

# índice



**2 ENTREVISTA**  
O novo presidente da Sobrac confirma o compromisso da nova diretoria de continuar investindo na aperfeiçoamento profissional



**PAINEL MULTIDISCIPLINAR**  
Relatório final do painel sobre o uso dos fitoestrogênios na mulher

4

## OBESIDADE

Artigo aborda o aumento de riscos relacionados à obesidade e à problemática na fase do climatério

8



**11 DRA. HERA**  
Existem três fases em que o enfermeiro oncológico sabe que deve seguir "Ou eu quebro os ossos ou atravesso o rim com uma pedra"

12

## AGENDA

Veja os principais eventos médicos nacionais e internacionais

# editorial

Nos últimos anos, importantes mudanças ocorreram nas especialidades de ginecologia e obstetrícia. O tocoginecologista, há algum tempo responsável apenas pelos problemas relacionados à esfera genital e à parturição, hoje acumula conhecimentos acerca do metabolismo, das doenças cardiovasculares, da osteoporose, dos estados depressivos, da obesidade, entre outros. O caráter generalista da especialidade torna o tocoginecologista reconhecidamente o clínico de atenção primária à saúde feminina.

Nesse sentido, o estudo do climatério e da terapêutica hormonal foram, em grande parte, responsáveis pelo novo contorno dado à tocoginecologia, em decorrência da necessidade de se obter conhecimentos sólidos de outras áreas médicas, visando à compreensão de entidades clínicas com as quais nem sempre o tocoginecologista estava familiarizado. A interpretação de estudos com características especiais, incluindo a metodologia e o tratamento estatístico, também tem levado ao aperfeiçoamento constante desse profissional, que necessita trazer à sua paciente informações consistentes para a adequada orientação terapêutica.

De fato, o ano de 2003 foi marcado por reflexões acerca de importantes estudos enfocando o climatério feminino - em particular os resultados do Women's Health Initiative. Boa parte dos congressos médicos na área foi dedicada ao debate dessas publicações. Merece destaque o papel da SOBRAC, não apenas pelo seu congresso de 2003, como também pela constante participação junto aos colegas, pela interação com especialistas de outras áreas e, fundamentalmente, pelo posicionamento durante todo o ano, culminando com a publicação do Consenso Brasileiro Multidisciplinar de Assistência à Saúde da Mulher Climatérica, com o apoio da FEBRASGO. O intenso trabalho durante as duas últimas gestões, presididas de forma incansável pelo Dr. César Eduardo Fernandes, das quais também participei, trouxe-me estímulo para continuar a busca pela excelência. A presença do novo presidente, Dr. Alberto Soares Pereira Filho, já plenamente restabelecido, traz o primeiro número do Jornal da SOBRAC em 2004. A nova diretoria conhece a sua responsabilidade e, além dos próprios desafios, tem um compromisso de levar informações precisas, procurando se envolver em todas as questões relacionadas ao climatério feminino.

**Dr. Rogério Bonassi Machado**  
Secretário Geral da SOBRAC

**SEGMENTO FARMA** Rua Cunha Gago, 412 - 2º andar - cj. 21 Pinheiros, São Paulo, SP 05412-001, fone/fax: (11) 3039-5669, www.segmentofarma.com.br,

e-mail: segmentofarma@segmentofarma.com.br

**Diretor Geral** Idelcio D. Patrício **Diretor Executivo** Jorge Rangel **Coordenadora Editorial** Angela Helena Viel **Editor de Arte** Mauricio Domingues **Assistente Editorial** Tatiana Daré **Diagramação** Renato Andreoli **Jornalista responsável** Alberto Paz **Revisão** Maria Grazia Ficher **Gerentes de Negócios** Aldo Vianna de Lima, Luciene Cervantes, Marcela Branco, Mauricio Luciano, Renato Almeida, Valéria Santos Silva **Produção Gráfica** Francisco Eugênio, Ivan Santana e Tiago Manga Misson

**SOBRAC**

Avenida Indianópolis, 2.700 - São Paulo/SP CEP 04062-003 • Caixa Postal 60160  
CEP 05391-970 - São Paulo/SP fone/fax: (11) 3781-1188  
Site: www.menopausa.org.br • e-mail: sobrac@menopausa.org.br

# A Sobrac vai continuar investindo no aperfeiçoamento profissional



Durante o V Congresso Brasileiro de Climatério e Menopausa, organizado em julho de 2003 no Centro de Exposições Frei Caneca, em São Paulo, a diretoria que dirigirá a SOBRAC no triênio 2003/2006 tomou posse. Por motivos de saúde, o presidente eleito, Alberto Soares Pereira Filho, professor do Centro Integrado de Assistência à Mulher, R.J. (CIAM) não pôde participar do evento e da solenidade de posse da diretoria. Recuperado, Dr. Alberto inicia o ano cheio de idéias, motivado e pronto para assumir a função que os associados lhe confiaram: continuar conduzindo a SOBRAC como uma entidade participativa e envolvida com o aperfeiçoamento técnico contínuo dos profissionais que atendem às mulheres climatéricas, bem como estar na linha de frente no sentido de disponibilizar a essas mulheres informações qualificadas e atualizadas. Conheça na entrevista abaixo um pouco mais sobre o novo presidente da SOBRAC

▲  
Dr. Alberto Soares  
Pereira Filho,  
presidente eleito da  
SOBRAC - 2003-2006

Estaremos empenhados em continuar com o relacionamento com as entidades internacionais no âmbito do climatério, já que a proximidade com essas entidades propicia o crescimento do profissional

### Conte um pouco sobre sua formação profissional.

**Dr. Alberto:** A minha formação profissional passou por vários períodos. O mais recente, diz respeito ao interesse por pacientes climatéricas, visto que a expectativa de vida da população brasileira tem aumentando sensivelmente nos últimos anos. Essa situação - relativamente recente - tem deixando um grande número de mulheres sem atendimento ou atenção nessa fase da vida, inclusive com pouco interesse demonstrado também pelas autoridades de saúde.

Assim, recai sobre o médico uma grande responsabilidade na resolução de todos os problemas envolvendo a população feminina.

### E como a SOBRAC pode contribuir?

**Dr. Alberto:** Em razão dessa situação, a SOBRAC, bem como outras sociedades médicas, tem-se preocupado em manter o profissional atualizado, seja do ponto de vista técnico quanto do ponto de vista do exercício da especialidade. O caminho traçado inicialmente para a SOBRAC e sua diretoria vem sendo seguido durante os anos por seus presidentes e diretorias.

### O que o associado pode esperar dessa nova diretoria?

**Dr. Alberto:** Em linhas gerais, acredito que estejamos vivendo um período de reorganização de atitudes, e isso vai impactar diretamente em todas as ações - incluindo a condução da SOBRAC. Continuaremos desenvolvendo ações voltadas aos médicos; o que muda é a forma, o conceito, enfim, introduções de novos procedimentos normais na condução de uma entidade. Portanto, o aperfeiçoamento científico será desenvolvido por meio de encontros e congressos, como já é tradição da SOBRAC. O Congresso Brasileiro de Climatério terá sua próxima sede no Rio de Janeiro e, com certeza, algumas novidades serão sentidas. Pretendemos ainda publicar um consenso

sobre climatério a cada dois anos e submetê-lo à apreciação dos profissionais envolvidos com a saúde dessa população.

### Como o senhor avalia a situação atual da mulher no climatério?

**Dr. Alberto:** As mulheres, nos dias de hoje, vêm ganhando espaço nas empresas, no mercado de trabalho, na política, enfim, em todos os setores. Há, portanto, necessidade de se garantir que elas possam caminhar nessa estrada dotadas de toda a infraestrutura disponível, quer do ponto de vista de cuidados médicos, quer do ponto de vista de pesquisas científicas. Estaremos empenhados em continuar com o relacionamento com as entidades internacionais no âmbito do climatério, já que a proximidade com essas entidades propicia o crescimento do profissional envolvido nos estudos do climatério e o envolvimento e o conhecimento de pesquisas científicas oriundas dos países desenvolvidos, bem como originam pesquisas aqui no Brasil.

## Diretoria SOBRAC 2003-2006

Presidente

Alberto Soares Pereira Filho (RJ)

Vice-Presidente

João Sabino de L. Pinho Neto (PE)

Secretário Geral

Rogério Bonassi Machado (SP)

1º Secretário

Juan Antonio Cabrera Fiat (RJ)

1º Tesoureiro

Marco Aurélio Albernaz (GO)

2º Tesoureiro

Lucia Helena de Azevedo (RJ)

Representante do Conselho de Delegados

Maria Celeste Osório Wender (RS)

Presidente do Conselho Científico

César Eduardo Fernandes (SP)

Conselho Deliberativo

Alkindar Soares (RJ), Edmund Chada Baract (SP), Lucas Viana Machado (MG), Nilson Roberto de Melo (SP) e Ronald Perret Bossemeyer (RS)



A elaboração da reunião para a realização deste painel multidisciplinar partiu do pressuposto de que o tema em análise, os fitoestrogênios e o seu emprego terapêutico em mulheres no período do climatério, é ainda bastante incipiente e que os trabalhos existentes nem sempre apresentam resultados uniformes e concordantes. Com essa premissa, pareceu às entidades organizadoras que o assunto deveria ser discutido em um painel livre que pudesse conter as diferentes correntes de opinião presentes, e que estas pudessem, ao seu término, ser expressas em um relatório final.

Convidou-se a princípio alguns relatores, representantes de diferentes especialidades médicas envolvidas com o eventual emprego medicamentoso dos fitoestrogênios na mulher, para apresentar os temas de maior relevância em relação ao assunto a ser discutido, conforme se pode apreciar no programa pré-estabelecido, que se segue:

Desta forma, após a apresentação inicial dos relatores, todos os demais convidados debatedores tiveram a oportunidade de discutir o conteúdo dos relatórios apresentados e interagir com os relatores sob a moderação do coordenador do painel. Foram debatedores o Dr. Aarão Mendes Pinto Neto, Dr. Antonio Jorge Salomão, Dra. Ceci Lopes, Dr. Eliano Arnaldo José Pellini, Dr. Francisco Eduardo Prota, Dr. Hans W. Halbe, Dr. João Sabino Pinho Neto, Dr. Jose Arnaldo de S. Ferreira, Dr. José Maria Soares, Dra. Lucia Helena de Azevedo, Dr. Luciano Melo Pompei, Dr. Luis Carlos Sakamoto, Dr. Marco Aurélio Albernaz, Dra. Marise Lazaretti Castro, Dr. Mauro Abi Haidar, Dr. Mônica L. Grinbaum, Dr. Nelson Gonçalves, Dr. Ricardo Mello Marinho, Dr. Rogério Bonassi Machado, Dr. Rui Alberto Ferriani e a Dra.

# O uso dos fitoestrogênios (relatório final)

Vera Lucia Szejnfeld.

Não se objetivou em nenhum momento posições consensuais ou que pudessem expressar a opinião das entidades promotoras do painel. Desta forma, o conteúdo que se segue resume, de forma ordenada, todas as opiniões que foram dadas durante a realização do evento.

Algumas dificuldades conceituais foram inicialmente discutidas. O que é fitoterapia? Os extratos de um determinado vegetal podem ser considerados como fitoterápicos após a identificação de seu princípio ativo ou apenas este é que assim deve ser considerado? A opinião prevalente foi de que apenas o princípio ativo deve ser considerado como tal, não sendo apropriada com finalidades terapêuticas a recomendação dos extratos. Estes poderiam ser ingeridos como alimentos, ressaltando-se apenas o seu valor nutricional e não terapêutico.

Na mesma linha, também foi considerado o fato de que não se pode falar genericamente dos benefícios de uma espécie vegetal e emprestar-lhe propriedades terapêuticas; em outras palavras, quando se fala em benefícios terapêuticos das isoflavonas de soja, deve-se restringi-los ao princípio ativo, ou seja, as isoflavonas de soja. Deve ser lembrado também que a soja é uma, entre as diferentes espécies vegetais, que apresenta grande concentração de isoflavonas e que estas, em verdade, são constituídas por diferentes moléculas: genisteína, daidzeína, biochanina A, formonetina, equol, e demetilangolensina. Do mesmo modo, deve-se considerar que existem outros fitoestrogênios além das isoflavonas, a exemplo dos lignanos (enterodiol, enterolactona,

secoisolariciresinol, metaireinol) e dos coumestranos (cumestrol).

Desta forma, deve-se evitar a classificação do vegetal em si como, equivocadamente, por vezes, os médicos, os pacientes e a mídia o classificam, como se fosse verdadeira classe de fármacos.

Do mesmo modo e pelas mesmas razões, considerou-se que, em relação aos chamados fitoestrogênios, não se pode falar dos seus efeitos de maneira genérica. Deve estar claro qual o fitoestrogênio considerado e qual a sua origem.

Existem incontáveis trabalhos que procuram avaliar os efeitos dos diferentes fitoestrogênios em mulheres no período da pós-menopausa. A maioria, no entanto, refere-se a pequenas casuísticas e a seguimento por curto espaço de tempo. Esta talvez seja a maior dificuldade encontrada para validar as propriedades dos fitoestrogênios. Outra questão diz respeito à falta de uniformidade e à ausência de padronização do processo de extração dos fitoestrogênios.

Registrou-se que existem efeitos benéficos sobre as ondas de calor decorrentes do hipoestrogenismo



# na mulher

Os fitoestrogênios, frente às evidências disponíveis no presente momento, não devem ser considerados como substitutos da TH, em relação ao tratamento dos sintomas climatéricos, da prevenção e tratamento da atrofia urogenital e da osteoporose

climatérico, mas, em estudos comparativos com a terapêutica hormonal (TH), os fitoestrogênios mostraram eficácia menor em relação à atenuação desses sintomas.

Houve, no entanto, a recomendação, aceita pela maioria dos participantes do painel, de que os fitoestrogênios, por não possuírem evidências sustentáveis quanto a outros benefícios conhecidos da TH, não devem ser considerados como seus substitutos em mulheres no período de pós-menopausa que têm essa indicação.

Desta forma, não existe indicação para o seu emprego com o propósito de reduzir a incidência da osteoporose pós-menopáusicas e o risco de suas fraturas subseqüentes.

Existem algumas evidências de efeitos favoráveis sobre o perfil lipídico. No entanto, não se deve indicá-los, bem como a TH, no tratamento das dislipidemias. Ainda não se tem claro o perfil de segurança dos diferentes fitoestrogênios e o seu tempo adequado de uso. Seriam necessários estudos prospectivos de longo prazo com objetivos definidos para avaliação de eficácia, de tolerabilidade e do perfil de segurança.

Os participantes do painel, com base em algumas ações demonstradas dos fitoestrogênios em estudos *in vitro*, experimentação em animais e observação em humanos, consideram que os mesmos devam ser mais bem estudados, podendo,

no futuro (caso sejam comprovadas estas ações), terem indicação terapêutica alargada com base em evidências demonstradas e sustentáveis.

Igualmente, se considerou que se deve conhecer melhor o seu processo de extração, purificação e a origem do vegetal-fonte. É possível que uma mesma semente de soja, cultivada em terrenos diferentes, possa diferir quanto à quantidade de isoflavonas obtidas após a germinação dessa semente. Do mesmo modo, sementes de soja diferentes podem propiciar, após o seu cultivo, um grão de soja com diferentes conteúdos de isoflavonas.

É possível também que existam outras ações dos fitoestrogênios que não se dêem exclusivamente através do receptor estrogênico e que são atualmente desconhecidas.

Não se pode, com base nos conhecimentos vigentes, garantir a sua segurança sobre o risco de câncer de mama e de endométrio nas usuárias de longo prazo. Igualmente, e pelas mesmas razões, não se pode indicá-los para pacientes em tratamento dessas modalidades de câncer.

Por fim, considerou-se que, frente aos conhecimentos disponíveis, é interessante que se continue estudando os efeitos dos diferentes fitoestrogênios sobre o organismo da mulher, com metodologia mais adequada, com casuísticas mais representativas e com tempo de observação suficiente para que se possa ter resultados mais consistentes capazes de robustecer evidências sobre a sua eficácia ou não.

Existem algumas evidências de efeitos favoráveis sobre o perfil lipídico. No entanto, não se deve indicá-los, bem como a TH, no tratamento das dislipidemias. Ainda não se tem claro o perfil de segurança dos diferentes fitoestrogênios e o seu tempo adequado de uso

### Aspectos relevantes do painel:

- Não se pode falar genericamente dos benefícios de uma espécie vegetal e emprestar-lhe propriedades terapêuticas;
- Apenas o princípio ativo oriundo da extração vegetal deve ser considerado em relação às suas propriedades terapêuticas;
- Não se deve recomendar os extratos vegetais com propósitos terapêuticos, devendo ser apenas ressaltadas as suas propriedades nutricionais;
- Existem diferentes moléculas de origem vegetal que são classificadas como fitoestrogênios, havendo a necessidade de especificar-se a ação individual de cada uma delas, não sendo recomendável falar de efeitos genéricos dos fitoestrogênios;
- Não existe, no presente momento, uma padronização do processo de extração vegetal dos diferentes fitoestrogênios;
- Aguarda-se um melhor conhecimento desse processo, dos procedimentos de purificação e da clara identificação de origem do vegetal-fonte;
- A maioria dos ensaios clínicos realizados para o estudo da eficácia clínica dos fitoestrogênios é constituída por pequenas casuísticas, seguidas por curto espaço de tempo;
- Os fitoestrogênios, em muitos dos estudos publicados, promovem alívio dos sintomas climatéricos, ainda que, contraditoriamente, existam ensaios clínicos que não conseguem demonstrar este efeito;
- Estudos comparativos mostram menor eficácia sobre os sintomas climatéricos dos fitoestrogênios em relação à terapêutica hormonal (TH);
- Existem algumas evidências de efeitos favoráveis dos fitoestrogênios sobre o perfil lipídico, não havendo, no entanto, no momento atual, indicação para o seu emprego no tratamento das dislipidemias;
- Não se conhece, no presente momento, o seu efeito sobre o risco de câncer de mama e de endométrio nas usuárias de longo prazo;
- Não se pode, nos dias atuais, indicá-los para pacientes em tratamento de câncer de mama e de endométrio;
- Os fitoestrogênios, frente às evidências disponíveis no presente momento, não devem ser considerados como substitutos da TH, em relação ao tratamento dos sintomas climatéricos, da prevenção e tratamento da atrofia urogenital e da osteoporose;
- São necessários estudos prospectivos de longo prazo com objetivos definidos para avaliação de eficácia, de tolerabilidade e do perfil de segurança dos fitoestrogênios.

A maioria dos ensaios clínicos realizados para o estudo da eficácia clínica dos fitoestrogênios é constituída por pequenas casuísticas, seguidas por curto espaço de tempo


# A obesidade



# no climatério

César Eduardo Fernandes

**A** obesidade caracteriza-se por um excesso de gordura corporal (acúmulo de triglicérides nas células adiposas) e constitui-se um importante problema de saúde pública, em praticamente todo o mundo, especialmente entre mulheres<sup>1</sup>. A crescente prevalência da obesidade é reconhecida atualmente como um dos mais sérios e importantes problemas dos países desenvolvidos, principalmente das nações ricas e industrializadas, cujas populações têm fácil acesso a uma infinidade de alimentos hipercalóricos. O Brasil, de igual modo, tem mostrado aumento na incidência da obesidade em praticamente todas as regiões do país<sup>2</sup>.



Os resultados epidemiológicos demonstram que as mulheres são mais acometidas que os homens em todas as etapas de vida. Acomete aproximadamente 50% das que atingem o período do climatério<sup>3</sup>. As modificações no estilo de vida, face à modernização, ao sedentarismo e ao estresse, aliados à maior ingestão de alimentos calóricos, parecem oferecer contribuição substancial ao aumento observado na frequência atual desses distúrbios do peso<sup>4,5</sup>.

As alterações cardiovasculares se sobressaem entre as modificações relevantes que decorrem do ganho de peso. O risco de coronariopatia está aumentado três vezes nas mulheres com IMC maior que 29<sup>6</sup>. Os eventos coronarianos, por sua vez, se associam à obesidade em 40% a 70% dos casos<sup>7</sup>.

O climatério, por seu turno, caracteriza-se pela progressiva redução da função dos ovários e redução dos níveis plasmáticos dos estrogênios. As consequências do hipoestrogenismo “per si” impõem alterações ao organismo da mulher que, por vezes, se sobrepõem às observadas com o aumento da adiposidade que também ocorre nessa etapa da vida. A instalação da deficiência hormonal provoca diversas alterações metabólicas que aumentam o risco cardiovascular das mulheres no período pós-menopáusicos<sup>8-10</sup>.

De outra parte, o avançar da idade, em si, determina uma progressiva diminuição no conteúdo de água corporal total e da massa celular ativa ou massa magra do tecido muscular, seguida de um aumento do tecido adiposo e de alterações na sua distribuição. Registra-se, em contrapartida, uma redução de 2% na taxa do metabolismo basal a cada década de vida nas pessoas que não praticam atividade física rotineiramente. Em consonância, parece que, independentemente ao processo normal de envelhecimento, o período perimenopáusicos oferece contribuição própria à redução da taxa do gasto calórico basal<sup>11</sup>.

Ao lado da redução do gasto metabólico basal, da massa magra, do gasto calórico diário e do aumento da adiposidade, o hipoestrogenismo também promove alteração na distribuição corpórea, promovendo uma deposição gordurosa do tipo andróide, contribuindo, por sua conta, para o aumento do risco de doença cardiovascular nessa etapa da vida.

Concomitante ao aumento das doenças cardiovasculares, o sobrepeso e a obesidade também impõem um risco maior para o câncer de ovário, do endométrio, das mamas e do cólon<sup>12-16</sup>.

O risco de câncer de endométrio parece ser limitado a mulheres com IMC igual ou superior a 28, enquanto o ganho de peso ao longo de toda a vida adulta tem sido consistentemente relacionado ao câncer de mama em mulheres no período de pós-menopausa. A mortalidade por esta modalidade de câncer também é maior entre pacientes obesas após a menopausa<sup>14-16</sup>.

A terapêutica hormonal (TH) tem despertado preocupação dos médicos e especialmente das pacientes com relação aos seus efeitos sobre o peso e a distribuição de gordura em mulheres na pós-menopausa.

Lembre-se, conforme referido, que o acúmulo de gordura intra-abdominal observado com a menopausa está associado ao decréscimo da sensibilidade periférica, ao hiperinsulinismo, à dislipidemia e à hipertensão arterial<sup>17</sup>. A terapêutica de reposição estrogênica parece prevenir essa redistribuição corporal, evitando a adiposidade central. Não parece, entretanto, haver alterações significativas de peso quando se comparam, ao longo do tempo, usuárias e não usuárias de TH<sup>18-20</sup>.

De igual modo, o acompanhamento de mulheres pós-menopáusicas, com sobrepeso e diabetes mellito tipo 2, sob TH, tem demonstrando redução significativa da adiposidade central. Verifica-se também a redução dos níveis plasmáticos de hemoglobina glicosilada<sup>21</sup>.

Ainda que este conjunto de observações não registre influências significativas da TH sobre a evolução ponderal em mulheres pós-menopáusicas, oferece, ao mesmo tempo, indícios bastante fortes de seus efeitos favoráveis na redução do acúmulo da adiposidade central e de seus riscos.

A eficácia de longo prazo no tratamento da obesidade tem sido desapontadora. Sua prevenção deve ocupar lugar de destaque. O controle de peso deve fazer parte de qualquer consulta rotineira, e uma orientação deve sempre ser fornecida a respeito do controle ponderal e dos riscos do excesso de gordura, em especial, nas pacientes com sobrepeso e risco de obesidade no período do climatério.

Várias frentes devem ser consideradas no tratamento da obesidade. A redução do peso deve ser o objetivo primário. Não se deve desconsiderar, no entanto, os benefícios de longo prazo da redução de peso,

As alterações cardiovasculares se sobressaem entre as modificações relevantes que decorrem do ganho de peso. O risco de coronariopatia está aumentado três vezes nas mulheres com IMC maior que 29<sup>6</sup>. Os eventos coronarianos, por sua vez, se associam à obesidade em 40% a 70% dos casos<sup>7</sup>



# A cirurgia gástrica está reservada aos casos de obesidade mórbida, resistentes ao tratamento convencional. Pacientes com IMC > 40 e com comorbidades graves são candidatos à cirurgia para redução do volume gástrico

lembrando que perdas ponderais, ainda que pequenas, podem resultar em melhoras significativas da saúde e da qualidade de vida.

A prática regular de atividade física associada à reorientação dos hábitos alimentares e suporte psicológico tem se mostrado eficaz no tratamento do sobrepeso e da obesidade.

As pacientes que falham em perder peso, a despeito da redução calórica e da prática regular de exercícios, são candidatas ao tratamento farmacológico. Assim, os fármacos estão indicados quando o IMC é maior que 30 ou acima de 25, associado a comorbidades<sup>22</sup>.

Os anorexígenos são drogas largamente utilizadas para controle do ape-

tite; atuam no centro da fome, no sistema nervoso central. Os efeitos colaterais têm, historicamente, limitado a utilização desses medicamentos. Os fármacos atualmente empregados com mais segurança são a sibutramina e o orlistat.

A sibutramina atua nos sistemas noradrenérgico e serotoninérgico, inibindo a recaptação de catecolamina e serotonina, oferecendo resultados satisfatórios na redução de peso e eficácia ao longo do tempo<sup>23</sup>.

O orlistat é uma droga sem ação sistêmica, que atua na luz intestinal, inibindo a lipase pancreática. Quando administrado com alimentos contendo gordura, inibe parcialmente a hidrólise de triglicérides, limitando a sua absorção intestinal, contribuindo, desta forma, para uma menor absorção de gordura na dieta. Os efeitos colaterais de diarreia e fezes oleosas podem ser reduzidos ou eliminados pela redução do conteúdo de gordura da dieta<sup>24</sup>.

A cirurgia gástrica está reservada aos casos de obesidade mórbida, resistentes ao tratamento convencional. Pacientes com IMC > 40 e com comorbidades graves são candidatos à cirurgia para redução do volume gástrico. O tratamento deve também ser considerado em pacientes com IMC entre 35 e 40, com condições comórbidas de alto risco, tais como, diabetes de difícil manejo clínico e doença cardiovascular grave<sup>25</sup>.

## Referências

1. Kuczmarski RJ, Flegal KM, Campbell SM, Johnson CL. Increasing prevalence of overweight among US adults: The National Health and Nutrition Examination Surveys, 1960-1991. *JAMA* 1994; 272: 205-11.
2. Monteiro CA, Conde WL, Popkin BM. Is obesity replacing or adding to undernutrition? Evidence from different social classes in Brazil. *Public Health Nutr*. 2002 Feb; 5 (1A): 105-12.
3. Flegal KM, Carroll MD, Kuczmarski RJ, Johnson C.L. Overweight and obesity in the United States: prevalence and trends, 1960-1994. *Int J Obes* 22:39, 1998.
4. Prentice AM, Jebb AS. Obesity in Britain: gluttony or sloth? *Br Med J*. 311:437.1995.
5. Harlan WR, Landis JR, Flegal KM, Davis CS, Miller M.E. Secular trends in body mass in the United States, 1960-1980. *Am J Epidemiol* 128: 1065, 1988.
6. Manson JE, Colditz GA, Stampfer MJ, Willett WC, Rosner B, Monson RR, Speizer FE, Hennekens CH. A prospective study of obesity and risk of coronary heart disease in women. *New Engl J Med* 322: 822, 1990.
7. Williamson DF, Pamuk E, Thun M, Flanders D, Byers T, Health C. Prospective study of international weight-loss and mortality in never-smoking overweight US white women aged 40-64. *Am J Epidemiol* 141: 1128, 1995.
8. Spencer CP, Godsland IF, Stevenson JC. Is there a menopausal metabolic syndrome? *Gynecol Endocrinol*. 1997 Oct;11 (5): 341-55. Review.
9. Walton C, Godsland IF, Proudler AJ, Wynn V, Stevenson JC. The effects of the menopause on insulin sensitivity, secretion and elimination in non-obese, healthy women. *Eur J Clin Invest*. 1993 Aug; 23 (8): 466-73.
10. Gosland IF, Walton C, Stevenson JC. Impact of menopause on metabolism. In: Diamond MP, Naftolin F, eds. *Metabolism in the female cycle*. Rome, Italy: Ares-Serono Symposia Publications, 1993:171.
11. Fukagawa NA, Bandini LG, Young JB. Effect of age on body composition and resting metabolic rate. *Am J Physiol* 259: E233, 1990.
12. Garfinkel L. Overweight and cancer. *Ann Intern Med*. 1985 Dec; 103 (6 Pt 2):1034-6.
13. De Waard F. Breast cancer incidence and nutritional status with particular reference to body weight and height. *Cancer Res*. 1975 Nov; 35 (11 Pt. 2): 3351-6. Review.
14. Kumar NB, Lyman GH, Allen K, Cox CE, Schapira DV. Timing of weight gain and breast cancer risk. *Cancer*. 1995 Jul 15; 76 (2): 243-9.
15. Hankinson SE, Willett WC, Manson JE, et al. Alcohol, height, and adiposity in relation to estrogen and prolactin levels in postmenopausal women. *J Natl Cancer Inst*. 1995 Sep 6; 87 (17):1297-302.
16. Zhang S, Folsom AR, Sellers TA, Kushi LH, Potter JD. Better breast cancer survival for postmenopausal women who are less overweight and eat less fat. The Iowa Women's Health Study. *Cancer*. 1995 Jul 15; 76 (2): 275-83.
17. Cefalu WT, Werbel S, Bell-Farrow AD, Terry JG, Wang ZQ, Opara EC, Morgan t, Hinson WH, Crouse JR 3RD. Insulin resistance and fat patterning with aging: relationship to metabolic risk factors for cardiovascular disease. *Metabolism*. 1998 Apr; 47 (4): 401-8.
18. Hanggi W, Lippuner K, Jaeger P, Birkhauser MH, Horber FF. Differential impact of conventional oral or transdermal hormone replacement therapy or tibolone on body composition in postmenopausal women. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 1998 Jun; 48 (6): 691-9.
19. Reubinoff BE, Wurtman J, Rojansky N, Adler D, Stein P, Schenker JG, Brzezinski A. Effects of hormone replacement therapy on weight, body composition, fat distribution, and food intake in early postmenopausal women: a prospective study. *Fertil Steril*. 1995 Nov; 64 (5): 963-8.
20. Gambacciani M, Ciaponi M, Cappagli B, Piaggese L, de Simone L, Orlandi R, Genazzani AR. Body weight, body fat distribution, and hormonal replacement therapy in early postmenopausal women. *J Clin Endocrinol Metab*. 1997 Feb; 82 (2): 414-7.
21. Samaras K, Hayward CS, Sullivan D, Kelly RP, Campbell LV. Effects of postmenopausal hormone replacement therapy on central abdominal fat, glycemic control, lipid metabolism, and vascular factors in type 2 diabetes: a prospective study. *Diabetes Care*. 1999 Sep; 22 (9):1401-7.
22. Fujioka K. Medical management of obesity. *Hosp Med* 1996; 32: 28-35.
23. Jones S.P, Snith IG, Kelly F, Gray JA. Long-term weight loss with sibutramine. *Int J Obes* 1995, 19 (2): 41.
24. Sjöström L, Rissanen A, Andresen T et al. Randomized placebo-controlled trial of orlistat for weight loss and prevention of weight gain. *Lancet* 1998, 352:1 67, 1972.
25. National Institutes of Health. Gastrointestinal surgery for severe obesity: National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement. *Am J Clin Nutr* 1992; 55: 615S-9S.

Dra. Hera

# Ou eu quebro os ossos ou atravesso o rim com uma pedra

O ser humano é muito complexo. Os sistemas são vários, a interação é elaborada, e nem sempre o que alimenta um é conveniente para outro. Constitui-se um permanente dilema cada vez que recomendamos ou prescrevemos medicamentos para os pacientes.

Há muito tempo, após receber receita, instigantemente, uma paciente questionou-me:

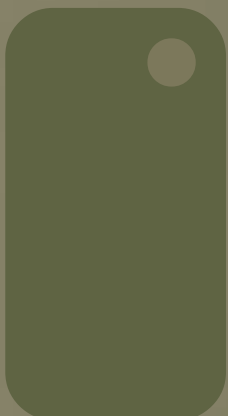
– Doutor, só nesta semana recebi prescrição de três médicos, do reumatologista, do cardiologista e agora do senhor. Será que não vou ter problema ao usar tudo que me receitaram? Será

que meu corpo não vai reclamar? Será que esses medicamentos não vão brigar entre si? Sinto falta de alguém que junte tudo e me diga o que fazer.

Lembrei-me do fato acima quando, nesta semana, uma paciente com osteoporose descobriu ser possuidora de cálculos renais. O nefrologista solicitou-lhe restrição no uso de produtos que contenham cálcio, enquanto o reumatologista havia recomendado exatamente o contrário. Perplexa, mas com bom humor, ela falou-me:

– Não tenho saída, ou eu quebro os ossos ou atravesso o rim com uma pedra.

O ser humano é muito complexo. Os sistemas são vários, a interação é elaborada, e nem sempre o que alimenta um é conveniente para outro



# agenda

## ABRIL

### 02 a 04 CERVICOLP 2004 - CURSO DE ATUALIZAÇÃO EM PTGI E COLPOSCOPIA

**Promoção:** Capítulo de São Paulo da Sociedade Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia  
**Local:** Atibaia - SP  
**Informações:** (11) 5611-2702/7347 / (11) 3283-4121  
**E-mail:** sbptgicsp@uol.com.br

### 26 a 30 XII CONGRESO NACIONAL DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA / II CONGRESO CUBANO DE CLIMATERIO Y MENOPAUSIA

**Local:** Palacio de Convenciones de La Habana - CUBA  
**Informações:** com.eventos4@viajes.cha.cyt.cu

## MAIO

### 14 a 18 CONGRESSO MUNDIAL DE OSTEOPOROSE (IOF WORLD CONGRESS ON OSTEOPOROSIS)

**Local:** Rio de Janeiro - RJ  
**Informações:** osteo2004@blumar.com.br / info@osteofound.org  
**Site:** www.database.blumar.com.br/eventos/medicos/osteoporose2004.cfm ou www.osteofound.org

### 23 a 28 18TH WORLD CONGRESS ON FERTILITY AND STERILITY

**Local:** Montreal - Canadá  
**Informações:** info@iffs2004.com

### 27 a 29 18ª JORNADA DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO

**Local:** Centro de Convenções Rebouças - São Paulo - SP  
**Informações:** (11) 222-4254 / (11) 3224-0122 Ramal: 5422  
**E-mail:** ayresnet@terra.com.br

## JUNHO

### 05 a 09 31st EUROPEAN SYMPOSIUM ON CALCIFIED TISSUES

**Local:** Nice - França  
**Informações:** ects@mci-group.com  
**Site:** www.ectsoc.org

### 17 a 20 V JORNADA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA DO VALE DO PARAÍBA

**Realização:** SOGESP - Regional V. do Paraíba  
**Local:** Campos do Jordão - SP  
**Informações:** (11) 5092-3115  
**E-mail:** vale.sogesp@uol.com.br

## JULHO

### 6 a 9 13º CONGRESSO ASIÁTICO DE INFECÇÕES DE TRANSMISSÃO SEXUAL (IUSTI)

**Local:** Chiangmai - TAILÂNDIA  
**Informações:** Fax: 66 (2) 286-3013  
**E-mails:** tmsstd@bkk.a-net.net.th / tmsstd@anet.net.th

### 16 a 21 XXX CURSO TEÓRICO-PRÁTICO DE COLPOSCOPIA E CITOPATOLOGIA DO TRATO GENITAL INFERIOR

**Promoção:** CEGIN - Centro de Estudos da Disciplina de Ginecologia da Unifesp  
**Local:** São Paulo - SP  
**Informações:** (11) 5611-2702/7347 / (11) 3283-4121  
**E-mail:** sbptgicsp@uol.com.br

### 23 e 24 HORMOGIN CURITIBA - JORNADA DE HORMONIOTERAPIA

**Local:** Curitiba - PR  
**Informações:** (11) 5182-7867/1715  
**E-mail:** carve@carve.com.br

## AGOSTO

### 05 a 07 V SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE REPRODUÇÃO HUMANA

**Local:** São José do Rio Preto - SP  
**Informações:** (17) 235-7017  
**E-mail:** cenacon@cenacon.com.br  
**Site:** www.cenacon.com.br

## SETEMBRO

### 22 a 25 VIII CONGRESSO BRASILEIRO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

**Local:** Curitiba - PR  
**Informações:** (41) 3022-1247  
**E-mail:** ekipe@ekipeeventos.com.br

## OUTUBRO

### 1 a 3 XXXVI JORNADA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA DE BRASÍLIA / IV CONGRESSO DE REPRODUÇÃO HUMANA DO BRASIL CENTRAL

**Local:** Brasília - DF  
**Informações:** (61) 245-3681  
**Fax:** (61) 245-4530

### 3 e 4 ENCONTRO DE EDUCAÇÃO CONTINUADA

**Local:** Blumenau - SC  
**Informações:** (48) 231-0300  
**Fax:** (48) 231-0335  
**E-mail:** sogisc@sogisc.com.br

### 03 a 06 IV CONGRESO LATINOAMERICANO DE CLIMATERIO Y MENOPAUSIA - FLASCYM 2004 / III CONGRESO CHILENO DE CLIMATERIO

**Local:** Santiago - CHILE  
**Informações:** www.flascym.org  
**E-mail:** directiva@flascym.org / sociedad@climaterio.cl

### 15 a 18 I SIMPÓSIO INTERNACIONAL "SAÚDE REPRODUTIVA NAS IDADES EXTREMAS DA VIDA DA MULHER"

**Local:** Varadero - CUBA  
**Informações:** (537) 33-3536 Fax: (537) 33-2220  
**E-mails:** ccioc@infomed.sld.cu / drjpelaez@retina.sld.cu