

# AVALIAÇÃO DE UMA CONSULTA DE OBESIDADE NUM SERVIÇO DE ENDOCRINOLOGIA HOSPITALAR

MARIA P. VASCONCELOS, ZULMIRA JORGE, EMA L. NOBRE, ANDREIA DOMINGUES, ANA MACEDO, J. JÁCOME DE CASTRO

Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo. Hospital Militar Principal. Lisboa

## RESUMO

**Introdução:** Perdas ligeiras de peso (5%) são hoje consensualmente aceites como importantes na terapia da obesidade. A manutenção do peso é também, por alguns, considerada como um indicador de sucesso na terapêutica desta patologia.

**Objectivo:** Caracterização e avaliação da evolução ponderal dos doentes obesos seguidos em consulta de obesidade num Serviço de Endocrinologia Hospitalar.

**Metodologia:** Análise retrospectiva dos processos clínicos da Consulta de Endocrinologia. Incluíram-se os doentes adultos com excesso de peso ( $IMC \geq 25 \text{kg/m}^2$ ) seguidos desde 1999 que não tivessem disfunção tiroideia nem hipercortisolismo. Colheram-se dados relativos às características bio-demográficas e antropométricas, motivo de consulta, tipo de terapêutica, resultados obtidos e abandonos da consulta. A análise estatística efectuada incluiu o cálculo de medidas de tendência central e dispersão para as variáveis contínuas, e a construção de tabelas de frequência para a descrição das variáveis categóricas. Utilizou-se o teste-t para a comparação de valores médios entre amostras. A comparação das frequências foi efectuada através do teste qui-quadrado ou do teste exacto de Fisher. Utilizou-se um nível de significância de 5%. **Resultados:** Estudaram-se 457 doentes (60,6% do sexo feminino), com idade média de 53 anos ( $DP \pm 15$ ) e um IMC médio de  $32,4 \pm 5,1 \text{ Kg/m}^2$ . 51,9% dos doentes recorreram à consulta por excesso de peso ( $n=237$ ) (Grupo Obesidade - Gob), enquanto que os restantes o fizeram por diabetes mellitus (35,4%) e por outras doenças (12,7%) (Grupo Outras Causas - Goc). Foi prescrito plano alimentar a 86,1% (Gob) e 81,8% (Goc), fármacos a 16,9% (Gob) e 6,4% (Goc) e actividade física a 77,6% (Gob) e 77,7% (Goc). A percentagem média de peso perdido foi de 2,1% no Gob. Os indivíduos que abandonaram a consulta tinham menor grau de perda de peso (1,3% vs. 2,9%), embora a diferença não fosse significativa. Mais de metade (57,7%) dos indivíduos estudados perderam peso, 14,4% mantiveram o seu peso e 27,8% aumentaram de peso.

**Conclusões:** 1) Apenas 50% dos doentes com excesso ponderal recorre ao nosso Serviço com o objectivo de perder peso. 2) Mais de 75% dos doentes com excesso ponderal têm plano alimentar estruturado prescrito, independentemente do motivo da 1ª consulta. 3) Cerca de 75% dos doentes atingem objectivos aceitáveis (manutenção ou perda de peso), dos quais 25% perderam mais de 5% do peso inicial.

*Palavras Chave:* Terapêutica, Obesidade, Excesso de Peso, Ambulatório, Perda de Peso

## SUMMARY

## ASSESSMENT OF AN OBESITY CLINIC IN A CENTER HOSPITAL

**Introduction:** slight weight losses (5%) are consensually accepted as important in the treatment of obesity today. Some authors also consider that maintaining weight is an indicator of success in the treatment of this condition.

**Objective:** Characterisation and assessment of changes in weight in obese patients monitored at an obesity clinic in a hospital endocrinology department

**Methodology:** Retrospective analysis of the clinical files of the Endocrinology Clinic. The patients included were overweight adults ( $BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$ ) who had been monitored since 1999 and were not suffering from thyroid dysfunction or hypercortisolism. Data were gathered on bio-demographic and anthropometric characteristics, reason for consultation, type of treatment, results achieved and dropouts. The statistical analysis included calculating central tendency measures and dispersion for the continuous variables and building frequency tables to describe the categorical variables. We used the t-test to compare average values between samples. Frequencies were compared by means of the chi-squared test or Fisher's exact test. The significance level was 5%.

**Results:** We studied 457 patients (60.6% female) with an average age of 53 years ( $DP \pm 15$ ) and an average BMI of  $32.4 \pm 5.1 \text{ Kg/m}^2$ . 51.9% of the patients came to the clinic because of overweight ( $n=237$ ) (Obesity Group - OBG), while the rest did so because of diabetes mellitus (35.4%) or some other disease (12.7%) (Other Cause Group - OCG). A dietary plan was prescribed for 86.1% (OBG) and 81.8% (OCG), drugs for 16.9% (OBG) and 6.4% (OCG) and physical activity for 77.6% (OBG) and 77.7% (OCG). The average weight loss was 2.1% in the OBG. The individuals who dropped out of the clinic had lost less weight (1.3% vs. 2.9%), although the difference was not significant. More than half (57.7%) of the individuals studied lost weight, 14.4% remained the same and 27.8% gained weight.

**Conclusions:** 1) Only 50% of overweight patients come to our department to lose weight. 2) More than 75% of overweight patients have a prescribed, structured diet plan, regardless of the reason for their first visit. 3) About 75% of patients achieve acceptable objectives (maintaining or losing weight), and 25% of these have lost more than 5% of their initial weight.

**Key words:** *Therapy, Obesity, Overweight, Ambulatory Care, Weight Loss*

## INTRODUÇÃO

O último relatório da OMS/FAO, publicado em Março de 2003, refere que a epidemia de obesidade atingiu quase todos os países, ricos e pobres, apesar de variações intra e entre países<sup>1</sup>. Na Europa a prevalência da obesidade é de 10% a 25% na maioria dos países. Em Portugal trabalhos recentes mostram que 35,2% dos Portugueses tem excesso de peso e 14% são obesos<sup>2</sup>. O aumento da prevalência da obesidade<sup>3,4</sup>, associada às suas consequências<sup>5,6</sup>, alerta-nos para a necessidade da renovação de estratégias e adopção de novas atitudes que auxiliem a sua prevenção e tratamento no sentido de controlar esta epidemia.

A definição do sucesso no tratamento da obesidade

tem-se revelado um assunto em constante evolução devido à dificuldade da perda de peso, à taxa de abandono da terapêutica, à tendência para ganho de peso ao longo da idade adulta e à melhoria das co-morbilidades mesmo com perdas reduzidas de peso<sup>7</sup>. Perspectivando-a como doença crónica que é, torna-se legítimo redefinir como principal objectivo na terapêutica da obesidade, mais do que a perseguição do peso ideal, uma perda moderada de peso e a sua manutenção, ou até a prevenção do ganho de peso ao longo dos anos, sendo estes os critérios mais realistas que o profissional de saúde pode adoptar de forma a definir o sucesso da terapêutica<sup>7-12</sup>. A baixa taxa de abandono das consultas pode também representar uma diferente forma de sucesso, visto que poucos estudos<sup>13</sup> conseguiram manter mais de 20-30% dos doentes após dois ou três anos. Nesta perspectiva considerar-se-ia sucesso a ade-

são ao tratamento mesmo não ocorrendo perda de peso<sup>13</sup>.

O recurso a equipas multidisciplinares constituídas por médicos e nutricionistas com experiência faz com que o tratamento da obesidade seja mais eficaz, quer clínica quer economicamente, dependendo o seu sucesso principalmente do tipo de atitude dos profissionais em relação à obesidade<sup>10</sup>.

Entre as diversas áreas de intervenção do domínio da endocrinologia, a obesidade é uma daquelas em que o acréscimo da procura de cuidados de saúde se tem verificado, sendo este facto reflexo do aumento sustentado da sua prevalência, assim como a do excesso de peso em Portugal, associados à sua mediatização. Este facto tem vindo a espelhar-se no número de consultas efectuadas no Serviço de Endocrinologia do Hospital Militar Principal em Lisboa. O diagnóstico de excesso de peso/obesidade está presente em 28,4 % dos doentes observados neste Serviço nos últimos três anos.

Foi objectivo deste estudo caracterizar o perfil da população da Consulta de Obesidade do Serviço de Endocrinologia do Hospital Militar Principal, nomeadamente no que respeita a variáveis bio-demográficas (sexo, idade, peso e altura), grau de obesidade, motivo de consulta, tempo de doença, tempo de tratamento, tratamentos prévios, história familiar e terapêutica prescrita.

Não estando centralizada, e sendo escassa a informação sobre o acompanhamento da obesidade no nosso país, os resultados obtidos podem contribuir para uma melhor caracterização da população a tratar, constituindo mais um passo para otimizar o tipo de abordagem e a eficácia terapêutica.

## MÉTODOS

Estudo retrospectivo baseado em dados recolhidos, por rotina, na Consulta Externa de Obesidade, realizada no Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo do Hospital Militar Principal, em Lisboa, entre os anos de 1998 e 2001.

Foram analisados todos os processos nos quais o diagnóstico de obesidade ou excesso de peso estivessem presentes, independentemente do motivo da consulta. Foram incluídos todos os processos em que a data da primeira consulta do doente no Serviço tivesse ocorrido após 1 de Janeiro de 1998. Foram admitidos indivíduos de

ambos os sexos com Índice de Massa Corporal (IMC) igual ou superior a 25 kg/m<sup>2</sup> e com idade igual ou superior a 18 anos, completados até à data da primeira consulta.

Analisaram-se variáveis bio-demográficas (sexo, idade, peso e altura); grau de obesidade; motivo de consulta; tempo de doença; tempo de tratamento; tratamento prévio; história familiar; tratamento prescrito e evolução ponderal.

O peso e altura foram registadas em quilogramas (valores especificados até à primeira casa decimal) e centímetros, respectivamente, tendo com estes sido determinado o IMC (peso em quilogramas dividido pela altura em metros ao quadrado) em função do qual foi classificada a obesidade segundo os critérios da FAO/OMS<sup>1</sup>. Considerou-se principal motivo de consulta o que originou a presença do indivíduo pela primeira vez em consultas da especialidade. O tempo da doença (obesidade) foi contabilizado desde o seu início até à data da primeira consulta, e o tempo de tratamento, em dias, foi contabilizado entre a data da primeira consulta e da última anterior à recolha de dados. Quando analisado o seguimento dos doentes, foram apenas incluídos indivíduos cujo intervalo entre a primeira e a última consulta fosse superior a 30 dias. Foi considerado como tratamento prévio todo aquele realizado anteriormente à data da primeira consulta, de carácter médico ou não, incluindo fármacos, dieta, produtos ditos naturais ou outros utilizados com o intuito de perder peso. Para determinação de história familiar de obesidade foram considerados todos os casos em que o doente respondeu positivamente à existência de ascendentes familiares, de primeiro ou segundo grau, com história de obesidade ou excesso de peso. Os tratamentos prescritos incluíram aconselhamento alimentar e plano alimentar estruturado, actividade física e/ou fármacos, tendo estes últimos sido identificados. Foram avaliadas ainda a taxa de abandono da consulta (intervalo superior a 12 meses entre a última consulta e a recolha dos dados) e a variação de peso individual entre a primeira e a última consulta (aumento, manutenção e perda de 0,1 a 4,9%, de 5,0 a 9,9% e superior ou igual a 10% do peso inicial).

Foram excluídos deste estudo: os indivíduos com idade inferior aos 18 anos; doentes com endocrinopatias associadas à obesidade e processos com dados omissos.

Foi efectuada uma análise descritiva, utilizando a média, desvio padrão, máximo e mínimo para dados contínuos e a frequência relativa para dados categoriais.

Para as análises comparativas dos dados obtidos, foram utilizados, o teste do qui-quadrado para a comparação de percentagens e o teste t-student para comparação de médias (com nível de significância de 5%).

**RESULTADOS**

Foram consultados 618 processos de doentes seguidos na Consulta de Endocrinologia com diagnóstico de excesso de peso ou obesidade, tendo sido excluídos 26,1% (n=161). Os critérios de exclusão incluíram endocrinopatias associadas (15,2%), idade inferior a 18 anos (2,9%) e a falta de informação (7,9%), nomeadamente a ausência de registo de peso na primeira consulta.

**Variáveis bio-demográficas**

Dos processos analisados (n=457), a maioria dos doentes era do sexo feminino (60,6%, n=277). A idade variou entre os 18 anos e os 88 anos, com uma média de 52,8 anos e desvio padrão igual a 15 anos. O IMC médio era de 32,39±5,1 kg/m<sup>2</sup>.

**Motivo da consulta**

Estudaram-se os doentes por motivo de consulta, tendo sido encontrada a distribuição apresentada no quadro I.

*Quadro I – Distribuição dos doentes por motivo de consulta*

Motivo	N	%
Excesso de peso e obesidade	237	51,9
Diabetes mellitus	162	35,4
Outros diagnósticos	58	12,7
<b>Total</b>	<b>457</b>	<b>100</b>

A partir dos dados obtidos foram criados para o estudo dois grandes grupos de doentes: Grupo Obesidade (quando o motivo da consulta foi o peso excessivo) e Grupo Outros (todos os outros doentes com peso excessivo mas que não se dirigiram à consulta por essa razão). Estes grupos eram significativamente diferentes no que respeita à média da idade, IMC na primeira consulta e distribuição por sexo. Enquanto no Grupo Obesidade a maioria dos doentes era do sexo feminino, no Grupo Outros a distribuição para os sexos era equilibrada. A média de idades foi superior neste último grupo de doentes (Quadro II).

*Quadro II - Caracterização dos Grupos Obesidade e Outros por idade, IMC e por sexo*

	Grupo Obesidade		Grupo Outros		p
	(média±dp)		(média±dp)		
<b>Idade</b>	47,3±15,0		58,7±12,6		<0,001
<b>IMC</b>	33,9±5,7		30,9±4,0		<0,001
	N	%	N	%	
<b>Total</b>	<b>237</b>	<b>51,9</b>	<b>220</b>	<b>48,1</b>	
<b>Homens</b>	70	38,89	110	61,11	<0,001
<b>Mulheres</b>	167	60,29	110	39,71	<0,001

**Tipo de tratamento**

O tratamento da doença foi feito com base em actividade física, aconselhamento e plano alimentar estruturado e terapêutica farmacológica.

A prática de exercício físico foi apresentada aos doentes como uma parte fundamental do tratamento, tendo sido encontrado registo de aconselhamento em igual proporção nos dois grupos de doentes (78,8% Grupo Obesidade vs. 78,3% Grupo Outros). (Quadro III)

*Quadro III - Tipo de tratamento prescrito para a obesidade (n.s.: não significativo)*

Tratamento	Grupo Obesidade		Grupo Outros		P
	n	%	n	%	
Aconselhamento/plano alimentar	204	86,1	180	81,8	n.s.
Actividade física	184	77,6	171	77,7	n.s.
Terapêutica farmacológica	40	16,9	14	6,4	?0,001

A maioria dos doentes com peso excessivo, independentemente do motivo que os levaram à consulta, teve apoio nutricional, com prescrição de dieta personalizada. No Grupo Obesidade, 19,4% dos doentes (n=46) não tiveram Consulta de Nutrição, dos quais 33 nunca compareceram na Consulta de Nutrição e os restantes 13 tiveram apoio nutricional exclusivamente pelo médico endocrinologista.

**Grupo Obesidade**

O facto de um doente obeso se dirigir a uma consulta pelo seu peso excessivo ou por outra causa pode traduzir uma diferente motivação para emagrecer. Além disso, ao comparar os doentes por motivo de consulta encontrá-

mos dois grupos de indivíduos com características diferentes, o que iria confundir os resultados encontrados.

Com o objectivo de estudar os resultados do tratamento na população de obesos da nossa consulta, considerámos apenas os indivíduos cujo motivo de consulta era o seu peso excessivo (Grupo Obesidade) nas análises que se seguem.

### Caracterização

Dos indivíduos que se dirigiram à consulta para emagrecer, 73,1% eram obesos (IMC  $\geq$  30 kg/m<sup>2</sup>). A terapêutica farmacológica para a obesidade foi prescrita proporcionalmente em maior quantidade aos doentes com IMC superior (Quadro IV).

Quadro IV - Distribuição do total dos doentes e dos medicados por classes de IMC

Grupos de IMC	Total de Doentes		Medicados	
	N	%	n	%
Excesso de peso (25-29,9 kg/m <sup>2</sup> )	64	27,0	7	10,6
Obesidade I (30-34,9 kg/m <sup>2</sup> )	84	35,4	16	18,4
Obesidade II (35-39,9 kg/m <sup>2</sup> )	59	24,9	14	23,0
Obesidade III ( $\geq$ 40 kg/m <sup>2</sup> )	30	12,7	9	29,0

Ao estudar a existência de história familiar de obesidade e de tratamentos prévios verificou-se que mais de metade dos doentes não tinham qualquer referência a estas variáveis no processo clínico, o que diminui a representatividade dos dados colhidos (Quadro V).

Quadro V - Distribuição do registo de história familiar de obesidade (Ob.) e de tratamentos prévios para a obesidade, no total e por classe de IMC.

	História familiar de obesidade			Tratamentos prévios		
	Sim	Não	Omissos	Sim	Não	Omissos
Total (%)	32,2	11,4	56,3	34,3	8,2	57,6

### Doentes do Grupo Obesidade com seguimento superior a 30 dias.

De modo a tentar encontrar dados sobre resultados do tratamento da obesidade, analisaram-se com maior pormenor os doentes do Grupo Obesidade que recorreram à consulta mais de uma vez, e cujo intervalo entre a primeira e a segunda fosse superior a 30 dias (n=180).

### Perda de peso

Foi encontrada uma perda média de 2,1% do peso inicial entre o primeiro e o último peso registado (Quadro VI).

Quadro VI - Caracterização da evolução do peso no Grupo Obesidade

	Evolução do peso	
	Média±dp	Mediana
Peso inicial	88,7 ±17,3	87
Peso final	86,9 ±17,7	85
Diferença (kg)	-1,9 ±5,5	-1,0
Diferença (%)	-2,1 ±6,2	-1,4

Mais de metade (54,5%) dos doentes perderam peso, 1/4 aumentou e 1/5 manteve o peso inicial (Quadro VII).

Quadro VII- Caracterização do Grupo OB com seguimento > 30 dias, por Classe de Perda de Peso.

Classe de perda de peso	Doentes	
	n	%
Aumento	50	27,8
Manutenção	26	14,4
Perda de 0,1 a 4,9%	56	31,1
Perda de 5,0 a 9,9%	35	19,4
Perda $\geq$ 10%	13	7,2

Quando se analisam os doentes por grupo inicial de IMC, verifica-se que a perda é maior nos doentes com Obesidade I e II, e inferior no grupo dos doentes com excesso de peso ou obesidade III, mas nenhuma das Classes é significativamente diferente na perda de peso percentual (Quadro VIII).

Quadro VIII- Caracterização da evolução do peso, no Grupo Obesidade, por Classe de IMC (média±dp).

Classes de IMC	Pré-obes.	Ob. I	Ob. II	Ob. III
Nº	50	64	53	25
IMC	27,6 ±1,5	32,4 ±1,3	37,3 ±1,4	44,1 ±4,4
Primeiro peso	72,4 ±7,4	85,3 ±10,5	95,9 ±10,2	117,4 ±14,5
Último peso	72,1 ±8,8	82,8 ±12,0	93,7 ±11,0	115,6 ±15,2
Diferença (kg)	0,6 ±4,3	2,5 ±5,7	2,3 ±5,9	1,9 ±5,7
Diferença (%)	1,0 ±6,2	3,0 ±6,4	2,3 ±6,2	1,6 ±4,8

### Tempo total de seguimento e número de consultas

O acompanhamento dos doentes na consulta foi feito por períodos de tempo muito variáveis, em que a média era de 9,5 meses (236,9±285,0 dias).

Ao cruzar o número de consultas médio com as classes de perda de peso, verifica-se que os doentes que mantiveram o seu peso tiveram significativamente menos consultas que todos os outros. Os doentes que perderam mais de 5% do peso tiveram um maior número de consultas apesar de não ter sido encontrado significado estatístico (Quadro IX).

Quadro IX – Número médio de consultas, por Classe de Perda de Peso (n.s.)

Perda de peso	Manutenção	0,1-4,9%	5-9,9%	≥10%
Média ± dp	3,0 ±2,6	4,7 ±3,8	6,1 ±3,7	6,9 ±3,1
Mínimo	2	3	5	7
Máximo	12	17	17	11

### Abandono e perda de peso

Os doentes, cuja última consulta decorreu há menos de um ano, tinham maior perda de peso, tanto quando considerassem todos os doentes como apenas os que tiveram efectivo emagrecimento (Quadro X), embora a diferença não tenha significado estatístico.

Quadro X – Perda de peso (todos os doentes e só com perda efectiva), por abandono, em % do peso inicial (n.s.: não significativo).

Última consulta	< 1 ano	> 1 ano	p
Diferença (%)	média±dp	média±dp	
Todos os doentes	-2,9±6,8	-1,3±5,9	n. s.
Só com perda efectiva	-6,5±5,1	-4,9±4,1	n. s.

## DISCUSSÃO

A análise do perfil desta Consulta de Obesidade permitiu conhecer melhor os nossos doentes com excesso de peso, necessidade há muito sentida pois terá de ser sempre o ponto de partida para qualquer alteração na tentativa de melhorar o sucesso no tratamento da obesidade.

Perspectivando-a como doença crónica que é, a obesidade força o indivíduo à adopção de novos hábitos a serem mantidos indefinidamente, sob pena da recuperação do peso perdido<sup>8,9</sup>. A Consulta de Obesidade do Serviço de Endocrinologia do Hospital Militar Principal funciona com uma equipa multidisciplinar desde a sua reestruturação em 1998, sendo da sua responsabilidade auxiliar o doente a comprometer-se

com escolhas alimentares e de actividade física, entre outras, que possam ser mantidas ao longo da vida, ou adaptadas conforme as mudanças que ocorrem na vida do indivíduo<sup>10</sup>, e que permitam manter uma qualidade de vida razoável<sup>14</sup>. Esta equipa, (constituída por endocrinologistas, nutricionistas, psicólogos e enfermeiros) deve ser sensível a quando aumentar ou diminuir a intensidade do tratamento e quando referenciar o doente ao outro membro da equipa<sup>10</sup>.

A motivação que levou o doente à consulta implica um tipo de expectativas e a discrepância entre estas e as recomendações do profissional de saúde alerta-nos para a necessidade de uma maior aproximação de ideias e ideais para que o doente consiga aceitar perdas de peso mais moderadas, sob pena que a traição das suas expectativas possa diminuir a sua confiança e motivação, desviando-o da desafiante tarefa de manutenção do peso perdido; deve assim haver um encorajamento que o estimule no sentido da procura de objectivos atingíveis e benéficos que conduzam a uma resposta emocional positiva<sup>15</sup>.

Os doentes cujo motivo da consulta foi a obesidade (Grupo Obesidade) eram mais novos, com obesidade mais marcada e com uma maioria de mulheres. Nos doentes que vieram à Consulta por outras causas (Grupo Outros) a procura era igual entre os sexos. Dados semelhantes aos nossos foram encontrados por Andersson e Rössner<sup>16</sup>, e Olson referia já em 1993 que, embora a prevalência seja semelhante em ambos os sexos, 75% dos indivíduos que recebem tratamento para a obesidade são mulheres<sup>9</sup>. Este facto fez-nos pensar na importante pressão da estética sobre as mulheres que existe na sociedade o que as leva a querer perder peso por causa da imagem e não pela sua influência na saúde. Rössner considera mesmo que existe de certo modo um ciclo vicioso negativo que inclui a pressão dos media em atingir pesos irreais, que leva à importância exagerada que o público dá ao emagrecimento cosmético, e que por sua vez leva à menor inclinação da classe médica em considerar a seriedade da obesidade<sup>8</sup>. Dados recentes referem que apenas 42% dos doentes obesos são aconselhados por profissionais de saúde a perder de peso<sup>17</sup>. A sublinhar esta suposição vem a média de idades, que foi ligeiramente superior para o Grupo Outros, o que é provavelmente um reflexo do aparecimento das co-morbilidades associadas à obesidade numa idade mais avançada (50-65 anos). Verificámos também que os nossos doentes procuraram auxílio médico essencialmente quando a obesidade já se encontrava instalada (72,7% com IMC e "30 kg/m<sup>2</sup>).

O tratamento mais frequente da obesidade consistiu no ensino de regras de alimentação saudável e a elaboração de um plano alimentar estruturado polifracção adaptado às

necessidades e possibilidades dos doentes. Encontrámos que cerca de ¾ dos doentes do Grupo Outros receberam apoio nutricional, ou seja, indivíduos que não consideravam a necessidade de perder peso acabaram por receber ensino sobre o que deveriam comer para emagrecer. Por outro lado, encontramos 14% dos doentes do Grupo Obesidade que nunca compareceram na Consulta de Nutrição nem tão pouco mantiveram seguimento pelo endocrinologista.

A modificação do estilo de vida, tanto dos padrões alimentares como da actividade física, através de estratégias comportamentais constitui o alicerce de qualquer gestão abrangente da obesidade, podendo incluir técnicas como o estabelecer de objectivos, auto-monitorização, controlo de estímulos, contrato comportamental, reestruturação cognitiva, controlo do stress, apoio do ambiente social, incentivos financeiros e prevenção de recaídas<sup>18</sup>. A sinergia existente entre o exercício físico e a dieta está comprovada tanto na perda de peso como na sua manutenção<sup>19</sup>.

Alguns autores consideram justificada a abordagem farmacológica quando existe risco de desenvolvimento ou agravamento de patologias resultantes da obesidade em que não houve redução de 10% do seu peso corporal ao fim de três meses de dieta, exercício físico e modificações comportamentais<sup>20</sup>. As que têm maior sucesso a longo prazo são a combinação de dieta com exercício<sup>19,21</sup>, com intervenções como psicossociais/estilo de vida ou a cirurgia<sup>11</sup>. No nosso caso, a utilização de fármacos para o tratamento da obesidade foi feita apenas em 18,1% dos doentes no Grupo Obesidade e em 6,8% no Grupo Outros tendo a frequência da sua utilização sido maior nos doentes com maior IMC. Esta percentagem é reduzida comparando com 36,3% de doentes que fazem terapêutica farmacológica para a perda de peso seguidas em consulta privada de endocrinologia<sup>22</sup>.

A definição de sucesso terapêutico na obesidade é controversa. Existem evidências de que perdas moderadas de peso, 5-10% do peso inicial, podem ser suficientes para melhorar significativamente o perfil glicémico, a pressão arterial e o metabolismo lipídico<sup>8,10,12</sup>. Rössner em 1997 considerou que perdas moderadas de peso tinham efeitos importantes na redução da morbilidade, mas também nos aspectos psicológicos da vida do doente, não sendo necessária a normalização do peso para a obtenção de benefícios significativos<sup>11</sup>. O sucesso na terapêutica da obesidade é já considerado por vários autores não apenas a normalização ou perdas moderadas de peso e sua estabilização, mas também a manutenção do peso<sup>13</sup>. Sendo assim, foi considerado pelo nosso grupo de trabalho que a manutenção ou a diminuição do peso, e a aderência à consulta,

seriam consideradas indicadores de sucesso.

A perda de peso média foi de 2% no total dos doentes do Grupo Obesidade, e superior a 2,5% nos doentes com Obesidade I e II. Estes resultados são inferiores às recomendações internacionais de um mínimo de 5% do peso inicial. No entanto, estes resultados são enviesados pela presença na amostra de doentes que aumentaram de peso e também pela análise conjunta de doentes com durações de seguimento díspares. Se observarmos os resultados por número de doentes com perda de peso acima dos 5%, encontramos 24% dos doentes estudados. Mais de metade dos doentes reduziram o seu peso inicial e ¾ do total atingiram o sucesso definido anteriormente, ou seja, manter ou perder o seu peso.

Os doentes foram seguidos em média por 9,5 meses, e só se ultrapassou os 365 dias nos doentes com Obesidade III. O número de consultas estava relacionado com o grau de perda de peso, aumentando significativamente com o emagrecimento. O número médio mais baixo de consultas pertencia aos doentes com o peso inicial mantido, o que poderá indicar que ainda se encontravam no início do tratamento.

O sucesso a longo prazo pode apenas ser alcançado se o emagrecimento, qualquer que seja, for permanente<sup>9</sup>. Atkinson considera que devemos afastar o padrão clássico de sucesso (perda de peso simples) que não tem em linha de conta a variabilidade individual, adoptando-se a redução de outras medidas de tamanho corporal como o IMC, percentagem de excesso de peso e gordura corporal ou a melhoria das co-morbilidades associadas (diabetes mellitus, hipertensão arterial, dislipidemia, apneia do sono, problemas psicológicos) como medidas de sucesso igualmente válidas<sup>7,23</sup>. É preciso lembrar que a manutenção de peso deve ser considerado como sucesso, embora muitas vezes este facto não seja tomado em conta<sup>8</sup>, pois existem estudos de coorte que indicam que os adultos aumentam 0,2 a 0,8 kg por ano<sup>24</sup>. A recuperação do peso perdido, que ocorre na maioria dos doentes três a cinco anos após o início do tratamento<sup>24</sup> pode ser minimizada com o reconhecimento desta necessidade de tratamento contínuo<sup>11</sup> e com tratamentos cognitivo-comportamentais que visam os obstáculos psicológicos para a aquisição e manutenção a longo prazo de comportamentos de controlo de peso efectivos<sup>24</sup>.

Os doentes que tinham abandonado a consulta (cuja última visita tinha sido efectuada há mais de um ano) tinham um emagrecimento menor do que os que mantinham o seguimento (1,2% vs 2,7%), e isto verificava-se também se observasse apenas os doentes com perda de peso efectiva (3,5% vs 5,3%). Ficamos no entanto sem conseguir esclarecer o padrão causa-

-efeito: se os doentes que perdem mais peso continuam a ser seguidos, não abandonando por estar estimulados com o seu sucesso, ou se por outro lado os doentes que se mantêm na Consulta perdem mais peso por terem um acompanhamento. Esta informação seria útil para poder reformular o tipo de abordagem a estes doentes com o objectivo último de melhorar a taxa de sucesso. De qualquer forma, será sempre seguro afirmar que o seguimento em Consulta Externa é importante, devendo ser pedido ao doente para comparecer para controlo do peso, caso haja ou não perda de peso. Este aspecto de cronicidade do tratamento faz que a obesidade se inclua no grupo de doenças crónicas com seguimento prolongado em consulta de especialidade.

Os dados relativos à variação ponderal e ao tempo médio de seguimento não permitem fazer um tipo de interpretação fiável uma vez que existem doentes que iniciaram o seguimento pouco tempo antes do início da colheita de dados (fim do estudo).

O presente trabalho, permitiu-nos, contudo, analisar a população de doentes obesos da consulta de obesidade e concluir, em resumo, que: apenas metade dos doentes vem à consulta com o objectivo de perder peso; em cerca de 80% dos doentes é proposta terapêutica nutricional e com actividade física e em 18% terapêutica farmacológica e que a percentagem de perda de peso é superior nos doentes com seguimento superior a um ano.

Este estudo serviu também para verificar quais serão os dados que deverão ser recolhidos quando é observado um doente com obesidade. Na era das Certificações da Qualidade, o *fazer o que se escreve e escrever o que se faz* tem cada vez mais importância para o atendimento com qualidade dos doentes. A relação pessoal médico-doente ainda é a pedra angular do tratamento médico, mas tendo sempre a noção de que o preenchimento do processo clínico, de modo a que qualquer outro clínico possa fazer o seguimento do doentes, é essencial para a continuidade desse atendimento. Este estudo fez-nos dar atenção à importância da sistematização da recolha de dados, ao apercebermo-nos que há parâmetros que por vezes não são registados.

Outros trabalhos são necessários com um desenho que permita avaliar o sucesso terapêutico ou a evolução ponderal dos doentes seguidos em consulta hospitalar. Serão bem-vindos estudos que tragam luz sobre qual será a abordagem que melhor possa trazer mais sucesso, melhorando a qualidade de vida destes doentes.

## BIBLIOGRAFIA

1. Joint FAO/WHO: Expert Consultation on Diet, Nutrition and the prevention of Chronic Diseases. Genebra, Suíça. 2002

2. Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade: Obesidade e a sua terapêutica. Relatório de Consenso, 2001. Obesidade, Diabetes e Complicações 2001; (1): 33-51
3. NOBRE EL, JORGE Z, VASCONCELOS MP, CASTRO JJ: Tendências da obesidade em Portugal no final do século XX: estudo de coorte de jovens do sexo masculino. Acta Med Port 2004;17:205-209
4. CASTRO JJ, ALEIXO DIAS J, BAPTISTA F, GARCIA E COSTA J, GALVAO-TELES A, CAMILO-ALVES A: Secular trends of weight, height and obesity in cohorts of young Portuguese males in the District of Lisbon: 1960-1990. Eur J Epidemiol 1998;3: 299-303
5. MOKDAD AH et al: Prevalence of obesity, diabetes, and obesity-related health risk factors, 2001. JAMA 2003; 289(1): 76-9
6. RASHID MN, FUENTES F, TOUCHON RC, WEHNER PS: Obesity and the risk for cardiovascular disease. Prev Cardiol 2003;6(1):42-7
7. ATKINSON RL: Proposed standards for judging the success of treatment of obesity. Ann Intern Med 1993;119:677-80
8. RÖSSNER S: Defining success in obesity management. Int J Obes Relat Met Disord 1997;21(Suppl 1):S2-S4
9. OLSON A: Women, obesity, and the results of medical management. AWHONNS Clin Issues Perinat Womens Health Nurs 1993; 4:220-6
10. NONAS CA: A model for chronic care of obesity through dietary treatment. J Am Diet Assoc 1998;10(Suppl 2):S16-S22
11. Stunkard AJ, Goldstein DJ: The Management of Eating Disorders and Obesity. Chap. 4: Behavioral Treatment of Obesity. 1999. Humana Press, New Jersey.
12. Lean ME: Obesity - What are the current treatment options? Exp Clin Endocrinol Diabetes 1998; 106 (Suppl 2): 22-6.
13. Björntorp P, Brodoff BN: Obesity. (p. 716); J. B. Lippincott Company, Philadelphia, Pennsylvania, 1992.
14. Atkinson RL: Role of nutrition planning in the treatment for obesity. Endocrinol Metab Clin North Am 1996; 25: 955-64.
15. Foster GD, Wadden TA, Vogt RA, Brewer G: What is a reasonable weight loss? Patient's expectations and evaluations of obesity treatment outcomes. J Consult Clin Psychol 1997; 65: 79-85
16. ANDERSSON I, RÖSSNER S: Weight development, drop-out pattern and changes in obesity-related risk factors after two years treatment of obese men. Int J Obes Relat Metab Disord 1997; 21: 211-6
17. GALUSKA DA, WILL JC, SERDULA MK, FORD ES: Are health care professionals advising obese patients? JAMA 1999;282:1576-8
18. POSTON WS, HYDER ML, O'BYRNE KK, FOREYT JP: Where do diets, exercise and behaviour modification fit in the treatment of obesity? Endocrine 2000; 13: 187-92
19. KOPELMAN PG: Emerging management strategies for obesity. Int J Obes Relat Metab Disord 1998;22(Suppl 1):S7-S11
20. WADDEN TA: Treatment of obesity by moderate and severe caloric restriction. Results of clinical research trials. Ann Intern Med 1993; 119: 688-93
21. COOPER Z, FAIRBURN CG: A new cognitive behavioural approach to the treatment of obesity. Behav Res Ther 2001;39:499-511
22. SERRANO V, VASCONCELOS MP, NOBRE EL et al: Sucesso terapêutico da obesidade: 3 abordagens distintas. Endocrinologia, Metabolismo e Nutrição 2003; 12(1):46
23. SERDULA MK, KHAN LK, DIETZ WH: Weight loss counseling revisited. JAMA 2003;289:1747-50
24. YANOVSKI JA, YANOVSKI SZ, SOVIK KN, NGUYEN TT, O'NEIL PM, SEBRING NG: A prospective study of holiday weight gain. N Engl J Med 2000;342:861-7