

OBESIDADE CONTROLADA

PARA VOCÊ ENTENDER
UMA NOVA FORMA DE CLASSIFICAR A OBESIDADE,
BASEADA NA TRAJETÓRIA DO PESO



ESTA É UMA
PUBLICAÇÃO



ABESO



Sociedade Brasileira de
Endocrinologia e Metabologia

OBESIDADE CONTROLADA

PARA VOCÊ ENTENDER
UMA NOVA FORMA DE CLASSIFICAR A OBESIDADE,
BASEADA NA TRAJETÓRIA DO PESO



REALIZAÇÃO



EDIÇÃO LÚCIA HELENA DE OLIVEIRA

PROJETO GRÁFICO GUILHERME FREITAS

DESIGN ARIEL BERTHOLDO



ÍNDICE

04
INTRODUÇÃO

05
O QUE É OBESIDADE

07
O DESAFIO DE MANTER
O RESULTADO

10
A CLASSIFICAÇÃO
DA OBESIDADE

13
QUANDO SE PERDE
UM POUCO DE PESO

15
A PROPOSTA BASEADA
NA TRAJETÓRIA DO PESO

17
DIVERSOS CENÁRIOS

19 OBSERVAÇÕES
MUITO IMPORTANTES

21
CONSIDERAÇÕES
FINAIS

INTRODUÇÃO

Desde os anos 1970, quando foi adotado pela Organização Mundial da Saúde, o índice de massa corporal, ou IMC, vem sendo a forma mais utilizada para classificar a obesidade. Mas ele tem algumas limitações, que este *e-book* mostrará mais adiante.

No que diz respeito à obesidade, talvez o maior problema seja a ideia equivocada de que o objetivo do tratamento sério dessa doença seria “normalizar” o IMC, ou seja, o seu cálculo teria de, um dia, ficar abaixo de 25 kg/m², quando na verdade não é bem assim.

Por isso, a **Abeso** e a **SBEM** (Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia) resolveram propor uma nova forma de classificar a obesidade, baseada na trajetória de peso de cada pessoa, considerando como uma informação extremamente relevante o peso máximo que ela já atingiu em algum momento ao longo de sua vida.

Aliás, justamente porque o IMC tem lá suas limitações, surgiram outras formas de classificar a obesidade nos últimos tempos. E atenção: a nossa proposta, a da obesidade controlada, não pretende substituir nenhuma delas e, sim, complementá-las.

Ela pode, no entanto, ser muito útil no tratamento clínico. Só que, para isso, os profissionais de saúde e os próprios pacientes precisam entendê-la. Acreditamos que isso facilitará um acordo sobre metas de tratamento capazes de visar o que é realmente mais importante: o bem-estar e a saúde como um todo.

Gostaríamos de, por fim, lembrar que o documento em que este *e-book* se baseia, “*Proposal of an obesity classification based on weight history: an official document by the Brazilian Society of Endocrinology and Metabolism (SBEM) and the Brazilian Society for the Study of Obesity and Metabolic Syndrome*”, foi publicado na *Archives of Endocrinology and Metabolism*. E estes são os seus autores:

Bruno Halpern,
médico endocrinologista,
presidente da Abeso.

Marcio Mancini,
médico endocrinologista,
chefe do Grupo de Obesidade
e Síndrome Metabólica do
Hospital das Clínicas da Faculdade
de Medicina da Universidade
de São Paulo.

Maria Edna de Melo, médica
endocrinologista, chefe da Liga de
Obesidade Infantil do Hospital das
Clínicas da Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo.

Rodrigo Nunes Lamounier,
médico endocrinologista, diretor
clínico do Centro de Diabetes de
Belo Horizonte, em Minas Gerais.

Rodrigo de Oliveira Moreira,
médico endocrinologista
do Instituto Estadual de Diabetes
e Endocrinologia Luiz Capriglione,
no Rio de Janeiro.

Mario Kehdi Carra,
médico endocrinologista do
Grupo de Diabetes do Hospital
das Clínicas da Faculdade de
Medicina da Universidade de
São Paulo. Ex-presidente da Abeso.

Theodore Kyle, farmacêutico,
especialista em inovação
em saúde com foco na prevenção
e no tratamento da obesidade,
fundador da *ConscienHealth*,
em Pittsburgh, Estados Unidos.

Cintia Cercado,
médica endocrinologista do
Hospital das Clínicas da Faculdade
de Medicina da Universidade de
São Paulo. Ex-presidente da Abeso.

Cesar Luiz Boguszewski,
médico endocrinologista, professor
da Universidade Federal do Paraná.
Ex-presidente da SBEM.

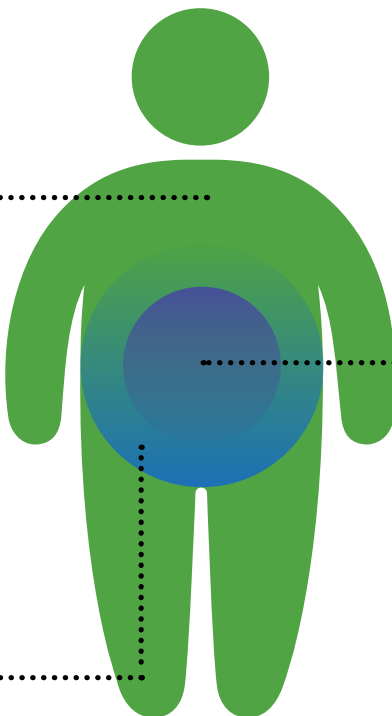
O QUE É OBESIDADE

ELA É UMA DOENÇA CRÔNICA

Logo, não tem cura, mas pode ser controlada, como tantas outras doenças crônicas (hipertensão, diabetes...)

É UMA DOENÇA PROGRESSIVA

Se nada é feito, a tendência é agravar.



É, AINDA, RECORRENTE OU RECIDIVANTE

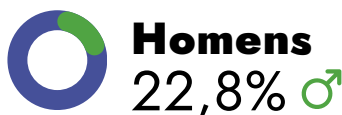
Isso quer dizer que, se alguém com obesidade interrompe o tratamento (seja ele com ou sem medicações), volta ao ponto de origem, havendo ganho de peso.

No Brasil

1 em cada 4 adultos

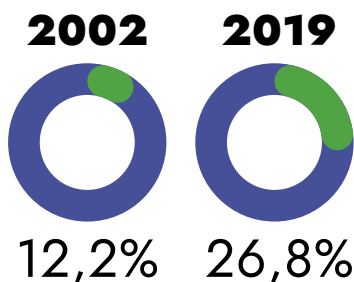


41,2 milhões de pessoas acima de 20 anos convivem com a obesidade. São:

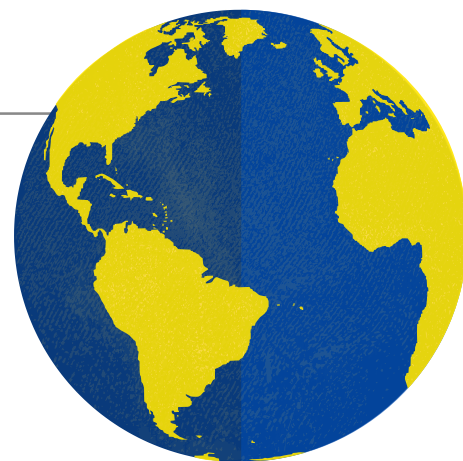


Crescimento

Proporção de brasileiros adultos com obesidade.



Crédito: Dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2019



E NO MUNDO INTEIRO?

São mais de **1 bilhão de pessoas com obesidade**, sendo 650 milhões de adultos e o restante, crianças e adolescentes. Ano a ano, esse número não para de crescer.

(Organização Mundial da Saúde/ 2022)

Uma doença que causa ou agrava outras doenças

Este é o grande problema: as complicações provocadas pela obesidade estão por trás de alguns dos males que mais matam no país e no mundo. Entre eles...

Crédito: SIM (Sistema de Informações de Mortalidade) / Ministério da Saúde, 2022).



Infartos e AVCs

1ª lugar entre as causas de mortes no Brasil



Câncer

lugar. Sim, a obesidade está associada a 13 tipos de cânceres.



Diabetes mellitus

5ª lugar

A obesidade é capaz de reduzir a expectativa de vida.

Causas complexas e multifatoriais

Ao contrário do que muitos ainda imaginam, até por conta de uma boa dose de estigma e preconceito, ninguém tem obesidade por uma questão de escolha do estilo de vida. E a maioria dos pacientes não consegue perder bastante peso e manter só com mudanças no comportamento.

Por ser multifatorial e tão complexa, a obesidade não pode ser resolvida de um jeito simples, diferentemente do que a sabedoria popular acredita. Seu tratamento é difícil e o objetivo é muito mais amplo do que baixar o ponteiro da balança e satisfazer o que, muitas vezes, é um desejo social de ser magro.

Aliás, infelizmente muita gente desiste e abandona o tratamento porque a perda de peso atingida foi menor do que as suas expectativas — expectativas que, muitas vezes, são criadas também pelos médicos e por outros profissionais de saúde.



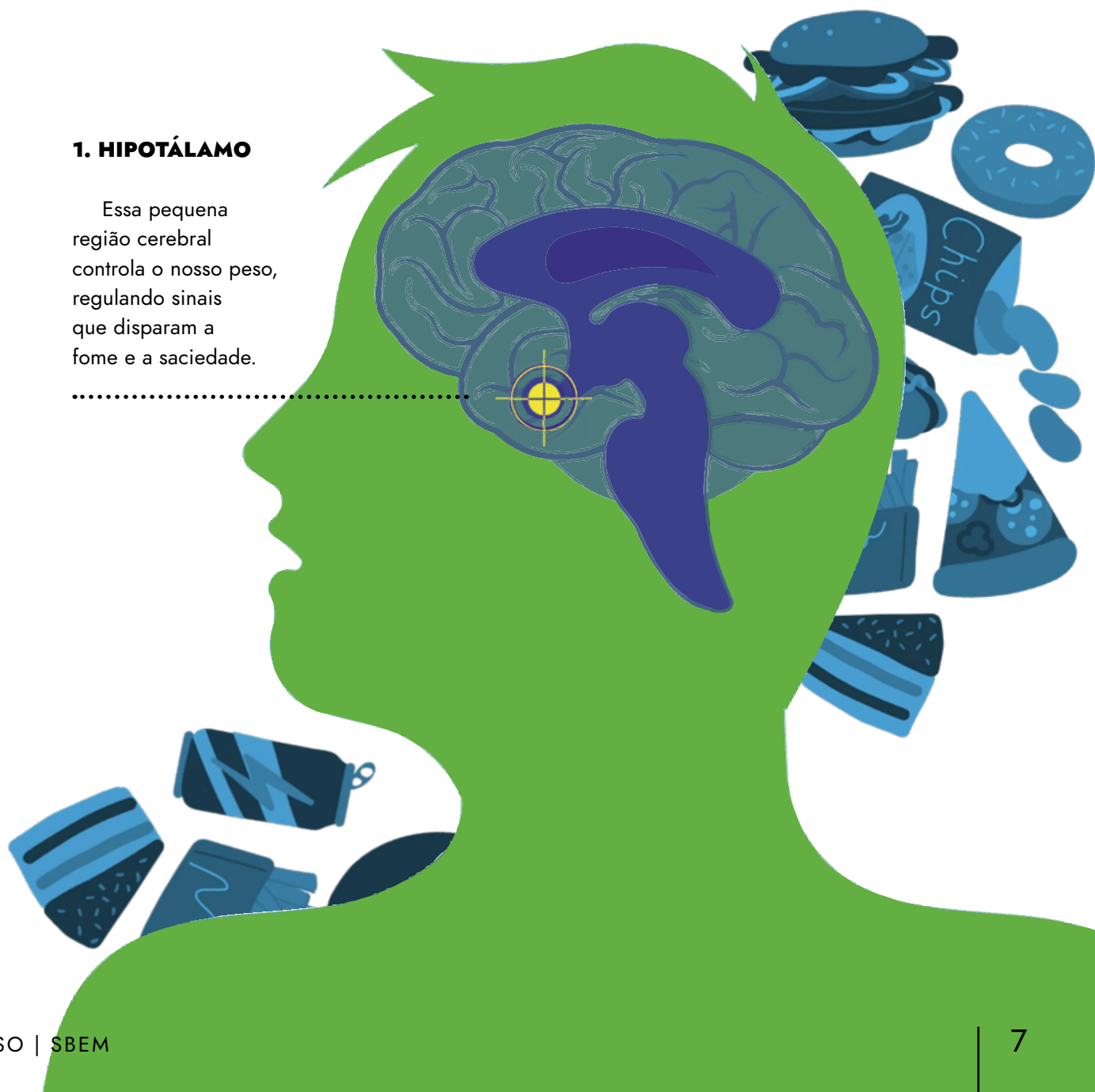
O DESAFIO DE MANTER O RESULTADO

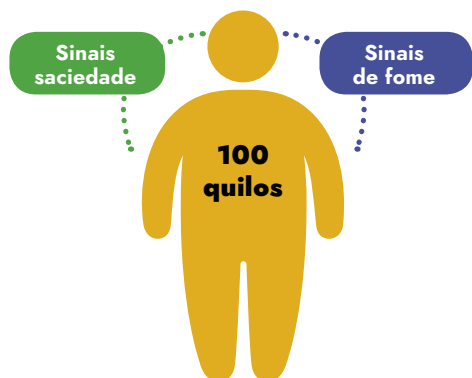
Este talvez seja o aspecto mais complicado de tratar a obesidade: toda vez que um indivíduo com excesso de adiposidade perde peso, seu organismo faz de tudo para recuperá-lo.

Lança mão de diversos mecanismos, inclusive diminuindo o seu gasto energético. Além de gastar menos energia, ele tende a buscar mais calorias. Entenda, a seguir, a hipótese de como isso aconteceria.

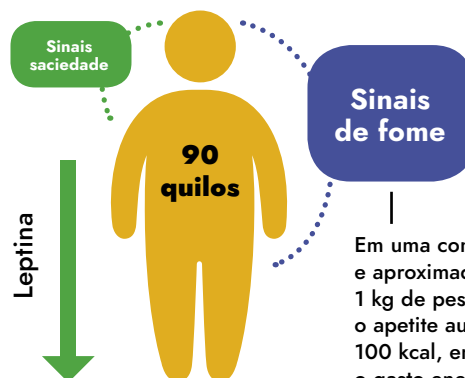
1. HIPOTÁLAMO

Essa pequena região cerebral controla o nosso peso, regulando sinais que disparam a fome e a saciedade.



**2. ANTES DE PERDER PESO**

O hipotálamo considera que o peso do indivíduo com obesidade sem tratamento é aquele que precisa ser defendido a todo custo. No exemplo acima, os 100 quilos seriam o chamado *set point* hipotalâmico, isto é, o seu ponto de ajuste.



Em uma conta simples e aproximada, para cada 1 kg de peso perdido, o apetite aumenta em 100 kcal, enquanto o gasto energético é reduzido em 30 kcal.

3. APÓS O EMAGRECIMENTO

Para voltar ao *set point*, o hipotálamo fará a pessoa sentir até mais fome do que antes. E, ao mesmo tempo, ela terá maior dificuldade para se sentir saciada após se alimentar.

4. REGANHO DE PESO

Esta é a tendência natural, se os esforços feitos para a perda de peso não forem mantidos. E aí é que está: mantê-los nunca é fácil, porque diversos hormônios ficam alterados, principalmente a leptina, que caiu quando o corpo estava mais magro. Ela seria responsável por aumentar a queima de energia e provocar a saciedade após a ingestão de alimentos.



Não há evidências de que, mesmo depois de um bom tempo com o novo peso, o organismo se adapte e deixe de defender aquele peso maior do passado.



Duas coisas que todos precisam saber

Uma notícia não tão boa:

como o corpo insiste incansavelmente em recuperar o peso perdido, nem sempre se consegue “normalizar o IMC” e, com isso, “resolver a obesidade”, por melhor e mais sério que seja o tratamento clínico. E, mesmo quando isso acontece, é raro sustentar esse resultado por muito tempo.

Uma ótima notícia:

diversos estudos deixam claro que perdas mais modestas na balança e, portanto, mais viáveis já reduzem uma série de riscos para a saúde, independentemente do peso ao final do tratamento. E é nisso que se baseia a ideia de obesidade controlada.

A CLASSIFICAÇÃO DA OBESIDADE

○ IMC é uma boa ferramenta para prever riscos populacionais. Mas, olhando para um indivíduo, ele pode ter alguns vieses.

Peso (em Kg) dividido por

Altura (em m) x altura (em m)

Resultado

≤
18,5
kg/m²

Abaixo
do normal

entre
18,6 e
24,9
kg/m²

Normal

entre
25 e
29,9
kg/m²

Sobrepeso

entre
30 e
34,9
kg/m²

Obesidade
grau 1

entre
35 e
39,9
kg/m²

Obesidade
grau 2

≥
40
kg/m²

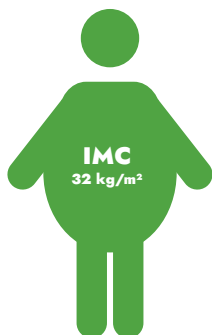
Obesidade
grau 3



Quais as limitações?

O IMC não aponta a distribuição de gordura. Desse modo, podemos ter duas pessoas com índice elevado e com essa distribuição completamente diferente.

Compare duas pessoas com excesso de gordura:



IMC 32 KG/M²

Nesta, há muita gordura visceral: concentrada entre os órgãos do abdômem, ela está envolvida com maiores riscos à saúde.



IMC 32 KG/M²

Nesta, a maior quantidade de gordura é subcutânea. E essa gordura sob a pele não aumenta tanto os riscos à saúde.

Uma pessoa com muita gordura e outra muito músculo



Uma pessoa pode ter esse IMC que indica obesidade grau 1 porque, de fato, acumula excesso de gordura em seu corpo e é ele, basicamente, que faz o seu peso ser maior, dando esse resultado no cálculo.



Outra pessoa pode ter esse IMC que seria o de obesidade grau 1 porque pratica halterofilismo, por exemplo, ou outro esporte qualquer que faça a sua massa muscular ficar muito desenvolvida, pesando na balança.

Por causa dessa imprecisão, outras fórmulas já foram propostas — a da medida de circunferência abdominal é uma delas. Mas nenhuma, até então, tinha levado em conta um parâmetro importantíssimo, que é a trajetória do peso ao longo da vida.

Um pouco de História

O matemático belga **Adolphe Quételet** (1796-1874), em seus estudos de antropometria, foi o primeiro que estabeleceu relações estatísticas entre tabelas de peso e altura e, precisamente em 1832, criou o Índice de Quételet para analisar padrões de trabalhadores.

No entanto, esse cálculo ficou praticamente esquecido por mais de um século até que, lá pelos anos

1950, alguns estudos começaram a notar uma associação entre excesso de peso e mortalidade. E, como a situação parecia crescer, nos anos 1960 surgiram outros trabalhos para validar a fórmula criada cem anos antes. Na década seguinte, ela seria adotada pela Organização Mundial de Saúde, já com o nome como a conhecemos agora: IMC, ou índice de massa corporal.



QUANDO SE PERDE UM POUCO DE PESO

Por causa daqueles mecanismos fisiológicos que já foram descritos, é muito difícil para um indivíduo manter grandes perdas de peso em tratamentos clínicos. No entanto, perdas pequenas já podem ser benéficas e fazer diferença para a saúde.



3%

a menos no peso

— embora pareça uma perda quase irrisória na balança, ela já **reduz a resistência à insulina e melhora a glicemia.**

Diminuição de

5% a 10% do peso

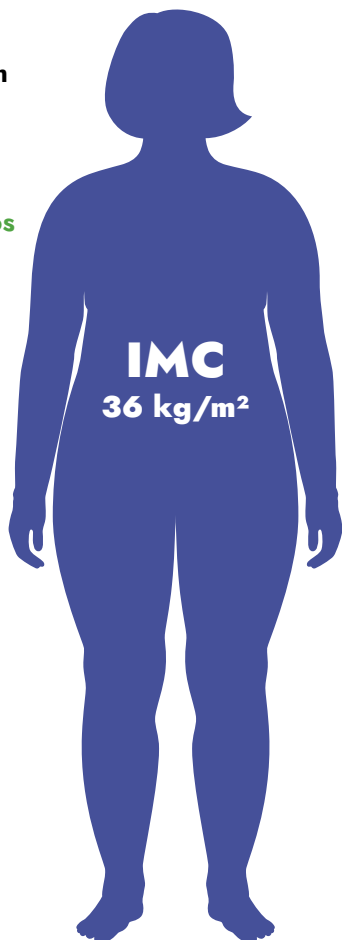
— além de diminuir ainda mais a **resistência à insulina** e a **glicemia**, uma perda de peso nessa faixa melhora outros marcadores, como os **níveis de colesterol**. Alivia as **dores articulares** e pode melhorar significativamente a **mobilidade**. A **função** sexual é outra que sai ganhando. Por fim, a perda de peso acima de 5% é capaz de reduzir **a depressão e talvez o risco cardiovascular e a mortalidade** a longo prazo.

Ao redor do mundo, muitas diretrizes de sociedades médicas para o tratamento da obesidade preconizam a perda de 5% a 10% do peso.

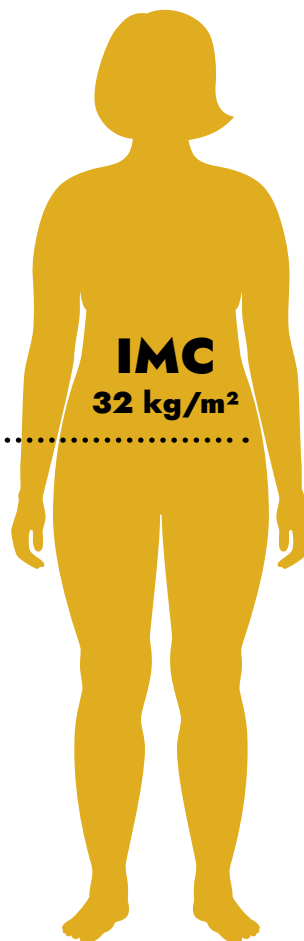
Mas, sem ter consciência de tantos ganhos para a saúde, o paciente que consegue uma perda de peso assim geralmente se sente frustrado, porque desejava ter emagrecido ainda mais.

Um exemplo

Maria tem
1,65 m
de altura
e pesava
100 quilos



Maria tratou
a obesidade
e ficou com
89 quilos,
uma perda
de **11%** do
peso inicial



Redução importante
de vários fatores de risco
e aumento da expectativa
de vida.

Perdas acima de

10%

— são aquelas em que se vê
os maiores benefícios, com
redução de até 20% de infartos,
AVCs e mortes.

Após o tratamento,
uma pessoa pode continuar
com um IMC de obesidade
e, mesmo assim,
obter muitos benefícios.

A PROPOSTA BASEADA NA TRAJETÓRIA DO PESO

A nova classificação proposta pela **Abeso** e pela **SBEM** serve tanto para pacientes e médicos analisarem as suas expectativas e pensarem juntos em qual seria o alvo na balança quanto para acompanhar os resultados do tratamento.

O ponto de partida sempre será o peso máximo alcançado em toda a vida, ou seja, o o que, na linguagem da Medicina, costuma ser apontado pela sigla do inglês MWAL (*"maximum weight attained at life"*).

Para quem tem IMC máximo entre 30 e 40

Perdas de **5 a 10%**

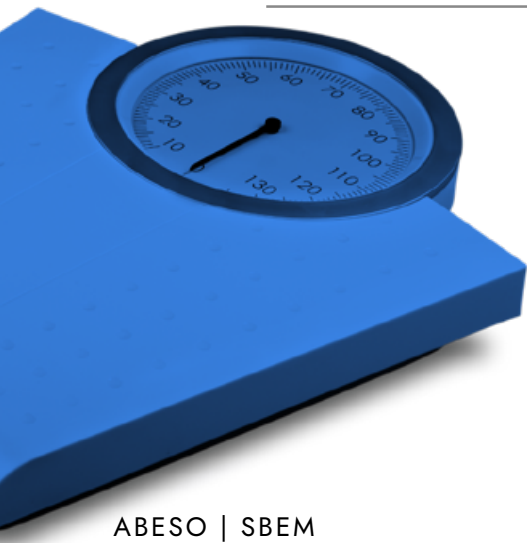
serão consideradas **obesidade reduzida**.

Perdas acima de **10%**

serão consideradas **obesidade controlada**.



Lembre-se do detalhe de que estamos falando do IMC máximo, aquele do maior peso alcançado em algum momento da vida e não do IMC atual, que pode ser menor.



Para quem tem IMC máximo entre 40 e 50

Perdas entre **10 a 15%**

serão consideradas **obesidade reduzida**.

Perdas acima de **15%**

serão consideradas **obesidade controlada**.

De 5% em 5%

Atenção! Para usar essa classificação, é assim que a porcentagem de peso perdido deve ser anotada: de 5% em 5%.

Assim, vamos imaginar: um homem de 1,75 metro de altura e que dois anos antes estava com 118 quilos.



Se ele perder 10 quilos com o tratamento antiobesidade, isso corresponderá a 8,4% do seu peso máximo e, na anotação, você sempre arredondará para menos, de 5% em 5%. Logo, ele terá perdido mais de 5% e terá obesidade reduzida.

Agora, se ele perder 15 quilos, ou 12,7% daquele peso que tinha há dois anos, ele será considerado uma pessoa com obesidade controlada.

O grau de obesidade não muda
Vamos continuar com o exemplo anterior.

Este IMC corresponde à classificação de **obesidade grau 2**. Mesmo que ele já tenha perdido peso, será para sempre uma pessoa com....



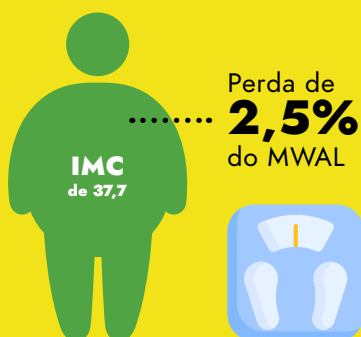
Obesidade grau 2 controlada, se perder mais de 10% do peso.

Obesidade grau 2 reduzida, se perder de 5% a 10% do peso.

DIVERSOS CENÁRIOS

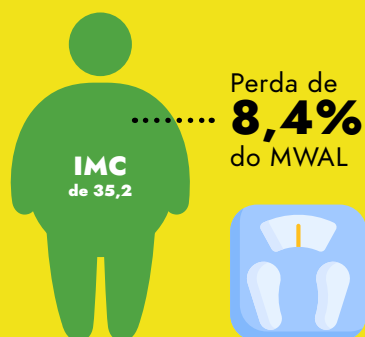
Para você entender direito a proposta, veja como ficaria a nova classificação, pegando como exemplo o mesmo homem de 1,75 metro de altura e MWAL de 118 quilos. Pela classificação antiga, quando alcançou esse peso, ele seria simplesmente uma pessoa com obesidade grau 2.

SE ELE PERDE 3 KG



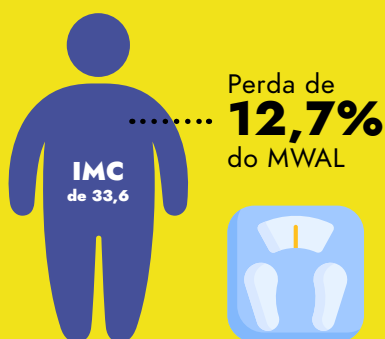
Pela nova classificação, apesar de ter emagrecido um pouco e, com isso, ter obtido algum benefício para a saúde, ele é um indivíduo com **obesidade 2 inalterada**.

SE ELE PERDE 10 KG



Pela nova classificação, ele tem **obesidade 2 reduzida em 5%**. Isso porque o registro é de 5% em 5%, lembra-se? Então, esses 8,4% são arredondados para baixo.

SE ELE PERDE 15 KG



Pela nova classificação, ele tem **obesidade 2 controlada em 10%**. Outra vez: como o registro é de 5% em 5%, os 12,7% são arredondados para 10%

Mas com um IMC igual ou menor a 34,9 esse homem teria uma obesidade grau 1, certo? Errado. Pela nova classificação, o grau de obesidade será sempre aquele do MWAL, ou seja, aquele ao qual o organismo tenderá a voltar. **Portanto, apesar do IMC menor, ele continuará sendo um paciente com obesidade grau 2.**



Uma comparação com a hipertensão

Se é uma doença crônica, o fundamental é a gente compreender que ela não tem cura. Uma pessoa com hipertensão que toma remédios para controlá-la pode ficar com uma pressão de 120x80mmHg, que seria, digamos, uma medida normal. No entanto, ela continua sendo hipertensa. Se um dia parar de se

tratar, sua pressão arterial voltará a subir. E é a mesma coisa aqui.

A nova classificação deixa claro o seguinte: alguém que já teve IMC igual ou maior do que 30 kg/m² pode até ficar com esse índice abaixo dos 25. Mas continuará sendo um indivíduo com a doença obesidade.

A classificação não é uma “diretriz”: há sem dúvida pessoas que perderam acima de 10% do peso e ainda podem precisar perder mais. Por isso, inclusive, que se recomenda colocar a porcentagem do peso perdido, e não apenas se é obesidade reduzida ou controlada. Assim como existem pessoas que podem ficar bem com perdas menores. **A nova classificação apenas ajuda na tomada de decisão entre médico e paciente.**



OBSERVAÇÕES MUITO IMPORTANTES



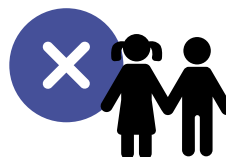
NÃO SERVE PARA O PACIENTE QUE FEZ CIRURGIA BARIÁTRICA

A classificação apresentada aqui vale para tratamentos clínicos. Se o indivíduo é submetido à cirurgia bariátrica e metabólica, é possível que ele tenha perdas de peso maiores. E, então, os critérios para decidir se esse tratamento cirúrgico obteve sucesso devem ser outros.



E O SOBREPESO?

Essa classificação é para a obesidade. Mas pessoas com sobrepeso e com alterações metabólicas poderiam ser avaliadas com critérios semelhantes.



A NOVA CLASSIFICAÇÃO FOI FEITA PARA ADULTOS

Ou seja, para pacientes acima de 18 anos. Ela não vale para obesidade infantil, embora a premissa de que o organismo tende a recuperar o excesso de peso continue valendo.



CAUTELA COM OS IDOSOS

Afinal, essa classificação continua usando o IMC, que não leva em consideração a composição corporal. E, no caso de idosos, há sempre o risco de a perda de peso refletir muito mais uma diminuição da massa magra. Sem contar que é mais difícil distinguir perdas voluntárias, quando o indivíduo resolve tratar a obesidade, de involuntárias, provocadas por algum problema de saúde.



OUTRAS SITUAÇÕES PARA SER CAUTELOSO

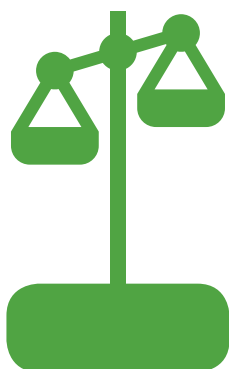
Devemos avaliar se determinado peso máximo alcançado na vida não foi consequência do uso, muitas vezes necessário, de medicações obesogênicas, aquelas que podem fazer o ponteiro da balança subir. Ou se não reflete a fase de cessação do tabagismo, se a pessoa era fumante, ou outros problemas, como o hipercortisolismo, em que há níveis muito elevados do hormônio cortisol no organismo, favorecendo o acúmulo de gordura.



DESCONSIDERE PERÍODOS DE EXCEÇÃO

Para dar um exemplo: a gravidez, quando é normal e esperado que a mulher ganhe peso. É lógico que a informação de quanto pesava aos 9 meses de gestação não deve ser considerada o seu MWAL.

Também não valem situações agudas, isto é, muito momentâneas, como o retorno das férias.



PERGUNTE SEMPRE O PESO MÁXIMO NA VIDA

Essa proposta também tem como objetivo lembrar a todos que peso máximo alcançado na vida é uma informação vital, que deve ser levantada durante a consulta — e a maioria das pessoas sabe dizer qual foi o seu peso máximo! Assim, se alguém chega para se tratar a obesidade e já está longe de seu peso máximo, ele terá uma resposta ao tratamento muito diferente, possivelmente menor. E, se isso não for levado em consideração, um bom tratamento poderá ser considerado fracassado.

**Quando o paciente está perto do seu MWAL,
maior pode ser a resposta ao tratamento.
Porém, quando ele está distante do seu MWAL
— sinal de que já perdeu algum peso —,
menor tende a ser essa resposta.**

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante enfatizar que essa classificação é uma ferramenta a mais e que ela não deve ser usada isoladamente.

Mas, sem dúvida, ela é uma forma simples de juntar premissas importantes e que vinham sendo um pouco deixadas de lado no tratamento da obesidade.

Esperamos que o seu conhecimento e, principalmente, o seu uso após a leitura deste *e-book*, ajudem a esclarecer todo mundo que o objetivo de tratar essa doença não é normalizar o IMC.

Como já mencionado, essa é uma expectativa que gera ansiedade e frustração nos pacientes e que, para completar, faz com que muitos médicos e outros profissionais de saúde exijam deles perdas de peso ainda maiores do que aquelas alcançadas, sem enxergarem os benefícios já conquistados.

Precisamos, acima de tudo, motivar quem tem obesidade a se cuidar, mostrando que a sua doença é crônica, que ela não tem a ver com sua força de vontade, mas que, com tratamentos sérios, é possível reduzi-la ou, ainda melhor, controlá-la.



