Uso e indicações da terapia medicamentosa para obesidade

Dra Thaisa Trujilho

Preceptora da Residência Médica em Endocrinologia e Metabologia do CEDEBA
Professora de Endocrinologia da Faculdade de Medicina FTC
Membro do Departamento de Medicamentos da ABESO
Diretora da SBEM – Regional Bahia
Presidente da SBD Regional Bahia
Delegada da ABESO na Bahia

TelessaúdeBA · FESF-SUS Fundação Estatal Saúde da Família · SUS · Governo do Estado Bahia – Secretaria da Saúde

Agenda

- Introdução
- Medicações disponíveis no Brasil
- Individualizando a escolha do tratamento
- Acompanhamento do paciente em uso de terapêutica farmacológica
- Mensagens finais

Aumento da Prevalência de Obesidade no Brasil

World Obesity Atlas 2023

2020

28,9%

da população adulta brasileira apresenta obesidade* [2]

Estima-se que

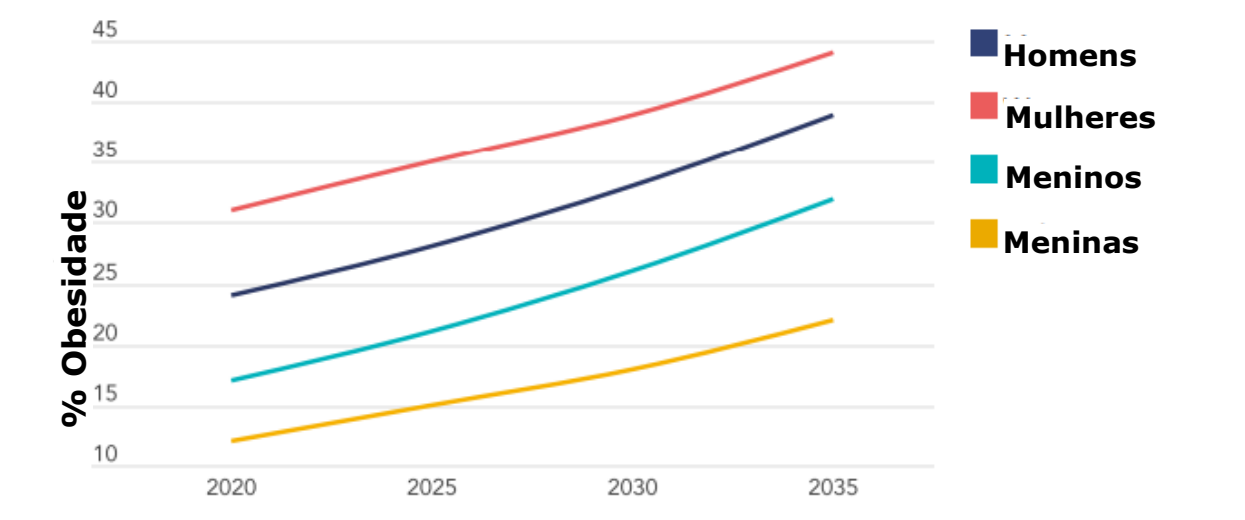
2035

41%

da população adulta brasileira apresentarão obesidade* [2]

Aumento anual de obesidade em adultos (2020 – 2035) [2]

2,8%



Tendências projetadas na prevalência da obesidade (IMC ≥ 30kg/m2)[2]

Atlas da Federação Mundial da Obesidade de 2023.
Vigitel Brasil 2021

Fatores relacionados como o aumento do Peso com o tempo

Fatores Endógenos

- Predisposição genética
- Epigenética
- Perfil familiar
- Fisiológico (ex. Gestação)
- Anormalidades endócrinas
- Outros

Fatores Exógenos

- Curta duração do sono
- Insônia
- Hipersonia
- Estresse crônico
- Transtornos alimentares (compulsão alimentar, síndrome do comer noturno, bulimia, restrição severa)
- Fatores psicossociais
- Depressão, ansiedade, psicose, imagem negativa do corpo, baixa autoestima e auto confiança
- Drogas

Fatores Exógenos

- Ambiente
- Ocupação
- Estilo de vida
- Consumo de energia (alimentos e bebidas)
- Orientação comportamental (ex.: velocidade ao comer, prazer ao comer...)
- Diminuição substancial da atividade física
- Inatividade
- Parar de fumar

TEMPO

Sem Obesidade

Pré-Obesidade

História Natural da Doença

Obesidade

Reganho de peso

"iô-iô"

Perda de peso

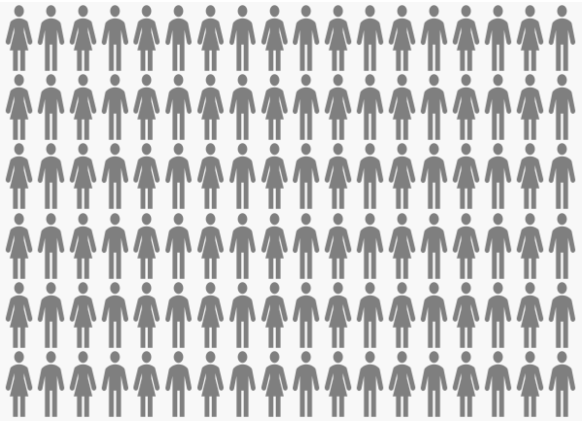
Fase dinâmica

Adaptado de: Schutz D et al. Obes Facts 2019;12:40-66.

A obesidade permanece subdiagnosticada e subtratada

Pessoas que **convivem** com a obesidade **(100%)**

Pessoas **diagnosticadas** com obesidade **(< 40%)**



Pessoas para as quais foram **prescritas** medicações antiobesidade **(1,3%)**

Adaptado de: Colby, Ortman. Available from www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2015/demo/p25-1143.pdf. 2015; Centers for Disease Control and Prevention. Ma et al. Obesity (Silver Spring) 2009;17:1077–85; IMS Xponent Dec-15; Caterson et al. Diabetes Obes Metab 2019; 21:1914–24.

Motivos para subutilização de medicamentos antiobesidade

Estigma com a doença

Preconceito:

Medicamentos antiobesidade anteriores com problemas de segurança (fenfluramina, rimonabanto, locarcerina)

Obesidade não é vista como doença crônica:

Necessidade percebida de acompanhamentos do paciente e tratamento a longo prazo

Receita controlada para algumas medicações

Algumas são substâncias controladas e necessitam de receita B2 ou retenção de receita

Variações individuais na resposta

Resposta variável entre os pacientes, incluindo muitos “não responsivos”

Custo

Medicações não disponibilizadas pelo SUS nem pelo Seguro do Paciente.

Obesidade: **preguiça, falta de vontade de fazer uma dieta, fraqueza.**

Estigma com a doença

Wharton S et al. CMAJ. 2020;192(31):E875-E891; Rueda-Clausen CF et al. Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guidelines: Assessment of People Living with Obesity. Available from: https://obesitycanada.ca/guidelines/assessment

Os profissionais da saúde podem ser uma fonte de estigma

Palavras usadas por enfermeiros do Reino Unido para descrever pessoas com obesidade:[1]

“Fora de forma, preguiçoso, feio, gosta de comida, fisicamente exaurido, repulsivo, nojento”

Especialistas em obesidade e pesquisadores relataram um preconceito explícito contra o peso, inclusive um **“sentimento ruim”** com relação a **“pessoas gordas”**[2]

1. Pervez H, *et al. Nursing Times [Online]* 2017;113:42–45; 2. Tomiyama AJ, *et al. Obesity (Silver Spring)* 2015;23:46–53.

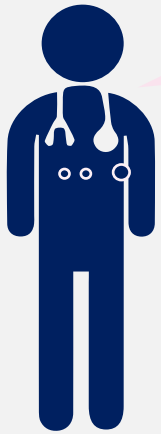
O estigma do peso está associado a resultados desfavoráveis entre pessoas obesas

- Níveis menores de atividade física e evitação de exercícios[1,2]
- Consumo de dietas pouco saudáveis[3]
- Aumento da obesidade e ganho de peso ao longo do tempo[4]

1. Bauer C & Rosemeier A. *Gesundheitswesen* 2004;66:246–250; 2. Hayden-Wade HA, *et al. Obes Res* 2005;13:1381–1392;3.Schvey NA, *et al. Obesity (Silver Spring)* 2011;19:1957–1962; 4. Puhl R & Suh Y. *Curr Obes Rep* 2015;4:182–190.

Tratamento do paciente com Obesidade

Comece pedindo permissão e ouvindo:
Primeiro, peça permissão para falar sobre o peso deles hoje.
Siga com perguntas abertas para promover a comunicação ativa

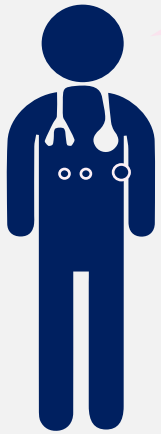


“Posso ajudar você”

O aconselhamento de um profissional da saúde sobre perda de peso aumenta os esforços de perda de peso de 3,5 a 3,8 vezes

Jackson SE, *et al. BMJ Open* 2013;3:e003693; Rose SA, *et al. Int J Obes (Lond)* 2013;37:118–128.
STOP Obesity Alliance. WHY WEIGHT? A guide to discussing obesity and health with your patients.

Tratamento do paciente com Obesidade



“Tudo bem se falarmos sobre o seu peso hoje?”

“Você poderia me contar sobre o seu estilo de vida?”

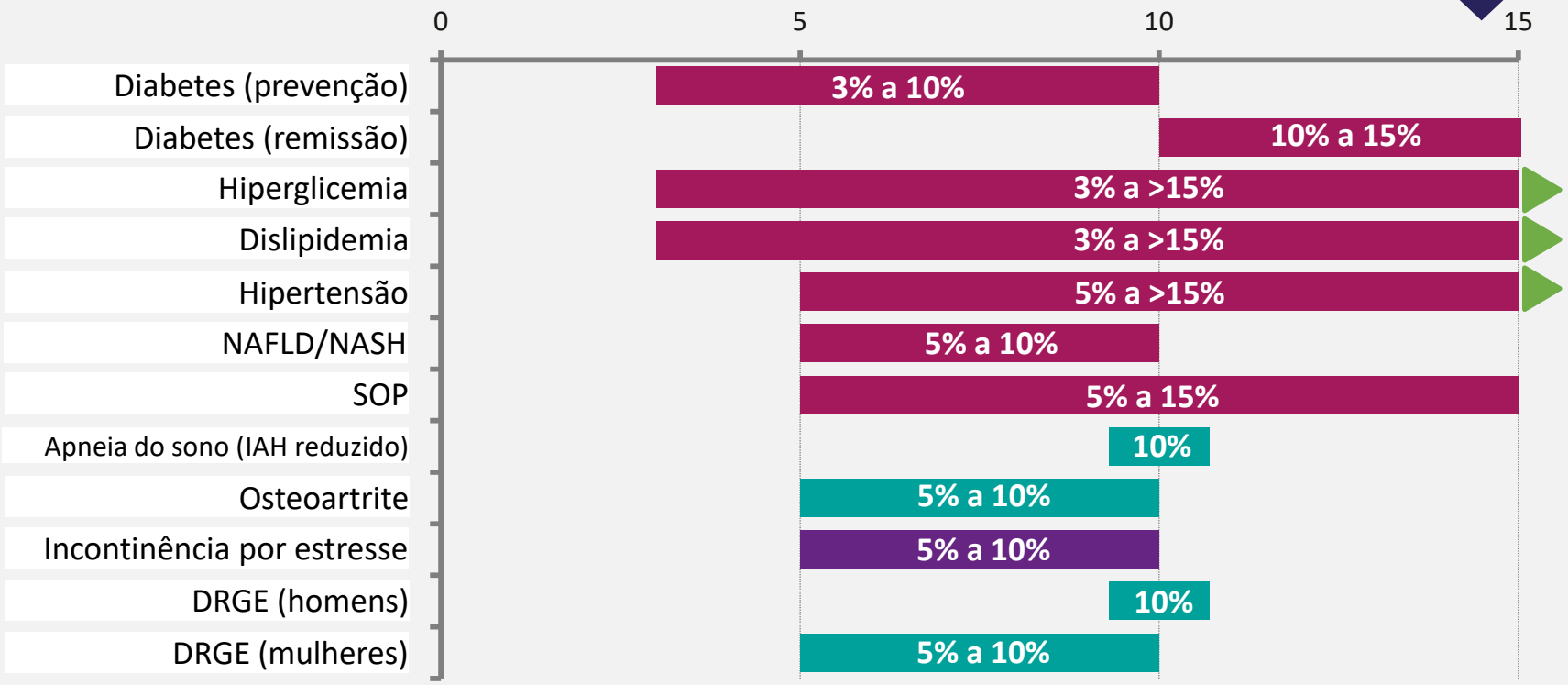
"De que tipos de atividade física você gosta?”

“Quais são as coisas que você mudaria se você alcançasse suas metas de perda de peso?”

Jackson SE, *et al. BMJ Open* 2013;3:e003693; Rose SA, *et al. Int J Obes (Lond)* 2013;37:118–128.

STOP Obesity Alliance. WHY WEIGHT? A guide to discussing obesity and health with your patients.

Perda de peso necessária para os benefícios terapeuticos



!

Concentre-se em conversas e em planos de tratamento em torno dos benefícios para a saúde do controle da obesidade,

1. Cefalu WT, *et al*. *Diabetes Care* 2015;38:1567–1582;
2. Lean MEJ *et al. Lancet* 2018;391:541–551; 3. Villar-Gomez E, *et al. Gastroenterology* 2015;149:367–378.e5

IAH, índice apneia-hipopneia;
DRGE, doença do refluxo gastroesofágico;
NAFLD, hepatopatia gordurosa não alcoólica (non-alcoholic fatty liver disease);
NASH, esteato-hepatite não alcoólica (non-alcoholic steatohepatitis);
SOP, síndrome do ovário policístico.

Considere preferências, valores e crenças pessoais

Ter crianças pequenas em casa

Situação empregatícia/situação socioeconômica

Perceber a falta de tempo

Leung AWY, *et al. Int J Environ Res Public Health* 2017;14:922.

Mostre seu apoio e elogie as pequenas vitórias

“Elogie os sucessos – mesmo que pequenos – em cada oportunidade para incentivar a pessoa por meio do difícil processo de mudar um comportamento estabelecido.”[1]

“Você está indo muito bem”

O reconhecimento pelo profissional da saúde dos esforços de perda de peso dobra as chances de sucesso de perda de peso[2]

1. NICE. Obesity: Identification, assessment and management of overweight and obesity in children, young people and adults. https://www.nice.org.uk/guidance/cg189/evidence/obesity-update-full-guideline-pdf-193342429 (Último acesso em 14 de maio de 2020);

DIRETRIZES CANADENSES:

"Reduzir o preconceito e o estigma sobre o peso, entender as causas da obesidade e promover e apoiar intervenções comportamentais centradas nos pacientes e tratamento apropriado realizado por profissionais da saúde — preferencialmente com o apoio de equipes de atendimento interdisciplinar — aumentarão os padrões de cuidado e melhorarão o bem-estar das pessoas que vivem com obesidade."

Wharton S, *et al. CMAJ.* 2020;192:E875–E891.

O que fazer

- Reconhecer que a perda de peso sustentada pode ser difícil devido aos mecanismos biológicos que controlam o peso[1]
- Começar ouvindo[2]
- Usar uma linguagem que coloca as pessoas em primeiro lugar, como “tem um IMC elevado”[2]
- Concentrar as conversas em torno dos benefícios do controle da obesidade para a saúde[2]
- Considerar as circunstâncias individuais/capacidades[3]
- Mostrar seu apoio e elogiar as pequenas vitórias[4]

O que não fazer

- Demonstrar preconceitos sobre o peso:
  - Passando menos tempo com pessoas que vivem com obesidade
  - Culpando o peso por todos os problemas médicos do indivíduo
- Usar linguagem negativa, como “está obeso” e “está gordo”[2]
- Concentrar as conversas em fatores estéticos[2]
- Desenvolver um programa de controle da obesidade que não leva em consideração as circunstâncias individuais/capacidades pessoais[3]
- Esquecer de reconhecer pequenas quantidades de perda de peso[4]

1. O’Brien KS, *et al. Obesity (Silver Spring)* 2010;18:2138–2144; 2. STOP Obesity Alliance. WHY WEIGHT? A guide to discussing obesity and health with your patients.
3. Leung AWY, *et al. Int J Environ Res Public Health* 2017;14:922; 4. NICE. Obesity: Identification, assessment and management of overweight and obesity in children,

Como Tratar a Obesidade?

Estilo de vida

- Dieta
- Exercício
- Comportamento

Medicações

- Sibutramina - 1998
- Orlistate – 1999
- Liraglutida 3,0 mg - 2016
- Naltrexona + Bupropiona – 2021
- Semaglutida 2,4 mg - 2023

Cirurgia Bariátrica

- Y de Roux
- Banda gástrica
- Gastrectomia em manga

Modelo integrado de suporte crônico ao paciente

Milani RV, Lavie CJ. Am J Med. 2015;128:337-343.

O controle da obesidade não é um processo linear

Obesidade é globalmente reconhecida como doença crônica

WHO

"Obesidade é uma **doença crônica**, prevalente em países desenvolvidos e em desenvolvimento"

World Health Organization

EMA

"Obesidade é uma **condição clínica crônica**, considerada o resultado de interações de fatores genéticos, metabólicos, ambientais e comportamentais"

European Medicines Agency

ABESO

"A obesidade é uma **doença crônica**. O tratamento medicamentoso não cura a obesidade, mas pode controlar a doença e diminuir as comorbidades."

Associação Brasileira para Estudo da Obesidade

1. World Health Organization. Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. World Health Organization: Geneva, Switzerland, 1998. 2. EMA Draft Guideline on clinical evaluation of medicinal products used in weight control EMA/CHMP/311805/2014. Available at: http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Scientific_guideline/2014/07/WC500170278.pdf; 3. OECD Obesity update 2014. Available at: http://www.oecd.org/els/health-systems/Obesity-Update-2014.pdf

Agenda

Introdução

Medicações disponíveis no Brasil

Individualizando a escolha do tratamento

Acompanhamento do paciente em uso de terapêutica farmacológica

Mensagens finais

Opções farmacológicas para tratamento da obesidade

Aprovados no Brasil		Ação
Sibutramina	✓	Inibição da Recaptação de norepinefrina e serotonina
Orlistate	✓	Inibição da lipase
Naltrexone/bupropiona	✓	Antagonista opioide/ antidepressivo
Liraglutida 3.0 mg	✓	GLP-1RA
Semaglutida 2.4 mg	✓	GLP-1RA

INDICAÇÕES

Associado com dieta e atividade fisica para manejo crônico da perda de peso

a) obesidade IMC ≥30 kg/m^2

b) Sobrepeso IMC ≥27 kg/m^2 com comorbidades

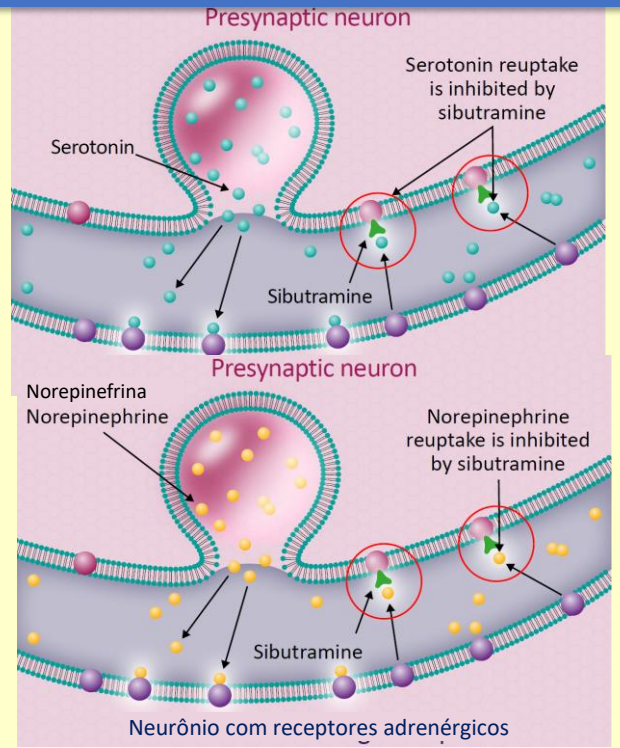
Anvisa

Mecanismo de ação

Sibutramina

- Impede a recaptação de serotonina e norepinefrina nos neurônios pré-sinápticos no hipotálamo, prolongando sua ação nos receptores pós-sinápticos
- Aumenta a saciedade
- Efeitos adversos mais comuns: Boca seca, insônia, constipação e cefaleia.
- Contraindicações: Transtorno alimentar importante (anorexia nervosa ou bulimia nervosa), uso de IMAO, histórico de doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca congestiva, arritmias ou acidente vascular cerebral

Mecanismo de Ação



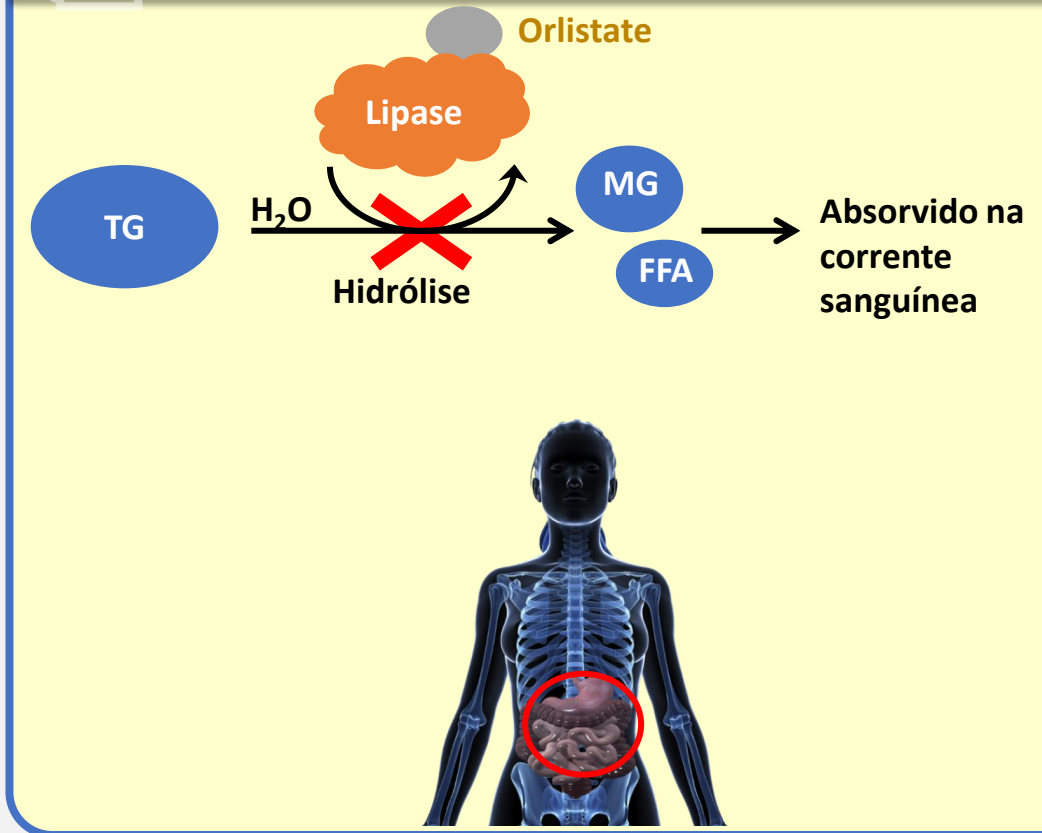
Trujilho TDG, Trujilho F. Sibutramina. Guia Prático em Obesidade 2023

Mecanismo de ação

Orlistate

- Inibidor de lipase gástrica e pancreática reversível
- Impede a hidrólise de triglicerídeos e a absorção de ácidos graxos livres
- Inibe a absorção de gorduras dos alimentos em aproximadamente 30% na dose recomendada
- Orlistate 120 mg nas principais refeições
- Efeitos colaterais: GI, incluindo dor abdominal/desconforto, flatulência com urgência fecal, fezes gordurosas/oleosas, fezes líquidas, evacuação oleosa, hiperdefecação.
- Contraindicações: Gestação e síndrome de má absorção

Mecanismo de Ação



Mancini C.M, Audi AS. Orlistate. Guia Prático em Obesidade 2023

Mecanismo de ação

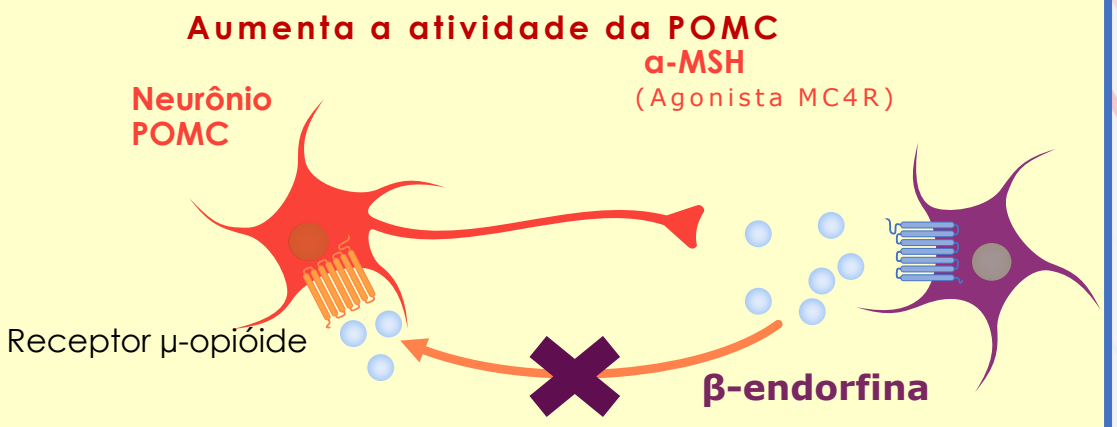
Bupropiona + Naltrexone

- Naltrexona + bupropiona funcionam de forma sinérgica no hipotálamo e no circuito dopaminérgico mesolímbico
- A bupropiona, um inibidor da reabsorção de dopamina e noradrenalina, potencializa a produção de células POMC e a liberação de α-MSH e betaendorfina
- O α-MSH ativa o MC4R, resultando em ingestão alimentar reduzida e em aumento de gasto de energia
- A betaendorfina reduz a atividade da célula POMC
- A naltrexona, um antagonista do receptor opioide, com alta afinidade para o receptor μ-opioide

Mecanismo de Ação: FOME

Bupropiona

Aumenta a atividade da POMC



Naltrexona

Bloqueando o receptor de feedback negativo

↓ Apetite

↑ Gasto de energia

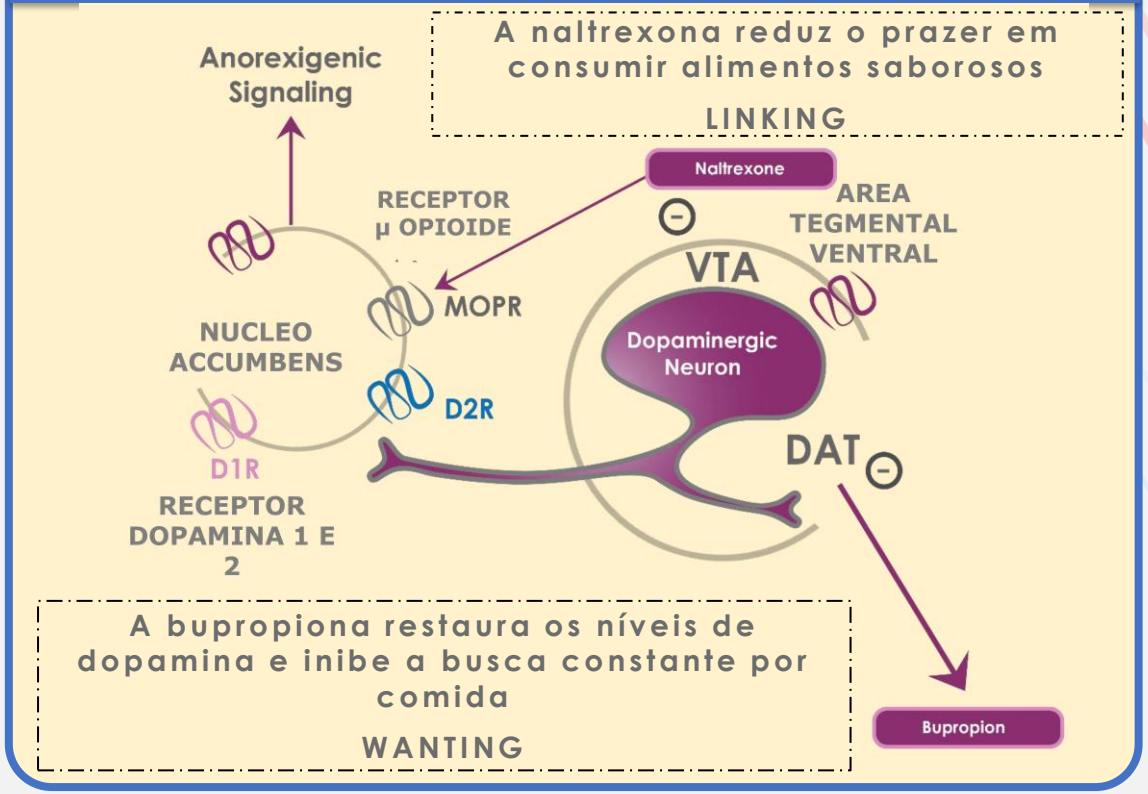
Adaptado de: 1. Tak and Lee. Current Obesity Reports 10:14–30, 2021. 2. Roberts et al. Current Opinion in Physiology 12:26-32, 2019.

Mecanismo de ação

Efeitos adversos e contraindicações

- Efeitos adversos: Náusea/vômitos, tontura, cefaleia, constipação e boca seca
- Hipertensão não controlada
- Crise convulsiva atual/histórico de convulsões
- Tumor do SNC conhecido e distúrbio bipolar
- Abstinência aguda de álcool/benzodiazepina
- Diagnóstico atual/anterior de bulimia ou anorexia
- Durante/em até 14 dias depois de ter ingerido IMAO
- Dependência atual de opioides/agonistas de opioides crônicos ou abstinência aguda de narcótico
- Comprometimento hepático ou renal grave

Mecanismo de Ação: COMER EMOCIONAL



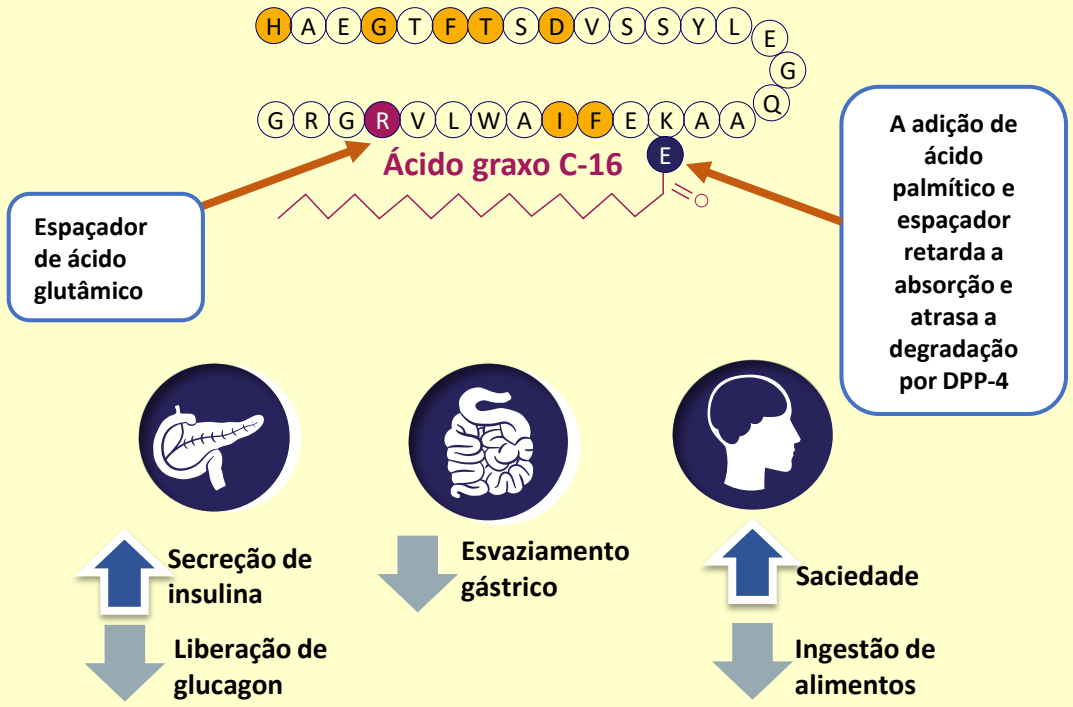
Adaptado de: 1. Tak and Lee. Current Obesity Reports 10:14–30, 2021. 2. Roberts et al. Current Opinion in Physiology 12:26-32, 2019.

Mecanismo de ação

Liraglutida

- Peptídeo de GLP-1 modificado com 97% de homologia com GLP-1 humano
- Prolonga a duração de ação do GLP-1 (13 h versus ~2 min para endógeno)
- Estimula a produção de insulina glicose dependente pelas células beta
- Inibe a produção do glucagon nas células alfa
- No sistema nervoso central, atua em neurônios hipotalâmicos das vias de saciedade e apetite.
- Diminui o tempo de esvaziamento gástrico e a secreção de acido no estomago.

Mecanismo de Ação



Seraphin CE, Halperm B. Liraglutida. Guia Prático em Obesidade 2023

Mecanismo de ação

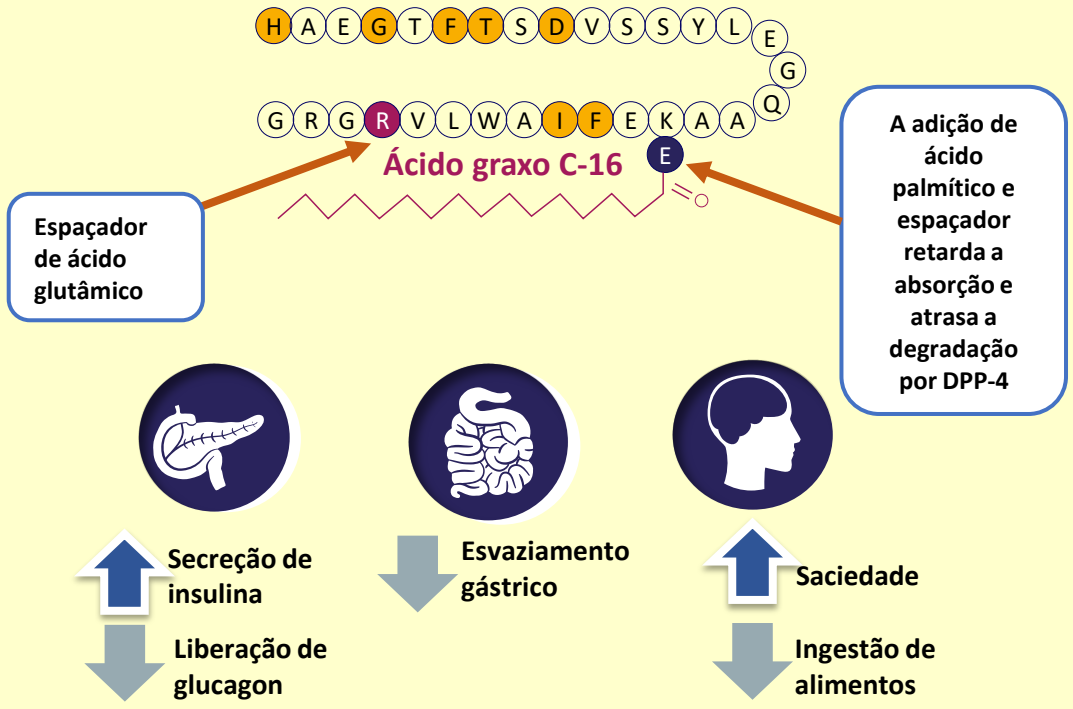
Efeitos adversos e Contraindicações

Uso: Aplicaçao sc, 01 vez ao dia, com incremento gradual de dose para minimizar os Efeitos colaterais. A dose inicial é 0,6 mg com incremento semanal de 0,6 mg até a dose de 03 mg/dia.

E.C: Náuseas e vômitos, diarreia, constipação, gastrite, disgeusia, boca seca, dispepsia e tonturas.

Contraindicações: Gestaçao, amamentação e NEM ou neoplasia medular de tireoide.

Mecanismo de Ação



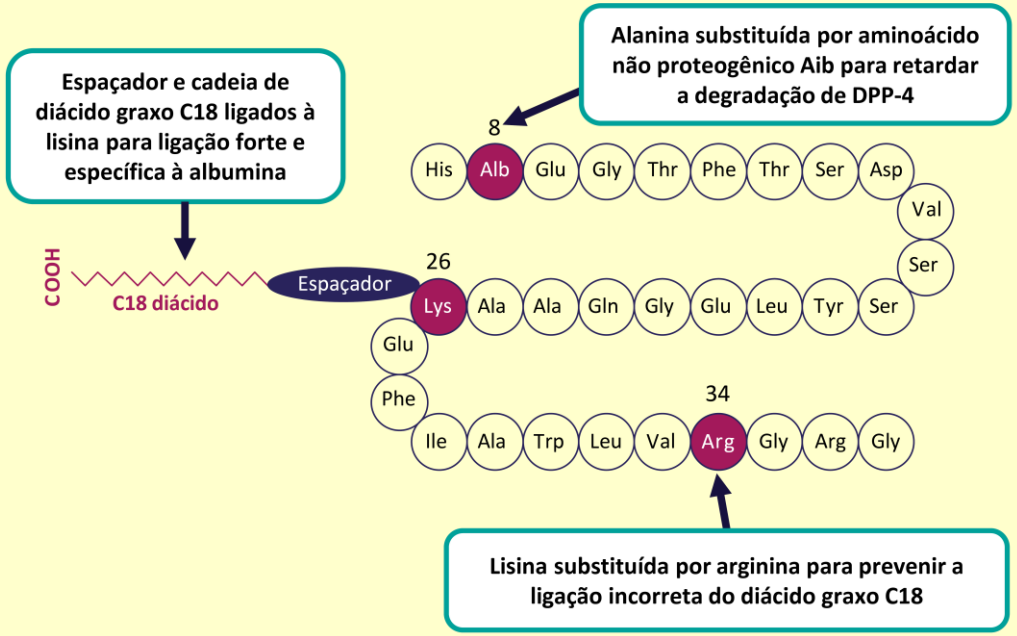
Seraphin CE, Halperm B. Liraglutida. Guia Prático em Obesidade 2023

Mecanismo de ação

Semaglutida

- Agonista do receptor de GLP-1 de segunda geração com estrutura semelhante à liraglutida
- A semaglutida tem 94% de homologia com o GLP-12 humano
- Modificações estruturais prolongam a meia-vida para aproximadamente uma semana
- A administração menos frequente melhora a aderência do paciente
- A semaglutida bloqueia a liberação do glucoagon, reduz a revocidade de esvaziamento gástrico, estimula a saciedade e reduz a fome e o apetite.

Mecanismo de Ação



Mancine MC. Semaglutida. Guia Prático em Obesidade 2023

Efeitos cardiovasculares da semaglutida: SELECT

O estudo Semaglutida Effects on Cardiovascular Outcomes in People with Overweight or Obesity (SELECT) é o primeiro estudo clínico que investiga a superioridade da semaglutida 2,4 mg versus placebo para redução de eventos CV

O SELECT exclui pacientes com DM2 a fim de determinar a redução de risco independente do melhor controle glicêmico

Desenho do Estudo

- 17.500 participantes com DCV estabelecida e sem DM2[1]
- ≥45 anos com IMC ≥27 kg/m^2

Semaglutida 2,4 mg

Placebo

Orientado por eventos (primeiros 1.225 MACE)

Desfecho Primário

Tempo desde a randomização até a primeira ocorrência de morte CV, IM não fatal ou acidente vascular cerebral não fatal[1]

1. Ryan DH, *et al. Am Heart J* 2020;229:61–69;
2. Wilding JPH & Jacob S. *Obes Rev* 2021;22:e13112.

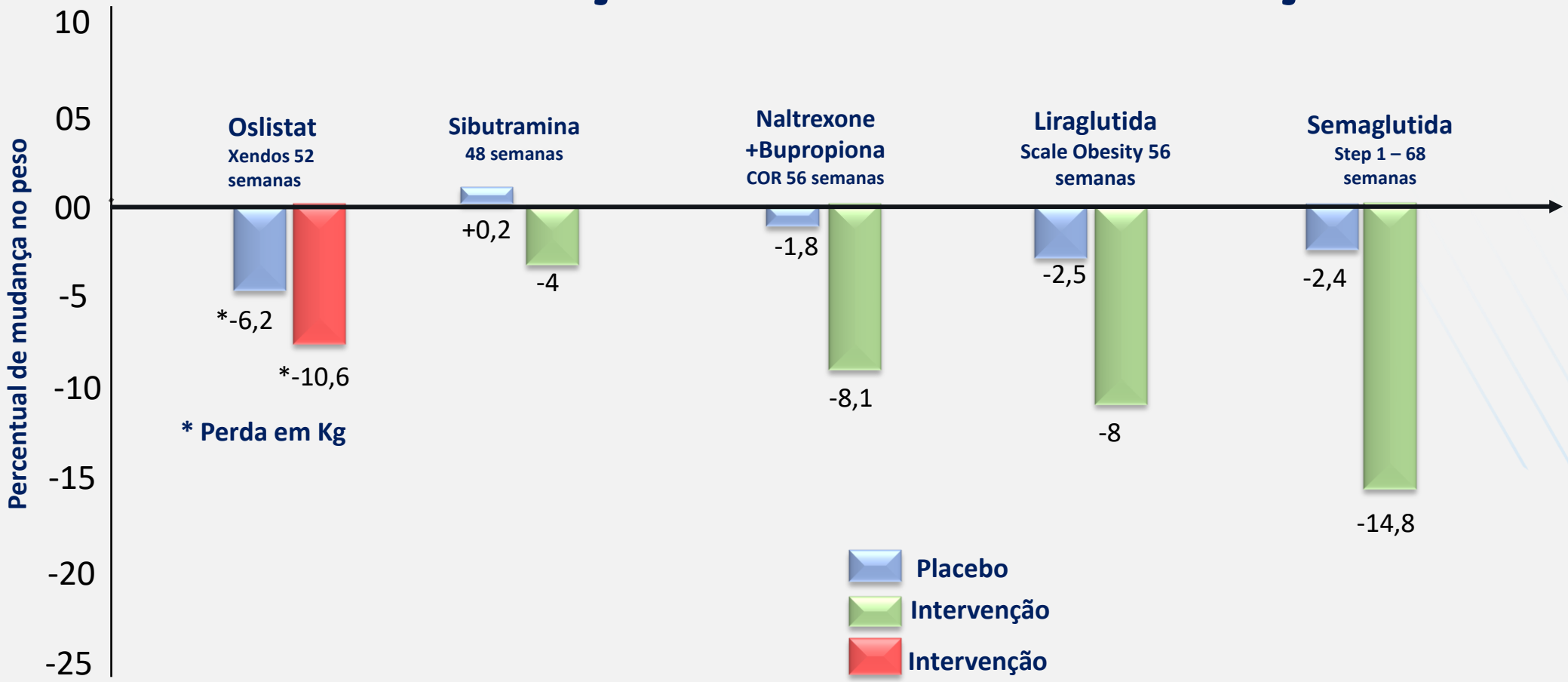
novo nordisk

company announcement

Semaglutide 2.4 mg reduces the risk of major adverse cardiovascular events by 20% in adults with overweight or obesity in the SELECT trial

Bagsværd, Denmark, 8 August 2023 – Novo Nordisk today announced the headline results from the SELECT cardiovascular outcomes trial. The double-blinded trial compared subcutaneous once-weekly semaglutide 2.4 mg with placebo as an adjunct to standard of care for prevention of major adverse cardiovascular events (MACEs) over a period of up to five years. The trial enrolled 17,604 adults aged 45 years or older with overweight or obesity and established cardiovascular disease (CVD) with no prior history of diabetes.

Mudança de Peso com as medicações



Adaptado: Marlene Chakhtoura, et al. Clinical Medicine 2023;58: 101882 Published Online 20 March 2023

Agenda

Introdução

Medicações disponíveis no Brasil

Individualizando a escolha do tratamento

Acompanhamento do paciente em uso de terapêutica farmacológica

Mensagens finais

Diferentes subtipos de Obesidade com diferentes respostas ao tratamento

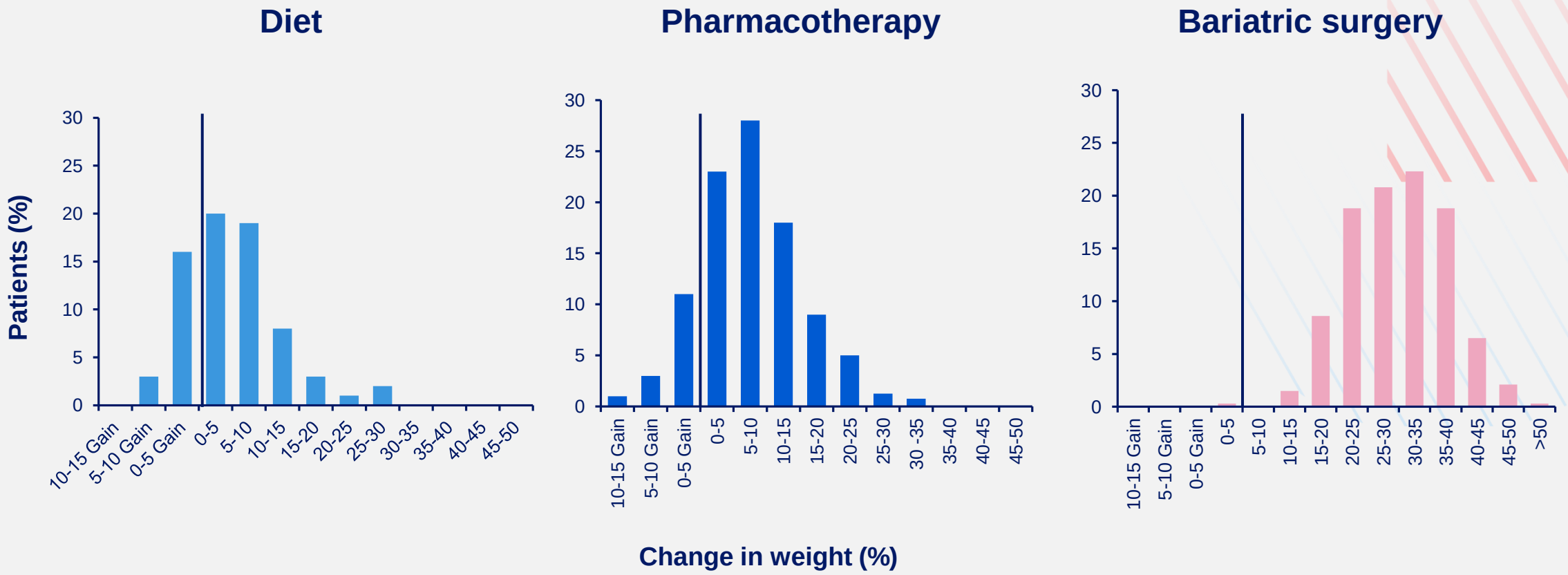
Leptin deficiency
LepR deficiency
POMC deficiency
MC4R deficiency
aMSH deficiency
Sim-1 deficiency
PC-1 deficiency
KSR2 deficiency
MRAP2 deficiency
SH2B1 deficiency
BDNF deficiency
trkB deficiency
Carpenter syndrome
Cohen syndrome
Ayazi syndrome
MOMO syndrome
Rubenstein-Taybi syndrome
Fragile X syndrome
Albright osteodystrophy

Prader-Willi syndrome
Bardet-Biedl syndrome
Alström syndrome
BFL syndrome
Hypothalamic
Hyperphagic
Thermogenesis deficient
Circadian-disrupted
Stress-induced
Viral
Central
Peripheral
Diffuse
Neonatal
Early childhood
Peripubertal
Gestational
Menopausal
Metabolic

Inflammatory
Diet-dependent
Exercise-sensitive
Sleep-sensitive
Insulin-induced
Steroid-induced
Progesterone-induced
Psychotropic-induced
Antibiotic-induced
Endocrine disruptor
Phentermine-responsive
Topiramate-responsive
Metformin-responsive
Bupropion-responsive
GLP-1 responsive
Bypass-responsive
Bypass-resistant
Gastric band-responsive

Adaptado de Lee Kaplan, 2023

Resposta heterogênea



Lee Kaplan; What is an acceptable BMI?, Symposium on Key issues in Liver Transplantation for NASH 2016, Academic Medical Education

Individualização do tratamento farmacológico

Escolha da medicação pelo fenótipo

Cérebro Faminto

Intestino Faminto

Fome Emocional

Queima lenta

Seleção de medicamentos antiobesidade com base em fenótipos aumenta a perda de peso: um ensaio pragmático em uma clínica de obesidade

Obesity, Volume: 29, Issue: 4, Pages: 662-671, First published: 23 March 2021, DOI: (10.1002/oby.23120)

No estudo de Acosta e colaboradores, a seleção da terapia medicamentosa foi orientada pelo fenótipo do paciente

CÉREBRO FAMINTO
Saciação
Mais calorias consumidas por refeição

40% dos pacientes

Tx: fentermina/topiramato

INTESTINO FAMINTO
Saciedade
Fome retorna mais rapidamente após uma refeição

18% dos pacientes

Tx: liraglutida

FOME EMOCIONAL
Emoção/recompensa
Comer para lidar com emoções positivas e negativas

30% dos pacientes

Tx: naltrexona/bupropiona ER

QUEIMA LENTA
Gasto energético
Baixa taxa metabólica basal

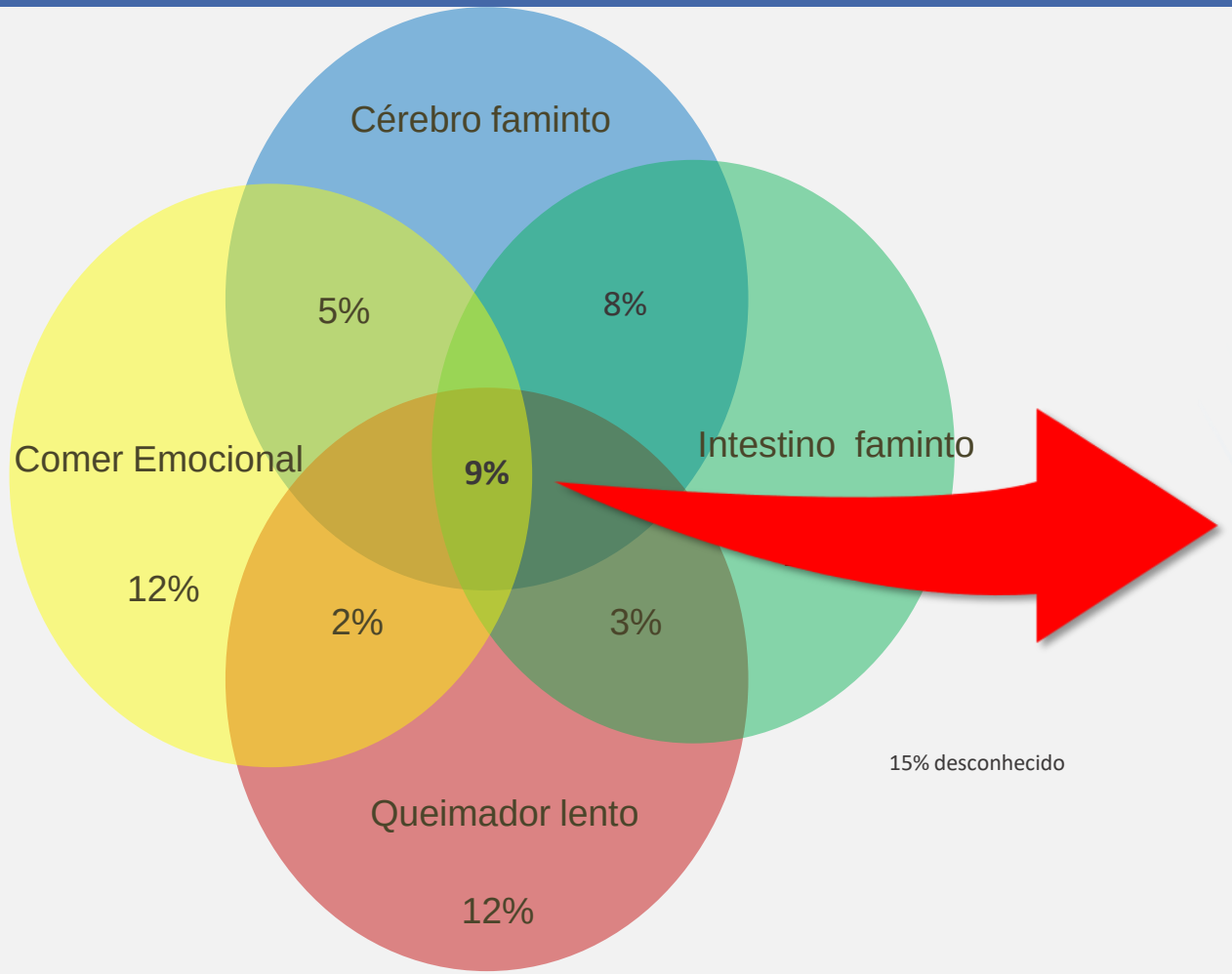
12% dos pacientes

Tx: fentermina e aumento de treino de resistência

Obesity, Volume: 29, Issue: 4, Pages: 662-671, First published: 23 March 2021, DOI: (10.1002/oby.23120)

web PALESTRA
TelessaúdeBA
CBAEM 2023
6 a 9 de setembro
Centro de Convenções
João Pessoa - PB
CONGRESSO BRASILEIRO DE ATUALIZAÇÃO EM ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA

Seleção de medicamentos antiobesidade com base em fenótipos aumenta a perda de peso



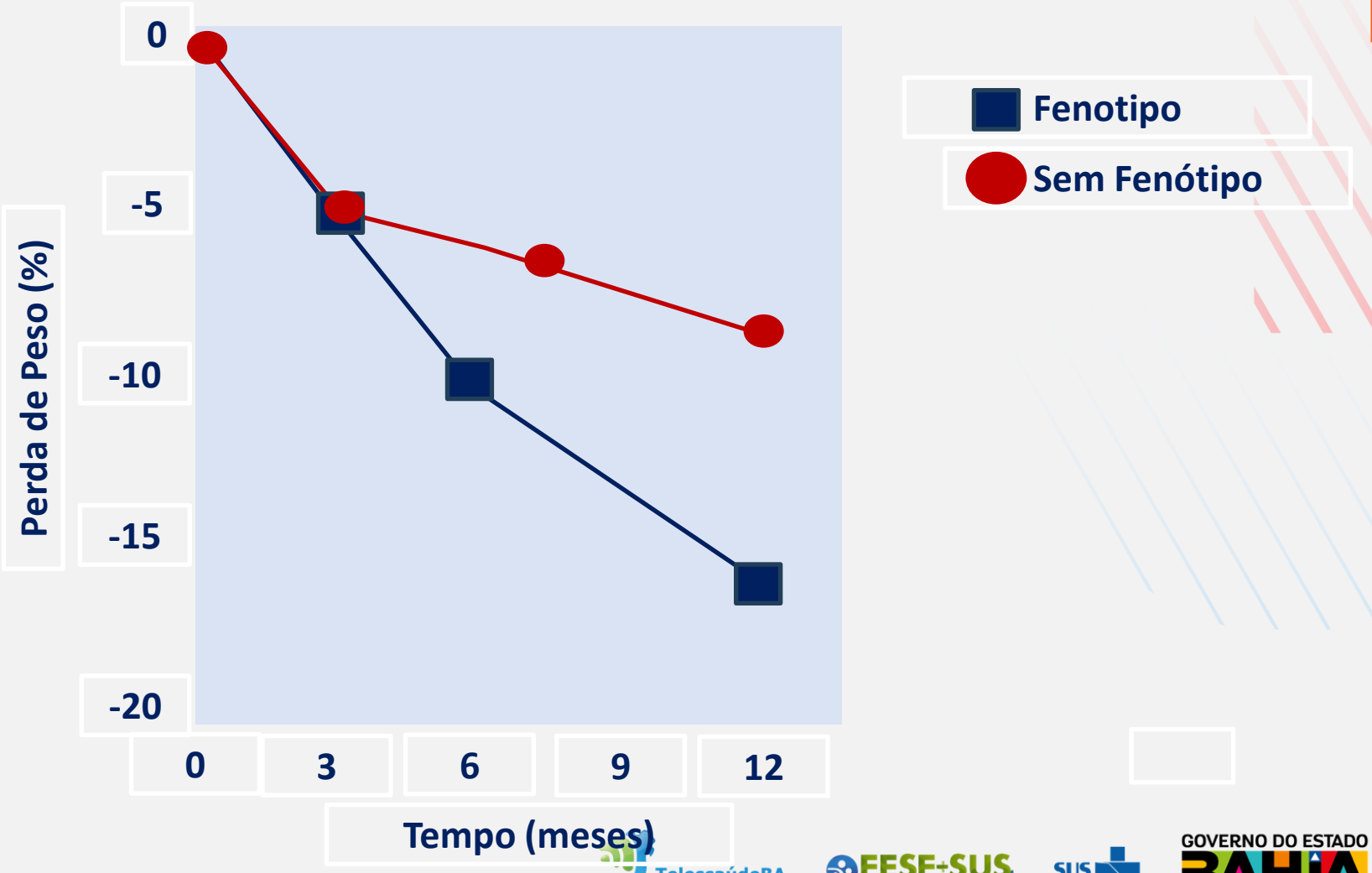
15% desconhecido

9%

Todos os mecanismos

Obesity, Volume: 29, Issue: 4, Pages: 662-671, First published: 23 March 2021, DOI: (10.1002/oby.23120)

Percentual de perda de peso com medicamentos antiobesidade com base em fenótipos



Obesity, Volume: 29, Issue: 4, Pages: 662-671, First published: 23 March 2021, DOI: (10.1002/oby.23120)

Individualização do tratamento farmacológico

Escolha da medicação pelo fenótipo	Comorbidades
Cérebro Faminto	Pré-diabetes
Intestino Faminto	Diabetes
Fome Emocional	HAS
Queima lenta	Dislipidemia
	Craving
	Depressão

TelessaúdeBA
FESF-SUS FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA
SUS
GOVERNO DO ESTADO BAHIA SECRETARIA DA SAÚDE

Algoritmo de escolha da farmacoterapia na obesidade

obesity canada | obésité canada

Clinical Practice GUIDELINE for the Management of Obesity in Adults in Ireland

Obesidade Monogênica: considerar teste genético

IMC ≥30 kg/m2 ou IMC ≥27 kg/m2 com comorbidades

Considerar Comorbidades ou características especificas

Avaliar suspensão das medicações relacionadas com aumento de peso

Dm 2, pré-DM, HAS, apneia obstrutiva do sono, PCO

Liraglutida/Semaglutida: 1◦ escolha (lira para DM2: Nivel 1 grau A; Pré_DM: nível 2, grau B; Sema: nível 1 grau A)
Naltrexone/Bupropiona 2◦ escolha (para DM2, nível 2 grau B)
Orlistat 3◦ escolha (para DM2: nível 2 grau B)

NAFLD

Liraglutida
Semaglutida
Orlistate

Craving, depressão, fumo

Natrexone/Bupropiona 1 ◦ escolha
Liraglutida: 2 ◦ escolha
Orlistate: 3 ◦ escolha

TelessaúdeBA · FESF-SUS Fundação Estatal Saúde da Família · SUS · Governo do Estado Bahia Secretaria da Saúde

ASOI Adult Obesity Clinical Practice Guideline adaptation (ASOI version 1, 2022) by: Le Roux C W1, Fitzgerald I2, Neff K3. Chapter adapted from: Pedersen SD, Manjoo P, Wharton

obesity canada | obésité canada

Clinical Practice GUIDELINE for the Management of Obesity in Adults in Ireland

Após 03 meses do tratamento

Se Obesidade Monogenica for confirmada, deve ser considerado do uso de setmelatonina

Sem sucesso na perda de peso

Descontinuar medicação e tentar uma medicação de segunda linha/adicionar medicação de segunda linha

Sucesso na perda de peso

Continuar Medicação

TelessaúdeBA FESF-SUS FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA SUS GOVERNO DO ESTADO BAHIA SECRETARIA DA SAÚDE

ASOI Adult Obesity Clinical Practice Guideline adaptation (ASOI version 1, 2022) by: Le Roux C W1, Fitzgerald I2, Neff K3. Chapter adapted from: Pedersen SD, Manjoo P, Wharton

Individualização do tratamento farmacológico

Escolha da medicação pelo fenótipo

- Cérebro Faminto
- Intestino Faminto
- Fome Emocional
- Queima lenta

Comorbidades

- Pré-diabetes
- Diabetes
- HAS
- Dislipidemia
- Craving

Caracteristicas da Medicação

- Custo
- Frequência de administrações
- Eficácia
- Efeitos colaterais
- Contraindicações
- Interações medicamentosas

Medicamentos associados ao ganho de peso

Antidepressivos: mirtazapina, paroxetina, lítio, amitriptilina

Antipsicóticos: olanzepina, quetiapina, risperidona, clozapina

Anti-hipertensivos: bloqueadores B-adrenérgicos (p. ex., propanolol, metoprolol), bloqueadores A-adrenérgicos, bloqueadores dos canais de cálcio

Antiepilépticos: carbamazepina, gabapentina, ácido valproico

Antidiabéticos: insulina, sulfonilureias (p. ex., glimepirida)

Anti-histamínicos: cetirizina

Corticosteroides: prednisona, fluticasona, triancinolona

Inibidores da bomba de prótons: lansoprazol, omeprazol, rabeprazol

Medicamentos associados a perda de peso

Antidepressivos: fluoxetina, sertralina, bupropiona

Anti-hipertensivos: diuréticos, inibidores da ECA enalapril e lisinopril, BRA losartana

Antidiabéticos: análogos de GLP-1; metformina

Agenda

Introdução

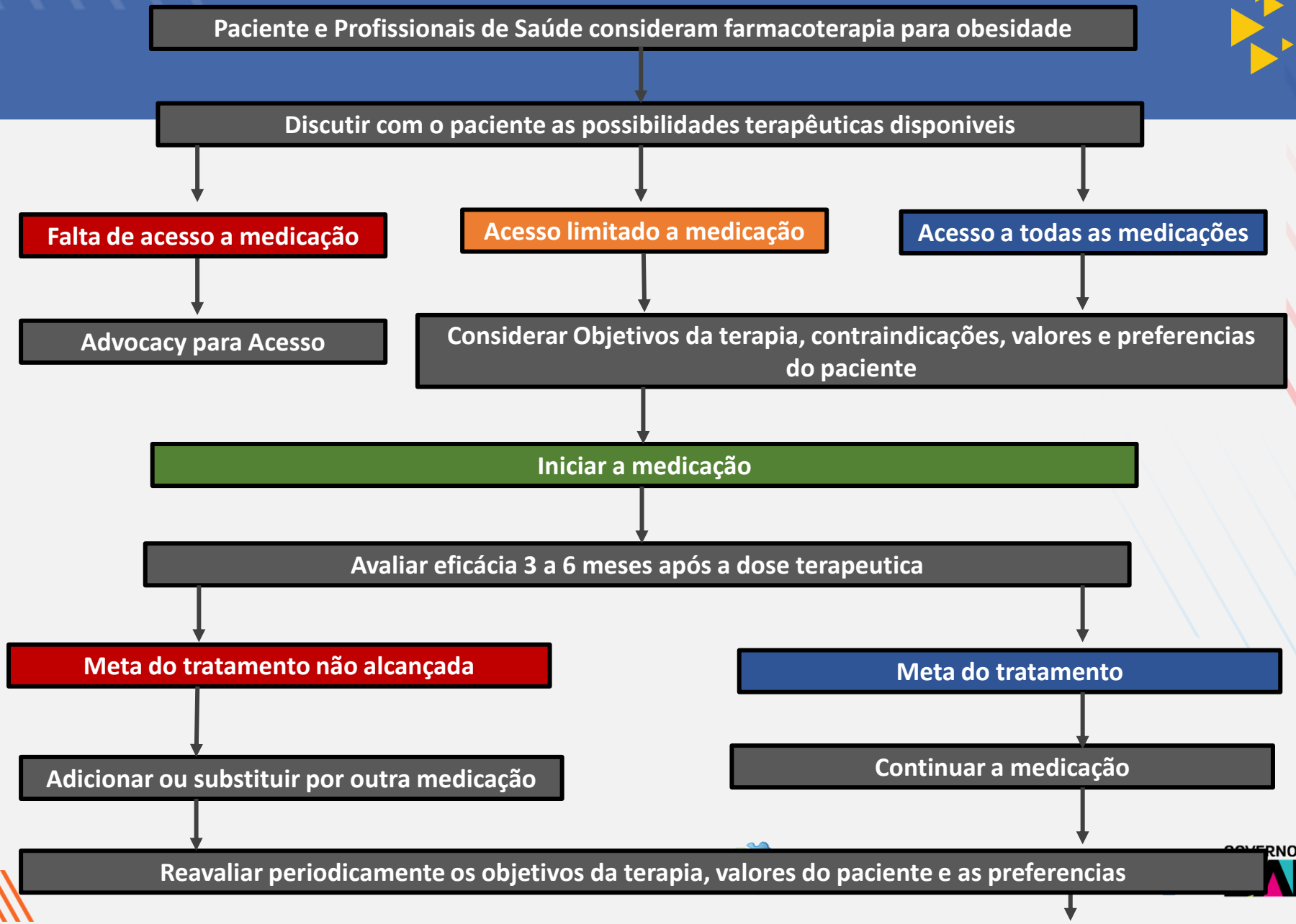
Medicações disponíveis no Brasil

Individualizando a escolha do tratamento

Acompanhamento do paciente em uso de terapeutica farmacológica

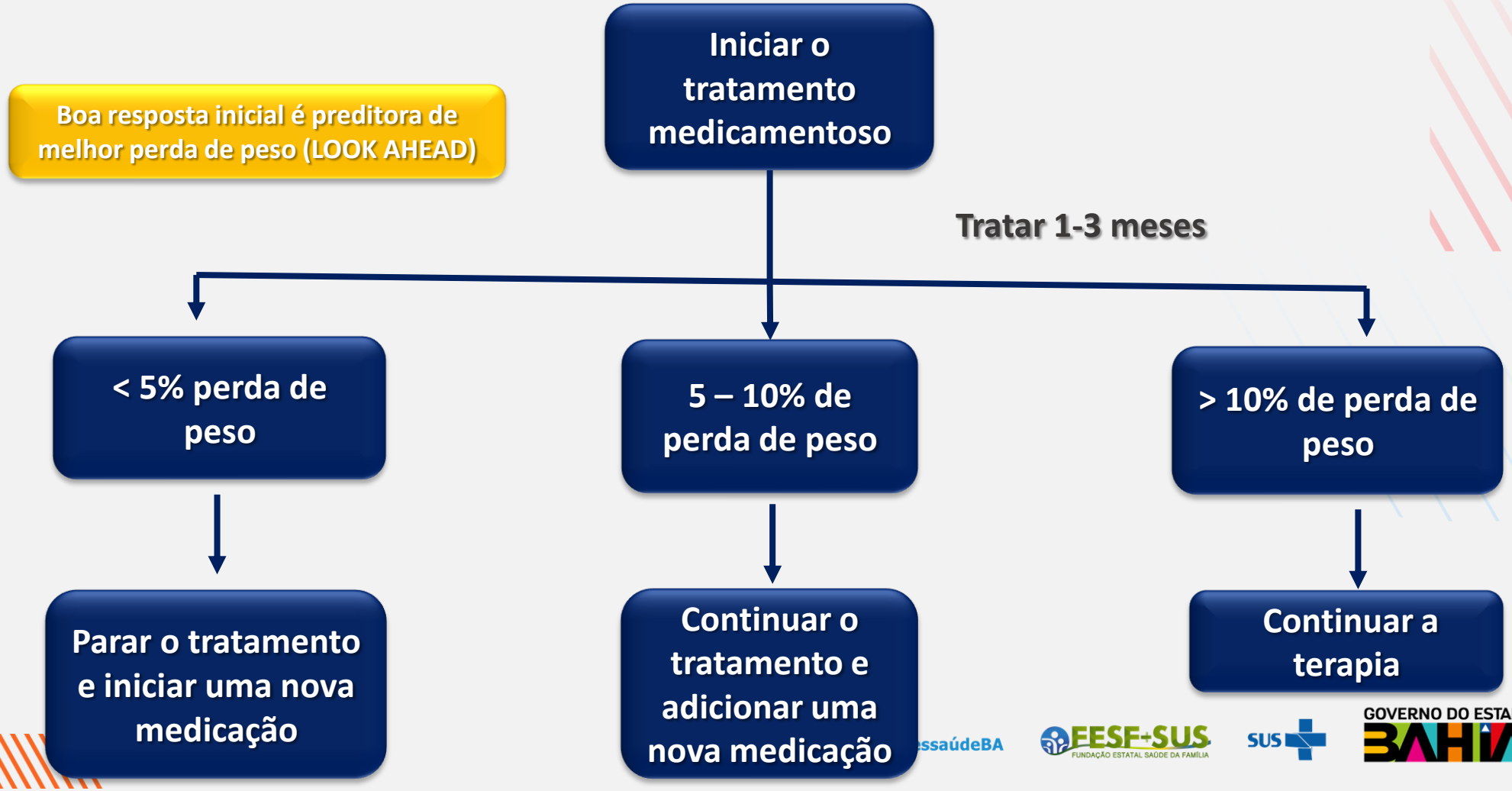
Mensagens finais

2022

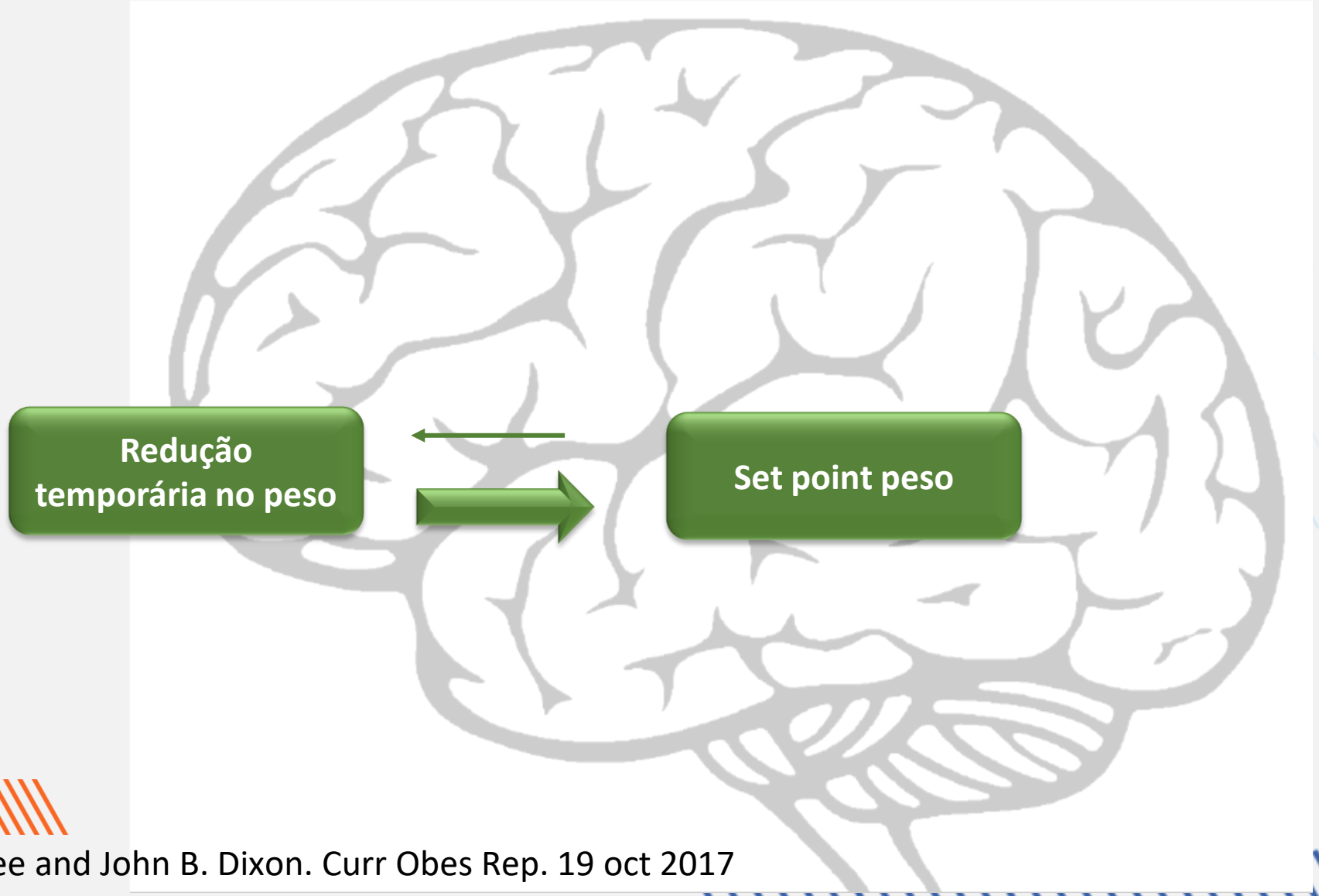


Pedersen SD, Manjoo P, Wharton S. Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guidelines: Pharmacotherapy in Obesity Management.

Tratamento medicamentoso da obesidade



Apovian CM, *et al*. *J Clin Endocrinol Metab* 2015;100:342-362



Phong Ching Lee and John B. Dixon. Curr Obes Rep. 19 oct 2017

Alterações de longo prazo nos hormônios do apetite depois da perda de peso induzida por dieta favorecem novo ganho de peso

Aumento nos níveis circulantes de **grelina**, o hormônio estimulante do apetite

Diminuição dos hormônios supressores do apetite, p. ex., **PYY, GLP-1, leptina, insulina**

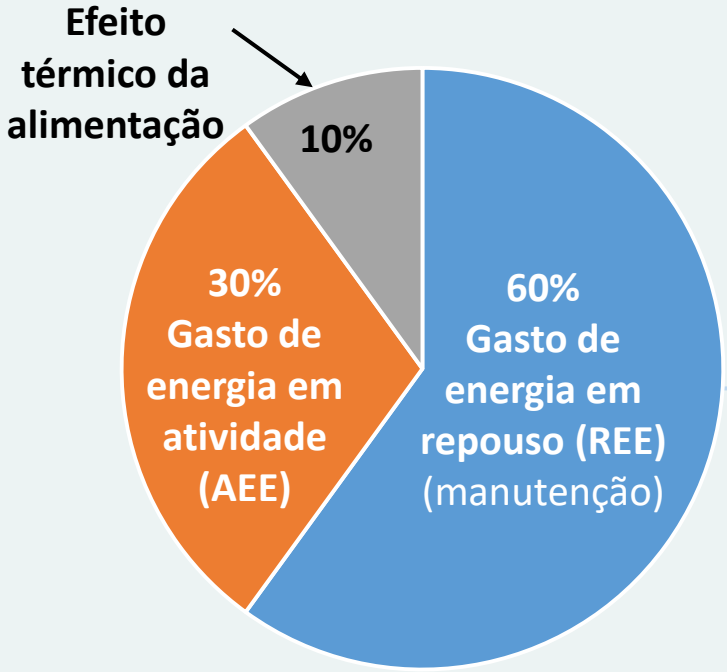
Aumento da fome e vontade de comer, diminuição da saciedade

GLP-1: peptídeo semelhante a glucagon 1; PYY: peptídeo tirosina tirosina.

Sumithran P, *et al*. *N Engl J Med* 2011;365:1597–1604.

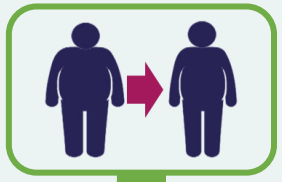
A termogênese adaptativa predispõe à recuperação de peso e pode persistir por anos

Gasto total diário de energia (TEE)



Determinado por tamanho corporal e composição corporal (tecido magro versus massa gorda)

Termogênese adaptativa induzida por perda de peso



Menos energia necessária para a manutenção **Diminuições de REE**

A atividade física se torna mais eficiente **Diminuições de AEE**

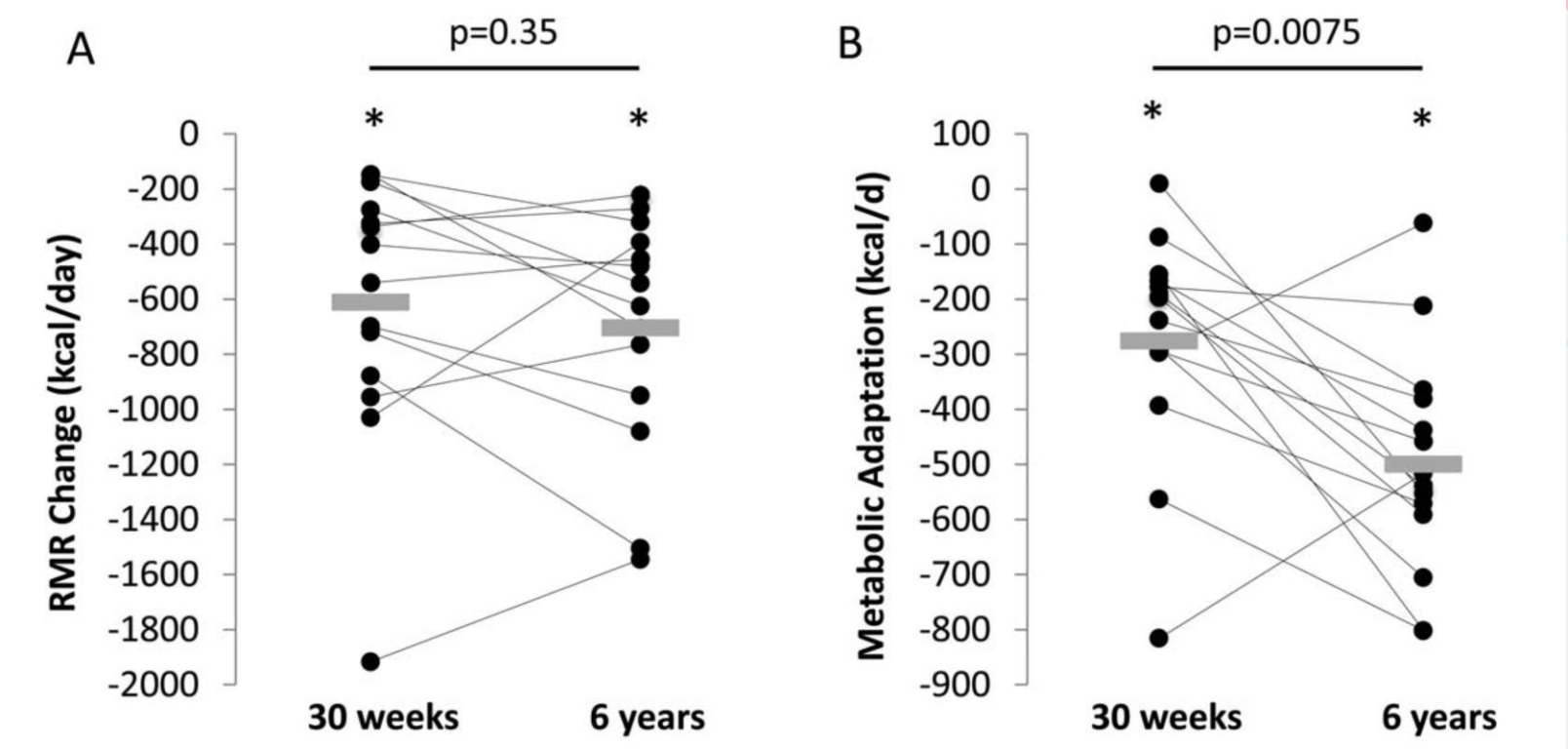
Redução maior que o esperado no TEE com base nas alterações de massa magra e de gordura

Menos calorias/dia necessárias para manter o peso corporal e o nível de atividade física

Westerterp KR. *Eur J Clin Nutr* 2017;71:340–344;
Rosenbaum M, *et al. Am J Clin Nutr* 2008;88:906–912;
Fothergill E, *et al. Obesity (Silver Spring)* 2016;24:1612–1619.

Persistent Metabolic Adaptation 6 Years After "The Biggest Loser" Competition

Erin Fothergill[1], Juen Guo[1], Lilian Howard[1], Jennifer C. Kerns[2], Nicolas D. Knuth[3], Robert Brychta[1], Kong Y. Chen[1], Monica C. Skarulis[1], Mary Walter[1], Peter J. Walter[1], and Kevin D. Hall[1]



A dieta ativa mecanismos biológicos compensatórios poderosos que favorecem novo ganho de peso

GLP-1: peptídeo semelhante a glucagon 1; PYY: peptídeo tirosina tirosina.

Estresse econômico e social

Disruptores endócrinos

Sedentarismo

Déficit de sono

Disponibilidade de alimentos baratos com alta densidade energética e altamente palatáveis

VIA HEDÔNICA

Redução temporária no peso

Set point peso

Aumento temporária no peso

Mantido ao longo do tempo

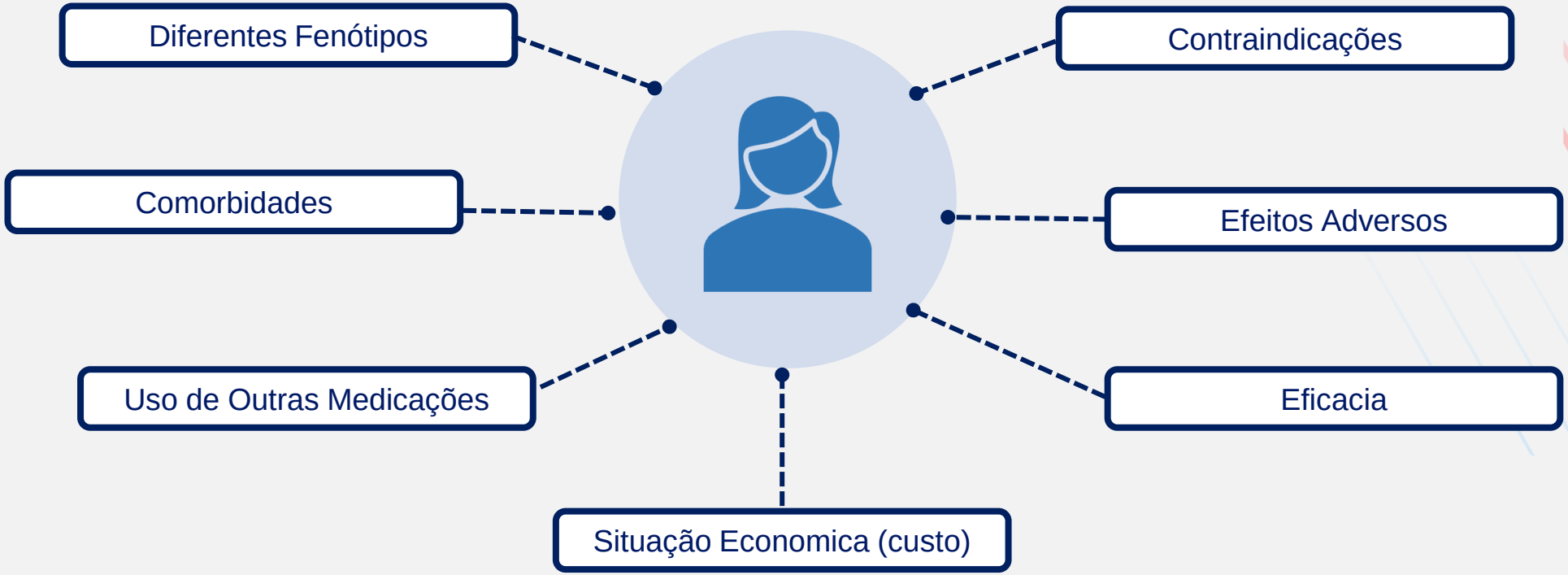
Estabelecido e defendido novo set point mais elevado do peso.

Phong Ching Lee and John B. Dixon. Curr Obes Rep. 19 oct 2017

Agenda

- Introdução
- Medicações disponíveis no Brasil
- Individualizando a escolha do tratamento
- Acompanhamento do paciente em uso de terapeutica farmacológica
- **Mensagens finais**

Como individualizar a escolha do tratamento farmacológico?



Conclusões

- A obesidade precisa ser tratada como uma doença crônica e progressiva
- As ferramentas de educação e apoio da equipe multidisciplinar são fundamentais para ancorar as mudanças no tratamento da obesidade
- O paciente com obesidade e a resposta ao tratamento farmacológico é muito heterogenea, sendo importante sempre a individualização da terapeutica
- Na individualização do tratamento deve ser levado em consideração os diferentes fenotipos, as comorbidades do paciente, efeitos adversos, contraindicações, além do custo e das caracteristicas da medicação
- O tratamento deve ser continuo com avaliação da resposta terapeutica e acompanhamento a longo prazo.

Obrigado!

ttrujilho@gmail.com
@drathaisatrujilho

web PALESTRA

NÚCLEO TELESSAUDE BAHIA

Secretaria da Saúde, 4ª Avenida, 400, Centro Administrativo da Bahia/CAB, 1º andar - Salvador/BA. Tel.: 3115-9650

TelessaúdeBA · FESF-SUS FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA · SUS · GOVERNO DO ESTADO BAHIA SECRETARIA DA SAÚDE