

ABESO Mais Forte e Mais Unida

E chega o Natal. Missão cumprida. Foram três anos de muito trabalho, mas gratificantes.

Agradeço a diretoria: Leila, Cláudia, Monica e Alexander e a todos os outros colaboradores que deixaram a missão mais leve e divertida. Participamos ativamente de campanhas contra a obesidade, organizamos as diretrizes do tratamento medicamentoso, lutamos contra a retirada dos medicamentos do mercado, atendemos a inúmeras entrevistas e tentamos responder a todas as dúvidas e questionamentos dos sócios e do público em geral. Graças aos editores Henrique e Cintia e à jornalista Elizabeth, a qualidade da revista melhorou, a periodicidade foi rigorosa, aumentando de cinco para seis exemplares ao ano.

Certamente a ABESO ficou mais forte e mais unida.

Há muito trabalho pela frente, que será realizado de forma competente pelo Mario e sua equipe. O

Foto: Adriana Bresciani



seu entusiasmo e as novas ideias são contagiantes. Sejam bem-vindos.

É um agradecimento especial a vocês, meus amigos, que sempre estiveram ao meu lado com palavras de incentivo e elogios.

Um feliz Natal e um ótimo Ano Novo.

Rosana Radominski

Presidente da ABESO

Gestão 2010/2012

rosanaradominski@abeso.org.br

Até o Próximo Ano!

Estamos chegando ao final deste ano e ao final da gestão da atual diretoria. A equipe Rosana, Leila, Alexandre, Monica e Claudia, que começou a gestão em 2010 com muito entusiasmo, trabalhou muito bem durante todo o período. Não posso deixar de ressaltar o excelente trabalho da Rosana Radominski que presidiu essa sociedade com tanto empenho, seriedade e competência. Sua dedicação foi imensa! Foi um período turbulento e tivemos nossa sociedade muito bem representada em momentos tão difíceis. Parabéns a toda equipe!

Final de ano é sempre um momento de reflexão. Foi um período difícil – completamos um ano sem os anorexígenos. Algumas decisões foram tomadas com relação a isso. O Conselho Federal de Medicina entrou com uma ação na Justiça Federal, que aguarda a sentença do Juiz Federal, e se baseia no fato da medida ferir a autonomia do médico para prescrever o tratamento ao seu paciente. Também está sendo analisado um projeto de lei na Câmara dos Deputados que proíbe a ANVISA de vetar a produção e comercialização de remédios para emagrecer.

O Professor Geraldo Medeiros faz uma análise crítica sobre a decisão da ANVISA e seus desdobramentos.

Outro tema abordado nesse número refere-se à alimentação e emoção. Cada vez mais entendemos a regulação neuroendócrina do apetite e a cada dia descobrem-se substâncias ou genes que podem interferir nessas vias homeostáticas. Mas, comer é muito mais do que buscar alimento para repor o estoque energético. Temos também o processo hedônico, onde a procura da comida está relacionada ao prazer, motivação. O psiquiatra Arthur Kaufman faz uma interessante análise do aspecto emocional que também interfere no ato de comer. Ele traz aspectos como o tédio da dona de casa, a sexualidade, a troca de papel de mulher para mãe, após a gestação.

Entendendo a complexidade das escolhas alimentares, o tratamento da obesidade acaba sendo um desafio. Como podemos melhorar a adesão à dieta? A Claudia Cozer e a Fernanda Pisciolaro trazem estratégias comportamentais muito úteis, como prestar atenção no ato de se servir, respeitar a saciedade, treinando a decisão do parar de comer, e procurar



manter a porção.

Na sessão de cirurgia bariátrica teremos o artigo do grupo de cirurgia bariátrica do HC-FMUSP sobre a profilaxia do tromboembolismo venoso no paciente submetido à cirurgia bariátrica. Embolia pulmonar é uma importante causa de mortalidade no pós-operatório, mas felizmente, graças a uma boa profilaxia, esta complicação acaba sendo pouco frequente. A associação de profilaxia mecânica e química é necessária nesse perfil de paciente.

Boa leitura e até o próximo ano!

Cintia Cercato

Editora

editordarevista@abeso.org.br



DIRETORIA 2010-2012

Presidente: **Dra. Rosana Radominski**;
Vice-Presidente: **Dra. Leila Araújo**;
1º Secretário-Geral: **Dr. Alexander Benchimol**;
2º Secretária Geral: **Mônica Beyruti**;
Tesoureira: **Claudia Cozer**.

SEDE

Rua: Mato Grosso, n.º 306 - cj. 1711
Higienópolis,
São Paulo, SP
CEP 01239-040
Tel.: (11) 3079-2298
Fax: (11) 3079-1732
E-mail: info@abeso.org.br

Secretária Executiva: Luciana Bastos
secretaria.luciana@abeso.org.br

Site: www.abeso.org.br.

Revista de ABESO

Editor: Dra. Cintia Cercato

Equipe de Jornalismo: Informed

Redação: Rua Gen. Severiano, 76/410, bl. 2,
CEP 22290-040

Rio de Janeiro, RJ. Tel/fax. (21) 2205-2430
e-mail: informed@informedjornalismo.com.br

Editora/Jornalista Responsável:

Elizabeth P. dos Santos (MTPS 12714 - RJ)

Projeto Gráfico e Diagramação: DoisC
Editoração Eletrônica e Fotografia
(celso@doisc.com.br)

Comercialização: AC Farmacêutica
(acfarmaceutica@acfarmaceutica.com.br).
Tel. (21) 3543-0770

Impressão: Brasilform Gráfica Editora
(comercial@brasilform.com.br).
Tel. (11) 4615-1111

Periodicidade: Bimestral;

Tiragem: 5 mil exemplares.

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

Saúde Pública, ANVISA e a População com Obesidade

Geraldo Medeiros-Neto - Professor Senior de Endocrinologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Em dezembro de 2011, o colegiado da ANVISA, contrariando todos os pareceres de entidades médicas altamente conceituadas, tais como o Conselho Federal de Medicina, Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia e Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade, decidiu suspender a licença de três produtos rotulados como “anfetamínicos”: anfepramona, fenproporex e mazindol.

O primeiro erro foi classificar o mazindol como anfetamínico, quando este fármaco não possui, em sua estrutura química, o chamado anel anfetamínico. É um produto sintetizado pela indústria suíça Sandoz e com qualidades farmacotécnicas muito apropriadas para a terapêutica auxiliar na obesidade. O segundo grande erro da ANVISA foi o de não indicar quaisquer estudos científicos publicados em revistas nacionais ou internacionais que justificassem esta drástica medida. Por outro lado, a ANVISA cercou a prescrição da sibutramina de um número inacessível de documentação burocrática

destinada, segundo consta, a manter o obeso preocupado com efeitos colaterais do fármaco que o seu médico tinha receitado. O conjunto destas medidas, em resumo, deixaram para a terapêutica do obeso apenas duas possíveis indicações: a sibutramina e o orlistat.

Apesar de todos os protestos da comunidade médica, a ANVISA não voltou atrás nessa suspensão do uso de medicamentos presentes durante décadas no receituário de profissionais conceituados e habilitados para a prescrição de tais fármacos.

Como já se poderia prever, o vácuo deixado pela falta de medicamentos para tratamento de obesidade levou a verdadeiras distorções no “mercado” farmacêutico. Como exemplo, cita-se o uso de medicamento injetável, indicado somente para terapêutica de diabetes, que foi extensivamente e abusivamente empregado, mesmo sem prescrição médica, por incautos pacientes desejosos de perder alguns quilos. Por outro lado, surgiram nas redes sociais, e na internet de forma geral, várias modalidades de terapêuticas para a obesidade, envolvendo grosseiras charlatanices, tais como “o óleo de coco emagrece”, “injeções de chá verde para gordura localizada”, e ou-

tras fantasiosas preparações herbais de origem obscura e efeito nulo, na desejável perda ponderal. Mais grave ainda foi a oferta ilegal de anorexígenos, como o fenproporex, por pessoas, sociedades comerciais, sacoleiros, contrabandistas, vindos dos países vizinhos do Brasil.

É curioso lembrar que a ANVISA, desde a sua criação, na década de 1990, sempre teve o seu padrão de aprovação ou rejeição de fármacos firmemente alicerçado nas decisões da Federal Drug Administration (FDA) - órgão norte-americano, altamente respeitado para a aceitação ou rejeição de produtos novos ou mesmo fármacos já existentes no mercado. Acontece que a FDA jamais cogitou de suspender o emprego de seus derivados “anfetamínicos”, como a dietilpropiona ou a fentermina. Mais recentemente, a FDA aprovou neste ano o uso clínico da associação de fentermina e topiramato para o tratamento da obesidade, baseando-se em um profundo estudo realizado em mais de 7.000 pacientes pelo método comparativo com grupo controle, publicado na conceituadíssima revista “*The Lancet*”. Nesse sentido, os médicos brasileiros passaram a indagar qual será a posição da ANVISA diante desta nova associa-

Apesar de todos os protestos da comunidade médica, a ANVISA não voltou atrás nessa suspensão do uso de medicamentos presentes durante décadas no receituário de profissionais conceituados e habilitados para a prescrição de tais fármacos.

ção farmacológica, já aprovada pelo FDA, e que não poderá ser usada no Brasil, pois um de seus componentes teve a sua suspensão, para uso em pacientes com obesidade, proibido arbitrariamente pela ANVISA.

Surge, no entanto, nesta semana, uma luz no fim do túnel: o Deputado Federal Felipe Bornier, do Rio de Janeiro, apresentou projeto de lei suspendendo a decisão da ANVISA de proibir o uso de fármacos para o tratamento de obesidade por falta absoluta e total de estudos que justifiquem esta arbitrariedade. Esse projeto, se aprovado pela Câmara dos Deputados, irá invalidar a decisão da ANVISA, permitindo uma melhor e mais eficiente terapêutica para a população obesa. Conforme justificativa do seu projeto, o deputado Bornier argumenta que houve o uso inadequado de outras substâncias, bem como o possível (porém não negado) uso de medicamentos “importados”, ilegalmente, de países do Mercosul.

De uma forma geral, argumenta-se que os obesos devem ser orientados a reverter o seu quadro de excês-

so ponderal, através de um programa de exercícios físicos e restrição alimentar por um período relativamente longo. Todavia, a prática clínica mostra que apenas a recomendação de que essas medidas sejam levadas a sério pelos pacientes é relativamente pequena. Medidas farmacológicas ajudam o paciente a ultrapassar o período inicial, promovendo perda de peso animadora, a qual tornará mais fácil a recomendação do incremento de atividades físicas e restrição de alimentos de alto conteúdo calórico. Mais sério ainda é o fato de que o Ministério da Saúde mostrou-se alarmado com o número crescente de adolescentes com obesidade de grau II ou III, os quais estão solicitando cirurgias bariátricas pelo SUS (Sistema Único de Saúde). Pelo noticiário, o Ministério da Saúde propôs reduzir de 18 para 16 anos a idade mínima para o adolescente obeso ter o direito de realizar a cirurgia bariátrica com a finalidade de redução de peso. A nosso ver, as consequências destas cirurgias em indivíduos tão jovens seriam fonte

de preocupação quanto a efeitos colaterais a longo prazo. Não há dúvida de que antes de apelos para uma intervenção cirúrgica, o tratamento farmacológico aliado à restrição alimentar e intensa atividade física deveriam ser utilizados antes de uma séria modificação no trato gastrointestinal. Talvez diante do que foi apontado, a ANVISA tenha o bom senso de rever a sua posição em relação aos fármacos suspensos em dezembro de 2011, promovendo novas audiências públicas que permitam a entidades ligadas à saúde pública em geral e ao tratamento do obeso em particular levarem novos argumentos para discussão. •

Referências Bibliográficas

1. Gadde KM et al. Effects of low-dose, controlled-release, phentermine plus topiramate combination on weight and associated comorbidities in overweight and obese adults (CONQUER): a randomised, placebo-controlled, phase 3 : trial. *The Lancet* 377:1341-52,2011

Alimento e Emoção

Arthur Kaufman - Professor Doutor do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

○ Alimento

modo de comer é uma escolha, que costuma ser baseada em um estilo de vida. Além de essencial à manutenção da vida, a escolha tem a ver com variedade e sabores, mas também com credos religiosos, ideologias, status social, e ainda com ansiedade, angústia, insatisfações etc. O estilo de vida não apenas comanda a alimentação, mas determina até o tipo de talheres a serem usados (ou não) numa refeição.

O alimento está poderosamente conectado com as emoções. A pessoa come o que gosta, o que sua cultura prescreve, mas também existe marcante influência das emoções. O contato bucal com o seio é a

primeira conexão de prazer do bebê com o mundo. Para muitas pessoas, o simples fato de pensar em um prato favorito evoca associações que combinam imagens, emoções, sentidos e memória numa mistura onde é quase impossível separar os diferentes componentes. Muitas pessoas que tentam mudar seus hábitos alimentares, mas pensando apenas na mudança em bases racionais, caem numa armadilha, pois a alimentação tem significados que vão bem além da mera função nu-

tritiva; ela pode, por exemplo, representar um “prazer imediato” e, portanto, servir para aliviar e compensar sentimentos tidos por negativos, como tristeza, angústia, ansiedade e medo. É frequente percebermos o uso de determinados alimentos (sobretudo doces) com a finalidade de mitigar conflitos existenciais que a pessoa considera insolúveis. Desta forma, o alimento pode ser um condutor de afeto, mas torna-se problema quando está substituindo confrontos, rejeições etc. Somos habituados a pensar em comida durante quase todas as horas, todos os dias. Nos fins de semana, almoçar ou jantar fora é programa familiar quase obrigatório para as famílias de todas as classes sociais. Comer não é somente uma questão de subsistência, é um programa social, que revela costumes, posição sócio-econômica, psicologia, educação. Desta forma, aquilo que se come e bebe é tão importante quanto certos



detalhes tais como: quando e onde se come, como se come e com quem se come, além das emoções e sentimentos evocados em qualquer tipo de refeição.

“A necessidade, a curiosidade e a tradição cultural ditam o que comemos mais do que o faz o instinto, e nossos padrões de alimentação nos conectam com o ambiente, tanto como sociedades quanto como indivíduos, de maneira particular” (Jackson, 1999).

As mulheres, muito ou pouco restritivas do ponto de vista alimentar, têm preocupações gerais com relação aos seus corpos e aos tipos de alimentos que consomem. Gattellari & Huon (1997) estudaram o hábito alimentar de 41 mulheres jovens que costumavam fazer dieta, tendo observado que: 1) as comidas tidas como “proibidas” foram associadas com maior prazer, sociabilidade e relaxamento do que as comidas “permitidas”, mas também se mostraram mais carregadas de culpa e ansiedade. As comidas “proibidas” foram consideradas menos saudáveis, mais promotoras de doenças e associadas com sofrimento maior do que as comidas “permitidas”. Isto poderia, segundo as autoras, refletir o fato de que comidas “proibidas” (e frequentemente mais calóricas) tendem a produzir desconforto físico, especialmente se consumidas em grandes quantidades, ou o fato de que comer alimentos “proibidos” causa angústia em mulheres que sentem que necessitam “comer lightly”.

O significado da alimentação:

- Contato bucal com o seio: 1ª conexão de prazer do bebê com o mundo;
- Comer é sinônimo de crescer, fi-

car forte e saudável;

- As refeições são associadas a união, cuidado e carinho;
- A alimentação tem significados que vão além da função nutritiva;
- A alimentação é o “prazer imediato”;
- Serve para aliviar e compensar sentimentos como tristeza, angústia, ansiedade e medo.

O vocábulo “refeição” deriva do latim *refectio*, -onis - refeição, *restauratio*, reparo, recuperação -, por sua vez formado a partir do verbo *reficio*, -feci, -fectum - refazer, restaurar, renovar, reconstruir, reparar. Uma refeição é, então, uma re-feitura, e realizá-la é se refazer, se restaurar. “Restaurante” deriva do francês *restaurant*, termo surgido no século XVI, significando “comida restauradora”. O uso moderno da palavra data de 1765, quando um parisiense chamado *Boulangier* abriu seu estabelecimento.

O Apetite

Segundo Brillat-Savarin (1755-1826), em seu “A Fisiologia do Gosto” (1995), entende-se por essa palavra a primeira indicação da necessidade de comer. “O apetite se anuncia por um certo langor no estômago e uma leve sensação de fadiga”.

“Ao mesmo tempo, a alma se ocupa de objetos análogos às suas necessidades; a memória convoca as coisas que agradaram o gosto; a imaginação julga vê-las; existe nisso algo semelhante ao sonho... O aparelho nutritivo põe-se todo em movimento; o estômago se torna sensível, os sucos gástricos se exaltam, os gases interiores se deslocam com ruído; a boca se enche de saliva e todas as forças digestivas estão em armas, como soldados que apenas aguardam uma

ordem de comando para agir. Mais alguns momentos, têm início movimentos espasmódicos, bocejos, dores no estômago, e se terá fome”.

Por que se Engorda?

Brillat-Savarin (1995) dizia que a primeira causa é a disposição natural do indivíduo: “De cada cem obesos, noventa têm o rosto curto, os olhos e o nariz arredondados”. A segunda e principal causa residiria nas farinhas e féculas que o homem transformou em base da sua alimentação diária. Da mesma forma, “as iguarias açucaradas geralmente se comem quando o apetite natural já está satisfeito, restando apenas aquele outro apetite de luxo provocado por tudo o que a arte culinária tem de mais refinado e tentador”. Uma dupla causa de obesidade resultaria do prolongamento do sono e da falta de exercício. E uma última causa, para ele, consistiria no excesso do comer e do beber: “Já disseram que um dos privilégios da espécie humana é comer sem ter fome e beber sem ter sede; de fato, os animais não podem ter esse privilégio, que nasce da reflexão sobre o prazer da mesa e do desejo de prolongar sua duração”.

Hábitos e Zona de Conforto

Ao procurar evitar situações incômodas, existe uma tendência da pessoa de procurar um lugar seguro e familiar, onde sinta menos dor, medo, insegurança e tédio. Às vezes não basta apenas escapar da dor, existe ainda a procura pelo prazer. E a procura chega a um lugar, que é a “zona de conforto”, composto por costumes habituais e conhecidos, mas que amiúde podem causar dependências e outros problemas psicológicos. Fazem parte da zona de conforto: comidas doces, cigarros, álcool, drogas, compras excessivas, dormir demais, uso excessi-

vo de celular, de computador (jogar paciência), televisão (ficar zapeando sem objetivo, sem assistir nada, sem prestar atenção, só para descarregar ansiedade). Para manter a zona de conforto às vezes aparece mais um comportamento complicador: a necessidade de agradar, de atender as expectativas dos outros. Por exemplo, beber para agradar, comer para agradar. Isto fica particularmente complicado quando se faz parte de uma família “engordativa”, dada a festas frequentes e com mesa farta.

A Obesidade

Do ponto de vista psicológico, a obesidade é uma forma inadequada de usar a função alimentar, na tentativa de camuflar problemas que vão se tornando tão insolúveis, a ponto de gradativamente reduzirem-se as opções de vida. A pessoa obesa quer ser confortada, encorajada, compreendida em sua vontade de comer sem limites, em seu desejo de alcançar o prazer sem amargar o desprazer (Lieberman, 1994). Ela utiliza a comida também para uma troca de mensagens com o ambiente: come para mostrar, provar, evitar, controlar, reprimir alguma coisa. Além disso, não consegue manter o sentido de responsabilidade a respeito de seu próprio corpo, daí a recorrência do ciclo engorda/emagrece.

As pessoas obesas têm comportamentos comuns: comem escondido, minimizam as calorias e jamais admitem a própria gula; passam da abstinência absoluta para a voracidade com grande rapidez. Estão sempre “em dieta” ou pretendem começá-la na “próxima segunda-feira”.

As facilidades da vida moderna aumentam o número de obesos, pois as pessoas comem na hora em que têm vontade: a comida está dispo-

nível durante o ano todo e o espaço entre as refeições tem diminuído sensivelmente. A alimentação atual é muito rica em gorduras. Consome-se muito mais a chamada “fast food” e, pior ainda, a “junk food”. Além disso, nota-se a diminuição progressiva da atividade física cotidiana, à custa de televisão, videogame, elevador, carro, computador, o sedentarismo em geral.

A parte psicológica dos *food cravings* (fissuras alimentares) origina-se, com frequência, de:

- Estresse, tensão, ansiedade, medo, impaciência;
- Depressão ou melancolia;
- Cansaço e falta de energia;
- Necessidades não satisfeitas de alegria, jogo, excitação, ou recreação; trabalho excessivo e pouco divertimento;
- Desejo por amor, afeto, romance, ou satisfação sexual;
- Raiva, ressentimento, amargura, ou frustração;
- Sensação de vazio, insegurança, ou um desejo de conforto.

Obesidade e Televisão

Assistir televisão é a terceira atividade mais consumidora de tempo nos Estados Unidos, após trabalhar e dormir (Dietz, 1990). O tempo passado assistindo televisão foi positivamente associado com risco de obesidade e diabetes em mulheres (Hu, Li et al, 2003). Além disso, o tempo usado para ver televisão está significativamente correlacionado com o conteúdo gorduroso do corpo (body fat content) (Jeffrey & French, 1998). Observou-se ainda que o *snacking* entre refeições aumenta enquanto se assiste televisão (Del Toro & Greenberg, 1989).

Em uma amostra de 78 estudantes (64 mulheres e 14 homens), com

idade média de 22 anos e IMC médio de 24.7, Stroebele & Castro (2004) mostraram que assistir televisão estava associado com aumento da frequência alimentar e, como resultado, com aumento da ingestão diária de energia. Os participantes comiam mais frequentemente nos dias em que a TV ficava ligada, quase uma refeição adicional (3.53 versus 2.76 refeições). Este efeito ocorreu independentemente do dia da semana e da hora do dia. Além disso, a quantidade de comida ingerida estava relacionada com o tempo gasto vendo TV. Os resultados indicaram que assistir televisão está associado com aumento de frequência das refeições e, como resultado, aumento da ingestão diária total.

Ambiente Obesogênico

É o ambiente promotor de obesidade. Ele promove o acesso amplo e facilitado a alimentos de alta densidade energética, repletos de carboidratos e gorduras e pobres em micronutrientes.

Algumas famílias são obesogênicas, na medida em que desconhecem ou desprezam regras de alimentação saudável e de prática de atividades físicas.

O ambiente obesogênico pode, inclusive, estar relacionado às eventuais companhias: a presença de outras pessoas pode proporcionar aumento da quantidade de alimento consumida e do teor calórico total da refeição.

“Facilitação social”: em grupo, pode ocorrer maior desinibição da pessoa, acrescida de maior duração das refeições (com conseqüente maior exposição aos alimentos calóricos, comuns, por exemplo, em bares). E quanto maior o número de pessoas presentes, maior a quantidade de comida e bebida consumidas.

Rotina Obesogênica

A rotina diária da mulher é (ou pode ser) extremamente desgastante em dois tipos de situação. Uma delas diz respeito à dona de casa (que não trabalha fora), e que tem uma rotina frequentemente tediosa, pois suas funções não passam de realização das tarefas domésticas (lavar, passar, cozinhar) e cuidar das crianças; ninguém costuma valorizar seu esforço, e, além disso, não tem nada para contar (ao marido, por exemplo) no final do dia, pois os eventos são normalmente repetitivos e pouco ou nada emocionantes. É uma das profissões mais “engordativas” que existem (Kaufman, 1993): pouco valorizada, mal recompensada, às vezes desprezada, é na cozinha que ela se refugia para armar suas trincheiras contra o tédio, a depressão e o amargo sentimento crônico de inutilidade. Se o casamento não lhe fornece a sonhada gratificação sexual e afetiva, recorre à comida no papel de substituto.

O outro tipo de desgaste pela rotina tem a ver com a mulher que trabalha fora de casa, uma executiva, por exemplo: ela tem que fazer frente a uma série de grandes responsabilidades, praticamente sem intervalos, sendo que às vezes o próprio almoço é feito ao lado do computador ou no restaurante, o tal “almoço de negócios”, que é mais uma “zona de tensão”, e onde amiúde não é fácil lembrar-se de dieta, de contagem de pontos, de aspectos emocionais etc. A este respeito, a psicanalista argentina Liliana Saslavski (1996) comenta as demandas feitas à mulher moderna:

- *Ser eternamente adolescentes, mas ao mesmo tempo ser mães adultas; ser fisicamente jovens, mas com a experiência da maturidade; mostrar um corpo esbelto, bonito, atra-*

ente e ao mesmo tempo serem inteligentes, hábeis, astutas; ser sexies e passionais e ao mesmo tempo autocontroladas; brindar uma imagem hedonista e ao mesmo tempo de autodisciplina são, em síntese, algumas das demandas contraditórias que são feitas à mulher moderna. Como aceder a estas ordens da cultura?

A rotina do homem pode também envolver trabalhos pouco apropriados à criatividade: burocratas em geral, cujas funções são monótonas e repetitivas, de modo que o horário do lanche é o mais esperado do dia.

Obesidade e Sexualidade

Dentre os vários problemas decorrentes do fato de ser obeso(a), percebemos que são atingidas áreas sensíveis, como infidelidade, insatisfação sexual, raiva, e, a coisa mais importante e dolorosa, o medo de ser um fracasso como pessoa.

Algumas mulheres fazem uma ligação inconsciente entre comer doce e o prazer sexual. Elas falam, entre sérias e irônicas, em “orgasmo gastronômico”, ao se referirem aos prazeres proporcionados por suas comidas prediletas (Lowen, 1979).

Ainda segundo Lowen (1979), existe relação entre comer exageradamente e sentir frustração sexual. Nem todas as pessoas sexualmente frustradas comem exageradamente, mas o inverso é verdadeiro: as que comem de forma compulsiva não se sentem sexualmente gratificadas (com sensação de plenitude, calma e satisfação). A pessoa sexualmente realizada tem um contato satisfatório com seu corpo, percebe as suas necessidades e procura racionalmente atendê-las.

A autonegação do prazer leva a pessoa a rejeitar seu corpo e a reduzir

a uma dependência infantil em relação à comida, que passa a ser a única forma de satisfação corporal. Outras maneiras não saudáveis de descarregar as frustrações são os atos delinquentes, o alcoolismo, o uso de drogas, a promiscuidade sexual etc.

Várias mulheres, ao se tornarem adultas, engordam com medo de serem transformadas em objetos sexuais; algumas ficam obesas, como forma de neutralizar sua identidade sexual perante as outras pessoas; para estas, o peso constitui-se uma proteção, por trás da qual se escondem (Kaufman, 1993).

Engordar após o casamento é um fato bastante comum; é extremamente raro ver um casal que caiba nas roupas da lua-de-mel após alguns anos das bodas. Sentindo-se mais segura por considerar-se “garantida”, a mulher abandona os sacrifícios do regime restritivo para “premiar-se” com as guloseimas que aprecia, mas era obrigada a privar-se anteriormente.

Além da parte sexual propriamente dita, as relações conjugais frequentemente são insípidas, sem sabor, ou tornam-se dramaticamente infernais. Insípidas, quando o relacionamento é vivido no clima do faz-de-conta; infernais, quando os parceiros colocam-se mutuamente exigências difíceis de serem atendidas (Perera, 1985).

Às vezes, o peso da mulher é o principal assunto de sua vida conjugal. Pode até acontecer de ela não emagrecer como forma de demonstrar resistência à vontade do marido. É claro que seu corpo se transforma num campo de batalha, mas esta mulher parece estar querendo se convencer de que é melhor ser “gorda e independente” do que “magra e submissa”.

A insatisfação conjugal pode chegar a um ponto em que as carências emocionais e sexuais são confundidas com a fome física, e assim podem ser atendidas concretamente, ainda com a vantagem de não depender de ninguém (como o marido) para se satisfazer. “Um mau casamento é tão engordativo como um sundae com calda de chocolate” (Stuart & Jacobson, 1990).

Muitas mulheres, de forma consciente ou inconsciente, engordam como tentativa de inibir o desejo sexual do marido e também o seu próprio interesse sexual. Isto ocorre, sobretudo, em três tipos de situações: quando o marido é muito gordo e sua obesidade causa repugnância à mulher; quando a vida sexual do casal torna-se extremamente rotineira e monótona; e quando o marido é desinteressado sexualmente. Engordar, para manter o marido à distância e evitar o sexo, curiosamente não acontece nos casamentos mais infelizes (nos quais é mais fácil dizer “não!”, além de que os maridos também já não estão interessados em sexo), mas nos casamentos mediana-

mente infelizes, onde a estabilidade da relação parece ser mais importante do que o amor-próprio e do que o próprio corpo. É principalmente nestas mulheres - desassistidas afetiva e sexualmente - que podemos observar como o lado feminino erótico e lúdico fica compactado dentro da gordura e da excessiva massa corporal (Kaufman, 1993).

Há mulheres que engordam muito a partir da gravidez, não só pelas questões hormonais envolvidas, mas porque psicologicamente trocam o “papel de mulher” pelo “papel de mãe”, isto é, a mãe deve permanecer “o mais virgem possível”, e engordar é uma forma de manter essa “virgindade”.

Grande parte dos homens também engorda após o casamento, devido a uma vida mais sedentária, relaxamento de interesses e também por um padrão de sincronicidade com a esposa.

Resumindo, o excesso de peso pode oferecer estes “benefícios” à mulher obesa:

- uma maneira de exprimir (ou reprimir) raiva;

- proteção contra ameaças sexuais;
- proteção contra o sexo extraconjugal;
- proteção contra o risco de fracassar;
- sensação de vitória na luta contra o poder masculino.

Tratamento

Além dos fatores genéticos e metabólicos facilitadores do aparecimento da obesidade, os “ingredientes” mencionados neste trabalho pretendem mostrar o grande número de questões – muitas delas difíceis de serem detectadas em uma consulta médica e/ou em uma consulta nutricional – subjacentes aos atos, aparentemente simples, de comer e beber. Talvez se possa, até, falar em “obesidades” ao invés de “obesidade”.

Para uma doença tão multifatorial é necessário, portanto, um longo tratamento interdisciplinar, que possa promover o emagrecimento e, sobretudo, a manutenção do peso baixo, uma vez que a manutenção é, amiúde, mais difícil de ser bem sucedida do que o próprio processo de emagrecimento. •

Referências Bibliográficas:

1. Brillat-Savarin J-A (1995). A fisiologia do gosto. São Paulo: Companhia das Letras.
2. Del Toro W & Greenberg BS (1989). Television commercials and food orientations among teenagers in Puerto Rico. *Hispanic Journal of Behavioral Science* 11, 168-177.
3. Dietz WH (1990). You are what you eat - what you eat is what you are. *Journal of Adolescent Health Care* 11, 76-81.
4. Gattelari M & Hun GF (1997). Associações positivas e negativas, de mulheres com restrição e sem restrição, a respeito de alimentos específicos e partes específicas do corpo. *Int J Eat Disord*, 21, 377-383.
5. Hu FB, Li TY, Colditz GA, Willet WC & Manson JE (2003). Television watching and other sedentary behaviors in relation to risk of obesity and type 2 diabetes mellitus in women. *Journal of the American Medical Association* 289, 1785-1791.
6. Jackson W (1999). Alimento e transformação. São Paulo: Paulus.
7. Jeffrey SW & French AS (1998). Epidemic obesity in the United States: Are fast foods and television viewing contributing? *American Journal of Public Health*, 88, 277-280.
8. Kaufman A (1993). Obesidade feminina e sexualidade. In Cordás TA (Org.), *Fome de cão* (pp. 83-93), São Paulo: Maltese.
9. Liberman M (1994). Obesidade e mitos: O feminino posto em questão. *Junguiana*, 12, 34-47.
10. Lowen A (1979). *O corpo traído*. São Paulo: Summus.
11. Perera SB (1985). *Caminho para a iniciação feminina*. São Paulo: Paulinas.
12. Saslavski LC (1996). Bulimia, anorexia nervosa... ¿Enfermedades de la cultura? In: Beker E, Benedetti C & Goldvarg N *Anorexia, bulimia y otros trastornos de la conducta alimentaria*, Buenos Aires: Atuel, 37-54.
13. Stroebele N & de Castro JM (2004). Television viewing is associated with an increase in meal frequency in humans. *Appetite* 42 (1), 111-113.
14. Stuart R & Jacobson B (1990). *Peso, sexo & casamento*. São Paulo: Saraiva.

Profilaxia de Tromboembolismo Venoso em Pacientes Submetidos à Cirurgia Bariátrica

Jaime Arthur Pirola Krüger, Roberto de Cleva, Marco Aurelio Santo, Denis Pajacki, Ivan Cecconello - Unidade de Cirurgia Bariátrica e Metabólica; Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo; Hospital das Clínicas da FMUSP.

Introdução

Tromboembolismo venoso (TEV) envolve a associação de duas condições clínicas, a trombose venosa profunda (TVP) e o tromboembolismo pulmonar (TEP). A ocorrência destes eventos é uma das mais importantes complicações no período pós-operatório devido à morbidade e mortalidade decorrentes¹⁻³.

A recomendação rotineira de profilaxia é eficaz e estudos clínicos bem desenhados definiram o papel da profilaxia, mecânica ou química, do TEV e indiretamente das suas consequências⁴⁻⁶.

As operações realizadas em pacientes obesos mórbidos apresentam risco especial de eventos tromboembólicos. A simples associação de cirurgia de grande porte e obesidade determina um risco moderado destes eventos³. Cerca de metade dos cirurgões bariátricos já perderam pacientes com embolia pulmonar fatal^{7,8}. Não obstante, a cirurgia bariátrica é realizada frequentemente em pacientes com outras condições

trombogênicas, tornando imperativa a necessidade de medidas preventivas nestes pacientes^{9,10}.

Incidência

A ocorrência de TEV é significativa na população geral, levando a cerca de 250.000 internações/ano nos Estados Unidos. A embolia pulmonar tem curso clínico potencialmente grave, atingindo 17% de mortalidade e 33% de síndrome pós-trombótica^{1-3,11-15}. Felizmente, com as medidas preventivas atualmente disponíveis, a ocorrência de TEV em obesos operados fica abaixo de 1% na maioria dos serviços especializados¹⁶⁻²⁴.

Fatores de Risco

Quando avaliados os pacientes vítimas de TEV, observam-se inúmeros fatores presentes na gênese desta complicação. Há fatores importantes como idade, presença de neoplasia, TVP prévia, uso de hormonioterapia (contraceptivos orais e reposição hormonal) que podem não possuir relação direta com o pacien-

te da cirurgia bariátrica e metabólica¹⁻³. Porém, há evidências concretas de aumento de risco de TEV nos pacientes obesos (risco até 3 vezes maior), naqueles com histórico de cirurgia recente e em pacientes portadores de condições pró-inflamatórias, situação na qual a adiposopatia se encontra. Dessa maneira vemos que o obeso candidato à cirurgia apresenta condições intrínsecas propícias à ocorrência de complicações tromboembólicas^{9,29,30}.

Como Evitar

1º passo: Profilaxia Mecânica

Representa elemento fundamental na prevenção de TEV^{8,20,22-24}. Sua ação é tão importante que há serviços que a tem como elemento único, dispensando a prevenção química²¹. É baseada nos seguintes passos:

- Uso de contenção mecânica (meias elásticas) e contração passiva dos membros inferiores (sistemas pneumáticos intermitentes);
- Mobilização passiva e ativa orientada e assistida por fisioterapeuta.

- Deambulação precoce, preferivelmente no mesmo dia da operação, e estímulo à mobilização durante toda a internação;

Essas medidas são eficazes e de risco/morbidade desprezíveis. Mesmo com sua utilização, há estudo que demonstra que a aplicação de meia elástica no paciente obeso tem menos eficácia da contenção mecânica se comparado a outros pacientes, ainda mais se considerarmos que as intervenções cirúrgicas em obesos transcorrem com o paciente em posição de Trendelenburg reverso e com a realização de pneumoperitônio, condições que dificultam o retorno venoso. Esse quadro provoca estase venosa nos membros inferiores, facilitando a ocorrência de trombose. Comumente associam-se outras medidas para ampliar a eficácia da prevenção²⁸.

2º passo: Profilaxia Química

Também amplamente empregada, deve ser associada às medidas mecânicas. Como já citado anteriormente,

te, é medida eficaz e tem seu emprego justificado pelo grande risco de TEV apresentado pelos pacientes obesos.

A terapia é baseada no uso de heparina não fracionada e de heparinas de baixo peso molecular. Os protocolos de administração destas medicações ainda são amplamente variáveis entre as instituições^{7,8,19,20,22-24,27}.

3º passo: Filtro de Veia Cava

Medida profilática invasiva, tem indicação estrita de emprego. É reservada para pacientes com risco muito aumentado de embolia pulmonar, com as seguintes características^{20,22,25,26}:

- Índice de massa corpórea acima de 60 Kg/m²
- Sexo masculino
- Histórico de TEV e TEP
- Portadores de trombofilias

Esse grupo especial de risco também necessita das demais medidas profiláticas e, devem ser consideradas condutas otimizadas, tais como utilização de infusão contínua de heparina em bomba²⁴.

A Rotina

Atualmente, a maioria dos serviços opta por dois métodos de prevenção química. Pode-se utilizar a aplicação de heparina não fracionada, 10.000 a 15.000 unidades/dia divididas em 2 ou 3 aplicações. Há também aqueles que empregam heparinas de baixo peso molecular, divididos em 1 a 2 aplicações diárias (Enoxaparina 30 – 40 mg 1 ou 2x/dia). Geralmente a primeira dose é dada já no intraoperatório, visando atingir concentrações terapêuticas ao fim da cirurgia^{7,8,19,20,22-24,27}.

Onde Devemos Melhorar

1: Profilaxia Mecânica

Apesar da grande aceitação e da sua eficácia, ainda restam perguntas quanto a melhor forma de oferecer prevenção mecânica aos pacientes. As medidas de mobilização e uso de meias elásticas parecem bem estabelecidas, porém o uso de compressão intermitente ainda deixa margem à discussão. Não se sabe se deve ser mantida no pós-operatório, e se mantida, por quanto tem-

As complicações tromboembólicas no pós-operatório de cirurgia bariátrica são eventos potencialmente fatais, que ocorrem sem pródromo clínico, sendo a profilaxia a melhor conduta.

po. Além disso, qual a melhor forma de fazê-lo, se apenas com compressão da panturrilha ou com ação em todo membro inferior? Estas questões ainda aguardam esclarecimento.

2: Infusão Contínua de Heparina

A absorção das heparinas aplicadas no tecido subcutâneo pode ocorrer de forma errática^{31,32}. Deste modo, há autores que advogam a utilização de heparina endovenosa em bomba de infusão contínua, reduzindo os vieses de absorção. Recomenda-se uma dose de cerca de 400 U/h com intuito profilático (doses acima de 1000 U/h apresentam expressiva alteração de atividade anti-fator Xa, devendo ser aplicadas em situações com propósito terapêutico). Esta forma de

administração agrega regularidade à dose infundida, utiliza medicamento com antagonista conhecido (protamina) e se mostrou custo-efetiva²⁴. É uma via de aplicação à qual a maioria dos médicos está pouco habituada e há pouca experiência divulgada na literatura, porém aparenta ser interessante e merece mais estudos. Tem o inconveniente de ser de uso intra-hospitalar estrito.

3: Prevenção Prolongada

São efetivas na prevenção de TEV e precisam ser mais bem avaliadas. Ainda não se sabe quais são os pacientes que se beneficiariam de doses aumentadas e qual o tempo ideal de manutenção, se somente até deambulação plena, se até alta hospitalar

ou se devemos prolongar a aplicação até o período domiciliar²⁷.

Conclusão

As complicações tromboembólicas no pós-operatório de cirurgia bariátrica são eventos potencialmente fatais, que ocorrem sem pródromo clínico, sendo a profilaxia a melhor conduta.

Deve-se optar pela associação de medidas mecânicas e químicas como rotina no perioperatório destes pacientes, alcançando assim redução expressiva na ocorrência destas complicações. Ainda são necessários estudos mais detalhados para melhorar os resultados dessa prevenção, respondendo às questões acima levantadas. •

Referências Bibliográficas:

1. Goldhaber SZ, Tapson VF. A Prospective registry of 5,451 patients with ultrasound-confirmed deep vein thrombosis. *Am J Cardiol* 2004; 93: 259 – 262.
2. Ishida K, Masuda M. Review of acute pulmonary embolism in a general hospital. *Surg Today* 2007; 37: 740 – 744.
3. Kim V, Spandorfer J. Epidemiology of venous thromboembolic disease. *Emerg Med Clin North Am* 2001; 19: 839 – 859.1.
4. Gould MK, Dembitzer AD, Doyle RL, Hastie TJ, Garber AM. Low-molecular-weight heparins compared with unfractionated heparin for treatment of acute deep venous thrombosis: a meta-analysis of randomized, controlled trials. *Ann Intern Med* 1999; 130: 800 – 809.
5. Gould MK, Dembitzer AD, Sanders GD, Garber AM. Low-molecular-weight heparin for treatment of acute deep venous thrombosis: a cost-effectiveness analysis. *Ann Intern Med* 1999; 130: 789 – 799.
6. Decousus H, Leizorovicz A, Parent F, Page Y, Tardy B, Girard P, Laporte S, Faivre R, Charbonnier B, Barral FG, Huet Y, Simonneau G. A clinical trial of vena caval filters in the pre-

- vention of pulmonary embolism in patients with proximal deep-vein thrombosis. Prevention du Risque d'Embolie Pulmonaire par Interruption Cave Study Group. *N Engl J Med* 1998; 338: 409 – 415.
7. Wu EC, Barba CA. Current practices in the prophylaxis of venous thromboembolism in bariatric surgery. *Obesity Surgery* 2000; 10: 7 – 14.
 8. Cotter SA, Cantrell W, Fisher B, Shopnick R. Efficacy of Venous thromboembolism prophylaxis in morbidly obese patients undergoing gastric bypass surgery. *Obesity Surgery* 2005; 15: 1316 – 1320.
 9. Goldhaber SZ, Grodstein F, Stampfer MJ, Manson JE, Colditz GA, Speizer FE, Willett WC, Hennekens CH. A prospective study of risk factors for pulmonary embolism in women. *JAMA* 1997; 277: 642 – 645.
 10. Hamad GG, Choban PS. Enoxaparin for Thromboprophylaxis in morbidly obese patients undergoing bariatric surgery: findings of the prophylaxis against VTE outcomes in bariatric surgery patients receiving Enoxaparin (PROBE) Study. *Obesity Surgery* 2005; 15: 1368 – 1374.
 11. Anderson FA Jr, Wheeler HB, Goldberg RJ, Hoismer DW, Patwardhan NA, Jovanovic B, Forcier A, Dalen JE. A population-based perspective of the hospital incidence and case-fatality rates of deep vein thrombosis and pulmonary embolism. The Worcester DVT Study. *Arch Intern Med* 1991; 151: 933 – 938.
 12. Moser KM, Fedullo PF, Littejohn JK, Crawford R. Frequent asymptomatic pulmonary embolism in patients with deep venous thrombosis. *JAMA* 1994; 271: 223 – 225.
 13. Meignan M, Rosso J, Gauthier H, Brunengo F, Clawdel S, Sagnard L, d'Azemar P, Simonneau G, Charbonnier B. Systematic lung scans reveal a high frequency of silent pulmonary embolism in patients with deep venous thrombosis. *Arch Intern Med* 2000; 160: 159 – 164.
 14. Goldhaber SZ, Visani L, De Rosa M. Acute pulmonary embolism: clinical outcomes in the International Cooperative Pulmonary Embolism Registry (ICOPER). *Lancet* 1999; 353: 1386 – 1389.
 15. Geerts WH, Heit JA, Clagett GP, Pineo GF, Colwell CW, Anderson FA, Wheeler HB. Prevention of venous thromboembolism. *Chest* 2001; 119(suppl 1): 132S – 175S.
 16. Westling A, Bergqvist D, Bostrom A. Incidence of deep venous thrombosis in patients undergoing obesity surgery. *World J Surg* 2002; 26: 470 – 473.
 17. Eriksson S, Backman L, Ljungstrom KG. The incidence of clinical postoperative thrombosis after gastric surgery for obesity during 16 years. *Obes Surg* 1997; 7: 332 – 335.
 18. Melinek J, Livingston E, Cortina G. Autopsy findings following gastric bypass surgery for morbid obesity. *Arch Pathol Lab Med* 2002; 126: 1091 – 1095.
 19. Shepherd MF, Rosborough TK, Schwartz ML. Heparin thromboprophylaxis in gastric bypass surgery. *Obes Surg* 2003; 13: 249 – 253.
 20. Sapala JA, Wood MH, Schuknecht MP, Sapala MA. Fatal pulmonary embolism after bariatric operations for morbid obesity: A 24-Year Retrospective Analysis. *Obesity Surgery* 2003; 13: 819 – 825.
 21. Gonzalez QH, Tishler DS, Plata-Munoz JJ, Bondora A, Vickers SM, Leath T, Clements RH. Incidence of clinically evident deep venous thrombosis after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass. *Surg Endosc* 2004; 18: 1082 – 1084.
 22. Stroh C, Birk D, Flade-Kuthe R, Frenken M, Herbig B, Höhne S, Köhler H, Lange V, Ludwig K, Matkowitz R, Meyer G, Pick P, Horbach T, Krause S, Schäfer L, Schlensak M, Shang E, Sonnenberg T, Susewind M, Voigt H, Weiner R, Wolff S, Wolf AM, Schmidt U, Meyer F, Lippert H, Manger T, Study Group Obesity Surgery. Evidence of thromboembolism prophylaxis in bariatric surgery — Results of a quality assurance trial in bariatric surgery in Germany from 2005 to 2007 and review of the literature. *Obes Surg* 2009; 19: 928 – 936.
 23. Brasileiro AL, Miranda Jr F, Ettinger JEMTM, Castro AA, Pitta GBB, Moura LK, Ázaro E, Moura ML, Mello CAB, Fabel E, Figueiredo LFP. Incidence of lower limbs deep vein thrombosis after open and laparoscopic gastric bypass: A prospective study. *Obes Surg* 2008; 18: 52 – 57.
 24. Quebbemann B, Akhondzadeh M, Dallal R. Continuous intravenous heparin infusion prevents peri-operative thromboembolic events in bariatric surgery patients. *Obesity Surgery* 2005; 15: 1221 – 1224.
 25. Keeling WB, Haines K, Stone PA, Armstrong PA, Murr MM, Shames ML. Current indications for preoperative inferior vena cava filter insertion in patients undergoing surgery for morbid obesity. *Obesity Surgery* 2005; 15: 1009 – 1012.
 26. SnyderJM. Prophylactic vena caval filters. *Obesity Surgery* 2005; 15: 1356 – 1357.
 27. Ojo P, Asiyabola B, Valin E, Reinhold R. Post Discharge Prophylactic Anticoagulation in Gastric Bypass Patient—How Safe? *Obes Surg* 2008; 18: 791 – 796.
 28. Nguyen NT, Cronan M, Braley S. Duplex ultrasound assessment of femoral venous flow during laparoscopic and open gastric bypass. *Surg Endosc* 2003; 17: 285 – 290.
 29. Lumeng CN, Saltiel AR. Inflammatory links between obesity and metabolic disease. *J Clin Invest*. 2011; 121(6): 2111 – 2117.
 30. Bays HE, Laferre B, Dixon J, Aronne L, Gonzalez-Campoy JM, Apovian C, Wolfe BM, The adiposopathy and bariatric surgery working group. Adiposopathy and bariatric surgery: is 'sick fat' a surgical disease? *Int J Clin Pract* 2009; 63(9): 1285 – 1300.
 31. Blaszyk H, Wollan PC, Witkiewicz AK et al. Death from pulmonary thromboembolism in severe obesity: lack of association with established genetic and clinical risk factors. *Wircnows Arch* 1999; 434: 529 – 532.
 32. Sanderink CJ, Le Liboux A, Jariwala N et al. The pharmacokinetics and pharmacodynamics of enoxaparin in obese volunteers. *Clin Pharmacol Ther* 2002; 72: 308 – 318.

Os Pilares do Tratamento Contra a Obesidade

Claudia Cozer – Doutora em Endocrinologia pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; membro da Diretoria da ABESO.

Fernanda Pisciolaro – Nutricionista do Ambulatório de Transtorno Alimentar (Ambulim) do Hospital das Clínicas da FMUSP; membro do Departamento de Psiquiatria e Transtornos Alimentares da ABESO.

Colaboração de JCL.

Tratar pacientes com sobrepeso e obesidade é um desafio para médicos, nutricionistas, psicólogos e, até mesmo, para o próprio indivíduo. Os profissionais da área lidam com uma patologia complexa, de etiologia múltipla e que necessita, muitas vezes, de uma equipe multidisciplinar para sua abordagem e controle. Dedicção por parte do paciente para mudar seus hábitos e adquirir maior disciplina nessa área também são fatores necessários.

Os pacientes lutam constantemente contra tentadores fatores ambientais que auxiliam no ganho de peso. Um exemplo disso é a alimentação calórica que, embora muito palatável, é pobre em fibras e contém um alto teor de carboidratos. Elementos genéticos, como a tendência familiar à obesidade, e hormonais, como a menopausa, a andropausa, o envelhecimento e o tratamento para fertilização, também facilitam o acúmulo de gordu-

ra. Além disso, o crescente sedentarismo e o stress no dia a dia, que possibilitam, em muitas pessoas, a ocorrência de momentos de compulsão e descontrole alimentar. Outro aspecto importante são as emoções que estão fortemente vinculadas ao ato de comer exagerado - em geral, sentimentos de prazer, alegria, revolta, angústia e solidão - e podem proporcionar ganho de peso.

A redução de peso se dá através do controle, e não da proibição. O paciente deve entender que não é possível comer tudo o que sente vontade, na quantidade e com a frequência desejada uma vez que, com o tempo, o metabolismo do corpo tende a diminuir. Portanto, não é necessário que ele deixe de consumir o que gosta, somente que modere na quantidade e na frequência daquilo que come. Assim, a reeducação alimentar pode ser fragmentada em três importantes pilares.

1) Comer com Consciência – Prestar atenção nas escolhas e quantidades do que se come propicia ao paciente adquirir maior atenção aos sinais da saciedade. A percepção é importante para prevenir o automatismo na hora de comer: ao notar o exagero, é possível ajustar e compensar em uma próxima refeição. Por exemplo, ao sair de uma festa com a consciência de quantos salgados e doces consumiu e de quantas taças de vinho tomou auxilia a estabelecer um limite.

O ato de não ter controle em relação ao que come é chamado de compulsão, existente em vários graus e, muitas vezes, há a necessidade de uma ajuda medicamentosa para o indivíduo conseguir realizar esse controle. Embora exista o moderador de apetite, o paciente precisa desenvolver essa habilidade e tornar-se, assim, autosuficiente e continuar a respeitar o limite após parar com o medicamento, servindo este



apenas como uma ajuda temporária. Comer com consciência não discute quantidade e sim atenção no ato de se servir.

2) Respeitar a Saciedade – Notar quando se está satisfeito auxilia no controle dos impulsos. O paciente deve questionar a si mesmo: “será que há realmente uma necessidade fisiológica de repetir o prato?”, pois da mesma forma que se percebe quando se tem sono ou necessidade de ir ao banheiro, a pessoa precisa desenvolver uma sensibilidade maior em relação à sensação de fome ou saciedade.

Ao sentir-se saciado, o ideal é parar de comer, mesmo que o alimento seja extremamente palatável. Apesar de essa ação requerer grande força de vontade, permite um maior controle sob a quantidade que se come. Saber parar de comer e passar a vontade de repetir, ou mesmo de não comer com frequência produtos ca-

lóricos é fundamental para reduzir o peso. Respeitar a saciedade intenciona o indivíduo a se impor limites, impor horários para suas refeições e lanches.

3) Manter a Porção – Este é o último pilar. O estômago, por ser um órgão elástico, possui uma espécie de “memória”. Assim, comer sempre o mesmo volume de alimento faz com que ele se adapte a essa quantidade, auxiliando, portanto, no controle da fome. Sendo assim, pessoas que estão realizando uma dieta não devem exagerar na quantidade, seja quando comem alimentos pouco calóricos, como quando fazem uma extravagância. Estabelecer um volume e respeitá-lo na hora de se alimentar permite modular a saciedade para essa quantidade específica. Manter a porção impõe controle sobre o volume ingerido.

Sendo assim, esses aspectos de comportamento devem ser gradati-

vamente incluídos no dia a dia para evitar o ganho de peso. Trabalhar a reeducação alimentar significa destruir o conceito de que a dieta representa o fim dos prazeres, uma prisão e monotonia alimentar. O regime é o ajuste e controle pessoal do ato de comer.

Perder peso é um investimento. Embora pareça distante devido à luta contra vários fatores - como a genética, o metabolismo próprio e uma série de neurotransmissores e hormônios que fazem parte dessa sinalização interna - com o tempo vai ficando cada vez mais próximo e mais real. Imaginar um tratamento que obtenha um resultado satisfatório em curto prazo e com pouco esforço é estar fadado ao fracasso e decepção. Enquanto o paciente não se convencer de que precisa reorganizar sua vida e a forma como lida com a alimentação não irá obter e nem manter o peso esperado. Com dedicação e disciplina o peso ideal pode se tornar uma realidade.

JANEIRO 2013

VII Reunión Diabetes y Obesidad

Data: 24 e 25

Local: Valladolid, Espanha

Informações: www.congresos-medicos.com/congresos/endocrinologia-y-nutricion/

Clinical Pearls in Medicine Cardiology, Endocrinology + Infectious Diseases

Data: 20/01 a 03/02

Local: Singapore, Singapur

Informações: www.congresos-medicos.com/congresos/endocrinologia-y-nutricion/

FEVEREIRO 2013

Excellence in Diabetes (EID)

Data: 6 a 9

Local: Istanbul, Turquia

Informações: www.congresos-medicos.com/congresos/endocrinologia-y-nutricion/

MARÇO 2013

Simpósio de Tireoide e Paratireoide

Data: 16

Local: The Royal Palm Plaza Hotel, Campinas, SP

Informações: www.growup-eventos.com.br

The 11th London International Eating Disorders Conference

Data: 19 a 21

Local: Londres, Reino Unido

Informações: www.congresos-medicos.com/congresos/endocrinologia-y-nutricion/?pag=2

XV Latin American Thyroid Congress

Data: 20 a 23

Local: Florianópolis, SC

Informações: www.growup-eventos.com.br

ABRIL 2013

EndoCardio 2013 – Curso de Atualização em Endocrinologia Cardiometabólica

Data: 5 e 6

Local: Rio de Janeiro

Informações: www.growup-eventos.com.br

XXV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Diabetes SED

Data: 11 a 13

Local: Sevilla, Espanha

Informações: www.congresos-medicos.com/congresos/endocrinologia-y-nutricion/?pag=2

Advances in Diabetes and Insulin Therapy - ADiT 2013

Data: 11 a 14

Local: Sofia, Bulgária

Informações: www.congresos-medicos.com/congresos/endocrinologia-y-nutricion/?pag=2

ECE 2013 - 15th European Congress of Endocrinology

Data: 27/4 a 1/5

Local: Copenhagen, Dinamarca

Informações: <http://www.ece2013.org/>

MAIO 2013

28 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral

Data: 7 a 10

Local: Oviedo, Espanha

Informações: www.congresos-medicos.com/congresos/endocrinologia-y-nutricion/?pag=2

20th European Congress on Obesity (ECO2013)

Data: 12 a 15

Local: Liverpool, Reino Unido

Informações: www.congresos-medicos.com/congresos/endocrinologia-y-nutricion/?pag=2

X Congresso Paulista de Endocrinologia e Metabologia

Data: 16 a 18

Local: São Paulo, SP

Informações: www.copem2013.com.br

V Congreso IFSO Latinoamericano de Cirugía Bariátrica y Metabólica

Data: 21 a 24

Local: Cusco, Peru

Informações: www.ifsocusco2013.com

XV Congresso Brasileiro de Obesidade e Síndrome Metabólica - CBOSM

Data: 30/5 a 01/6

Local: Curitiba, PR

Informações: www.ccmew.com

JUNHO 2013

ENDO 2013

Data: 15 a 18

Local: San Francisco, EUA

Informações: www.endo-society.org/Endo-2013-san-francisco.html

JULHO 2013

The Epidemic of Obesity: Management and Prevention

Data: 19 a 21

Local: Washington, EUA

Informações: <http://www.congresos-medicos.com/congresos/endocrinologia-y-nutricion/?pag=2>

AGOSTO 2013

Diacor 2013

Data: 9 e 10

Local: São Paulo, SP

Informações: www.growup-eventos.com.br

CBAEM 2013

Data: 21 a 24

Local: Natal, RN

Informações: www.growup-eventos.com.br