

**A** CAPACIDADE DE ARMAZENAR ENERGIA sob a forma de gordura é fundamental para suprir nossos requerimentos vitais. Embora o tecido adiposo seja considerado hoje também uma estrutura endócrina - produz entre outros a leptina, a adipsina, o fator de necrose tumoral (TNF $\alpha$ ), o inibidor do ativador do plasminogênio (PAI $_1$ ), o angiotensinogênio -, é o seu papel de reserva energética e proteção térmica que sobressai no sentido de nos garantir a sobrevivência.

Na pré-história a luta árdua para conseguir alimentos, a maior exposição ao frio e a necessidade de movimentação constante para encontrar condições ambientais que permitissem a sobrevivência em situações infinitamente menos confortáveis que as atuais exigiam de nossos antepassados grande capacidade de estocar energia e de obter proteção térmica.

É natural que houvesse em seu organismo mecanismos (genes para promover adipogênese, processos enzimáticos, etc.) que facilitassem a obtenção desta reserva e desta proteção térmica - e o resultado final era a produção constante de gordura, que também era rapidamente metabolizada para prover as grandes queimas calóricas diárias.

Esta capacidade de armazenar gordura - essencial para nossos antepassados -, tornou-se prejudicial com os padrões de vida atuais, nos quais a excessiva oferta de alimentos - e particularmente de alimentos ricos em gorduras - acoplada aos crescentes confortos da vida moderna - tendentes a nos tornar cada vez mais inativos - nos conduz à obesidade. Podemos afirmar que obesidade é uma doença resultante do conflito entre genes antigos e vida moderna.

A obesidade não é um fenômeno recente. Sabe-se da existência de indivíduos obesos já na época paleolítica, há mais de 25.000 anos atrás. A sua prevalência, no entanto, nunca atingiu proporções tão epidêmicas como as atuais. A obesidade vem aumentando em praticamente todos os países em que há acesso a alimentos.

Na Europa, os dados mais recentes (de 1988 a 1995) evidenciam que 10 a 20% dos homens e 10 a 25% das mulheres apresentam índice de massa corpórea igual ou maior que 30 kg/m $^2$  (1).

Nos Estados Unidos, censo recente mostrou que 55% da população adulta tem sobrepeso (IMC  $\geq$  25 kg/m $^2$ ) ou obesidade (IMC  $\geq$  30 kg/m $^2$ )(2).

Mas não é só nos países desenvolvidos que a prevalência de obesidade vem aumentando. Nos chamados países emergentes (como o Brasil) o fenômeno do aumento do número de indivíduos obesos é alarmante. A expressão epidemia de obesidade vem sendo usada frequentemente na literatura médica.

Os dados do IBGE obtidos em dois períodos (1974-5 e 1989) mostram que a proporção de indivíduos com sobrepeso se elevou de 16,7%

*Alfredo Halpern*

*Professor Livre-Docente de  
Medicina, Disciplina de  
Endocrinologia, Faculdade de  
Medicina da Universidade de  
São Paulo, São Paulo, SP.*

para 24,5% e de indivíduos com obesidade se elevou de 4,7% para 8,3% (3).

O artigo de Monteiro e Conde publicado neste número dos "Arquivos" (4) procura, através de análise de prevalência da obesidade de acordo com três censos (1974-5, 1989 e 1996-7), caracterizar a tendência da evolução da mesma nas regiões Nordeste e Sudeste do Brasil.

Entre os dados apresentados pelos autores merecem destaque especial os fatos de que há uma tendência clara de aumento no número de obesos no Brasil e que, como um todo, esta tendência foi verificada em ambos os sexos (4). Mais ainda, o estudo evidenciou que o aumento proporcionalmente maior deu-se no Nordeste, e que no Sudeste a elevação do número de obesos foi nitidamente maior nas classes menos favorecidas (particularmente em mulheres).

A explicação para este fenômeno de crescimento maior de obesidade nas populações menos favorecidas deve-se certamente em boa parte à mudança do seu padrão alimentar, propiciada por uma maior capacidade de comprar alimentos e à tendência secular de que quando isto acontece os alimentos preferidos são os ricos em gorduras. Nosso povo vem mudando seu padrão de alimentação e vem comendo menos carboidratos e mais gorduras. A este fenômeno, comum aos países emergentes, denomina-se de transição nutricional (5).

Como é do sobejo conhecimento, obesidade é fator de risco importante para diabetes mellitus do tipo 2, hipertensão arterial, dislipidemia, infarto do miocárdio e acidentes vasculares cerebrais, entre outras doenças.

É de se prever que o padrão de doenças da população do Brasil se desloque das doenças associadas à desnutrição (tuberculose, doenças parasitárias, avitaminoses, etc.) para as doenças metabólicas e cardiovasculares, claramente imbricadas entre si. Não há nenhuma dúvida de que a proporção de indivíduos com diabetes mellitus do tipo 2 vem aumentando no mundo e em nosso país, coincidentemente com o crescimento da obesidade. O Ministério da Saúde do Brasil, através do seu Departamento de Doenças Crônicas afirma que as doenças cardiovasculares são a primeira causa de óbito em nosso país (cerca de 300.000 mortes por ano) e que a prevenção da obesidade pode levar a uma redução de 30% na sua incidência.

Mais ainda, os custos diretos e indiretos da obesidade são elevadíssimos; de 2% a 7% dos gastos dos países com a saúde são atribuídos a esta doença (1).

Por estes fatos: crescimento, morbidade, mortalidade e custos, a obesidade se tornou um fenômeno que causa grandes preocupações às entidades governamentais. A Organização Mundial da Saúde conta com a Força Tarefa Internacional de Combate à Obesidade, constituída por especialistas do mundo inteiro. Também no Brasil o Ministério da Saúde nomeou uma Força Tarefa para prevenção e combate à obesidade.

Há um dado no artigo de Monteiro e Conde (4) que nos permite inferir que esta luta pode ser proveitosa: a diminuição da prevalência da obesidade nas mulheres de classes mais favorecidas do Sudeste. É amplamente provável que tal diminuição se deva (como sugerido pelos autores) ao maior acesso a informações obtidas por esta população feminina, informações estas veiculadas principalmente pela mídia sobre os problemas da obesidade, da alimentação desequilibrada e do sedentarismo.

Podemos então prever que campanhas dirigidas às populações de todas as classes sociais possam reverter este quadro alarmante de aumento da obesidade em nosso país.

Cabe a nós, principalmente, profissionais que lidamos com o problema, difundir estes conhecimentos por todos os meios possíveis.

## REFERÊNCIAS

1. WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of WHO Consultation on Obesity. **World Health Organization. Geneva, 1998**
2. Flegal KM, Carroll MD, Kuczmarski RJ, Johnson CL. Overweight and obesity in the United States: prevalence and trends, 1960-1994. **Int J Obes** 1998;22:39-47.
3. Sichieri R, Coutinho DC, Leão MN, Ricine E, Everhart JE. High temporal, geographic and income variation in body mass index among adults in Brazil. **Am J Public Health** 1994;84:793-8.
4. Monteiro CA, Conde WL. A tendência secular da obesidade segundo estratos sociais: Nordeste e Sudeste do Brasil. **Arq Bras Endocrinol Metab** 1999;43/3: 186-194.
5. Monteiro CA, Mondini L, Souza ALM, Popkin BM. The nutrition transition in Brazil. **Eur J Clin Nutr** 1995;49:105-13.