



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 PORTEIRO OU SÍNDICO
<input type="checkbox"/>	REINTEGRANDO AO SERVIÇO POSTAL EM / /
DATA:	RUBRICA:

Ácido úrico elevado no sangue pode trazer problemas cardiovasculares

Historicamente evidente quando cristalizado, manifestando quadros clínicos clássicos como artrite gotosa ou litíase urinária, o ácido úrico (AU) vem ganhando novo status. Mesmo para quem não sofre de gota ou litíase renal, situações clínicas bastante dolorosas, o ácido úrico elevado no sangue, assintomático, está envolvido como fator de risco cardiovascular, hipertensão arterial, obesidade, esteatose hepática e síndrome metabólica.

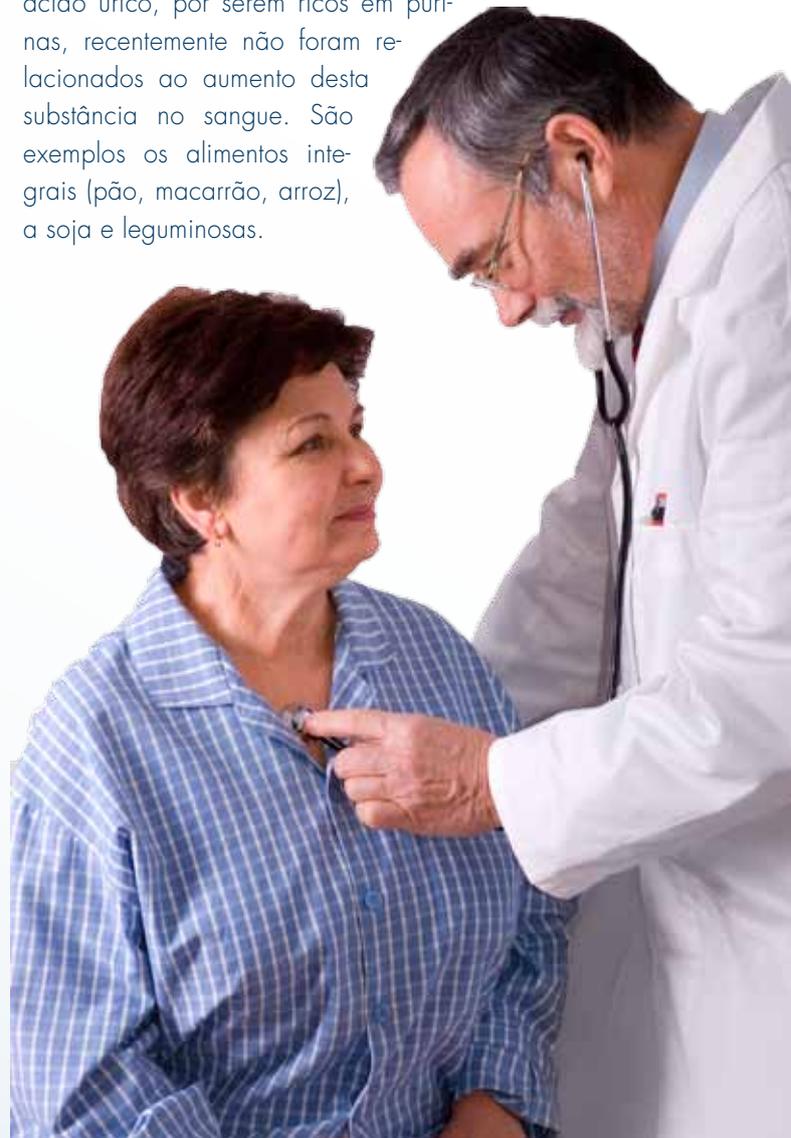
O ácido úrico é o produto final do metabolismo das purinas (bases nitrogenadas do DNA), não sendo apenas um produto sem finalidade. Considerado como antioxidante, os limites de concentração podem delinear efeitos positivos ou negativos, de acordo com a concentração no sangue. Aumentos agudos e mesmo relativamente elevados de ácido úrico podem proteger contra o estresse oxidativo, mas os níveis cronicamente elevados estão ligados ao estresse oxidativo, relacionado com alterações metabólicas ou vasculares. Elevações crônicas do ácido úrico estão associadas a redução de adiponectina (tecido adiposo) e elevação de insulina (resistência insulínica) e redução da capacidade antioxidante total.

Excesso de frutose (consumo excessivo de suco de frutas, adoçantes de xarope de milho, refrigerantes); cerveja e bebidas alcoólicas, excesso de carnes animais (frutos do mar, vísceras e de gado), além da vida sedentária e desequilíbrio emocional são

influências no aumento do ácido úrico no sangue. Outros alimentos, anteriormente associados a elevação do ácido úrico, por serem ricos em purinas, recentemente não foram relacionados ao aumento desta substância no sangue. São exemplos os alimentos integrais (pão, macarrão, arroz), a soja e leguminosas.



Dra. Isolda Prado
Médica nutróloga
da ABRAN



XVII Congresso Brasileiro de Nutrologia

Data: 25, 26 e 27 de setembro de 2013

Local: Maksoud Plaza
Alameda Campinas, 150 –
Bela Vista – São Paulo/SP

Site: <http://www.abran.org.br/congresso>



Conselho Editorial

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

Dr. Carlos Alberto Nogueira de Almeida

Dr. Durval Ribas Filho

Dr. Paulo Henkin

Dra. Eline de Almeida Soriano

Dr. Fernando Bahdur Chueire

Dr. Guilherme Giorelli

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. Paulo Francisco Masano

Dr. Paulo Giorelli

Dra. Socorro Giorelli

Dr. Valter Makoto Nakagawa

Dra. Vivian Suen

Expediente

BBN – Boletim Brasileiro de Nutrologia
Ano 8 – Nº 29 – 2013

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
www.abran.org.br
www.facebook.com/nutrologos



Florentino Cardoso, Presidente da Associação Médica Brasileira

Editorial

Prezados colegas médicos e prescritores,

No mês de junho fomos surpreendidos – positivamente – com uma decisão da Associação Médica Americana (AMA), que passou a considerar oficialmente a obesidade como doença. Além disso, foi aprovada pela entidade uma Política para a Obesidade, que ajudará a mudar a forma como a comunidade médica lida com a doença, que atinge um em cada três americanos, e proporção semelhante no Brasil.

Visto por muitos como uma questão de comportamento, a obesidade – como a ABRAN e a AMB (Associação Médica Brasileira) reconhecem há muitos anos – é uma doença e requer, sim, tratamento específico. Esta decisão da AMA reforça a importância do médico nutrólogo, que tem a missão de prevenir, diagnosticar e tratar as enfermidades nutricionais do ser humano.

Contamos com vocês para tratar esta doença que atinge cada vez mais brasileiros e, segundo pesquisa realizada pela Global Health Burden, instituição ligada à Organização Mundial da Saúde, foi responsável por três milhões de mortes em 2010, o triplo do número de óbitos relacionados à desnutrição.

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



A importância da boa formação médica

A formação médica (seis anos de graduação em tempo integral), a pós-graduação – residência médica (dois a seis anos) e a educação médica continuada tem sido o caminho incentivado por nós. Valorizamos o título de especialista e justificamos a importância de mantê-lo atualizado. Ora, se o conhecimento médico evolui tão rapidamente, é imperativo que precisamos de atualização e reciclagem contínuas.

A saúde é o nosso bem maior e todo esforço deve ser feito para que tenhamos profissionais bem treinados para lidar com nossos pacientes. Porém, há uma ameaça nesse momento quando se fala em mais e mais médicos como se significasse qualidade.

O governo federal e alguns estaduais têm patrocinado uma perigosa abertura de novas escolas médicas, ampliação de vagas em faculdades já existentes, assim como tem tentado a todo custo “importar” médicos formados em outros países, especialmente de Cuba, Bolívia e Argentina (muitos brasileiros de nascimento).

Precisamos sentar e discutir sem amarras, ou viéses de qualquer natureza, buscando a solução do que é melhor para a população. Para isso, é também fundamental uma boa formação médica: boas escolas, com estrutura física adequada, grade curricular compatível com as necessidades da população, corpo docente qualificado e dedicado, além de campo de estágio obrigatório (ambulatórios, hospitais etc.).

A saúde deve ter foco na qualidade, não na quantidade.

Síndrome dos ovários policísticos: uma doença ginecológica?

A síndrome dos ovários policísticos (SOP) é uma afecção endócrina complexa que atinge entre 5 e 10% da população feminina em idade reprodutiva. É caracterizada por hiperandrogenismo – que é o excesso da ação androgênica – e anovulação crônica. Clinicamente se manifesta por irregularidade menstrual com longos ciclos anovulatórios e presença de pelos de padrão masculinizado em áreas que habitualmente são glabras na mulher.

Embora tenha sido inicialmente descrita como uma afecção ginecológica que leva a amenorrea e infertilidade, hoje se sabe que se trata de um distúrbio metabólico que pode induzir a consequências de longo prazo como *diabetes mellitus*, hipertensão, obesidade e mesmo câncer de endométrio.

Uma vez diagnosticada a SOP, deve-se traçar um perfil de risco metabólico da paciente. Atualmente utilizam-se os critérios diagnósticos para Síndrome Metabólica: presença de triglicérides acima de 150 mg/dl, HDL abaixo de 50 mg/dl, glicemia de jejum entre 100 e 126 mg/dl, circunferência abdominal maior ou igual 88 cm e pressão arterial acima de 130/85 mmHg. A presença de 2 desses 5 itens indica síndrome metabólica. Além disso, sabe-se que até 40% das pacientes com SOP têm intolerância à glicose, que é um estado pré-diabético. Assim, recomenda-se que se faça um teste de tolerância à glicose oral (75 mg) com glicemias dosadas nos tempos 0 e 120 minutos. Valores de glicose pós-estímulo entre 140-200 mg/dl indicam intolerância e devem ser tratados.

Dr. Gustavo Arantes Rosa Maciel
Professor Livre
Docente da
Disciplina de
Ginecologia da
Faculdade de
Medicina da
Universidade de São
Paulo (FMUSP)



O tratamento depende da demanda e da necessidade da paciente naquele momento de sua vida e inclui anti-concepcionais hormonais, drogas anti-androgênicas, indutores de ovulação e sensibilizadores de insulina, do tipo metformina. O mais importante é que todas as pacientes devem ser estimuladas a fazer exercícios físicos regulares (150 minutos/semana) e dieta para evitar ganho de peso.

Atualização em cirurgia bariátrica e metabólica

Estimativas apontam que o Brasil tem hoje 3,6% da população com obesidade mórbida e para este grupo de pacientes o tratamento mais efetivo é a cirurgia bariátrica. Sua origem vem da década de 60 e inicialmente dividia-se em cirurgias restritivas, mal absorptivas ou mistas, conforme o objetivo fosse redução do volume gástrico, diminuição da absorção intestinal ou ambos.

Mais de 50 anos se passaram e a experiência e incorporação de novos conceitos le-

ram a procedimentos menos invasivos, mais seguros e eficientes. Atualmente, nos centros de excelência em cirurgia bariátrica e metabólica podem ser oferecidas operações com mortalidade próxima a 0,2%, risco de complicações graves abaixo dos 2% e alta taxa de resolução das comorbidades, como 90% para o diabetes tipo 2, 70% para hipertensão arterial e dislipidemia, 80% para apneia do sono e uma melhora significativa das artropatias.

Estudos apontam para diminuição de risco cardiovascular, melhora da qualidade de vida e aumento de sobrevivência entre os benefícios oferecidos pelo tratamento. Com os novos conhecimentos ficou claro que os principais efeitos dos procedimentos são por vias neuro-hormonais, levando a diminui-

ção da fome, favorecimento da saciedade e melhora do metabolismo basal, entre outros.

Desta forma o progresso do tratamento cirúrgico resultante do preparo adequado do paciente, da realização por laparoscopia e do melhor seguimento pós-operatório possibilitou a obtenção de melhores resultados. Por outro lado, na avaliação de longo prazo (5 anos), ainda ocorrem taxas de reganho de peso entre 10 a 15% e problemas nutricionais em torno de 20% dos pacientes, felizmente de natureza leve (sendo o principal deles a anemia ferropriva) quem precisam ser melhorados.

Assim, a participação mais ativa do médico nutrólogo na equipe multiprofissional que lida com o paciente bariátrico tem um papel fundamental.

Dr. Almino Cardoso Ramos
Presidente da SBCBM
– Sociedade Brasileira
de Cirurgia Bariátrica e
Metabólica



Orientações de dieta e exercício físico para pacientes com diabetes tipo 2

Professor-associado da disciplina de Medicina de Urgência da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e professor adjunto de Endocrinologia na Faculdade de Medicina do ABC (SP)



A dieta mais indicada para o paciente diabético deve incluir carboidratos de frutas, vegetais, grãos integrais e legumes. As hortaliças (alface, escarola, repolho, acelga, agrião, espinafre, rúcula, almeirão, couve, brócolis, entre outros) são fontes de vitaminas, sais minerais e fibras e têm função reguladora do organismo. São as melhores fontes de vitamina A e flavonoides, que são antirradicais livres, ou seja, previnem as complicações crônicas do diabetes.

A gordura saturada deve ser menos que 7% das calorias, enquanto o colesterol total recomendável não deve passar de 200 mg/dia. A dieta de proteína usual para diabetes tipo 2 deve ser de 15% a 20% das calorias para um pa-

ciente sem significantes alterações no rim. Em indivíduos nos estágios iniciais da doença renal crônica a redução da ingestão protéica é de 0,8 a 1,0 g/kg de peso corporal por dia e 0,8 kg/dia em estágios mais avançados da nefropatia diabética. As melhores fontes vegetais de proteínas são as leguminosas (feijão, ervilha, lentilha, grão de bico, soja). Estes alimentos, ricos em fibras solúveis, devem compor a dieta, já que, além das fibras, que reduzem a resposta glicêmica pós-prandial, apresentam baixo teor de gorduras e sódio, o que não se verifica nos alimentos protéicos de origem animal.

Atividade física

Recomenda-se para pacientes com diabetes tipo 2 pelo menos 150 minu-

tos de atividade física aeróbica por semana. A atividade deve ser distribuída por, no mínimo, três dias na semana. A orientação inicial de exercícios é de 10 minutos de alongamento e aquecimento, seguido por 20 minutos de exercício aeróbico. O exercício deve ser realizado preferencialmente no mesmo horário em relação às refeições e injeção de insulina nos pacientes tratados com insulina.

No entanto, antes de iniciar a prática regular de exercícios físicos é recomendável avaliação cardiológica em todo paciente diabético acima de 35 anos e com diabetes há mais de 10 anos. Vale ressaltar que a ingestão de líquido deve ser mantida em níveis altos antes, durante e após o exercício físico.

A literatura aponta que a redução da absorção de colesterol se dá com a ingestão de **1 a 3 gramas** de fitoesteróis diariamente.¹⁻⁴

Conheça **ActiCol**[®] a linha de produtos com fitoesteróis



logurte parcialmente desnatado

- 1,1 g de fitoesterol livre por porção (75 g)
- Disponível nos sabores morango e abacaxi



Seu consumo deve estar associado a uma alimentação equilibrada e hábitos de vida saudáveis.

Composto lácteo

- 1,2 g de fitoesterol livre em duas porções (cada porção é igual a 200 ml)
- Rico em cálcio e em vitaminas C e E

NÃO CONTÉM GLÚTEN

REFERÊNCIAS: 1. Volpe, R., L. Nittynen, R. Korpela, C. Sirtori, A. Bucci, N. Fraoneand F. Pazzucconi. 2001. *Effects of yoghurt enriched with plant sterols on serum lipids in patients with moderate hypercholesterolaemia*. British Journal of Nutrition, 86: 233-239. 2. Thomsen AB, Hansen HB, Christiansen C, Green H, Berger A. *Effect of free plant sterols in low-fat milk on serum lipid profile in hypercholesteromelic subjects*, European Journal of Clinical Nutrition. 2004; 58: 860-70. 3. Law, M. 2000. *Plant sterol and stanol margarines and health*. British Medical Journal, 320: 861-864. 4. Katan, M.B., S.M. Grundy, P. Jones, M. Law, T. Miettinen and R. Paoletti. 2003. *Efficacy and safety of plant stanols and sterols in the management of blood cholesterol levels*. Mayo Clinic Proceedings, 78: 965-978.

NOTA IMPORTANTE: O aleitamento materno é a melhor opção para a alimentação do lactente proporcionando não somente benefícios nutricionais e de proteção, como também afetivos. É fundamental que a gestante e a nutriz tenham uma alimentação equilibrada durante a gestação e amamentação. O aleitamento materno deve ser exclusivo até o sexto mês e a partir desse momento deve-se iniciar a alimentação complementar mantendo o aleitamento materno até os 2 anos de idade ou mais. O uso de mamadeiras, bicos e chupetas deve ser desencorajado, pois pode prejudicar o aleitamento materno e dificultar o retorno à amamentação. No caso de utilização de outros alimentos ou substitutos de leite materno, devem-se seguir rigorosamente as instruções de preparo para garantir a adequada higienização de utensílios e objetos utilizados pelo lactente, para evitar prejuízos à saúde. A mãe deve estar ciente das implicações econômicas e sociais do não aleitamento ao seio. Para uma alimentação exclusiva com mamadeira será necessária mais de uma lata de produto por semana, aumentando os custos no orçamento familiar. Deve-se lembrar à mãe que o leite materno não é somente o melhor, mas também o mais econômico alimento para o bebê. A saúde do lactente pode ser prejudicada quando alimentos artificiais são utilizados desnecessariamente ou inadequadamente. É importante que a família tenha uma alimentação equilibrada e que, no momento da introdução de alimentos complementares na dieta da criança ou lactente, se respeitem os hábitos culturais e que a criança seja orientada a ter escolhas alimentares saudáveis. Em conformidade com a Lei 11.265/06; Resolução ANVISA nº 222/02; OMS - Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno [Resolução WHA 34:22, maio de 1981]; e Portaria M.S. nº 2.051 de 08 de novembro de 2001. UEW 02 06 13

