ISSN 1517-6428

Impresso Especial
9912298509 DR/SPM
ANAD
CORREIOS

Diabetes Clínica News

REVISTA MULTIDISCIPLINAR DO DIABETES E DAS PATOLOGIAS ASSOCIADAS

Apoios:

ANAD Associação Nacional de Atenção ao Diabetes
SUA SAÚDE É A NOSSA META

International Diabetes Federation
Centre of Excellence in Diabetes Care

ALAD
Asociación Latinoamericana de Diabetes

FMABC
Centro Universitário

FENAD
UNIDOS SEREMOS FORTES
Federação das Associações e Entidades de Diabetes

COSEMS/SP
Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo
"Dr. Sabastião de Moraes"
Fundado em Março de 1988

ANBED
ASSOCIAÇÃO NACIONAL BRASILEIRA DE EDUCADORES EM DIABETES

DE 25 À 31

OUTUBRO

2026

ÍNDICE

01 - ACOMPANHAMENTO DO SONO PODE BENEFICIAR ALGUNS ADULTOS COM DIABETES TIPO 1 02

02 - DETERMINANTES SOCIAIS AFETAM O CONTROLE GLICÊMICO APESAR DO USO DE MONITORAMENTO CONTÍNUO DE GLICOSE E BOMBA DE INSULINA 03

03 - PARA PACIENTES COM DEFICIÊNCIA DE GLP-1: MUDE O FOCO DO 'NÚMERO NA ESCALA' 04

04 - OS GLP-1S REDUZEM A PROTEÍNA C-REATIVA EM ADULTOS SEM DIABETES .. 07

05 - OBESIDADE: NOVAS DEFINIÇÕES E IMPLICAÇÕES PRÁTICAS A CONHECER 08

01 - ACOMPANHAMENTO DO SONO PODE BENEFICIAR ALGUNS ADULTOS COM DIABETES TIPO 1

Resumo

Em comparação com uma intervenção de controle da atenção, uma intervenção de otimização do sono realizada remotamente reduziu a hemoglobina glicada (A1c) em adultos com Diabetes tipo 1 (DM1) que apresentavam A1c basal ≥ 7% (≥ 53 mmol/mol), com reduções de 0,32% em 12 semanas e 0,44% em 24 semanas. A intervenção também aliviou o sofrimento relacionado ao Diabetes e melhorou a qualidade do sono autorrelatada em 6 semanas.

Metodologia

Cerca de 40% dos adultos com Diabetes tipo 1 não dormem o suficiente, e há um interesse crescente no uso de programas comportamentais focados no sono para melhorar sua saúde.

Um total de 144 adultos (idade média de 38 anos; 65% mulheres) com Diabetes tipo 1 e sono curto (< 6,5 h/noite) ou sono irregular (variabilidade da duração do sono ≥ 1 h) foram aleatoriamente designados para a intervenção Sleep-Opt (n = 73) ou para um grupo controle de atenção (Vida Saudável; n = 71) neste ensaio clínico realizado remotamente nos EUA, de janeiro de 2021 a dezembro de 2024; a actigrafia foi usada para confirmar o sono curto ou irregular.

Os participantes do grupo Sleep-Opt receberam um monitor de sono Fitbit, um aplicativo para smartphone com feedback interativo, conteúdo didático e sessões de orientação sobre o sono por telefone (oito sessões ao longo de 12 semanas: semanais nas semanas 0 a 4 e quinzenais nas semanas 5 a 12) com base em princípios de apoio e responsabilização.

O grupo de controle de Vida Saudável recebeu conteúdo educativo sobre saúde por e-mail e breves contatos telefônicos, sem aconselhamento ou definição de metas. Os desfechos primários incluíram A1c, parâmetros de monitoramento contínuo de glicose (MCG) (tempo no intervalo [TIR], tempo acima do intervalo, tempo abaixo do intervalo e coeficiente de variação [CV]), bem como medidas objetivas do sono (duração e variabilidade do sono por actigrafia). Os desfechos foram coletados no início do estudo e às 6, 12 e 24 semanas, sendo o desfecho primário às 12 semanas.

Não foram observadas diferenças significativas nos parâmetros de A1c ou de monitoramento contínuo de glicose (TIR, tempo acima do intervalo, tempo abaixo do intervalo e CV) entre os grupos Sleep-Opt e Healthy Living às 12 semanas ou em qualquer outro momento da pesquisa na amostra geral.

Após 6 semanas, a duração do sono aumentou em ambos os grupos: em 18,9 minutos no grupo Sleep-Opt (IC 95%, 9,3-28,5) e em 11,8 minutos no grupo Healthy Living (IC 95%, 1,4-22,2). No entanto, não foram observadas diferenças significativas entre os grupos na duração, variabilidade ou regularidade do sono em nenhum momento da avaliação.

Os participantes do grupo Sleep-Opt demonstraram redução do sofrimento relacionado ao Diabetes (diferença mediana, -0,18; IC de 95%, -0,35 a -0,01) e melhora na qualidade subjetiva do sono (diferença mediana, -0,96; IC de 95%, -0,17 a -0,23) em comparação com o grupo Healthy Living após 6 semanas, mas não após 12 ou 24 semanas.

Nos participantes com A1c basal ≥ 7%, o grupo Sleep-Opt apresentou níveis de A1c mais baixos do que o grupo Healthy Living em 12 semanas (diferença média marginal, -0,32%; IC 95%, -0,64% a -0,005%) e em 24 semanas (diferença média marginal, -0,44%; IC 95%, -0,73% a -0,14%).

Na Prática

“Foram observados benefícios glicêmicos em participantes com níveis subótimos de A1c, sugerindo um possível papel da intervenção no sono nesse grupo de pacientes”, escreveram os autores do estudo.

Fonte:
O estudo foi liderado por Pamela Martyn-Nemeth, PhD, da Universidade de Illinois em Chicago. Foi publicado online na revista Diabetes Care.■

02 - DETERMINANTES SOCIAIS AFETAM O CONTROLE GLICÊMICO APESAR DO USO DE MONITORAMENTO CONTÍNUO DE GLICOSE E BOMBA DE INSULINA

O acesso ao monitoramento contínuo de glicose e às bombas de insulina pode não ser suficiente para eliminar as disparidades nos resultados glicêmicos associadas aos determinantes sociais da saúde em alguns pacientes com Diabetes.

De acordo com os resultados de um estudo publicado no JAMA Network Open, a associação entre determinantes sociais da saúde (DSS) e resultados glicêmicos pode não ser eliminada apenas pelo monitoramento contínuo de glicose (MCG) e pelo uso de bomba de insulina.

As disparidades nos desfechos do Diabetes são influenciadas por raça, etnia e determinantes sociais da saúde. Embora o monitoramento contínuo da glicose (MCG) aprimore o controle glicêmico, sua capacidade de reduzir as diferenças relacionadas aos determinantes sociais da saúde nas métricas derivadas do MCG ainda não foi bem estabelecida.

Isso ajudaria a identificar subgrupos de alto risco e a orientar intervenções personalizadas, como suporte comportamental e educação em Diabetes, para melhorar o cuidado.

Neste estudo transversal retrospectivo, os pesquisadores buscaram avaliar as associações entre raça, etnia e determinantes sociais da saúde (DSS) com as métricas glicêmicas em pacientes com Diabetes tipo 1 (DM1) ou Diabetes tipo 2 (DM2) que utilizam monitores contínuos de glicose (MCG).

Os pesquisadores examinaram dados de 1743 pacientes pediátricos e adultos ambulatoriais de um único sistema de saúde acadêmico, que contribuíram com 3296 perfis de monitoramento contínuo de glicose (MCG) coletados entre outubro de 2017 e fevereiro de 2025.

Os participantes tinham uma idade média (DP) de 38,8 (20,8) anos, 53,1% eram mulheres e 4,9%, 3,2%, 86,5% e 5,3% se identificaram como negros não hispânicos, hispânicos, brancos não hispânicos e de outras raças e etnias, respectivamente.

O fornecimento de tecnologia por si só pode não ser suficiente para otimizar os resultados do tratamento do Diabetes em todos os grupos socioeconômicos.

Para calcular os perfis de monitoramento contínuo de glicose (MCG) e confirmar o tipo de Diabetes de cada paciente, os pesquisadores calcularam métricas glicêmicas consensuais, utilizando raça e etnia como indicadores de acesso a recursos, nível socioeconômico e exposição à discriminação estrutural. Os pesquisadores aplicaram ponderação de probabilidade inversa (PPI) utilizando regressão logística para ajustar os dados faltantes, analisaram os desfechos contínuos com modelos lineares de efeitos mistos e realizaram análises exploratórias estratificadas por faixa etária.

Os principais desfechos do estudo incluíram glicemia média, índice de risco glicêmico, hemoglobina glicada (HbA1c) , variabilidade glicêmica (coeficiente de variação), tempo dentro e acima da faixa glicêmica alvo e episódios prolongados de hipoglicemia.

A raça negra e o plano de saúde público foram associados independentemente a piores desfechos glicêmicos, incluindo níveis mais elevados de HbA1c (estimativa para raça negra: 0,55% [IC 95%, 0,27%–0,82%]; estimativa para plano de saúde público: 0,26% [IC 95%, 0,13%–0,39%]). Além disso, foi encontrada uma interação significativa para a glicemia média entre crianças negras (estimativa: 17,88 mg/dL; IC 95%, 3,69–32,07 mg/dL).

O seguro de saúde público também foi associado a menor tempo dentro da faixa glicêmica ideal (estimativa de −3,56%; IC de 95%, −5,45% a −1,66%), maior tempo acima da faixa ideal (estimativa de 3,49%; IC de 95%, 1,53% a 5,46%) e maior índice de risco glicêmico (estimativa de 4,50; IC de 95%, 2,13 a 6,87).

Por outro lado, maior desvantagem socioeconômica foi associada ao aumento da variabilidade glicêmica, medida pelo coeficiente de variação (estimativa de 3,26; IC de 95%, 0,81 a 5,70).

Essas associações entre as medidas de determinantes sociais da saúde e as métricas glicêmicas persistiram após o ajuste para o uso de bomba de insulina e foram mais pronunciadas entre crianças negras e crianças em situação de maior desvantagem socioeconômica.

As análises de ponderação por probabilidade inversa (IPW) mostraram discriminação moderada do modelo (área sob a curva, 0,61; IC 95%, 0,59–0,64), com pesos variando de 1,19 a 2,77. Comparada à população geral do estudo, a coorte analisada apresentou sub-representação de adultos com Diabetes tipo 2 (razão de chances [RC], 0,35; IC 95%, 0,28–0,45; P < 0,001) e de pacientes de outras raças e etnias (RC, 0,44; IC 95%, 0,19–0,99; P = 0,047).

As limitações do estudo que podem ter restringido a generalização dos resultados incluem o desenho unicêntrico, a inclusão apenas de usuários de dispositivos de monitoramento contínuo de glicose (MCG) integrados à instituição e a impossibilidade de determinar a duração do uso do MCG. Outra limitação do estudo é a dependência de medidas socioeconômicas da vizinhança como indicadores indiretos dos determinantes sociais da saúde individuais.

“As associações entre os determinantes sociais da saúde e as medidas de controle glicêmico persistiram mesmo entre indivíduos com acesso à tecnologia para Diabetes”, concluíram os autores do estudo. “Esses achados sugerem que o fornecimento de tecnologia por si só pode não ser suficiente para otimizar os resultados do Diabetes em todos os grupos socioeconômicos.”

Fonte:
https://www.endocrinologyadvisor.com/news/Diabetes-technology-socioeconomic-disparities/■

03 - PARA PACIENTES COM DEFICIÊNCIA DE GLP-1: MUDE O FOCO DO 'NÚMERO NA ESCALA’

Os agonistas do GLP-1 demonstram resultados favoráveis na promoção da perda de peso, com os pacientes apresentando redução tanto no peso corporal quanto no IMC. Diante desse sucesso, é fundamental priorizar aspectos-chave do cuidado ao paciente, integrando exercícios cardiovasculares e atividades de fortalecimento muscular como intervenções recomendadas.
Promover a saúde a longo prazo é a estratégia mais eficaz e benéfica.

“Os médicos de atenção primária devem mudar o foco do número na balança para melhorias significativas na saúde geral”, disse Catherine Varney, DO, diretora de medicina da obesidade da UVA Health, em Charlottesville.

Essa abordagem abrangente inclui o uso de ferramentas como a estrutura dos “5 Ms” (alimentação, movimento, mente, medicamentos e cirurgia metabólica). Ao fazer isso, ela afirmou, “conseguem-se resultados mais significativos, priorizando a saúde metabólica, a capacidade funcional e a qualidade de vida, em vez de apenas o peso”.

Pontos-Chave do Artigo

Mudar o foco do GLP-1 da escala para a saúde metabólica, função e qualidade de vida.
Use os 5 Ms: refeições, movimento, mente, medicamentos e cirurgia metabólica.

Monitore a taxa de perda de peso; geralmente recomenda-se de 0,5 a 1 lb/semana.

Fique atento a sinais como diminuição da massa magra, sarcopenia, deficiências nutricionais e diminuição da densidade óssea.

Monitore a perda muscular com força de preensão manual, teste de levantar da cadeira, DEXA e BIA.

Quais usuários de GLP-1 apresentam maior risco de sarcopenia?

Como a terapia com GLP-1 afeta a densidade óssea a longo prazo?

Quais proteínas são essenciais para preservar a massa magra durante a perda de peso?

Monitoramento da Evolução do Paciente

Os médicos de atenção primária que prescrevem agonistas do receptor GLP-1 devem monitorar de perto a taxa de perda de peso dos pacientes e permanecer vigilantes quanto a possíveis efeitos adversos, incluindo deficiências nutricionais, perda de massa muscular magra (com risco de sarcopenia) e redução da densidade óssea, afirmou Yuval Pinto, MD, professor assistente de medicina e membro do Programa de Alimentação Saudável, Atividade Física e Peso da Escola de Medicina Johns Hopkins, em Baltimore.

Ele disse que uma taxa de perda de peso alvo de aproximadamente 0,2 a 0,5 kg por semana é geralmente recomendada e deve ser considerada ao avaliar a necessidade de aumento da dose.

Os planos nutricionais devem ser personalizados de acordo com as comorbidades, a velocidade de perda de peso e o nível de atividade de cada paciente. Por exemplo, a restrição de sódio pode ser apropriada para pacientes com hipertensão, a limitação de açúcares simples para aqueles com Diabetes e o ajuste de proteínas para indivíduos com doença renal crônica, disse Pinto.

Pacientes que praticam treinamento de força regularmente podem necessitar de uma ingestão maior de proteínas para preservar a massa muscular magra. Os planos de exercícios também devem levar em consideração limitações físicas como idade, lesões ou capacidade funcional.

“Os médicos de atenção primária devem reconhecer a importância de uma abordagem abrangente e multidisciplinar para o controle do peso”, disse ele, e considerar o encaminhamento a um especialista em medicina da obesidade, nutricionista e, quando apropriado, a um personal trainer ou fisioterapeuta.

Criando Recomendações Centradas no Paciente

Recomendações combinadas de exercícios e atividades cardiovasculares podem promover o bem-estar e ajudar a manter a massa muscular. Pinto estabeleceu algumas diretrizes:

Comece por falar sobre os tipos de atividade física que eles mais apreciam, a fim de promover algo que possa durar e ter sustentabilidade a longo prazo.

Explique a importância do exercício físico no contexto das suas condições médicas e objetivos de controle de peso.

Desenvolva um plano de exercícios estruturado e progressivo com objetivos claramente definidos (por exemplo, caminhada rápida intervalada para melhorar os resultados cardiovasculares e treinamento de força para preservar a massa muscular magra).

Incentive a atividade física dentro das limitações funcionais do paciente. Para pacientes frágeis ou incapazes de realizar treinamento de resistência tradicional,

recomende exercícios alternativos, como movimentos de sentar e levantar ou treinamento com faixa elástica.

Forneça acompanhamento contínuo e resolva os obstáculos quando as metas não forem atingidas. (Por exemplo, sugira alternativas como dispositivos de caminhada para usar embaixo da mesa durante períodos de mau tempo ou equipamentos de resistência para uso doméstico para pacientes que não podem frequentar uma academia).

Encaminhe os pacientes para fisioterapia quando apropriado, fornecendo instruções específicas e orientadas para objetivos a fim de guiar a terapia.

Além disso, Varney disse ao Medscape Medical News que é essencial compreender a situação do paciente.

“Muitas pessoas enfrentam limitações devido a problemas de saúde ou deficiências físicas, por isso um plano eficaz incorpora atividades que sejam seguras e viáveis para elas”, disse ela. “Eu sempre reforço para meus pacientes que a atividade física desempenha um papel fundamental na saúde cardiovascular, no bem-estar mental e na manutenção do peso a longo prazo.”

Existem opções eficazes de exercícios para fazer em casa , incluindo rotinas com o peso do corpo, faixas de resistência, aplicativos de fitness e vídeos online. Além disso, atividades que podem ser feitas em casa, como caminhada na esteira, exercícios na cadeira, subir escadas, dança, ioga, alongamento e exercícios de equilíbrio com pesos leves, podem ajudar a melhorar a força e a estabilidade enquanto você permanece em casa.

Parâmetros para acompanhar o progresso em relação a preocupações com a massa muscular

Durante períodos de perda de peso significativa, especialmente com terapia com agonistas do receptor GLP-1, os médicos de atenção primária podem monitorar a perda de massa muscular usando testes de desempenho clínico e medições simples da composição corporal. Pinto criou alguns exemplos de avaliação:

Força de preensão manual: É uma ferramenta simples e validada para rastrear sarcopenia. A diminuição da força de preensão manual é um indicador precoce de redução da função muscular.

Teste de levantar da cadeira (TLC): É utilizado para avaliar a força e a resistência da parte inferior do corpo; a incapacidade de realizar este teste ou um aumento significativo no tempo necessário para completá-lo pode indicar atrofia muscular. O TLC é recomendado para idosos e pacientes com histórico de quedas.

Considere Também Usar Estas Ferramentas, disse Pinto:

DEXA, composição óssea: Padrão ouro que fornece uma análise abrangente da composição corporal, incluindo gordura visceral e massa muscular.

Análise de impedância bioelétrica: Recomendada como um método prático de primeira linha para a prática clínica devido à sua acessibilidade, baixo custo e facilidade de uso em comparação com equipamentos mais especializados.

Métodos Não Físicos para Desenvolver Músculos

Construir e manter massa muscular magra envolve um plano baseado em evidências: proteína adequada, recuperação apropriada com sono reparador e treinamento de força progressivo para estimular o crescimento muscular, de acordo com Pinto. "Deve-se notar que as necessidades exatas para essas variáveis — como a ingestão diária de proteína e a duração do sono — são individualizadas e dependem de uma variedade de fatores fisiológicos específicos de cada paciente", disse ele.

Fonte:
https://www.medscape.com/viewarticle/glp-1-patients-shift-focus-number-scale-

2026a1000qg2 ■

04 - OS GLP-1S REDUZEM A PROTEÍNA C-REATIVA EM ADULTOS SEM DIABETES

Principais Conclusões:

Adultos com obesidade apresentaram uma redução 48% maior na proteína C-reativa (PCR) com GLP-1s em comparação com placebo.

Os GLP-1s proporcionaram uma redução de 38% maior nos níveis de PCR em comparação com o placebo em pacientes com insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada.

Medicamentos à base de incretinas reduzem os níveis de proteína C-reativa de alta sensibilidade em adultos com diversas condições cardiometabólicas, relataram pesquisadores no Congresso Internacional sobre Obesidade.

“Os médicos devem estar cientes de que, ao prescreverem semaglutida (Wegovy, Novo Nordisk) ou tirzepatida (Zepbound, Eli Lilly) para controle de peso, também podem reduzir significativamente a carga inflamatória de seus pacientes , o que tem valor prognóstico independente para o risco cardiovascular”, disse Mario Cesar Torres-Chávez, MD, assistente de pesquisa do Instituto Nacional de Cardiologia Ignacio Chávez, na Cidade do México, ao Healio. “Isso é particularmente relevante para pacientes com níveis elevados de proteína C-reativa de alta sensibilidade no início do estudo, que já apresentam maior risco cardiovascular.”

Torres-Chávez e seus colegas realizaram uma meta-análise de 10 ensaios clínicos randomizados que avaliaram as alterações em biomarcadores inflamatórios em adultos sem Diabetes que utilizavam GLP-1. A alteração na proteína C-reativa de alta sensibilidade (PCR-as) foi o desfecho primário.

Foram incluídos 23.652 adultos nos ensaios clínicos. Aqueles que receberam terapia baseada em incretinas apresentaram uma redução 45% maior nos níveis de hsCRP em comparação com aqueles que receberam placebo (P < 0,0001).

Houve heterogeneidade significativa (I^2 = 71,1%) nos resultados, que, segundo Torres-Chávez, foi totalmente explicada pelo fenótipo clínico .

“Foi realmente interessante ver que o fenótipo clínico explicava completamente as diferenças que observamos entre os estudos”, disse Torres-Chávez. “Quando analisamos mais detalhadamente se os pacientes apresentavam condições relacionadas à obesidade, insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada ou doença cardiovascular estabelecida, as diferenças entre os estudos desapareceram completamente. Isso sugere que a resposta anti-inflamatória pode ser prevista com base na condição subjacente do paciente, o que é bastante encorajador.”

Adultos com obesidade e comorbidades relacionadas ao peso apresentaram uma redução 48% maior nos níveis de proteína C-reativa de alta sensibilidade (PCR-as) com terapia baseada em incretinas em comparação com o placebo. Aqueles com insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada (ICFEp) que receberam semaglutida ou tirzepatida apresentaram uma redução 38% maior nos níveis de PCR-as do que aqueles que receberam placebo. Da mesma forma, adultos com doença cardiovascular estabelecida apresentaram uma redução 38% maior nos níveis de PCR-as se receberam um medicamento baseado em incretinas em comparação com o placebo.

Não houve diferença na alteração da proteína C-reativa de alta sensibilidade (hsCRP) quando a semaglutida foi comparada com a tirzepatida. Torres-Chávez afirmou que a ausência de diferença entre os medicamentos "levanta algumas questões intrigantes" sobre se o agonismo do polipeptídeo insulinotrópico dependente de

glicose observado na tirzepatida tem impacto nos marcadores anti-inflamatórios.

Torres-Chávez afirmou que a principal questão daqui para frente é determinar se a alteração nos níveis de hsCRP é causada pela medicação ou pela própria perda de peso. Ele acrescentou que mais pesquisas são necessárias para examinar como os medicamentos à base de incretinas afetam outros biomarcadores inflamatórios.

“Estudos de longo prazo são importantes para verificar se os efeitos anti-inflamatórios persistem e se levam a reduções reais em eventos cardiovasculares por meio dessas vias específicas da inflamação”, disse Torres-Chávez.

Fonte:
Torres-Chávez MC, et al. Efeitos dos agonistas do receptor GLP-1 na proteína C-reativa de alta sensibilidade em adultos sem Diabetes: uma metanálise de ensaios clínicos randomizados. Apresentado no Congresso Internacional sobre Obesidade; 15 a 17 de julho de 2026; Cidade do México.

05 - OBESIDADE: NOVAS DEFINIÇÕES E IMPLICAÇÕES PRÁTICAS A CONHECER

Recentemente, o painel de especialistas em obesidade da revista The Lancet Diabetes & Endocrinology dividiu os diagnósticos de obesidade em obesidade clínica e obesidade pré-clínica.

O painel definiu obesidade clínica como uma doença crônica com disfunção ativa de órgãos ou tecidos ou como uma limitação funcional (incapacidade de realizar atividades da vida diária) causada pelo excesso de adiposidade, enquanto obesidade pré-clínica.

A adiposidade é definida como a presença de excesso de gordura sem disfunção atual, mas com alto risco futuro. Essa estrutura muda o foco das simples medições do índice de massa corporal (IMC) para a identificação de quando a gordura causa danos funcionais. Além disso, a estrutura representa um esforço significativo para abordar as limitações do uso do IMC como única medida antropométrica para diagnóstico, para distinguir entre indivíduos com excesso de adiposidade que apresentam função orgânica normal ou comprovadamente anormal e para direcionar intervenções de forma mais explícita para aqueles com maior risco.

A menos que o IMC seja igual ou superior a 40, o painel recomenda uma segunda medida antropométrica para estabelecer o excesso de adiposidade (obesidade), como a relação cintura-estatura superior a 0,5, a relação cintura-quadril superior a 0,90 em homens e 0,85 em mulheres, a circunferência da cintura superior a 40 polegadas em homens e 35 polegadas em mulheres, ou a medição direta (quando disponível) da massa de gordura subcutânea e abdominal/intra-hepática por tomografia computadorizada, ressonância magnética, absorciometria de raios X de dupla energia ou pesagem hidrostática.

Assim, para pacientes com IMC inferior a 40, o diagnóstico de obesidade em geral requer um IMC de 30 ou mais, além de pelo menos uma medida anormal adicional.

Para demonstrar disfunção orgânica/tecidual e estabelecer a obesidade clínica, o painel inclui 18 diagnósticos para adultos e 13 para crianças. Estes incluem hipertensão, insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada, fibrilação atrial, doença hepática gordurosa não alcoólica com fibrose, apneia/hipopneia obstrutiva, microalbuminúria com redução da taxa de filtração glomerular (doença renal), incontinência urinária, síndrome dos ovários policísticos, dor crônica/grave no joelho e no quadril, e a combinação de hiperglicemia, nível elevado de triglicerídeos e baixo nível de colesterol HDL (3 dos 5 critérios para síndrome metabólica [SM], sendo os outros hipertensão e obesidade abdominal).

É importante notar — e de forma controversa — que o Diabetes tipo 2 (DM2) não é reconhecido como uma consequência funcional da obesidade clínica.

A Sociedade de Endocrinologia criticou a estrutura da comissão da Lancet por vários motivos, incluindo a dificuldade prática de comprovar que a disfunção orgânica é causada diretamente pelo excesso de gordura, o que poderia atrasar intervenções oportunas para o controle do peso; a exclusão do Diabetes tipo 2 da lista de disfunções orgânicas induzidas pela obesidade; e a falta de padronização e precisão entre as medidas antropométricas de adiposidade na maioria dos serviços de atenção primária.[2] De forma incisiva, argumentam que a avaliação rotineira da disfunção orgânica ou das limitações funcionais excede a capacidade da maioria dos serviços de atenção primária e que, como avaliações diagnósticas detalhadas muitas vezes não estão disponíveis em locais que atendem populações de baixa renda, rurais e minorias raciais e étnicas, esses critérios rigorosos correm o risco de agravar as disparidades existentes no acesso à saúde.

O autor principal da declaração de posicionamento da Lancet respondeu às críticas da Sociedade de Endocrinologia sobre a exclusão do Diabetes tipo 2 com a seguinte réplica: “A sugestão de que o Diabetes deva ser um critério para o diagnóstico de obesidade clínica pode ser o erro mais revelador do artigo (Muniyappa et al). As doenças são definidas para identificar entidades distintas. Elas não incorporam outras doenças independentes como seus próprios critérios diagnósticos.” [3]

Na minha opinião, essa distinção não faz diferença. Sobrepeso e obesidade são os fatores de risco mais importantes para o Diabetes tipo 2, apesar da miríade de outras influências genéticas e ambientais envolvidas na patogênese da doença.

Os componentes da síndrome metabólica são ignorados pela comissão da Lancet , embora pacientes diagnosticados com síndrome metabólica e obesidade por um ou mais critérios sejam invariavelmente classificados como portadores de obesidade clínica.

Curiosamente, a perda de visão, pelo menos em parte atribuível ao excesso de peso corporal (a comissão cita especificamente o aumento da pressão intracraniana associado à perda de visão), é outro critério independente mencionado pela comissão da Lancet como disfunção orgânica/tecidual que constitui obesidade clínica. É certo que muitos pacientes com excesso de peso corporal são diagnosticados com doenças oculares associadas ao peso, mas não podemos ter certeza de que, para qualquer paciente específico com qualquer diagnóstico ocular (incluindo pseudotumor cerebral), a obesidade seja a causa.

Isso me parece uma flagrante inconsistência lógica em relação à exclusão do Diabetes tipo 2.

O que me parece um desenvolvimento positivo deste relatório é a retomada da discussão sobre a inadequação do IMC isoladamente, bem como o foco crescente em ajudar aqueles com disfunção orgânica preexistente fortemente associada à obesidade (Diabetes e prevenção de complicações associadas à obesidade à parte). Em termos práticos, uma melhor avaliação do excesso de adiposidade e suas complicações permite que os médicos adaptem terapias individualizadas para pacientes específicos, como as propostas pelo Centro Ciccarone para a Prevenção de Doenças Cardiovasculares da Johns Hopkins.

Essas medidas incluem a comparação individual das métricas do paciente com as normas geográficas/regionais específicas para o IMC e a circunferência da cintura (fáceis de medir e padronizar em praticamente qualquer contexto); um déficit calórico de 500 a 700 kcal por dia, utilizando dietas sustentáveis à base de plantas; 150 minutos/75 minutos semanais de atividade física moderada/vigorosa; dosagens de lipídios/glicemia, considerando o ecocardiograma; e o uso de incretinas (agonistas do receptor do peptídeo semelhante ao glucagon-1/peptídeo

insulinotrópico de glicose) para aqueles com maior risco (insuficiência cardíaca ou doença cardiovascular aterosclerótica).

É claro que essas recomendações não reduzem explicitamente as disparidades na saúde geradas por um sistema econômico que prioriza o acúmulo infinito de riqueza e ativos e a personalidade jurídica das corporações em detrimento das necessidades da população em geral, mas deixarei isso para outra coluna.

Fonte:
https://www.optometrytimes.com/view/new-definitions-and-practical-implications-for-obesity■