

Prevenção da obesidade

Sejam quais forem as causas íntimas da obesidade, só se verifica acumulação gorda quando a energia ingerida dia a dia supera as necessidades energéticas da actividade biológica intrínseca e da vida de relação.

Esta verdade, que traduz a nossa crença nas leis de conservação de energia, não permite inferir que o obeso seja sempre um comilão.

Vários estudos, de que o de Duret pode considerar-se paradigmático, indicam que os gordos nem sempre são grandes comedores. Para aquele autor só 50% dos de sexo masculino e 17% dos de sexo feminino são hiperfágicos; todos os restantes ou se alimentam de acordo com as suas necessidades energéticas teóricas ou ainda com menos (1).

Isto faz-nos pensar na importância de mecanismos que ou poupam os dispêndios energéticos, ou tornam mais rendoso o balanço da energia, ou modificam a geometria do tecido adiposo. Certos modelos experimentais e o estudo de linhagens humanas assim o indicam.

Hoje aceitamos que existam determinantes genéticas para os vários graus de obesidade; essas

determinantes não parecem localizar-se primariamente no adipócito, o qual parece suportar as consequências. A susceptibilidade individual para a obesidade será ditada por diferenças subtis a nível de mecanismos biológicos, nomeadamente os mais consumidores de energia, tais como bombas iónicas e balanço proteico (2).

Tudo somado, tanto o obeso como os indivíduos que poderão vir a ser gordos, revelam diferenças no metabolismo em repouso, no dispêndio com actividade física e na termogénese induzida por alimentos.

Marcas genéticas susceptibilizadas da acumulação adiposa têm sido encarecidas pela investigação actual, embora só se tornem operativas quando o ambiente o permite. Alimentação e dispêndio energético com a vida de relação mudaram muito nas modernas sociedades afluentes e, de facto, as pessoas vulneráveis para a obesidade, no geral, só se tornam gordas quando dispuzerem de alimentos bastantes e de uma certa comida e quando adoptarem determinado estilo de vida cuja característica fundamental é o sedentarismo (3).

Para falarmos de prevenção de obesidade ainda temos

que discutir outra questão básica, que é a correlação entre número de refeições diárias e índice de massa corporal. O índice é tanto maior quanto menor é o número de refeições (4).

Com efeito, todo o excesso de energia alimentar disponível num dado intervalo é desviado para formar gordura. Caso suceda um período relativamente longo sem alimentação, os gastos tendem a ser reduzidos durante esse período e a glicose indispensável para a manutenção da vida é fornecida pelo glicogénio, o qual se forma pela via da neoglicogénese a partir de proteínas estruturais catabolizadas. Em consequência, grandes intervalos entre refeições excessivas (embora no seu conjunto até possam não prover o total energético necessário para a jornada) levam à acumulação gorda e ao empobrecimento do património proteico.

A prevenção primária da obesidade tem a ver fundamentalmente com a adopção generalizada pelas populações dos países desenvolvidos ou em vias de desenvolvimento de um regime alimentar saudável e de um estilo de vida com maior actividade física.

A adopção de uma alimentação saudável e uma maior exerci-

tação muscular pelo geral de uma população reduz não só a prevalência da obesidade como de todas as doenças metabólicas e degenerativas que mais afligem as sociedades modernas.

A alimentação saudável caracteriza-se globalmente por ser mais volumosa e menos energética do que a do padrão alimentar ocidental. Isto passa por:

(1) Consumo incrementado de produtos hortícolas e frutas em natureza. Estes alimentos devem concorrer com cerca de 40% do peso total do conjunto de alimentos a consumir diariamente. Além de nutricionalmente ricos quanto a minerais, vitaminas e compostos, interessam-nos na prevenção da obesidade pelo seu grande volume, pela sua pobreza calórica e pela sua contribuição para encher.

Hortícolas, legumes e frutas exigem mastigação demorada, o que também é importante porque desse modo desincentivam o consumo anómalo de outros alimentos caloricamente mais ricos e contribuem para despertar a saciedade mais precocemente.

(2) Consumo incrementado de farináceos, sobretudo de cereais e leguminosas, fornecedores privilegiados de hidratos de

carbono de absorção lenta com índice glicémico relativamente baixo. O débito hepático de glicose relacionado com a sua ingestão faz-se de forma atenuada e contínua durante cerca de 4 horas e condiciona um débito modesto de insulina durante o período digestivo.

Consumo de farináceos combinado com intervalos aproximados de 3h30 entre refeições evita a hipoglicemia tardia reactiva e a sensação de fome que impulsiona ao imoderado consumo súbito de açúcar e doces.

(3) Consumo restrito de óleos e gorduras alimentares. Frutos assados com gordura e, no geral, comida engordurada são muito ricos de calorias. O consumo actual de óleos e gorduras está francamente em desproporção com as limitadas exigências energéticas das actividades profissionais e dos lazeres actuais e com as reduzidas exigências da luta contra o frio, uma vez que se dispõe de melhores agasalhos e de casas, transportes e locais de trabalho aquecidos, e que é reduzida a deambulação e a permanência ao ar livre durante as estações frias.

(4) Consumo restrito ou nulo de álcool que, com as suas 7 kcal por grama, contribui

(6)

mas quantidades imoderadas com que hoje se toma regularmente às refeições e, fora delas, por "imperativos" sociais, para a elevada energia da nação diária.

(5) Consumo moderado ou nulo de açúcar em natureza e em obra. O valor nutricional do açúcar é nulo, em franca desproporção com o seu elevado valor calórico. A sua absorção rápida, e a excreção elevada e desproporcionada de insulina que condiciona, contribui para a hipoglicemia tardia reactiva e para a consequente elevação do apetite.

(6) Finalmente, consumo modesto de carne e peixe, limitado a um máximo diário de 150 g. Estes alimentos, além das proteínas características, fornecem gorduras em quantidades variáveis mas sempre bastante para aumentar significativamente o teor calórico da ração.

Não parámos em revizitar o padrão alimentar saudável; vimos apenas as suas características com maior importância para prevenir a obesidade na generalidade de uma população e nos indivíduos com maior risco.

No que respeita a consumos alimentares, assume ainda grande importância nas sociedades modernas a pressão consumista de pro-

(6)

(7)

alimentos processados. Os alimentos naturais são geralmente menos calóricos e mais saciantes do que os seus equivalentes e derivados produzidos pela indústria.

Em paralelo com a adoção de um regime alimentar saudável interessa também maior excitação muscular. A finalidade é contrariar os efeitos da sedentarização das profissões e dos tempos livres. Não se trata de pôr toda uma população a praticar ginástica ou desporto, embora isso acarretasse vantagens para a maioria. Trata-se de andar mais a pé, subir e descer escadas, movimentar e usar os músculos.

A prática de exercício regular tem vantagens tanto para a população em geral como para os doentes, nomeadamente para aqueles com tolerância reduzida à glicose: (1) Aumenta o dispêndio energético; (2) eleva a sensibilidade periférica e hepática à insulina com o que beneficia o balanço metabólico; (3) melhora ou normaliza os níveis séricos de triglicéridos, da fracção 2 do colesterol das HDL e do colesterol das LDL; (4) reduz a frequência e gravidade de doença coronária isquémica; (5) proporciona sensação de bem-estar e reduz frequência e intensidade de comportamentos hipofágicos.

A prevenção da obesidade nas sociedades de consumo mostra-se

(7)

difícil. Os apelos para usar certos produtos alimentares e certas bebidas são muito eficazes; basta ter em conta que em Portugal, onde o consumismo é ainda incipiente, o consumo de produtos alimentares de marca, a preços constantes, quadruplicou em 10 anos; e é nessa fatia particular da alimentação que cabe todo o lixo alimentar e a maior parte dos processados modernos, nutricionalmente inadequados para promover e manter saúde.

Em paralelo, são também muito fortes os apelos subliminares e expressos ao sedentarismo: possuir automóvel, reforçar o consumo de televisão, conviver sentado - em casa, clubes e pubs. Estamos a ser vítimas de uma aculturação maciça e exótica, francamente prejudicial.

Em confronto, a educação para a saúde não cabe ainda hoje de forma proeminente e operativa nas perspectivas dos cuidados de saúde primários, a educação alimentar é um desejo que se eterniza sem ser afrontado, os apelos para uma vida activa continuam a debéis, mesmo os que visam o consumo de serviços prestados por "clubes de saúde", classes de ginástica e até dançeterias.

As medidas atrás preconizadas - alimentação saudável e exercício físico - contrariam

O estilo de vida dominante nas sociedades de consumo. Contrariam as condições ambientais que pela sua grande nocividade podem vitimar toda a população - quando o grau e a persistência dos erros comportamentais são suficientes - ou, pelo menos, os indivíduos geneticamente susceptíveis.

As medidas preconizadas para a prevenção da obesidade podem aplicar-se ao geral da população - solução ideal mas muito difícil - ou podem restringir-se aos indivíduos susceptíveis. No primeiro caso, é necessária a intervenção de várias estruturas sociais, desde serviços de saúde a associações de defesa do consumidor. No segundo caso, é indispensável a atenção do pessoal de saúde, que tentará intervir nos familiares dos obesos que trata e nos indivíduos que revelam indicadores de risco. Aliás, ambos os níveis de intervenção se completam e são desejáveis.

Todos os filhos de diabéticos não insulino dependentes e todos os seus parentes em primeiro grau devem ser seleccionados para o programa de prevenção. Igualmente, todos os filhos de um progenitor e, com mais razão, de dois progenitores obesos. As mesmas medidas devem ser incutidas aos familiares de

(10)

doentes dislipidémicos com hipertriglicéridemia.

Outro grupo de indivíduos a seleccionar para programas de prevenção é o dos que foram recém-nascidos macrosómicos ou bebés com peso excessivo nos primeiros 6 meses de vida (para o que não deve diminuir-se a importância do aleitamento artificial); dentro deste grupo o risco é maior para aqueles com, pelo menos, um progenitor obeso. São obesos antes dos 30 anos, 20% dos que foram bebés com peso acima do percentil 75 sem que nenhum dos pais o tenha sido, e 51% daqueles com 1 dos pais gordo (5).

Igualmente importante seleccionar para prevenção os que foram adolescentes com peso excessivo.

No campo da prevenção secundária não podemos esquecer os que recuperaram o peso normal através de um tratamento de emagrecimento. A recidiva é fácil quando os hábitos alimentares e o estilo de vida dos conviventes não se tenham entretanto modificado.

Num país como o nosso a prevenção dirigida a grupos de risco enfrenta uma dificuldade acessória. De facto, na nossa série de obesos encontramos 36% sem antecedentes familiares de obesidade a atestar as contingências de uma sociedade

(10)

(11)

em mudança. É uma situação parecida com a dos diabéticos não insulino-dependentes em que o doente se apresenta como o primeiro de uma linhagem de pessoas susceptíveis que nunca haviam exibido a doença, mercê da frugalidade alimentar e do trabalho muscular intenso que desenvolviam.

Bibliografia

1. Duret, F (1973). Citado por Apfelbaum, M. & alt, *Obésité, Encycl. Méd. Chir.*, Paris: 10506 B10.
2. Leibell, R & alt (1983); *Health and Obesity*, editado por H. L. Conn, Raven Press, Nova Iorque: 21-48.
3. Van Italie, J (1983); *Health and Obesity*, editado por H. L. Conn, Raven Press, Nova Iorque: 49-63.
4. Fabry, P (1969); *Feeding Pattern and Nutritional Adaptation*. Butterworths, Londres.
5. Charney, E & alt (1976); *Childhood Antecedents of Adult Obesity*, *N. Eng. J. Med.*, 295: 6-9.

Emílio Peres

(11)