

Author's reply

The benefits of physical exercise are unquestionable. Formal exercise, at gyms, has much to offer its adherents. However, as the reader mentioned, what we observe in practice is that, in managing childhood obesity, its mere prescription ends up not being adopted or, in particular, maintained over the long term by a significant proportion of obese children.¹

As is described in the article, there are a number of different which could impact on the poor compliance with systematic physical exercise programs at gyms. Among these is the difficulty that parents find taking children to sports centers, both due to the cost and because of the traveling and time involved, all of which must observe a frequent timetable. However, by no means do we discourage working out, on the contrary we propose physical activity, which can be structured at sports centers, or not.²

The point is not to limit physical activity to the gym since we know that obesity is an epidemic public health problem and that many individuals, particularly children, are restricted by social and economic factors that make adherence to such a system of physical exercise impossible. It has been proved that physical activity incorporated into lifestyle during the performance of daily activity multiplies the effects of weight loss, as do initiatives that reduce sedentary behavior.³

We, therefore, defend a more active daily life, in which the activity can be effectively incorporated as a health and lifestyle habit. For this to happen one should offer children alternatives that are achievable within their personal realities, preferably activities that involve play, and that are typical of childhood, such as skipping, playing with balloons, playing in the backyard, block play area or neighborhood square and walking round the block among many other daily activities. Regular visits to the gym remain a good option, but are not the rule.

Elza Daniel Mello

PhD. Professor, Department of Pediatrics, School of Medicine, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FAMED-UFRGS), Porto Alegre, RS, Brazil.

Vivian Luft

Nutrition student, FAMED-UFRGS, Porto Alegre, RS, Brazil.

References

1. Epstein LH, Wing RR, Koeske R, Valoski A. A comparison of lifestyle exercise, aerobic exercise and calisthenics on weight loss in obese children. *Behav Ther.* 1985;16:345-56.
2. Epstein LH, Paluch RA, Gordy CC, Dorn J. Decreasing sedentary behaviours in treating pediatric obesity. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2000;154:220-6.
3. Summerbell CD, Ashton V, Campbell KJ, Edmunds L, Kelly S, Waters E. Interventions for treating obesity in children. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;(3):CD001872.

Psicose funcional em crianças e adolescentes

Prezados Editores,

Foi com grande interesse que lemos o Suplemento 2 do *Jornal de Pediatria sobre Saúde Mental*, especialmente o artigo intitulado "Psicose Funcional em Crianças e Adolescentes" de Tengan & Maia¹. Os autores discutiram um assunto relevante para a psiquiatria infantil, a distinção entre esquizofrenia com início na infância e autismo.

A partir dos trabalhos de Kolvin & Rutter², o autismo foi seguramente diferenciado da esquizofrenia de início precoce, tornando-se uma das mais bem validadas distinções na psiquiatria infantil, porém uma característica marcante da esquizofrenia com início na infância em relação à esquizofrenia com início na vida adulta é o alto índice de alterações no desenvolvimento social, motor e da linguagem. O isolamento social pré-mórbido foi a característica mais comum, detectado em 50-87% dos casos de esquizofrenia com início na infância em cinco centros de pesquisa independentes³.

As síndromes completas de esquizofrenia e autismo parecem ser distintas, entretanto é possível que um subgrupo de pacientes com esquizofrenia com início na infância e aqueles com autismo tenham uma composição genética semelhante⁴. Yan et al.⁵ relataram uma translocação equilibrada entre os cromossomos 1 e 7 em um menino com esquizofrenia com início na infância. Os pontos de quebra ocorreram no braço curto do cromossomo 1 (região p22) e no braço longo do cromossomo 7 (região q21). Esse relato é bem interessante se considerarmos um caso anterior de rearranjo cromossômico envolvendo os cromossomos 1, 7 e 21 em um menino autista, onde o ponto de quebra no cromossomo 1 também ocorreu na região p22⁶. Esses achados fazem dos pontos de quebra dos cromossomos 1 e 7 locais prováveis para estudos de genética molecular. Essas regiões podem conter genes que possivelmente estejam envolvidos na etiopatologia da esquizofrenia com início na infância e do autismo; portanto, esses dois distúrbios aparentemente tão distintos podem apresentar uma base biológica em comum em alguns casos, consistindo de variantes fenotípicas de uma doença de início bastante precoce³.

Quirino Cordeiro

Programa de Pós-Graduação, Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP.
E-mail: qcordeiro@yahoo.com

Homero Vallada

Professor associado, Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP.
E-mail: hvallada@usp.br

Referências

1. Tengan K, Maia AK. Functional psychosis in childhood and adolescence. *J Pediatr (Rio J).* 2004;80(2 Suppl):S3-10.
2. Rutter M. Childhood schizophrenia reconsidered. *J Autism Child Schizophr.* 1972;2:315-7.

3. Sporn AL, Addington AM, Gogtay N, Ordoñez AE, Gornick M, Clasen L, et al. Pervasive developmental disorder and childhood-onset schizophrenia: comorbid disorder or a phenotypic variant of a very early onset illness? *Biol Psychiatry*. 2004;55:989-94.
4. Thapar A, Scourfield J. Childhood disorders. In: McGuffin P, Owen M, Gottesman II, editors. *Psychiatric Genetics and Genomics*. 1st ed. New York: Oxford University Press; 2002. p. 147-180.
5. Yan WL, Guan XY, Green ED, Nicolson R, Yap TK, Zhang J, et al. Childhood-onset schizophrenia/autistic disorder and t(1;7) reciprocal translocation: identification of a BAC contig spanning the translocation breakpoint at 7q21. *Am J Med Genet*. 2000;96:749-53.
6. Lopreiato JO, Wulfsberg EA. A complex chromosome rearrangement in a boy with autism. *J Dev Behav Pediatr*. 1992;13:281-3.