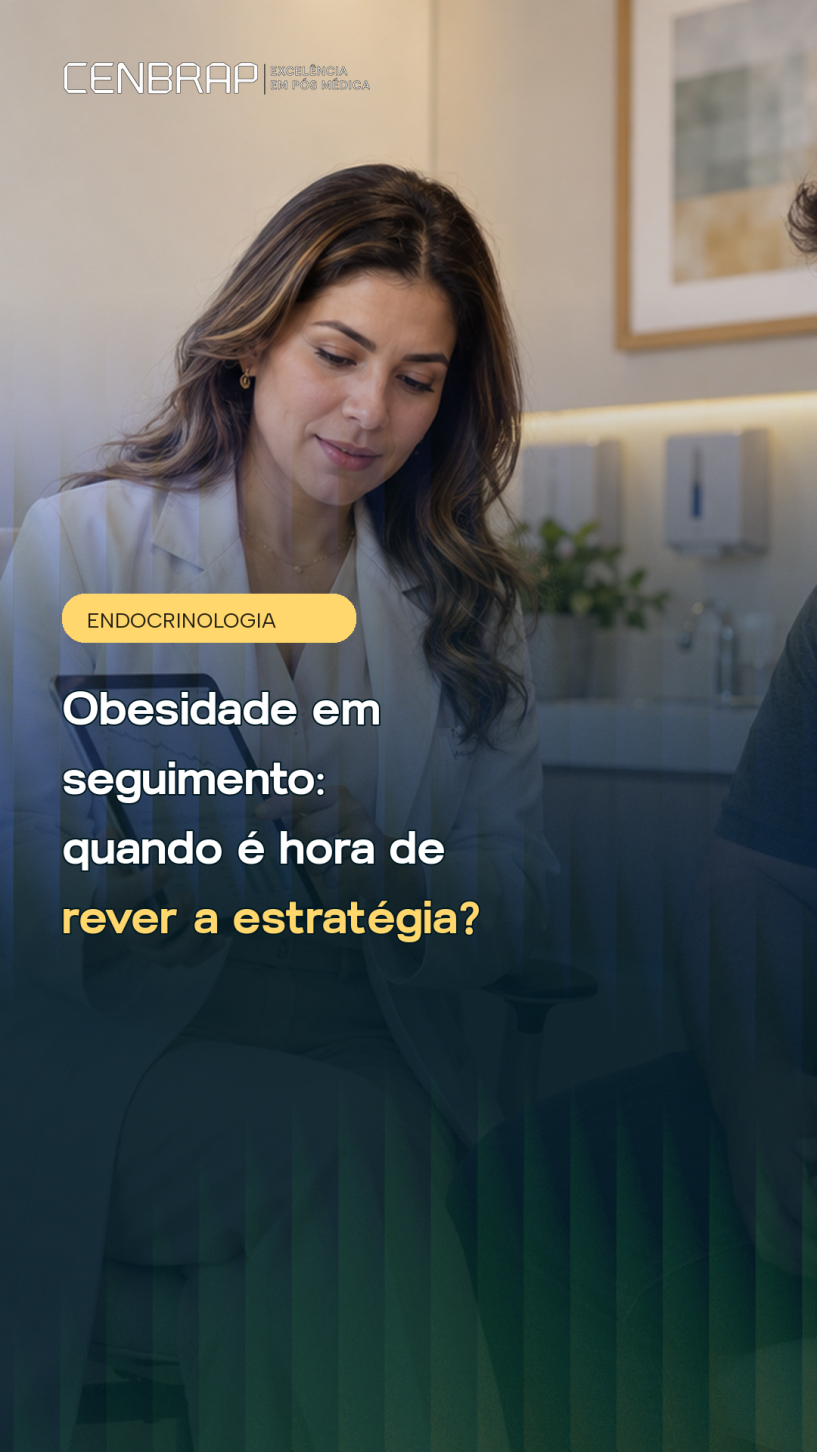
CENBRAP | EXCELÊNCIA EM PÓS MÉDICA



ENDOCRINOLOGIA

Obesidade em seguimento: quando é hora de rever a estratégia?

Resposta insuficiente na obesidade: o que revisar antes de mudar o tratamento

Uma resposta menor do que a esperada ou um platô não define, por si só, falha terapêutica. Este material organiza a reavaliação em trajetória, exposição real, complicações, tolerabilidade, contexto e decisão compartilhada.

Vinheta clínica fictícia

Paulo, 46 anos, reduziu 7% do peso em seis meses e estabilizou nas últimas oito semanas. A pressão melhorou, ele voltou a caminhar sem dor e relata menos sonolência. Ainda assim, chega à consulta convencido de que o medicamento “parou de funcionar”. Antes de trocar, o médico precisa definir o que esse platô significa.

1. Platô e resposta insuficiente são problemas diferentes

Platô é a estabilização da trajetória depois de uma fase de perda. Ele pode refletir adaptações biológicas, mudança do balanço energético, limite da intervenção atual ou alteração do contexto. **Resposta insuficiente** é uma conclusão clínica: o benefício ficou aquém do necessário após exposição adequada e permanece incapaz de responder às prioridades definidas.

A diferença importa porque um platô pode coexistir com melhora da pressão, glicemia, sono, dor ou mobilidade. Nessa situação, manutenção pode ser parte do tratamento. Por outro lado, pequena perda ponderal com piora de tolerabilidade e nenhuma melhora clínica pode justificar revisão precoce.[1,2,3]

Trajetória	Leitura inicial	Pergunta decisiva
Perda e estabilização	Platô possível	Os benefícios e a função foram mantidos?
Perda mínima desde o início	Resposta possivelmente baixa	Houve dose, tempo e uso adequados?
Perda seguida de recuperação	Reganho	O que mudou em exposição, rotina ou condição clínica?
Peso estável com melhora de complicação	Benefício não captado pela balança	O alvo principal era peso ou desfecho clínico?

2. Defina resposta antes de medi-la

A linha de base deve incluir peso e, quando pertinente, cintura, mas também os desfechos que justificaram o tratamento: controle glicêmico, pressão, sintomas de apneia, dor, mobilidade, função, qualidade de vida e risco cardiometabólico. A resposta é o conjunto dessas mudanças, ponderado pela segurança e pela possibilidade real de continuidade.[2,3,5]

O marco de 5%: é clinicamente útil e aparece em estudos e regras regulatórias, mas não é um corte universal. Algumas medicações têm regras específicas de interrupção; outras não. A pergunta correta é qual regra se aplica à opção, à dose, ao tempo e ao objetivo em questão.

Leia a trajetória com o mesmo denominador

Percentual de perda total de peso costuma ser calculado em relação ao peso do início da estratégia avaliada. Reganho, por sua vez, precisa ser localizado a partir do menor peso alcançado. Misturar esses dois pontos de referência pode transformar manutenção parcial em "falha" ou esconder recuperação progressiva do peso. Registre também a data de cada medida, porque a mesma variação tem significado diferente durante titulação, manutenção ou após uma interrupção.[2,4]

Medida	Cálculo ou referência	Uso clínico
Perda total de peso	Peso inicial menos peso atual, em kg e em percentual do inicial	Compara resposta ao longo da estratégia
Nadir	Menor peso documentado	Define o ponto para interpretar reganho
Reganho	Peso atual em relação ao nadir	Mostra perda de manutenção, sem apagar o benefício ainda presente
Cintura	Mesmo ponto anatômico e técnica	Acrescenta leitura de adiposidade central

Medida	Cálculo ou referência	Uso clínico
Desfecho clínico	Indicador definido na linha de base	Relaciona peso a complicação, sintoma ou função

Variações isoladas também podem refletir hidratação, horário, roupa, constipação ou edema. Uma decisão importante pede medidas comparáveis e tendência, não um único número fora de contexto. Em medicamentos de uso crônico, a interrupção de uma terapia eficaz pode ser seguida por reganho; documentar a causa e a duração da pausa ajuda a interpretar a nova trajetória.[2,6]

3. Confirme a exposição real

Antes de chamar de falha, reconstrua o tratamento como ele ocorreu, não como foi prescrito.

Domínio	O que registrar	Erro que distorce a avaliação
Dose	Dose atual, máxima tolerada e tempo em cada etapa	Contar dose de iniciação como dose terapêutica plena
Continuidade	Interrupções, falta de produto, custo e acesso	Presumir uso diário ou semanal sem confirmar
Técnica	Administração, armazenamento e dispositivo	Atribuir baixa resposta ao organismo sem revisar uso
Tolerabilidade	Eventos adversos e impacto na titulação	Acelerar dose apesar de sintomas limitantes

Domínio	O que registrar	Erro que distorce a avaliação
Outros produtos	Medicamentos, manipulados e suplementos	Ignorar duplicidade, interação ou risco

4. Refaça a história das últimas semanas

O tratamento acontece dentro de uma rotina que pode mudar. Trabalho em turnos, privação de sono, dor, perda de mobilidade, álcool, episódios de perda de controle alimentar, sofrimento psíquico, redução de renda, mudança familiar e medicamentos concomitantes podem alterar a trajetória. Perguntar apenas se a pessoa "aderiu" produz pouca informação e costuma aumentar estigma.[1,5]

A revisão clínica também deve procurar sinais dirigidos de condições que mudem a conduta. Apneia do sono, depressão, transtorno de compulsão alimentar, hipotireoidismo descompensado e hipercortisolismo quando há achados específicos merecem investigação própria. Não há justificativa para painel hormonal indiscriminado apenas porque o peso estabilizou.

Investigação guiada por pistas

Pista clínica	Revisão dirigida
Sonolência, ronco, pausas respiratórias	Risco de apneia e necessidade de avaliação específica
Episódios de perda de controle alimentar	Padrão alimentar, sofrimento associado e possível transtorno alimentar

Pista clínica	Revisão dirigida
Fraqueza proximal, equimoses, estrias violáceas	Hipercortisolismo conforme probabilidade clínica
Fadiga, intolerância ao frio, constipação, bócio	Disfunção tireoidiana no contexto apropriado
Mudança após novo medicamento	Potencial efeito sobre apetite, peso, sono ou atividade

5. Transforme a revisão em fluxo

1. Padronize a medida
Peso, cintura quando pertinente, intervalo e contexto da aferição.

↓

2. Confirme exposição
Dose, tempo, titulação, interrupções, técnica, acesso e tolerabilidade.

↓

3. Compare desfechos
Complicações, função, sintomas, qualidade de vida e segurança.

↓

4. Localize o obstáculo
Resposta biológica, efeito adverso, rotina, comorbidade, medicamento concomitante ou meta mal definida.

↓

5. Escolha e documente
Manter, otimizar, trocar, ampliar cuidado ou encaminhar, com prazo de reavaliação.

6. Escolha entre manter, otimizar, trocar e ampliar

Decisão	Quando faz sentido	O que precisa constar
Manter	Benefício clínico, tolerabilidade e sustentabilidade	Meta de manutenção e prevenção de reganho
Otimizar	Exposição incompleta ou barreira corrigível	Ajuste seguro de dose, suporte e prazo
Trocar	Baixa resposta após exposição adequada, efeito limitante, contraindicação ou inviabilidade	Razão da troca, transição e nova linha de base
Ampliar	Complicações, necessidade multiprofissional ou elegibilidade a procedimento	Responsáveis e continuidade do cuidado

Manter, otimizar, trocar e encaminhar não são etapas obrigatórias em sequência. São respostas possíveis a uma avaliação longitudinal, dentro de um plano que combina tratamento clínico, cuidado multiprofissional e, quando indicado, procedimentos.[1,2,4,8]

A formação clínica ajuda a transformar essa revisão em uma decisão individualizada e documentada.

Conheça a Pós-Graduação em Endocrinologia do CENBRAP

Associação farmacológica exige evidência e respaldo regulatório. Somar produtos por tentativa não substitui formulação. Produtos com o mesmo princípio ativo ou agonistas do receptor de GLP-1 entre si não devem ser coadministrados quando a informação de prescrição assim restringe.[7]

Quando a escolha for trocar

A troca começa por uma hipótese explícita. Resposta baixa apesar de exposição adequada, evento adverso limitante, contraindicação nova, piora de uma complicação, impossibilidade de acesso ou preferência informada levam a transições diferentes. Sem nomear o motivo, é difícil saber o que a nova estratégia precisa resolver.

O plano deve considerar a duração de ação do medicamento anterior, o momento de início e a titulação do novo, os sintomas ainda presentes e o risco de interrupção prolongada. Em pessoas que usam insulina ou secretagogos, a melhora da ingestão e da glicemia pode exigir revisão dessas terapias para reduzir hipoglicemia. Não existe um esquema único de transição aplicável a todas as combinações; bula, comorbidades e resposta anterior orientam a conduta.[2,7]

> **Nova linha de base:** registre peso, cintura quando pertinente, complicações, sintomas, função, dose anterior, motivo da troca e eventos adversos. A próxima avaliação precisa comparar o novo tratamento com esse ponto, e não apenas com o início de toda a jornada.

Planeje o próximo retorno antes de encerrar a consulta

O intervalo de reavaliação depende da titulação, dos eventos adversos, das complicações e do risco de interrupção. O plano

deve dizer quais medidas serão repetidas, quais sintomas exigem contato antecipado e qual resultado mudará a conduta. Sem esse acordo, o próximo peso volta a ser interpretado sem contexto.

No retorno, conferir	Por que muda a decisão
Dose, continuidade e técnica	Define se a exposição foi realmente adequada
Peso, cintura e trajetória	Diferencia estabilidade, reganho e nova resposta
Complicações e função	Mostra benefício que a balança não resume
Eventos adversos e preferência	Determina segurança e sustentabilidade

7. Segurança pode mudar a prioridade

Dor abdominal intensa e persistente, vômitos repetidos, sinais de desidratação, suspeita de doença biliar, hipoglicemia em uso concomitante de insulina ou secretagogos, alteração clínica importante e possibilidade de gestação exigem avaliação específica. A lista varia conforme a medicação; a bula vigente e as condições do paciente precisam orientar o seguimento.[7]

Também é necessário revisar massa muscular, ingestão proteica, força e função quando a perda é rápida, especialmente em idosos, pessoas frágeis ou com doença crônica. A meta não é apenas reduzir peso, mas preservar saúde e capacidade funcional.

Preservar massa magra exige contexto

Composição corporal pode ajudar, mas não substitui história e exame. Queda de força, dificuldade para levantar-se, piora de mobilidade, ingestão proteica insuficiente e redução de atividade pedem avaliação nutricional e física adaptada. Em idosos ou pessoas frágeis, considere ampliar o cuidado multiprofissional mais cedo. Peso menor com perda funcional não representa o mesmo resultado clínico de peso menor com melhora de mobilidade e capacidade física.[2,4]

8. Volte ao caso e documente a decisão

Desfecho da vinheta

Paulo usava dose estável, sem interrupções e com boa tolerabilidade. O peso havia estabilizado, mas cintura, pressão, sonolência e mobilidade melhoraram. A decisão foi manter a estratégia, pactuar meta de manutenção, revisar força e alimentação e reavaliar em prazo definido. O platô foi interpretado dentro do benefício global, não como falha automática.

O registro final deve mostrar: linha de base; trajetória; dose e tempo de exposição; efeitos adversos; resposta de complicações e função; barreiras; preferência; decisão; e momento da próxima revisão. Sem esse encadeamento, a troca parece apenas uma reação ao peso da consulta.

Esse raciocínio reduz trocas automáticas e torna o seguimento mais seguro.

Conheça a Pós-Graduação em Endocrinologia do CENBRAP

Referências

1. Moreira RO et al. Tratamento farmacológico do indivíduo adulto com obesidade e seu impacto nas comorbidades: atualização 2024 e posicionamento ABESO/SBEM. Arch Endocrinol Metab. 2024. https://doi.org/10.20945/2359-4292-2024-0422

2. Pedersen SD et al. Pharmacotherapy for obesity management in adults: 2025 clinical practice guideline update. CMAJ. 2025;197:E797-E809. https://cmaj.ca/content/197/27/E797

3. Busetto L et al. A new framework for the diagnosis, staging and management of obesity in adults. Nat Med. 2024;30:2395-2399. https://doi.org/10.1038/s41591-024-03095-3

4. U.S. Department of Veterans Affairs; Department of Defense. Clinical Practice Guideline for the Management of Adult Overweight and Obesity. Version 4.0. 2025. https://healthquality.va.gov/guidelines/CD/obesity/

5. Wharton S et al. Obesity in adults: a clinical practice guideline. CMAJ. 2020;192:E875-E891. https://doi.org/10.1503/cmaj.191707

6. Wilding JPH et al. Weight regain and cardiometabolic effects after withdrawal of semaglutide: STEP 1 trial extension. Diabetes Obes Metab. 2022;24:1553-1564. https://doi.org/10.1111/dom.14725

7. U.S. Food and Drug Administration. Wegovy prescribing information. Revised August 2025. https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2025/215256s024lbl.pdf

8. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Sobrepeso e Obesidade em Adultos. https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/20201113_pcdt_sobrepeso_e_obesidade_em_adultos_29_10_2020_final.pdf