

Abeso



Artigo

Obesidade na Infância e
na Adolescência

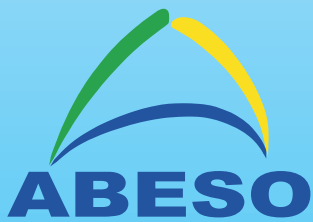
Dormir Pouco Engorda?

Dr. Marcio Mancini
Responde

TEMAS LIVRES:

- Prazo de envio: **13 de maio de 2009**
- Prêmio para o melhor trabalho de **Ciência Básica**
- Prêmio para o melhor trabalho **Clínico**
- Os resumos dos trabalhos deverão ser enviados através do site **www.interlinkeventos.com.br**

PROMOÇÃO / REALIZAÇÃO:



CONSULTORIA COMERCIAL:



ORGANIZAÇÃO:



CONSULTORIA & EVENTOS LTD.

Rua Teixeira Leal, 107-A
Graça - CEP 40.150-050
Salvador - Bahia
Telefax: (71) 3011-9797
www.interlinkeventos.com.br

AGÊNCIA OFICIAL:



Telefax: (71) 3011-9797
interlink@interlinkturismo.com.br

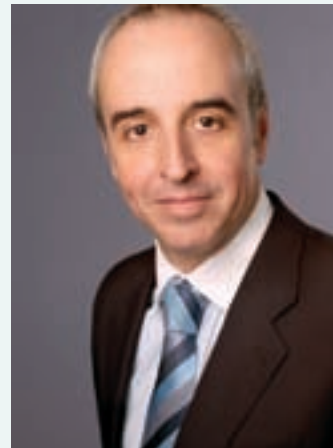
obesidade2009@interlinkeventos.com.br



XIII CONGRESSO BRASILEIRO DE
OBESIDADE
E SÍNDROME METABÓLICA

13 a 15 de agosto de 2009
Centro de Convenções da Bahia





Obesidade Aumenta e Doenças Associadas a Ela, Também

Elas não aumentam somente o número de casos, mas também a quantidade de doenças. Tenho uma tela de PowerPoint que costumo usar quando falo do assunto, que um dia copiei de um artigo de Theodore VanItallie,¹ publicado há trinta anos. Quando usei essa tela pela primeira vez, já ficava impressionado com o número de doenças e problemas de saúde relacionados à obesidade. Acontece que, a cada ano, acrescento uma ou outra doença a essa lista e confesso que já precisei reduzir uma vez o tamanho da letra usada, porque já não cabia mais na tela tanta doença!

Só para citar as que acrescentei mais recentemente: fibrilação atrial, asma, cirrose, insuficiência cardíaca congestiva, insuficiência renal. Um médico não especialista (e muitos colegas especialistas) não reconheceria estas doenças como associadas à obesidade, mas são!

Aí ao lado está a tela para vocês conferirem.

Marcio C. Mancini
Presidente da ABESO
Gestão 2008/2009

Comorbidades da obesidade

- **Coração**
 - Doença arterial coronariana
 - Hipertrofia ventricular E
 - Angina pectoris
 - Fibrilação atrial
 - Arritmia ventricular
 - Insuficiência cardíaca congestiva
- **Sistema vascular**
 - Hipertensão arterial sistêmica
 - Acidente vascular cerebral
 - Edema de membros inferiores
 - Veias varicosas
 - Doença hemorroidária
 - Doença tromboembólica
- **Sistema respiratório**
 - Apnéia obstrutiva do sono
 - Asma
 - Hipoventilação alveolar
 - Policitemia secundária
 - Hipertrofia ventricular D
- **Sistema digestório**
 - Refluxo gastroesofágico
 - Esofagite de refluxo
 - Colelitíase
 - Esteatose hepática
 - Fibrose hepática
 - Cirrose hepática
- **Doenças metabólicas/hormonais**
 - Diabetes mellitus tipo 2
 - Gota (hiperuricemia)
 - Hiperlipidemias
- **Rins**
 - Proteínúria
 - Trombose de veia renal
 - Insuficiência renal crônica
- **Pele**
 - Estrias
 - Acanthose nigricans
 - Hirsutismo
 - Intertrigo
 - Calo plantar
 - Papilomas múltiplos
- **Doenças osteomusculares**
 - Osteoartrite de joelhos
 - Osteoartrite de coluna
 - Esporão de calcâneo
 - Agravamento de defeitos posturais
- **Neoplasia**
 - endométrio
 - vesícula
 - mama
 - próstata
 - cólon
 - diagnóstico de nódulos
- **Função sexual e reprodutora**
 - ↓ performance obstétrica
 - Risco de toxemia
 - Risco de hipertensão
 - Risco, diabetes mellitus
 - Parto prolongado
 - Cesárea mais frequente
 - Irregularidade menstrual
 - Ciclos anovulatórios
 - Fertilidade diminuída
- **Função psico-social**
 - ↓ auto-imagem
 - Sentimento inferioridade
 - Isolamento social
 - Suscetibilidade a neuroses
 - Perda de mobilidade
 - Mais faltas ao emprego
 - Aposentadoria precoce
 - Mais licenças médicas
- **Outras comorbidades**
 - Aumento do risco
 - cirúrgico
 - anestésico
 - hérnias
 - Propensão a acidentes
 - ↓ outros diagnósticos

VanItallie TB. *Am J Clin Nutr* 32:2723, 1979

Lembro, mais uma vez, que a inscrição dos temas livres do XIII Congresso Brasileiro de Obesidade e Síndrome Metabólica (XIII CBOSM) será até o dia 13 de maio e poderá ser realizada pelo site www.interlinkeventos.com.br/obesidade2009. Lembro ainda que os melhores trabalhos serão inseridos no programa do XIII CBOSM e uma seleta comissão escolherá os vencedores do Prêmio “Melhor Trabalho de Ciência Básica” e o Prêmio “Melhor Trabalho Clínico”. Ambos serão no valor de R\$ 2.000,00 (dois mil reais), ao principal autor.

¹ TB Van Itallie: Obesity: adverse effects on health and longevity. *Am J Clin Nutr* 1979 32: 2723-2733.

Não É Gordo Quem Quer, mas sim Quem (Metabolicamente) Pode



A obesidade tem se tornado uma epidemia no mundo inteiro, sendo muito difícil controlar tal evolução, principalmente pelas dificuldades em mudar maus hábitos (sedentarismo, alimentação errada etc). Cada vez mais se entende que não é verdade que “só é gordo quem quer”, como se afirmava na década de 80.

Temos visto muitos artigos publicados recentemente na área da genética da obesidade e, apesar de ser uma doença poligênica (daí mais uma dificuldade no seu estudo), alguns genes têm ganhado mais atenção dos pesquisadores. O gene FTO, especificamente, parece ter importância na predisposição ao ganho ponderal, havendo um acréscimo de pelo menos 3 kg naqueles homozigóticos para o alelo de risco. Entretanto, o papel funcional exato de tal gene no metabolismo ainda permanece desconhecido. Vários estudos mostram relação do FTO com o apetite e a ingestão calórica, porém uma publicação recente na *Nature* mostrou que o FTO pode estar implicado em outro mecanismo: a sua inativação em ratos levou a um menor ganho de peso, principalmente em decorrência de um aumento no gasto energético e ativação no sistema simpático.

Tudo isso nos faz pensar que é gordo quem metabolicamente pode e facilita com um estilo de vida predisponente a ganhar peso. Uma vez que não podemos ainda ter uma terapia genética (seja por não termos tecnologia desenvolvida para tal objetivo, seja pelos potenciais efeitos colaterais deletérios), devemos continuar tentando mudar

os fatores ambientais que influenciam e culminam com o ganho de peso e suas complicações. Estimular nossos pacientes a terem hábitos melhores faz parte do tratamento da obesidade e agir diretamente na infância parece ser fundamental. Um dos grandes problemas é o fato de a obesidade muitas vezes não ser considerada como doença. Vejamos: hoje não temos nenhuma dúvida de que o hábito do tabagismo é deletério, certo? Um trabalho recente, publicado no *British Medical Journal*, avaliando os hábitos e o peso de 45 mil jovens e acompanhando-os durante 38 anos, concluiu que ser obeso na adolescência aumenta o risco de morte prematura, tanto quanto fumar. Ou seja, fumar 10 ou mais cigarros/dia na adolescência é tão prejudicial quanto não fumar, mas ser obeso.

Nessa edição da Revista da ABESO demos especial atenção ao tema da obesidade na infância. Temos um excelente artigo de revisão e, voltando para a parte prática, a discussão de um caso clínico sob o mesmo tema. Além disso, iniciamos uma nova sessão na revista: “Não Custa Nada Perguntar”. Nela, um especialista no assunto vai responder, baseando-se em evidências científicas, a perguntas frequentes do nosso dia-a-dia.

Boa leitura!

Josivan Lima

Editor-Chefe

josivanlima@gmail.com

Errata – Na edição passada, no artigo de opinião do professor Alfredo Halpern (“O Dilema com os medicamentos contra a obesidade”, página 14) o especialista afirmava que havia estudos clínicos em andamento com o Acompla. Segundo ele explica, “na época em que enviei o texto realmente havia estes estudos, mas quando da publicação da revista todos eles foram suspensos. Acho importante esta retificação porque isto significa que, até provas muito fortes em contrário, o Acompla desapareceu definitivamente do mercado”.

Dormir Pouco Engorda



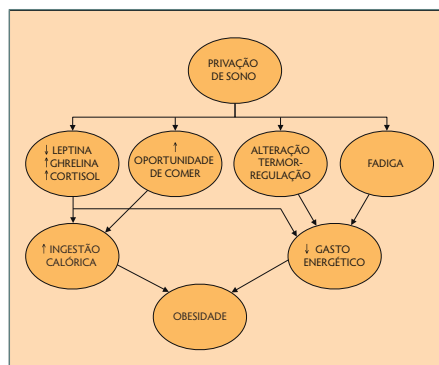
Marcio Mancini

Médico Assistente; Doutor do Grupo de Obesidade e Síndrome Metabólica da Disciplina de Endocrinologia e Metabologia do HC-FMUSP;
Supervisor responsável pelo Ambulatório de Obesidade Mórbita e
Chefe da Liga de Obesidade Infantil do HC-FMUSP;
Presidente da Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO);
Diretor do Departamento de Obesidade da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM);
Coordenador da área Clínica da Comissão de Especialidades Associadas da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (COESAS-SBCBM).

Sabemos que o sono é um modulador importante de várias funções neuroendócrinas. Nos últimos anos, uma redução do número de horas de sono em crianças e adultos, particularmente em sociedades modernas, tem sido notada. Essa tendência ocorre no mesmo período no qual se observa um aumento marcante na prevalência de obesidade.

Recentemente, evidências de estudos clínicos acumulam-se rapidamente indicando que perda crônica de horas de sono pode aumentar o risco de ganho de peso e obesidade.

Um estudo que envolveu quase 2.500 crianças australianas nascidas entre 1981 e 1983 examinou a associação prospectiva entre problemas relacionados ao sono nos primeiros anos de vida relatados pela mãe – de seis meses a quatro anos – e grau de adiposidade pela classificação do índice de massa corporal (IMC, kg/m²) na idade de 21 anos. O resultado encontrado foi que as crianças com problemas relacionados ao sono na faixa etária dos dois aos quatro anos apresentavam uma



prevalência bem maior de obesidade na idade adulta do que aquelas que não tiveram problemas relacionados ao sono, mesmo após ajustes para possíveis potenciais como saúde mental materna, padrões dietéticos e horas de televisão.¹

Também em mulheres idosas acima de 60 anos, alterações do sono tiveram associação com variação de peso corporal. Um estudo prospectivo espanhol, conduzido entre 2001 e 2003 em cerca de 3.500 indivíduos demonstrou que dormir cinco horas ou menos, bem como dormir oito horas ou mais teve associação com obesidade.²

Vários fatores podem estar envolvidos na ligação entre alterações

de sono e consequências metabólicas e endócrinas, incluindo diminuição da tolerância à glicose e da sensibilidade à insulina, aumento do balanço simpatovagal, aumento do nível de cortisol e de grelina e redução da leptinemia, com consequente aumento do apetite. Alguns autores demonstraram alterações da termorregulação e aumento do balanço simpatovagal, que podem estar envolvidos em redução do gasto energético (Figura 1).

Todos esses fatores apontam para um possível papel da redução da duração do sono no atual aumento da prevalência da obesidade.³ ○

Referências

1. Mamun AA, et al. Do Childhood Sleeping Problems Predict Obesity in Young Adulthood? Evidence from a Prospective Birth Cohort Study. *American Journal of Epidemiology* 2007 166(12):1368-1373.
2. López-García E, et al. Sleep duration, general and abdominal obesity, and weight change among the older adult population of Spain. *European Journal of Endocrinology* 2008, 159 (suppl 1):S59-S66.
3. Eve Van Cauter EV & Knutson KL. Sleep and the epidemic of obesity in children and adults. *European Journal of Endocrinology* 159 (suppl 1):S59-S66.

Obesidade na Infância e na Adolescência

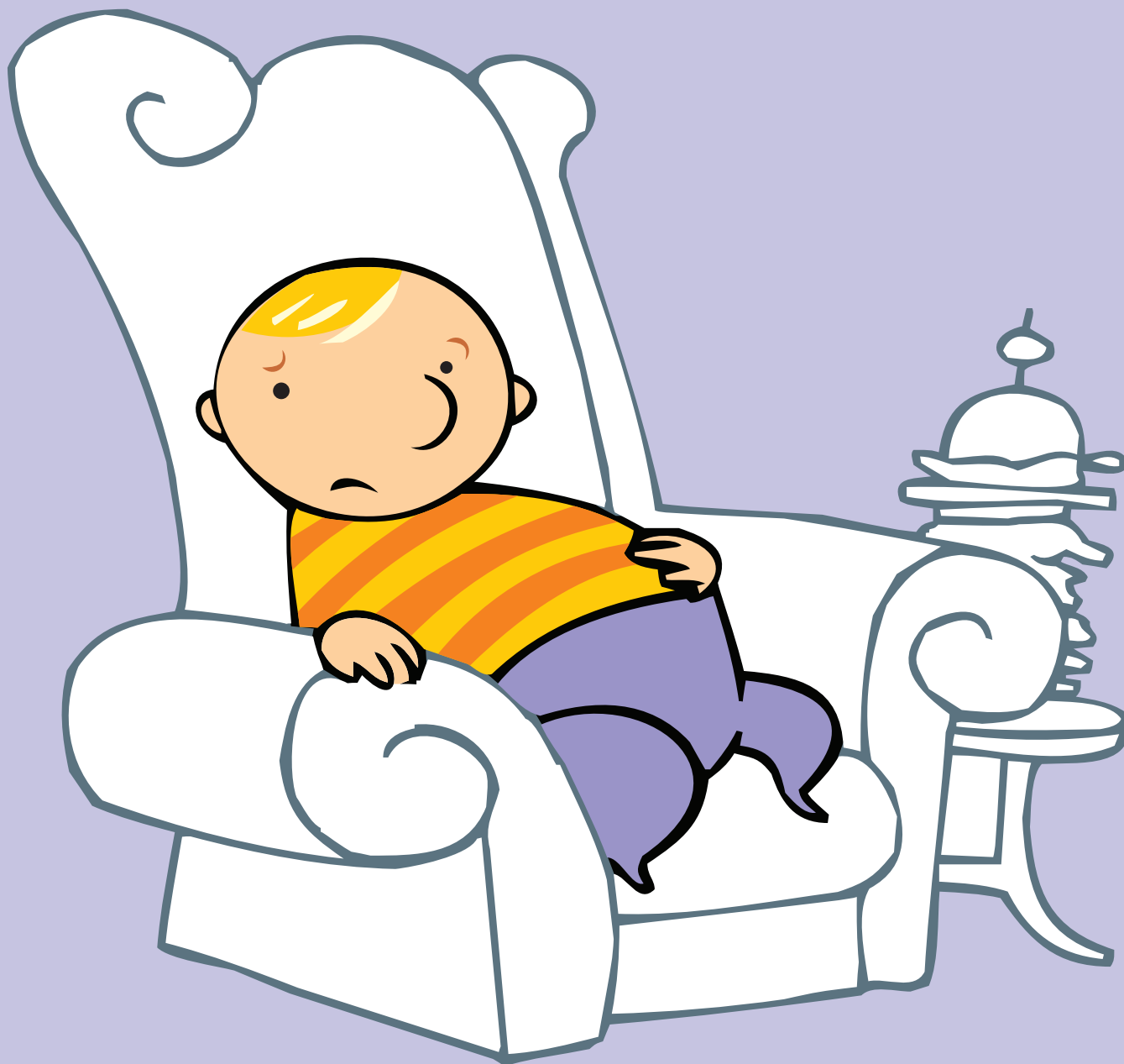


Ilustração: Oscar Scotelaro



*Dr. Renan Magalhães Montenegro Junior
Endocrinologista, Professor Adjunto da Faculdade de Medicina da
Universidade Federal do Ceará. Doutor em Ciências Médicas pela USP-
Ribeirão Preto. Presidente da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e
Metabologia-Regional do Ceará*

*Dra. Ana Paula Dias Rangel Montenegro
Endócrino-Pediatra, Médica Assistente
Coordenadora do Serviço de Endocrinologia
Pediátrica do Hospital Universitário Walter
Cantídio, da Faculdade de Medicina da
Universidade Federal do Ceará. Mestre em
Ciências Médicas pela USP-Ribeirão Preto.
Coordenadora do Departamento de Endocrinologia
da Sociedade Cearense de Pediatria.*



Introdução

O excesso de gordura corporal, configurando sobrepeso e obesidade, vem sendo observado em vários estudos realizados em países desenvolvidos e em desenvolvimento, notando-se prevalências elevadas e conferindo a esse problema de saúde pública proporções epidêmicas.

O Brasil, assim como outros países em desenvolvimento, passa por um período de transição epidemiológica que se caracteriza por uma mudança no perfil dos problemas relacionados à saúde pública, com predomínio das doenças crônicas. Essa transição vem acompanhada de modificações demográficas e nutricionais, com os índices de desnutrição sofrendo reduções cada vez menores e a obesidade atingindo níveis alarmantes.

A transição nutricional por que passa o Brasil é constatada pelo aumento progressivo da obesidade em substituição à desnutrição, acontecendo mais rapidamente na faixa etária adulta do que na pediátrica, como revela a segunda etapa da Pesquisa de Orçamentos Familiares, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), na qual se constatou excesso de peso em 40,6% da população adulta brasileira. Na faixa etária pediátrica estudos nacionais demonstram prevalências de excesso de peso que variam entre 10,8% e 33,8%, em diferentes regiões.

Estatísticas

Comparando-se os dados do Estudo Nacional da Despesa Familiar (ENDEF), realizado em 1974 e 1975, com os dados da pesquisa sobre padrões de vida (PPV), realizada em 1996 e 1997, nas regiões Sudeste e Nordeste, verificou-se um aumento na prevalência de sobrepeso e obesidade de 4,1% para 13,9% em crianças e adolescentes de 9 a 18 anos.

O relatório de 2003 da *International Obesity Task Force* (IOTF) para a Organização Mundial de Saúde estima que aproximadamente 10% dos indivíduos entre 5 e 17 anos apresentam excesso de gordura corporal, sendo que de 2% a 3% são obesos. Isso corresponderia, no ano 2000, a 155 milhões de crianças com excesso de peso e de 30 a 45 milhões de crianças obesas em todo o mundo.

Nos Estados Unidos, dados recentes sobre a prevalência da obesidade em crianças e adolescentes, em nível nacional (NHANES), revelam que 15,8% das crianças entre 6 e 11 anos e 16,1% dos adolescentes entre 12 e 19 anos apresentam índice de massa corporal maior ou igual ao percentil 95, para idade e sexo. Além disso, indicam que, em duas décadas, a prevalência da obesidade

dobrou entre as crianças e triplicou entre os adolescentes daquele país. Tais dados revelaram a ocorrência de 47% de excesso de peso na faixa etária de 6 a 19 anos.

Um ponto relevante sobre a prevalência da gordura corporal excessiva na infância refere-se à precocidade com que podem surgir efeitos danosos à saúde. Além das relações existentes entre obesidade infantil e sua persistência até a vida adulta (o risco de desenvolvimento de obesidade aos 35 anos de idade é superior a 80% em indivíduos que foram obesos quando crianças), este é um fator de risco importante para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares futuras. A obesidade na criança é um fator independente para o desenvolvimento de obesidade na vida adulta.

Etiologia

A obesidade é uma síndrome multifatorial, resultante de um desequilíbrio no balanço energético, com a participação de fatores genéticos, ambientais, comportamentais, sócio-culturais e emocionais.

Estima-se que os fatores genéticos possam responder por 24% a 40% dos casos de obesidade, por determinarem diferenças em fatores como taxa de metabolismo basal, resposta à superalimentação e outros.

Estudos mostram que a criança que tem ambos os pais obesos apresenta 80% de chance de ser obesa, 50% quando um dos pais é obeso e 9% quando os pais não são obesos. Pesquisas realizadas com indivíduos adotados e gêmeos sugerem relação direta do estado nutricional destes com seus pais biológicos, reforçando a influência genética. Os fatores genéticos parecem ter um papel fundamental na determinação da susceptibilidade individual para a obesidade, mas não explicam, por si só, o aumento da prevalência de obesidade.

Vários estudos sugerem que o aumento da prevalência de obesidade se deve a fatores sociais e ambientais, uma vez que as alterações genéticas possíveis de explicar tais variações ocorrem muito lentamente. A criança não herda apenas a propensão genética, como também os hábitos e os comportamentos que influenciam a expressão dessa tendência, formando uma complexa associação de fatores ambientais e genéticos que influenciam o peso do indivíduo.

Outros fatores têm sido associados ao desenvolvimento da obesidade: etnia, diabetes gestacional, gestante fumante, baixo peso ao nascer, programas de suplementação alimentar, rápido ganho de peso nos primeiros anos de vida e, principalmente, mudança no estilo de vida e

O tratamento da obesidade na criança e no adolescente inclui abordagem dietética, modificação do estilo de vida, ajustes na dinâmica familiar, incentivo à prática de atividade física, apoio psicossocial e, em situações específicas, farmacoterapia

hábitos alimentares. Aumento no consumo de alimentos ricos em açúcares simples e gordura, ingestão de porções cada vez maiores associadas à redução de gasto energético e diminuição da prática de atividades e exercícios físicos são os principais fatores que aceleram o ganho de peso.

Diagnóstico

O diagnóstico de obesidade é clínico, baseado na história, no exame físico geral e em dados antropométricos. Os exames subsidiários podem ser utilizados para obtenção de dados mais precisos sobre a composição corporal, para investigação de possíveis causas secundárias e para diagnóstico das repercussões metabólicas mais comuns da obesidade, entre as quais estão: dislipidemia, alterações do metabolismo glicídico, hipertensão arterial, doença hepática gordurosa não-alcoólica, síndrome da apnéia obstrutiva do sono e síndrome dos ovários policísticos.

A definição de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes ainda não apresenta consenso na literatura, e a variabilidade de métodos aplicados e os diferentes pontos de corte empregados dificultam a comparação dos resultados obtidos por diferentes estudos. O índice de massa corpórea (IMC), representado pelo peso (em kg) dividido pela altura ao quadrado (em metros), tem sido um método frequentemente utilizado, principalmente pelo baixo custo, relativa simplicidade e sua alta reprodutibilidade, bem como sua boa correlação com a gordura corporal. Alguns autores, analisando a associação entre IMC e altura na infância e a obesidade do adulto, sugerem que esse seria o melhor índice em crianças porque reflete uma associação positiva entre altura e adiposidade.

Nas crianças e adolescentes, obesidade e sobrepeso são definidos com base em percentis do IMC (OMS, 2004). Existem diferentes valores de IMC e percentis para definir o excesso de peso e a obesidade, sendo frequentemente utilizados os valores propostos pelo *Centers for Disease*

Control (CDC) and Prevention-CDC-US growth chart; bem como os valores propostos por Cole e colaboradores (2000) e os propostos por Must e colaboradores (1991). Um estudo americano nesta década, comparando a prevalência de excesso de peso e obesidade calculada a partir desses métodos, mostrou que existem diferenças entre os valores obtidos e nenhum se mostrou mais adequado, tendo cada um deles vantagens e desvantagens, devendo, por isso, ser utilizados cautelosamente.

Desde 1977 tem sido recomendados e utilizados os padrões do Centro Nacional de Estatística em Saúde (NCHS) como referência internacional para avaliação do crescimento e estado nutricional de crianças e adolescentes até 18 anos de idade. A partir dos dados do NCHS, Must e colaboradores (1991) propuseram a distribuição do IMC em percentis, para crianças a partir de 6 anos de idade e adultos, segundo gênero, idade e etnia, definindo com sobrepeso IMC entre os percentis 85 e 95, e obesidade o IMC superior ao percentil 95. Em 2000, Cole e colaboradores estabeleceram curvas para IMC com distribuição por percentis por faixa etária, dentro de cada gênero, para uso internacional, baseando-se em estudo transversais representativos de seis países, inclusive o Brasil. As curvas de Cole e colaboradores foram estimadas de modo que os pontos das curvas ajustadas dos percentis 85 e 95 do IMC aos 18 anos fossem, obrigatoriamente, os pontos de corte para sobrepeso e obesidade utilizados para adultos (25 e 30 kg/m², respectivamente) considerados bons marcadores de risco de morbimortalidade para as doenças crônicas não transmissíveis.

Utilizando-se como referenciais os instrumentos propostos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2006 e 2007, são considerados como peso excessivo os valores acima do percentil 85 e como obesidade grave os valores acima do percentil 97. Outra forma de expressar o IMC, além dos percentis, é por meio dos escores z (desvios-padrão). Nesta situação, considera-se como obe-



tidade os valores situados acima do +2 escores z e como obesidade grave valores acima do +3 escores z do IMC. É necessário plotar em gráficos os valores encontrados, com distribuição em percentis ou escores z segundo sexo e idade (0 a 19 anos). Para os cálculos é possível também utilizar o *software* disponibilizado gratuitamente no *website* da Organização Mundial da Saúde (<http://www.who.int/childgrowth/en>).

A *American Academy of Pediatrics* recomenda a utilização do IMC para acompanhar o peso de crianças e adolescentes, além da identificação de fatores de risco familiares e possíveis complicações de saúde associadas ao sobrepeso na infância, como, por exemplo, a hipertensão arterial, dislipidemias e resistência à insulina.

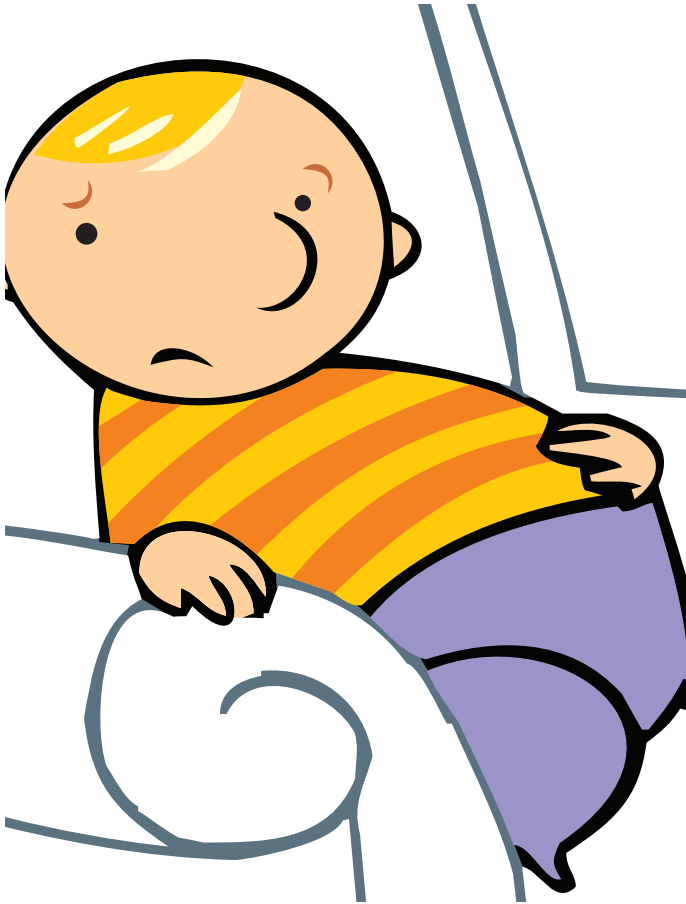
Outra medida para avaliar a obesidade é a da circunferência abdominal, medida no ponto médio entre o último arco costal e a crista ilíaca, que se correlaciona com a quantidade de gordura intra-abdominal. Esta medida serve para avaliação indireta da gordura visceral e outras alterações metabólicas. A medida da circunferência abdominal em adultos é aceita como ferramenta importante para avaliação de risco de doenças, especialmente da aterosclerose. Na infância e adolescência, entretanto, a escassez de estudos prospectivos de longo prazo não permite a simples extrapolação desse conhecimento. Além disso, o fato de essa medida apresentar variação, em razão do crescimento físico, faz com que os pontos de corte, quando existentes, tenham que ser diferentes para cada faixa etária. Em 1999, com dados provenientes do *Bogalusa Heart Study*, Freedman e colaboradores avaliaram a relação entre a medida da circunferência abdominal e valores sanguíneos de lipídeos e insulina em 2.996 crianças e adolescentes com idades entre 5 e 17 anos. Ao final, levando-se em conta o risco de alterações nas avaliações laboratoriais estudadas, produziram tabela com pontos de corte baseados no percentil 90 da distribuição encontrada. Em 2000, Taylor e colaboradores publicaram es-

tudo que procurou validar a medida da circunferência abdominal de 580 crianças e adolescentes entre 3 e 19 anos como indicadora de adiposidade central, utilizando como padrão-ouro para avaliação da adiposidade o *dual energy X ray absorptiometry* (DEXA) e produzindo uma tabela com pontos de corte para a medida da circunferência abdominal, que ficaram definidos como o percentil 80 da distribuição estudada pelos autores. Estudo comparando os dois métodos, de uma forma geral aponta para que se considere a referência de Taylor e colaboradores melhor do ponto de vista da triagem, selecionando-se indivíduos com maior probabilidade de apresentarem as alterações estudadas. Pode-se propor que essa triagem, pela magnitude do problema da obesidade, seja sempre realizada reforçando-se a importância da medida da circunferência abdominal como parte obrigatória do exame semiológico pediátrico.

Prevenção e Tratamento

Prevenir a obesidade precocemente é a maneira mais segura de controlar essa doença crônica grave, e esta prevenção pode se iniciar já na vida intra-uterina. A fase intra-uterina é um período crítico para o desenvolvimento da criança e alterações do desenvolvimento nesta fase (como o retardo do desenvolvimento intra-uterino, a macrossomia), tem sido claramente relacionadas à ocorrência de obesidade e distúrbios metabólicos na vida adulta.

O estímulo ao aleitamento materno é também uma importante medida de prevenção da obesidade, que se inicia bem precoce. Representando mais uma das inúmeras vantagens do aleitamento materno. Em uma meta-análise recente, concluiu-se que o aleitamento materno tem um pequeno, mas consistente, efeito protetor contra a obesidade na infância. O aleitamento materno envolve diversos aspectos, entre os quais a quantidade de alimento ingerido, a composição desse alimento (tanto do pon-



to de vista de nutrientes, quanto de fatores bioativos), a época de introdução de alimentos sólidos, o desenvolvimento dos mecanismos regulatórios da ingestão alimentar, assim como aspectos comportamentais associados à relação mãe filho e à formação do hábito alimentar da criança. Este representa uma das experiências nutricionais mais precoces do recém-nascido, dando continuidade à nutrição iniciada na vida intra-uterina, não envolvendo apenas aspectos estritamente biológicos, como a composição do leite materno, mas também aspectos psicológicos e comportamentais, que permeiam a relação mãe-filho. O mesmo se pode dizer da formação do hábito alimentar da criança.

O tratamento da obesidade na criança e no adolescente inclui abordagem dietética, modificação do estilo de vida, ajustes na dinâmica familiar, incentivo à prática de atividade física, apoio psicossocial e, em situações específicas, farmacoterapia. Nessa faixa etária, o envolvimento de toda a família é fundamental para garantir o sucesso do tratamento.

Considerando a crescente prevalência da obesidade, as dificuldades inerentes ao seu tratamento e suas graves complicações, torna-se necessária a implementação de medidas cada vez mais abrangentes. Dentre elas, vale

ressaltar a ampliação de políticas de saúde que incluam a educação nutricional, o desenvolvimento de infra-estrutura apropriada para práticas recreativas e de atividade física, o desenvolvimento de legislação apropriada para rotulagem e mídia e, por fim, a participação compartilhada do setor de saúde com os setores de educação, social e de esportes.

Várias ações buscam o controle e a prevenção da obesidade infantil. A 57^a Assembléia Mundial de Saúde aprovou estratégia global para melhoria de hábitos alimentares e promoção de atividade física. Na cidade do Rio de Janeiro, decreto de abril de 2002 proíbe a venda de guloseimas na rede municipal de ensino. Em Santa Catarina, uma lei de dezembro de 2001 proíbe as cantinas de escolas públicas e particulares do ciclo básico de vender guloseimas e refrigerantes e obriga a oferecer pelo menos dois tipos de frutas da estação. Nos EUA, pelo menos 19 estados já proibiram a venda de guloseimas e o uso de máquinas de refrigerantes nas escolas. Apesar de todas estas ações e o reconhecimento do importante papel das escolas na prevenção da obesidade infantil, os números continuam aumentando e preocupando, o que representa um verdadeiro desafio para autoridades e profissionais de saúde.

O Departamento Científico de Nutrologia da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) produziu dois guias de conduta, de grande importância na prevenção de distúrbios nutricionais como a obesidade, visando à atualização dos profissionais de saúde no que se refere a hábitos alimentares e estilo de vida saudáveis. O “*Manual de Orientação, para alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente na escola*”, e o documento científico “*Atividade Física na Infância e na Adolescência: guia prático para o pediatra*” encontram-se disponíveis no site da SBP (www.sbp.com.br) que podem ser consultados como leitura complementar. ○



Leve e de
bem com
a vida.

BioMag
cloridrato de sibutramina monoidratado

- 91% dos pacientes com redução > 5% do peso inicial¹⁻³
- Resultados efetivos com excelente tolerabilidade¹⁻⁶
- Preço acessível para o seu paciente⁷



Referências Bibliográficas: 1) Arteburn, DE et al: The efficacy and safety of sibutramine for weight loss. Arch Intern Med 164: 994-1003, 2004. 2) Gaciong Z; Placha G: Efficacy and safety of sibutramine in 2225 subjects with cardiovascular risk factors: short-term, open-label, observational study. J um Hipertens 19(9):737-43, 2005. 3) James WP; Astrup A; Finer N; Hilsted J; Kopelman P; Rössner S; Saris WH; Van Gaal LFE: Effect of sibutramine on weight maintenance after weight loss: a randomised trial. STORM Study Group. Sibutramine Trial of Obesity Reduction and Maintenance. Lancet 356(9248):2119-25, 2000. 4) Tøp-Pedersen C: Cardiovascular responses to weight management and sibutramine in high-risk subjects: an analysis from the SCOUT trial. Eur Heart J; 28(23):2915-23, 2007. 5) Coutinho WF: The obese older female patient: CV risk and the SCOUT study. Int J Obes (Lond); 31 Suppl 2:S26-30; discussion S31-2, 2007. 6) pagotto, U et al: Pharmacological therapy of obesity. G Ital cardiol 9(suppl 1):83S-93S, 2008. 7) Revista ABC Farma.

BIOMAG. cloridrato de sibutramina monoidratado. Uso oral, cápsulas 10mg e 15mg. Uso adulto. Indicações: tratamento da obesidade, ou quando a perda de peso está clinicamente indicada; deve ser usado em conjunto com dieta hipocalórica e exercícios, como parte de um programa de gerenciamento de peso, quando somente a dieta e exercícios comprovam-se ineficientes. **Contra-indicações:** é contra-indicado a pacientes com história de transtornos alimentares, a pacientes com hipersensibilidade conhecida à sibutramina ou a qualquer outro componente da fórmula, a pacientes recebendo inibidores da monoaminoxidase, a pacientes recebendo outros medicamentos supressores do apetite de ação central, em caso de conhecimento ou suspeita de gravidez e durante a lactação. **Precauções e Advertências:** Causas orgânicas de obesidade devem ser excluídas antes de prescrever Biomag. A pressão arterial e a frequência cardíaca devem ser medidas antes de iniciar o tratamento e ser monitorados em intervalos regulares. Administrar com cautela a pacientes com hipertensão não controlada, pacientes com glaucoma de ângulo fechado, pacientes com epilepsia, pacientes predispostos a apresentar episódios de sangramento e naqueles em uso de medicamentos que sabidamente afetam a homeostasia ou a função plaquetária. Não deve ser utilizado por pacientes com história de doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca congestiva, arritmias ou acidente vascular cerebral, disfunção hepática, disfunção renal. **Abuso:** os pacientes devem ser monitorados cuidadosamente quanto a antecedentes de abuso de drogas e observados quanto a sinais de uso inadequado ou abuso. **Uso em crianças:** A segurança e eficácia de Biomag em crianças com menos de 16 anos de idade ainda não foi determinada. **Durante o tratamento, o paciente não deve dirigir veículos ou operar máquinas, pois sua habilidade e atenção podem estar prejudicadas. Gravidez e lactação:** Categoria C: Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica ou do cirurgião dentista. **Interações medicamentosas:** *Substâncias de ação sobre o SNC:* É aconselhável cautela quando administrado com outros fármacos de ação central. *Inibidores da monoaminoxidase (IMAOs):* O uso concomitante com inibidores da monoaminoxidase (IMAOs) é contra-indicado. *Síndrome serotoninérgica:* Não deve ser administrado juntamente com outros agentes serotoninérgicos. Entretanto, se tal combinação for indicada clinicamente, é necessária a observação apropriada do paciente. *Substância inibidoras do metabolismo do citocromo P450 (3A4):* Recomenda-se cautela na administração concomitante da sibutramina com outros inibidores enzimáticos. **Alcool:** o uso concomitante de excesso de álcool com Biomag não é recomendado. **Reações Adversas/colaterais e alterações de exames laboratoriais:** dor de cabeça, insônia, delírio, formigamento, náuseas, taquicardia, hipertensão, palpitações, vasodilatação, piora da hemorróida, constipação, sede, edema generalizado, edema periférico, sudorese, alterações do paladar, secura da boca. Foram relatadas reações de hipersensibilidade alérgica variando desde leves erupções cutâneas e urticária até angioedema e anafilaxia, visão borrada, retenção urinária, distúrbios do ciclo menstrual, aumentos reversíveis das enzimas hepáticas. **Posologia:** A dose inicial recomendada é de 1 cápsula de 10mg por dia, pela manhã, com ou sem alimentação. Se o paciente não perder pelo menos 2kg nas primeiras 4 semanas de tratamento, o médico deve considerar a reavaliação do tratamento, que pode incluir um aumento da dose para 15mg ou a descontinuação da sibutramina. Doses acima de 15mg ao dia não são recomendadas. **Venda sob Prescrição Médica. Só pode ser vendido com Retenção da Receita.** Reg. M.S. 1.0573. 0371. Farm. Resp.: Dr. Wilson R. Farias CRF-SP nº. 9555. **A persistirem os sintomas, o médico deverá ser consultado.**

Obesidade na Infância

Ricardo Arrais

Prof. Adjunto do Departamento de Pediatria da UFRN, Doutor em Ciências e Mestre em Pediatria pela UNIFESP. Responsável pelo Serviço de Endocrinologia Pediátrica da UFRN.

Uma mãe traz sua filha de 9 anos ao consultório queixando-se de excesso de peso. Refere que a criança sempre teve o peso elevado para a estatura. Nasceu de parto normal, sem intercorrências, com 2700 kg e 47 cm; não foi amamentada. Vacinação está atualizada. Nega internamentos, cirurgias ou outras doenças. Não faz atividade física regular, exceto a educação física na escola. Não gosta de frutas, nem de verduras e a mãe não insiste, pois também não gosta. Os lanches incluem bolo, biscoitos e pipoca. Nega desenvolvimento de pelos ou mamas. O pai é diabético e a mãe, hipertensa. Ao exame físico: peso 46 kg e estatura 140cm, pressão arterial 105 x 80 mmHG, sem sinais de início de desenvolvimento puberal, sem estrias cutâneas. Discreta acantose nigricans em pescoço. Tireóide normal.

Traz exames solicitados pela pediatra: glicemia 94 mg/dl, colesterol total 188 mg/dl, HDL 33mg/dl, tri-

glicéridios 148mg/dl, TSH 2,1 mU/L.

Como conduzir este caso do ponto de vista diagnóstico e terapêutico?

Comentários

O caso em questão é bastante emblemático e cada vez mais prevalente em consultórios pediátricos, principalmente em ambientes urbanos. O motivo que geralmente traz estes pacientes é o excesso de peso, usualmente com poucas e vagas preocupações sobre as consequências futuras da obesidade para o desenvolvimento de complicações sistêmicas, como hipertensão, diabetes e doença cardiovascular. A primeira característica que merece comentário é o fato de que, apesar de apresentar história de “desde sempre” estar acima do peso, a família buscou atenção médica com a paciente já chegando ao final de sua infância, o que caracteriza um atendimento tardio e falha do sistema de saúde em identificar o problema precocemente.

O perfil da paciente descrita é infelizmente muito típico, com reduzido nível de atividade, além das aulas de educação física. É importante destacar, neste particular, a importância cada vez menor dada pelas instituições de ensino (públicas e privadas) na promoção de atividades físicas com efetividade mínima, o que - aliado às condições muitas vezes deterioradas dos espaços públicos (praças e conjuntos esportivos) e a insegurança existente, principalmente em regiões mais periféricas e desassistidas nos grandes centros - forma um quadro sombrio que virtualmente impede que as crianças e adolescentes tenham condições de realizar atividades em ambientes seguros e saudáveis. Como resultado, a atividade de muitos jovens fica restrita ao ambiente doméstico, e a um lazer sedentário (televisão, videogames e o uso de computador).

A paciente encontra-se acima do IMC considerado como limite superior da normalidade, pelos critérios do CDC (CDC, 2000), com um valor de 23,46 (no percentil 97), apresentando também estatura acima da média (percentil 85), peso no percentil 97 e pressão arterial diastólica já elevada, entre os percentis 95 e 99 (NHBPEP-WGHBPCA, 2004). Como complicadores, a criança tem antecedentes familiares positivos para diabetes e hipertensão, além de ter apresentado peso e estatura, ao nascer, próximos dos limites inferiores, pressupondo um ambiente de restrição nutricional intrauterino, que vários estudos vêm relacionando ao risco de desenvolvimento futuro de diabetes tipo 2 (Dabelea e Pettitt, 2001; Simmons, 2007).

O perfil alimentar da paciente e de sua família é extremamente inadequado, com forte predominância de alimentos densamente calóricos, com alto índice glicêmico e pobreza de fibras, o que certamente contribuiu para a presença de dislipidemia já observada em seus exames subsidiários. Alguns autores sugerem a utilização de critérios do NCEP norte-americano (National Cholesterol Education Program) adaptado para crianças, considerando elevados triglicérides acima de 110mg/dL, e HDL inadequado se abaixo de 40mg/dL (AAP-NCEP, 1992; NCEP, 2002), fazendo com que nossa paciente já esteja fora dos limites considerados normais. Um detalhe que merece ser enfatizado, e que sempre deve ser procurado, a acantose nigricans observada revela uma provável resistência insulínica, sinal este que deve ser valorizado ainda mais pelo fato de a paciente ainda não estar em puberdade, fenômeno que normalmente desencadeia um grau de resistência insulínica fisiológica.

Finalmente, exceto em protocolos de pesquisa, a solicitação de TSH (e a investigação de função tireoidiana) só se justificaria se houvesse alguma evidência de patologia tireoidiana (como bócio palpável), queixas clínicas de hipotireoidismo ou forte antecedente de patologia tireoidiana familiar, já que o “hipotireoidismo subclínico” - tão discutido em mulheres de 30-35 anos de idade em diante - é excepcional em faixa etária pediátrica, como causa de ganho ponderal sem outras queixas ou sinais identificáveis. Nos casos de dislipidemias mais intensas, a dosagem de TSH poderia ser solicitada no sentido de afastar essa causa secundária.

Para um adequado diagnóstico de sua condição metabólica, a glicemia de jejum normalmente não é um parâmetro suficiente. O fato de estar abaixo de 100mg/dL não afasta a grande probabilidade desta paciente já estar em evolução para um diabetes tipo 2, que sabidamente é uma condição de instalação lenta, e oligo ou assintomática. Trabalhos publicados revelam que, por ocasião do diagnóstico, pacientes pediátricos com diabetes tipo 2 já apresentam sinais de complicações crônicas, o que torna imperiosa uma avaliação mais detalhada de seu metabolismo glicídico (Yokoyama, 2000; Beck, 2001). Desta forma, a realização de um teste oral para avaliar a tolerância à glicose, preferencialmente com aferição de insulinemia, tem a vantagem de permitir registrar não apenas uma intolerância à glicose, como também quantificar a resistência insulínica, provendo assim o pediatra ou o endocrinologista assistente de argumentos sólidos para justificar as medidas terapêuticas necessá-

rias. Com os dados apresentados já é possível caracterizar a paciente como portadora de Síndrome Metabólica, mesmo sem uma caracterização mais detalhada de seu metabolismo glicídico. Atribuir um diagnóstico, seja de “Síndrome Metabólica” ou “Pré-diabetes” pode ser importante como forma de enfatizar a necessidade de cuidados permanentes e mobilizar a família com o objetivo de reverter o quadro.

A abordagem terapêutica, neste caso, deve ser baseada inicialmente na promoção de uma mudança importante no estilo de vida desta paciente e sua família, reorganizando o padrão alimentar, que deve ser composto de refeições leves, fracionadas em 5-6 refeições/dia, sempre constituídas de alimentos ricos em fibras solúveis (legumes, verduras, frutas, cereais integrais) e carboidratos com baixo índice glicêmico, e redução da oferta de alimentos densamente calóricos. O aumento de atividade física deve ser também bastante enfatizado, sempre respeitando as habilidades e o interesse da paciente, para que esta atividade seja prazerosa e regular. O profissional responsável pela condução deve ter uma preocupação constante em manter a paciente e a família motivados para atingir objetivos, que só se tornam consistentes e mais evidentes a médio/longo prazo.

A família e a paciente devem ser alertados para a inadequação de dietas altamente restritivas, assim como evitar uma expectativa irreal de perdas rápidas de peso, que efetivamente têm resultados negativos no prognóstico final do tratamento, pelo efeito rebote desencadeado nestas situações. O auxílio de outros profissionais, disponíveis em programas multiprofissionais, como nutricionistas, psicólogos, educadores físicos, entre outros, pode ser

de grande valia para melhorar a aderência e os resultados da intervenção comportamental. Geralmente estas mudanças, que levam a uma melhora gradual do IMC, são suficientes para reversão dos distúrbios metabólicos (dislipidemia, resistência insulínica). Quando estas medidas não são suficientes ou não existe uma aderência satisfatória, e tanto o IMC como os sinais de distúrbios metabólicos permanecem ou mesmo se agravam - o que, infelizmente, ocorre em frações elevadas dos casos -, o tratamento farmacológico coadjuvante deve ser considerado, sem deixar de enfatizar o tratamento comportamental como base do tratamento.

A medicação de eleição quando a resistência à insulina está bem estabelecida, principalmente quando já leva a uma intolerância à glicose não revertida pelo tratamento comportamental, é a metformina, uma biguanida que, além de melhorar a sensibilidade periférica à insulina, também promove um leve aumento de saciedade, auxiliando na perda de peso. Tem sido utilizada preferencialmente em pacientes acima de 12 anos, mas existem relatos e trabalhos em grupos de crianças abaixo desta idade demonstrando boa tolerabilidade na maioria dos pacientes pediátricos tratados. Outros medicamentos, como a sibutramina e orlistat, têm sido utilizados mais em adolescentes acima de 14-15 anos, e sempre como coadjuvantes de um programa de reeducação. Estatinas, drogas anti-hipertensivas e outras medicações auxiliares podem ter indicação em casos selecionados (Waechter e Bandeira, 2006; Pinhas-Hamiel e Zeitler, 2007). Para a paciente em questão, existe grande possibilidade de boa resposta ao tratamento comportamental, desde que a aderência da mesma e da família sejam satisfatórias. ○

Referências

1. American Academy of Pediatrics. National Cholesterol Education Program: report of the expert panel on blood cholesterol levels in children and adolescents. *Pediatrics* 89: 525-84 1992
2. American Diabetes Association position statement: evidence-based nutrition principles and recommendations for the treatment and prevention of diabetes and related complications. *J Am Diet Assoc*; 102(1):109-18, 2002 Jan.
3. Beck J; Brandt EN; Blackett P; Copeland K – Department of Pediatrics, University of Oklahoma Health Sciences Center, USA. Prevention and early detection of type 2 diabetes in children and adolescents. *J Okla State Med Assoc*; 94(8):355-61, 2001 Aug
4. CDC - National Center for Health Statistics in collaboration with the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000). <http://www.cdc.gov/growthcharts>
5. Dabelea D; Pettitt DJ – Intrauterine diabetic environment confers risks for type 2 diabetes mellitus and obesity in the offspring, in addition to genetic susceptibility. *J Pediatr Endocrinol Metab*; 14(8):1085-91, 2001 Sep-Oct
6. National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Children and Adolescents. The fourth report on the diagnosis, evaluation and treatment of high blood pressure in children and adolescents. *Pediatrics*. 114:555-76, 2004 Aug
7. NCEP – Third report of the National Cholesterol Education Program Expert Panel on Detection, Evaluation and treatment of High Blood Cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III) final report. *Circulation* 106: 3143-421 2002
8. Pinhas-Hamiel O, Zeitler P. Clinical presentation and treatment of type 2 diabetes in children. *Pediatric Diabetes* 2007; 8 (Suppl. 9): 16-27
9. Simmons RA. Developmental origins of diabetes: the role of epigenetic mechanisms *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes* 14:13-16 2007
10. Yokoyama H; Okudaira M; Otani T; Sato A; Miura J; Takaike H; Yamada H; Muto K; Uchigata Y; Ohashi Y; Iwamoto Y – Higher incidence of diabetic nephropathy in type 2 than in type 1 diabetes in early-onset diabetes in Japan. *Kidney Int*; 58(1):302-11, 2000 Jul.
11. Waechter C; Bandeira F – Síndrome metabólica em crianças e adolescentes. In: “Diabetes Mellitus” editores: Lyra R e Cavalcanti N. 1ª Edição – Rio de Janeiro, 2006 pp 191-7

Foto: Alexander Rath



Peixe na Merenda Escolar

Apresentada no Encontro Nacional de Novos Prefeitos e Prefeitas, realizado em Brasília em fevereiro, a iniciativa do Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição Escolar (Cecane/UFPE), de Pernambuco, vem contribuindo para melhorar a alimentação infantil naquele estado. A ideia é incentivar a introdução de pescados na merenda escolar.

Segundo a professora da UFPE, Sônia de Andrade, que acompanha o desenvolvimento do projeto, “a situação da saúde infantil é perigosa”. Nas escolas visitadas são muitas as crianças com doenças crônicas como diabetes, colesterol alto etc.

Financiado pelo Programa Nacional de Alimentação Escolar (Pnae), do Ministério da Educação, o projeto capacita nutricionistas, merendeiras, pescadores artesanais e alunos para que estimulem o uso do pescado na merenda. O governo federal pretende que a iniciativa em Pernambuco seja um piloto, a ser ampliado para todo o país.

Obesidade e Câncer no Adulto

Sobrepeso ou obesidade na infância, além de sedentarismo e alimentação inadequada, são fatores que aumentam em 30% as chances de se tornar um adulto obeso. Baseada em dados como este, a União Internacional Contra o Câncer (UICC)

desencadeou uma campanha global – a ser desenvolvida até 2012 - que enfatiza a necessidade do controle de peso na infância, como forma de evitar a obesidade no adulto e, consequentemente, o maior risco de desenvolver alguns tipos de câncer. Os de próstata, pulmão, mama e endométrio são os mais associados à obesidade na fase adulta.

Rótulos Enganam Consumidores

Pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec), que analisou 15 marcas de salgadinhos e 15 de bolinhos muito consumidos pelo público infantil, revelou que alguns dos 30 produtos têm teores de sódio, gorduras e açúcar mais de 100% acima dos declarados nas embalagens.

No quesito sódio, das 15 amostras de salgadinhos tipo chips analisadas, 13 apresentaram excesso de sal na composição. Em um único pacote, alguns produtos têm quase a metade do sal indicado para consumo em um dia. Embalagens com indicação de 0% de gorduras trans e indicando tratar-se de produto assado, e não frito, traziam um produto carregado de sal. Quanto ao açúcar, todos os 15 bolinhos apresentaram o mesmo problema: níveis de sacarose muito acima do recomendado. No quesito



Foto: Celso Puppo

to gorduras saturadas, o mesmo resultado. Conclusão: não é possível confiar nas informações dos rótulos desses produtos.

EUA: Guerra Aumenta Obesidade entre Soldados

Segundo um estudo do Pentágono, o número de militares norte-americanos com sobrepeso ou obesidade duplicou desde o início da guerra do Iraque, há seis anos. O trabalho, publicado no Relatório de Observação Médica do Departamento de Estado, relaciona o fato ao alto nível de estresse e tensão no dia-a-dia dos soldados.

Entre 1998 e 2002, o número de combatentes diagnosticados com obesidade mostrou-se estável: um ou dois em cada 100. Depois de 2003, no entanto, esta proporção aumentou bastante. Hoje, é de quase 20 em cada 100. Estima-se que possa ser ainda maior, uma vez que o estudo só inclui soldados diagnosticados durante ida ao médico.

Saúde dos Trabalhadores

Hipertensão, obesidade e depressão são os principais problemas de saúde que atingem os trabalhadores da indústria brasileira, segundo o estudo “Diagnóstico de saúde e estilo de vida”, realizado pelo Sesi nacional. Foram investigados 355.858 trabalhadores de 2.463 empresas, no final de 2008, e revelou-se que 10,7% estão obesos. No Rio de Janeiro, por exemplo, 37% já apresentam sobrepeso.

Na pesquisa, há uma série de indicadores sobre os hábitos dos trabalhadores que explicariam os resultados encontrados, mesmo numa população com 34 anos, em média. Cerca



Foto: Ever

de 64,3% comem poucas verduras e frutas, 6,5% abusam do sal, 45,8% consomem refrigerantes mais de três vezes por semana e 26,7% não praticam atividade física que beneficie a saúde. O objetivo do trabalho é mostrar às empresas como está a saúde de seus empregados, sugerindo que medidas saudáveis sejam tomadas.

A Desconhecida Obesidade

Apenas 13% dos paulistas consideram a obesidade um fator de risco para problemas cardíacos. O dado é de uma pesquisa do Instituto Datafolha apresentada pela Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo (SOCESP). Entre os fatores de maior risco citados pelos paulistas estão o cigarro (31%), o sedentarismo (19%), o estresse (19%), a pressão arterial (18%) e o alcoolismo (17%).

Segundo a pesquisa, apenas 4% dos entrevistados apontam a medida da circunferência abdominal como a melhor maneira para avaliar a obesidade. Já o aspecto visual aparece em primeiro lugar, com 36%, seguido pelo peso, com 31%. O Índice de Massa Corpórea (IMC) foi lembrado por apenas 12% dos paulistas. A pesquisa mostra, ainda, que 81% dos homens não sabem que a medida ideal de circunferência abdominal masculina é igual ou menor que 90 cm.

Obesidade Afeta a Fertilidade

Pesquisa divulgada pela Universidade de Adelaide, na Austrália, publicada no *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, mostra que a obesidade pode afetar os ovários e, conseqüentemente, a fertilidade das mulheres. O resultado foi divulgado após o acompanhamento, durante mais de um ano, de 96 mulheres que buscavam assistência para a reprodução numa clínica do país.

Após medição dos níveis de hor-

mônios e metabólitos do fluido folicular dos ovários, durante os procedimentos de coleta de óvulos para o tratamento de fertilidade, os cientistas chegaram à conclusão de que o alto nível de gordura modifica o líquido que envolve os óvulos, causando inflamação, o que altera a alta sensibilidade do metabolismo do óvulo e prejudica a formação de embriões. Dessa maneira, mulheres obesas que tentam ficar grávidas demoram mais tempo a conceber. ○

Brasil: Só 15% Praticam Atividade Física

Apesar do aumento preocupante dos índices de obesidade entre crianças e adultos nos últimos anos, apenas 15% dos brasileiros praticam atividade física com regularidade, sendo que 29,2% levam uma vida sedentária. Os dados são da revista *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, publicada pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Segundo a revista, a proporção de homens ativos no lazer declina com a idade adulta, voltando a subir na terceira idade. Ou seja, até os 24 anos de idade, 27,4% deles se exercitam, caindo esse ín-

dice para 13,3% na média de 50 anos e aumentando para 17,1% a partir dos 65. Dentre as mulheres, a porcentagem máxima de adeptas dos exercícios físicos – que se situa na faixa entre 25 e 34 anos – é de 11,9%, dois pontos menor que o mínimo de atividades praticadas pelos homens: 13,5%.

Entre as atividades físicas preferidas, 61,1% das mulheres escolheram a caminhada. Embora os homens também gostem de caminhar (27,9%), eles acabam se dividindo mais em outras atividades: futebol (25,5%) e musculação (18,8%). ○



Foto: Celso Pupo



ABRIL 2009

3° International Congress on Prediabetes and the Metabolic Syndrome

Data: 1 a 4

Local: Nice, França

Informações: www.kenes.com/prediabetes

VIII Congresso Brasileiro Pediátrico de Endocrinologia e Metabologia (COBRAPEM)

Data: 17 a 20

Local: São Paulo, SP

Informações: www.cobrapem2009.com.br/ Tel.: (41)3022-1247

XXVII Congresso Panamericano de Endocrinologia

Data: 21 a 24

Local: Ilha Margarita, Venezuela

Informações: www.svem.org.ve/

II Congresso Europeu de Endocrinologia

Data: 25 a 29

Local: Istambul, Turquia

Informações: www.ece2009.com/

XII Latin American Thyroid Congress

Data: 30 de abril a 3 de maio

Local: Gramado, RS

Informações: www.lats2009.com.br

MAIO 2009

8° Congresso Paulista de Endocrinologia e Metabolismo

Data: 7 a 9

Local: São Paulo, SP

Informações: www.eventus.com.br/copem/ Tel.: (11) 3361-3056

5° Congresso Nacional de Cirurgia Bariátrica e Metabólica

Data: 25 a 30

Local: Portugal

Informações: cristinavicente@veranatura.pt

JUNHO 2009

ENDO 09

Data: 10 a 13

Local: Washington, Estados Unidos

Informações: <http://www.endo-society.org/endo09/>

EndoRecife 2009

Data: 18 a 20

Local: Porto de Galinhas, PE

Informações: www.endocrinologiape.com.br/ Tel.: (81) 3423-1300

JULHO 2009

EndoSul 2009

Data: 2 a 5

Local: Bento Gonçalves, RS

Informações: www.endosul2009.com.br Tel.: (51) 3028-3878

AGOSTO 2009

XIII Congresso Brasileiro de Obesidade e Síndrome Metabólica

Data: 13 a 15

Local: Salvador, Bahia

Informações: www.interlinkeventos.com.br/obesidade2009/index.html / Tel.: (71) 3011-9797

Endocrinologia em 1 Dia

Data: 22

Local: Rio de Janeiro, RJ

Informações: www.posgradendo.com.br / Tel.: (21) 2299-9285 - Ramal: 1198 / 2507-3713 / 2507-3706 / E-mail: posgrad@iede.rj.gov.br

III Congresso Brasileiro de Atualização em Endocrinologia e Metabologia

Data: 27 a 29

Local: Belém, Pará

Informações: cbaem@growup-eventos.com.br / Tel.: (11) 3044-1528 / 3849-0099

SETEMBRO 2009

34th Annual Meeting ETA

Data: 5 a 9

Local: Lisboa, Portugal

Informações: geral@ideiasaoquadrado.com / endoc.hmp@sapo.pt

OUTUBRO 2009

Congresso Mineiro de Endocrinologia e Metabologia (CONGREMEM)

Data: 1 a 3

Local: Belo Horizonte, Minas Gerais

Informações: www.sbemmg.org.br Tel.: (31) 3247-1613

I Congresso Norte-Nordeste de Endocrinologia e Metabologia

Data: 9 a 11

Local: Natal, Rio Grande do Norte

Informações: www.sbem.org.br/rn Tel.: (84) 3206-3860

20th World Diabetes Congress

Data: 18 a 22

Local: Montreal, Canadá

Informações: www.idf2009.org

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, 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 exigidas 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.

A ABESO está à disposição para esclarecer eventuais dúvidas.

Telefone: 55 11 3079-2298



Rua Tabapuá, 888 - Cj. 81 e 83 - Itaim Bibi
São Paulo - SP
Cep: 04533-003
Tel.: (11) 3079-2298
Fax: (11) 3079-1732
E-mail: secretaria.luciana@abeso.org.br
Secretária Executiva: Luciana Bastos

Presidente: **Dr. Marcio Mancini**
marcio.mancini@abeso.org.br

Vice-Presidente: **Dr. Bruno Geloneze**
bruno.geloneze@abeso.org.br

1º Secretário-Geral: **Dr. João Eduardo Salles**
joao.salles@abeso.org.br

2º Secretário Geral: **Dr. Josivan Gomes Lima**
josivanlima@gmail.com

Tesoureiro: **Dr. Mário K. Carra**
mario.carra@abeso.org.br

DEPARTAMENTOS

Deppto. de Psiquiatria e Transtornos Alimentares
Dr. Adriano Segal

Deppto. de Atividade Física e Exercício
Dr. Carlos Alberto Werutsky

Deppto. de Nutrição **Mariana Del Bosco**
Daniela Casagrande
Mônica Beyruti

Deppto. de Cirurgia Bariátrica **Dr. Denis Pajcki**
Dr. Hilton Libanori

Deppto. de Epidemiologia **Dra. Roseli Sichieri**
Dra. Vânia Marins
Dra. Rosângela A. Pereira

Deppto. de Tratamento com Medicamentos
Dra. Rosana Radominski
Dra. Claudia Cozer
Dra. Cíntia Cercato

Deppto. de Síndrome Metabólica **Dr. Amélio Godoy-Matos**
Dra. Lúcia Maria Carraro

Deppto. 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: Sandra Malafaia, Flavia Garcia, Paula Camila,
Sandra Narita, Cintia S. Castro e André Dissat.

Publicidade: AC Farmacêutica (11) 5641-1870

Diagramação: DoisC Editoração Eletrônica e Fotografia
(21) 2234-9541

Fotolito e impressão: Editora Trena

Tiragem: 2 mil exemplares

Os artigos publicados nesta revista espelham a opinião de seus autores, não necessariamente da ABESO.

Pensar em um amanhã melhor e mais saudável



O jeito Coca-Cola Brasil
de viver positivamente.

**Sua pesquisa vai incentivar
hábitos saudáveis e ainda
pode ser premiada por isso.**

O Prêmio Pemberton, lançado pela Coca-Cola Brasil, seleciona e reconhece trabalhos científicos com foco no bem-estar e nos requisitos para uma vida saudável, como os benefícios da alimentação equilibrada, da hidratação e da prática de exercícios físicos.



Inscreva-se já:
www.premiopemberton.com.br




XENICAL[®]
orlistate 120mg
Menos gordura, mais saúde.

**A AÇÃO LOCAL DE XENICAL[®] (ORLISTATE)
REDUZ A ABSORÇÃO DE GORDURA COM
MÍNIMOS EFEITOS ADVERSOS SISTÊMICOS.¹**

**ONDE TEM GORDURA,
VOCÊ SABE QUE HÁ MUITO MAIS.**

Xenical[®] (orlistate)

Apresentação: Caixas com blister contendo 21, 42 e 84 cápsulas de 120 mg. USO ADULTO

Composição: orlistate

Indicações: Tratamento a longo prazo de pacientes com sobrepeso ou obesidade, incluindo pacientes com fatores de risco associados à obesidade, em conjunto com dieta hipocalórica. Eficaz no controle do peso em longo prazo e na melhora dos fatores de risco associados ao excesso de peso (hipercolesterolemia, diabetes tipo 2, hipertensão), além de proporcionar redução da gordura visceral. Em conjunto com dieta hipocalórica e antidiabéticos orais e/ou insulina, promove controle glicêmico adicional em pacientes com diabetes tipo 2 com sobrepeso ou obesidade.

Posologia: Uma cápsula via oral junto às três refeições principais (durante ou até 1 hora após). Pacientes devem adotar dieta levemente hipocalórica e balanceada com até 30% das calorias provenientes da gordura. Não foram realizados estudos clínicos em pacientes com insuficiência hepática ou renal ou em crianças.

Via de Administração: Oral.

Contra-indicações: Síndrome de má-absorção crônica; colostase; hipersensibilidade ao orlistate ou componentes da fórmula.

Reações Adversas: Em sua absoluta maioria, de natureza gastrointestinal e relacionados ao efeito farmacológico da droga ao evitar a absorção de parte da gordura ingerida. Aumento de transaminases e fosfatase alcalina, casos excepcionais de hepatite. Diminuição do tempo de protrombina e aumento do INR em pacientes tratados concomitantemente com orlistate e anticoagulantes. Em pacientes com diabetes tipo 2 pode ocorrer hipoglicemia, em virtude da melhora do controle glicêmico, e distúrbio abdominal. Raros casos de hipersensibilidade e casos muito raros de erupção bolhosa.

Precações e advertências: Pacientes devem seguir orientações nutricionais, pois a possibilidade de eventos gastrointestinais pode aumentar se orlistate for administrado com alimentos ricos em gorduras. Como a perda de peso induzida por orlistate acompanha-se de melhor controle do diabetes tipo 2, pode ser necessário reduzir as doses dos hipoglicemiantes orais, especialmente em pacientes com diabetes tipo 2. Redução dos níveis plasmáticos de ciclosporina. Monitorar parâmetros de coagulação em pacientes tratados concomitantemente com anticoagulante oral. Potencial redução do efeito terapêutico da amiodarona. Não foi estabelecida a segurança para mulheres grávidas (categoria B), portanto seu uso não é recomendado durante a gravidez. Não deve ser administrado a mulheres durante a fase de lactação.

Venda sob prescrição médica.

Registro MS 1.0100. 0547

A PERSISTÊNCIA DOS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.

Informações adicionais disponíveis à classe médica mediante solicitação a Produtos Roche Químicos e Farmacêuticos S.A. – Av. Engenheiro Billings, 1729 – Jaguari – CEP 05321-900 – São Paulo, SP – Brasil

Material de uso exclusivo dos representantes Roche. Se encontrado, favor devolver para Produtos Roche Químicos e Farmacêuticos S.A.
Direitos reservados - é proibida a reprodução total ou parcial sem prévia autorização de Produtos Roche Químicos e Farmacêuticos S.A.

81385733 / Fevereiro/2009

Referência bibliográfica:

1- Ballinger A. Orlistat in the treatment of obesity. Expert Opin Pharmacother. 2000 May;1(4):841-7.

serviço de informações
0800-7720-294
www.roche.com.br



Inovando em saúde