



Obesidade

Introdução

A obesidade é uma doença crônica considerada epidemia mundial atualmente. Nos últimos 20 anos, a prevalência de obesidade duplicou em mulheres e quadruplicou em homens, despontando como problema de saúde pública.

Diagnóstico e Avaliação Inicial

A avaliação de sobrepeso ou obesidade nos pacientes é realizada através do cálculo do índice de massa corporal (IMC) e da medida da circunferência abdominal.

O IMC é obtido pela fórmula $IMC = \text{peso (Kg)} / \text{altura}^2$ (metros) e é classificado conforme a tabela abaixo.

Tabela 1 – Índice de Massa Corporal: classificação:

Baixo peso	< 18,5kg/m ²
Peso normal	18,5 a 24,9kg/m ²
Sobrepeso	25 a 29,9kg/m ²
Obesidade	
Grau 1	30 a 34,9 kg/m ²
Grau 2	35 a 39,9 kg/m ²
Grau 3	≥ 40kg/m ²

Fonte: DUNCAN (2014).

A circunferência abdominal deve ser medida com fita métrica na altura do ponto médio entre a crista ilíaca e a borda inferior da última costela. Medidas iguais ou maiores que 80cm nas mulheres e **94cm** nos homens indicam risco aumentado para síndrome metabólica e doenças cardiovasculares.

A avaliação inicial do paciente com excesso de peso deve verificar a presença de doença ou uso de fármacos causadores do excesso de peso; mensurar o grau de obesidade/obesidade central, e investigar morbidades ou fatores de risco para orientar a intensidade do tratamento.



Na anamnese, deve ser avaliado o motivo principal da consulta (excesso do peso ou complicações do excesso do peso) e a motivação para perda de peso. Deve ser questionado o peso desejado ao final do tratamento, a velocidade de perda de peso esperada, as consequências físicas e psíquicas da perda de peso. Deve-se ter muito cuidado na abordagem, visto que normalmente o assunto já é desconfortável para o paciente. Questionar a história do ganho ponderal, tentativas prévias de emagrecer, prática de atividades física, fatores precipitantes de recaída, hábitos e transtornos alimentares. No exame físico atentar, além do peso e estatura, para medidas de pressão arterial com manguito adequado e avaliação de sinais clínicos de obesidade secundária à outras doenças. Os únicos exames necessários na avaliação inicial são glicemia de jejum e colesterol total. Outros exames devem ser guiados conforme achados na história e exame físico.

Tabela 2 – Fármacos Obesogênicos

Antipsicóticos Atípicos	Olanzapina, clozapina
Antidepressivos	Amitriptilina, mirtazapina, paroxetina
Estabilizadores de Humor	Lítio
Glicocorticoides	
Betabloqueadores	
Hipoglicemiantes	Insulina, sulfoniuréias (glibenclamida)
Anticolvulsivantes	Fenitoína, ácido valpróico, gabapentina, carbamazepina
Anti-histamínicos	Principalmente 1ª geração

Fonte: BRAY (2015).

As doenças endócrinas que podem causar excesso de peso são hipotireoidismo, acromegalia e Síndrome de Cushing. Raramente a obesidade é originada por essas causas secundárias. No hipotireoidismo podemos encontrar pele seca, fria e descamativa; cabelos finos e secos; voz rouca, madarose, edema duro, presença de bócio. Na Síndrome de Cushing, avaliar presença de pletórica facial, estrias violáceas no abdômen, face “em lua cheia”, pescoço em ogiva, petéquias, fragilidade capilar. Na acromegalia, observar aspecto facial característico como prognatismo e feições rudes, mãos grandes e com aumento dos tecidos moles.

Doenças psiquiátricas como depressão, transtorno de estresse pós-traumático, transtornos de ansiedade, transtorno de humor bipolar, adição a drogas, transtorno de *Binge-Eating* (compulsão alimentar periódica) e bulimia também devem ser avaliadas e tratadas quando necessário.



Tratamento

O tratamento é multidisciplinar. A tríade principal do tratamento clínico consiste em apoio à mudança do estilo de vida, dieta para provocar déficit calórico e estímulo à atividade física rotineira. Os objetivos devem ser viáveis e respeitar os limites do paciente. Automonitoramento de peso, com medidas semanais, ajuda no controle do peso. O acrônimo *RASO* pode auxiliar na perda de peso:

- reduzir o tamanho das porções;
- adicionar água, legumes e verduras cruas, frutas, alimentos com fibras;
- substituir alimentos menos saudáveis por mais saudáveis – frituras por grelhados, refrigerante por água, sobremesa por frutas, pão branco por pão integral;
- observar se come rapidamente, sem mastigar direito, situações nas quais come alimentos em maior quantidade ou alimentos mais calóricos, com que frequência se alimenta.

A meta terapêutica é a perda de 5 a 10% do peso inicial em 3 a 6 meses. Considera-se saudável uma perda de no máximo 0,5 kg por semana. Devemos ser francos sobre a importância do emagrecimento e sensíveis às dificuldades e frustrações dessa meta. Motivações atuais devem ser buscadas e barreiras identificadas.

O tratamento comportamental é uma técnica terapêutica com efetivo benefício na perda de peso. Terapias em grupo baseadas em técnicas comportamentais são igualmente efetivas para perda de peso quando comparadas a orientações individuais. Em geral, a terapia em grupo compreende 10 a 15 indivíduos e envolve sessões semanais de 60 a 90 minutos por 4 a 6 meses, seguidas de sessões de manutenção (em grupo ou individuais) a cada duas semanas. A longo prazo, reforços a cada 4 a 6 meses são indicados. As sessões em grupo podem ser lideradas por nutricionistas, psicólogos ou outros profissionais de saúde. Devemos cuidar para não criar grupos fixos, onde somente os mesmos pacientes acompanham rotineiramente.

O tratamento farmacológico pode ser considerado para os pacientes com IMC $>30\text{kg/m}^2$ e para aqueles de IMC entre 27 e $29,9\text{kg/m}^2$ com morbidades associadas que não alcançaram as metas em 6 meses com as modificações comportamentais. Importante salientar que é uma terapia adjuvante às modificações não farmacológicas.

O orlistat é uma agente antiabsortivo utilizado na dose de 120mg 3x ao dia, sendo administrado antes, durante ou em até uma hora das principais refeições. Tem como principais



efeitos adversos a flatulência, urgência ou incontinência fecal principalmente se a dieta for rica em gorduras. Está contraindicado nos casos de síndrome de má absorção e nos casos de colestase.

A sibutramina é um inibidor da captação de noradrenalina e de serotonina que produz dois efeitos: aumento da saciedade e aumento de gasto energético. É administrada uma cápsula de 10mg ao dia, podendo ser ajustada até 15mg ao dia se não houver perda de 2 kg após um mês. Está contraindicada nos casos de: hipertensão mal controlada, insuficiência renal, disfunção hepática grave, glaucoma, abuso de drogas e doenças cardiovasculares. Deve ser prescrita com muita cautela por aumentar mortalidade em pacientes com doença cardiovascular.

Os pacientes com obesidade e com morbidades como depressão unipolar e/ou tabagismo podem se beneficiar do uso de bupropiona. A dose inicial é de 150mg/dia e pode ser aumentada para até 300mg/dia. Está contraindicado nos casos de sintomas ansiosos, epilepsia, história de bulimia e/ou anorexia, uso concomitante de IMAOs e em pacientes descontinuando uso de etanol e/ou benzodiazepínicos.

Topiramato é aprovado para uso como anticonvulsivante e para tratamento da enxaqueca e tem como efeito coleteral desejado a redução do apetite. Seu uso para esse fim é feito em doses de 25 até 200 mg/dia. Apresenta como principais efeitos adversos sonolência, parestesias e dificuldade de concentração. Consiste numa boa opção para pacientes com enxaqueca/transtorno do humor/epilepsia e obesidade. Aumentar a medicação lentamente para minimizar efeitos adversos.

Além das orientações sobre reeducação alimentar e atividade física, a metformina pode ser indicada para aqueles pacientes que apresentam intolerância à glicose com o objetivo de prevenir diabetes mellitus tipo 2 e auxiliar na perda de peso.

Os erros mais frequentemente cometidos por pessoas tentando perder o peso são expectativas irreais (perder muito peso em pouco tempo), tentar emagrecer sem atividade física, descontinuar o tratamento após emagrecimento inicial, decepcionar-se quando comete algum abuso (e descontinuar o tratamento), abandonar a dieta. Os equívocos mais frequentes dos profissionais da saúde são não pesar as pessoas com obesidade ou sobrepeso, não oferecer ajuda para emagrecer e não manter tratamento clínico para pacientes candidatos à cirurgia bariátrica.



Quando Encaminhar?

Pacientes com suspeita de obesidade por Síndrome de Cushing ou acromegalia devem ser encaminhados para avaliação com endocrinologista. O tratamento cirúrgico (cirurgia bariátrica) estará indicado nos pacientes com IMC $\geq 40\text{kg/m}^2$; ou ≥ 35 associado a comorbidades (diabetes mellitus de difícil controle, hipertensão arterial de difícil controle, apneia do sono, doença cardiovascular ou alto risco cardiovascular, osteoartrose severa de joelho) quando o tratamento conservador por dois anos falhar na perda sustentada de peso. Nesse caso o paciente deve ser encaminhado diretamente para Cirurgia Bariátrica.



Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

Obesidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 12). Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab12>>. Acesso em: 14 Maio 2015.

BRAY, G. A. **Obesity in adults: drug therapy.** UpToDate, 2015. Disponível em:

<<http://www.uptodate.com/contents/obesity-in-adults-drug-therapy>>. Acesso em: 14 Maio 2015.

DUNCAN, B. B. et al (Org.). **Medicina Ambulatorial:** condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (Org.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade:** princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012.