

Parecer do CFN sobre Obesidade

PARECER DO CFN SOBRE OBESIDADE

**CONSULTORIA PRESTADA AO CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS
QUANTO AO TEMA OBESIDADE, ATENDENDO A SOLICITAÇÃO DO MINISTÉRIO
PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO**

CONSULTORAS:

GLORIA VALERIA DA VEIGA

Nutricionista

**Profª Adjunta do Instituto de Nutrição da Universidade Federal do Rio de Janeiro
Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de
Medicina - São Paulo**

LUCIENE BURLANDY

Nutricionista

**Profª Adjunta da Faculdade de Nutrição da Universidade Federal Fluminense
Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública - Rio de Janeiro**

Rio de Janeiro - 2003

**RESPOSTAS AOS QUESITOS DA PROMOTORIA DE JUSTIÇA DO CONSUMIDOR DE
SÃO PAULO**

1) Qual a importância da alimentação para a saúde das pessoas?

Através da alimentação são supridas as necessidades nutricionais (calorias e nutrientes) que garantem o crescimento, desenvolvimento e funcionamento adequado do organismo. O não atendimento destas necessidades pode comprometer a saúde do indivíduo. Por outro lado, a ocorrência da maioria das doenças, principalmente as crônicas, está relacionada com o que as pessoas comem e bebem, assim como com suas atividades diárias e seu ambiente físico e social. Desta forma, a alimentação esta, intimamente, relacionada com as dimensões psicológicas e sociais da vida humana e, portanto, pode contribuir para o bem estar bio-psico-social do indivíduo.

A saúde do ser humano pode estar comprometida, tanto por carências nutricionais quanto pelos excessos, que vão afetar, não só o seu bem estar físico mas a própria vida em sociedade. Como exemplo podemos citar as doenças decorrentes de carências de micro nutrientes como a anemia ferropriva, que consiste em um dos problemas de saúde pública mais relevantes no cenário atual do Brasil. De igual modo a obesidade, entendida como acúmulo de gordura corporal, pode estar relacionada, dentre outros fatores, ao comportamento alimentar.

2) Em razão da sua incidência entre a população pode-se considerar a obesidade como problemas de saúde pública no Brasil?

Antes de abordar esta questão, é importante definir o termo obesidade que é entendido como o excesso de gordura corporal no organismo que traz efeitos deletérios a saúde. Todavia, medir a quantidade de gordura corporal não é uma tarefa fácil, principalmente em estudos epidemiológicos, já que os métodos para tal são relativamente sofisticados e caros. Desta forma as medidas de peso tem sido usadas como sinônimos de massa de gordura. O índice de massa corporal (IMC) definido pelo peso (Kg) dividido pelo quadrado da estatura (m) tem sido amplamente usado para avaliar obesidade em populações. Todavia, este índice é considerado uma medida de sobrepeso e não de

obesidade, já que avalia a massa corporal total e não apenas a massa gorda. Mas em estudos populacionais, excesso de peso e de IMC é considerado obesidade tendo em vista que a massa livre de gordura é pouco variável em populações (Sichieri, 1998b). Neste parecer, quando utilizarmos o termo sobrepeso, estaremos nos referindo ao IMC acima de 25 Kg/m² e obesidade ao IMC acima de 30Kg/m², segundo a definição da WHO (1998)

O que define um problema como objeto de Políticas de Saúde Pública é sua magnitude, os comprometimentos a saúde causados por este problema, o fato de causar danos irreversíveis como, por exemplo, cegueira ou outros tipos de limitações físicas, independente de sua magnitude, e a existência de intervenções possíveis para revertê-la, ou seja, a perspectiva de controle.

Quanto a magnitude do problema, a divulgação dos resultados da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN) em 1989, demonstrou que a obesidade já atinge um contingente expressivo da população, com tendência crescente de incidência. Foi verificado que 32% da população adulta brasileira apresentava algum grau de excesso de peso e 6,8 milhões apresentavam obesidade. Comparando os dados desta pesquisa com o Estudo Nacional de Despesa Familiar (ENDEF), outro estudo com amostra probabilística nacional, realizado pelo IBGE em 1974/75, verificou-se aumento na prevalência de sobrepeso de 100% para homens e 70 % para mulheres (Coitinho et al., 1991).

Comparando o estudo de 1989 com um estudo mais recente, a Pesquisa Sobre Padrões de Vida (PPV), realizada em 1996-1997, também pelo IBGE, abrangendo apenas as regiões Nordeste e Sudeste do país, a mesma tendência de aumento foi observada nas duas regiões, principalmente para os homens (Monteiro & Conde, 1999), indicando que o problema continua sem controle.

Os prejuízos à saúde advindos da obesidade são muitos e variados, incluindo desde dificuldades respiratórias, problemas dermatológicos e distúrbios do aparelho locomotor até o favorecimento de enfermidades potencialmente letais como as dislipidemias, doenças cardiovasculares, diabetes não insulino-dependente e certos tipos de câncer. O risco de um indivíduo obeso desenvolver diabetes mellitus e dislipidemias é mais de três vezes maior do que de um indivíduo não obeso. Para doenças cardiovasculares e hipertensão arterial este risco é de 2 a 3 vezes (WHO, 1998). Considerando a alta taxa de mortalidade destas doenças, pode-se inferir a associação entre obesidade e mortalidade.

Existem ainda muitas doenças não letais, mas debilitantes, que afetam o obeso e que são responsáveis pela diminuição da sua qualidade de vida. Entre estas destacam-se os problemas psico sociais causados pela obesidade, sendo as crianças e adolescentes os mais afetados (WHO, 1998)

No que se refere a perspectiva de controle, a implantação de medidas de intervenção voltadas para reduzir a incidência desta doença é complexa por tratar-se de um problema determinado por múltiplos fatores. Mais ainda, parte destes fatores estão relacionados a dimensões difíceis de serem abordadas como os aspectos comportamentais. Todavia, uma política de redução e prevenção que abarque intervenções, tanto de caráter individual quanto coletivo, pode vir a ter impacto neste processo de evolução do problema. Na análise dos estudos populacionais que nos permitiram visualizar a magnitude e a trajetória da obesidade na nossa população nas três últimas décadas, chama a atenção o único relato de declínio do problema de 13,2% em 1989 para 8,2% em 1997, que foi observado nas mulheres de classe social mais rica da Região Sudeste do país (Monteiro & Conde, 1999). Independente de quais tenham sido os fatores responsáveis por este declínio, ainda não devidamente esclarecidos, a simples constatação deste fato, fortalece a possibilidade de controle da doença. Diante do exposto, pode-se considerar que a obesidade é um problema de saúde pública no Brasil por atender aos critérios exigidos para classificação de uma doença como tal.

3) É possível constatar o crescimento dos índices de obesidade na população brasileira nos últimos anos? Qual a tendência de incidência de obesidade no Brasil se nenhuma política pública eficiente for adotada?

Evidentemente que sim, conforme já mencionado na questão anterior. Além da população adulta, a mesma tendência crescente da prevalência de excesso de peso foi observada para crianças e adolescentes brasileiros de 6 a 18 anos cujo aumento foi de 4,1% para 13,9% no período de 1989 para 1997 (Wang et al., 2002) e para idosos cujas prevalências praticamente dobraram no mesmo período (Cunha, 2002). Possivelmente, pela trajetória recente de crescimento significativo da prevalência de obesidade na população brasileira, a doença tende a atingir, proporcionalmente, um contingente cada vez maior da população caso nenhuma política pública de controle e prevenção seja adotada.

4) Existe um nexó etiológico entre o consumo de produtos alimentícios e obesidade? Quais ingredientes atuam de forma especialmente nociva?

Por ser a obesidade uma doença determinada por múltiplos fatores, não é fácil comprovar, em nível populacional, a hipótese de que o consumo alimentar exacerbado associa-se a esta doença. Dois fatores importantes confundem a associação entre ingestão alimentar e obesidade. Um deles é a atividade física, já que pessoas que tem um alto gasto energético por atividade física, geralmente, são as que tem maior consumo de energia também, e não são obrigatoriamente obesas. (Lichtman et al., 1992). O outro fator diz respeito ao fato de que pessoas obesas tendem a subestimar seu consumo alimentar (Klesges et al., 1988; Schoeller, 1990) e, por conta disso, os estudos nem sempre conseguem demonstrar que o consumo alimentar de obesos é maior do que o de não obesos (Fonseca et al., 1998; Rolland-Cachera et al., 1988; Miller et al., 1990)

Diante de tais dificuldades não há como afirmar que um ingrediente ou um nutriente específico que componha este ingrediente, isoladamente, atue de forma nociva, causando a obesidade (a gordura do leite é um nutriente do leite que, por sua vez, é um ingrediente utilizado, por exemplo, na produção da manteiga ou do queijo que, de igual modo, é um ingrediente no processamento de outros produtos como bolos, tortas, etc) , mas é possível dizer que o comportamento alimentar é um fator de risco para esta doença. Pode-se considerar que o consumo em excesso de determinado nutriente em relação as necessidades do organismo (considerando o balanço energético, ou seja, a relação entre a ingestão e o gasto) pode contribuir para a obesidade. Este excesso pode ser decorrente, tanto da ingestão de alimentos em grande quantidade quanto da ingestão de produtos que apresentam uma alta densidade energética pela alta concentração de determinados nutrientes como as gorduras e os carboidratos. Estudos com superalimentação em seres humanos indicam que o consumo em excesso de carboidratos, principalmente os simples (açúcares, doces, bolos, bebidas açucaradas, etc.) transforma-se em gorduras no organismo de forma que 75 a 80% do excesso de energia transforma-se em depósito. Quanto às gorduras, 90 a 95% do excesso ingerido, é depositado na forma deste compartimento no organismo (Horton et al., 1995). A maior parte dos estudos sobre a relação entre características da dieta e obesidade evidencia uma associação positiva entre proporção de energia proveniente de gorduras e risco de obesidade (Bray & Popkin, 1998). Estes resultados mostram o efeito nocivo da ingestão excessiva destes nutrientes e dos produtos nos quais se encontram em alta concentração.

Considerando, por outro lado, as doenças associadas à obesidade, em particular as cardiovasculares, alguns tipos de nutrientes como no caso das gorduras do tipo saturadas (presentes nos alimentos de origem animal) e os ácidos-graxos trans (presentes em gorduras hidrogenadas que compõem alimentos industrializados como biscoitos, bolos, etc), representam maior risco para sua ocorrência. (NRC, 1989)

5) A publicidade, sobretudo veiculada pela televisão, pode influenciar a dieta alimentar das pessoas - especialmente crianças - induzindo-as a consumir produtos alimentícios que causam obesidade? Qual a importância da advertência sobre os riscos de obesidade?

De fato os veículos de comunicação, em particular, a televisão, desempenham hoje o maior papel na disseminação de informações nas sociedades modernas e, desta forma, refletem e influenciam atitudes públicas. Segundo Atkin & Gibson (1978), citados por Zaida (1992), os comerciais de TV não apenas alteram estilos de vida, valores e moralidade, mas contribuem decisivamente para a formação de uma cultura alimentar, ditando preferências e hábitos alimentares. Dessa forma, a publicidade pode influenciar o comportamento, principalmente de crianças que ficam expostas aos meios de comunicação sem condição de desenvolver uma análise crítica dos conteúdos veiculados e suas possíveis conseqüências.

Estudos tem demonstrado que crianças e adolescentes ficam cerca de 3 a 4 horas diárias na frente da TV (Huston, 1992, citado por Sylvester et al., 1995; Fonseca et al, 1998) e que este tempo é um importante fator associado a obesidade (Dietz & Gortmaker, 1985). Esta associação pode ser explicada não só pelo sedentarismo que ocasiona, mas também pela relação direta com a alimentação, já que o hábito de assistir TV, induz ao consumo de alimentos anunciados e tentativas para influenciar as mães na compra destes alimentos. Nos EEUU, mensagens comerciais de doces, balas, refrigerantes, salgadinhos e restaurantes para refeições rápidas ("fast foods") onde são servidas preparações com alto teor de gorduras e alta densidade energética, contribuem com, pelo menos 80%, de todos os comerciais dirigidos à audiência infantil (Zaida, 1992). Apesar de não termos informações desta natureza no Brasil, podemos estimar que a situação seja semelhante.

Santos (1996), estudando adolescentes estudantes da 7ª série, no Rio de Janeiro, visando verificar quais as propagandas mais lembradas, os alimentos comprados por influência da propaganda televisiva e os alimentos mais consumidos, observou que: dentre as 10 propagandas mais lembradas, as 4 primeiras citadas por 65,7% dos adolescentes eram de produtos alimentícios. As propagandas mais recordadas eram de refrigerantes (47,4%), biscoitos de diversas marcas (11,6%), massas alimentícias (8,4%) e chocolates (8,4%). As propagandas que mais influenciaram as compras foram: biscoitos diversos (37,7%), refrigerantes (22,1%) e chocolates (9,1%). A autora verificou ainda que 61,4% dos adolescentes utilizavam algum tipo de refrigerantes e 43,7% utilizavam algum tipo de biscoito em uma ou mais refeições do dia. Embora não se possa atribuir o ato de comprar determinado produto à propaganda feita para ele, o referido estudo mostra que as propagandas mais lembradas, se associaram positivamente com os alimentos mais comprados e ainda com alimentos bastante consumidos.

Ainda que, como ressaltado na resposta anterior, esses produtos em si não possam ser mencionados como causadores de obesidade, como a ingestão em excesso é um fator de risco, o estímulo ao seu consumo pode ser negativo, quando não tratado de forma crítica, através de práticas educativas, seja no âmbito familiar ou das instituições de ensino e, em última instância, em todas as esferas da sociedade.

Quanto a importância da advertência sobre os riscos de obesidade, responderemos junto com a pergunta seguinte

6) A informação clara e adequada sobre os riscos que o consumo inadequado de determinados produtos alimentícios causam à saúde pode influenciar os hábitos alimentares do consumidor e ajudar a prevenir a obesidade?

A informação é um componente essencial na formação e reconstrução de hábitos mas não suficiente, considerando que o comportamento humano é determinado, tanto por fatores objetivos, quanto subjetivos. O comportamento alimentar não se entende apenas pelas práticas observadas empiricamente (o que comemos, quanto comemos, como, quando, onde e com quem comemos) mas também os aspectos subjetivos que

envolvem a alimentação, quer sejam sócio-culturais ou psicológicos (Garcia, 1997). Segundo Bleil (1998), "Independentemente da necessidade de manter a saúde física, considerações relacionadas com a etnicidade, status e prestígio, capacidade econômica, aceitação dentro de grupos sociais ou religiosos particulares, esnobismo alimentar, pressão publicitária e ajustes psicológicos, são todos estes aspectos da cultura que desempenham papéis importantes na determinação das preferências alimentares" Claude Levi-Strauss, citado por Bleil (1998) foi o autor da idéia de que o alimento não é apenas biologicamente comestível mas também culturalmente comestível. Sendo assim, as políticas de mudança de comportamento em relação a alimentação, não devem ficar restritas apenas a informação mas também ao controle do que é disponibilizado a população, e devem ser dirigidas ao coletivo no qual o indivíduo está inserido, pois a decisão de mudança de hábito não é isolada nem individual e nem está condicionada apenas a um questão de "querer mudar" mas precisa estar apoiada em políticas públicas que dêem sustentação para esta mudança.

7) Em razão da obesidade, é possível considerar determinados produtos alimentícios como mais potencialmente contributivos para essa epidemia? Quais seriam estes produtos?

Consideramos que esta pergunta já foi parcialmente respondida na pergunta N° 4. Todavia acrescenta-se aqui outras questões que podem complementar a resposta anterior.

Como já mencionamos anteriormente, sendo a obesidade uma enfermidade de origem multicausal, é extremamente difícil estabelecer um padrão claro de causa e efeito. Sendo o hábito alimentar um dos fatores de risco para a obesidade, alimentos mais ricos em gorduras e carboidratos, se ingeridos em excesso, podem contribuir para a obesidade. Entre estes alimentos, os refrigerantes e as bebidas açucaradas de um modo geral, vem sendo amplamente estudados quanto a sua relação com a obesidade. Estes estudos tem sido direcionados, principalmente, a faixa etária da adolescência, quando a influência da propaganda e do grupo social parece ser mais forte do que da família, no comportamento alimentar adotado.

Um estudo realizado em Massachusetts por Ludwig et al. (2001) com 548 escolares com idade média de 11 anos, de etnia diversificada, demonstrou que a chance de uma criança ficar obesa aumentava 1,6 vezes para cada lata ou copo de refrigerante açucarado consumido acima da média diária do grupo (236 ml). Os autores concluíram então, que o consumo elevado de refrigerantes estava associado à obesidade e recomendaram que pais ficassem atentos ao acesso irrestrito de crianças ao estoque de refrigerantes dentro de casa e as compras em cantinas escolares.

Outro estudo realizado também nos Estados Unidos por Harnack et al (1999), mostrou que o consumo de energia era significativamente maior em crianças e adolescentes que consumiam refrigerantes em maior quantidade do que naqueles que não consumiam. Se a associação entre consumo de refrigerantes e obesidade for verdadeira, o aumento do consumo de refrigerante na população brasileira, a exemplo do que vem sendo observado nos EEUU, é preocupante. Com base em uma pesquisa de base populacional, sobre Nutrição e Saúde, realizada em alguns centros metropolitanos do Brasil (Curitiba, Goiânia, Rio de Janeiro, Campinas e Ouro Preto) em 1996, foi verificado que o refrigerante é um dos dez produtos alimentícios mais consumidos nestes centros, fazendo parte da cesta básica do brasileiro (Bleil, 1998). No Rio de Janeiro, comparando os dados desta pesquisa com os do ENDEF, realizado na década de 70, verificou-se um aumento de 268% no consumo de refrigerantes (Sichieri, 1998a), enquanto que nos EEUU este aumento, no mesmo período, foi de 100% (United States Department of Agriculture, 1997).

Não se pode, entretanto, analisar o consumo de refrigerantes como um fator isolado da revolução cultural observada nas últimas décadas do século XX, que resultou em mudanças significativas no hábito alimentar da população ocidental. Nesta nova cultura, o indivíduo é levado a procurar tudo que possa facilitar o preparo dos alimentos de forma mais rápida e prática. É o tempo do alimento industrializado em detrimento do

alimento in natura. Dentro deste contexto, os fast-foods são o principal fenômeno de consumo alimentar no mundo moderno, caracterizado por lanches de alta densidade energética e altos teores de gordura. Como já mencionado, o consumo elevado de produtos alimentícios com alto teor de gordura podem favorecer a obesidade. Um estudo realizado por French et al., (2000), com mulheres em programas de prevenção de obesidade, demonstrou que a alta frequência a restaurantes tipo fast-foods, estava associada a maior ingestão energética, a maior porcentagem de energia advinda de gorduras, maior consumo de hamburgers, batatas fritas, e refrigerantes e mais baixo consumo de fibras e frutas. Verificaram também que, três anos de elevada frequência a este tipo de restaurante, esteve associado a aumento de peso. Os autores concluíram que o hábito de realizar refeições em fast-foods poderia ser um importante fator de risco para o ganho de peso em populações. Isto pode ser ainda mais preocupante quando verificamos que este padrão de alimentação não está presente apenas nas refeições feitas fora de casa, mas também nos lares, a partir do momento em que os fast-foods estão sendo levados para casa.

O processo de industrialização de alimentos em geral e, conseqüentemente, o aumento do consumo de produtos industrializados, vem sendo associado ao incremento da densidade energética das dietas em países ocidentais (French et al., 2001). Ainda que estes estudos refiram-se a realidade de outros países, pode-se supor que no Brasil o quadro não seja muito diferente visto que uma análise comparativa das Pesquisas de Orçamento Familiar (POFs) realizadas nos anos 1988 e 1996, em áreas metropolitanas de várias capitais brasileiras, indica que houve aumento na aquisição de produtos industrializados (como os derivados de carnes e leite) e redução no uso de alimentos in natura como raízes e tubérculos) por parte da população brasileira (Monteiro et al., 2000).

8) Entre os produtos alimentícios mais potencialmente contributivos para a obesidade, quais são os mais consumidos pela população brasileira?

Mondini & Monteiro (2000), analisando dados de pesquisas que permitiram avaliar a evolução do consumo alimentar da população brasileira, (ENDEF e as POFs, realizadas nas décadas de 60 e 80, verificaram as seguintes alterações: substituição de carboidratos por lipídios, substituição de proteínas vegetais por proteínas animais (resultando em alimentos mais ricos em gorduras), permanência de elevado consumo de açúcar refinado. Com base no Estudo Multicêntrico sobre Nutrição e Saúde, realizado em 1996, comparando com o ENDEF, verificou-se que, nos últimos 20 anos, houve um aumento no consumo de alguns alimentos que pelo seu elevado teor de gordura, podem favorecer a obesidade, se consumidos em excesso, e também as doenças associadas a ela. Estes produtos são: salsichas, maionese, mortadela, além de refrigerantes, como já relatado (Bleil, 1998). Além destes produtos alimentícios alguns alimentos in natura de origem animal como leite, ovos e carne (cujo consumo também foi aumentado neste período), pelo seu elevado teor de gorduras saturadas, podem contribuir para aumentar os riscos de doenças associadas à obesidade. Sichieri (1998a) demonstrou, com base no mesmo estudo, que no Rio de Janeiro a prevalência de sobrepeso foi significativamente maior em homens e mulheres que consumiam a gordura aparente das carnes.

Um estudo realizado com adolescentes do Rio de Janeiro, verificou que o consumo semanal de alimentos como bolos, hamburgers, salgadinhos, chocolates e biscoitos foi bastante relevante, além de serem bastante citados também os sorvetes, pizzas, balas e lingüiça, todos de elevada concentração energética (Andrade, 2000).

Para finalizar esta questão não se pode deixar de mencionar que a chegada de multinacionais da diversão, como cinemas e parques, tem contribuído em muito para a ingestão exagerada de determinados alimentos com alta densidade energética. Assim, o tamanho das porções de batatas fritas, sacos de pipocas, salgadinhos e refrigerantes, consumidos nestes ambientes de entretenimento, sofreram um aumento exagerado, o que pode ser um importante fator de risco para a obesidade (Young & Nestlé, 2002).

9) Os fatores que causam a obesidade atingem da mesma forma as populações de alta e de baixa renda? Por que?

Considerando os diversos fatores relacionados à obesidade, no que se refere à atividade física, não há muitos dados que possibilitem uma avaliação no âmbito nacional. A PPV realizada em 1996-1997, foi a única pesquisa que avaliou padrões de atividade física, mas apenas para as Regiões Nordeste e Sudeste. Com base nesta pesquisa foi possível verificar que a prática de exercícios físicos regulares (caminhadas, corridas, etc.) está positivamente relacionada com o nível de renda familiar, de forma que, particularmente as mulheres da Região Sudeste, de classe social mais alta, foram as que apresentaram maior proporção de prática destas atividades, quando comparadas as de classe social mais baixa (27% versus 2,1%) (Monteiro & Conde, 1999), possivelmente pela maior possibilidade de realizar atividades físicas voluntárias.

Por outro lado, quanto ao consumo alimentar, os estudos indicam que os segmentos de renda mais alta tendem a estabelecer uma relação diferenciada com a alimentação no sentido de valorizar a escolha de alimentos in natura, associada a uma dieta mais saudável (Lifchtiz, 1997), seja por um nível educacional mais elevado deste grupo populacional ou por uma maior preocupação com beleza e estética. Nestes termos, o consumo de frutas e vegetais na população brasileira é significativamente maior nos segmentos de mais alta renda (Sichieri, 1998a).

A dimensão simbólica da alimentação deve também ser considerada como um fator a mais na compreensão da questão da obesidade e sua diferenciação entre os segmentos de renda mais alta e mais baixa. A percepção do corpo por parte de mulheres de mais baixa renda pode estar associada, não necessariamente, a saúde (que por sua vez marca mais os valores das classes de renda mais alta) mas a valorização da força física em função do trabalho (Muraro, 1983).

Além destes fatores, a dimensão metabólica vem sendo apontada como possível fator que pode estar associado a um crescimento mais significativo da prevalência de obesidade nos segmentos de mais baixa renda. Estudos vem indicando que indivíduos que foram submetidos a condições de déficit nutricional na vida intra uterina ou na infância, (condição mais prevalente em classes de mais baixa renda), têm maior risco de desenvolverem doenças crônicas não transmissíveis (Barros & Víctora, 1999; Backer, 1993) posteriormente, incluindo a obesidade (Ravelli et al., 1976). No que se refere à obesidade, este fato pode estar associado a uma maior eficiência metabólica do organismo que potencializa o aproveitamento dos alimentos ingeridos. Desta forma, mesmo que a ingestão alimentar não seja tão excessiva em termos quantitativos, o acúmulo de reserva energética, na forma de gordura corporal, pode ocorrer em decorrência desta maior eficiência.

Analisando a questão da obesidade por esta ótica pode-se concluir que há uma diferença nos determinantes da obesidade de acordo com a renda e estes fatores podem estar associados a uma tendência no crescimento mais acentuado da obesidade nos segmentos de mais baixa renda (Monteiro e Conde, 1999), particularmente em adultos.

10) No Brasil, considerando os riscos de obesidade, os consumidores recebem ostensivamente informações necessárias e adequadas a respeito dos riscos a sua saúde acarretados pelos produtos alimentícios colocados no mercado? A divulgação para o consumidor sobre o consumo adequado de determinados produtos alimentícios é satisfatória? O consumidor brasileiro é clara, correta e adequadamente informado sobre os riscos que o consumo inadequado destes produtos apresentam?

As políticas de "promoção à saúde" incluem diversos componentes referentes à qualidade de vida como: a alimentação saudável e sua relação com as escolhas dos indivíduos, o fornecimento de alimentos em quantidade e qualidade adequadas para todos, incluindo o cuidado com o fornecimento de alimentos saudáveis e a importância da informação sobre alimentação e nutrição para todos, facilitando a escolha dos

alimentos.

Dentre as principais ações formuladas pelos governos (Federal, Estadual e Municipal) neste campo destaca-se a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), que a partir da década de 90, confere maior importância aos componentes ligados a promoção à saúde. A PNAN, aprovada em 1999, tem como propósito articular programas nutricionais voltados para diversos segmentos da população. No conjunto de seus objetivos específicos, aqueles mais diretamente relacionados à esta perspectiva são: a garantia da qualidade dos alimentos disponibilizados para o consumo no país, a promoção de práticas alimentares saudáveis e a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais (Burlandy, 2002; MS, 1999).

A educação e divulgação sobre o consumo adequado dos produtos e serviços, além de informação clara sobre estes, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade e preço, bem como sobre os riscos que apresentam, são direitos básicos do consumidor (Brasil, 1990). Neste contexto, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA - tem regulamentado a rotulagem nutricional como um instrumento que permite ao consumidor escolher o produto que lhe seja mais adequado e vantajoso, respeitando seus direitos, necessidades e expectativas.

Enquanto estratégia de promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis, prevista na PNAN, a ANVISA, em conjunto com o Departamento de Nutrição da Universidade de Brasília, elaborou o Manual de Orientação ao Consumidor e o Manual de Orientação às Indústrias. O primeiro coloca à disposição da população as informações necessárias para a compreensão dos rótulos dos alimentos e o segundo tem o intuito de dar apoio técnico às indústrias de alimentos, especialmente às pequenas e micro empresas, para auxiliar na elaboração e implementação da rotulagem nutricional (ANVISA, 2001a; ANVISA, 2001b).

Ações isoladas vêm sendo realizadas no sentido de esclarecer os consumidores quanto às informações que estão contidas nos rótulos e possibilidades de utilizá-las (Fonseca et al, 2002). Não há, todavia, intervenções de âmbito nacional neste sentido.

Por outro lado, estudos pontuais vem indicando que alguns avanços neste campo foram alcançados na medida em que os consumidores tendem a observar a data de validade, os ingredientes, a procedência do produto, palavras em evidência e as condições da embalagem. No entanto os consumidores têm dificuldade de entender o significado de algumas expressões descritas nos rótulos, como por exemplo: porção, composição química e a diferença entre o significado das palavras diet e light (Carneiro et al, 2003). Considerando, então, a proposta de promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis da PNAN, através da rotulagem nutricional, pode-se concluir que esta vem sendo utilizada como um instrumento que permite ao consumidor escolher os produtos que lhe sejam mais adequados, porém não de forma tão eficaz como o estabelecido pela política. Isto se deve ao fato de não entenderem algumas informações disponíveis nos rótulos dos produtos alimentícios e não saberem como utilizá-las.

O Manual de Orientação ao Consumidor, formulado pela ANVISA com a finalidade de esclarecer melhor as informações contidas nos rótulos é desconhecido pela maior parte dos consumidores (Carneiro et al, 2003).

Quanto aos riscos dos produtos, não se pode afirmar que estes sejam explicitados em ações de promoção à saúde. O material que vem sendo divulgado pelo Ministério da Saúde indicando os "10 passos para uma alimentação saudável" (www.sayde.gov.br), sinaliza as atitudes favoráveis à saúde mas não destaca os possíveis riscos da não adesão a estas práticas e do consumo inadequado de determinados produtos alimentícios.

11) Em razão da obesidade, a publicidade de determinados produtos alimentícios é capaz de induzir o consumidor a se comportar de forma prejudicial ou perigosa à sua saúde?

Consideramos esta pergunta já respondida na pergunta N° 5

12) O risco de causar obesidade pode ser considerado dado essencial do produto alimentício que não pode ser omitido na sua publicidade?

Diante do exposto, cabe considerar que nenhuma alegação de que um determinado produto cause a obesidade é pertinente. Todavia, alertar a população quanto aos riscos do consumo excessivo de produtos que tenham alta densidade energética ou que sejam compostos por nutrientes associados ao risco de doenças crônicas não transmissíveis, associadas à obesidade, deve ser uma preocupação para o campo das políticas de promoção à saúde e Segurança Alimentar e Nutricional. Seria prudente que a publicidade destes produtos viesse acompanhada deste alerta.

Concluindo esta análise, reforçamos a questão que, em se tratando de obesidade, não se pode atribuir uma relação de causa e efeito entre alimento e a doença. Todavia, diante das evidências apresentadas através da literatura consultada, pode-se inferir que o consumo exagerado de determinados produtos alimentícios pode ser um importante fator de risco para a obesidade. Considerando os agravos à saúde e, conseqüentemente, a redução da qualidade de vida que esta doença pode acarretar, além da tendência crescente de prevalência na população brasileira, torna-se fundamental que políticas públicas de prevenção e controle da obesidade sejam urgentemente implementadas.

Referências Bibliográficas

Andrade, RG. Consumo alimentar de adolescentes no Município do Rio de Janeiro - 1995 - 1996. Rio de Janeiro, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Nutrição. Dissertação de mestrado, 2000.

ANVISA/UNB - Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Universidade de Brasília, 2001a, Rotulagem Nutricional Obrigatória: Manual de Orientação aos Consumidores, Brasília, 45p. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br>>. Acessado em 14/10/02.

ANVISA/UNB - Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Universidade de Brasília, 2001b, Rotulagem Nutricional Obrigatória: Manual de Orientação às Indústrias de Alimentos, Brasília, 71p.. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br>>. Acessado em 14/10/02.

Backer, DJP (ed). Fetal and Infants Origins of Adult Disease. London:BMJ Publishing Group, 1993

Barros, FC, VÍctora, CG. Increased blood pressure in adolescents who were small for gestaciona age at birth: a cohort study in Brazil. International Journal of Epidemiology, 28:676-681, 1999.

Bleil, SI. O padrão alimentar ocidental: considerações sobre mudanças de hábitos no Brasil. Cadernos de Debate, 6:1-25, 1998.

Brasil - Ministério da Marinha e Guerra , Ministério do Exército e Ministério da Aeronáutica. Decreto Lei 986 de 21 de outubro de 1969

Brasil. Lei nº8.078, de 11 de setembro de 1990. Índice Sistemático do Código de Defesa do Consumidor. Diário Oficial [do] Congresso Nacional (Seção 11) em maio de 1989, deu origem ao Código de Direito do Consumidor (CDC), Capítulo III- Dos Direitos

Básicos do Consumidor. Disponível em < www.mj.gov.br/dpdc/edc.htm >. Acessado em: 10/10/02.

Brasil. MS - Ministério da Saúde, 1999. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Disponível em < <http://www.portal.saude.gov.br/alimentacao/politica.cfm> >. Acessado em 21/10/02.

Bray, GA, Popkin, BM. Dietary fat intake does affect obesity! *Am J Clin Nutr*, 68: 1157-73, 1998

Burlandy, L. Políticas Públicas de Alimentação e Nutrição. Livro de textos do Curso de Vigilância Alimentar e Nutricional. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública / Fundação Oswaldo Cruz, 2002.

Carneiro, AS. Bastos, JMP, Povia, RS. Rotulagem de alimentos: como o consumidor utiliza esta informação? Niterói, Universidade Federal Fluminense, Faculdade de Nutrição. Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Nutrição, 2003.

Coitinho, DC, Leão, MM, Recine, E, Sichieri, R. Condições Nutricionais da População Brasileira: Adultos e Idosos. Brasília: INAN/MS, 1991.

Cunha, AS. Variação temporal do índice de massa corporal em idosos: estudo nas regiões Nordeste e Sudeste do Brasil. Rio de Janeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. Dissertação de mestrado, 2002.

Dietz, WH, Gortmaker, SL. Do we fatten our children at the television set? Obesity and television viewing in children and adolescent. *Pediatrics*, 75:29-32, 1985

Fonseca, AZ, Assis, EH, Carvalho, LR, Corrêa, MS; Incentivo as donas de casa para leitura de rótulo em um bairro do Município de Ouro Preto-MG. *Anais do XVII Congresso Brasileiro de Nutrição*, Porto Alegre, 2002 pg 120

Fonseca, VM, Sichieri, R, Veiga, GV. Fatores associados à obesidade em adolescentes. *Revista de Saúde Pública*, 32:541-9, 1998

French SA, Harnack L, Jeffery RW. Fast food restaurant use among women in the Pound of Prevention study: dietary, behavioral and demographic correlates. *Int J Obes Relat Metabol Dis*; 24:1353-9, 2000.

French, S, Story, M, Jeffery, R.. Environmental influences on eating and physical activity. *Annual Reviews of Public Health*, 22: 309-335, 2001.

Garcia, RWD. Representações sociais sobre alimentação e saúde e suas repercussões no comportamento alimentar. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 7: 51-68.1997

Harnack L, Stang J, Story M. Soft drink consumption among US children and adolescents: nutritional consequences. *J Am Diet Assoc*; 99: 436-41, 1999.

Horton, TJ, Drougas, H, Brachey, A et al. Fat and carbohydrate overfeeding in humans: different effects on energy storage. *Am J Clin Nutr*, 62: 19-29, 1995.

Klesges, RC, Hanson, CL, Eck, LH, Durff, A. Accuracy of self report of food intake in obese and normal weight individuals: effects of parental obesity on reports of children's dietary intake. *Am J Clin Nutr*, 48: 1252-6, 1988.

Lichtman, SW, Pisarska, K, Berman, N. Discrepancy between self reported and actual caloric intake and exercise in obese subjects. *N. England J. Med.*, 327:1893-8, 1992

Lifchitz, J. Alimentação e cultura: em torno ao natural. *Physis:Revista de Saúde Coletiva*,7: 69- 83, 1997.

Ludwig DS, Peterson KE, Gortmaker SL. Relation between consumption of sugar-sweetened drinks and childhood obesity: a prospective, observational analysis. *Lancet*: 357: 505-8, 2001.

Miller, WC, Lindeman, AK, Wallace, J, Niederpruem, M. Diet composition, energy intake and exercise in relation to body fat in men and women. *Am J Clin Nutr*, 52: 426-30, 1990.

Mondini, L, Monteiro, CA. Mudanças no padrão de alimentação. In: Monteiro, CA. Ed. *Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil: a revolução do país e de suas doenças*. São Paulo. Editora Hucitec NUPENS/USP. 2000. Cap 4.

Monteiro, CA & Conde, WL. A tendência secular da obesidade segundo estratos sociais: Nordeste e Sudeste do Brasil, 1975-1989-1997. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabolismo*. 4: 186-194, 1999.

Monteiro, CA, Mondini, L, Costa, RBL. Mudanças na composição e adequação nutricional da dieta familiar nas áreas metropolitanas do Brasil entre 1988 e 1996. In: Monteiro, CA. Ed. *Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil: a revolução do país e de suas doenças*. São Paulo. Editora Hucitec NUPENS/USP. 2000. Cap 21.

Muraro, RM. *Sexualidade da Mulher Brasileira - Corpo e Classe Social*. Petrópolis: Editora Vozes. 1983

National Research Council, (NRC). *Diet and Health: Implications for Reducing Chronic Disease Risk*, Washington, National Academy Press, 1989. Cap 7.

Ravelli, GP, Stein, ZA, Susser, MW. Obesity in young men after famine exposure in utero and early infancy. *New England Journal of Medicine*, 295: 349-53, 1976.

Rolland-Cachera, MF, Bellisle, F, Tichet, J, Chantrel, AM, Bataille, MG, Vol, S, Pequignot, G. Relationship between adiposity and food intake: an example of pseudo contradictory results obtained in case-control versus between-populations studies. *Int J Epidemiol*, 19: 571-7, 1990

Santos, MAM. *A mídia televisiva na modificação de hábitos alimentares de adolescentes*. Rio de Janeiro, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Nutrição. Dissertação de Mestrado. 1996

Schoeller, D. How accurate is self-reported dietary energy intake? *Nutrition Review*. 48:371-379, 1990

Sichieri, R. Consumo alimentar e hábitos relacionados ao consumo. In: Sichieri, R. *Epidemiologia da Obesidade*, Rio de Janeiro, EdUERJ, 1998a. cap 7.

Sichieri, R. Medidas e determinantes da obesidade. In: Sichieri, R. *Epidemiologia da Obesidade*, Rio de Janeiro, EdUERJ, 1998b. cap 1.

Sylvester, GP, Achterberg, C, Willians, J. Children`s television and nutrition: Friends or foes? *Nutrition Today*, 30: 6-14, 1995.

United States Department of Agriculture. Food consumption, prices and expenditure. Washington, D.C. 1997

Wang Y; Monteiro C; Popkin BM. Trends of obesity and underweight in older children and adolescents in the United States, Brazil, China, and Russia. *Am J Clin Nutr*; 75:971-7, 2002.

WHO. Obesity preventing managing the global epidemic. Report of a World Health Organization Consultation on Obesity. Geneva, 1998.

Young, L, Nestle, M. The contributions of expanding portion sizes to the US obesity epidemic. *American Journal of Public Health*, 92:246-249, 2002.

Zaida, G. A criança, os comerciais de televisão e a cultura alimentar: uma análise crítica . *Educação e Sociedade*, 43: 505-521, 1992.