

CONSENSO LATINO-AMERICANO DE OBESIDADE

VERSÃO RESUMIDA

| | |
|---------------|--|
| Capítulo I | Epidemiologia e Prevenção |
| Capítulo II | Etiopatogenia e Fisiopatologia |
| Capítulo III | Transtornos Alimentares Associados com a Obesidade |
| Capítulo IV | Diagnóstico e Métodos de Avaliação |
| Capítulo V | Princípios Gerais No Tratamento da Obesidade |
| Capítulo VI | Alimentos e Dietoterapia |
| Capítulo VII | Atividade Física e Exercícios |
| Capítulo VIII | Psicoterapia |
| Capítulo IX | Farmacoterapia |
| Capítulo X | Terapia Hormonal |
| Capítulo XI | Cirurgia Bariátrica |
| Capítulo XII | Terapias não Recomendadas |
| Capítulo XIII | Obesidade na Criança e no Adolescente |
| Capítulo XIV | Obesidade na Gravidez e Lactação |
| Capítulo XV | Ética Profissional |

Editorial

A obesidade é atualmente um dos problemas mais graves da saúde pública. Sua prevalência cresceu acentuadamente nas últimas décadas, inclusive nos países em vias de desenvolvimento, o que elevou estas doenças a uma condição de epidemia global.

Dos estudos epidemiológicos realizados em populações latino-americanas surgiram dados alarmantes. À medida que se consegue erradicar a miséria nos setores mais pobres da população, a obesidade aparece como um problema mais freqüente e grave que a desnutrição. É o fenômeno da transição nutricional, que sobrecarrega nosso sistema de saúde com aumento de demanda de atenção por doenças crônicas relacionadas com a obesidade, como o diabetes tipo 2, a doença coronariana, a hipertensão arterial e diversos tipos de câncer. Provavelmente 200.000 pessoas morrem anualmente por causa dessas complicações na América Latina.

O tratamento da obesidade, porém, continua produzindo resultados insatisfatórios, em grande parte devido às estratégias equivocadas e ao mal uso dos recursos terapêuticos disponíveis.

Além de buscar planos terapêuticos mais eficazes, é necessário, também, a adoção de medidas de prevenção para conter o surgimento de novos casos e para evitar que a prevalência da doença continue crescendo apesar de todos os esforços empregados no seu tratamento.

Este documento, produzido pelo trabalho de dezenas de especialistas de 12 países latino-americanos, nas áreas de medicina, nutrição, psicologia e educação física, representa uma revisão dos diversos aspectos relacionados com a obesidade. Sugerem-se também medidas que possam contribuir para a prevenção desta doença. Finalmente, são analisados os métodos disponíveis atualmente para a avaliação e o tratamento do paciente obeso.

O Consenso Latino-americano de Obesidade está destinado principalmente aos médicos, nutricionistas, psicólogos, professores de educação física e outros profissionais de saúde que tratam pacientes obesos. Além disto, está dirigido às autoridades governamentais, aos jornalistas da área de saúde e a todo profissional que possa contribuir, de forma direta ou indireta, para combater este grave problema que é a obesidade.

Walmir Coutinho
Coordenador do Consenso

CAPÍTULO I

Epidemiologia e Prevenção

Transição Nutricional

Estudos epidemiológicos realizados em diversos países latino-americanos indicam um rápido crescimento da prevalência de excesso de peso em nosso continente. Este aumento da obesidade que acompanha a erradicação da miséria entre as camadas de mais baixa renda da população tem sido chamado de fenômeno da transição nutricional.

Prevenção

O Grupo do Consenso sugere às autoridades públicas dos países participantes algumas medidas para a prevenção da obesidade:

- Colocar informação nutricional de fácil compreensão nos rótulos dos alimentos.
- Implantar campanhas de educação sobre alimentação saudável e prática de atividades físicas.

- Adotar nos currículos escolares programas integrais de educação alimentar e um mínimo de atividades físicas de três vezes por semana.
- Estimular a prática de atividades físicas criando espaços de lazer, ciclovias e praças de esporte.
- Estimular e implantar programas de promoção do peso saudável em empresas.
- Desenvolver programas preventivos na comunidade.
- Regular a propaganda de alimentos hipercalóricos nos meios de comunicação.

CAPÍTULO II

Etiopatogenia e Fisiopatologia

Etiopatologia

Na origem da obesidade existem fatores genéticos, psicossociais, culturais, nutricionais, metabólicos e endócrinos, que lhe dão caráter multifatorial.

Estudos estatísticos mostram que, da variante transmissível total da doença, 25% são atribuídos a fatores genéticos, 30% a fatores culturais e 45% a outros fatores ambientais não transmissíveis e considera-se que exista uma influência maior da genética no acúmulo de gordura visceral do que na subcutânea. O excesso de gordura corporal, porém, está determinado pela herança cultural e pela herança genética. A interação genético-ambiental promove o desenvolvimento de obesidade no indivíduo.

As causas genéticas contêm todos os fatores orgânicos que podem contribuir para uma ingestão alimentar excessiva ou uma tendência elevada de acúmulo de gordura. Há muitos genes envolvidos com estes mecanismos de controle e alterações nestes genes podem favorecer ou causar o desenvolvimento de obesidade. Entre eles se inclui o gene que codifica a leptina e seu receptor. Este hormônio é secretado pelo adipócito e aparentemente atua aumentando o gasto energético e inibindo as ações do neuropeptídeo Y (NPY), cuja ação aumenta o apetite e diminui a termogênese.

As causas ambientais mostradas são a inatividade física, a alimentação rica em gordura e o estresse crônico. Numa pequena porcentagem dos casos, a obesidade pode ser determinada por transtornos endócrinos. Alguns medicamentos também podem ser causa de aumento de peso, como os glicocorticóides, os progestágenos sintéticos, os antidepressivos tricíclicos, a ciproheptadina, as fenotiazinas e o carbonato de lítio.

Nos países industrializados, a obesidade é mais prevalente em grupos socioeconômicos de baixa renda e baixo nível educacional. Nos países em desenvolvimento, como já demonstrado na América Latina, é entre as populações de renda mais baixa que a obesidade cresce mais rapidamente.

Fisiopatologia

Diversas alterações metabólicas e endócrinas estão vinculadas com a obesidade e suas complicações.

- Gasto energético reduzido.
- Quociente respiratório elevado.
- Resistência à insulina.
- Hiperinsulinismo compensatório.
- Acúmulo excessivo de gordura visceral.
- Hipercortisolismo funcional.
- Hipogonadismo secundário.
- Hiperatividade do sistema nervoso simpático.
- Hiperleptinemia.
- Hiperestimulação do eixo hipotálamo-hipofisário-adrenal.
- Atividade neurofisiológica aumentada do NPY.

Um dos pontos centrais de complicações metabólicas da obesidade aparece como depósito visceral de gordura, associado com um aumento nos níveis de ácidos graxos livres na circulação portal e resistência à ação da insulina.

Outros fatores associados ao quadro da síndrome metabólica são:

- Aumento na reabsorção de sódio e água.
- Níveis elevados da pressão arterial.
- Intolerância aos carboidratos.
- Atividade aterogênica elevada.
- Doença arterial coronária prematura.
- Aumento no risco de câncer de mama, endométrio e cólon.
- Nutrição em etapas adiantadas da vida e obesidade.
- Quando existe desnutrição intra-uterina (sobretudo a partir da 30ª semana de gestação) até o bebê completar um ano, se produz um aumento na sensibilidade para a proliferação de adipócitos. Se estes bebês recebem mais do que o necessário de gordura na sua etapa pós-natal e até os primeiros dois anos de vida, desenvolvem obesidade com maior facilidade, aparentemente devido às transformações dos centros reguladores de apetite no sistema nervoso central. Vários estudos indicam que esses bebês, ao crescerem, terão uma incidência maior de resistência à insulina, diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial e doença coronária. Tal situação pode ser evitada controlando-se a subnutrição na primeira infância. Em relação a este fenômeno é fundamental educar as mães para que corrijam seus erros alimentares e garantam um estado nutricional adequado para o seu filho.

CAPÍTULO III

Transtornos alimentares associados com a obesidade

Mesmo que não seja sempre possível encontrar uma psicopatologia específica, o obeso apresenta um sofrimento psicológico correspondente aos problemas relacionados ao preconceito social para com a obesidade e também as características peculiares de seu comportamento alimentar. A presença freqüente de alterações do comportamento alimentar em pacientes obesos torna imprescindível o rastreamento dos transtornos alimentares nesta população. O conhecimento da classificação atual de tais transtornos, segundo a Quarta Edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana (DSM-IV), já é um importante instrumento para o diagnóstico adequado destes pacientes.

É importante reconhecer a ocorrência de episódios de “binge” (compulsão alimentar periódica) em pacientes que procuram tratamento médico para emagrecer, já que chega a acometer mais de 50% deles.

Podem acontecer com freqüência insuficiente para preencher os critérios diagnósticos de transtorno da compulsão alimentar periódica ou fazer parte de um quadro de bulimia nervosa, ou ainda de anorexia do tipo bulímico. Na seção dedicada a transtornos alimentares da DSM-IV se descrevem duas entidades diagnósticas principais: anorexia nervosa (AN) e bulimia nervosa (BN). Um 3º tipo proposto é o transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP). As principais características destes transtornos estão listadas na tabela abaixo:

Tabela 1. Critérios Diagnósticos de DSM-IV para Anorexia Nervosa.

- a) Dificuldade em manter o peso corporal acima do peso mínimo considerado normal para a idade e a altura (perda que leva a manter o peso corporal abaixo de 85% do esperado ou não se consegue alcançar o aumento durante o período de crescimento levando a um peso corporal inferior a 85% do esperado).
- b) Medo intenso de engordar apesar de estar abaixo do peso.
- c) Alteração na maneira como o indivíduo vivencia seu peso ou forma corporal, sem dar importância ao peso ou a forma em uma auto-avaliação ou negando a seriedade do baixo peso atual.
- d) Em mulheres após a menarca, amenorréia (ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos).

Especificar os tipos:

Restritivo: durante o episódio de AN, o indivíduo não tem episódios de compulsão alimentar ou comportamento purgativo (vômitos auto-induzidos ou uso inapropriado de laxantes, diuréticos ou enemas).

Purgativo: durante o episódio de AN, o indivíduo tem episódios recorrentes de compulsão alimentar com comportamento purgativo.

Tabela 2. Critérios Diagnósticos de DSM-IV para Bulimia Nervosa.

- a) Episódios recorrentes de compulsão alimentar caracterizados por:
- Comer em um período limitado (ex. em um período de duas horas) uma quantidade de alimentos considerada definitivamente maior que a adequada para a maioria das pessoas, durante um período e circunstâncias semelhantes.
 - Falta de um sentimento de controle sobre os episódios (ex. uma sensação de não poder parar, nem controlar o que se está comendo e nem sua quantidade).
- b) Comportamento compensatório inadequado e recorrente com a intenção de evitar o aumento de peso, como vômitos auto-induzidos, uso inadequado de laxantes, diuréticos, enemas e outros medicamentos, jejum ou exercício físico.
- c) Os episódios de compulsão alimentar e os comportamentos compensatórios inadequados ocorreram em média, pelo menos duas vezes por semana, durante os últimos três meses.
- d) A auto-avaliação está exageradamente ligada com a forma ou peso corporal.
- e) O quadro não se apresenta exclusivamente durante os episódios de anorexia nervosa.

Especificar os tipos:

Purgativo: Durante os episódios de BN, a pessoa apresenta episódios recorrentes de vômitos auto-induzidos ou uso abusivo de laxantes, diuréticos ou enemas.

Não Purgativo: Durante o episódio de BN, a pessoa utiliza outros comportamentos inadequados, tais como jejum ou exercícios abusivos; no entanto, não usa regularmente vômitos auto-induzidos, nem faz uso exagerado de laxantes, diuréticos ou enemas.

Tabela 3. Critérios diagnósticos de DSM-IV para o transtorno da compulsão alimentar periódica

- a) Episódios recorrentes de compulsão alimentar caracterizados por:
- Comer em um período limitado (ex. em um período de duas horas) uma quantidade de alimentos considerada definitivamente maior que a aceitável para a maioria das pessoas durante um período e circunstâncias semelhantes.
 - Falta de um sentimento de controle sobre os episódios (ex. a sensação de não poder parar, nem controlar o que se está comendo, nem a quantidade).
- b) Os episódios de compulsão alimentar estão associados pelo menos com três dos aspectos seguintes:
- Comer mais rápido do que o usual.
 - Ingerir os alimentos até sentir-se desconfortavelmente satisfeito.
 - Consumir grandes quantidades de alimentos, apesar de não sentir fome.
 - Comer sozinho por se sentir constrangido com a quantidade que está consumindo.
 - Sentir-se decepcionado, deprimido ou culpado pela superingestão.
- c) O episódio de compulsão alimentar provoca um marcante desconforto.
- d) Os episódios de compulsão alimentar ocorrem em média duas vezes por semana durante seis meses.
- e) O episódio de compulsão alimentar não está associado com o uso regular e inadequado de um comportamento compensatório (ex.: de tipo purgativo, jejum ou exercício excessivo) e não acontece exclusivamente durante o curso de anorexia nervosa ou bulimia nervosa.

CAPÍTULO IV

Diagnósticos e métodos de avaliação

Comumente se utilizam os termos sobrepeso ou obesidade como se fossem sinônimos; trata-se, porém, de estágios distintos de excesso de peso.

Os diversos métodos disponíveis para avaliar-se a composição corporal de um indivíduo apresentam grande variabilidade quanto à praticidade, à precisão e ao custo. Alguns, ainda, apresentam a vantagem de discriminar em região do corpo está mais depositada a gordura em excesso.

O sistema mais simples e prático para classificar o sobrepeso está baseado no índice de massa corporal (IMC) para qual se requer apenas o peso e a altura do paciente. O IMC se calcula assim:

$$\text{IMC} = \text{peso (kg)}/\text{altura (metros)}^2$$

Valores de referência:

A classificação de sobrepeso e obesidade recomendada pela OMS, considerando o IMC e baseada no risco de mortalidade independentemente do sexo e idade, se observa na tabela 4.

Tabela 4. Classificação do sobrepeso em adultos de acordo com o IMC. Modificado da OMS

| Classificação | IMC (kg/m ²) | Risco de Comorbidade |
|----------------------|--------------------------|--|
| Baixo peso | < de 18,5 | Baixo (risco de outros problemas clínicos) |
| Normal | 18,5 - 24,9 | |
| Pré-obeso | 25 - 29,9 | Aumentado |
| Obesidade Classe I | 30 - 34,9 | Moderado |
| Obesidade Classe II | 35 - 39,9 | grave |
| Obesidade Classe III | > 40 | Muito grave |

Distribuição regional da gordura

Atualmente, tem-se reconhecido que não somente se deve considerar a quantidade de gordura corporal total como também sua localização, já que fatores do tipo hormonal determinam que a gordura corporal tende a predominar, no caso dos homens, no segmento superior do corpo (tipo andróide) ou no segmento inferior (tipo ginecóide), no caso da mulheres. Devido ao fato de que o aumento de gordura visceral (abdominal) se relaciona com um alto risco de morbidade e mortalidade principalmente cardiovascular, sua determinação é necessária.

Podem ser utilizadas diversas formas para valorizá-la, como, por exemplo, a tomografia computadorizada, ressonância magnética nuclear, ultra-som, etc. métodos que são muito úteis na pesquisa, mas, devido a seus custos e disponibilidade, não podem ser utilizados rotineiramente. Por esta razão, na prática clínica e em pesquisas epidemiológicas, a utilização de índices baseados nas medições de circunferências corporais podem dar informações válidas e de fácil utilização.

Determinação da Relação Cintura-Quadril (RCQ)

A RCQ é calculada dividindo-se o diâmetro da cintura pelo do quadril. De maneira geral, atualmente se considera que exista maior risco para os adultos se os valores da RCQ são superiores a 0,9 em homens ou 0,85 em mulheres.

Circunferência da Cintura

Atualmente aceita-se que a simples determinação da circunferência da cintura pode ser suficiente para categorizar, conforme o sexo, o risco de complicações metabólicas (Tabela 5).

Tabela 5. Risco de complicações metabólicas associadas à obesidade em função da circunferência da cintura para ambos sexos.

| | Aumentado | Muito Aumentado |
|--------|-----------|-----------------|
| Homem | 94 cm | 102 cm |
| Mulher | 80 cm | 88 cm |

Nota: Estes valores podem ser específicos para cada população, não tendo sido ainda suficientemente estudados em populações latino-americanas para que se determinem pontos de corte específicos.

Avaliação clínica do paciente obeso

Além de uma cuidadosa história clínica e exame físico, alguns exames complementares são recomendáveis para avaliar o risco relacionado com a obesidade. É importante determinar os níveis séricos de lipídeos, glicemia e ácido úrico. Em alguns casos pode ser conveniente a determinação dos níveis séricos de hormônios tireoideanos, insulina e esteróides sexuais.

Tabela 6. Exames complementares

| EXAMES RECOMENDADOS | OCASIONALMENTE NECESSÁRIOS |
|-----------------------------|---|
| Glicemia | Insulina |
| Triglicerídeos | TSH |
| Colesterol total, HDL e LDL | T4 |
| Ácido úrico | Apolipoproteína B |
| | Provas de função hepática |
| | Prova de tolerância oral à glicose com dosagem simultânea de insulina |
| | Prova de esforço |

CAPÍTULO V

Princípios gerais na terapêutica da obesidade

A obesidade deve ser reconhecida e tratada como uma doença crônica, empregando-se todos os recursos necessários para que se reduza o risco metabólico do paciente.

Recomenda-se aos Governos que busquem com o máximo empenho os meios necessários para que estejam disponíveis para todos os obesos os métodos terapêuticos atualmente disponíveis, sejam eles farmacológicos ou cirúrgicos, para que sejam criteriosamente empregados, conforme a gravidade do excesso de peso.

As empresas seguradoras de saúde devem prover, obrigatoriamente, a todos os segurados obesos, o tratamento mais eficaz para cada caso específico.

O manejo da obesidade é um tema em constante evolução dada a profusão de hipóteses etiológicas, matizes e complicações próprias da doença. Este consenso procura elaborar um guia ético e científico adaptável para nossos países. Temos em conta que os pilares fundamentais no tratamento da obesidade são mudanças do comportamento e hábitos de vida, que incluem mudanças no hábito alimentar e prática rotineira de atividades físicas. Outras alternativas por considerar são a farmacoterapia e a cirurgia bariátrica.

Objetivo do Tratamento

O indivíduo obeso deve ser tratado porque apresenta uma condição que predispõe ao risco de doenças e morte precoce. No entanto, o tratamento da obesidade deve ser realizado com o objetivo de prevenir ou controlar estas doenças associadas e não exclusivamente para o tratamento do excesso de peso. Não se aceitam tratamentos sem comprovação científica de eficácia.

O objetivo do tratamento do obeso é alcançar um controle metabólico em que se atinjam níveis sanguíneos normais, ou próximos da normalidade, de glicose, triglicerídeos, colesterol total e subfrações, ácido úrico, insulina e a melhoria de problemas osteoarticulares, psicológicos e outros.

Estes objetivos podem ser alcançados com uma discreta ou moderada perda de peso, em torno de 5 a 10% do peso inicial. Neste sentido, é necessário que os indivíduos obesos e os profissionais que lhes tratam tenham expectativas realistas no que diz respeito à sua perda de peso, que não deve ser demasiado rápida. Um emagrecimento de 2 a 4 quilos por mês é, em geral, o mais adequado.

CAPÍTULO VI

Alimentos e Dietoterapia

Balanço Energético

Ingresso energético. A energia consumida em forma de alimentos e bebidas deve ser metabolizada no interior do organismo. A gordura fornece o maior índice por unidade de calorias (9 kcal/g) frente a 4 kcal/g dos hidratos de carbono, 4 kcal/g das proteínas, 7 kcal/g do álcool e 1,5 kcal/g das fibras.

Gasto Energético. O segundo elemento a ser considerado no estudo do balanço energético é o gasto, que tem três componentes principais: taxa metabólica basal, termogênese induzida pela alimentação (produção de calor induzida pelos alimentos) e atividade física. O metabolismo basal tem variações intrínsecas significativas para indivíduos de composição corporal semelhante.

A composição dos macronutrientes da dieta é importante, pois determina a proporção de energia a ser consumida ou guardada como depósito. Assim, aqueles macronutrientes com capacidade de armazenamento baixo são oxidados quando o ingresso ultrapassa a demanda. Por exemplo, o álcool não tem capacidade de armazenamento e é oxidado imediatamente; os carboidratos são auto-reguladores. Dependendo de seu ingresso, podem transformar-se em gordura (até 60% a 80%), se há superingestão, e a gordura tem capacidade de armazenamento quase ilimitada e seu excesso na dieta é depositado com grande eficiência até 96%.

Estudos sobre a etiopatogenia da obesidade, dos transtornos alimentares e de algumas doenças metabólicas têm evidenciado a influência da alimentação como causa agravante ou predisponente destas, resultado de uma resposta biológica adaptativa às condições impostas pelo meio. Em relação à América Latina, é aconselhável: individualizar os alimentos relacionados com as doenças da nutrição, estabelecer um critério biológico para emitir recomendações à população, identificar ou sinalizar os alimentos de maneira clara e inequívoca, tanto para o profissional como para o consumidor e preparar as novas gerações através da educação sobre alimentação saudável no lar, na escola e através da mídia.

Terapia Nutricional

Propõe-se que a redução da ingestão se realicere por meio de planos alimentares, evitando o uso do termo "dietas", e insistindo nos inconvenientes e na ineficácia geradas por sua má utilização.

Plano Alimentar

O objetivo consiste em mudar os padrões alimentares obesogênicos, reforçando mecanismos da sociedade em busca de uma menor ingestão, que, para isso, necessitam:

- 1) Mudanças no ritmo alimentar: distribuindo os alimentos com a maior frequência possível ao longo do dia, evitando períodos prolongados de jejum.
- 2) Mudanças na qualidade alimentar, estimulando o consumo de alimentos ricos em água e fibras, como vegetais, frutas, carnes magras (preferencialmente peixe e frango) e cereais não processados.
- 3) Evitar os alimentos concentrados em energia, como queijos maduros, embutidos ou que apresentem produtos aditivos (chocolates, produtos de confeitaria, guloseimas e outros). Reduzir progressivamente as quantidades. Esta proposta pode ser introduzida progressivamente e deve ser adotada como um novo hábito alimentar.

Características Recomendáveis do Plano Nutricional

1. Carboidratos complexos e ricos em fibras: 40%-50%; simples (de absorção rápida): de 10% a 15%.
2. Gordura: 20%-25%. Saturadas 8%, monoinsaturadas 12%, poliinsaturadas 10%. Colesterol: não mais que 300 mg/dia.
3. Proteínas: 15%-20% sem baixar a menos de 0,8 g/kg do peso desejável.
4. Fibra: 20-30 g/dia.
5. Álcool: não é aconselhado.
6. Vitaminas e minerais: devem cobrir as necessidades mínimas, que, em geral, se conseguem com um ingresso energético superior às 1.200 kcal.
7. Cloreto de Sódio (sal): adequá-lo à situação biológica individual.
8. Líquidos: à vontade, tratando de manter um bom estado de hidratação.
9. Outras estratégias, como as dietas de valor energético baixo e muito baixo, somente são reservadas às situações excepcionais e sob supervisão de um profissional especializado.

10. As dietas desarmônicas, como as cetogênicas, protéicas, alimentação estandardizada (kit de alimentação) e as dietas de moda, não são aconselháveis.

As conclusões de um recente seminário de especialistas na dietoterapia são que as dietas de valor calórico controlado (LCDs) são aconselháveis para reduzir o peso de paciente com sobrepeso ou obesidade. A redução da gordura como parte de tais planos dietéticos é uma estratégia prática para reduzir calorias, mas a redução da gordura como única estratégia não é suficiente para conseguir uma redução de peso satisfatória; devem ser feitas, simultaneamente, restrições de carboidratos. A dieta deve ser planejada sempre individualmente para criar um déficit de 500 a 1.000 kcal/dia e formar parte de um programa integral com metas de redução de 2 a 4 kg por mês. As dietas de calorias muito baixas induzem perdas rápidas de peso, mas só devem ser utilizadas em situações especiais (por exemplo, antes de uma cirurgia) e sob estrita supervisão médica.

CAPÍTULO VII

Atividade Física e Exercícios

Introdução

Não há dúvida de que o sedentarismo é uma das principais causas para o desenvolvimento e manutenção de obesidade. As estatísticas mostram que há muito menos obesos entre as pessoas ativas que entre as sedentárias.

A inatividade física aparece mais como consequência do que como causa da obesidade (Klesges et al., 1992); das pesquisas epidemiológicas efetuadas, conclui-se que a transmissão genética da variabilidade da atividade física dos pais é de 20%. Assim mesmo, o baixo gasto de energia com aumento de peso acelerado nos recém-nascidos de mães obesas é significativamente diferente ao dos bebês e mães de peso normal, se constituindo este num preditor genético de obesidade (Roberts et al., 1998).

Os baixos níveis de atividade física estão associados ao aumento dos riscos de obesidade. O ambiente urbano moderno desestimula a prática da atividade física, favorecendo cada vez mais atividades sedentárias, como ver televisão, usar computador e videogames. A atividade física é o componente mais variável do equilíbrio energético do indivíduo e aparentemente o melhor preditor do êxito do tratamento da obesidade a longo prazo.

EVIDÊNCIAS EPIDEMIOLÓGICAS

A inatividade física e a obesidade são consideradas, separadamente, fatores de alto risco para doenças coronarianas. Entre todas as causas de mortalidade, o estilo de vida seria o responsável por 51% do risco de morte. As evidências mostram que se as doenças cardiovasculares são uma das principais causas de mortalidade. As mudanças no estilo de vida do indivíduo sedentário, passando a ser um pouco mais ativo, pode reduzir em 40% o risco de morte por doenças cardiovasculares.

Atualmente se registra uma prevalência do 70% para o sedentarismo, o que significa que este é superior a outros fatores de riscos, como obesidade, diabetes, hiperlipidemia, hipertensão e tabagismo, configurando-se, assim, como inimigo número um da saúde pública.

EFEITOS GERAIS DA ATIVIDADE FÍSICA NO TRATAMENTO DA OBESIDADE

Aumento do gasto energético; estímulo da resposta termogênica aumentando a taxa metabólica em repouso e a termogênese induzida pela dieta; aumento da capacidade de mobilização e oxidação da gordura; melhora do estado físico e da circulação cardíaca, regulando a pressão sanguínea; aumento a capacidade vital. Uma atividade física intensa reduz a resistência à insulina, aumenta o colesterol HDL, diminui o LDL e os triglicérides, melhora a auto-estima, a auto-imagem, a ansiedade e a depressão.

RECOMENDAÇÕES DE ATIVIDADE FÍSICA NO TRATAMENTO DA OBESIDADE

O aumento da atividade física a longo prazo tem maior probabilidade de êxito por meio de mudanças ambientais, que aumentam a atividade diária ocupando o tempo livre com exercícios de baixa intensidade, como nadar, caminhar, evitar utilizar o carro, usar a escada, etc., e não com exercício vigoroso ocasional.

Não deve produzir cansaço excessivo nem requerer equipamentos custosos e deve ser prazerosa. As atividades físicas rotineiras devem ser estimuladas desde a infância.

A atividade física prolongada, de baixa intensidade, como caminhar entre 30 e 60 minutos por dia, aumenta significativamente o gasto energético, reduzindo, assim, o peso e a gordura corporal. Recomenda-se atualmente, consensualmente, que se acumule um total de 30 minutos diários de atividade física como suficientes para promover benefícios metabólicos. Deve-se reconhecer, porém, que os indivíduos que reúnem condições para praticar exercícios físicos de maior intensidade poderão obter benefícios adicionais.

CONCLUSÕES

Os dados obtidos na última década indicam que a atividade física é um aliado importantíssimo no tratamento da obesidade e do excesso de peso, comprovando-se sua eficácia, principalmente na fase de manutenção. Igualmente reduz a morbidade relacionada a doenças cardiovasculares.

A combinação de um plano de reeducação alimentar e um aumento na atividade física são aconselháveis para conseguir uma adequada redução de peso, da gordura abdominal e melhorar a capacidade respiratória.

CAPÍTULO VIII

Psicoterapia

Fatores cognitivos e do comportamento parecem influir decisivamente nos hábitos alimentares e na prática de atividades físicas de um indivíduo. Diversos estudos mostram que a associação de psicoterapia cognitivo-comportamental no tratamento da obesidade melhora significativamente os resultados a curto, médio e longo prazo.

Psicoterapia Cognitivo-comportamental

A psicoterapia cognitivo-comportamental consegue modificações do repertório de comportamentos que o indivíduo apresenta (por exemplo, hábitos alimentares inadequados, padrões de raciocínio errado) e no meio ambiente com o qual tem contato, com o fim de transformá-lo em um meio que favoreça a perda de peso. As seguintes técnicas são usadas nas terapias cognitivo-comportamentais:

- Auto-monitoramento: registro de forma detalhada dos alimentos ingeridos diariamente e das condições em que se faz a ingestão.
- Controle do estímulo: seu objetivo é diminuir a exposição do paciente a situações que incentivem a alimentação inadequada, quer dizer, diminuir a número de “pistas” que controlam a alimentação, tornando-a um ato deliberado regulado pela fome e não pelo “desejo de comer”.
- Desenvolvimento de condutas alternativas perante uma alimentação inadequada: identificação de circunstâncias que afetem a correta ingestão de alimentos (ansiedade, tristeza ou conflitos pessoais) e utilizar técnicas de distração, de relaxamento ou de atividades incompatíveis com o comer.
- Treinamento em habilidades sociais: consiste em desenvolver a capacidade de expressão de sentimentos, estabelecer limites de relações interpessoais que melhorem a auto-estima.
- Aumento do nível de atividades físicas: estabelecer programas de atividades físicas compatíveis com o estilo de vida e incentivar o auto-monitoramento do tempo diário dedicado ao exercício.
- Reestruturação cognitiva: mudar os conceitos sobre comportamentos de alimentação inadequados, em particular, com respeito a erros comuns que “dicotomizam” a atitude perante o tratamento. Exemplo “ou faço a dieta estritamente ou não faço nada”.
- Abordagem da imagem corporal: deve mudar a atitude negativa sobre sua própria imagem corporal questionando os estereótipos negativos.
- Estratégias para aumentar a motivação: é muito útil o sistema de programação de metas de redução de peso, as quais devem ser “renegociadas” com o paciente conforme a evolução do quadro. Neste sentido é muito importante o apoio da família e da sociedade para conseguir o sucesso programado.

Consideração sobre a Eficiência do Tratamento

A eficiência do tratamento psicoterápico depende de uma escala de metas de peso realista e da adequação das técnicas utilizadas. Igualmente, têm-se analisado os fatores que favorecerem o desenvolvimento da obesidade

e os fatores que colaboram para sua manutenção e tornam viável a relação de estratégias a serem utilizadas com melhores resultados.

Uma psicoterapia cognitivo-comportamental pode ser eficaz em programas individuais e de grupo. Muitas vezes um paciente, ao entrar em um programa de grupo, permite que seus membros formulem sugestões de comportamentos alternativos para as situações inadequadas ao comer, assim como modelos para comportamentos apropriados que incentivem e reforcem as mudanças necessárias.

A obesidade é um problema crônico e a psicoterapia cognitivo-comportamental apresenta limitações com relação à manutenção da perda de peso a longo prazo.

Ainda assim, os tratamentos prolongados são mais indicados que os modelos com limite de tempo, provavelmente porque a prática continuada de novas habilidades aprendidas podem transformá-las em hábitos, permitindo sua manutenção.

Outras formas de Psicoterapia

Não existem estudos suficientes para mostrar a eficiência de terapias psicodinâmicas (psicanálise) ou de hipnose no tratamento da obesidade.

CAPÍTULO IX

Farmacoterapia

A prescrição de medicamentos deve ser considerada em pacientes:

- Com IMC igual ou superior a 30 kg/m².
- Com IMC igual ou superior a 25 kg/m², acompanhado de outros fatores de risco, como a hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, hiperlipidemia, etc.
- Quando não alcançados os objetivos com planos alimentares e estímulo a atividades físicas.

O tratamento deve prolongar-se durante o tempo necessário, principalmente para pacientes que apresentam outros fatores de risco.

OS ANOREXÍGENOS CATECOLAMINÉRGICOS SÓ ESTÃO INDICADOS EM CASOS EXCEPCIONAIS.

Pelo risco de dependência, infrequente quando criteriosamente prescritos, os anorexígenos estariam recomendados para os pacientes que não possam ter acesso aos medicamentos mais seguros, Sibutramina e Orlistat, ou que não tenham obtido bons resultados com seu uso.

Os inibidores seletivos de recaptção de serotonina, como a fluoxetina e a sertralina, podem ter utilidade e promover perda de peso em alguns casos associados a depressão ou compulsão alimentar, mas não devem ser considerados primariamente como agentes anti-obesidade.

Classificação

Fundamentalmente os medicamentos anti-obesidade atuam:

- Modificando o comportamento alimentar.
- Aumentando a termogênese.
- Inibindo a absorção de gordura.

Tabela 8. Perfil Farmacológico dos agentes anti-obesidade

CATECOLANONÉRGICOS (NORADRENÉRGICOS)

| FÁRMACOS | MECANISMO DE AÇÃO | dose max. diária |
|-------------|-------------------|------------------|
| Fentermina | Ingesta | 60 mg/dia |
| Fenproporex | Ingesta | 50 mg/dia |

| | | |
|-------------|---------|------------|
| Anfepramona | Ingesta | 120 mg/dia |
| Mazindol | Ingesta | 3 mg/dia |

SEROTONINÉRGICOS E NORADRENÉRGICOS

FÁRMACO MECANISMO DE AÇÃO dose max. diária EFEITOS COLATERAIS

| | | | |
|-------------|------------------------------------|-----------|--|
| Sibutramina | Saciedade e aumento da termogênese | 20 mg/dia | Boca seca, prisão de ventre e, eventualmente aumento da pressão arterial e freq. Cardíaca. |
|-------------|------------------------------------|-----------|--|

INIBIDORES DA LIPASE

FÁRMACO MECANISMO DE AÇÃO dose max. diária EFEITOS COLATERAIS

| | | | |
|----------|---------------------|------------|--|
| Orlistat | Absorção da gordura | 360 mg/dia | Flatulência com escorrimento, incontinência, urgência fecal, diarreia. Má absorção de vitaminas lipossolúveis? |
|----------|---------------------|------------|--|

CAPÍTULO X

Terapia Hormonal

Alterações endócrinas na obesidade

Na obesidade podem ocorrer alterações endócrinas. O aumento da quantidade de gordura condiciona um aumento dos níveis circulantes de leptina e do fator de necrose tumoral (TNF), ambos produzidos pelo adipócito. A obesidade visceral relaciona-se com altos níveis de ácidos graxos livres, resistência à insulina e hiperinsulinemia. O eixo hipotálamo-hipofisário-adrenal desajusta-se à medida que há um aumento na produção de cortisol. É provável que exista uma maior secreção hormonal em resposta ao estresse. O eixo hipófise-tireóide quase sempre está normal na obesidade, apesar de existirem respostas exageradas ao jejum, diminuindo a conversão periférica de T4 em T3 com o aumento do T3 reverso. Os níveis das globulinas que se ligam aos hormônios sexuais (SHBG) em ambos os sexos diminuem de forma diretamente proporcional ao aumento de IMC. Na mulher, a obesidade pode estar relacionada com hiperandrogenismo e ciclos anovulatórios. Na menopausa, também existem maiores níveis de estrogênios produzidos por aromatização dos androgênios circulantes no tecido adiposo. No homem, a testosterona total tende a diminuir com o aumento do IMC. A obesidade visceral pode causar hipogonadismo, com redução da testosterona livre. Ao mesmo tempo, aumenta a formação de estrogênios por aromatização de androgênios circulantes. O hormônio de crescimento (GH) e seu mediador IGF-1, produzido nos tecidos periféricos, também podem estar alterados. Os obesos não respondem normalmente aos estímulos que aumentam a secreção de GH, como a hipoglicemia e a administração de arginina, possivelmente por um mecanismo de resistência ao GHRH. Os níveis de IGF-1 devem estar diminuídos ou serem normais na obesidade.

Finalmente, outros sistemas hormonais (prolactina, vasopressina, noradrenalina, adrenalina, glucagon, etc.) também podem encontrar-se alterados na obesidade.

Triiodotironina (T3)

Várias pesquisas têm mostrado uma aceleração na perda de peso ao longo de um regime hipocalórico em pacientes eutireóides, adicionando altas ou baixas doses de T3. Mas não se aconselha o uso de hormônios tireoideanos para a redução de peso em pacientes com função tireoideana normal.

Melatonina

Não há evidência nenhuma que sugira benefício no tratamento da obesidade.

Gonadotrofina Coriônica

Não existem evidências científicas que apoiem seu uso no tratamento da obesidade.

Leptina

Crescentes expectativas têm sido criadas em torno dos potenciais efeitos da administração de leptina recombinante sobre o controle da ingesta e diferentes parâmetros metabólicos na obesidade. Os resultados preliminares de diferentes grupos, mesmo muito alentadores, ainda precisam ser avaliados por estudos de longo prazo.

Conclusões

Em geral, existem poucos estudos controlados mostrando efetividade de tratamentos hormonais na obesidade. Existem estudos, em contrapartida, demonstrando diminuição do tecido adiposo através de algumas formas de tratamento hormonal, podendo resultar em benefícios metabólicos ao promover a diminuição da gordura visceral (testosterona, GH e estrógenos). Sua utilização não está recomendada, entretanto, como tratamento da obesidade.

Doses altas de T3 aumentam a perda de peso, com uma perda indesejável de massa magra. A utilização de hormônios tireoideanos está formalmente contra-indicada no tratamento da obesidade, sendo aceitável, somente, quando houver hipotireoidismo concomitante.

Resultados promissores surgem dos primeiros estudos do tratamento com leptina: provavelmente, em um futuro próximo, possamos utiliza-la como adjuvante no tratamento da obesidade.

CAPÍTULO XI

Cirurgia Bariátrica

A cirurgia é considerada atualmente o tratamento mais efetivo para o tratamento das obesidades graves. São candidatos para tratamento cirúrgico:

- Pacientes com IMC igual ou superior a 40 kg/m²;
- Pacientes com IMC entre 35-40 kg/m² e alguma comorbidade associada.

Seleção de Pacientes:

- Fracasso comprovado de tratamentos prévios realizados por equipes médicas, com o mínimo de cinco anos de evolução da doença.
- Motivação e completa informação aos pacientes, previamente.
- Disponibilidade de cirurgião experiente e equipe auxiliar com profissionais qualificados, equipamentos de ventilação, reanimação, etc.

Procedimentos

Em geral se baseiam em dois princípios: restrição da ingesta calórica e má absorção de alimentos.

Se reconhecem como mais bem testadas três técnicas de tratamento cirúrgico:

- Gastroplastia;
- Gastroplastia com by-pass (gastro-jejunal);
- Lap-band (colocação de anéis através de laparoscopia).

Pelos resultados apresentados em grandes séries de pacientes, as técnicas que combinam a restrição de ingesta com a má absorção têm sido consideradas o padrão-ouro no tratamento cirúrgico da obesidade.

Resultados

Uma significativa redução de peso de até 20 kg acontece geralmente nos primeiros 12 meses da cirurgia, apesar de haver tendência à recuperação de uma parte, entre os 5 e 15 anos seguintes. A cirurgia melhora

visivelmente os fatores de risco relacionados com a obesidade, assim como a qualidade de vida de tais pacientes.

O manejo cirúrgico da obesidade deve ser multidisciplinar e são sugeridos os seguintes profissionais: endocrinologistas, nutricionistas, cardiologistas, pneumologistas, psiquiatras, psicólogos e cirurgiões.

CAPÍTULO XII

Terapias não recomendadas

A medicina moderna tem alcançado importantes avanços terapêuticos através do aprimoramento metodológico das pesquisas clínicas. Não se admitem mais recomendações terapêuticas que não estejam devidamente embasadas em evidências científicas de eficácia, segurança e tolerabilidade.

A publicação de resultados em revistas médicas especializadas e a repetição dos ensaios, por pesquisadores locais, são componentes necessários do processo para conseguir finalmente uma demonstração de eficiência clínica e segurança de um determinado medicamento. É, portanto, um longo e difícil caminho que deve percorrer um novo agente farmacológico até que seja reconhecido como um medicamento útil para o tratamento da obesidade.

Pelo contrário, as terapias “alternativas” compartilham algumas características: são desenvolvidas por sociedades mais comerciais que científicas, sem credenciais de pesquisa. Fazem afirmações exageradas sobre sua eficácia. Caracteristicamente têm um potencial financeiro importante para quem as desenvolve. Tipicamente usam canais não médicos para sua promoção. Usam e abusam de anúncios na imprensa falada e escrita, direcionada ao grande público e buscam figuras propagandísticas de toda índole.

Por falta de estudos científicos que comprovem sua eficácia e/ou de fundamentos teóricos que apoiem o suposto mecanismo de ação, não se aconselham:

- Acupuntura e auriculoterapia;
- Massagem com cremes;
- Fitoterapia;
- Mesoterapia;
- Diurético e laxantes;
- Ioga, hipnoterapia;
- Formulações magistrais “naturais”.

CAPÍTULO XIII

Obesidade na criança e no adolescente

Diagnóstico

As curvas de IMC por idade recentemente desenvolvidas têm sido consideradas como o método mais fidedigno para o diagnóstico da obesidade infanto-juvenil. A medida das pregas cutâneas também pode ser útil para estimar-se o grau de adiposidade na criança. As pregas cutâneas mais utilizadas são: tricipital, bicipital, subescapular, suprailíaca e a da panturrilha. Na prática, pode utilizar-se somente a tricipital. Um bebê é considerado obeso quando a espessura da prega tricipital é superior ao percentil 95 ou dois desvios superiores à média. (Os interessados podem consultar também as tabelas de IMC do NIH ou os gráficos classificatórios de Rolland Cachera).

Implicações na saúde

Psicossociais: as crianças obesas podem apresentar transtornos da conduta, sinais de depressão ou angústia, com baixa auto-estima. Ortopédicos: podem apresentar pé plano, escolioses, coxa vara, etc. Dermatológicos: verrugas no quadril, coxa, tórax, infecções cutâneas, intertrigos, furunculoses e acantoses nigricans. Cardio-

respiratórios: hipertensão arterial e apnéia do sono. Riscos futuros: as crianças obesas têm maiores possibilidades de tornarem-se adultos obesos, 40% das crianças obesas tendem a tornar-se adolescentes obesos e 80% destes, adultos obesos. Endócrino-metabólicos: como consequência do estado nutricional alterado: hiperinsulinemia, insulino-resistência, aumento de lipídeos e diminuição do GH.

Tratamento

O tratamento contempla aspectos da alimentação, atividade física, educação nutricional, apoio psicológico e mudança dos hábitos de vida e alimentação.

Aspectos Alimentares

O manejo da ingesta energética é um dos pilares fundamentais no tratamento.

- Para crianças menores de 2 anos: revisar o plano de alimentação, frequência e quantidade de alimentos, manter a lactação materna ou artificial correspondente à oferta adequada. Não tem indicações especiais.
- Para pré-escolares: alimentação isocalórica de 1.000 calorias no primeiro ano, mais 100 calorias por ano de idade restante, constituída por 50% de carboidratos, 20% de proteínas e 30% de gorduras (10% saturadas, 10% poliinsaturadas, 10% monoinsaturadas), divididos em três refeições e lanches. Promover a atividade física.
- Para escolares: recomendação igual a dos pré-escolares. Podem utilizar leite semidesnatado. Aconselhar alguma atividade física.
- Para adolescentes: a alimentação deve oferecer pelo menos 1.200 kcal/dia, com 50% de carboidratos, 20% de proteínas, e 30% de gorduras (10% saturadas, 10% poliinsaturadas, 10% monoinsaturadas), distribuídos em três refeições principais e três lanches. Não consumir bebidas alcóolicas e evitar frituras. Deve estimular-se a atividade física regular, esportes aeróbicos, apoio psicológico e familiar, educação nutricional e mudanças de hábitos de vida e alimentação. Não aconselhamos dietas de jejum, dietas de jejum com proteínas de alto valor biológico, dietas cetogênicas, nem dietas com alto conteúdo de gordura e proteínas e baixo conteúdo de carboidratos.

Atividade Física

O exercício deve ser individualizado segundo as características da criança, pois algumas apresentam transtornos ortopédicos. Neste caso, por causa do excesso de peso não são aconselháveis alguns exercícios. Por outro lado, crianças com grande excesso de peso têm um gasto energético maior. Recomendamos as atividades aeróbicas (marcha, corrida, ciclismo, patinação, dança e natação), começando no mínimo com três sessões semanais, até transformá-la em parte das atividades cotidianas. Para adolescentes, são recomendáveis esportes em grupo, como beisebol, futebol, basquete, caminhadas ou natação.

Apoio Emocional

É necessário estimular a criança a levar uma vida normal, com plena participação nas atividades escolares e extra-escolares, para mudar sua conduta e hábitos de vida a fim de conseguir resultados mais positivos e duradouros em seu tratamento.

Apoio Familiar e Modificação de Hábitos

A participação do paciente e da família é absolutamente necessária no tratamento e prevenção da obesidade. É na família que se aprende e se desenvolvem os hábitos de vida (nutrição, atividade física, conceitos de saúde, sentimentos estéticos e culturais). É fundamental o investimento em informação para a criança e seus familiares sobre a obesidade, suas complicações, sua prevenção e seu tratamento.

Medicamentos e cirurgia

Não estão estabelecidos os critérios para utilizar estes métodos na pediatria.

Prevenção

- 1) Evitar a obesidade na gestação limitando ganho de peso da grávida de 10 a 12 kg.
- 2) Favorecer a lactação materna até os 6 meses de vida.
- 3) Não dar alimentos não lácteos até os 4 meses.
- 4) Evitar os alimentos muito doces.
- 5) Incentivar atividade física.
- 6) Controlar e vigiar freqüentemente o peso.
- 7) Promover a educação nutricional e de hábitos de vida saudáveis tanto para o indivíduo quanto para a população.
- 8) Cabe destacar que a obesidade é uma doença de difícil controle e que todos têm que lutar por sua prevenção.

CAPÍTULO XIV

Obesidade na gravidez e lactação

A gravidez representa um período de esforço metabólico importante, que tende a adaptar o organismo para otimizar a passagem de nutrientes através da placenta. Em alguns momentos, um ganho excessivo de peso durante a gravidez pode favorecer a aparição de patologias associadas, como diabetes gestacional, hipertensão arterial e/ou pré-eclâmpsia.

A mulher obesa é a que inicia sua gestação com um IMC superior ao normal. Uma vez conhecido o peso inicial da gravidez, deve-se avaliar a evolução deste, não somente os aumentos nítidos em peso, mas também sua distribuição ao longo da gravidez.

Tratamento

Dietoterapia

O aumento de peso recomendado tem que ser estabelecido segundo o IMC. Para a mulher obesa é aceitável um aumento de 9 kg. A maior parte do aumento de peso durante a gravidez é atribuído ao feto e seus anexos, e tal aumento de peso acontece de forma significativa a partir da segunda metade da gestação.

No primeiro trimestre o aporte energético não deveria ser reduzido em mais de 10% do aconselhado. No segundo e no terceiro trimestres o aporte deve aumentar em 350 kcal diárias. Depois da vigésima semana de gestação, deve-se calcular um consumo de 30 kcal por quilograma de peso esperado. A melhor maneira de monitorar a dieta indicada para a mulher grávida é através do acompanhamento do aumento de peso.

Atividade física

Se realizada previamente, pode ser continuada. Caso contrário, realizar caminhadas e natação não competitivas. A indicação deve ser individual e a alimentação deve prevenir hipoglicemia e cetose.

Complicações

O diabetes mellitus apresenta-se com maior freqüência em grávidas obesas. A incidência é em torno de 4% a 18%.

Lactação

Se recomenda a amamentação no mínimo até os 6 meses de vida. A mãe deve ter um aporte diário de:

Fe: 15 mg;

Ca: 1200 mg;

I: 200 mcg;

Água: à vontade.

CAPÍTULO XV

Ética Profissional

A ética é a disciplina intelectual mais antiga da tradição hebraico-cristã. Representa um conjunto de normas culturalmente definidas para reger determinadas atividades humanas. Cabe destacar que, etimologicamente, o termo origina-se da palavra grega “ETHOS”, que significa costume. O vocábulo “MORAL”, do latim “MORES”, também significa costumes.

Ter um conjunto de valores morais não é uma condição inata, pois tais valores têm que ser incluídos de maneira que se integrem e se transformem numa espécie de segunda natureza. Existe uma série de códigos modernos que completam o já mencionado Código Hipocrático. Os principais são :

1. O Código Internacional de Ética Moderna, ou Código de Londres, que regula os deveres dos médicos em geral, sua obrigação com os pacientes e com seus colegas.
2. O Código de Nurenberg e a Declaração de Helsinski, que estabelecem normas sobre a experimentação e a pesquisa clínica em seres humanos.
3. A Declaração de Tóquio, que proíbe a participação ativa dos médicos em tortura e outros tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes, inclusive punições.

A Ética Médica é muito mais que uma série de prescrições e impedimentos sobre a prática profissional. Acreditamos que o profissional deve adquirir uma consciência clara de como têm sido estabelecidos esses valores morais, de que maneira se justificam e como realmente protegem o paciente, a sociedade e o próprio profissional da medicina. De tal modo, acreditamos em um modelo bio-psico-social apropriado, quer dizer, insistimos em que estamos atendendo “Doentes” e não simplesmente doenças. O objeto de tudo isso é conseguir o maior bem-estar possível para o maior número de pessoas. Certos ideais em medicina são eternos. Antes de tudo, o médico procura servir à comunidade com o propósito de preservar a saúde ou, pelo menos, aliviar o sofrimento. Tal princípio é incompatível com qualquer forma de exploração do paciente.

É necessário ter consciência de nossas limitações e pedir ajuda quando precisamos. Não tem cabimento a soberba nesta profissão. Em todo momento temos que manter o respeito pela dignidade do paciente e muito especialmente por sua privacidade, ainda que se fale que o segredo tem seus limites, em nenhum momento pode ser mais importante que o bem comum ou causar prejuízos graves a terceiros inocentes.

Os honorários e custas devem estar de acordo com a natureza dos serviços prestados e devem levar em conta o esforço da formação acadêmica e a responsabilidade vinculada ao cargo. Todo trabalho bem feito merece ser remunerado, apesar de a medicina nunca ter como meta principal o lucro. Não deve ser um comércio. Considera-se anti-ética a busca ativa de pacientes, principalmente através de anúncios irreais prometendo todo tipo de cura e, pior ainda, atrair pacientes alheios desprestigiando de alguma forma a outros colegas.

É necessário desenvolver um sentido claro de nossas obrigações. Exceto em casos de urgência, não estamos obrigados a atender todos os casos que solicitem nossa atenção. Há circunstâncias em que o correto será escusar-se. No entanto, uma vez que se aceite o caso, deve-se dedicar o maior esforço e não podemos abandoná-lo, a menos que o paciente se cure. O médico tem responsabilidade com a sociedade. Esta inclui, entre outras, a luta contínua contra a ignorância e o charlatanismo.

Por último, a conduta habitual do médico deve estar revestida de dignidade e honorabilidade. O profissional, com freqüência, dispõe apenas de sua própria consciência para determinar se está cumprindo cabalmente sua responsabilidade.

Além disso, o campo da saúde já não é patrimônio exclusivo do médico. Infelizmente, as relações com profissionais afins não estão ainda bem definidas. Por vezes as polêmicas que se suscitam obedecem mais a motivos econômicos em vez de levar em conta a esfera de competência do profissional e o benefício que isto signifique para os doentes.

Não há dúvidas de que os princípios e regras éticas transcendem a profissão médica, e podem ser necessárias a orientação e a opinião de advogados, juízes, sociólogos, psicólogos, economistas, filósofos e teólogos. Mantendo a mente aberta, talvez tenhamos consciência de que o campo médico é uma ciência, uma arte e, sobretudo, um apostolado.

Em resumo, é considerado antiético:

1. prescrever medicações em códigos secretos

2. vender aos pacientes medicamentos de qualquer tipo
3. fazer propaganda sobre métodos de emagrecimento não-comprovados cientificamente
4. utilizar os pacientes como forma de propaganda profissional
5. prescrever medicamentos não aceitos cientificamente como adequados para o tratamento da obesidade
6. fazer tratamentos não-individualizados, heterodoxos ou de orientação puramente comercial
7. criar falsas expectativas para os pacientes sobre os resultados do tratamento.