

# Evidências em Obesidade

nº 71 - setembro/outubro 2014

Uma publicação da



Associação Brasileira para  
o Estudo da Obesidade e da  
Síndrome Metabólica



**Campanha**  
Outubro é o mês da  
prevenção à obesidade

**Inibidores**  
Senado aprova volta  
da comercialização

## Obesidade infantil

Vida saudável, hoje e no  
futuro, depende da atuação  
rigorosa de pais e sociedade

A OBESIDADE é doença,  
e pode ser prevenida.  
Alimentar-se melhor,  
movimentar-se, beber água  
e ter uma boa noite de sono.  
São pequenas mudanças  
graduais que podem fazer  
grande diferença na sua vida  
e da sua família. Por uma  
vida mais saudável e  
um futuro possível!

# DIA NACIONAL DE PREVENÇÃO DA OBESIDADE

## 11 DE OUTUBRO

Mudar para viver  
mais e melhor



REALIZAÇÃO



Sociedade Brasileira de  
Endocrinologia e Metabologia

[www.endocrino.org.br](http://www.endocrino.org.br)

APOIO



[www.abeso.org.br](http://www.abeso.org.br)

## Expediente



Associação Brasileira para  
o Estudo da Obesidade e da  
Síndrome Metabólica

### DIRETORIA 2013-2014

#### Presidente

Dr. Mario K. Carra

#### Vice-Presidente

Dr. João Eduardo Salles Nunes

#### Primeira Secretária

Dra. Cíntia Cercato

#### Segundo Secretário

Dr. Alexander Benchimol

#### Tesoureira

Dra. Maria Edna de Melo

#### Sede

Rua Mato Grosso, 306 - Cj. 1711

Higienópolis - São Paulo - SP

CEP: 01239-040

Tel.: (11) 3079-2298

Fax: (11) 3079-1732

email: info@abeso.org.br

#### Secretária

Renata Felix

Email: info@abeso.org.br

Site: www.abeso.org.br

### REVISTA EVIDÊNCIAS EM OBESIDADE

#### Diretora responsável e Editora Científica

Dra. Cíntia Cercato

#### Editora responsável

Luciana Oncken (MTB 46.219-SP)

#### Editora

Aline Moura

#### Redação

Banca de Conteúdo

Responsável: Luciana Oncken

Rua Dr. Melo Alves, 392, cj. 601

Cerqueira Cesar - São Paulo - SP

CEP: 01417-010

Fone: (11) 99305-0230

Email: redacao@bancadeconteudo.com.br

#### Projeto Gráfico e Edição de Arte

Leonardo Fial

#### Impressão

Brasilform Gráfica Editora

Email: comercial@brasilform.com.br

Tel.: (11) 4615-1111

Periodicidade: bimestral

Tiragem: 5.000 exemplares

Imagem de capa: Shutterstock

*Os anúncios publicados nesta revista são de inteira responsabilidade dos anunciantes. Não nos responsabilizamos pelo conteúdo comercial. Os artigos publicados na revista Evidências em Obesidade refletem a opinião dos autores, não necessariamente a da Abeso.*

## Um passo atrás

DESDE O INÍCIO dos debates sobre a proibição dos inibidores de apetite no Brasil, a Abeso sempre se manifestou contrária à proibição de venda dos medicamentos Anfepramona, Femproporex e Mazindol. Estivemos, por diversas vezes, reunidos com membros da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), a fim de demonstrar que estes medicamentos são úteis no tratamento da obesidade, e mais do que necessários para pacientes com dificuldades para emagrecer.

Baseada, entretanto, em opiniões muito mais pessoais do que nos argumentos dos especialistas, a Anvisa decidiu suspender a venda e a prescrição destes medicamentos. A principal alegação foi a falta de estudos clínicos, nos moldes dos feitos atualmente, que comprovassem eficácia, segurança e tolerabilidade dos mesmos. No entanto, na época de sua aprovação, há mais de 50 anos, não havia ainda as normas que norteiam a aprovação atual. Apesar disso, a experiência clínica de décadas, bem como pequenos estudos clínicos realizados inclusive no Brasil, demonstram a utilidade das substâncias.

Após três anos de muita luta para a liberação dos medicamentos, o Senado enfim suspendeu a resolução de 2011 da Anvisa, em setembro último. A Abeso, uma das entidades que mais atuou para a liberação, comemorou muito. Mas a alegria durou pouco. Porque diante da decisão do Senado, a Anvisa – mais que depressa – editou uma resolução (RDC 50/2014), admitindo a venda e prescrição destes emagrecedores, desde que se inicie um novo processo regulatório. Entre outras exigências, incluiu a obrigatoriedade de novos estudos que comprovem a utilidade dos inibidores.

É evidente que tal exigência inviabiliza a volta imediata dos medicamentos ao mercado, uma vez que a realização dos estudos exigidos demoraria anos. É quando percebemos que a Anvisa, embora tenha sido derrotada pelo Senado e pela opinião pública, mantém-se numa posição sectária e ditatorial, insistindo no bloqueio da venda e prescrição.

Repudiamos tal atitude e seguiremos em frente!



**Mario K. Carra**  
Presidente da Abeso





**6** Obesidade infantil  
A importância da  
prevenção e a participação  
da família na educação  
alimentar

**5** Notícias  
“Mudar para viver mais  
e melhor” é o mote de  
campanha nacional

**9** Inibidores de apetite  
Senado aprova volta  
dos medicamentos, mas  
Anvisa aperta o cerco

**10** Sibutramina e sua história  
Medicação é considerada  
importante no combate  
à obesidade

**14** Saúde mental  
Aspectos psicológicos  
e ambientais da  
obesidade infantil

## Mudar para viver mais e melhor!

SIM, essa é a mensagem da campanha promovida pelo Departamento de Obesidade da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (Sbem), com o apoio da Abeso, no Dia Nacional de Prevenção da Obesidade. O foco principal da campanha está ligado à obesidade infantil. Assim, nossa revista, em harmonia com a campanha, traz um artigo escrito pela pediatra Louise Cominato sobre a importância da prevenção da obesidade na infância. E a prevenção já começa na vida intrauterina! O cuidado com a alimentação desde o nascimento, o incentivo ao aleitamento materno, o combate ao sedentarismo devem ser sempre incentivados.

A família tem um papel importante na educação alimentar das crianças, assim como a escola e os profissionais de saúde. Vale a pena conferir o texto do psiquiatra Arthur Kaufman que, justamente, aborda aspectos psicológicos e sociais da obesidade na infância.

É claro que prevenir é melhor que remediar, mas estamos em franca epidemia de obesidade e nós, da Abeso, lutamos para que os nossos pacientes tenham acesso ao tratamento. Continuamos na luta pela volta dos anorexígenos e lamentamos a nova RDC da Anvisa, que praticamente inviabiliza a volta dos medicamentos.

Felizmente, a Sibutramina está cada vez mais disponível no mercado brasileiro e, nesta edição, Walmir Coutinho e Alexander Benchimol fazem um resumo da história do medicamento até os dias atuais. O Dr. Alexander será o presidente do próximo Congresso Brasileiro de Obesidade e Síndrome Metabólica, que acontecerá em 2015 no Rio de Janeiro, de 30/04 a 02/05. Acesse o site [www.obesidade2015.com.br](http://www.obesidade2015.com.br) para mais informações.

Boa leitura!



OSMAR BUSTOS

**Cintia Cercato**  
Editora Científica

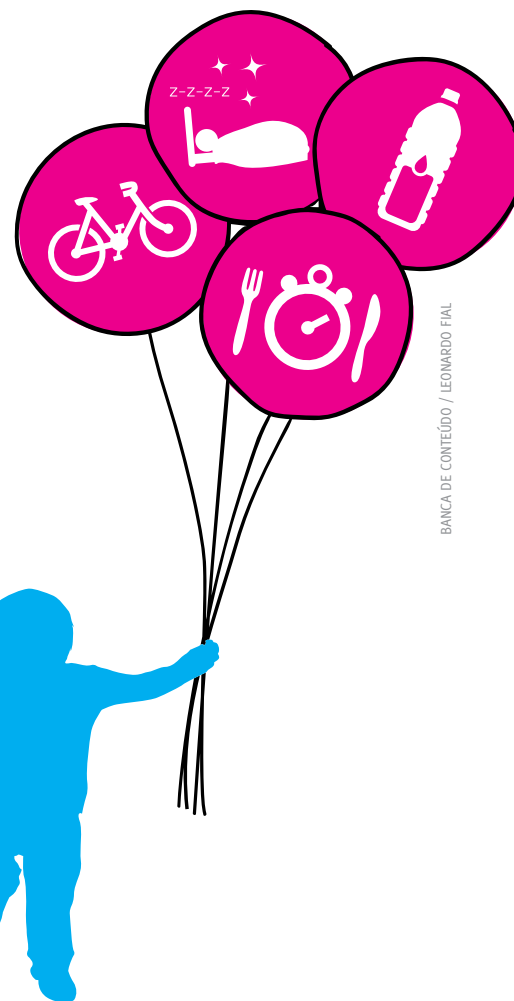
# Dia Nacional de Prevenção da Obesidade é destaque de outubro

Este ano, o Dia Nacional de Prevenção da Obesidade, 11 de outubro, será lembrado por meio de uma campanha, com realização da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (Sbem) e apoio da Abeso. Ao longo do mês, serão realizadas ações em São Paulo, Santa Catarina, Paraíba, Ceará e Minas Gerais, com o intuito de chamar atenção para os riscos do sobrepeso e obesidade, que já atinge mais da metade da população brasileira. E da importância de se prevenir.

Com o mote “Mudar para viver mais e melhor”, as entidades pretendem chamar a atenção para

assunto. Mostrar que se trata de uma doença e, como em qualquer doença, é preciso trabalhar, sim, a prevenção, especialmente na faixa da infância; mas sem esquecer o acesso ao tratamento.

O foco da campanha é a criança e a família. A criança como agente de mudança da família, trabalhando a conscientização, a educação, a informação, e orientação sobre alimentação, atividade física, boas escolhas. A campanha trabalha quatro princípios básicos para manter a saúde e o peso saudável: comer bem, movimentar-se, beber água e dormir bem.



BANCA DE CONTEÚDO / LEONARDO FIAL

## EUA aprovam novos tratamentos para obesidade

O FDA (*Food and Drug Administration*), dos EUA, aprovou em 10 de setembro uma nova droga que atua no tratamento da obesidade. Trata-se do Contrave, uma combinação de dois medicamentos já aprovados para outras indicações: o cloridrato de naltrexona – usado para dependência de álcool e opiáceos – e a bupropiona – usada para depressão, transtorno afetivo sazonal e tabagismo.

Segundo o órgão norte-americano, o Contrave foi aprovado para uso em adultos obesos (IMC de 30 ou mais) ou em adultos com sobre-

peso (IMC de 27 ou mais), com pelo menos uma condição relacionada ao peso, como hipertensão arterial, diabetes tipo 2 ou colesterol elevado.

Já o Liraglutide, conhecido pelo nome comercial de Victoza, pode ser aprovado para o tratamento da obesidade até o final de outubro. Um painel consultivo do FDA, realizado em meados de setembro, votou 14 a um pela recomendação da droga para tal fim. A conclusão do conselho foi que a administração do medicamento é segura e eficaz em pacientes cronicamente obesos com pelo menos um proble-

ma de saúde relacionado ao peso. O medicamento, se aprovado, deverá chegar ao mercado com o nome Saxenda, e deve competir com o próprio Contrave.

A diretora da Abeso, Cintia Cercato, considera a aprovação de novos medicamentos como positiva. “Demonstra que os órgãos reguladores passam a aceitar a obesidade como doença. E como qualquer doente crônico, o obeso precisa ter acesso ao tratamento completo, incluindo administração bem indicada e acompanhada de medicamentos, quando necessário”.

# A importância da prevenção da obesidade infantil

A obesidade é considerada um dos maiores problemas de saúde pública na atualidade e está fortemente relacionada com maior risco cardiovascular, síndrome metabólica, diabetes mellitus tipo 2, síndrome do ovário policístico, colecistopatias, apnéia obstrutiva do sono, doenças degenerativas das articulações, problemas psicológicos e alguns tipos de câncer. Estatísticas da Organização Mundial de Saúde (OMS) mostram que o excesso de peso é a causa de morte de 2,8 milhões de pessoas por ano no mundo.

Sua prevalência aumentou muito ao longo das últimas décadas, especialmente em países desenvolvidos, mas também naqueles em desenvolvimento, tornando-a uma epidemia global e o maior desafio em saúde pública do século 21.

A faixa etária pediátrica ocupa uma fatia importante dessa estatística. Segundo a OMS, mais de 42 milhões de crianças menores de 5 anos estão acima do peso no mundo, das quais 35 milhões estão em países em desenvolvimento e 92 milhões de crianças com risco para sobrepeso e obesidade.

No Brasil, dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF 2008-2009), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostram um aumento da obesidade de mais de 300% entre meninos, indo de 4,1% em 1989 para 16,6% em 2008-2009. Entre as meninas esta variação foi ainda maior: 2,4% em 1989 para 11,8% em 2009.

Estudos populacionais mostram que a criança obesa tem 50% a 80% de chance de se tornar um adulto jovem obeso comparado ao risco menor de 10% em crianças eutróficas, ou seja, com peso adequado.

Sabe-se atualmente que os prejuízos à saúde iniciam-se ainda na infância. Pesquisas mostram a presença das complicações da obesidade já entre as crianças e, principalmente, entre os adolescentes. As comorbidades mais frequentes na infância são dislipidemias, hipertensão arterial sistêmica, hipertrofia ventricular esquerda, resistência à insulina, DM-2, esteatose hepática e síndrome de ovários policísticos, além de problemas psicossociais. As placas de atheroma podem iniciar sua formação na infância e, portanto, piorando o prognóstico futuro. Essas comorbidades devem ser investigadas, acompanhadas e tratadas o mais



ARQUIVO PESSOAL

**Louise Cominato**

Médica do serviço de Endocrinologia Infantil do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo desde 2006. Docente do Centro de Apoio ao Ensino e Pesquisa em Pediatria (CAEPP) do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

*Pesquisas mostram a presença das complicações da obesidade já entre as crianças e, principalmente, entre os adolescentes. As comorbidades mais frequentes na infância são dislipidemias, hipertensão arterial sistêmica, hipertrofia ventricular esquerda, resistência à insulina, DM-2, esteatose hepática e síndrome de ovários policísticos*

precocemente possível para melhorar a expectativa e a qualidade de vida futura dessas crianças.

Entre os 320 adolescentes obesos acompanhados pelo grupo BOIA (Brigada contra a Obesidade na Infância e Adolescência) do Instituto da Criança da FMUSP, 68% apresentam síndrome metabólica; 71% apresentam resistência à insulina; 2,6%, *diabetes mellitus* tipo 2; 25% possuem esteatose hepática e 22% são hipertensos .

Todas as vezes que nos deparamos com uma criança ou com um adolescente obeso, sabemos que estamos diante de uma tarefa árdua, em que, por um lado, tentamos evitar sérias complicações metabólicas, psicossociais, comportamentais que advêm do ganho excessivo de peso e, por outro, sabemos que nossos recursos terapêuticos, especialmente no que diz respeito a medicamentos antiobesidade, são muito limitados. As mudanças comportamentais envolvidas no tratamento da obesidade infantil dependem muito do esforço e dedicação de toda a família, o que limita o sucesso terapêutico.

Diante da importância da obesidade infantil, o risco alto da criança obesa tornar-se um adulto obeso, das complicações que já podem acontecer na infância e da dificuldade no tratamento dessas crianças, estratégias de prevenção já na fase pediátrica tornam-se imprescindíveis.

A prevenção da obesidade infantil deve ser iniciada já na gestação, uma vez que algumas situações ligadas à gestante como tabagismo e excesso de ganho de peso na gestação contribuem para obesidade infantil.

Crianças que nascem pequenas para idade gestacional apresentam maior risco de obesidade e síndrome metabólica e devem ser acompanhadas desde os primeiros meses de vida visando o excesso de ganho

de peso nesse período. Essas crianças, quando recuperam rapidamente o peso, apresentam risco ainda maior de síndrome metabólica futuramente.

A alimentação nos primeiros anos de vida é de suma importância para evitar obesidade. Estudos mostram que pacientes com ganho de peso exagerado nos primeiros anos de vida são mais propensos à obesidade. O aleitamento materno é sabidamente conhecido como um fator protetor da obesidade na infância. A alimentação saudável – evitando excesso de alimentos gordurosos, frituras, doces e alimentos industrializados – deve ser incentivada em todas as fases da infância.

O sedentarismo, infelizmente, faz parte da realidade das nossas crianças. Incentivo à atividade física e limitação do tempo em frente a telas de televisão, computadores e games é de fundamental importância na prevenção do excesso de peso na faixa etária pediátrica.

Durante o acompanhamento pediátrico, deve-se levar em consideração o peso dos pais. Aqueles pais com excesso de peso devem ser orientados, desde os primeiros meses de vida quanto ao risco de seus filhos serem obesos, noções de nutrição e importância da atividade física para prevenção do excesso de peso. Além disso, essas crianças devem ser acompanhadas mais rigorosamente para a detecção precoce da alteração de peso.

A educação alimentar é fundamental para toda a população. A forma mais eficaz de se combater a má alimentação é por meio do conhecimento dos grupos alimentares, da importância de cada um deles, das quantidades que devem ser ingeridas por refeição, dos horários a serem seguidos e das consequências de uma dieta desequilibrada. Recomendações

*Aqueles pais com excesso de peso devem ser orientados, desde os primeiros meses de vida quanto ao risco de seus filhos serem obesos, noções de nutrição e importância da atividade física para prevenção do excesso de peso*

nutricionais da *American Heart Association* (AHA) estão no Quadro ao lado.

Uma grande revisão sobre prevenção de obesidade publicada na revista *Pediatrics* mostra a importância da intervenção nos hábitos alimentares para prevenção da obesidade infantil. Redução de gordura, *fast food* e bebidas açucaradas, ingestão de leite, frutas e verduras, diminuição das porções dos alimentos e a não omissão do café da manhã são medidas comprovadamente eficazes para a prevenção da obesidade. Também nessa revisão é mostrada a importância de ser evitado o sedentarismo e estimulada a atividade física.

O envolvimento familiar é crucial para o sucesso de qualquer abordagem de prevenção do excesso de peso na infância.

Políticas públicas também podem ter grande impacto na prevenção da obesidade. Campanhas americanas nos últimos anos colaboraram com a queda significativa da obesidade infantil entre crianças de 2 a 5 anos (13,9% em 2003-2004 para 8,4% em 2011-2012).

A ação de políticas públicas, acesso à puericultura, profissionais de saúde atentos ao problema da obesidade infantil, educação alimentar e, principalmente, envolvimento familiar são as principais armas para prevenção dessa doença. Como já diziam sabiamanete as nossas avós “prevenir é melhor que remediar”.

### RECOMENDAÇÕES ALIMENTARES E DE ATIVIDADE FÍSICA DA AHA PARA FAMÍLIAS

- ingerir calorias adequadas para crescimento e desenvolvimento e para alcançar ou manter o peso desejado;
- ingerir pouca gordura saturada, gordura trans, colesterol, sal (sódio) e açúcares;
- ingerir gorduras totais entre 30-35% das calorias totais para crianças de 2-3 anos de idade e entre 25-35% para crianças e adolescentes entre 4-18 anos de idade, dando preferência a fontes como peixe, nozes e óleos vegetais;
- ingerir fibras variando de 50g/dia para crianças de 1 ano de idade até 200g/dia para meninos de 14-18 anos;
- estar fisicamente ativo por pelo menos 60 minutos por dia; caso isso não ocorra, dividir em 2 períodos de 30 minutos ou 4 períodos de 15 minutos ao dia;
- optar por alimentos integrais e com alto teor de fibras aos alimentos refinados;
- ingerir uma variedade de frutas e verduras por dia e limitar ingestão de sucos; cada refeição deve conter ao menos uma verdura e uma fruta;
- ingerir frutas variando de 1 xic/dia para crianças de 1 ano de idade até 2 xic/dia para meninos de 14-18 anos;
- ingerir verduras variando de 3/4 xic/dia para crianças de 1 ano de idade até 3 xic/dia para meninos de 14-18 anos;
- optar por alimentos com pouca gordura e pouco açúcar;
- oferecer 2 copos de leite para crianças de 1-8 anos e 3 copos para crianças de 9-18 anos;
- aporte calórico varia de 900 calorias para crianças de 1 ano de idade a 1800/2220 para adolescentes de 14-18 anos do sexo feminino/masculino.

### Referências bibliográficas

1. Freedman DS, Mei Z, Srinivasan SR, Berenson GS, Dietz WH. Cardiovascular risk factors and excess adiposity among overweight children and adolescents: the Bogalusa Heart Study. *The Journal of pediatrics*. 2007;150(1):12-7 e2.
2. Fontaine KR, Redden DT, Wang C, Westfall AO, Allison DB. Years of life lost due to obesity. *JAMA : the journal of the American Medical Association*. 2003;289(2):187-93.
3. World Health Organization. Available from: [www.who.int](http://www.who.int).
4. Ogden CL, Carroll MD, Kit BK, Flegal KM. Prevalence of childhood and adult obesity in the United States, 2011-2012. *JAMA : the journal of the American Medical Association*. 2014;311(8):806-14.
5. Association AH. [www.heart.org](http://www.heart.org). Accessed on March 10, 2014.



# Senado aprova a volta dos inibidores de apetite

*Mas Anvisa impõe novas, e duras, regras*

Por Aline Moura

Embora os inibidores de apetite tenham sido liberados no início do mês de setembro pelo Congresso Nacional, que aprovou o Decreto Legislativo 273/2014, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) voltou a apertar o cerco com os medicamentos femproporex, mazindol e anfepramona. Em 26 de setembro, a agência publicou a RDC 50/2014, ditando as regras para o retorno dos medicamentos anti-obesidade.

A resolução impõe medidas de controle de “comercialização, prescrição e dispensação” dos medicamentos anoxerígenos que contenham as substâncias anfepramona, femproporex e mazindol e sibutramina, “seus sais e isômeros, bem como intermediários”. A norma estabelece as doses diárias recomendadas para cada uma dessas substâncias e proíbe que sejam prescritas acima dessas dosagens. O documento também obriga os profissionais de saúde, farmácias e empresas detentoras do registro dos medicamentos a notificarem qualquer evento adverso relacionado ao uso de medicamentos que contenham essas substâncias.

Além disso, o regulamento estabelece que as prescrições médicas de produtos que contenham essas substâncias deverão ser acompanhadas de Termo de Responsabi-



SHUTTERSTOCK

Novos estudos podem inviabilizar retorno  
 lidade do Prescritor em três vias (como já era feito com a sibutramina): uma para o prontuário do paciente, uma para a farmácia ou drogaria e outra para o paciente. O termo de responsabilidade, assinado pelo paciente, servirá como comprovação de que “recebeu as informações prestadas pelo prescritor” sobre a substância, suas contraindicações, efeitos colaterais e adversos e precauções durante o uso.

A resolução prevê também que as empresas interessadas em comercializar medicamentos contendo mazindol, femproporex e anfepramona deverão requerer novo registro à Agência – o que não era exigido até 2011, antes que a substâncias fossem proibidas. A análise técnica dos pedidos levará em consideração a comprovação de eficácia e segurança dos produtos por meio de estudos que devem ser apresentados pelas empresas. “O problema é que esses são medicamentos de baixo custo, muitos estão há décadas no mercado, e estudos são caros, o que pode inviabilizar a volta desses medicamentos ao mercado”, alerta a diretora da Abeso, Maria Edna de Melo.

A vitória no Senado foi comemorada pela Abeso e pelos pacientes, que se manifestaram em peso nas redes sociais. Mas, agora, teme-se por um retrocesso. Na visão da entidade, a Anvisa, mais uma vez, extrapola sua função de agência reguladora. “Embora tenha sido derrotada pelo Senado e pela opinião pública, a agência permanece insistindo em visões muito mais pessoais, sem levar em conta a opinião de especialistas. É uma posição sectária e ditatorial, a qual revidamos”, considera o presidente da Abeso, Mario K. Carra.

# Sibutramina:

## sua história até os dias atuais



ARQUIVO PESSOAL

**Walmir Ferreira Coutinho**  
CRM/RJ 5240193-5  
Professor de Endocrinologia da PUC-Rio e do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia (IEDE) do Rio de Janeiro; Presidente da Federação Mundial de Obesidade



ARQUIVO PESSOAL

**Alexander Koglin Benchimol**  
CRM/RJ 5266031-0  
Médico e Pesquisador do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia (IEDE) e da PUC do Rio de Janeiro; Membro da atual Diretoria da Abeso; Presidente do Congresso Brasileiro de Obesidade e Síndrome Metabólica de 2015

A obesidade resulta da interação de fatores ambientais com vários genes que predisõem ao ganho de peso. Como consequência das mudanças ambientais drásticas que levam a excessos alimentares e sedentarismo, a obesidade atingiu proporções epidêmicas nas últimas décadas, afetando também os países em desenvolvimento, com graves implicações sobre os custos de saúde.

A obesidade está diretamente relacionada a diversas comorbidades (diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia aterogênica, hipertensão arterial, entre outras), que são responsáveis por significativa morbimortalidade nesta população. Uma moderada perda de peso e a manutenção do peso perdido podem promover melhora metabólica.

Os programas para mudança de estilo de vida são frequentemente ineficazes para conseguir uma perda de peso clinicamente significativa e sustentável a longo prazo. Embora o tratamento farmacológico da obesidade seja amplamente utilizado, o número de medicamentos disponíveis ainda é muito limitado.

O uso de agentes farmacológicos como terapia adjuvante para controle de peso é universalmente recomendada pelas diretrizes clínicas mais relevantes para pacientes com um IMC superior a 30 kg/m<sup>2</sup> que não conseguem uma perda de peso significativa com um programa de dieta e exercício. Na presença de condições associadas, como diabetes tipo 2, hipertensão e dislipidemia, o ponto de corte para a recomendação de tratamento farmacológico é reduzido para 27 kg/m<sup>2</sup> ou 25 kg/m<sup>2</sup>.

Os dois agentes antiobesidade atualmente aprovados no Brasil são a sibutramina e o orlistate, ambos disponíveis na prática clínica há mais de uma década.

A sibutramina é um inibidor de recaptção de noradrenalina e serotonina. Seu mecanismo de ação envolve um aumento da saciedade associado a diminuição na ingestão calórica. Ao contrário das drogas anorexígenas, o principal efeito da sibutramina sobre a regulação da ingesta alimentar parece estar intimamente relacionado com o estímulo da saciedade, ao invés de um efeito direto de supressão da fome. Levando-se em consideração esta característica farmacológica distinta, a sibutramina deve ser mais adequadamente classificada como um agente sacietógeno, em vez de anorexígeno.

Os primeiros estudos clínicos realizados testaram sua eficácia como antidepressivo, logo percebendo-se que produzia uma perda de peso significativa. A molécula passou então a ser desenvolvida como agente antiobesidade.

Embora a sibutramina tenha demonstrado propriedades termogênicas em roedores, os estudos falharam em demonstrar um aumento significativo no gasto de energia em humanos, tendo-se demonstrado apenas que impede a redução do gasto metabólico basal que acompanha a perda de peso.

Um grande número de ensaios clínicos demonstraram que a sibutramina é segura e bem tolerada, com um nível de eficácia consistente com a perda de peso clinicamente relevante.

Entre os ensaios clínicos de 16 a 52 semanas, a perda de peso variou entre 3,4 e 6,0 kg em comparação com placebo.

Diversos estudos avaliaram a eficácia e segurança da sibutramina para o tratamento de algumas condições associadas, incluindo o diabetes tipo 2, a síndrome dos ovários policísticos e o transtorno da compulsão alimentar periódica.

A variação de pressão arterial sistólica e diastólica foi de pequenos decréscimos a pequenos aumentos. A glicemia de jejum e a hemoglobina glicada diminuíram em pacientes tratados com sibutramina. Pequenos aumentos foram relatados para a frequência cardíaca com uma média de 2 a 4 batimentos por minuto.

As análises categoriais de eficácia mostraram que os pacientes em sibutramina tiveram 20% a 30% maior probabilidade de perder pelo menos 5% do seu peso corporal do que os pacientes que receberam placebo.

O estudo mais importante para avaliar a eficácia da sibutramina foi desenhado como um estudo de manutenção de peso. Depois de um período em que todos os pacientes receberam sibutramina, os participantes foram randomizados para sibutramina ou placebo. Este estudo, denominado STORM (*Sibutramina Trial of Obesity Reduction and Maintenance*), demonstrou uma maior manutenção da perda de peso em pacientes obesos tratados com sibutramina, em comparação com placebo.

A eficácia da sibutramina sobre o transtorno de compulsão alimentar foi também avaliada em ensaios clínicos controlados. Os resultados positivos foram demonstrados em redução no peso corporal, diminuição de episódios de compulsão alimentar e diminuição dos sintomas depressivos.

Devido a preocupações levantadas por seus efeitos simpaticomiméticos periféricos e centrais,

*A sibutramina é um inibidor de recaptção de noradrenalina e serotonina. Seu mecanismo de ação envolve um aumento da saciedade associado a diminuição na ingestão calórica. Ao contrário das drogas anorexígenas, o principal efeito da sibutramina sobre a regulação da ingesta alimentar parece estar intimamente relacionada com o estímulo da saciedade, ao invés de um efeito direto de supressão da fome*

a agência regulatória europeia, então denominada EMEA, solicitou a realização de um estudo de desfechos cardiovasculares.

Para avaliar o efeito a longo prazo da sibutramina sobre a incidência de eventos cardiovasculares entre indivíduos de alto risco cardiovascular, o estudo SCOUT (*Sibutramine Cardiovascular Outcomes Trial*) foi concebido como um estudo duplo-cego, controlado por placebo, em que todos os pacientes seriam tratados com sibutramina antes da randomização, durante um período de *lead-in* de seis semanas, sendo então randomizados para sibutramina ou placebo.

A duração média do SCOUT foi de 3,4 anos. Apesar das baixas taxas de eventos observadas, o risco de desfecho primário foi 16% maior no grupo sibutramina em comparação com o grupo placebo ( $P = 0,02$ ). Este aumento deveu-se a uma maior incidência de eventos não-fatais (infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral), mas sem diferença significativa entre os grupos na incidência de morte cardiovascular ou morte por qualquer causa.

A pressão arterial média caiu em ambos os grupos, mas após a randomização manteve-se mais alta no grupo sibutramina (1 a 2 mm Hg de diferença). A frequência cardíaca foi mais alta no grupo de sibutramina ao longo do período de randomização, com diferença de 2 a 4 batimentos por minuto.

Algumas características importantes do estudo devem ser consideradas na interpretação dos resultados:

*O estudo mais importante para avaliar a eficácia da sibutramina foi desenhado como um estudo de manutenção de peso. Depois de um período em que todos os pacientes receberam sibutramina, os participantes foram randomizados para sibutramina ou placebo*

A primeira é o fato de que, por razões éticas, não houve um verdadeiro grupo placebo, porque todos os pacientes foram tratados com sibutramina durante o período de *lead-in*, para permitir a exclusão dos indivíduos mais sensíveis aos efeitos catecolaminérgicos da sibutramina, que tenham demonstrado uma elevação substancial da pressão arterial ou da frequência cardíaca. Por causa do tratamento com sibutramina durante este período de *lead-in*, parece razoável supor que as mudanças de peso observadas no grupo placebo após a randomização resultaram dos efeitos iniciais da sibutramina. O estudo SCOUT comparou, de fato, os resultados do uso a longo prazo de sibutramina com seu uso a curto prazo.

A segunda limitação importante foi a redução do poder estatístico do estudo, por uma taxa observada de eventos que foi apenas de um terço do esperado, com base nos resultados de estudos cardiovasculares anteriores. Todas as análises de subgrupos foram, portanto, prejudicadas pelas taxas muito baixas de eventos.

Outra característica do SCOUT, que também decorre da baixa taxa de eventos, foi a necessidade de recrutar pacientes de risco mais alto, a fim de garantir o poder estatístico exigido. Isto resultou em uma população de estudo muito diferente daquela que utiliza a sibutramina no mundo real. A grande maioria dos pacientes recrutados não preenchiam os critérios de tratamento especificados na bula da sibutramina.

Finalmente, os pacientes do SCOUT continuaram a receber tratamento por até seis anos, independentemente de terem alcançado qualquer perda de peso ou mesmo tendo aumentado de peso. Na prática clínica, não se recomenda o uso a longo prazo de um agente antiobesidade sem um mínimo de redução do peso.

Em conclusão, podemos considerar a sibutramina uma importante medicação para combater a obesidade, sendo classificada como um agente de primeira linha, devendo seu uso ser contraindicado para pacientes com doença cardiovascular estabelecida.

## Bibliografia recomendada

1. WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. Technical Report Series. Geneva.: World Health Organization, 2000. Report No.: 894.
2. Friedrich MJ. Epidemic of obesity expands its spread to developing countries. JAMA. 2002;287:1382-6.
3. Sichieri R, Nascimento S, Coutinho W. The burden of hospitalization due to overweight and obesity in Brazil. Cad Saude Publica 2007; 23(7): 1721-7.
4. WHO Expert Consultation. Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. Lancet 2004;363:157-63.
5. Coutinho W.(coordenador). Consenso Latino-Americano de Obesidade. Arq Bras Endocrinol Metab 1999;43:21-67.
6. National Task Force on the Prevention and Treatment of Obesity. Overweight, obesity, and health risk. Arch Intern Med 2000;160:898-904.
7. Pi-Sunyer FX. A review of long-term studies evaluating the efficacy of weight loss in ameliorating disorders associated with obesity. Clin Ther. 1996;18:1006-35; discussion 1005.
8. Allison DB, Pi-Sunyer FX. Obesity treatment: examining the premises. Endocr Pract. 1995;1:353-64.
9. Eckel RH, Krauss RM. American Heart Association call to action: obesity as a major risk factor for coronary heart disease. AHA Nutrition Committee. Circulation.1998;97:2099-100.
10. Goldstein DJ. Beneficial health effects of modest weight loss. Int J Obes Relat Metab Disord 1992;16:397-415.
11. Wadden TA, Berkowitz RI, Sarwer DB., Prus-Wisniewski R, Steinberg C. Benefits of lifestyle modification in the pharmacologic treatment of obesity: a randomized trial. Arch Intern Med 2001;161:218-27.



12. Thomas A, Wadden TA, Berkowitz RI, Womble LG, Sarwer DB, Phelan S, Cato RK, Hesson LA, Osei SY, Kaplan R, Stunkard AJ. Randomized Trial of Lifestyle Modification
13. Pharmacotherapy for Obesity. *N Engl J Med* 2005;353:2111-20.
14. Coutinho WF & Cabral, MD. A farmacoterapia da obesidade nos consensos. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2000; 44(1):91-94.
15. Mitchell JE, Gosnell BA, Roerig JL, de Zwaan M, Wonderlich SA, Crosby RD, Burgard MA, Wambach BN. Effects of sibutramine on binge eating, hunger, and fullness in a laboratory human feeding paradigm. *Obes Res* 2003;11(5):599-602.
16. Corrêa LL, Platt MW, Carraro L, Moreira RO, Faria Júnior R, Godoy-Matos AF, Meirelles RM, Póvoa LC, Appolinário JC, Coutinho WF [Evaluation of the sibutramine effect on satiety with a visual analogue scale in obese adolescents] *Arq Bras Endocrinol Metab* 2005;49 (2):286-90.
17. Hansen DL, Toubro S, Stock MJ, Macdonald IA, Astrup A. The effect of sibutramine on energy expenditure and appetite during chronic treatment without dietary restriction. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1999;23(10):1016-24.
18. Liu YL, Connoley IP, Harrison J, Heal DJ, Stock MJ. Comparison of the thermogenic and hypophagic effects of sibutramine's metabolite 2 and other monoamine reuptake inhibitors. *Eur J Pharmacol* 2002;452 (1):49-56.
19. Liu YL, Heal DJ, Stock MJ. Mechanism of the thermogenic effect of Metabolite 2 (BTS 54 505), a major pharmacologically active metabolite of the novel anti-obesity drug, sibutramine. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2002;26(9):1245-53.
20. Apfelbaum M, Vague P, Ziegler O, Hanotin C, Thomas F, Leutenegger E. Long-term maintenance of weight loss after a very-low-calorie diet: a randomized blinded trial of the efficacy and tolerability of sibutramine. *Am J Med.* 1999;106:179-84.
21. McNulty SJ, Ur E, Williams G. A randomized trial of sibutramine in the management of obese type 2 diabetic patients treated with metformin. *Diabetes Care.* 2003;26:125-31.
22. Smith IG, Goulder MA. Randomized placebo-controlled trial of long-term treatment with sibutramine in mild to moderate obesity. *J Fam Pract.* 2001; 50:505-12.
23. Wirth A, Krause J. Long-term weight loss with sibutramine: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2001;286:1331-9.
24. Li Z, Maglione M, Tu W, Mojica W, Arterburn D, Sugarman LR, Hilton L, Suttrop M, Solomon V, Shekelle PG, Morton SC. Meta-Analysis: Pharmacologic Treatment of Obesity. *Ann Intern Med.* 2005;142:532-546.
25. James WP, Astrup A, Finer N, Hilsted J, Kopelman P, Rossner S, et al. Effect of sibutramine on weight maintenance after weight loss: a randomised trial. *STORM Study Group. Sibutramine Trial of Obesity Reduction and Maintenance. Lancet* 2000;356(9248):2119-25.
26. Appolinario JC, Bacaltchuk J, Sichieri R, Claudino AM, Godoy-Matos A, Morgan C, Zanella MT, Coutinho W. A randomized, double blind, placebo-controlled study of sibutramine in the treatment of binge-eating disorder. *Archives of General Psychiatry* 2003; 60: 1109-16.
27. Milano W, Petrella C, Casella A, Capasso A, Carrino S, Milano L. Use of sibutramine, an inhibitor of the reuptake of serotonin and noradrenaline, in the treatment of binge eating disorder: a placebo-controlled study. *Advances in Therapy* 2005; 22: 25-31.
28. Bauer C, Fischer A, Keller U. Effect of sibutramine and of cognitive-behavioural weight loss therapy in obesity and subclinical binge eating disorder. *Diabetes, Obesity and Metabolism* 2006; 8: 289-95.
29. Sharma AM, Caterson ID, Coutinho W, Finer N, van Gaal L, Maggioni AP, Torp-Pedersen C, Bacher HP, Shepherd GM, James WP. Blood pressure changes associated with sibutramine and weight management – an analysis of the 6-week leading period of the Sibutramine Cardiovascular Outcomes (SCOUT) Trial. *Diabetes Obesity and Metabolism* 2009;11 (3):239-50.
30. Torp-Pedersen C, Caterson I, Coutinho W, Finer N, Van Gaal L, Maggioni A, Sharma A, Brisco W, Deaton R, Shepherd G, James P. Cardiovascular responses to weight management and sibutramine in high-risk subjects: an analysis from the SCOUT trial. *Eur Heart J* 2007;28(23):2915-23.
31. Maggioni AP, Caterson I, Coutinho W, Finer N, Gaal LV, Sharma AM, Torp-Pedersen C, Bacher P, Shepherd G, Sun R, James P. Tolerability of sibutramine during a 6-week treatment period in high-risk patients with cardiovascular disease and/or diabetes: a preliminary analysis of the Sibutramine Cardiovascular Outcomes (SCOUT) Trial. *J Cardiovasc Pharmacol* 2008;52(5):393-402.
32. Coutinho WF. The obese older female patient: CV risk and the SCOUT study. *Int J Obes* 2007;31 Suppl 2: S26-32.
33. James WPT, Caterson ID, Coutinho W, et al. Effect of sibutramine on cardiovascular outcomes in overweight and obese subjects. *N Engl J Med* 2010;363:905-17.

# Aspectos psicológicos e sociais da obesidade infantil

## 1 - Cenas da vida

Cena 1: bar e restaurante de um condomínio de luxo em uma praia paulista. Sentados oito adultos (os pais, os avós maternos e dois casais de amigos) e uma criança de 1 ano. Depois de a mãe dar de comer à filha um vidro de papinha industrializada, chega à mesa um enorme prato de batatas fritas, que são oferecidas à criança e engolidas por ela ante os olhares maravilhados dos pais e avós. Diz o pai (30 anos, com sobrepeso): “feliz dela que pode comer isso, eu já não posso porque meu colesterol é 300”. Argumenta um dos amigos: “mas você não sabe que colesterol é hereditário?”. Acode a avó: “pode comer à vontade, porque o MEU colesterol é baixo”. E a criança de 1 ano continua comendo as batatas fritas, ainda sob o olhar de êxtase dos parentes e de incredulidade dos amigos.

Cena 2: café da manhã em hotel 5 estrelas em uma praia carioca. O pai carrega o garotinho no colo e vai perguntando: “filho, você quer queijinho?”, “e quer sucrilhos?”, “e tem aqui um ovinho frito que deve estar muito bom!”, “Fala pro Papai: o que você quer comer?”

Cena 3: no restaurante a garotinha de seus 6 anos tem um acesso de birra, grita convulsivamente e chora (embora sem nenhuma lágrima nos olhos). Os constrangidos avós, sem saber o que fazer, perguntam: “Meu bem, o que vovô e vovó podem te dar para você parar de chorar? Quer uma mousse de chocolate?”

Há dois aspectos a considerar: o processo de educação alimentar e o processo de educação como um todo.

Qual é o sentido de perguntar a um garotinho de 2-3 anos se ele “quer” isso ou aquilo da mesa? O garotinho entende de nutrição? Cabe ao pai e à mãe ESCOLHER o que a criança pode ou deve comer, com base em um plano alimentar fornecido pelo pediatra ou pela nutricionista. Plano que pense na saúde e no desenvolvimento daquele garoto. Uma criança desta idade não tem como saber se para ela é mais interessante um “queijinho” ou “uma fatia de bacon” ou “um prato de batatas fritas”.

Agora o aspecto educacional: que tipo de educação é esta onde cabe às crianças decidir o que é certo e o que é errado? Devemos ensinar às crianças a fazerem apenas o que gostam ou devemos prepará-las para um mun-



**Arthur Kaufman**  
Professor Doutor  
do Departamento de  
Psiquiatria da Faculdade de  
Medicina da Universidade  
de São Paulo

*Qual é o sentido de perguntar a um garotinho de 2-3 anos se ele “quer” isso ou aquilo da mesa? O garotinho entende de nutrição? Cabe ao pai e à mãe ESCOLHER o que a criança pode ou deve comer, com base em um plano alimentar fornecido pelo pediatra ou pela nutricionista. Plano que pense na saúde e no desenvolvimento daquele garoto. Uma criança desta idade não tem como saber se para ela é mais interessante um “queijinho” ou “uma fatia de bacon”*

do competitivo, onde terão que enfrentar um grande número de frustrações e contrariedades, como professores severos, como chefes que as farão trabalhar às vezes 18 horas por dia?

Engraçado que a “grande preocupação” de papai e mamãe é que o filho não consuma drogas. Eles não entendem que a droga é a estação final e não a inicial. Ninguém se vicia em drogas à toa ou porque acha “bonito” ser viciado, acha “pitoresco” ser internado em hospital psiquiátrico, acha “da hora” ir para a cadeia. O consumo de drogas é muitas vezes o produto de uma educação que não ensinou limites, não ensinou a lidar com dissabores, não ensinou a desenvolver resiliência, tratou as crianças como pequenos deuses mimados, que não podem ser frustrados nem contrariados. E a droga é frequentemente a “automedicação” utilizada para compensar as derrotas sofridas no cotidiano.

E quando se fala em drogas, é bom lembrar que não existem apenas o álcool, o tabaco e as drogas ilícitas. A comida, especialmente os carboidratos, as gorduras e os doces também são drogas quando utilizados como uma forma de autoindulgência, isto é, “o mundo é cruel comigo, então felizmente tenho os croissants e os doces para me consolar, me confortar e me proteger deste mundo que só me persegue”.

## 2 - O papel da televisão

Assistir TV é a terceira atividade mais consumidora de tempo nos EUA, após trabalhar e dormir. Quanto mais horas de TV, maior a ingestão de alimentos energéticos e *snacking*, sobretudo de *snacks* anunciados nos comerciais da TV. O tempo passado assistindo TV foi positivamente associado com risco de obesidade e

diabetes, e correlacionado com o conteúdo gorduroso do corpo (*body fat content*).

Parte das crianças brasileiras passa 3 horas/dia na escola, porém 5 horas/dia em frente à TV. No comercial da TV há uma vinculação de sucesso amoroso com produtos (batatinhas) cheios de sal (com 77 gramas de gordura em um saco de batatinhas). Obviamente, a criança pode dizer: "Se fizesse mal, o menino da propaganda não estaria comendo, mãe!"

E assim nasce o ócio sedentário: come-se no sofá, ao invés de comer à mesa. Come-se assistindo novela, ou digitando o Iphone, o Ipad...

A TV é a babá eletrônica do filho; é bem frequente que a mãe ou a babá deixem a criança comendo bolacha enquanto assiste programas ditos infantis. Em consonância com este fato, os joguinhos no celular e no Ipad funcionam como "sossega-leão" para várias crianças em situações sociais, de modo a não fazer algazarra e não "atrapalhar" os adultos à volta.

## 3 - A merenda

Os adolescentes não se dão conta, frequentemente, do tipo de contacto que têm com a comida e com a alimentação em geral. Acabam procurando (a merenda é um exemplo) apenas o prazer imediato e barato extraído, por exemplo, de uma refeição composta de hambúrguer com batata frita e refrigerante de máquina, às vezes consumidos de pé mesmo, numa loja de *fast food*. Não levam em conta a composição do alimento, não há critério de escolha baseado na preservação da saúde.

Uma boa parte dos adolescentes de hoje alimenta-se na cantina da escola; outros, em casa, fazem suas refeições em frente à TV. Está em declínio o hábito

da família reunida à mesa. Às vezes parece que nem existe mais a mesa. E estes fatos contrastam muito com o enorme interesse geral que existe hoje com relação às questões envolvendo comidas, temperos, cores, sabores, dietas etc.

Em relação às crianças o quadro não é diferente: a merenda que grande quantidade de alunos leva à escola (ou lá compra) é constituída de refrigerante (sete saquinhos de açúcar por lata) + salgado frito. Eventualmente aparece um achocolatado que, para a mãe, é “prático” e “saudável” (mas contém seis saquinhos de açúcar). Se há uma mãe mais esclarecida e sua criança leva fruta para a merenda, ela acaba se sentindo “diferente” de quem leva suco de caixinha (28 gramas de açúcar), que “vale mais, quanto a status”. Leve-se em conta que existem pais que ficam orgulhosos de propiciar “bens de consumo” (biscoitos, refrigerantes, sucos de caixinha) aos filhos. O contexto social de muitas famílias leva a que as decisões finais na alimentação, em muitos casos, sejam condicionadas pela insistência, quando não pela manipulação dos menores (González Jiménez et al. 2012).

E, por fim, nota-se uma divisão “esquizofrênica” na escola: o professor pode até ensinar a comer corretamente, mas, na cantina, o aluno come o oposto do que foi ensinado. A cantina escolar (supostamente diferente de qualquer outra cantina) deveria ser um espaço de aprendizado, portanto, para a criança, se o produto está à venda, por que não comprá-lo? Várias crianças às vezes nem sabem o nome de frutas e de legumes. Os alimentos “ruins” são mais baratos do que os saudáveis, os açucarados custam menos do que as versões diet e light. E aí vem a pergunta inevitável: Por que as autoridades (Anvisa) permitem a fabricação e venda, se são tão nocivos?

#### 4 – As consequências psicossociais e o preconceito

As consequências psicossociais da obesidade, diferentemente de seus efeitos físicos, derivam de valores culturais, pelos quais as pessoas veem a gordura como “feia e doentia”. A condenação é implacável.

Sobrepeso e obesidade: o que significa ser obeso numa sociedade que valoriza a magreza? O obeso sofre reprovação da mídia, da moda e da propaganda, que ligam magreza com ser desejável e com aceitação, enquanto que o sobrepeso é ligado a não aceitabilidade e rejeição. Crianças obesas têm um bem-estar psicológico

prejudicado (depressão, baixa autoestima, pior qualidade de vida) quando comparadas a outras sem sobrepeso (De Niet & Naiman, 2011).

Os efeitos sociais da obesidade muitas vezes tomam a forma de preconceito ou estigma. “Preconceito contra o peso” pode ser definido como a inclinação para formar juízos irrazoáveis com base no peso de uma pessoa (Washington, 2011). O estigma é o signo social que é carregado por uma pessoa que é vítima de preconceito por causa do peso. Segundo o mesmo autor, a provocação (*teasing*) é um problema para quem tem sobrepeso e para os obesos, independentemente da raça ou grupo étnico. Este preconceito em relação a crianças e adolescentes pode assumir várias formas:

- Provocações e discriminação;
- Pode afetar emprego e oportunidades educacionais;
- Cuidadores de saúde podem limitar atendimento a crianças obesas;
- Pais tendenciosos contra seus filhos obesos.

O preconceito que os jovens obesos enfrentam é tão grave como as consequências físicas do peso excessivo sobre o bem-estar da criança. Existe, por exemplo, a crença de que o estigma e a vergonha irão motivar as pessoas a perder peso. Segundo esta crença, o fato de as pessoas não perderem peso é resultado de autodisciplina inadequada ou força de vontade insuficiente. Nossa cultura não pune pessoas que praticam *bullying* contra excesso de peso porque ela valoriza a magreza. A sociedade culpa a vítima ao invés de enfrentar as condições ambientais que contribuem para a obesidade (Washington, 2011). Uma criança pode sofrer tal sensação de exclusão, na sala de aula, que é como se ela ficasse ali “invisível”, sem nome, sem identidade, ganhando apelido (“a gordinha”, “a bolota”), sofrendo discriminação, o que se torna, é claro, um desastre para sua autoimagem. As consequências emocionais da obesidade incluem baixa autoestima, imagem corporal negativa e até depressão clínica (Frölich et al., 2011). As “extremamente obesas” são significativamente mais depressivas, mais socialmente ansiosas, e com qualidade de vida pior do que os do grupo “obeso” (Philips et al., 2012).

*Preconceito e mídia:* Os meios de comunicação incentivam a discriminação. A publicidade infantil enfatiza mensagens positivas associadas com magreza e mensagens negativas com excesso de peso. Nas novelas os protagonistas são magros e/ou musculosos; os per-



sonagens mais pesados pouco aparecem em relacionamentos românticos, são mais propensos a serem objetos de humor e de ridículo.

*Preconceito e educação:* Os professores consideram os alunos com sobrepeso negligentes, excessivamente emocionais, menos propensos a ter sucesso profissional, e mais propensos a ter problemas familiares. Os colegas consideram crianças obesas companheiros indesejáveis: pensam que são estúpidos, preguiçosos, feios, maus e infelizes (Washington, 2011).

Adolescentes obesas vão menos à faculdade do que as não obesas. Jovens que são vitimizados por causa do peso são mais vulneráveis à depressão, baixa autoestima, autoimagem negativa, pensamentos suicidas. A provocação preconceituosa faz com que a jovem fique mais propensa a se envolver em hábitos alimentares não saudáveis e a evitar atividade física na escola (Washington, 2011).

Forste & Moore (2012) examinaram a associação entre peso corporal do adolescente e satisfação com qualidade de vida. Os resultados mostraram menor satisfação de vida entre aqueles que têm sobrepeso e obesidade; a maioria das associações negativas operava através das percepções do *self*, pares, pais e escola.

*Preconceito e cuidadores da saúde:* pesquisa com 400 médicos revelou que 1 em cada 3 listou a obesidade como uma condição negativa. Os médicos classificaram negativamente a obesidade, logo atrás de dependência de drogas, alcoolismo e doença mental. Eles viam seus pacientes obesos como “fracos de vontade, feios e desengonçados”. Também associaram obesidade a abandono, hostilidade, desonestidade e falta de higiene. Os médicos gastam menos tempo com os obesos, discutem menos, são relutantes em realizar exames preventivos, e fazem menos intervenções. Desta forma, esses pacientes podem ficar relutantes em procurar assistência médica, podem adiar ou cancelar consultas agendadas, ou podem adiar a busca de serviços preventivos importantes (Washington, 2011).

*Preconceito e estigma:* Pessoas obesas são culpabilizadas por seu excesso de peso como se se tratasse de uma questão moral e não de uma doença. A condenação é menor quando a obesidade pode ser atribuída a uma causa física fora do seu controle pessoal. Falta de atividade (sedentarismo) e comer demais (*overeating*) são as causas mais mencionadas para a obesidade (Sikorski et al., 2012). Na Islândia crianças obesas relatam sofrer provocação e rejeição social, o que leva a ajuste psicológico mais pobre, bem como desempenho escolar inferior (Gunnarsdottir et al., 2012).

*Várias crianças às vezes nem sabem o nome de frutas e de legumes. Os alimentos “ruins” são mais baratos do que os saudáveis, os açucarados custam menos do que as versões diet e light. E aí vem a pergunta inevitável: Por que as autoridades (Anvisa) permitem a fabricação e venda, se são tão nocivos?*

## 5 - Tratamento e prevenção

O foco recente da sociedade na prevenção da obesidade não tem levado a uma melhora perceptível na alimentação e nos transtornos alimentares, e não existe nenhuma evidência de que o aumento dos debates na mídia ou congressos sobre obesidade infantil tenha sido associado com uma diminuição concomitante das patologias alimentares (Washington, 2011). Esta afirmação é verdadeira para todas as camadas sociais, percebe-se facilmente que a obesidade não para de crescer.

O tratamento individual ideal deverá ser psiquiátrico – utilizando drogas quando necessário –, nutrológico e psicoterápico, sempre que possível (Tanofsky-Kraff, 2012).

Os programas de tratamento com base na família, que combinam atividade física, dieta e terapia de comportamento efetivamente levam à redução do excesso de peso em crianças e adolescentes, segundo Frölich et al., 2011 e González Jiménez et al., 2012. Washington (2011) propõe a automonitorização: ensinar a criança de uma forma positiva a controlar a dieta e a atividade física de modo a alcançar a perda de peso gradual – deve ser diferenciada de fazer com que a criança obesa se sinta culpada pelos hábitos pessoais relacionados ao ganho de peso.

Para se fazer um tratamento adequado, teríamos que conhecer, em suma:

*Por que se come e por que não se come*

*Com quem se come*

*Em que momento se come*

*Que se sabe acerca do que se come*

*Que significado tem o que se come*

*Quais são as representações do que se come*

*Pesquisa com 400 médicos revelou que 1 em cada 3 listou a obesidade como uma condição negativa. Os médicos classificaram negativamente a obesidade, logo atrás de dependência de drogas, alcoolismo e doença mental. Eles viam seus pacientes obesos como “fracos de vontade, feios e desengonçados”*

Para este propósito, pode ser de grande valia – no sentido de termos uma espécie de gráfico “alimentação x emoção” – a confecção e manutenção de um Diário Alimentar (Kaufman, 2013). O paciente (ou o responsável pela alimentação) fará as anotações referentes a comidas e bebidas segundo o esquema abaixo:

*Dia, hora*

*O que come, o que bebe; complementos; quantidades; ambiente (onde?)*

*Come (bebe) sozinho ou acompanhado? Com quem?*

*Como está se sentindo? Em que pensa no momento?*

*O que leva você a comer (beber) “isso”, “neste momento”?*

Já em termos de **prevenção**, uma proposta para diminuição de obesidade e sedentarismo infantis poderia se constituir, então, de:

- Proibição de alimentos considerados *junk foods* na cantina das escolas;
- Exigência de rotulagem do cardápio da merenda escolar (Nos *fast-foods*, a palavra “açúcar” é substituída por “carboidrato”; às vezes mães pensam que “zero gordura trans = sem gordura”, portanto “não ofende o organismo”);
- Relato aos pais do índice de massa corporal dos alunos;
- Aulas diárias de educação física.

## Referências bibliográficas

1. De Niet JE; Naiman DI – Psychosocial aspects of childhood obesity. *Minerva Pediatr.* 2011 Dec; 63(6):491-505.
2. Forste R; Moore E – Adolescent obesity and life satisfaction: perceptions of self, peers, family and school. *Econ Hum Biol.* 2012 Dec; 10(4):385-94.
3. Fröhlich G; Pott W; Albayrak Ö; Hebebrand J; Pauli-Pott U – Conditions of long-term success in a lifestyle intervention for overweight and obese youths. – *Pediatrics* 2011 Oct; 128(4):e779-85.
4. González Jiménez E, Aguilar Cordero MJ, García García CJ, García López P, Álvarez Ferre J, Padilla López CA, Ocete Hita E. – Influence of family environment on the development of obesity and overweight in a population of school children in Granada (Spain). *Nutr Hosp.* 2012 Jan-Feb; 27(1):177-84.
5. Gunnarsdottir T, Njardvik U, Olafsdottir AS, Craighead LW, Bjarnason R. – Teasing and social rejection among obese children enrolling in family-based behavioural treatment: effects on psychological adjustment and academic competencies. *Int J Obes (Lond).* 2012; Jan; 36(1):35-44.
6. Kaufman A – Aspectos motivacionais para o emagrecimento – proposta de diário alimentar. *Evidências em Obesidade* (Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica). 2013 março-abril; 62; 14-18.
7. Phillips BA; Gaudette S; McCracken A; Razzaq S; Sutton K; Speed L; Thompson J; Ward D. – Psychosocial functioning in children and adolescents with extreme obesity. *J Clin Psychol Med Settings.* 2012 Sep; 19(3):277-84.
8. Sikorski C; Luppá M; Brähler E; König HH; Riedel-Heller SG – Obese children, adults and senior citizens in the eyes of the general public: results of a representative study on stigma and causation of obesity. *PLOS ONE.* 2012; 7(10):e46924.
9. Tanofsky-Kraff M – Psychosocial preventive interventions for obesity and eating disorders in youths. *Int Rev Psychiatry.* 2012 Jun; 24(3):262-70.
10. Washington RL – Childhood obesity: issues of weight bias. *Prev Chronic Dis.* 2011; Sep; 8(5):A94.

# XVI CONGRESSO BRASILEIRO DE OBESIDADE E SÍNDROME METABÓLICA



30/04, 01 e 02/05/2015 - Windsor Barra - Rio de Janeiro



Realização



Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica

**Informações e Inscrições:**

[www.obesidade2015.com.br](http://www.obesidade2015.com.br)

[atendimento@growup-eventos.com.br](mailto:atendimento@growup-eventos.com.br)

Tel: (11) 3849 0099 / 3044 1339

**Secretaria:**







**PELA 2ª VEZ  
CONSECUTIVA,  
GANHAMOS  
O PRÊMIO VALOR 1000  
DE MELHOR  
EMPRESA NA CATEGORIA  
“FARMACÊUTICA  
E COSMÉTICOS”**

**ISSO É O RESULTADO DE QUEM ACREDITA  
E INVESTE NO FUTURO DO BRASIL.**



A EMS é uma empresa 100% nacional que sempre acreditou em nosso país. Essa confiança não para de dar retorno: hoje, somos a primeira indústria farmacêutica do Brasil e a segunda maior da América Latina, com mais de 6 mil colaboradores. E vamos investir mais de R\$ 500 milhões nos próximos 3 anos, gerando mais de 1.000 empregos. Porque quando o Brasil cresce, nós crescemos junto.

