

E-BOOK

# Tratamento Farmacológico da Obesidade



# índice

---

Introdução .....	3
Diagnóstico .....	4
Avaliação para o tratamento.....	5
Tratameno farmacológico.....	9
Conclusão.....	17
Sobre o Hcor Academy .....	18
Referências .....	19

## INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença crônica complexa, com consequências potencialmente graves. Ela apresenta alta prevalência e, por isso, é causa significativa de morbidade e mortalidade, além de gerar custos elevados aos sistemas de saúde. Embora haja controvérsias, especialistas defendem a compreensão da obesidade como uma doença isolada (e não apenas como fator de risco para complicações). Ela é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como o acúmulo de gordura (aumento da adiposidade) que gera consequências negativas para a saúde.

Ainda de acordo com a OMS, mais de 2 bilhões de adultos têm  $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$ , dos quais 650 milhões são obesos ( $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ). O Brasil não fica de fora dessas estatísticas: um em cada cinco adultos tem obesidade. A elevada prevalência também impacta os custos do sistema de saúde: estima-se que os custos diretos e indiretos somem 2% do produto interno bruto de um país.

Quanto ao processo patofisiológico, a obesidade se instala por um desbalanço entre consumo e gasto energético. Um aspecto relevante é a crença (de pacientes e profissionais) de que esse desbalanço está sob controle 100% racional; essa forma de pensar promove a estigmatização da obesidade como um problema de “falta de vontade”. Biologicamente, trata-se de um processo complexo, com interação de genes e exposições, com a consequência final de acúmulo de gordura. Mais de 200 genes estão associados ao desenvolvimento da doença, grande parte deles envolvidos na regulação do apetite — o que pode auxiliar a reduzir a culpabilização do indivíduo quanto à sua condição. Apesar da contribuição genética, o ambiente ocupa um papel fundamental na gênese da obesidade: a oferta de alimentos (especialmente ricos em carboidratos), o estilo de vida sedentário e fatores como o isolamento social.

# DIAGNÓSTICO

Do ponto de vista prático, identifica-se a doença pela presença do índice de massa corporal (IMC) aumentado. Ele é calculado pelo peso (em kg) dividido pelo quadrado da altura (em metros<sup>2</sup>). Existe recomendação de rastreamento populacional de obesidade para adultos, com a aferição do IMC. De acordo com o IMC da pessoa, é possível classificá-la em peso normal (eutrófico), sobrepeso e obesidade com seus diferentes graus (I, II e III) (Tabela 1).

Essa categorização deriva da associação progressivamente maior do aumento do IMC com morbidade e mortalidade por causas como infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral. Apesar dessa categorização, devemos lembrar que, a partir do IMC > 25 kg/m<sup>2</sup>, a associação de risco é contínua e progressiva; portanto, indivíduos dentro da mesma categoria podem necessitar de abordagens mais ou menos intensivas, conforme o contexto.

**Tabela 1. Classificação por IMC conforme a Organização Mundial da Saúde. Adaptado da referência 7.**

Índice de massa corporal (kg/m <sup>2</sup> )	Classificação
<18,5	Baixo peso
≥18,5 a 24,9	Eutrófico
25,0 a 29,9	Sobrepeso
30,0 a 34,9	Obesidade grau I
35,0 a 39,9	Obesidade grau II
> 40	Obesidade grau III

Mais recentemente, propuseram-se novos critérios para definição da obesidade como doença. O quanto esses critérios serão adotados ainda é incerto. Ainda assim, eles se baseiam em duas ideias interessantes. A primeira é que a obesidade é uma doença per se, mediada pelo aumento da adiposidade e que tem manifestações clínicas e consequências de saúde próprias. A segunda é que pessoas podem ter excesso de adiposidade, mas não apresentarem manifestações clínicas, e esse seria um estado de doença pré-clínica. Assim, a obesidade passa a ter critérios bem definidos para identificação do excesso de adiposidade, que incluem (mas não se restringem ao) IMC, bem como manifestações clínicas específicas para identificar a doença. A apresentação dos aspectos práticos dessa definição foge ao escopo deste material, mas pode ser encontrada aqui.

## AVALIAÇÃO PARA O TRATAMENTO

Antes de iniciar o tratamento da obesidade, é recomendada a avaliação de alguns aspectos clínicos dos pacientes. O cálculo do IMC e a classificação do paciente conforme os estratos apresentados na Tabela 1 são o primeiro passo da avaliação clínica. Junto a isso, deve-se realizar anamnese e exame físico. As principais informações a serem avaliadas são: quando o excesso de peso começou a surgir, tentativas prévias de emagrecimento, hábitos alimentares, prática de atividade física, uso de medicamentos e tabagismo.

Ao IMC, deve-se acrescentar a medida da circunferência abdominal. Por meio dessa medida, é possível identificar a deposição central de gordura (intra-abdominal e cutâneo-abdominal), que tem relação com desfechos adversos de forma independente do IMC. Portanto, a circunferência abdominal é um parâmetro adicional para classificação de risco, especialmente quando o IMC está entre 25-35 kg/m<sup>2</sup>. Quanto à técnica de aferição, não existe definição homogênea na literatura, mas costuma-se utilizar o local com maior circunferência no ponto médio entre a espinha ílaca anterossuperior e o rebordo costal inferior. Deve-se considerar obesidade central:

- Homens com cintura > 102 cm;
- Mulheres com cintura > 88 cm.

*\*Para asiáticos, pode-se considerar o uso de pontos de corte mais estritos (90 cm para homens e 80 cm para mulheres).*

Quando se identifica um paciente com obesidade (seja pelo IMC, seja pela circunferência abdominal), deve-se buscar entender a causa do ganho de peso e pesquisar as consequências para a saúde, especialmente a presença de comorbidades já estabelecidas.



## Causas de ganho ponderal

Deve-se estar atento ao fato de que a obesidade é uma condição multifatorial na grande maioria dos indivíduos, havendo sobreposição de causas genéticas, adquiridas e ambientais. Apesar disso, hábitos não saudáveis são considerados os principais determinantes (Figura 1). Distúrbios endócrinos primários também podem contribuir para a condição; a avaliação de doenças endocrinológicas deve seguir a suspeita clínica, e algumas dicas são:

- Aumento de extremidades e alargamento da mandíbula sugerem acromegalia;
- Irregularidade menstrual e hirsutismo são sinais de síndrome dos ovários policísticos;
- Face em lua cheia, estrias violáceas e fraqueza muscular proximal são manifestações da síndrome de Cushing

Avaliação genética rotineira, da taxa metabólica basal ou mesmo realização de “painel endocrinológico” não são indicadas. Deve-se estar atento à possibilidade de causa monogênica de obesidade em pacientes que manifestam a doença desde o início da infância.

Figura 1. Possíveis fatores contribuidores para sobrepeso e obesidade. Adaptado da referência 9.



### Hábitos Alimentares\*

Frequência, conteúdo e quantidade das refeições



### Fatores Sociais e comportamentais

Sedentarismo\*, status econômico, etnia, fatores psicológicos, compulsão alimentar



### Medicamentos

Psicotrópicos, corticóides, insulina. *Vide Tabela 3 para lista completa.*



### Distúrbios endocrinológicos

Hipotireodismo, síndrome de Cushing, síndrome do ovário policístico, hipogonadismo, deficiência de hormônio do crescimento.



### Fatores genéticos

Condições autossômicas recessivas ou dominantes, cromossomopatias

Além dos fatores acima, existe um grande número de medicamentos e classes que promovem ganho de peso (Tabela 2), muitos por efeitos intrínsecos do seu mecanismo de ação. Mesmo que isoladamente eles não expliquem na totalidade a obesidade do indivíduo, sempre que possível, deve-se tentar trocar por medicamentos com menor efeito de ganho ponderal.

**Tabela 2. Principais medicamentos causadores de sobrepeso e obesidade. Adaptado da referência 9.**

### **Antipsicóticos**

**Antidepressivos tricíclicos, inibidores seletivos da recaptação de serotonina, inibidores da monoaminoxidase e lítio**

### **Anticonvulsivantes**

**Antidiabéticos (insulina, glibenclamida)**

### **Contraceptivos orais**

### **Betabloqueadores**

### **Inibidores de protease**

### **Corticoides**

### **Anti-histamínicos**

### **Anticolinérgicos**



## Condições associadas à obesidade

Em paralelo com a obesidade, uma série de outros prejuízos à saúde se desenvolve nos indivíduos acometidos. Isso ocorre tanto como consequência direta do aumento de peso quanto pelos fatores de risco que ocorrem de forma concorrente. Não existe recomendação de busca sistemática da maioria dessas alterações com exames complementares, mas o médico deve estar atento a essas potenciais complicações e investigá-las sempre que houver sinais ou sintomas sugestivos. Além disso, a presença dessas complicações ajuda a definir a intensidade do tratamento. Elas incluem principalmente:

- Eventos cardiovasculares, como infarto, acidente vascular cerebral e insuficiência cardíaca;
- Asma, apneia do sono, tromboembolismo pulmonar;
- Doença hepática gordurosa;
- Dislipidemia e diabetes mellitus tipo 2;
- Osteoartrite e dor lombar crônica.

Do ponto de vista laboratorial, recomenda-se a avaliação mínima com TSH, glicemia (ou HbA1c), transaminases e perfil lipídico, bem como a medida da pressão arterial com esfigmomanômetro ajustado para o diâmetro do braço.

Além das avaliações acima, um aspecto frequentemente negligenciado é o risco de deficiência nutricional. Apesar de indivíduos com obesidade serem encarados como “excessivamente nutridos”, é importante lembrar que pode haver ingestão proteica insuficiente, bem como deficiência de micronutrientes. Estas têm o potencial de serem exacerbadas com o tratamento e, assim, devem ser revisadas e corrigidas. A melhor ferramenta para isso é a entrevista, com atenção para o tipo de alimentos que o paciente consome.





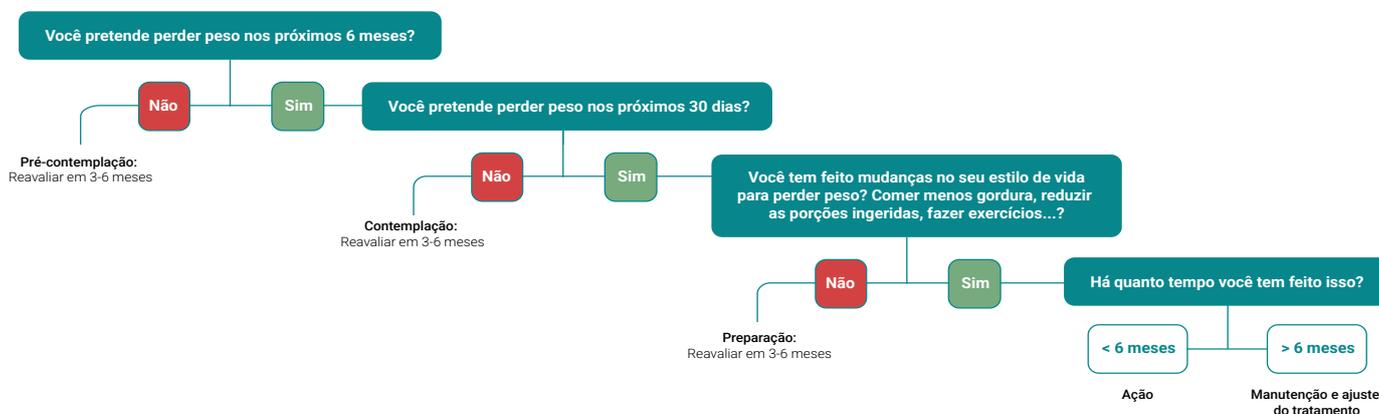
## TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

### Motivação para o tratamento

Como parte final da avaliação e já começando a planejar o tratamento, deve-se investigar a motivação do indivíduo para o tratamento. Sem esse passo, o profissional corre o risco de gerar frustração para o paciente e para si mesmo com recomendações que o paciente não está pronto para implementar.

Aqui, vale lembrar que cada pessoa vive em um contexto peculiar e, por vezes, existem prioridades concorrentes ao tratamento da obesidade. Em suma, o paciente deve estar na fase de ação para iniciar o tratamento da obesidade. Para identificar a fase em que o paciente se encontra, sugere-se a utilização do modelo apresentado na Figura 2, que permite direcionar melhor as ações e metas para o momento. Neste modelo, o avanço de fase reflete o sucesso do indivíduo na etapa anterior.

Figura 2. Algoritmo para avaliação dos estágios de mudança em relação à perda de peso. Extraído e adaptado da referência 7.



## Conceitos gerais sobre o tratamento da obesidade

O tratamento inicial da obesidade deve ser baseado em uma intervenção abrangente no estilo de vida, que combine dieta hipocalórica individualizada, prática regular de atividade física e terapia comportamental para promover adesão e mudanças sustentáveis. O alvo é prevenir, tratar ou reverter complicações da obesidade, bem como melhorar a qualidade de vida. Também, neste aspecto, é importante compreender os alvos do indivíduo e tentar alinhá-los com o planejamento do tratamento.

Mesmo para pacientes que utilizarão tratamento farmacológico, deve-se ressaltar que ajustes na dieta e estímulo à atividade física são parte da intervenção oferecida nos estudos que exploram os efeitos de medicamentos para perda ponderal. Tende-se a dar preferência à abordagem intensiva e multimodal, com dieta hipocalórica e realização de atividade física. Intervenções para mudança comportamental e com apoio multiprofissional, buscando-se utilizar recursos e alimentos locais, são parte das recomendações mais atuais. Além disso, deve-se considerar ferramentas adicionais, como intervenções a distância e apoio de aplicativos para smartphone.

O tratamento inicial da obesidade deve ser baseado em uma intervenção abrangente no estilo de vida, que combine dieta hipocalórica individualizada, prática regular de atividade física e terapia comportamental para promover adesão e mudanças sustentáveis. O alvo é prevenir, tratar ou reverter complicações da obesidade, bem como melhorar a qualidade de vida. Também, neste aspecto, é importante compreender os alvos do indivíduo e tentar alinhá-los com o planejamento do tratamento.

Como regra, diretrizes de sociedades de especialistas e recomendações nacionais seguem o mesmo racional. Mesmo que haja algumas variações em pontos de corte, parte-se do valor de IMC e da presença de doenças associadas (comorbidades) para definir a intensidade do tratamento. Redução do consumo alimentar, atividade física e ajustes comportamentais são a primeira linha e recomendados para todos os indivíduos com sobrepeso ou obesidade (Figura 3). A partir disso, intervenções adicionais são recomendadas. A farmacoterapia, foco deste e-book, é recomendada para indivíduos com IMC acima de 27 kg/m<sup>2</sup> associado a comorbidades ou acima de 30 kg/m<sup>2</sup> para todas as pessoas.

Figura 3. Intervenções indicadas conforme o IMC e condições comorbidades. Adaptado da referência 10.

Risco	IMC	Intervenções
<b>Baixo</b>	25-29,9 kg/m <sup>2</sup> sem comorbidades < 27 kg/m <sup>2</sup> com comorbidades	
<b>Moderado</b>	27-34,9 kg/m <sup>2</sup> com comorbidades 30 - 39,9 kg/m <sup>2</sup> sem comorbidades	 
<b>Alto</b>	≥ 35 kg/m <sup>2</sup> com comorbidades ≥ 40 kg/m <sup>2</sup> sem comorbidades	  

Comorbidades: risco cardiovascular elevado, hipertensão e Diabetes mellitus de difícil controle, apneia do sono, doença osteoarticular.

Perdas de peso de apenas 5% já estão associadas a benefícios significativos para a saúde. No entanto, muitos pacientes almejam reduções acima de 30%, o que geralmente só é possível com cirurgia bariátrica. Com mudanças no estilo de vida, a perda média costuma ser de 5 a 7%, sendo difícil manter esses resultados. Quando associada a medicamentos, uma perda entre 5 e 10% é considerada muito boa, e acima de 10% é excelente. Novas terapias baseadas em incretinas têm demonstrado resultados próximos aos da cirurgia. Novos fármacos ainda mais eficazes estão em desenvolvimento, e é esperado que no futuro possam se tornar uma alternativa viável à cirurgia para quem precisa perder mais de 45 kg.

## Princípios sobre o tratamento farmacológico

A história da farmacoterapia para obesidade é repleta de medicamentos com efeitos adversos graves e suspensão de comercialização dos mesmos, desde o risco cardiovascular das anfetaminas até o risco de suicídio do rimonabanto. Talvez em função disso, muitos profissionais têm resistência em iniciar farmacoterapia para indivíduos com obesidade. Um desafio adicional para a seleção desses medicamentos é a falta de bons estudos comparando-os diretamente. Dessa forma, vantagens comparativas são sempre indiretas e, portanto, mais frágeis.

Antes de considerar o início de medicamentos para o tratamento da obesidade, é imprescindível garantir que o paciente esteja envolvido em um plano estruturado de mudanças no estilo de vida. Isso inclui modificações na dieta, mas também intervenções comportamentais, como manejo do estresse e melhora da higiene do sono. Não existe uma abordagem única para definir a escolha do fármaco: utilizam-se alguns parâmetros, como preferência por monoterapia, levando-se em conta comorbidades dos pacientes, custos e efeitos adversos. O início do uso de todos os medicamentos

é usualmente realizado na menor dose disponível, com aumentos graduais a cada 1-4 semanas, observando-se tolerância e resposta.

No Brasil, atualmente estão aprovados quatro medicamentos para o manejo da obesidade: orlistate, sibutramina, a combinação bupropiona + naltrexona (comercializada como Contrave), liraglutida na dose de 3 mg (Saxenda) e semaglutida na dose máxima de 2,4 mg (Wegovy). Além desses, é crescente o interesse pelo uso da tirzepatida (Mounjaro), já aprovada para diabetes mellitus tipo 2 e que provavelmente será liberada em breve para o tratamento da obesidade.

O acompanhamento do paciente em tratamento farmacológico deve ser sistemático, especialmente nos primeiros meses. Recomendam-se consultas mensais nos três primeiros meses para monitorar resposta, efeitos adversos e adesão ao plano terapêutico. Após esse período inicial, o seguimento pode ser espaçado para cada três meses, desde que haja estabilidade clínica e resposta satisfatória. Medicamentos aprovados para uso prolongado devem ser mantidos se o paciente estiver evoluindo bem, sem efeitos colaterais significativos e com perda de peso sustentada.

A resposta terapêutica deve ser reavaliada após três meses de tratamento. Caso o paciente apresente perda de peso igual ou superior a 5% nesse período e esteja tolerando bem a medicação, o uso pode ser mantido a longo prazo. Por outro lado, se houver efeitos colaterais importantes ou perda de peso inferior a 5%, é recomendado suspender o fármaco e considerar alternativas, incluindo outro medicamento ou encaminhamento para avaliação de outras estratégias, como cirurgia bariátrica. Em situações de platô de peso – definido como ausência de perda de peso por mais de um mês – pode-se ajustar a dose (respeitando o limite máximo) ou associar um segundo agente com mecanismo de ação diferente.



## Opções de medicamentos para controle da obesidade

A seguir, serão apresentadas as opções disponíveis, e a Tabela 3 resume as características dos principais medicamentos disponíveis.

Tabela 3. Principais medicamentos para tratamento de obesidade. Adaptado das referências 8 e 18.

Agente	Posologia	Efeitos adversos	Aprovação da ANVISA para obesidade	Consta na RENAM	Custo
<b>Sibutramina</b>	Um comprimido 10 ou 15 mg, 1 vez ao dia.	Taquicardia, hipertensão, palpitações, insônia, boca seca.	Sim	Não	Baixo
<b>Orlistate</b>	Um comprimido 60-120 mg 3 vezes ao dia.	Sintomas: esteatorreia e incontinência fecal. Risco de desnutrição se não houver reposição de vitaminas.	Sim	Não	Moderado
<b>Bupropiona-naltrexona</b>	Comprimido 90 mg bupropiona + 8 mg naltrexona, 1 a 2 comprimidos 2 vezes ao dia	Cefaleia, distúrbios do sono, sintomas gastro-intestinais, hipertensão	Sim	Não	Moderado a elevado
<b>Agonistas do GLP-1</b>	Liraglutida SC diária. Dose alvo de 3 mg (aumento semanal de 0,6 mg). Semaglutida SC semanal. Dose alvo de 2,4 mg (aumento a cada 4 semanas de 0,25 mg).	Náuseas, vômitos, diarreia, constipação. Pancreatite, doença biliar, obstrução intestinal são eventos graves e infrequentes; relação causal destes com os medicamentos não está comprovada.	Sim	Não	Elevado
<b>Topiramato</b>	Comprimido 25, 50 e 100 mg.	Parestesias, redução da atenção, acidose.	Não, uso off-label	Sim	Baixo

<b>Tirzepatida</b>	Aplicação subcutânea semanal. Dose inicial 2,5 mg. Aumento de 2,5-5 mg a cada 4 semanas até dose máxima de 15 mg	Mesmos que os agonistas do GLP-1.	Não, uso off-label. Liberação solicitada para ANVISA.	Não	Elevado
--------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------------------------	-----	---------

\*RENAME: Relação Nacional de Medicamentos Essenciais.

\*Ainda não lançado no mercado nacional; estimativa com base no preço dos EUA.

## Sibutramina

Trata-se do fármaco antiobesidade com registro válido mais antigo no Brasil — liberado para uso desde 1998. Atua inibindo a recaptção de noradrenalina e serotonina e é considerado supressor do apetite. Tem potencial de perda ponderal de 4,5 kg em relação ao placebo. Seus principais efeitos adversos são taquicardia, palpitações e hipertensão; insônia e boca seca também são relatadas. Deve-se evitar o uso concomitante com outros inibidores da recaptção de serotonina, pelo risco de síndrome serotoninérgica maligna. Foi retirado do mercado nos EUA e na Europa, mas ainda é vendido no Brasil com restrições recomendadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Isso se deu pelo aumento de risco de infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral causado pela sibutramina em pacientes com doença cardiovascular pré-existente. O medicamento é contraindicado para pacientes com história de doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca congestiva, arritmias ou acidente vascular cerebral. Trata-se de um medicamento de baixo custo, com apresentações genéricas e várias marcas no mercado nacional.

## Orlistate

O principal mecanismo de ação do orlistate é a inibição da lipase pancreática e gástrica e, assim, a redução da absorção intestinal de gorduras da dieta. Tem ação dose-dependente e potencial de inibir aproximadamente 30% da absorção dos lipídios da dieta. Promove a perda de até 10% do peso habitual em longo prazo: há estudos mostrando controle de peso por até 4 anos de uso do medicamento. Como aumenta o conteúdo de gordura fecal, seu principal efeito adverso é a intolerância gastrointestinal (cólica, flatulência, esteatorreia e incontinência fecal). Os sintomas ocorrem em 15 a 30% dos pacientes em uso do fármaco e são dependentes da quantidade de gordura ingerida, ou seja, podem ser atenuados com a adaptação da dieta. Além disso, é necessária reposição vitamínica no uso em longo prazo. Do ponto de vista cardiovascular, é seguro e pode ter efeito adicional de redução da pressão arterial (tanto sistólica quanto diastólica). Outros benefícios adicionais são a redução nos níveis de hemoglobina glicada e a melhora do perfil lipídico.

## Agonistas do receptor do GLP-1

Os agonistas do GLP-1 (glucagon-like peptide-1) mimetizam esse hormônio gastrointestinal e agem reduzindo o esvaziamento gástrico e estimulando a saciedade. Têm efeitos adicionais no metabolismo glicêmico, promovendo a secreção de insulina e aumentando sua sensibilidade. Deve-se destacar que as doses para obesidade e para o tratamento de diabetes mellitus tipo 2 são diferentes – sendo as para obesidade mais elevadas.

É a classe de medicamentos com efeitos mais marcantes na perda de peso (lembrando-se que a maioria das comparações é contra placebo). Quando se considera a semaglutida nas doses mais elevadas, atinge-se perda de 10% do peso corporal em até 75% dos pacientes tratados. A liraglutida também apresenta bons resultados, com média de 8 kg de perda de peso. Quanto aos efeitos adversos, os mais comuns são no trato digestivo: náuseas, vômitos e diarreia. São medicamentos seguros do ponto de vista cardiovascular. Os efeitos potencialmente mais graves são infrequentes e não estão comprovados:

- Existe apreensão quanto à ocorrência de neoplasia medular de tireoide, porém esse efeito foi identificado apenas em roedores. De toda forma, há recomendação formal de não se usar o medicamento em pessoas com história pessoal ou familiar de neoplasia medular de tireoide (esporádica ou associada à neoplasia endócrina múltipla tipo 2).
- Há suspeitas, não confirmadas, de risco aumentado de pancreatite e câncer de pâncreas. Do ponto de vista clínico, a recomendação é investigar pancreatite em pacientes que desenvolvem dor abdominal grave e persistente durante o uso do medicamento. Por outro lado, não há recomendação de monitoramento de amilase e/ou lipase em pacientes assintomáticos – sua elevação é um evento esperado com o tratamento. A apreensão com câncer de pâncreas não foi comprovada, mas é um evento monitorado por agências regulatórias.

É frequentemente considerada a primeira opção para tratamento farmacológico da obesidade pela sua elevada eficácia, em especial a semaglutida. Entretanto, o custo elevado é a principal barreira para seu uso.

## Bupropiona-naltrexona

A bupropiona é um inibidor da recaptação da dopamina, e a naltrexona é um antagonista do receptor de opioides. A combinação é eficaz para reduzir o apetite em nível central. É capaz de reduzir entre 4–5% do peso corporal basal. Os efeitos adversos mais comuns são cefaleia, náuseas e constipação; insônia, tontura e boca seca também podem ocorrer. Existe apreensão com relação à segurança cardiovascular por elevar a frequência cardíaca; infelizmente, um estudo de grande porte avaliando essa questão foi interrompido precocemente, sendo este ainda um assunto em

aberto. Não há, entretanto, contraindicação absoluta ao uso em pacientes com doença cardíaca conhecida. Pode ser considerado apropriado em cenários como desejo de cessar o tabagismo concomitantemente à obesidade, com motivação para terapia.

## Outros fármacos: uso off-label

- **Topiramato:** trata-se de um anticonvulsivante que foi associado à redução moderada do peso (aproximadamente 6 kg). Há recomendação mais clara de tratamento para pacientes com binge eating. Os principais efeitos adversos são parestesias e redução da atenção; em pacientes de risco, pode desencadear glaucoma de ângulo agudo. Deve-se monitorar eletrólitos e evitar o uso em mulheres que utilizam anticoncepcionais orais.
- **Tirzepatida:** trata-se de um fármaco que age em duas vias do sistema incretínico; além de estimular receptores GLP-1 (como os agonistas do GLP-1), também age em receptores de GIP (glucose-dependent insulinotropic polypeptide) – sendo esta segunda sua ação preponderante. Como esperado, seus efeitos adversos são semelhantes aos dos agonistas do GLP-1 mais potentes e de uso semanal. Há elevadas expectativas quanto aos seus resultados clínicos, já que estudos primários indicam que 57% dos pacientes apresentam perda de 20% do peso corporal com 72 semanas de seguimento. Além disso, parece superar ligeiramente a semaglutida (~20% x 15% de perda ponderal, respectivamente). Foi liberado pela ANVISA para o tratamento de diabetes mellitus tipo 2 e está sendo comercializado no Brasil desde maio de 2025. Sua liberação para uso na obesidade já foi solicitada e está em análise.



## CONCLUSÃO

A obesidade é uma doença altamente prevalente, com extensas consequências para os indivíduos e para as populações. Felizmente, seu diagnóstico e avaliação são baseados em recursos baratos e amplamente disponíveis: aferição do peso, altura, cálculo do IMC e medida da circunferência abdominal. Deve-se estar atento às causas associadas ao ganho de peso (Figura 1 e Tabela 2). Quanto ao manejo, intervenções multicomponentes, com enfoque em mudança de hábitos, alimentação saudável e prática de atividade física, são a base. Quanto à farmacoterapia, trata-se de um cenário em rápida e franca mudança, com os agonistas do GLP-1 dominando rapidamente o cenário. Além disso, espera-se que, em breve, fármacos atuando em diferentes receptores incretínicos (como a tirzepatida) tragam benefícios ainda maiores. Infelizmente, a principal restrição ao seu uso é o custo elevado.

**Este conteúdo foi útil para você?**

No nosso site, você encontra soluções para continuar se atualizando.

# hcor

## ACADEMY

Acesse o site e confira as opções de cursos para se aprimorar profissionalmente:

**[www.pos.hcor.com.br](http://www.pos.hcor.com.br)**

# REFERÊNCIAS

ANVISA. RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA - RDC Nº 50, DE 25 DE SETEMBRO DE 2014. ANVISA. Acesso em 09 de dezembro de 2025. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2014/rdc0050\\_25\\_09\\_2014.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2014/rdc0050_25_09_2014.pdf) Aronne LJ, Horn DB, le Roux CW, Ho W, Falcon BL, Gomez Valderas E, Das S, Lee CJ, Glass LC, Senyucel C, Dunn JP; SURMOUNT-5 Trial Investigators. Tirzepatide as Compared with Semaglutide for the Treatment of Obesity. *N Engl J Med*. 2025 May 11. doi: 10.1056/NEJMoa2416394. Epub ahead of print. PMID: 40353578. Arterburn DE, Crane PK, Veenstra DL. The efficacy and safety of sibutramine for weight loss: a systematic review. *Arch Intern Med*. 2004 May 10;164(9):994-1003. doi: 10.1001/archinte.164.9.994. PMID: 15136309. Dai H, Alsalhe TA, Chalghaf N, Riccò M, Bragazzi NL, Wu J. The global burden of disease attributable to high body mass index in 195 countries and territories, 1990-2017: An analysis of the Global Burden of Disease Study. *PLoS Med*. 2020 Jul 28;17(7):e1003198. doi: 10.1371/journal.pmed.1003198. PMID: 32722671; PMCID: PMC7386577. DynaMed. Anti-Obesity Medications for Adults. EBSCO Information Services. Acessado em 10 de maio de 2025. Disponível em: <https://www.dynamed.com/management/anti-obesity-medications-for-adults-1> Jastreboff AM, Aronne LJ, Ahmad NN, Wharton S, Connery L, Alves B, Kiyosue A, Zhang S, Liu B, Bunck MC, Stefanski A; SURMOUNT-1 Investigators. Tirzepatide Once Weekly for the Treatment of Obesity. *N Engl J Med*. 2022 Jul 21;387(3):205-216. doi: 10.1056/NEJMoa2206038. Epub 2022 Jun 4. PMID: 35658024. Kramer CK, Leitão CB, Pinto LC, Canani LH, Azevedo MJ, Gross JL. Efficacy and safety of topiramate on weight loss: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Obes Rev*. 2011 May;12(5):e338-47. doi: 10.1111/j.1467-789X.2010.00846.x. Epub 2011 Mar 28. PMID: 21438989. Ministério da Saúde. Caderno de atenção básica: ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO DA PESSOA COM DOENÇA CRÔNICA OBESIDADE. Acesso em 10 de dezembro de 2025. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_doenca\\_cronica\\_obesidade\\_cab38.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf)

Ministério da Saúde. RELAÇÃO NACIONAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS. Acesso em 11 de dezembro de 2025. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao\\_nacional\\_medicamentos\\_2024.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_nacional_medicamentos_2024.pdf)

Okunogbe A, Nugent R, Spencer G, Ralston J, Wilding J. Economic impacts of overweight and obesity: current and future estimates for eight countries. *BMJ Glob Health*. 2021 Oct;6(10):e006351. doi: 10.1136/bmjgh-2021-006351. PMID: 34737167; PMCID: PMC8487190. Rodriguez PJ, Goodwin Cartwright BM, Gratzl S, Brar R, Baker C, Gluckman TJ, Stucky NL. Semaglutide vs Tirzepatide for Weight Loss in Adults With Overweight or Obesity. *JAMA Intern Med*. 2024 Sep 1;184(9):1056-1064. doi: 10.1001/jamainternmed.2024.2525. PMID: 38976257; PMCID: PMC11231910. Rubino F, Cummings DE, Eckel RH, Cohen RV, Wilding JPH, Brown WA, Stanford FC, Batterham RL, Farooqi IS, Farpour-Lambert NJ, le Roux CW, Sattar N, Baur LA, Morrison KM, Misra A, Kadowaki T, Tham KW, Sumithran P, Garvey WT, Kirwan JP, Fernández-Real JM, Corkey BE, Toplak H, Kokkinos A, Kushner RF, Branca F, Valabhji J, Blüher M, Bornstein SR, Grill HJ, Ravussin E, Gregg E, Al Busaidi NB, Alfaris NF, Al Ozairi E, Carlsson LMS, Clément K, Després JP, Dixon JB, Galea G, Kaplan LM, Laferrère B, Laville M, Lim S, Luna Fuentes JR, Mooney VM, Nadglowski J Jr, Urudinachi A, Olszanecka-Glinianowicz M, Pan A, Pattou F, Schauer PR, Tschöp MH, van der Merwe MT, Vettor R, Mingrone G. Definition and diagnostic criteria of clinical obesity. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2025 Jan 9:S2213-8587(24)00316-4. doi: 10.1016/S2213-8587(24)00316-4. Epub ahead of print. PMID: 39824205. UpToDate. Glucagon-like peptide 1-based therapies for the treatment of type 2 diabetes mellitus. De Uptodate. Acesso em 09 de dezembro de 2025. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/glucagon-like-peptide-based-therapies-for-the-treatment-of-type-2-diabetes-mellitus>

UpToDate. Obesity in adults: Drug therapy. De Uptodate. Acesso em 09 de dezembro de 2025. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/obesity-in-adults-drug-therapy>

UpToDate. Obesity in adults: Etiologies and risk factors. De Uptodate. Acesso em 09 de dezembro de 2025. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/obesity-in-adults-etiologicals-and-risk-factors>

UpToDate. Obesity in adults: Overview of management. De Uptodate. Acesso em 10 de dezembro de 2025. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/obesity-in-adults-overview-of-management>

UpToDate. Obesity in adults: Prevalence, screening, and evaluation. De Uptodate. Acesso em 08 de dezembro de 2025. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/obesity-in-adults-prevalence-screening-and-evaluation>

UpToDate. Topiramate: Drug information. De Uptodate. Acesso em 11 de dezembro de 2025. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/topiramate-drug-information>

USPSTF. Weight Loss to Prevent Obesity-Related Morbidity and Mortality in Adults: Behavioral Interventions. US Preventive Services Taskforce; 2018. Acesso em 09 de dezembro de 2025. Disponível em: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/obesity-in-adults-interventions>

Vigitel. Acesso em 21 dezembro de 2022. Disponível em: <http://plataforma.saude.gov.br/vigitel/>

Wilding JPH, Mooney V, Pile R. Should obesity be recognised as a disease? BMJ. 2019 Jul 17;366:l4258. doi: 10.1136/bmj.l4258. PMID: 31315832.



**hcor** ACADEMY