

Abeso



XVI Congresso Brasileiro da SBD

Os Highlights do Evento

Artigos sobre Obesidade

Tratamento Comportamental:

- Dieta, Exercícios, Estilo de Vida

Abordagem Farmacológica

Médico bem informado:

um benefício essencial para a saúde dos pacientes.



Atualização com inovação. Não existe combinação mais eficaz para tratar a obesidade. Por isso sua presença é indispensável no curso de atualização em obesidade, da Abeso. Venha conhecer soluções sob medida para um problema de saúde pública.

Faça sua inscrição com um representante Medley e seja bem-vindo.

Realização

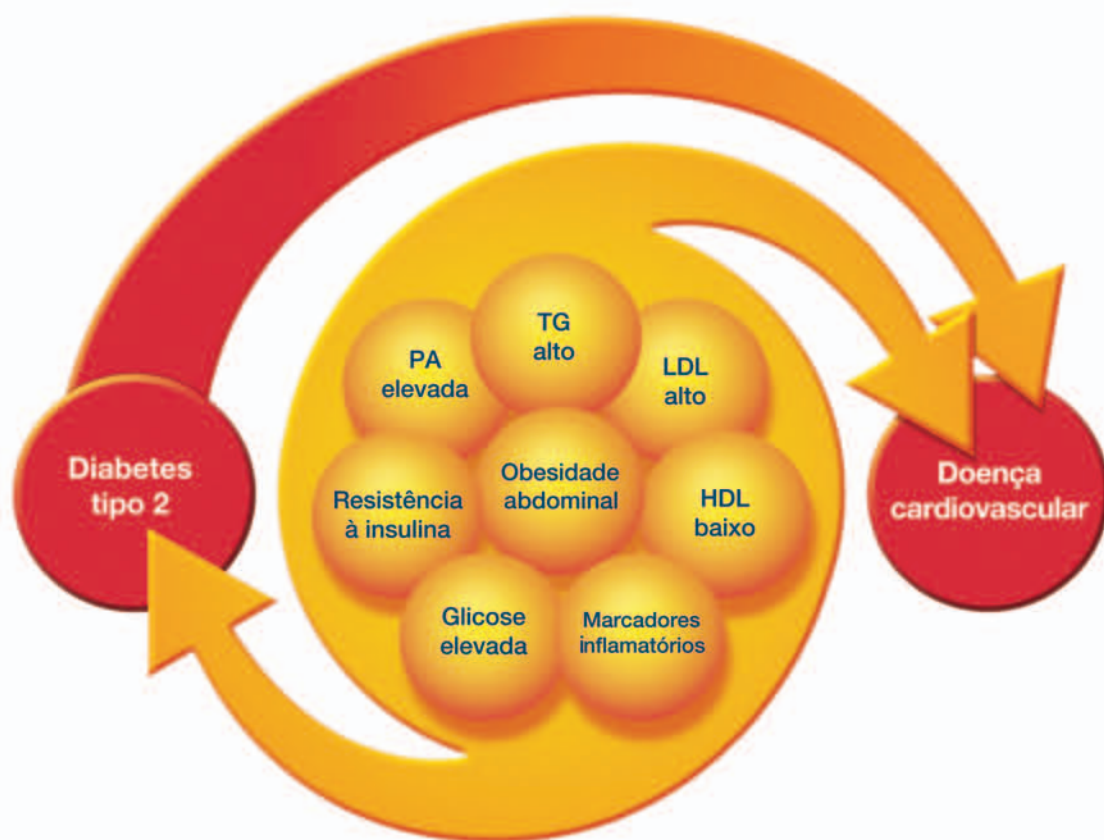
Apoio



Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica

Medley.

Fatores de risco cardiometabólico tendem a se agrupar aumentando o risco de diabetes tipo 2 e doença cardiovascular.¹



Há necessidade de uma abordagem mais abrangente no controle dos múltiplos fatores de risco cardiometabólico.¹

1 - Alberti KG, et al. The metabolic syndrome: a new worldwide definition. Lancet 2005 Sep;366(9491):1059-62.



rimonabanto
LANÇAMENTO EM BREVE



sanofi aventis

O essencial é a saúde

Excelência.



Reinventar não é simplesmente fazer de novo. É aproveitar a chance de fazer melhor e de um jeito mais simples. Foi pensando nisso que a Sigma Pharma, que você prescreve e na qual confia, se reinventou e passa a adotar, a partir de agora, a assinatura EMS Sigma Pharma. Mais do que uma nova marca, este é o marco de um novo começo para uma história que completa 43 anos. Consolidando sua liderança com ousadia, excelência, responsabilidade e simplicidade.



Trabalhando sério para você sorrir.

www.ems.com.br

Balanço 2006/2007

Ao assumirmos a Presidência de uma sociedade o fazemos com uma série de planos e objetivos, alguns exequíveis e outros na categoria dos sonhos. Com a atual Diretoria da ABESO não foi diferente e acredito que conseguimos ir um pouco além dos exequíveis, adentrando no mundo dos sonhos. A reestruturação da revista foi uma das primeiras atitudes. A participação do Bruno Geloneze, como editor-chefe, e da Informed foram fundamentais para esta mudança. Editamos bimestralmente 3.000 exemplares da revista, distribuídos aos associados e a 120 assinantes, não profissionais da área da saúde. O site da ABESO também passou por algumas modificações, está sendo atualizado com maior frequência e recebe uma média de 60.000 visitas por mês.

Os departamentos de Nutrição, Psiquiatria, Atividade Física, Obesidade Infantil, Epidemiologia, Medicamentos e Cirurgia Bariátrica continuam em plena atividade. Em nossa gestão criamos o Departamento de Síndrome Metabólica e escolhemos, juntamente com as Diretorias Regionais da SBEM, um representante da ABESO em todas as Regionais. Aos representantes dos departamentos que assessoram a Diretoria e que, anonimamente, respondem às inúmeras questões enviadas diariamente para o nosso site, o nosso maior agradecimento.

Objetivando a educação continuada, firmamos parceria com o Laboratório Medley, o que nos possibilitou a realização de cursos mensais, com carga de 8 horas, voltados para endocrinologistas, clínicos gerais, cardiologistas, ginecologistas e demais especialistas com interesse em obesidade. Realizamos, nas cidades de Porto Alegre, Curitiba, São Paulo, Campinas e Rio de Janeiro, três cursos em 2006 e oito cursos em 2007, sendo que cada um deles foi assistido por 30 a 50 colegas. Em cada uma destas cidades temos um coordenador que estrutura sua equipe para abordar os seguintes temas: etiologia e fisiopatologia, co-morbidades, avaliação clínica, dietoterapia e atividade física, tratamento farmacológico, cirurgia bariátrica e discussão de casos clínicos.

Estabelecemos parcerias também com outros laboratórios e, graças à competente atuação da Cláudia Cozer na Tesouraria, a saúde financeira da ABESO vai muito bem.

A ABESO, juntamente com a SBEM, instituiu um “Grupo de Especialistas pelo Tratamento Ético da Obesidade”, constituído pela Diretoria da ABESO, três representantes da SBEM e por alguns ex-presidentes da ABESO, que sempre se preocuparam com a ética no tratamento da obesidade. Este grupo tem se pronunciado em questões éticas e participou ativamente



Diretoria da gestão 2006/2007: Drs. Bruno Geloneze, Rosana Radominski, Henrique Suplicy, Cláudia Cozer e Lucia Carraro

das reuniões da ANVISA sobre formulações magistrais. Infelizmente, apesar de todas as evidências apresentadas sobre os abusos cometidos na formulação magistral no tratamento da obesidade, a ANVISA editou a Resolução – RDC nº 58, de 5 de setembro de 2007, que praticamente mantém o “status quo”.

Por iniciativa do Departamento de Epidemiologia, instituímos o “Censo Nacional de Pesquisas em Obesidade”, que visa fazer um banco de dados sobre as pesquisas realizadas no Brasil nesta área.

A ABESO contratou uma assessoria de imprensa, que tem feito uma importante ligação entre a nossa sociedade e a mídia.

As diretrizes de obesidade foram elaboradas na gestão anterior, presidida pelo Giuseppe Repetto. Fazendo parte do projeto, as diretrizes foram publicadas, em vários fascículos, pela Associação Médica Brasileira e pelo Conselho Federal. O objetivo da atual Diretoria era ter as suas diretrizes publicadas na íntegra, em um único fascículo. Mas, neste curto espaço de tempo, devido ao rápido evoluir da Medicina, alguns capítulos se desatualizaram. A Lucia Carraro foi encarregada pela Diretoria da ABESO de coordenar sua atualização e, graças ao seu empenho, pudemos entregar as Diretrizes no Congresso Brasileiro de Obesidade.

Um agradecimento especial à Vice-Presidente, Rosana Radominski, por sua amizade e seus conselhos sempre oportunos.

Com a participação de 1817 congressistas, realizou-se no Hotel Transamérica, em São Paulo, o XII Congresso Brasileiro de Obesidade e Síndrome Metabólica. Durante o Congresso foi eleita a nova Diretoria para o biênio 2008/2009, presidida pelo Marcio Mancini, à qual desejamos sucesso. Foi também decidido que o próximo congresso acontecerá em Salvador em 2009 e que o Simpósio Brasileiro sobre Síndrome Metabólica ocorrerá em Curitiba, nos dias 30 e 31 de maio de 2008.

Acreditamos que, com estas ações, a atual Diretoria contribuiu para o engrandecimento científico da ABESO e para a ética no tratamento do paciente obeso.

Um grande abraço,

Henrique Suplicy
Presidente da ABESO 2006/2007



A Obesidade no Congresso da SBD

Cerca de 4 mil pessoas participaram do XVI Congresso da Sociedade Brasileira de Diabetes (Diabetes 2007), no último mês de outubro, no The Royal Palm Plaza, em Campinas, SP. Sob a presidência do Dr. Bruno Geloneze, o evento contou com a presença de diversos especialistas nacionais e 22 estrangeiros, que discutiram todas as áreas estreitamente ligadas ao diabetes, entre elas a obesidade.



Dr Walter Pories

Um dos destaques do Diabetes 2007 foi a palestra do Dr. Walter Pories (EUA), primeiro cirurgião do mundo a observar a reversão do diabetes tipo 2 em pacientes

com obesidade mórbida, submetidos à cirurgia bariátrica. Antes de falar sobre “Resultados de Estudos Clínicos: Responsabilidades e Direitos dos Investigadores”, ele demonstrou a evolução da obesidade nos Estados Unidos, que já se tornou uma epidemia, incluindo mais de 8 milhões de norte-americanos com obesidade mórbida.

Em seguida, levantou a discussão em torno do ponto de vista da maioria dos médicos sobre o diabetes e sua forma particular de ver a doença. Para o Dr. Pories, o diabetes pode ter uma relação com o trato digestivo, uma vez que todas as cirurgias que promovem sua resolução nos portadores de obesidade mórbida são promotoras de alguma modificação neste segmento.

Um Velho Desafio

A obesidade também foi tema da palestra do Dr. Ney Cavalcanti, vice-presidente da SBD. Dentro do Simpósio sobre “Terapêutica Clínica e Doenças Associadas”, o especialista falou sobre “Tratamento da Obesidade no Diabetes, um Velho Desafio para os Clínicos”.

De acordo com o Dr. Ney, as questões que envolvem as duas patologias são bastante discutidas,

mas difíceis de serem resolvidas. O médico lembrou que uma das soluções para conter o avanço do diabetes tipo 2 é diminuir a epidemia da obesidade. No entanto, “a humanidade está ficando cada vez mais gorda e idolatrando a magreza”, comentou.

Quanto à terapêutica associada a dietas e atividade física, ele salientou que muitos pacientes perdem peso com exercícios, mas voltam a engordar novamente por abandonarem a prática. Entre os recursos terapêuticos contra o diabetes tipo 2, o Dr. Ney considera que a cirurgia bariátrica é capaz de apresentar resultados rápidos e persistentes, além de diminuir a mortalidade das pessoas com diabetes e obesidade.

O Melhor Remédio

Por outro lado, o Dr. Osório Salles, especialista de Salvador (BA), abriu a conferência do Dr. Michael



Dr Michael Riddell

Riddell (Canadá), intitulada “Exercícios Físicos para o Diabetes Tipos 1 e 2”, com a frase: “Não existe nenhum remédio na medicina que suplante meia hora de exercício por dia”.

Ao encontro dessa afirmativa, o Dr. Riddell ressaltou que 30 minutos diários de exercícios aumenta, em dez anos, a expectativa de vida de quem tem diabetes tipo 1, acrescentando que a prática da atividade física eleva a auto-estima e a autoconfiança dos pacientes, embora possa apresentar riscos, além dos benefícios, e nem sempre melhora os níveis glicêmicos.

Lembrando a importância de se reduzir a circunferência abdominal para prevenir o diabetes, o Dr. Riddell frisou, ainda, a necessidade de alimentação adequada e que a atividade física faz parte de um tratamento multidisciplinar, devendo ser realizada sob a supervisão de um especialista. “Um eletro precisa ser feito para sedentários com risco cardiovascular, por exemplo”, disse.

Para encerrar sua palestra, o especialista canadense afirmou que a pessoa que conseguisse produzir uma pílula com o mesmo efeito da atividade física, ficaria milionária! “O exercício é contagiante! Por isso, fiquem perto de quem gosta de se exercitar”, aconselhou.

Sinais Precoces

A Dra. Silva Arslanian (EUA) falou sobre os “Sinais Precoces da Doença Cardiovascular no Jovem com Obesidade e DM2”. Após explicar o que é Síndrome Metabólica, ela lançou o seguinte questionamento: “Resistência insulínica ou obesidade – qual

seria a força impulsora das doenças cardiovasculares?”

A médica norte-americana salientou que, de acordo com alguns estudos, a Síndrome dos Ovários Policísticos, o diabetes tipo 2 e a obesidade em adolescentes são indicadores de resistência à insulina. Outro dado mostrado nas pesquisas foi o de que a obesidade na infância pode ser um indício de Síndrome Metabólica, quando esse paciente for adulto.

Pela possibilidade de levar a doenças cardiovasculares, resistência insulínica, diabetes tipo 2, dislipidemia, esteatose hepática e hipertensão, concluiu-se a força impulsora da obesidade.

E em meio a tantas recomendações sobre atividade física, a organização do Diabetes 2007, presidido pelo Dr. Bruno Geloneze, programou a atividade “Prescreva Saúde, Prescreva Exercícios”, como parte da campanha “E Você?”, iniciada pela SBEM e abraçada pela SBD, ABESO e SOBEMOM.



Aula de cycling indoor

Nos segundo e terceiros dias do congresso, os participantes puderam escolher entre aulas de cycling indoor, ballness, Fast (treinamento funcional) e Mat Pilates.

Vila Brasil

Uma das inovações do Diabetes 2007 foi o projeto Vila Brasil – uma área do congresso destinada à exposição de pôsteres, mostrando trabalhos desenvolvidos por associações de pacientes, entidades governamentais e não governamentais em prol da luta contra o diabetes.

Diabesidade, genética, transplantes, hi-po e hiperglicemia, eventos macrovasculares, educação em diabetes, pé diabético e outras



Dr. Edson Bussad (centro), participante do Vila Brasil

complicações, transtornos alimentares, premiação de trabalhos, entre outros, também fizeram parte da programação científica do evento, que proporcionou bons debates e aquisição de novos conhecimentos aos participantes.



Tratamento Não Farmacológico da Obesidade

Como fazemos desde maio deste ano, estamos publicando textos científicos produzidos pelos coordenadores dos Cursos sobre Obesidade e Ética, realizados pela ABESO em 2006.

O trabalho a seguir é de autoria do Dr. Henrique Suplicy, Professor de Endocrinologia e Metabologia da Universidade Federal do Paraná e Presidente da ABESO (gestão 2006/2007).

Dieta

A orientação dietoterápica no tratamento e controle da obesidade é objeto de estudo há mais de 50 anos. A educação de pacientes com sobrepeso e obesidade sobre os alimentos e hábitos alimentares é um componente essencial em todas as estratégias aceitas cientificamente, para se obter a perda e manutenção do peso perdido. Dietas baseadas em princípios alimentares saudáveis e que incluem um pequeno déficit energético apresentam um melhor prognóstico a longo prazo, especialmente quando não utilizados como única estratégia de tratamento. Para perdas de 0,5 a 1 Kg por semana, uma redução de 500 a 1000 Kcal por dia é normalmente eficaz e razoavelmente bem tolerada. Este déficit calórico apresenta, a médio e longo prazo, manutenção do peso perdido mais efetiva quando comparadas àquelas dietas mais restritivas.

As proteínas são os macronutrientes mais sacietógenos. Desta forma, os alimentos ricos em

proteína devem fazer parte de pelo menos 3 refeições diárias, sob a forma de carnes magras e leite desnatado e seus derivados.

Os carboidratos têm poder sacietógeno intermediário, mas o mesmo valor energético das proteínas (4Kcal/g). Devem entrar na composição de todas as refeições, dando preferência aos carboidratos complexos (arroz, pães, cereais, leguminosas). Os carboidratos simples, como o açúcar, devem ser evitados.

As gorduras são altamente energéticas (9Kcal/g) e bem menos sacietógenas. Porém, acentuam o sabor dos alimentos. Estas características associadas propiciam uma maior ingestão energética, dificultando de forma importante o controle alimentar dos indivíduos obesos. As gorduras devem sempre ser evitadas. No caso de uso, optar por óleos de oliva, canola e amendoim, que possuem ácido graxos monoinsaturados, ou outros óleos vegetais como o de soja, milho, girassol, ricos em ácidos graxos poliinsaturados, que não parecem ter efeito deletério

sobre o colesterol. Os ácidos graxos trans (formas trans-isoméricas dos ácidos graxos monoinsaturados) também podem estar presentes na composição de determinados tipos de margarinas e de produtos com gordura vegetal hidrogenada e promovem elevação dos níveis de colesterol.

O programa ideal para redução de peso deve incluir a redução da ingestão calórica e satisfazer a fome. As metas devem ser realistas. Está bem estabelecido que a redução de 10% do peso é o suficiente para o controle de várias complicações associadas à obesidade. Um bom tratamento, que inclua um programa alimentar adequado e consiga uma mudança no peso do paciente, é clinicamente favorável: reduz os níveis de glicemia e de insulínia, geralmente reduz os níveis elevados de pressão arterial e a hipertrigliceridemia, e contribui para elevar o nível de colesterol HDL. Além dessas mudanças metabólicas, a mudança de peso melhora a função cardíaca, problemas na função respiratória, melhora o funcionamento articular (com melhores resultados se vinculado à atividade física) e contribui psicologicamente para melhorar a auto-estima e as relações sociais do paciente.

A mudança do peso implica numa tarefa difícil. Não se tem que enfrentar apenas uma tendência biológica, mas também a oferta permanente de alimentos “inconvenientes”.

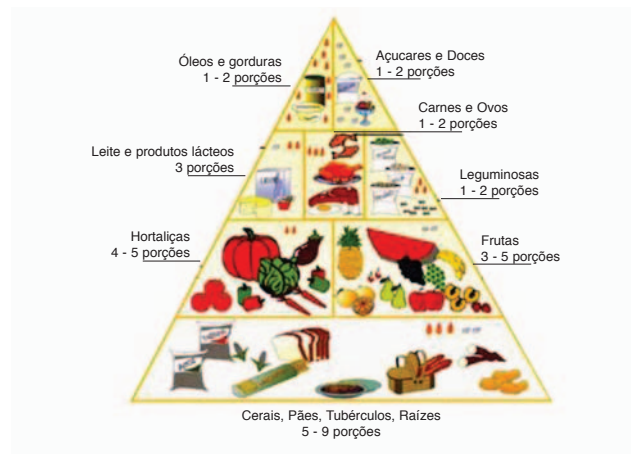
A presença abundante de produtos hipercalóricos e altamente palatáveis tem tornado essa tarefa extremamente árdua. Se feita com disciplina, é evidente que a maioria das dietas emagrece, mas a falência do tratamento está justamente na manutenção da restrição alimentar a longo prazo, para manutenção posterior do peso, a qual raramente é conseguida. Desta forma, as dietas milagrosas que prometem perda rápida de peso atraem cada vez uma parcela maior da população que busca o peso “ideal”. Mas o grande foco é a reeducação alimentar, que o paciente obeso incorpora, no seu dia-a-dia, novos e bons hábitos alimentares.

Antes do planejamento dietético deve ser feita uma avaliação do grau de obesidade, uma avaliação da presença de comorbidades e das experiências nutricionais anteriores. A atividade física diária e a motivação também são fatores que vão influenciar no tratamento.

O objetivo da perda estável de peso à custa de massa gordurosa só pode ser obtido através de

um balanceamento calórico/gordura negativo. Um planejamento alimentar hipocalórico - baixo em gorduras e em açúcares simples, porém completo em seu conteúdo nutritivo (proteínas, ácidos graxos essenciais, vitaminas, minerais e fibras) - é necessário e muitas vezes descuidado.

Neste momento, pode ser útil observar a pirâmide alimentar. Ela permite um planejamento alimentar saudável. O uso adequado dos alimentos permite a realização prática do planejamento. Ele integra os alimentos dos 5 grupos (carboidratos simples e complexos, carnes, gorduras, leite e derivados, legumes e verduras e frutas), cumpre os requisitos nutricionais e possibilita a educação nutricional do paciente, além da perda de peso.



A dieta hipocalórica balanceada é composta segundo a tabela abaixo:

Calorias	Valor calórico total planejado
Carboidratos	55 a 60%
Proteínas	15%
Gorduras	< 30%
•Ácidos graxos saturados	< 10%
•Ácidos graxos poliinsaturados	< 10%
•Ácidos graxos monoinsaturados	10 a 15%
Colesterol	< 300 mg/dia
Fibras	20 a 30 g/dia
Vitaminas/minerais	Suplementação em dietas < 1200 Kcal
Álcool	mínimo ou nenhum
Água	1500 a 2000 MI

O planejamento dietético deve ser feito após o conhecimento do gasto calórico, que na prática clínica é feito por meio de fórmulas que levam em consideração o gasto metabólico basal (GMB) e a atividade diária do indivíduo. Para o cálculo do GMB são utilizadas fórmulas como as preconizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) ou as de *Harris-Benedict*, a seguir:

Organização Mundial de Saúde	
Homens	
18 – 30	= 0.0630 x peso real em Kg + 2.8957
31 – 60	= 0.0484 x peso real em Kg + 3.6534
> 60	= 0.0491 x peso real em Kg + 2.4587
Mulheres	
18 – 30	= 0.0621 x peso real em Kg + 2.0357
31 – 60	= 0.0342 x peso real em Kg + 3.5377
> 60	= 0.0377 x peso real em Kg + 2.745
resultados em Mjoulles x 240 = resultado em calorias	

Harris-Benedict	
Homens	
GMB = 66 + (13.7 x peso real em Kg) + (5 x altura) – (6,8 x idade)	
Mulheres	
GMB = 665 + (9,6 x peso real em Kg) + (1,8 x altura) – (4,6 x idade)	

Fator Atividade (FA) - FAO/1985		
Tipo de Atividade	Homens	Mulheres
Leve	1.30	1.30
Moderada	1.70	1.60
Intensa	2.10	1.90

Cálculo do Valor Energético Total (VET) para o planejamento dietético	
VET = GMB x FA	
VET planejado = VET – 500 Kcal	
Redução de aproximadamente 0.5 Kg por semana	
Ou	
VET planejado = VET – 1000 Kcal	
Redução de aproximadamente 1.0 Kg por semana	

Dentro do planejamento alimentar também é importante que o profissional utilize estratégias de mudança comportamental que facilitem a aderência ao tratamento como, por exemplo, ensinar o paciente a:

- Comer devagar, em pequenas porções e mastigar bem os alimentos;
- Não fazer compras em supermercado quando estiver com fome;
- Não fazer intervalo muito grande entre as refeições;
- Não comer em frente à televisão;
- Dividir as cotas alimentares de forma a poder alimentar-se antes e após a atividade física.

Apesar da reeducação alimentar com planejamento dietético para prescrição de uma dieta hipocalórica ser o tratamento ideal, uma infinidade de outras dietas estão disponíveis em livros e na internet:

- Dieta de baixíssimas calorias: dietas com menos de 800 Kcal/dia. A adesão é muito baixa e não há benefícios em mantê-la por muito tempo.
- Dietas populares: existem mais de 1200 livros tratando sobre o assunto. Prometem resultados rápidos e simplificam as orientações.
- Dietas ricas em gorduras e com baixo teor de carboidratos: as mais famosas são “A nova dieta revolucionária do Dr. Atkins” e “A dieta de *South Beach*”. Os indivíduos não conseguem suportar por longo prazo a restrição severa de carboidrato, retomando a alimentação anterior ao tratamento.
- Dietas ricas em proteínas e pobre em carboidratos: similares à dieta cetogênica, mas permitem uma quantidade maior de carboidratos. É conhecida como “O ponto Z – a dieta”. Utiliza 40% de carboidrato, 30% de proteínas e 30% de gorduras. Os únicos alimentos liberados são vegetais. Frutas são consumidas com moderação.
- Dietas ricas em carboidratos e pobres em gordura: dieta com somente 10% de gordura, proposta pelo *Dr. Dean Ornish* em “Salvando seu coração” e “Coma mais e perca peso”.
- Dietas que preconizam a combinação de alimentos: “A dieta de Beverly Hills”, 35 dias com dieta exclusiva de frutas. Após este período, os carboidratos não são misturados com as proteínas.

Como o maior determinante da redução de peso é o balanço calórico e não a composição dos macronutrientes, todas as dietas que reduzem ingestão calórica resultam em perda de peso. A grande maioria delas, sem estudos científicos que comprovem cientificamente sua efetividade.

É necessário um movimento de conscientização da população sobre a importância de uma melhor qualidade na alimentação e da atividade física diária para a manutenção da saúde. Essa postura não pode ser apenas individual, mas social. As pessoas precisam saber que comer é uma atividade saudável e prazerosa, mas que não é isenta de riscos se cuidados não forem tomados.

Atividade Física

Melhores resultados na perda de peso são obtidos quando se associa atividade física à dieta. O exercício físico facilita a aderência à dieta hipocalórica e vice-versa, alterando a proporção de gordura e

carboidratos utilizados tanto durante a atividade física como em repouso, e acrescentando maior perda de gordura corporal durante o tratamento. É um mito associar a atividade física ao aumento do apetite. Quando se avalia a ingestão de macronutrientes

em 24 horas, observa-se que nos dias em que são feitos os exercícios a ingestão calórica é semelhante aos dias sem atividade física programada. Mas o exercício físico parece influenciar na seleção dos macronutrientes. Exercícios de longa duração e baixa intensidade produziram maior ingestão de lipídeos do que em condições sedentárias e os exercícios de alta intensidade e curta duração produziram um consumo maior de carboidratos. O exercício físico melhora a força muscular, o equilíbrio, a agilidade e o condicionamento cardiovascular não só no momento do exercício, mas durante o restante do dia.



Quando um indivíduo obeso perde peso, há redução do tecido adiposo, também de massa magra (água, eletrólitos e tecido muscular). Quanto mais intensa a perda de peso, maior é a perda de massa magra. Quando o tratamento não inclui atividade física, esta perda pode chegar a ser de 25 a 30% da redução total do peso. Se associado a uma atividade aeróbica, a perda de massa magra pode ser reduzida a 5%.

A importância dessa preservação da massa magra reside no fato de esta ser o maior determinante do gasto metabólico basal (GMB). Como o GMB representa cerca de 60 a 70% do gasto energético diário total, modificações de 1 a 2% teriam um grande efeito na regulação do peso a longo prazo. Além disso, a restrição calórica produz redução de 15 a 30% no GMB, com consequências óbvias: a redução de peso cria situações adaptativas no gasto energético que podem prevenir posterior redução do peso, o que poderia ser revertido com o acréscimo da atividade física.

A atividade física prescrita pode ser a programada e a não programada. As atividades físicas não programadas são as atividades rotineiras e devem ser incluídas no programa de perda de peso. Modificações de coisas simples (como reduzir o uso de controle remoto da televisão, de telefones sem fio, de elevadores e escadas rolantes, deixar o carro em casa de vez em quando e passear a pé) fazem diferença importante no final do dia.

A atividade física programada deve fazer parte do tratamento para perda de peso, mas no momento de prescrevê-la devemos levar em conta as limitações do paciente, tais como magnitude da obesidade, doença isquêmica, problemas ortopédicos etc. A adesão é maior quando há prazer no exercício praticado.

Além dos benefícios da atividade física como tratamento para perda de peso, é unanimidade que ela é fundamental para a manutenção do peso perdido.

Modificação Comportamental

Juntamente com a dieta e a atividade física, outro fator importante na perda e manutenção do peso é a mudança comportamental. Para isso, devem ser investigados os fatores que facilitam a ingestão inadequada de alimentos naquele indivíduo em particular; a presença de episódios de comer compulsivo (*binge eating*); os hábitos alimentares do paciente; seu padrão de atividade física; seu histórico de perda e ganho de peso; os eventos associados às oscilações de peso e suas conseqüências; os pensamentos, sentimentos e comportamentos associados ao peso, formato corporal e alimentação; o nível de funcionamento social e familiar, dentre outros aspectos.

Ao longo de seu desenvolvimento, o indivíduo associa a alimentação a vários tipos de situação, formando hábitos alimentares inadequados. Habitua-se a comer enquanto estuda, enquanto assiste televisão, em uma pausa no trabalho, ou quando outra pessoa vai comer. Com a repetição, essas situações podem se tornar tão associadas à alimentação que, cada vez que elas ocorrem, a resposta de comer provavelmente será emitida, mesmo que a pessoa esteja sem fome.

O automonitoramento pode ser útil no tratamento. Pode-se iniciar pedindo que o paciente monitore apenas o tipo de alimento ingerido, a quantidade, o local e a situação que o levou a comer. Gradualmente, pode-se solicitar que acrescente no seu diário pensamentos e sentimentos associados à alimentação, hábitos de exercício etc.

Alguns pontos podem ser seguidos para uma melhor intervenção comportamental:

- Automonitorização: registrar em diários os alimentos ingeridos, local das refeições e estado de humor nas refeições.
- Controle do estímulo que precede a alimentação: fazer refeições e lanches em horários preestabelecidos; levantar da mesa após o almoço; substituir os beliscos por outras atividades.
- Controle no ato de comer: não comer em pé, não assistir televisão, ler, ou escrever enquanto estiver se alimentando.
- Reestruturação cognitiva: objetivar expectativas reais quanto à velocidade de perda de peso e peso ideal.

- Recaídas: aceitar que elas são normais e não catastróficas; aprender a identificar lugares e situações emocionais que levam às recaídas: emoções negativas (depressão, ansiedade), eventos sociais (férias, festas).

Aprender a solucionar esses problemas pode ser útil: se está ansioso ou preocupado, pode tentar ir adiantando o comer inadequado enquanto aplica estratégias para relaxamento; se está irritado, pode sair com um amigo ou praticar exercícios; se frequentemente come muito em festas, pode alimentar-se antes destas para diminuir a fome

ou optar por bebidas dietéticas. O paciente deve ter participação ativa no processo de busca de soluções alternativas. Em muitos casos é necessário fazer um treino em habilidades sociais. Este treino implica no desenvolvimento da capacidade de expressão de sentimentos e pensamentos; da capacidade de estabelecer limites e defender direitos; de fazer e negar pedidos; de lidar com a crítica e com eventuais erros. Essas habilidades favorecem o aumento da autoestima do paciente e permitem que este consiga lidar melhor com os fatores estressores sociais que antes poderiam gerar ansiedade, insatisfação e, conseqüentemente, alimentação inadequada.

A regularidade no comparecimento às consultas e o reforço contínuo do conhecimento sobre a dieta, atividade física e a intervenção comportamental são fundamentais para o controle da obesidade.

A regularidade no comparecimento às consultas e o reforço contínuo do conhecimento sobre a dieta, atividade física e a intervenção comportamental são fundamentais para o controle da obesidade.

A ABESO está oferecendo mais um serviço dentro do seu Portal **WEBPAGES PARA SÓCIOS!**

www.abeso.org.br/seunome



Mesmo estando dentro do Portal ABESO, a webpage terá endereço próprio, que pode ser acessado de qualquer parte através da WEB como uma página comum, com endereço semelhante a este “www.abeso.org.br/seunome”.

Essa webpage é pessoal e oferecida para que o sócio possa divulgar seu trabalho, cadastrando seus dados profissionais, como: especialidade, endereço do seu consultório/clínica, locais onde trabalha, experiência, incluindo seu mini-curriculum, lista de convênios que atende ou não, link para e-mail, sua foto ou do seu consultório/clínica.

O sócio terá direito a um link associado ao seu nome para a sua webpage, na Lista de Associados, onde o visitante poderá fazer uma busca por nome/Cidade/Especialidade, encontrando maiores informações do seu trabalho.

Esse serviço esta disponível com um custo acessível.

Saiba mais acessando o link www.abeso.org.br/webpages.htm ou enviando um e-mail para webmaster@abeso.org.br

Abordagem Farmacológica da Obesidade

Este artigo faz parte da série de textos científicos que vem sendo publicados desde maio deste ano, produzidos pelos coordenadores dos Cursos sobre Obesidade e Ética da Abeso, em 2006. O texto a seguir foi produzido pelos Drs. Amélio Godoy-Matos, Erika P. Guedes, Rodrigo O. Moreira e Lúcia Carraro.

Bases do Tratamento Farmacológico

A gravidade do excesso de peso e a presença de comorbidades é que direcionam o tipo de tratamento a ser empregado. O IMC de 30 kg/m² é o ponto de corte adotado para a indicação de tratamento medicamentoso, podendo ser reduzido na presença de alguma comorbidade (diabetes, dislipidemia ou hipertensão arterial). Para alguns autores, está indicado a terapia farmacológica em pacientes com comorbidades e um IMC maior ou igual a 27 kg/m², enquanto para outros este ponto de corte é o IMC de 25 kg/m² (tabela 1).

Na prática, não existe uma estratégia terapêutica específica no tratamento da obesidade. Alguns aspectos, porém, devem ser tomados em consideração. Diante do paciente obeso, devem ser investigados os hábitos alimentares, o padrão de atividade física, a presença de sintomas depressivos, as comorbidades associadas e os tratamentos previamente utilizados. Alguns pontos devem ser observados quanto aos agentes antiobesidade (tabela 2).

Tabela 2. Características de um agente antiobesidade

1. Eficácia na redução de peso
2. Melhora das comorbidades
3. Segurança em longo prazo
4. Efeitos colaterais toleráveis
5. Mecanismo de ação conhecido
6. Factível para combinações

Os agentes antiobesidade atuais podem ser divididos em dois principais grupos: aqueles que atuam na modulação do apetite (anorexígenos e sacietógenos, respectivamente efeitos noradrenérgicos e serotoninérgicos) e os que promovem redução da absorção de gorduras no intestino. Pesquisas recentes demonstram que o rimonabanto, um antagonista do receptor canabinóide, proporciona perda de peso por atuar tanto no controle do apetite, como por ação direta no tecido adiposo periférico. Outras substâncias, como a bupropiona e o topiramato, também têm sido estudadas no tratamento da obesidade, porém ainda não existe consenso sobre seu uso na prática clínica.

Tabela 1. Classificação da obesidade e orientação terapêutica

Classificação	IMC (Kg/m ²)	Riscos de complicações	Tratamento recomendável
Baixo peso	<18,5	Baixo (mas com risco maior de outros problemas clínicos)	
Faixa normal	18,5 - 24,9	médio	Orientação alimentar + atividade física
Excesso de peso	25,5 - 29,9	Levemente aumentado	Orientação alimentar + atividade física + medicamentos se houver doenças associadas
Obesidade	>30		
Classe 1	30,0 - 34,9	Moderado	Orientação alimentar + atividade física + medicamentos
Classe 2	35,5 - 39,9	Grave	Orientação alimentar + atividade física + medicamentos
Classe 3	>40	Muito grave	Cirurgia se tratamento clínico falhar

Tabela 3. Agentes antiobesidade

Substância	Mecanismo de Ação	Posologia diária (Mín – Máx)
Sibutramina	Inibidor da recaptação de serotonina e noradrenalina	10mg - 20mg
Orlistat	Inibidor da absorção de gorduras	120mg x 3
Dietilpropiona (anfepramona)	Catecolaminérgico (noradrenérgico)	25mg – 75 mg
Femproporex	Catecolaminérgico (noradrenérgico)	20mg – 50mg
Mazindol	Catecolaminérgico (noradrenérgico e dopaminérgico)	1mg – 2mg
Rimonabanto	Antagonista do receptor CB1 (SEC)	20mg

Tabela 4. Sumário dos achados referentes aos medicamentos utilizados no tratamento da obesidade

Substância	Dados	Período de avaliação da perda de peso	Média de perda de peso em pacientes tratados, subtraída do grupo placebo
Sibutramina	Metanálise de 24 estudos	52 semanas	-4,45 kg
Orlistat	Metanálise de 23 estudos	52 semanas	-2,78 kg
Dietilpropiona (anfepramona)	Metanálise de 13 estudos	6 a 52 semanas	-3,0 kg
Rimonabanto	Dados referentes a 3 estudos	52 semanas	-5,0 kg

Na tabela 3 e 4 estão demonstrados os medicamentos atualmente recomendados, com suas respectivas posologias e os efeitos na perda de peso.

Sibutramina

Utilizada desde 1997, a sibutramina é considerada um medicamento antiobesidade do tipo sacietógeno. Esta substância induz à perda de peso através do estímulo da saciedade, ao bloquear a recaptação pré-sináptica de serotonina e noradrenalina. A sensação de saciedade pode ser ativada por neurotransmissão via serotonina na região hipotalâmica estimuladora da saciedade, a região ventro-medial. A sibutramina é considerada, atualmente, medicamento de primeira linha no tratamento da obesidade, principalmente por sua eficácia e segurança. A sua administração é feita em uma dose única diária, podendo variar de 10 a 20 mg ao dia.

Recentemente, uma metanálise revelou que o uso de sibutramina em associação a mudanças de estilo de vida foi mais efetivo que o placebo

combinado a mudanças de hábitos de vida, quando administrada a adultos com sobrepeso ou obesidade. Pacientes que usaram sibutramina tiveram, em média, 4,5kg a mais de perda de peso, e uma probabilidade 20 a 30% maior de alcançar perda de peso de pelo menos 5% do peso corporal, quando comparado ao placebo. A avaliação em longo prazo demonstrou que o tratamento com sibutramina permitiu a manutenção da perda de peso ao longo de 24 meses de avaliação.

O excesso de peso no paciente com diabetes torna mais difícil o controle glicêmico, da pressão arterial e do perfil lipídico, o que se reflete no aumento do risco cardiovascular. A perda de peso é uma etapa terapêutica de extrema importância na abordagem do paciente obeso com diabetes tipo 2. Em adultos com diabetes, hipertensão arterial ou dislipidemia, a sibutramina também exibe eficácia na perda de peso. Vettor e cols. demonstraram que a perda de peso proporcionada pela sibutramina pode melhorar o perfil metabólico (glicemia e perfil lipídico) no diabetes tipo 2, independente do uso de hipoglicemiantes orais ou insulina. A elevação de

triglicérides com baixos níveis de HDL-C compõe o perfil lipídico aterogênico freqüentemente encontrado na síndrome metabólica, sendo um dos fatores responsáveis pelo aumento do risco cardiovascular. A melhora desta dislipidemia está relacionada à diminuição da morbimortalidade por doenças cardiovasculares. Em um estudo duplo-cego, controlado com placebo, a terapia com sibutramina em indivíduos com excesso de peso e dislipidemia promoveu a melhora da dislipidemia aterogênica, com redução de triglicérides e aumento do HDL-C.

A literatura médica é escassa com referência à avaliação do uso de agentes antiobesidade em crianças e adolescentes com excesso de peso. Porém, alguns estudos já foram publicados e sugerem que o tratamento medicamentoso pode ser seguro e eficaz nestes jovens. Com efeito, Godoy-Matos e cols. recentemente publicaram um estudo controlado, duplo-cego, com sibutramina ou placebo, em 60 adolescentes entre 13 e 17 anos de idade. Neste estudo, a sibutramina mostrou-se mais eficaz que o placebo no controle do peso, além de produzir uma melhora significativa em parâmetros laboratoriais relacionados à SM. Num grupo semelhante, Berkowitz e colaboradores observaram que índices de RI estavam elevados no início do tratamento e sofreram significativa redução. Por exemplo, para uma redução média de 10% do peso inicial, os níveis de insulina e do HOMA decresceram 20 e 23%, respectivamente, em 12 meses. Apesar das diretrizes para o tratamento da obesidade na faixa etária pediátrica indicarem como terapia básica a modificação no estilo de vida, novos estudos estão em desenvolvimento e poderão demonstrar a eficácia e segurança da sibutramina nesta população. Enquanto isso, recomenda-se que o uso deste medicamento nesta população apenas seja realizado em ambientes universitários de pesquisa clínica, até que se comprove sua segurança nessa faixa etária.

Diversos estudos têm mostrado a segurança do tratamento com sibutramina. Cefaléia, boca seca, constipação e insônia são os eventos adversos mais relatados. Modestas elevações na pressão arterial sistólica (em 0,3 a 2,7 mmHg), na pressão arterial diastólica (1,6 a 3,4 mmHg) e na freqüência cardíaca (2 a 5 batimentos por minuto) podem ocorrer durante o uso de sibutramina, devido ao seu efeito noradrenérgico. Entretanto, em uma metanálise sobre os efeitos da sibutramina nos níveis pressóricos, conclui-se que tais alterações

não têm relevância na prática clínica, em pacientes normotensos ou com hipertensão arterial controlada. Já em pacientes com pressão arterial limítrofe ou hipertensos, o uso de sibutramina deve ser feito com cautela. Não foram descritas alterações de válvulas cardíacas com o tratamento com sibutramina.

Orlistate

O orlistate é o único agente inibidor de lipases gastrointestinais aprovado para o uso terapêutico. É um derivado semi-sintético da lipstatina (tetrahidrolipstatina), uma substância produzida pelo *Streptomyces toxytricini* e modificada para obter a inibição seletiva da atividade da lipase gastrointestinal, com conseqüente redução da absorção de gordura alimentar, não apresentando ação sistêmica. A inibição ocorre sobretudo na lipase pancreática, responsável pela hidrólise de triglicérides a ácidos graxos no lúmen intestinal. Desta forma, pode haver redução de cerca de 30% na absorção de gorduras na dieta, resultando em perda de peso. A dose recomendada é de 120 mg, nas 3 principais refeições.

Os efeitos do orlistate sobre a perda de peso são mais modestos, mas são bem definidos. Padwal e cols. reviram os achados dos principais estudos com orlistat e que avaliavam perda de peso sustentada por período superior a 1 ano (20). Quando comparado ao placebo, pacientes em uso do orlistat perderam 2.7 kg ou 2.9% a mais de peso. Além disso, o número de pacientes que perdeu pelo menos 10% do peso inicial foi de 12% a mais no grupo que utilizou o orlistat. Com base nos estudos já avaliados, existe um bom nível de evidência científica para sua utilização por um período de tempo superior a 1 ano.

Além do seu efeito na perda de peso, o orlistate contribui para a melhora de outros parâmetros metabólicos, como perfil lipídico e glicemia. Tem sido demonstrada uma diminuição dos níveis séricos do colesterol, independente da perda total de peso. Em pacientes diabéticos, o tratamento com orlistate possibilita diminuição dos níveis glicêmicos e da hemoglobina glicada. Ainda, ao contrário da sibutramina, sua utilização associa-se à redução significativa dos níveis pressóricos. Desta forma, pode ser demonstrada, inclusive, uma melhora no escore de Framingham, sugerindo, portanto, uma possível redução no risco de doença coronariana.

Recentemente, um estudo demonstrou o papel do orlistate na prevenção do DM2 em pacientes obesos com intolerância glicídica. O XENDOS (“Xenical in the Prevention of Diabetes in Obese Subjects”) demonstrou uma redução significativa na incidência do DM2, de 9 para 6%, após 4 anos de tratamento com orlistate, correspondendo à redução relativa de risco de 37% em comparação ao grupo placebo. Embora sejam necessários mais estudos, os resultados do XENDOS confirmam a hipótese de que a redução nos níveis de glicemia (já demonstrada também em pacientes diabéticos) poderia mudar a história natural dos pacientes com intolerância glicídica.

A possibilidade de eventos adversos pode ser um fator limitante na terapia com orlistate. Efeitos colaterais gastrointestinais, incluindo diarreia, incontinência e/ou urgência fecal, descarga gordurosa e flatulência excessiva ocorrem com frequência significativamente maior durante o uso de orlistate, quando comparado ao placebo. A redução da absorção de gorduras, resultante do mecanismo de ação da substância, leva inevitavelmente à eliminação destas nas fezes, o que acarreta a presença de fezes mais amolecidas e gordurosas e de gotículas oleosas nas evacuações, sobretudo quando a dieta é rica em gorduras. Outra conseqüência da diminuição da absorção de gorduras é a interferência na absorção de vitaminas lipossolúveis (D, E, K, A), sendo indicada a suplementação vitamínica aos pacientes que farão uso prolongado da medicação.

Pela experiência clínica com o uso de orlistate, a impressão é de que este medicamento tem sido útil no controle de peso e favorece o controle dos fatores de risco cardiovasculares. Assim como a sibutramina, o orlistate também pode ser indicado como terapia de primeira linha no tratamento da obesidade. Entretanto, a modesta



perda de peso e os efeitos colaterais associados ao orlistate são aspectos que merecem ser avaliados na decisão terapêutica.

Anorexígenos

De forma simplificada, diz-se que a sensação de fome pode ser inibida por neurotransmissão das catecolaminas (particularmente noradrenalina e dopamina) nas regiões hipotalâmicas, notadamente no hipotálamo lateral. Levando-se em conta este mecanismo de ação, as medicações de ação central com propriedades de inibir o apetite, reduzindo a fome, são chamadas de anorexígenas. As drogas catecolaminérgicas também podem apresentar efeito termogênico, aumentando o gasto energético basal e pós-alimentar, possuindo então dois mecanismos de ação: diminuição da ingestão e aumento do gasto calórico, embora o efeito termogênico seja discreto.

A anfetamina foi o protótipo dos catecolaminérgicos e um dos primeiros medicamentos utilizados contra a obesidade, sendo a primeira substância que atuava centralmente fazendo diminuir a fome. Seu mecanismo de ação primordial é a inibição da fome por meio da ação noradrenérgica em hipotálamo lateral. Mas, apesar de eficiente, o seu uso foi associado a efeitos colaterais importantes, principalmente no âmbito do sistema nervoso (agitação, insônia, agressividade, desencadeamento de quadro psicótico e dependência química), que forçaram sua retirada do mercado.

Derivados com menor poder de induzir dependência substituíram a anfetamina. É o caso das substâncias atualmente encontradas no mercado brasileiro, que apresentam no seu núcleo o radical fenetilamina, responsável pelo efeito anorético da anfetamina, mas são bastante diferentes no restante de sua estrutura. Sabe-se que a porção da estrutura da anfetamina responsável pelos seus efeitos indesejáveis não se encontra no radical fenetilamina. Assim sendo, os novos medicamentos não são anfetamínicos, mas substâncias que compartilham com as anfetaminas o seu núcleo anorético e, assim, têm menos efeitos colaterais. Todos os medicamentos anorexiantes de ação central, exceto o mazindol, são derivados da B-feniletilamina.

Existem poucos estudos controlados, de longa duração, para avaliar a eficácia, tolerabilidade e segurança dos agentes catecolaminérgicos. Pelo risco de dependência, não freqüente quando criteriosamente prescritos, os anorexígenos catecolaminérgicos são recomendados apenas para os pacientes que não possam ter acesso aos medicamentos mais seguros, Sibutramina e Orlistat, ou que não tenham obtido bons resultados com seu uso.

Os anorexígenos disponíveis no Brasil estão descritos a seguir:

Dietilpropiona (anfepiramon) - Atua via noradrenalina, estimulando a liberação e bloqueando a recaptação. Parece ser o mais potente dos anoréticos, mas é também o de maior número de efeitos colaterais e maior potencial de abuso. Na prática, porém, este fato é de rara ocorrência. A dose recomendada varia de 25-75 mg/dia, divididas em duas tomadas. Quando apresentada em embalagens de liberação prolongada, deve ser administrada em dose única no meio da manhã. Os principais efeitos colaterais incluem: agitação, insônia, boca seca, cefaléia, palpitações e constipação. Raramente induzem a quadros psiquiátricos mais graves, como depressão ou psicoses. Em uma recente meta-análise sobre a dietilpropiona, os pacientes tratados tiveram uma perda de peso modesta de 3 Kg, em comparação com placebo, com significância estatística limítrofe. Os autores concluíram que, embora esta perda de peso tenha sido modesta, pode ser clinicamente significativa.

Fenproporex - Tem sido um dos mais utilizados anorexígenos em nosso meio, provavelmente porque, na prática, demonstra ser um dos

mais bem tolerados. A literatura médica, todavia, é extremamente escassa de artigos sobre este medicamento. Os efeitos colaterais dessa classe de drogas são muito semelhantes. Seu mecanismo de ação é semelhante ao da dietilpropiona. Atua por inibição do centro da fome, tendo como neurotransmissor a noradrenalina. Associa-se, na prática, a efeitos colaterais bem menos intensos que a dietilpropiona. As doses recomendadas variam de 25-50 mg/dia, divididas em duas tomadas ou em uma tomada única, quando veiculada sob a forma de liberação lenta.

Mazindol - é o único que não apresenta o núcleo feniletilamina, portanto não sendo um derivado anfetamínico, mas seus efeitos colaterais são semelhantes aos dos medicamentos referidos anteriormente. Possui pouco potencial de abuso. Ao contrário da dietilpropiona e do fenproporex, que agem por meio da síntese ou de liberação da noradrenalina, o mazindol atua inibindo a sua recaptação pelas terminações nervosas. Neste sentido, ele teria a vantagem de continuar atuando mesmo após um longo tempo, ao contrário dos dois anteriores, que têm sua ação limitada por exaurir as reservas de noradrenalina. É possível, também, que o local de atuação do mazindol seja o sistema límbico e não o hipotálamo. Finalmente, aventa-se a possibilidade de o mazindol também atuar via dopamina. As doses recomendadas variam de 0,5 a 3 mg/dia.

Conclusão

Diante da atual pandemia de obesidade e da dificuldade de instituição de mudanças de hábitos de vida, torna-se clara a indicação de terapia farmacológica no manejo da obesidade. Deve-se deixar claro, também, que o objetivo primordial do tratamento da obesidade é a redução da morbimortalidade, associada ao excesso de peso e à melhora da qualidade de vida do paciente obeso. A escolha do melhor agente a ser indicado deve partir da criteriosa avaliação de pontos importantes, como: idade do paciente, morbidades associadas, interações medicamentosas, presença de transtorno alimentar ou depressão, aspectos econômicos, efeitos colaterais, risco de dependência, entre outros. É de extrema relevância a conscientização do paciente sobre a necessidade de seguimento prolongado, sobretudo visando a manutenção da perda de peso.

Cirurgia da Obesidade: Brasileiro Lança Livro

Lançado pela editora norte-americana McGraw-Hill, o livro *Obesity Surgery – Principles and Practice*, do cirurgião brasileiro Cid Pitombo, reúne experiências dos mais importantes especialistas do mundo na área de cirurgia metabólica e obesidade.

São 48 capítulos e 600 páginas, com diversas técnicas explicadas pelos seus "inventores". Por exemplo: *Fisiologia da Cirurgia de Scopinaro*, escrito pelo próprio Scopinaro. Um dos destaques do livro é a participação do Dr. Mason, considerado "pai da cirurgia da obesidade".

Temas como *Cirurgia em Adolescentes*, *Novas Tecnologias*, *Balão Intra-gástrico* e *Cirurgia do Diabetes* estão no livro. Segundo o autor, pela primeira vez uma obra reúne capítulos escritos por pesquisadores como: David Cummings, Walter Pories, Francesco Rubino etc. Entre os brasileiros, estão os doutores Marcos Tambascia, Bruno Geloneze (da diretoria da ABESO) e José C. Pareja, co-editor. O livro traz um DVD com as diferentes técnicas de cirurgia.

HC-FMUSP Faz Caminhada para Obesos

Com o objetivo de estimular os pacientes obesos mórbidos a não abandonarem o tratamento, o Hospital das Clínicas de São Paulo instituiu uma caminhada mensal como forma de aumentar a auto-estima e estimular a convivência entre eles.

Em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde, o Hospital adotou a caminhada como parte do tratamento. O Chefe de Estudo da Cirurgia da Obesidade Mórbida do HC, Arthur Garrido, explica que muitos dos pacientes estão aguardando a cirurgia bariátrica e retornam ao hospital próximo à data do procedimento. A caminhada é uma forma de mantê-los em contato.

Escolas Portuguesas Previnem Obesidade

O Ministério da Educação de Portugal e a Faculdade de Motricidade Humana estão desenvolvendo dois programas nas escolas portuguesas: um para avaliação física e outro para prevenção de doenças, como obesidade e anorexia. "Será possível construir bases de dados sobre os escolares com informação útil, tendo em vista a prevenção de do-

enças e uma melhor gestão dos sistemas de esportes", afirmou Luís Capucha, diretor-geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular. O Fitnessgram é um programa desenvolvido por professores de educação física, voltado para crianças e adolescentes, que visa avaliar a aptidão física da população escolar portuguesa. Já o PESSOA (Promoção do Exercício e Saúde no Sedentarismo, Obesidade e Anorexia) busca identificar os alunos com necessidades especiais de aconselhamento, além da detecção de obesidade, subnutrição, magreza e anorexia.

Obesos Mórbidos: Infra-Estrutura É Lei no Rio

Desde o último dia 12 de novembro está em vigor a lei 5038/ 2007, da Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro (Alerj), que obriga os hospitais, unidades médicas de atendimento e laboratórios privados a providenciarem infra-estrutura para o atendimento de obesos mórbidos graves.

Rampa de acesso, avental e balança de tamanho especial, cadeira de roda e macas reforçadas estão entre os equipamentos obrigatórios. Para os laboratórios particulares a obrigatoriedade é a mesma, com exceção da adaptação dos boxes. A lei é de autoria do deputado Pedro Fernandes e pode ser consultada no site da Alerj: www.alerj.rj.gov.br

Ranking de Cirurgia Liderado por Mulheres

Pesquisa do Hospital das Clínicas da USP revela que 78,2% das cirurgias de obesidade realizadas no país, desde 1999, foram realizadas em mulheres. A pesquisa analisou 1029 pacientes e identificou que as mulheres jovens lideram esse ranking: entre 15 a 25 anos (18,9%) e de 26 a 35 anos (28,9%). Constatou-se que os vilões da saúde dos jovens e até de crianças são o estilo de vida e a má alimentação.

Esse levantamento mostra que a obesidade vem se tornando um problema cada vez maior na faixa etária mais baixa. A pesquisa mostra que os homens jovens também procuram cada vez mais cedo a cirurgia de redução do estômago como alternativa. No total do universo de pesquisados, 49,3% têm entre 15 e 35 anos.

Ficha de inscrição

Nome: _____

Data de nascimento ___ / ___ / ___ Naturalidade: _____

Faculdade em que se formou: _____

Data de formatura: ___ / ___ / ___ Especialidade: _____

Endereço profissional : _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

CRM, CRP, CRN, CRF: _____

Tel: (___) _____ Fax: (___) _____

E-mail: _____

Qual o endereço de correspondência?

Residencial () Profissional ()

Como conheceu a ABESO?

É membro de outra associação? () Não () Sim

Qual? _____

Indicação:

Para filiação na ABESO, anexar cópia autenticada do certificado de registro profissional e anuência ao Congresso Latino-Americano de Obesidade. O médico que assina este termo compromete-se a não prescrever, recomendar ou vender (!) terapêuticas que não possuam segurança e eficácia validadas cientificamente. Mais especificamente, refiro-me a coquetéis manipulados com associação de anorexígenos, laxantes e diuréticos, fitoterápicos e mesoterapia

Data: ___ / ___ / 200___ Assinatura: _____

Prezado (a) Sr. (a)

Favor preencher a ficha de inscrição que se localiza no site: www.abeso.org.br ou nas REVISTAS e depois enviar à ABESO a documentação (cópias) abaixo exigida para filiar-se:

- CURRÍCULO SUCINTO
- RG
- CPF
- CARTEIRA DO CONSELHO CORRESPONDENTE (cópia autenticada)
- DIPLOMA (cópia autenticada)

A análise das fichas de inscrição enviadas pela internet só será aceita após o recebimento dos documentos exigidos.

Coloco-me à disposição para esclarecer eventuais dúvidas.

Telefone: 55 11 3079-2298



**Associação Brasileira para
o Estudo da Obesidade e da
Síndrome Metabólica**

Rua Tabapuã, 888 - Cj. 81 e 83 - Itaim Bibi
São Paulo - SP - Cep: 04533-003
Tel.: (11) 3079-2298/ Fax: (11) 3079-1732
E-mail: elide.ferraz@abeso.org.br
(Secretária Executiva)

Presidente: **Dr. Henrique Suplicy**
henrique.suplicy@abeso.org.br

Vice-Presidente: **Dra. Rosana Radominski**
rosana.radominski@abeso.org.br

1º Secretário-Geral: **Dr. Bruno Geloneze**
bruno.geloneze@abeso.org.br

2º Secretária Geral: **Dra. Lucia Carraro**
lucia.carraro@abeso.org.br

Tesoureira: **Dra. Claudia Cozer**
claudia.cozer@abeso.org.br

DEPARTAMENTOS

Depto. de Psiquiatria - **Dr. Adriano Segal**

Depto. de Atividade Física - **Dr. Carlos Alberto Werutski**

Depto. de Nutrição - **Mariana Del Bosco/
Daniela Casagrande/ Mônica Beyruti**

Depto. de Cirurgia Bariátrica - **Dr. Carlos Corá Mottim**

Depto. de Epidemiologia - **Dra. Rosely Sichier/ Dra. Vânia Marins/ Dra. Rosângela A. Pereira**

Depto. de Medicamentos - **Dra. Rosana Radominski/ Dra. Cláudia Cozer**

Depto. de Síndrome Metabólica - **Dr. Amélio Matos/ Dra. Lúcia Maria Carraro**

Depto. de Obesidade Infantil - **Dra. Lílian Zaboto/ Dra. Zuleika Halpern/ Dra. Fernanda Pisciolaro**

REDAÇÃO DA REVISTA DA ABESO

Informed - Rua do Catete, 311, sala 614, Cep 22220-901, Rio de Janeiro, RJ. Tel. (21) 2265-9967; Tel/fax: (21) 2205-0707; e-mail: informed@informedjornalismo.com.br

Editoras/Jornalistas Responsáveis:
Elizabeth P. dos Santos (MTPS 12714 – RJ) e
Cristina Dissat (MTPS 17518 - RJ).
Reportagem: **Aristeu Araújo, Bárbara Bezerra, Elis Galvão, Flávia Garcia e Paula Camila**

PRODUÇÃO

Editora
TECArt

(11) 5542-6897

Diagramação/capa:
Marcos Izonei Batista
Gabriela Amaral Lopes
Mario Francisco Alves

Tiragem: 3.000 exemplares

Distribuição dirigida à classe médica