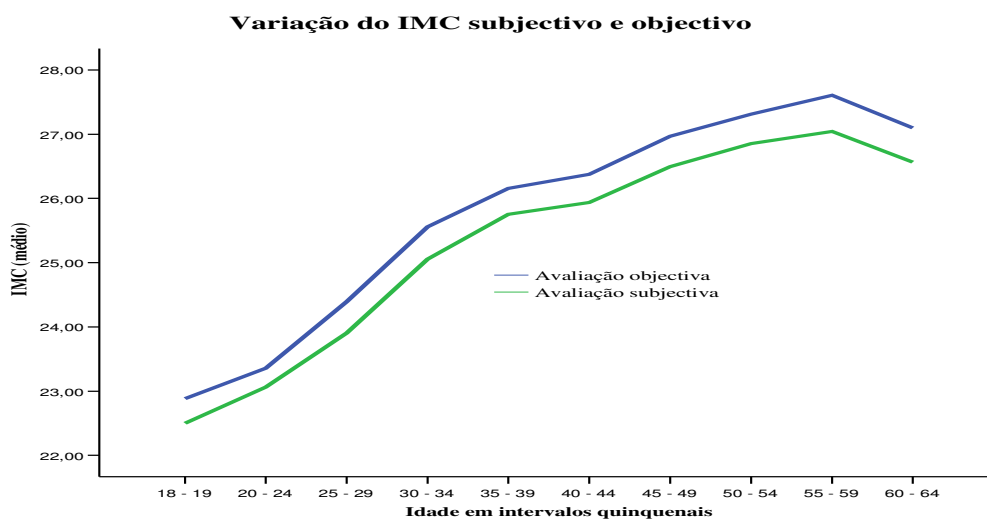
## 11. Prevalências no mundo





## 12. O IMC subjectivo e objectivo

A Tendência de cada individuo que se reflecte na população em geral é ter uma percepção subjectiva de menos peso e mais altura. Em todas as idades as pessoas acham que têm menor IMC do que aquele que têm. É uma das justificações para os estudos se fazerem com medições directas.



## 13. A Nutrição e a Obesidade

A elevada prevalência da obesidade estará intimamente relacionada com a chamada “*Transição Nutricional*”, caracterizada por mudanças quantitativas e qualitativas nas escolhas alimentares.

Verificou-se que os consumos alimentares diferiam entre os sexos, sendo as frequências de consumo reportadas, para a maioria dos grupos de alimentos estudados, **superiores no sexo masculino**. Embora não seja possível inferir sobre a sua influência na maior prevalência de excesso de peso e no seu aumento mais marcado nos últimos anos, entre os homens, estes dados parecem indiciar um padrão alimentar mais indutor da sobrecarga ponderal no sexo masculino. A esta

constatação, acresce o facto de **as mulheres** mencionarem uma maior frequência de consumo de sopas, legumes e frutos frescos e de lacticínios com baixo teor de gordura, alimentos que são indicados pela literatura como podendo exercer efeito potencialmente benéficos na prevenção da sobrecarga ponderal.

Apesar de apresentarem prevalências de excesso de peso mais reduzidas, verificou-se que **os indivíduos mais jovens** apresentavam frequências de consumo mais elevadas de alimentos tendencialmente hipercalóricos e de baixa densidade nutricional. De facto, o consumo mais elevado destes produtos pode constituir uma característica do comportamento alimentar destes indivíduos, que deixa antever um potencial cenário de instalação e agravamento da sobrecarga ponderal, caso não sofra correcção atempada. Ainda neste contexto, importa ainda destacar que, no que respeita aos indivíduos com baixo peso e com peso normal, este comportamento pode ser decorrente de uma reduzida preocupação com a selecção de alimentos, podendo contribuir significativamente para o desequilíbrio do estado nutricional individual, mesmo que não induza, pelo menos a curto prazo, aumento do peso.

Os dados relativos ao **consumo de flocos de cereais** revelaram-se interessantes, pois as frequências de consumo reportadas apresentavam uma evolução inversa à das classes de IMC e de perímetro da cintura, i.e., quanto maior a classe de IMC e/ou de perímetro da cintura menor o consumo indicado pelos inquiridos. Não havendo aqui lugar para conclusões precipitadas, não pode deixar de se constatar que os dados obtidos parecem apontar para uma preferência por parte dos indivíduos mais magros por estes alimentos, aparentemente em detrimento do consumo de pão.

Numa observação optimista dos dados, importa destacar que os indivíduos com sobrecarga ponderal parecem estar despertos para a necessidade de ajustar alguns dos seus consumos alimentares à sua condição. Neste contexto, enquadra-se o **maior consumo reportado de**

**sopa, legumes e frutos frescos e das gorduras de origem vegetal.** Por oposição, estes indivíduos podem ainda não estar suficientemente sensibilizados para a importância de moderar o consumo de **produtos de origem animal e de bebidas alcoólicas**, uma vez que referiram frequências de consumo mais elevadas para estes produtos alimentares.

Os dados obtidos desta investigação podem constituir-se como ferramentas para a intervenção, no âmbito da saúde pública, visando medidas urgentes e eficientes em termos de prevenção primária, para fazer face ao crescimento observado na prevalência da obesidade nos últimos anos. No entanto, é também indispensável ter em conta que **mais de metade dos indivíduos**, que apresentam peso excessivo, devem ser alvo de uma abordagem terapêutica eficaz, numa lógica de prevenção secundária e terciária, e que também neste âmbito os resultados obtidos poderão revelar-se importantes.

#### **14. A Actividade Física e a Obesidade**

Verifica-se que a população estudada pratica pouca actividade programada e a obesidade está relacionada com um baixo índice de actividade física.

#### **15. As consequências da obesidade**

##### Consequências

Vários estudos a nível mundial têm demonstrado que a obesidade é um factor de risco directo na doença cardiovascular. Destacamos o estudo de *Framingham* que fez uma avaliação após 26 anos numa população de 5209 homens e mulheres, o estudo de *Gotenberg* na Suécia com 13 anos de evolução, o estudo da *American Heart Society*, o estudo das *Nurses*, realizado nos EUA, que seguiu 121.700 enfermeiras e cujos primeiros resultados foram publicados 10 anos depois e definitivos 19 anos depois, o estudo *BEDA* na Suécia que teve um seguimento de 19

anos, o estudo em meio industrial de Chicago que teve um seguimento de 25 anos, um estudo de seguimento na Filândia e um estudo também perspectivo numa região da China. São todos estudos sérios e muito complexos, porque implicam seguimento de todos os indivíduos duma determinada população que parte duma base saudável e cuja evolução vai sendo observada, tendo sido avaliados os factores de risco.