



FECHAMENTO AUTORIZADO  
– PODE SER ABERTO PELA ECT

<input type="checkbox"/>	MUDOU-SE
<input type="checkbox"/>	ENDEREÇO INSUFICIENTE
<input type="checkbox"/>	NÃO EXISTE O Nº INDICADO
<input type="checkbox"/>	FALECIDO
<input type="checkbox"/>	DESCONHECIDO
<input type="checkbox"/>	RECUSADO
<input type="checkbox"/>	AUSENTE
<input type="checkbox"/>	NÃO PROCURADO
<input type="checkbox"/>	OUTROS _____
<hr/>	
<input type="checkbox"/>	INFORMAÇÃO PRESTADA PELO PORTAL DO PROPRIETÁRIO OU SÍNDICO
<input type="checkbox"/>	REINTEGRANDO AO SERVIÇO POSTAL EM / /
DATA:	RUBRICA:

## Fome oculta: causas e consequências

A fome oculta é a deficiência alimentar de micronutrientes, sendo altamente frequente no Brasil e em países em desenvolvimento. Ela ocorre quando há uma carência de um ou mais micronutrientes no organismo. Essa carência pode ser causada pela falta de uma alimentação balanceada, que tem como consequência níveis inadequados de micronutrientes, e/ou pela

incapacidade, por parte do organismo, de absorver com eficiência os nutrientes dos alimentos.

Alguns micronutrientes são essenciais ao organismo e podem ser fornecidos por meio de alimentos como ferro, zinco, cobre, iodo, selênio, cobalto, cromo, manganês e molibdênio. Para absorver esses micronutrientes a



**Dr. Paulo Giorelli. Médico  
nutrólogo e diretor da ABRAN**

alimentação deve ser balanceada, ou seja, constituída por alimentos variados como água, macronutrientes (proteínas, glicídeos e lipídeos), vitaminas e sais minerais. É preciso garantir o correto aporte de micronutrientes ao organismo, não devendo ocorrer deficiências ou mesmo a ingestão excessiva e desnecessária de micronutrientes. A deficiência de micronutrientes pode ocorrer pelas mais variadas causas – de enfermidades infecciosas graves até alterações no trânsito intestinal. Qualquer disfunção orgânica que cause uma alteração na absorção de um ou mais micronutrientes pode ser a causa da chamada “fome oculta”.

O fácil acesso à alimentação não garante fornecimento suficiente de micronutrientes ao organismo, é preciso que a população tenha uma alimentação balanceada, com a ingestão de alimentos variados e de alto valor nutritivo. Isso não quer dizer que esses alimentos custem caro. É preciso que os alimentos de alto valor nutritivo sejam identificados e valorizados, respeitando as diferenças regionais brasileiras.



**XI CURSO NACIONAL DE  
PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU  
NA ESPECIALIDADE MÉDICA  
NUTROLOGIA / 2013**

**Data:** 22 de fevereiro a  
30 de novembro de 2013

**Local:** Av. Dr. Chucrê Zaidan, 246 -  
Vila Cordeiro (ao lado da Rede Globo  
e a 15 minutos do aeroporto de Congonhas)

**Site:** <http://abran.org.br/cnnutro/>



**Conselho Editorial**

Dr. Luis Roberto Queros (*supervisão de conteúdo*)

Dr. Carlos Alberto Nogueira de Almeida

Dr. Carlos Alberto Werutsky

Dr. Durval Ribas Filho

Dr. Paulo Henkin

Dra. Eline de Almeida Soriano

Dr. Fernando Bahdur Chueire

Dra. Isolda Maduro

Dr. José Alves Lara Neto

Dr. José Eduardo Dutra de Oliveira

Dr. Julio Sérgio Marchini

Dra. Maria Del Rosário Zariategui de Alonso

Dr. Nelson Lucif Jr.

Dr. Orsine Valente

Dr. Osman Gíóia

Dr. Paulo Francisco Masano

Dr. Paulo Giorelli

Dra. Socorro Giorelli

Dr. Valter Makoto Nakagawa

Dra. Vivian Suen

**Expediente**

BBN – Boletim Brasileiro de Nutrologia  
Ano 7 – Nº 28 – 2012

**Elaboração:**

Barcelona Soluções Corporativas

**ABRAN – Associação Brasileira de Nutrologia**

Rua Belo Horizonte, 976 – Centro  
CEP 15801-150 – Catanduva (SP)  
Tels. (17) 3523-9732 / 3524-4929  
Tel./Fax: (17) 3523-3645  
E-mail: [abran@abran.org.br](mailto:abran@abran.org.br)  
[www.abran.org.br](http://www.abran.org.br)  
[www.facebook.com/nutrologos](http://www.facebook.com/nutrologos)



## Editorial

*Prezados colegas médicos e prescritores,*

A última edição do Congresso Brasileiro de Nutrologia, em setembro último, registrou número recorde de participantes. Foram mais de 3,2 mil médicos nutrólogos de todo o Brasil reunidos durante os três dias, e devemos esse recorde de público a vocês. Obrigado!

Entramos agora no 40º ano de história da ABRAN, orgulhosos pelas realizações e motivados pelo desafio constante da promoção da saúde e informação. E vemos com bons olhos a possibilidade de uma reavaliação da Anvisa sobre a proibição dos medicamentos inibidores de apetite. A resolução que vigora há pouco mais de um ano restringiu absurdamente as opções de tratamento da obesidade e deixou desamparadas centenas de milhares de pacientes brasileiros. A ABRAN tem trabalhado há dois anos diretamente sobre esse assunto, por meio de nossa diretoria e amigos, e não descansaremos até que os pacientes tenham recuperado seu direito ao tratamento medicamentoso seguro e eficaz.

Podem contar conosco. E contamos com vocês.

**Dr. Durval Ribas Filho**  
Presidente da ABRAN



## Em defesa do médico e da população

A Associação Médica Brasileira (AMB) está engajada em vários projetos que dizem respeito ao médico e à saúde da população. Queremos o SUS atendendo às demandas da população. Como principal problema é o subfinanciamento (outros dois importantes são gestão e corrupção), a AMB lançou o projeto de lei de iniciativa popular que propõe o investimento de pelo menos 10% da receita corrente bruta da União na saúde pública.

Defendemos a Carreira de Estado, com um Plano de Cargos, Carreira e Vencimentos, possibilitando reciclagem e atualização do conhecimento.

Médico formado no exterior é bem-vindo para trabalhar no Brasil, desde que tenha revalidado o diploma por meio do REVALIDA. Não concordamos com a atual política do governo federal no que diz respeito ao PROVAB, ao bônus, à criação da câmara recursal como está na Comissão Nacional de Residência Médica.

Temos compromisso com o ensino médico continuado, valorizamos a residência médica, o título de especialista e sua atualização a cada cinco anos. É bom para o médico, melhor ainda para nossos pacientes.

Contribua com sua opinião. Participe! A AMB é nossa e precisamos vê-la cada vez mais forte.

**Florentino Cardoso**  
Presidente da Associação Médica Brasileira

## Anemia: achado frequente na prática clínica

A anemia, definida pela diminuição do número de hemácias ou do valor da hemoglobina, é um dos achados mais frequentes nos exames, na prática clínica diária. A anemia é classificada em três grupos: 1 – diminuição da produção; 2 – excesso da destruição de hemácias e 3 – perda sanguínea – aguda ou crônica. Encontram-se no primeiro grupo as anemias por falta de fatores essenciais à produção de hemácias, tais como ferro (anemia ferropriva), vitamina B12 ou o ácido fólico (anemias megaloblásticas), as consequentes falhas na produção medular (anemias aplásticas ou aplásicas), além da anemia por doença crônica. Citaremos a seguir, os principais marcadores e elementos laboratoriais para o diagnóstico diferencial das anemias mais prevalentes.

A anemia ferropriva é principal causa de anemia em todo o mundo. A hipocromia (diminuição do HCM ou do CHCM) e a microcitose (diminuição do VCM), evidentes no eritograma, levam à sua sus-

peição. A dosagem do ferro sérico não se presta para o seu diagnóstico, pois é baixo também na anemia por doença crônica. Diminuição nos níveis da ferritina, proteína transportadora do ferro, e do índice de saturação de ferro da transferrina, fecham o diagnóstico. É bom lembrar que a talassemia minor, muito comum nos indivíduos naturais do estado de São Paulo, também se acompanha de hipocromia e de microcitose, porém nessa situação, ferritina, transferrina e o índice de saturação de ferro da transferrina encontram-se normais, se não houver ferroprividade concomitante. Portanto, hipocromia e microcitose não são patognomônicos da anemia ferropriva. Na anemia por doença crônica, o ferro sérico encontra-se diminuído, porém a ferritina está normal e muitas vezes, aumentada, caso não haja ferroprividade concomitante.

A principal causa de anemia ferropriva em adultos é a perda crônica de sangue, geralmente proveniente do trato gastrointestinal ou perda menstrual, no caso da mu-

**Dr. Maurício Borges Martins de Araújo**  
Mestre em Endocrinologia Clínica e Professor Assistente da UNIFESP



lier. Por conseguinte, em adultos, feito o diagnóstico de anemia ferropriva, há de se investigar uma perda crônica de sangue, antes de se iniciar tratamento com ferro. O principal marcador das anemias hemolíticas é o aumento da contagem de reticulócitos no sangue periférico, que reflete na elevação da produção de hemácias pela medula óssea, uma tentativa de repor o excesso dessas hemácias destruídas. As causas são inúmeras, caracterizando várias patologias. Vale a pena lembrar também da anemia falciforme, comum em nosso meio. As bilirrubinas (particularmente a indireta) e o DHL costumam estar elevados nesse tipo de anemia.

## Osteoporose em homens ainda é uma doença pouco conhecida

A definição de osteoporose se aplica tanto aos homens como às mulheres: uma doença que apresenta diminuição da massa óssea e deterioração da microarquitetura do tecido ósseo, levando a uma maior fragilidade e susceptibilidade à fratura. No entanto, a falta de atenção para o problema clínico de osteoporose masculina existe em muitos níveis e, em geral, não recebe o mesmo grau de consciência da inci-

dência em mulheres. A osteoporose é um problema multidisciplinar, mas pouco evidenciada pela mídia quando se trata de casos masculinos, as propagandas para tratamentos potenciais são focadas no público feminino. Muitos médicos não tratam osteoporose em seus pacientes do sexo masculino, quer no contexto dos cuidados primários ou durante as internações decorrentes de fraturas no quadril e na coluna vertebral. Essas fraturas são particularmente preocupantes, devido ao aumento da morbidade e mortalidade.

Os padrões de perda óssea e remodelação que ocorrem com o envelhecimento têm sido estudados em homens e mulheres,

com resultados interessantes. Com a idade, ocorre um desequilíbrio entre a formação e a reabsorção óssea, levando a um enfraquecimento do novo osso dentro de cada unidade multicelular, contribuindo para danos estruturais e a perda óssea global. Embora os casos de fratura em homens sejam menores do que em mulheres.

O tratamento da Osteoporose e, principalmente, sua prevenção, incluem mudança no estilo de vida, alimentação saudável, rica em laticínios desnatados e vegetais verde escuro, suplementação de cálcio e vitamina D, exercícios e prescrição medicamentosa, conforme os critérios clínicos de intervenção.

**Dr. Nelson Lucif Junior**  
Médico e diretor do depto de Nutrologia Geriátrica da ABRAN

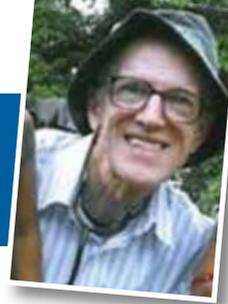


### Referências:

- Osteoporosis in men: update 2011.* Orwig DL, Chiles N, Jones M, Hochberg MC. *Rheum Dis Clin North Am.* 2011 Aug;37(3):401-14  
*Update on bone anabolics in osteoporosis treatment: rationale, current status, and perspectives.* Baron R, Hesse E. *J Clin Endocrinol Metab.* 2012 Feb;97(2):311-25.  
*Management of osteoporosis in elderly men.* Gates BJ, Das S. *Maturitas.* 2011 Jun;69(2):113-9.

## Porque os índios têm tantos casos de diabetes?

### O diabetes pode ser afastado dos índios



**Dr. João Paulo Botelho  
Vieira Filho**  
Professor Adjunto  
UNIFESP/EPM

Os índios da América do Norte, América Central e América do Sul como também os mestiços (mexicanos e populações com herança indígena), apresentam uma tendência muito grande para o diabetes mellitus tipo 2 e gordura no sangue alterada, quando comparados com populações brancas.

Os brancos não miscigenados com índios, negros e populações asiáticas, são mais resistentes ao diabetes diante do açúcar cristalizado, sacarose, presente nos refrigerantes e mais resistentes às bebidas alcoólicas.

Para evitar o diabetes a que os índios são tão propensos ou sensíveis, devem evitar o açúcar, os refrigerantes, as bebidas alcoólicas, não engorda-

rem e manterem atividade física como andar, correr, praticar rituais e esportes.

Os brancos são resistentes ao açúcar pois o conhecem há mais de 2 mil anos usando o da beterraba. O açúcar da cana é conhecido pelos brancos há +/- 1700 anos, quando foi trazido à Europa por um invasor de nome Alexandre da Macedônia. Durante esse tempo passado, os brancos sensíveis ao açúcar e ao diabetes morreram e deixaram menos descendentes. Somente deixaram mais descendentes os brancos resistentes ao açúcar, pois viviam mais e tinham mais filhos numa época em que não havia tratamento. Houve uma seleção natural.

Os índios estão nas Américas do Norte, Centro e Sul há 15 mil anos

sem conhecer o açúcar e bebidas alcoólicas de alto teor, pelo que 70% ou mais de suas populações ficam diabéticas ao ingerir açúcar, refrigerantes e bebidas alcoólicas (mesmo cervejas).

A herança ou genética dos índios é muito favorável ao aparecimento do diabetes, quando mudam a dieta tradicional e passam a ingerir açúcar. Possui um gene variante ABCA1 que era favorável nos 15 mil anos passados com períodos de falta de alimentos, que se tornou desfavorável com o açúcar e alterações da alimentação e menor atividade física.

A íntegra deste texto está disponível no site: <http://migre.me/cu2e6>

## O Portal Nestlé Nutri Saúde está de cara nova!

Conteúdo atualizado e mais fácil de acessar!

Aproveite para conhecer algumas das principais áreas do portal:



#### Web Aulas:

Vídeos de aulas e simpósios sobre temas atuais em Nutrição e Saúde com profissionais referência.

#### Diretrizes, Guias e Tabelas:

Acesso rápido às principais Diretrizes em Saúde, Guias alimentares e Tabelas de composição dos alimentos.

#### Artigos:

Revisões bibliográficas de assuntos relevantes para a prática clínica.

#### Nutrição por trás da Receita:

Receitas especialmente desenvolvidas para a prática clínica, acompanhadas dos cálculos e informações nutricionais.

[www.nestle-nutrisaude.com.br](http://www.nestle-nutrisaude.com.br)



Nestlé Faz Bem