



Pensar na obesidade em 2000

* A prevalência da ob. aumenta preocupantemente; a gravidade das "complicações" também; a ob. hoje é endêmica em Portugal

O que está a mudar?

- Genética? Não, embora varie a susceptibilidade herdada
- Alimentos engana: mais calorias, muito mais gorduras; diferente funcionalidade dos produtos processados e da nova culinária
- Sedentarismo extremo de profissões e lazers
- Comportamentos anómalos e relação alterada com a comida e o acto de comer
- Novos padrões hedonistas; novas exigências do novo-estilo modernos.

* Como se acumula a adiposidade?

Quantidade de adipocitos

Aumento da relação entre

- (1) energia alimentar e sua natureza (as calorias não engordam)
e (2) metabolismo basal, termogénese, exercício, doenças. Toda, por igual

Situação emocional e comportamental

estímulos do apetite; anulações da saciedade

A ob. não se repercute igualmente em todos
genomas poupados / genomas dependentes
exercício não custa o mesmo em todos
a genética (topinka) marca a distribuição de deposição?

* Como prevenir?

Prevenção primária? Sim: é prevenir todas as doenças do conglomerado

- Educar toda a sociedade e intervir: (1) escolas (2) alimentações extradomiciliares (3) ordenação urbana (4) exercício e lazers (5) legislar validade nutricional (6) cultura alimentar

Prevenção selectiva de grupos de risco? Prevenção secundária?
(1) actividade dos serviços de saúde com objectivos e estratégias
(2) o falhanço do diálogo singular

Pensar na obesidade em 2000

* Na intervenção dietética ambulatória em obesos I e II atender:

- Emagrecer é fundamental mas exige ponderação, cautelas e recursos.
- Emagrecer não é o mesmo que perder peso; não é, portanto, enfraquecer;
- 'tratar' um ob. não é desnutri-lo nem vulnerabilizá-lo

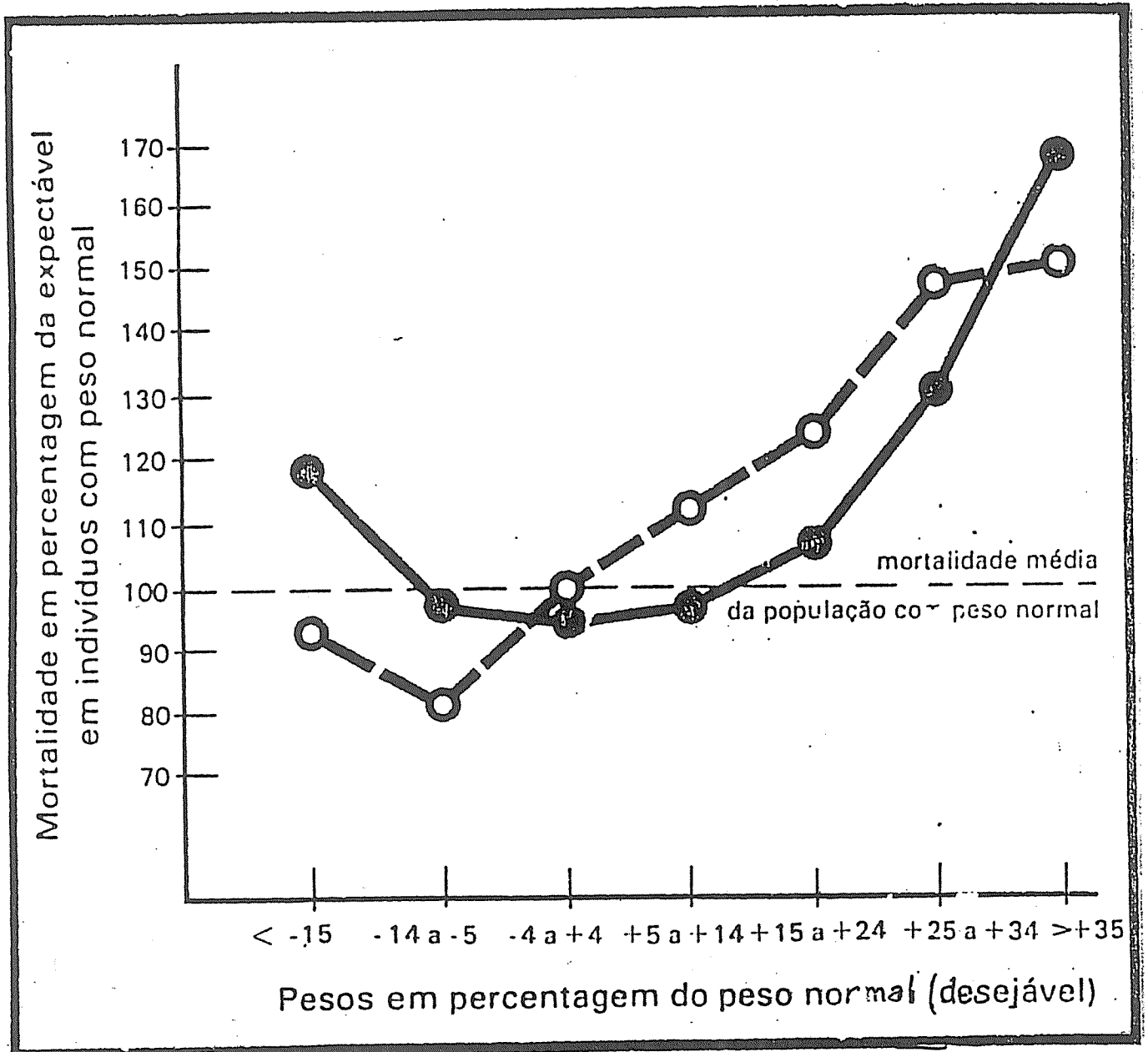
* Atender os aspectos que ajudam ao êxito da dietética:

- A jornada do doente: distribuição horária de esforços físicos e intelectuais, de momentos de tensão, tempo de sono, etc.
- Aos gostos do doente; não forçar; não agredir
- As vantagens de uma dieta repartida: mais eficaz para: reduzir hiperinsulinismo, colesterol total, triglicéridos e col HDL para reduzir apetite e emagrecer para baixar tensão arterial
- As vantagens de manter boa participação de glúcidos alimentares
- A satisfação de bem hidratar e de bem nutrir
- A melhorar o ritmo e volume defecatório
- A reformular sucessivas da dieta (e seu consumo) e à escolha do momento de passar para uma normal alimentação saudável.

* Atender as atitudes terapêuticas especiais para casos especiais

- Reabilitação comportamental (bulimia! voracidade!)
- Tratamento de neurses (depressão; doenças d'elca...)
- Mudanças de tratamentos "engordantes" (iatrogenia)
- Deixar de fumar
- Dietas de muito baixas calorias
- Redução cirúrgica da capacidade gástrica (destroçou três a cirurgia digestiva para emagrecer)
- Medicamentos: inibidores da lipase e da glicidase.

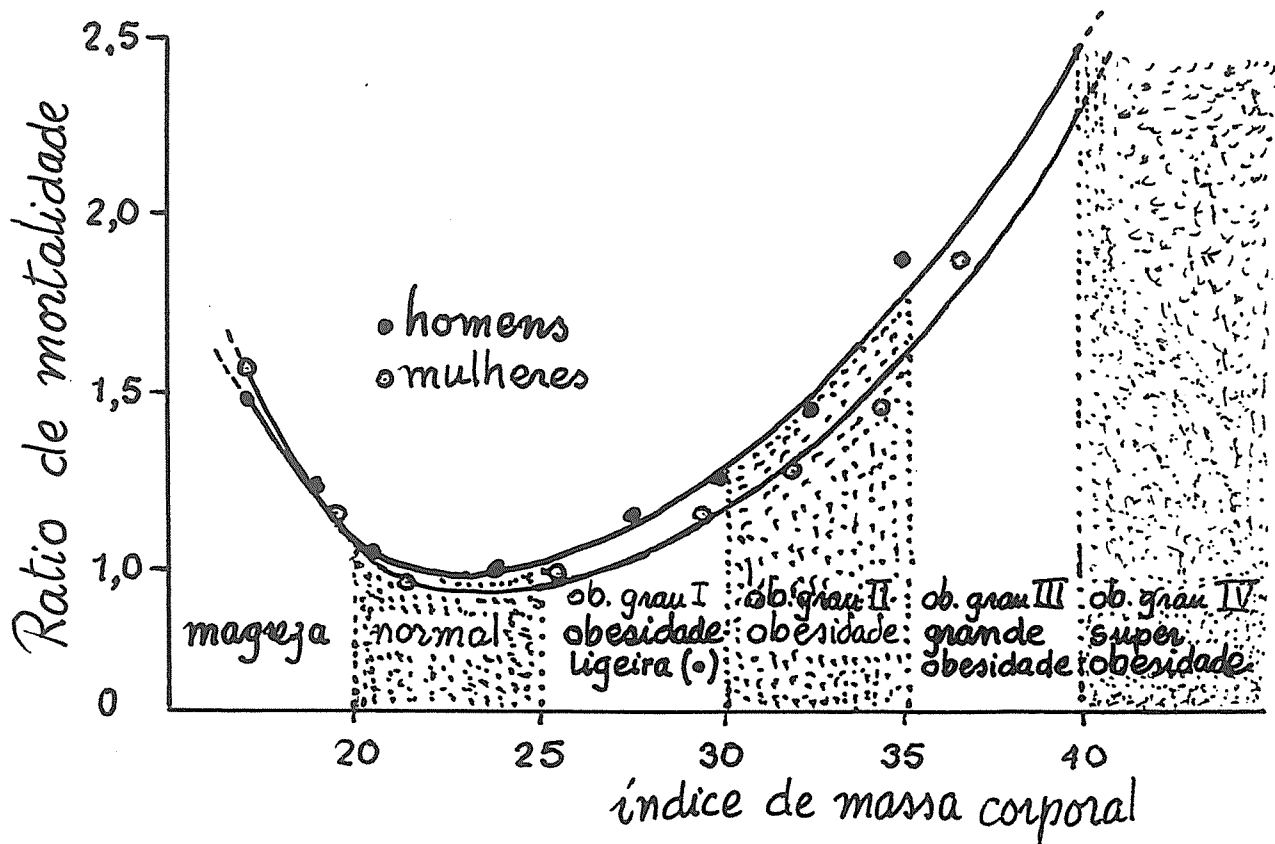
Variação da mortalidade conforme o peso



- entre 20 e 29 anos
- entre 40 e 49 anos

De acordo com a New York Metropolitan Life Insurance Co. (1960).

Variação da mortalidade conforme o I.M.C. (*)



* segundo Lew & Garfinkel, 1979, para todos os tipos de obesidade
• Também designada "sobrecarga ponderal"

Os intervalos indicados seguem os critérios de Garrow.

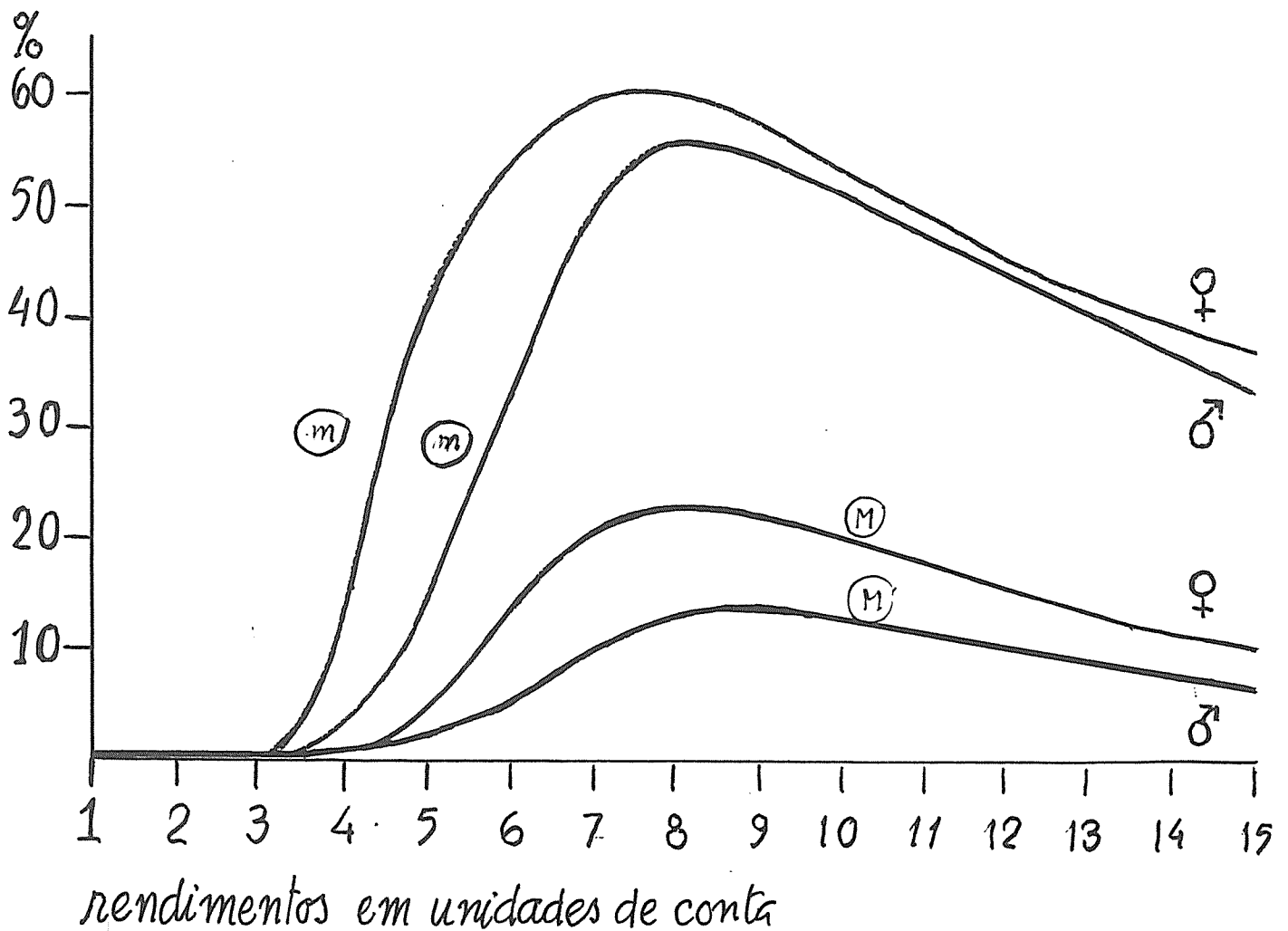
Para outros, r.g. Van Italie, obes. corresponde a sobrecargas ponderais de 20% em relação ao peso de referência; equivalem a I.M.C superiores a 27,3, nos adultos ♂, e a 27,8, nos adultos ♀.

I.M.C = índice de massa corporal = peso em quilos/altura em m^2

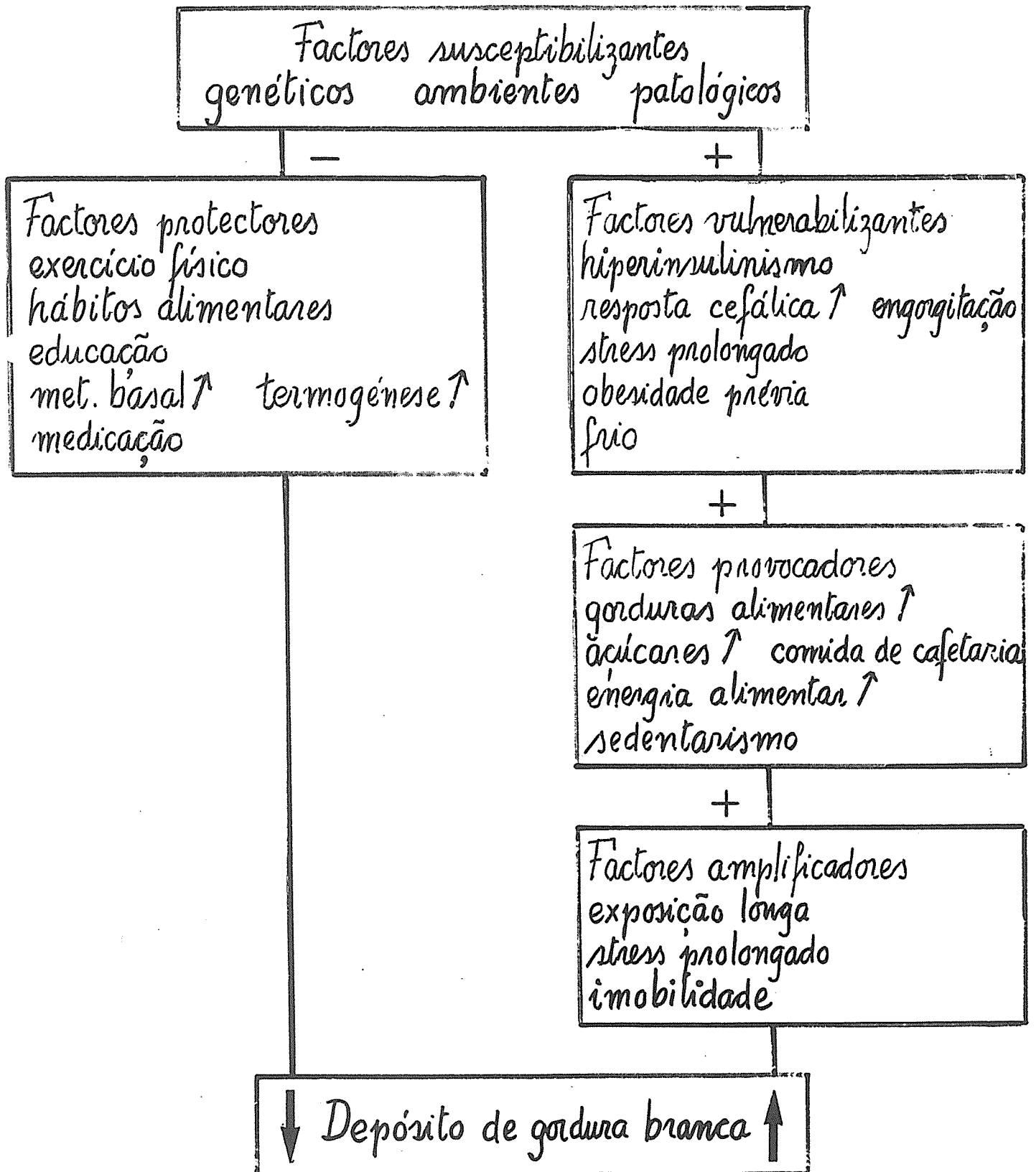
Obesidade - variação da prevalência conforme rendimentos

População com mais de 20 anos

- prevalência de indivíduos com $IMC > 25$ (m)
- prevalência de indivíduos com $IMC > 30$ (M)



Interações causais da obesidade



Obesidade



Maior eficiência metabólica?

Nas mesmas condições ambientais
e de actividade muscular
a acumulação adiposa não é igual em todas as pessoas



Aberrações de apetite e da saciedade?

Apelos interiores mal discriminados
e solicitações psico-emocionais desviadas
modificam o significado da comida
e perturbam o comportamento alimentar



Os alimentos enganam?

O comedor moderno não sabe o que come.
É perdeu o conhecimento empírico do valor da alimentação,
do significado das refeições e da sua organização



Menores gastos calóricos?

Pouco basta para o viver moderno



Medicamentos?

Tantos modificam o metabolismo e alteram saciedade e apetite!

Eficiência metabólica

■ Está demonstrada

Certas pessoas mantêm a vida, adaptam-se ao ambiente, e realizam trabalho com menor dispêndio de energia do que outras.

■ É exclusiva de determinadas linhagens familiares?

Ou distribui-se por toda, ou por grande parte, da humanidade e torna-se tanto mais evidente quanto maior é a confluência de passos metabólicos poupadores de energia?

■ Traduz-se por redução de gastos energéticos com termogénese pós-prandial

dispêndio energético em repouso

dispêndio energético com esforços leves e moderados.

■ Conhecem-se indicadores de metabolismo super-eficiente:

Actividade reduzida da ATPase Na^+/K^+ dos eritrócitos

resposta limitada dos adipócitos abdominais à lipólise

libertação reduzida de glicerol pelos adipócitos abdominais

resistência à insulina

■ É importante reconhecer

"pequenos comedores" (muito eficientes)

e "grandes comedores" (pouco eficientes)

Os "pequenos comedores" são mais vezes obesos

e, quando normoponderais, a massa gorda conta mais.

Preversão comportamental

- Número crescente de humanos, com estilo de vida ocidental, cada vez mais ingerem alimentos em quantidades e com periodicidade não conformes com as necessidades orgânicas de energia e nutrientes; destruíram a escolha alimentar pela selecção monótona e aberrante de certos produtos.
- Adiantam-se as seguintes explicações:
 - Alterações bio-funcionais dos centros da fome e da saciedade.
 - Ingestomania e glotonaria por alterações de percepção ou significado de sinais corporais de desconforto.
 - Voracidade, engorgitação ou "dependência alimentar" por stress psico-emocional mal resolvido.
- A ratoeira do sedentarismo
 - Os apelos do apetite são mais intensos e precoces em indivíduos sedentários do que nos que desenvolvem actividade leve; desencanto laboral e funções repetitivas, que exigem atenção permanente, aprofundam a desregulação do apetite.

Os comeres modernos têm muitas calorias

- ★ Os padrões alimentares modernos – urbano pobre, ocidental, de cafetaria – caracterizam-se por grande densidade calórica e baixa densidade nutricional.
- ★ Produtos alimentares processados e culinária urbana corrente, no geral, caracterizam-se por:
 - exagero de gorduras de adição,
 - exagero de processados cárneos e carnes de mamíferos,
 - abuso de açúcar e de outros adoçantes calóricos,
 - amido modificado por maltagem e dextrinação,
 - escassez de produtos hortícolas e frutos em maturação,
 - restrição de cereais, leguminosas e tubérculos,
 - quantidades insuficientes de água, chá e infusões.
- ★ Ciladas da prática alimentar urbana:
 - destruturação refeicional e comida de piquenique,
 - comer e beber a toda a hora e sempre à mão,
 - comida de cafetaria,
 - alimentação extra-domiciliária pouco cuidada.

É os gastos energéticos são poucos

Trabalho cada vez mais leve,
deslocações motorizadas e lazeses sedentários,
menos frio,
poucas doenças infecciosas.

★ Obesidade ligeira como se define?

→ Pela relação entre peso e quadrado da estatura

	um critério europeu	um critério americano
♀	$IMC > 25,0 < 29,9$	$[> 27,8 < 32,3]$
♂	$IMC > 23,8 < 28,5$	$[> 27,4 < 31,1]$

→ É quanto a ser ou não andróide?

	sugestivo	seguramente andróide
♀	$PC/PA > 0,80$	$> 0,91$
♂	$PC/PA > 0,91$	$> 1,00$

★ Obesidade ligeira - dar-lhe ou não importância?

→ Complicações . raras em jovens ; e nos mais velhos ?

→ Aceitação social . no geral , boa

→ Auto-aceitação . pouco ou nada sentida fisicamente
no geral , bem tolerada psico-emocionalmente,
mas ...
profundamente perturbadora para alguns , algumas

→ Atitude médica . tolerar pode permitir agravamento e ...
pode levar à auto-instituição de práticas selvagens
sensibilizar e educar para um estilo sadio de vida
intervir sempre em casos de adiposidade andróide
ganhar família e conviventes

★ Obesidade ligeira - motivos para emagrecer

→ Razões dos doentes

- ▶ melhorar imagem corporal ♀
- ▶ beneficiar "saúde" (e imagem corporal) ♂
- ▶ melhorar aceitação social, quando o exige o sócio-estilo, e prevenir doença no futuro ♀ e ♂

→ Razões médicas

- ▶ beneficiar saúde no momento e atender à saúde no futuro (com ênfase em pessoas com risco acrescido)
- ▶ atender ao desejo, sempre que expresso
- ▶ criar desejo, quando não sentido, informando sempre e educando

★ Obesidade ligeira - como tratar?

→ Cada caso é um doente: prestar-lhe sempre atenção

promover actividade física regular
racionalizar comida quotidiana
regular comportamento alimentar

reforçar auto-estima

conquistar ou, pelo menos, sensibilizar família e envolventes
para casos escolhidos, seleccionar medicação e terapia comportamental

→ Grandes obstáculos

perda de auto-estima; desajustamento social e psíquico
desinteresse familiar
subvalorização clínica e inépcia médica

★ Obesidade ligeira - terapêutica

- Perigos da intervenção
 - perda indesejada de massa magra
 - deficiências nutricionais; eventualmente, carências
 - indução de doenças do comportamento alimentar
 - ou de relação anómala com comida
 - obesidade iô-iô (cíclica)
- Que resultados?
 - Para êxito sustentado: terapêutica pouco agressiva, explícita, individualizada, adaptada e aceite por envolventes
 - Para boa adesão: terapêutica simples e curta
 - Para boa tolerância: terapêutica pouco agressiva, conformada ao viver quotidiano

★ Ob. ligeira . prevalência em populações urbanas versus procura de tratamento

tipo de obesidade	prevalência	procura	envio por médico	mulheres	30 anos ou menos
obI	± 44%	134 ~ 16,4%	3 ~ 2,2%	123 ~ 91,8%	72 ~ 53,7%
obIIeIII	± 16%	681 ~ 83,6%	318 ~ 46,7%	465 ~ 68,3%	305 ~ 44,8%

★ Ob. ligeira . análise de êxito (n = 134)

- Faltaram à 2ª consulta 21 ~ 15,7%
- Ao fim de 1 ano (97 ~ 72,4%) → Ao fim de 5 anos (56 ~ 41,8%)
- | | | |
|------------|--------------------------|------------|
| 54 ~ 55,7% | com o peso de referência | 16 ~ 28,6% |
| 17 ~ 17,5% | com algum peso a menos | 20 ~ 35,7% |
| 12 ~ 12,4% | com peso semelhante | 2 ~ 3,6% |
| 14 ~ 14,4% | com mais peso | 18 ~ 32,1% |
- Regressaram após 3 ou mais anos de ausência 24 ~ 17,9%
- | | | |
|--------------------------|------------|----------------------------|
| com o peso de referência | 0 ~ | |
| com algum peso a menos | 11 ~ 45,8% | |
| com peso semelhante | 1 ~ 4,2% | |
| com mais peso | 12 ~ 50,0% | [dos quais obII 7 ~ 29,2%] |

* Conclusões

- Quem é obeso é doente . Como tal deve ser considerado.
- A classe mais prevalente de obesidade (em P.) é a ligeira.
- Público e médicos subvalorizam-na :
há que enfatizar a importância de prevenir e tratar.
- Tratamentos pouco agressivos
conformados à vida de cada um
e atentos ao meio humano envolvente
conseguem êxitos
ou, pelo menos, educam e viabilizam melhores condutas.
- Desvalorizar a obesidade ligeira, não a tratar, ou tratá-la mal,
estimula práticas selvagens.

Terapêutica de obes. graus 1 e 2

Objectivos terapêuticos

- ★ Perder massa gorda sem desnutrir
só se tem êxito quando se alcança o peso ideal?
reduzir a massa gorda?
melhorar ou normalizar a composição corporal?
- ★ Prevenir, enfraquecer ou fazer reverter
doenças metabólicas e degenerativas associadas
basta emagrecer?
são necessários tratamentos específicos?
- ★ Manter resultados conseguidos e impedir recidivas
enfraquecer causas vulnerabilizantes
estimular estilos de vida não provocadores nem ampliadores
educar o meio humano envolvente
- ★ Prevenção primária nas linhagens familiares susceptíveis
compreender o conceito de "obesidade essencial",
intervir no estilo de vida de crianças e adolescentes da família

Terapêutica de obesidades graves 1 e 2

Bem tratar aconselha individualizar

- * Avaliar importância de factores causais modificáveis
 - vulnerabilizantes: comportamentos anormais – apetites selectivos, apetite vesperal ou nocturno, crises de voracidade, engorgitação, bulimia; stress prolongado; hiperinsulinismo; iatrogenia; termogénese reduzida; hipotireoidismo fruste.
 - provocadores: alimentação hipercalórica, comida de cafetaria, sedentarismo
 - amplificadores: exposição prolongada e precoce a vulnerabilizantes e provocadores, sedentarismo
- * Avaliar história da obesidade e estado clínico
 - idade de início, evolução, recidivas
 - aumento do apetite ou elevação do limiar da saciedade
 - distribuição da gordura; imagem corporal e descontentamento
- * Ponderar factores de risco correlacionados
 - hiperinsulinismo; baixa tolerância a glicídios, diabetes
 - dislipidemia; hipertensão arterial; doença tromboembólica
 - doença venocapilar; calculose biliar; hiperuricemia; função colica
 - desnutrição; osteoporose
- * Ponderar factores de risco coexistentes
- * Elegger e implementar o tratamento
- * Educar o doente e intervir no meio humano envolvente
- * Reavaliar periodicamente a situação do doente e do seu meio

★ Exercício físico interfere no valor da alimentação

* Efeitos

Melhora a sensibilidade hepática e muscular à insulina
atenua o hiperinsulinismo quando presente
beneficia a tensão arterial em hiperinsulinémicos

Aumenta o consumo muscular de ácidos gordos e de glicose
estimula a lipólise e a actividade dos receptores adrenérgicos
beneficia as relações entre Apo1 e Apo2 e entre HDL e LDL
reduz a produção de VLDL e triglicéridos; pode reduzir colesterolemia.

Diminui prevalência e gravidade da doença tromboembólica

Modela a estruturação orgânica durante o desenvolvimento
acentua a perda de massa gorda e estabiliza a composição corporal
combinado com dieta hipocalórica acentua o balanço energético negativo

Antagoniza respostas depressivas ao stress e a curvas de emagrecimento

Esbate impulsões para comer e baixa o limiar da saciedade

Favorece drenagem biliar e ritmo defecatório

* Desporto de lazer e recreação

Corresponde aos conceitos "desporto para todos" e "desporto é saúde"
vulgarizados entre nós com o 25 de Abril

Favorece a promoção e a manutenção da saúde

não se confunde com o exigente desporto competitivo e suas consequências

* Como prescrever exercício físico

Idealmente diário, após refeições,
de intensidade inicial não superior a 40% do nível aeróbico máximo,
adaptado ao tipo de vida e às possibilidades corporais de cada um

tratamento de obesidades graus 1 e 2

Dieta hipocalórica nutricionalmente satisfatória

★ Efeitos maiores

Propicia balanço energético negativo
reduz tamanho dos adipocitos
beneficia a situação biológica
diminui gastos calóricos com funções vitais

★ Características gerais da dieta satisfatória

50% a 70% das calorias requeridas pela estatura
e pela intensidade da actividade muscular
gorduras limitadas ao mínimo possível
nada de álcool, açúcar ou adoçantes calóricos
preferência por alimentos de grande densidade nutricional
proteínas próximas do máximo de 1,5 g/kg "ideal" / dia
5 ou 6 refeições por dia
cozinhados aquosos e alimentos expansores de volume
abundantes bebidas não calóricas

★ Tomar em consideração

Organização e horários dos dias laborais e de lazer
momentos e intensidade da actividade física
gostos e preferências alimentares
necessidade de reformular sucessivamente a dieta
importância de estabelecer objectivos intermédios e finais



Quilocalorias por prato ou porção

105	sopa de hortaliça com feijão	410	foie gras guarnecido
140	sopa de grão com massa	540	salada russa com azeitonas
145	salada mista temperada com azeite	520	cocktail de camarão
195	melão com presunto		
460	bacalhau com grão temperado com azeite	1120	bacalhau com matas
365	pescada cozida com todos	660	bacalhau à Brás
395	polvo assado na brasa com batata e vinagreta	520	marmotas fritas com salada russa
460	fêveras grelhadas, arroz e salada	760	lombo assado com batatas cozidas e arroz
680	rijões, receita tradicional	1150	rijões de snack bar
		720	meio frango assado com batata frita
225	aletria	490	tarte de amêndoa
175	creme queimado	420	tarte de maçã
165	pão de ló	320	bolo de moiz
90	maçã assada		
195	sandwich de queijo	570	hamburguer com ketchup
280	tosta mista	460	croassã folhado com salchicha
210	sandwich de polvo	400	pastel de carne folhado
165	duas bolas de gelado	440	barra gelada "Mars"
125	duas medidas de tremoços e azeitonas	265	50 g de batata-frita ruffle

Obrigado, 22/8
Por partilhar comigo