

Tendências no Perfil Nutricional da População

O Brasil tem passado pelo que os cientistas denominam de “transição epidemiológica” no que diz respeito ao perfil de morbi-mortalidade e invalidez da população. Este processo abrange três pontos principais:

- Substituição da maior incidência de doenças transmissíveis por doenças crônico-degenerativas;
- Aumento da morbi-mortalidade em grupos de idosos e diminuição entre a população jovem;
- Predomínio da morbidade em detrimento da mortalidade¹

O perfil de “transição” também é observado no universo nutricional. A mesma se caracteriza por mudanças nos padrões dietéticos e nutricionais tradicionalmente adotados. Observa-se a redução da prevalência de desnutrição e o aumento dos casos de sobrepeso e de obesidade na população brasileira^{2,3}. Este processo não ocorre de maneira homogênea devido à grande extensão territorial do país e às sabidas diferenças socioeconômicas regionais. Em algumas localidades, ainda observamos alta prevalência de quadros de desnutrição e de deficiências nutricionais³.

A deficiência de micronutrientes, ao longo do tempo, vem se destacando como importante problema de Saúde Pública. Grande parte da mesma ainda se apresenta de forma subclínica, o que respalda a denominação desse tipo de carência nutricional como “fome oculta”¹³. Mesmo sendo o estágio anterior ao surgimento dos sinais clínicos, a fome oculta já compromete várias etapas do processo metabólico, como alterações no sistema imunológico e no desenvolvimento físico e mental do indivíduo. De acordo com o International Life Science Institute – ILSI, uma em cada quatro pessoas no mundo é afetada pela fome oculta, sendo a maioria em países em desenvolvimento¹⁴. Atualmente, determinadas doenças provenientes das deficiências de micronutrientes como ferro, vitamina A, iodo e zinco, tornaram-se altamente relevantes.

Anemia

As anemias mais comuns existentes em todo o mundo são a ferropriva e a megaloblástica. Em nosso país, a anemia ferropriva afeta 45% das crianças menores de cinco anos e 21% das mulheres de 15 a 49 anos⁵. Por sua importância no crescimento e desenvolvimento, o ferro é essencial na infância, na adolescência e no período gestacional⁶.

A anemia megaloblástica, causada pela baixa ingestão de vitamina B12 e folato (vitamina B9), também é muito observada¹¹. A deficiência do folato é responsável por,

aproximadamente, 200 mil nascimentos prejudicados severamente em países em desenvolvimento.

Além disso, as mortes causadas por doenças cardíacas podem estar associadas à deficiência de ácido fólico, cujo efeito produz hiperhomocisteinemia⁵. Segundo a Unicef, as anemias em sua forma severa causam 880 mortes por ano no Brasil⁵. A fortificação da farinha de trigo com ferro e ácido fólico foi adotada visando reverter este quadro.

Hipovitaminose A

A deficiência de vitamina A atinge o Brasil e mais 38 países de forma endêmica⁵. As crianças são as mais afetadas. Na fase escolar a deficiência desta vitamina afeta entre 2,8 e 3 milhões de indivíduos em todo o mundo. Dentre as crianças brasileiras menores de seis anos, 15% apresentam deficiência de vitamina A na forma subclínica^{5,6}.

Deficiência de Iodo

Nos países em desenvolvimento, a deficiência de iodo ainda é muito freqüente. A ingestão diminuída deste mineral está associada ao desenvolvimento de bócio simples ou endêmico. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou em aproximadamente 200 milhões a incidência mundial de bócio¹². No Brasil, a deficiência deste mineral em mulheres grávidas causa o nascimento de 50 mil bebês mentalmente prejudicados. O uso de sal iodado é uma medida que vem sendo utilizada com sucesso na complementação da necessidade diária de iodo⁵.

Deficiência de Zinco

Lesões de pele, anorexia, hipogonadismo, retardo do crescimento e alteração na função imune são sintomas que podem ser observados em indivíduos com deficiência de zinco¹⁵. Mesmo com uma deficiência moderada, uma redução da função imunológica já pode ser observada¹². Estudos de base populacional demonstram que a suplementação de zinco pode reduzir a prevalência de diarreias em até 20% e de pneumonia em até 40%⁵. Estas duas doenças são responsáveis por aproximadamente 40% de todas as mortes de crianças no mundo a cada ano⁵.

Sobrepeso e Obesidade

Apesar das amplas evidências que relacionam uma nutrição balanceada com prevenção e manutenção da saúde, os hábitos alimentares populacionais estão se tornando menos saudáveis de forma cada vez mais rápida⁷. Estudos mostram que em um período de 15 anos (1975 a 1989), a prevalência do sobrepeso, definido como índice de massa corporal (IMC) ≥ 25 kg/m², aumentou 53% entre os adultos brasileiros com mais de 18 anos de idade¹⁰. Vários são os fatores relacionados ao desenvolvimento da doença: entre eles, o sedentarismo e o desequilíbrio alimentar⁸. Um estudo com crianças avaliou a variável sedentarismo na progressão dos quadros de

obesidade. Observou-se que aquelas que assistiam TV por mais de duas horas por dia, praticavam menos atividades físicas e tiveram maior tendência a consumir alimentos não-saudáveis como refrigerantes e biscoitos, além de um baixo consumo de frutas⁹.

Uma das conseqüências mais graves desse estilo de vida é o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Elas são as principais causas de mortalidade no país¹⁶. Alguns dos fatores determinantes para o desenvolvimento desta enfermidade são as elevadas concentrações de triglicérides plasmático, colesterol total e sua fração LDL (lipoproteína de baixa densidade) associadas à diminuição nos valores de HDL (lipoproteína de alta densidade)¹⁷.

Estudos epidemiológicos sobre o perfil lipídico de crianças e adolescentes afirmam que o alto nível de colesterol na infância contribui para alterações no colesterol na vida adulta. O início da aterosclerose e o aumento do colesterol plasmático, já nestas idades, seriam potencializados no decorrer da vida pela obesidade e por uma série de outros fatores, tais como hipertensão arterial e história familiar¹⁷.

Referências

- 1) Schramm, JMA; Oliveira, AF; Leite, IC; et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 9(4):897-908; 2004.
- 2) Guimarães, LV; Barros, MBA. As diferenças de estado nutricional em pré-escolares de rede pública e a transição nutricional. *J Pediatr*. 77 (5): 381-6; 2001.
- 3) Pinheiro, ARO; Freitas, SFT; Corso, ACT. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. *Rev. Nutr.. Campinas*. 17(4):523-533; 2004.
- 4) Batista Filho, M.; Rissin, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. *Cad. Saúde Pública*. 19(Sup. 1):S181-S191; 2003.
- 5) Fundo da Nações Unidas para a Infância (Unicef). *Vitamin and Mineral Deficiency*. 2004.
- 6) Ghosh; K. Non haematological effects of iron deficiency – a perspective. *Indian J Med Sci*, Vol. 60, No. 1; 2006.
- 7) Ross, N. Health, happiness, and higher levels of social organisation. *J Epidemiol Community Health*.. 59:614; 2005.
- 8) Johnson, MA. Nutrition and Aging – Practical Advice for Healthy Eating. *Journal of the american medical women's association*. Volume 59, No 4; 2004.
- 9) Salmon, J; Campbell, KJ; Crawford, DA. Television viewing habits associated with obesity risk factors: a survey of Melbourne schoolchildren. *MJA*. 184: 64–67; 2006.
- 10) Velásquez-Meléndez G, Pimenta AM, Kac G. Epidemiologia do sobrepeso e da obesidade e seus fatores determinantes em Belo Horizonte (MG), Brasil: estudo transversal de base populacional. *Rev Panam Salud Publica*. 16(5):308–14; 2004.

- 11) Kasdan T S. Terapia Clínica Nutricional para anemia. cap 35. In: Mahan L K, Escott-Stump S. Alimentos, Nutrição e Dietoterapia. 10° edição. Ed Roca; 2003.
- 12) Anderson J J B. Minerais. cap 4. In: Mahan L K, Escott-Stump S. Alimentos, Nutrição e Dietoterapia. 10° edição. Ed Roca; 2003.
- 13) Ferraz I S, Daneluzzi J C et al. Prevalência da carência de ferro e sua associação com a deficiência de vitamina A em pré-escolares. J. Pediatr.vol. 81, no. 2; 2005.
- 14) International Life Sciences Institute. <http://www.ilsa.org>
- 15) Sena K C M e Pedrosa LFC. Efeitos da suplementação com zinco sobre o crescimento, sistema imunológico e diabetes. Rev. Nutr. v.18 n.2; 2005.
- 16) III Diretrizes Brasileiras Sobre Dislipidemias e Diretriz de Prevenção da Aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia; 2001.
- 17) Grillo LP e Crispim SP. Perfil lipídico e obesidade em escolares de baixa renda. Rev. bras. epidemiol. v.8 n.1; 2005.

Fonte: <http://www.vittafix.com.br/>