

CASEBOOK MVR · CASOS REAIS COMENTADOS

OBESIDADE

CASOS REAIS DO GRUPO, COMENTADOS PELO DR. STAAK

31 casos · com evidência e ressalva legal · da Formação Medicina da Vida Real

Aviso: casos reais anonimizados, uso educativo. A conduta é individual e de responsabilidade do prescritor, não substitui julgamento clínico. As ressalvas indicam limites de lei e da Resolução CFM 2.333/2023. Dr. Marcos Staak Jr · CRM-SC 17642.

A regra que precede toda dieta: nunca abaixo do gasto basal

APRESENTAÇÃO

Relato trazido ao grupo de uma clinica que vendia aplicacoes de tirzepatida acompanhadas de um mesmo plano alimentar fixo para todos os pacientes, com total de 900 kcal por dia. Contexto recorrente entre os colegas: cortar calorias de forma agressiva para acelerar o emagrecimento, sem medir o gasto energetico.

A QUESTÃO

Pode-se prescrever uma dieta de 900 kcal, ou qualquer dieta abaixo do gasto metabolico basal, para acelerar a perda de peso?

CONDUTA DO DR. STAAK

Nunca. Para Dr. Staak, o gasto basal e o piso energetico que mantem tecido metabolicamente ativo. Sustentar a ingestao abaixo dele faz o corpo descartar massa magra para reduzir o gasto ate o nivel ofertado: cai a secrecao hormonal, a tireoide desregula (queda de T3), sobrevivem preguiça e perda de vitalidade, e o emagrecimento estagna por adaptacao metabolica. Regra pratica: deficit moderado, tipicamente 300 a 500 kcal sobre o gasto diario total, nunca abaixo da taxa metabolica basal. Um plano unico de 900 kcal para todos ignora a individualidade biologica e fabrica obesidade sarcopenica. O gasto esperado e da ordem de 20 a 40 kcal/kg de peso, mas pode ser bem menor, sobretudo em mulheres com historico de restricao, por isso a preferencia por medir com calorimetria indireta em vez de presumir pela formula.

EVIDÊNCIA

Termogenese adaptativa persistente apos emagrecimento (taxa metabolica de repouso ~500 kcal/dia abaixo do previsto mesmo apos reganho): Fothergill E, et al. Persistent metabolic adaptation 6 years after The Biggest Loser competition. Obesity (Silver Spring). 2016;24(8):1612-1619. doi:[10.1002/oby.21538](https://doi.org/10.1002/oby.21538) (PMID 27136388).

RESSALVA LEGAL / CFM

Prescrever dieta abaixo do gasto basal e conduta condenavel, ainda que difundida. O plano alimentar unico e generico atrelado a venda de farmaco (900 kcal para todos) desatende a individualizacao e o dever de avaliacao clinica; a farmacoterapia nao substitui a prescricao dietetica individualizada.

Grupo Formacao MVR [2025-09-05]

OBESIDADE

Análogo de GLP-1 e doença de retina: o que de fato existe

APRESENTAÇÃO

Homem, 70 anos, obesidade grau II, fibrilacao atrial permanente e SAOS, portador de retinose pigmentar, receoso de iniciar análogo de GLP-1 porque o oftalmologista levantou duvida sobre efeitos visuais. Revisao do colega nao achou contraindicacao formal entre GLP-1 e retinose pigmentar.

A QUESTÃO

Ha relacao entre análogo de GLP-1 e retinose pigmentar ou outra doenca degenerativa da retina?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak esclareceu que nao ha relacao com a retinose pigmentar. O que se observou foram casos de aceleracao da retinopatia diabetica em uso de semaglutida. O American College of Cardiology recomenda exame oftalmológico antes de iniciar agonista de GLP-1 em pacientes com diabetes e retinopatia proliferativa, mas nao ha recomendacao especifica para doencas degenerativas da retina como a retinose pigmentar. Ou seja, o sinal de seguranca e especifico da retinopatia diabetica, provavelmente ligado a queda glicemica rapida, nao se estende a degeneracao retiniana nao diabetica e nao contraindica o tratamento nesse paciente.

EVIDÊNCIA

Sinal de complicacoes de retinopatia diabetica com semaglutida no SUSTAIN-6 (HR 1,76; IC95% 1,11 a 2,78; P=0,02): Marso SP, et al. Semaglutide and Cardiovascular Outcomes in Patients with Type 2 Diabetes. N Engl J Med. 2016;375(19):1834-1844. doi:[10.1056/NEJMoa1607141](https://doi.org/10.1056/NEJMoa1607141) (PMID 27633186).

Grupo Formacao MVR [2025-09-13]

OBESIDADE

Compulsao alimentar, topiramato em dose alta e o excesso de diagnosticos

APRESENTAÇÃO

Mulher, 27 anos, em busca de emagrecimento, com transtorno da compulsao alimentar periodica (padrao beliscador) e tracos de dismorfia corporal (desejava corpo muito magro). Rotulada com borderline e em uso de varios psicotropicicos, entre eles topiramato 300 mg. TSH 2,3, T4 0,8, antitireoglobulina discretamente elevada, prolactina 47,5 sem macroprolactina. O psiquiatra queria desmamar o topiramato (que julgava alto); a paciente estava resistente.

A QUESTÃO

Desmamar o topiramato de 300 mg? Mexer na tireoide e na prolactina? Como conduzir a compulsao?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak ponderou que topiramato para TCAP pode chegar a 400 mg/dia, ou seja, 300 mg esta dentro da faixa terapeutica; se a paciente esta adaptada e bem, nao via sentido na troca. Considerou extremamente improvavel ela ter tres diagnosticos psiquiatricos simultaneos, um deles transtorno de personalidade, que alias nao e tratavel com farmacoterapia. Ficou receoso com essas condutas e com o psiquiatra, e orientou buscar outra opiniao o quanto antes. TSH e T4 na referencia pedem apenas repeticao, nao levotiroxina; a prolactina deve ser reavaliada considerando psicotropicicos que a elevam. A base da compulsao e psicoterapia, sobretudo terapia cognitivo-comportamental.

EVIDÊNCIA

Unico farmaco aprovado especificamente para TCAP moderado a grave e a lisdexanfetamina: McElroy SL, et al. Lisdexamfetamine for Adults with Binge-Eating Disorder. JAMA Psychiatry. 2015;72(3):235-246. doi:[10.1001/jamapsychiatry.2014.2162](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.2162) (PMID 25587645).

RESSALVA LEGAL / CFM

Topiramato para TCAP e emagrecimento e uso off-label (documentar, teratogenico). Nao desmamar esquema psiquiatrico estavel e eficaz sem articular com o prescriptor. Transtorno de personalidade nao se resolve com farmacoterapia; rotulos multiplos e polifarmacia merecem revisao diagnostica antes de novas prescricoes.

Grupo Formacao MVR [2023-07-12]

OBESIDADE

Desmame de tirzepatida: manter dose minima ou suspender

APRESENTAÇÃO

Homem, 28 anos, 1,86 m, ex-atleta de judo, com durateston por 2 anos (2023-2024) e eixo restabelecido nos exames recentes. Em uso de tirzepatida ha meses (118 para 105 kg), subindo a dose por conta ate 7,5 mg por estagnacao. Sem acompanhamento nutricional formal, dieta hipocalorica referida, 4 treinos/semana com cardio. Exames: FSH 2,2, LH 3,85, TSH 0,68, testo total 5,67 ng/mL, testo livre 7,277. Pergunta como fazer um desmame seguro visando os efeitos de retirada.

A QUESTÃO

Como conduzir o desmame da tirzepatida com seguranca?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak: o receio e que ele tenha restringido a alimentacao por causa do farmaco, sem mudanca comportamental real, e que o desmame o faca voltar ao padrao anterior com reganho. O que faz na pratica e desmame mensal, reduzindo um patamar por mes (4 semanas em 5,0 mg, 4 semanas em 2,5 mg e interrompe). Entretanto, vem achando interessante a estrategia de manter dose minima (2,5 mg/semana) em vez de suspender, porque pacientes seus que usaram semaglutida tiveram reganho ao longo de mais de 1 ano apos a interrupcao e menor eficacia no retratamento. Como a obesidade e doenca cronica, a farmacoterapia tende a ser continua; nao ha um certo ou errado absoluto.

EVIDÊNCIA

Apos suspender semaglutida ha reganho de cerca de dois tercos da perda em 1 ano, proporcional ao perdido: Wilding JPH, et al. (STEP 1, extensao) Diabetes Obes Metab 2022;24(8):1553-1564. doi:[10.1111/dom.14725](https://doi.org/10.1111/dom.14725), PMID 35441470 · Semaglutida e tirzepatida reganham mais que liraglutida: Berg S, et al. Obes Rev 2025. doi:[10.1111/obr.13929](https://doi.org/10.1111/obr.13929), PMID 40186344

RESSALVA LEGAL / CFM

Tirzepatida manipulada tem zona cinzenta regulatoria (Notas Tecnicas ANVISA 2024-2025); preferir apresentacao com registro e prescrever com criterio clinico, nao comercial.

Grupo Formacao MVR [2025-10-10]

OBESIDADE

Dieta muito agressiva em paciente com SAAF e AVC previo

APRESENTAÇÃO

Paciente feminina com síndrome antifosfolípide e AVC previo, em emagrecimento com análogo de GLP-1, conduzida com meta de perda de 0,5 a 1 kg por semana, pesagem semanal e ajuste de macros quando há perda de massa muscular. Não se usou hormônio por causa da SAAF e do AVC.

A QUESTÃO

Esse ritmo de perda de peso é adequado?

CONDUTA DO DR. STAACK

Dr. Staack: 1 kg por semana equivale a cerca de 1000 kcal de déficit por dia, o que é bem agressivo e caracteriza uma dieta de muito baixa caloria (VLCD). A recomendação é manter VLCD por no máximo 6 a 8 semanas. Parte da perda ali provavelmente veio de o fármaco ter bloqueado demais o apetite, levando a ingestão muito baixa (600 a 800 kcal), o que não tem muito fundamento como estratégia planejada e não deu bom resultado. Ajustar para déficit sustentável com preservação de massa magra.

EVIDÊNCIA

Dietas de muito baixa caloria devem ser limitadas no tempo (cerca de 6 a 8 semanas) sob supervisão; déficit de 1000 kcal/dia (aproximadamente 1 kg/semana) é agressivo. Análogos de GLP-1 são terapia de doença crônica: Wilding JPH, et al. (STEP 1) *N Engl J Med* 2021;384:989. doi:[10.1056/NEJMoa2032183](https://doi.org/10.1056/NEJMoa2032183), PMID 33567185

RESSALVA LEGAL / CFM

Não usar EAA em paciente com SAAF e AVC previo (risco trombotico proibitivo) foi decisão correta. GLP-1 em paciente de alto risco exige monitoração próxima.

Grupo Formação MVR [2025-07-03]

OBESIDADE

DM1 com dificuldade de emagrecer, insulina e prescrição calórica

APRESENTAÇÃO

Mulher, 48 anos, 72 kg, 1,60 m, IMC 28. DM tipo 1 há 34 anos (1 episódio de cetoacidose), depressão e ansiedade em uso de fluoxetina. Insulina NPH 10 UI à noite e rápida por contagem de carboidratos. Queixa de dificuldade de perda de peso, libido baixa e indisposição, com gordura em baixo ventre e flancos e cintura de 80 cm. Dieta de 2000 kcal, treina 3x/semana. Glicada 7,8, vitamina D 26, creatinina 1, lipidograma normal. Em uso de anticoncepcional (etinilestradiol e drospirenona), substituído por DIU de cobre.

A QUESTÃO

Como destravar o emagrecimento nessa paciente com DM1?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak troca o esquema de insulina: NPH bedtime com correções ao longo do dia gera glicada mais alta e, pelos picos, piora a gordura visceral; prefere uma ultralenta pela manhã. Prescrição calórica de 20 a 22 kcal/kg de peso pensando em emagrecimento, com acompanhamento nutricional próximo e cuidado para não cair abaixo do gasto energético de repouso. Se associar análogo de GLP-1, seguimento ainda mais estreito.

EVIDÊNCIA

Ingestão próxima de 22 kcal/kg em restrição (referência compartilhada pelo próprio Dr. Staak): Am J Clin Nutr. 1989. doi:[10.1093/ajcn/49.1.86](#) (PMID 2912015). Prescrição de 25 kcal/kg de peso ideal frequentemente fica abaixo do gasto de repouso no diabético (não subdosar): J Diabetes Investig. 2019. doi:[10.1111/jdi.13167](#) (PMID 31659860).

RESSALVA LEGAL / CFM

Análogo de GLP-1 no DM1 é off-label (não aprovado, risco de cetoacidose), exige consentimento e monitoramento. Ajustar insulina com cautela e acompanhamento próximo.

Grupo Formação MVR [2021-12-05]

Emagreceu, desmamou a semaglutida, mas não ganha músculo

APRESENTAÇÃO

Paciente que emagreceu quase 15 kg em 8 meses e teve a semaglutida desmamada, com dieta progredida, mas não ganha massa muscular apesar de treinar e suplementar. Faz uso de AAS (ácido acetilsalicílico, aspirina) 100 mg/dia por síndrome do anticorpo antifosfolípide, com AVC prévio sem sequelas. Peso ainda em queda, dieta atual de 1800 kcal. Colega perguntou se a aspirina poderia estar interferindo.

A QUESTÃO

A aspirina explica a ausência de ganho muscular?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak descartou a aspirina. Não há como tudo estar alinhado para um mesmo objetivo e sendo de fato executado sem haver evolução no sentido proposto. As hipóteses reais são aporte calórico baixo, carboidrato inadequado, periodização de treino incorreta, intensidade baixa, volume mal calculado (muito baixo ou muito alto), ou a pessoa não seguiu o que foi proposto. Ponto decisivo: com o peso ainda caindo não há superávit, e sem superávit calórico não há hipertrofia. O erro é procurar um culpado exótico (a medicação, a aspirina) em vez de revisar o básico, ou seja, balanço energético e treino.

EVIDÊNCIA

Conduta Dr. Staak [2025-07-03]: princípio de balanço energético, a hipertrofia exige superávit calórico e estímulo de treino resistido progressivo, e peso em queda indica déficit, incompatível com ganho de massa. Preservação e ganho de massa magra dependem de aporte proteico e treino resistido: Batsis JA, et al. Ann Intern Med. 2026. doi:[10.7326/ANNALS-25-00478](https://doi.org/10.7326/ANNALS-25-00478) (PMID 41996180).

Grupo Formação MVR [2025-07-03]

OBESIDADE

Escalonar a semaglutida e a dose mínima clinicamente efetiva

APRESENTAÇÃO

Mulher com obesidade, pre-diabetes e hipertrigliceridemia, iniciou dieta e musculação. Colega prescreveu semaglutida (Ozempic) 0,25 mg/semana e perguntou se ela pode progredir a dose.

A QUESTÃO

Ate onde progredir a semaglutida, e a partir de que dose ela começa a agir?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak orientou progredir pelo menos até 0,5 mg/semana, que é a dose mínima clinicamente efetiva (a de 0,25 mg é fase de adaptação, não terapêutica). Considerou o quadro (obesidade mais pre-diabetes mais dislipidemia) excelente para progressão do tratamento medicamentoso e combinação de fármacos. O modelo de escalonamento segue o desenho do estudo: 0,25 mg/semana por 4 semanas, depois 0,5, 1,0, 1,7 e 2,4 mg, subindo a cada 4 semanas até a manutenção de 2,4 mg por volta da semana 16, parando na menor dose eficaz tolerada se o colateral for inaceitável.

EVIDÊNCIA

Wilding JPH, et al. Once-Weekly Semaglutide in Adults with Overweight or Obesity (STEP 1). N Engl J Med. 2021;384(11):989-1002. doi:[10.1056/NEJMoa2032183](https://doi.org/10.1056/NEJMoa2032183) (PMID 33567185).

RESSALVA LEGAL / CFM

Ozempic tem rotulo para diabetes tipo 2; para tratamento da obesidade o rotulo específico é o Wegovy (semaglutida 2,4 mg). Usar Ozempic com finalidade primária de emagrecimento em não diabético é off-label, aceitável com indicação clínica documentada, mas registrar em prontuário.

Grupo Formação MVR [2021-06-02]

OBESIDADE

Farmacoterapia da obesidade: análogo de GLP-1 em primeira linha

APRESENTAÇÃO

Colega apresenta paciente bem acima do peso, consciente do problema e querendo emagrecer, após ter recebido de outro profissional uma prescrição com várias medicações de eficácia ruim (uma tentativa de imitar o contrave).

A QUESTÃO

Qual a base racional da farmacoterapia da obesidade nessa paciente?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak: primeiro, um bom nutricionista. Na farmacoterapia, os análogos de GLP-1 são primeira linha, com semaglutida (Wegovy) para esse fim; a associação bupropiona com naltrexona (contrave) pode ser opção conforme o perfil. Depois disso, o restante tem eficácia ruim e costuma ser desnecessário com boa condução nutricional e de treino. E marcou o pulo do gato: distinguir a paciente que entende o problema e quer emagrecer daquela que quer ser emagrecida, porque isso define a adesão e o resultado.

EVIDÊNCIA

Wilding JPH, et al. STEP 1. N Engl J Med 2021;384(11):989-1002. PMID 33567185. doi:[10.1056/NEJMoa2032183](https://doi.org/10.1056/NEJMoa2032183) (semaglutida 2,4 mg, perda de cerca de 12 a 15%). Moreira RO, et al. ABESO/SBEM 2024. Arch Endocrinol Metab. PMID 39664998. doi:[10.20945/2359-4292-2024-0422](https://doi.org/10.20945/2359-4292-2024-0422) (posição brasileira sobre farmacoterapia da obesidade, incluindo bupropiona/naltrexona).

Grupo Formação MVR [2024-08-09]

OBESIDADE

Farmacoterapia oral quando o analogo de GLP-1 nao cabe no bolso

APRESENTAÇÃO

Paciente com limitacao financeira (nao conseguiu comprar o analogo de GLP-1), ansiosa para emagrecer antes do casamento em tres meses. Colega iniciou topiramato, com alguma melhora da fome, e cogitou associar bupropiona.

A QUESTÃO

Como usar topiramato e bupropiona para emagrecimento, e da para associar os dois?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak detalhou os esquemas. Bupropiona: 150 mg pela manha por 2 semanas, a partir da 3a semana 300 mg, preferindo a formulacao de liberacao controlada (Wellbutrin XL); se usar apresentacao nao controlada, 150 mg pela manha e a segunda dose antes das 15 h, pela insonia comum. Topiramato: comecar 25 mg a noite, aumentar 25 mg por semana ate 100 mg, mantendo a noite; acima disso, incrementos de 25 mg por vez conforme tolerancia, ate no maximo 400 mg/dia. Pode associar os dois. Ressalvou que naltrexona/bupropiona nao e primeira linha na obesidade e que, havendo acesso ao analogo de GLP-1, nao ve motivo para associar bup mais naltrexona, porque o GLP-1 entrega perda de peso muito maior e associar so aumentaria colateral.

EVIDÊNCIA

Naltrexona/bupropiona no programa COR: Apovian CM, et al. Obesity (Silver Spring). 2013;21(5):935-943. doi:[10.1002/oby.20309](#) (PMID 23408728). Fentermina/topiramato ER, magnitude de perda: Garvey WT, et al. Diabetes Care. 2017;40(6):856-862. doi:[10.2337/dc17-0088](#) (PMID 28455281).

RESSALVA LEGAL / CFM

Topiramato e agente off-label para compulsao alimentar e emagrecimento (aprovado como antiepileptico e para enxaqueca): sinalizar off-label, obter consentimento e documentar. E teratogenico (fenda orofacial), exige contracepcao eficaz e exclusao de gravidez, atencao redobrada em paciente que planeja casar ou engravidar. Bupropiona tem teto de 400 mg/dia; contraindicada em epilepsia, transtorno alimentar com purgacao e uso de opioide.

Grupo Formacao MVR [2022-03-25]

OBESIDADE

Fracionar tirzepatida importada em subdose: nao faz sentido

APRESENTAÇÃO

Paciente comprou tirzepatida (mounjaro) 15 mg trazida do exterior, caneta com 4 doses, e vem aplicando cerca de 18 cliques (subdose fracionada), tendo perdido 4 kg de gordura em 40 dias. Diz que vai continuar assim para diluir o custo.

A QUESTÃO

Faz sentido usar uma medicacao superior em subdose fracionada para economizar?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak: nao ve sentido em usar uma medicacao superior em subdose. Se o paciente vai subdosar, entao que use o que esta disponivel em dose adequada (dose maxima do que da para fazer corretamente). Ressaltou que ainda nao tinha familiaridade com o farmaco a epoca, ate porque nao estava disponivel legalmente no pais; a logica, porem, e clara: subdosar joga fora a vantagem da droga e nao entrega o efeito esperado.

EVIDÊNCIA

Jastreboff AM, et al. SURMOUNT-1. N Engl J Med 2022;387(3):205-216. PMID 35658024. doi:[10.1056/NEJMoa2206038](https://doi.org/10.1056/NEJMoa2206038) (tirzepatida com eficacia dose-dependente: -15,0% em 5 mg a -20,9% em 15 mg; subdose entrega menos).

RESSALVA LEGAL / CFM

A tirzepatida nao estava disponivel legalmente no Brasil a epoca; uso de produto importado por conta propria e fora de rotulo aprovado exige cautela regulatoria e documentacao. Orientar dose e via corretas quando houver indicacao formal.

Grupo Formacao MVR [2024-08-26]

OBESIDADE

GLP-1 e ciclo como muleta para quem nao faz o basico

APRESENTAÇÃO

Homem com IMC acima de 27 e varias tentativas de dieta falhas, nao obeso, com disfuncao renal. Perguntou ao medico se eventualmente poderia fazer um ciclo. O medico cogitava dieta associada a semaglutida (por nao ver problema na disfuncao renal) e, depois de secar, pensar em algo mais.

A QUESTÃO

Indico semaglutida por IMC acima de 27 mais dietas falhas? E ciclo em paciente com disfuncao renal?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak nao inicia farmaco (nem GLP-1 nem ciclo) enquanto o paciente nao mostra que faz o que precisa ser feito. Nao considera justificativa para farmaco a incapacidade de seguir um plano alimentar por excesso de fugas, e enquadra o caso nao como tratamento de obesidade, e sim como alguem que simplesmente nao segue dieta. A posicao dele: o paciente tem que merecer a prescricao, e dar uma muleta farmacologica para o sujeito seguir uma dieta e evitar o basico. Sobre a disfuncao renal, admite que ate daria para tentar um ciclo com monitoracao (exames frequentes e retirada da droga a qualquer alteracao), mas mantem que farmaco de emagrecimento nao entra antes de o paciente cumprir a base.

EVIDÊNCIA

Farmacoterapia da obesidade tem indicacao por criterio (IMC e comorbidade) associada a mudanca de estilo de vida, nao como substituto do basico: Moreira RO, et al. ABESO/SBEM. Arch Endocrinol Metab. 2024. doi:[10.20945/2359-4292-2024-0422](https://doi.org/10.20945/2359-4292-2024-0422) (PMID 39664998). Subrelato alimentar frequente mascara a real adesao (subrelato medio de 47%): Lichtman SW, et al. N Engl J Med. 1992. doi:[10.1056/NEJM199212313272701](https://doi.org/10.1056/NEJM199212313272701) (PMID 1454084).

RESSALVA LEGAL / CFM

EAA para estetica ou ganho de massa e vedado pela Resolucao CFM 2.333/2023; ciclar por vontade do paciente nao e indicacao clinica. Tentar ciclo em disfuncao renal, mesmo monitorado, e de alto risco e deve ceder ao tratamento da causa. GLP-1 exige indicacao formal, nao e muleta comportamental.

Grupo Formação MVR [2022-03-22]

OBESIDADE

Gordura localizada refratária: dieta e paciência, não lipolítico

APRESENTAÇÃO

Homem natural (sem EAA), testosterona 450, treino intenso e 5 refeições ao dia, com queixa de gordura na cintura pélvica refratária a aeróbio diário. Em 4 meses de acompanhamento reduziu 2,5 cm na cintura e melhorou pregas. Pergunta sobre injetáveis liporedutores.

A QUESTÃO

Injetável liporedutor resolve a gordura localizada refratária?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak: para resolver isso é dieta e paciência, não tem mágica. Não existe redução localizada de gordura (spot reduction) por estímulo local, seja treino ou injetável: a mobilização de gordura é sistêmica e depende de déficit calórico sustentado. O paciente já vinha evoluindo (2,5 cm e melhora de pregas em 4 meses), o que confirma que o caminho é manter dieta e treino. Liporedutor injetável sem déficit calórico associado só gasta dinheiro.

EVIDÊNCIA

Kostek MA, et al. Subcutaneous fat alterations resulting from an upper-body resistance training program. Med Sci Sports Exerc 2007;39(7):1177-85. PMID 17596787 (sem redução localizada de gordura no braço treinado) · Paoli A, et al. Effect of Mixed Circuit Training on Regional Fat Thickness: The Quest for the Spot Reduction. Int J Environ Res Public Health 2021;18(7):3845. PMID 33917584. doi:[10.3390/ijerph18073845](https://doi.org/10.3390/ijerph18073845).

Grupo Formação MVR [2022-10-25]

OBESIDADE

Homem jovem que nunca fez dieta: a medicacao nao e o primeiro passo

APRESENTAÇÃO

Homem, 24 anos, 108 kg, 1,85 m, esteatose hepática moderada, triglicerídeos 351 mg/dL, LDL e HDL normais, glicemia 70 mg/dL. Nunca fez dieta nem praticou exercício, sem história familiar de obesidade, quer perder peso e mudar de estilo de vida. Colega perguntou o que usar além da mudança de estilo de vida.

A QUESTÃO

Que farmaco associar a mudança de estilo de vida nesse paciente?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak respondeu Nada. Encaminhar a nutricionista e treinador, solicitar os demais exames e conduzir a mudança de estilo de vida. Em quem nunca dietou nem treinou não há indicação de farmacoterapia de emagrecimento de partida: o potencial de resposta ao básico bem feito é grande e ainda não foi explorado. A esteatose e a hipertrigliceridemia tendem a melhorar com a perda de peso pelo próprio estilo de vida. Medicação antes de tentar o básico é queimar etapa e recurso.

EVIDÊNCIA

Diretriz brasileira de tratamento farmacológico da obesidade (ABESO/SBEM): a farmacoterapia é adjuvante à mudança de estilo de vida e reservada a critérios de IMC e comorbidade, não substitui a intervenção comportamental de base. Moreira RO, et al. Arch Endocrinol Metab. 2024. doi:[10.20945/2359-4292-2024-0422](https://doi.org/10.20945/2359-4292-2024-0422) (PMID 39664998).

Grupo Formação MVR [2022-07-14]

Humor deprimido na tirzepatida e a armadilha dos pellets

APRESENTAÇÃO

Homem, 32 anos, queixa de impotencia sexual, queda capilar e picos de tristeza, chorou na consulta. Usou cipionato/testosterona base semanal por cerca de 2 anos, parou ha 5 meses, e fez implante de 5 pellets de testosterona (200 mg), 1 de tadalafila (50 mg) e 1 de metformina (100 mg). Em uso de tirzepatida 10 mg/semana, com perda de 23 kg desde entao.

A QUESTÃO

A que atribuir o quadro de tristeza e as queixas, e o que pensar do implante?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak ponderou que faltam dados para avaliar por completo, mas que, a primeira vista, a queixa se relaciona a restricao calorica: relatou estar com praticamente 100% dos pacientes em uso de tirzepatida com humor deprimido, ligado ao deficit e a magnitude da perda. A leitura clinica pratica: antes de escalar investigacao, revisar o aporte calorico de quem perdeu 23 kg em poucos meses sob agonista duplo. O implante de pellets combinando testosterona, tadalafila e metformina e conduta sem respaldo, com dose fixa nao titulavel e associacao sem logica farmacologica.

EVIDÊNCIA

Conduta Dr. Staak [2025-10-07]: humor deprimido observado sob restricao calorica intensa com agonista de incretina. Perda de massa magra e magnitude de perda com esses farmacos, que sustentam o deficit e a repercussao sobre energia e humor: Batsis JA, et al. Ann Intern Med. 2026. doi:[10.7326/ANNALS-25-00478](https://doi.org/10.7326/ANNALS-25-00478) (PMID 41996180).

RESSALVA LEGAL / CFM

Implantes (pellets) combinando testosterona, tadalafila e metformina nao tem respaldo cientifico nem regulatorio: dose fixa nao titulavel e associacao sem racional. Testosterona por implante com finalidade estetica ou de desempenho e vedada pela Resolucao CFM 2.333/2023. Conduta condenavel; o casebook a registra como o que nao fazer.

Grupo Formacao MVR [2025-10-07]

OBESIDADE

Impotencia e humor deprimido no grande emagrecimento, olhar a restricao calorica

APRESENTAÇÃO

Homem, 32 anos, queixa de impotencia sexual, queda capilar e picos de tristeza. Usou cipionato e testosterona base semanal por cerca de 2 anos, parou ha 5 meses, e colocou implante de 5 pellets de testosterona (200 mg), 1 de tadalafila e 1 de metformina. Em uso de tirzepatida 10 mg/semana, com perda de 23 kg. Triglicerides muito baixos (cerca de 4). Nega suplementos, parou o alcool, 4 refeicoes/dia.

A QUESTÃO

Os sintomas vem dos hormonios (progesterona, DHT) ou da restricao calorica?

CONDUTA DO DR. STAACK

O Dr. Staack relaciona a queixa a restricao calorica: relata ter praticamente todos os pacientes em tirzepatida com humor deprimido, e um triglicerides de 4 confirma restricao importante. Alteracoes de progesterona e DHT nao justificam os sintomas e ele nao ve necessidade de solicita-las, porque nao mudam a conduta. O foco e avaliar o caso como um todo e corrigir a baixa disponibilidade energetica, nao perseguir marcadores irrelevantes.

EVIDÊNCIA

Baixa disponibilidade de energia compromete humor, libido e eixo hormonal: Mountjoy M, et al (IOC REDs 2023). Br J Sports Med 2023;57(17):1073-1097. doi:[10.1136/bjsports-2023-106994](https://doi.org/10.1136/bjsports-2023-106994) · PMID 37752011 · Semaglutida associada a sintomas depressivos, evidencia ainda preliminar: Carminati M, et al. Int Clin Psychopharmacol 2025;41(2):77-95. doi:[10.1097/YIC.0000000000000595](https://doi.org/10.1097/YIC.0000000000000595) · PMID 40577093

RESSALVA LEGAL / CFM

Implante com testosterona, tadalafila e metformina em pellets nao tem respaldo e tem liberacao imprevisivel. Reposicao apos uso previo e recuperacao do eixo, nao estetica (CFM 2.333/2023). Nao solicitar nem tratar progesterona ou DHT que nao mudam a conduta.

Grupo Formação MVR [2025-10-07]

OBESIDADE

Inflexibilidade metabólica no obeso sedentário: exercício e dieta

APRESENTAÇÃO

Discussão sobre pacientes com inversão de preferência de substrato em repouso na calorimetria (queimando mais carboidrato que gordura). O grupo pergunta a conduta no obeso ou com sobrepeso que não treina nem faz dieta e apresenta esse padrão.

A QUESTÃO

Qual a conduta na inflexibilidade metabólica do obeso sedentário?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak: em qualquer paciente esse padrão é inflexibilidade metabólica, e a conduta é atividade física com dieta ajustada pelo nutricionista, não um protocolo único. O indivíduo não está oxidando gordura de forma adequada em repouso e depende de glicogênio para gerar energia; exercício (aeróbio mais força, elevando o VO2) e ajuste alimentar melhoram o maquinário enzimático oxidativo. Ivo e Olegário complementam: dieta em geral um pouco mais hiperproteica para emagrecimento, aumento de antioxidantes e fitoquímicos, e reavaliação em torno de 8 semanas, já que reverter o quadro leva cerca de 16 semanas. Não se trata o exame isolado; corrige-se o comportamento.

EVIDÊNCIA

Galgani JE, et al. Metabolic flexibility and insulin resistance. Am J Physiol Endocrinol Metab 2008;295(5):E1009-17. PMID 18765680. doi:[10.1152/ajpendo.90558.2008](https://doi.org/10.1152/ajpendo.90558.2008) · Rynders CA, et al. Sedentary behaviour is a key determinant of metabolic inflexibility. J Physiol 2018;596(8):1319-1330. PMID 28543022. doi:[10.1113/JP273282](https://doi.org/10.1113/JP273282).

Grupo Formação MVR [2023-08-25]

OBESIDADE

Levotiroxina que não absorve após bariátrica e tireoidectomia

APRESENTAÇÃO

Mulher, 29 anos, tireoidectomia total em 2011 por doença nodular benigna e bypass gástrico em 2020. Em levotiroxina 450 mcg em jejum mais liotironina, com TSH 206 e T4 livre 0,09, quadro de má absorção grave. Em ajustes seguintes, com a levotiroxina macerada, o TSH oscilou muito para a mesma faixa de dose.

A QUESTÃO

Como conduzir a reposição tireoidiana quando a paciente não absorve a levotiroxina oral?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak raciocina como síndrome disabsortiva pós-bariátrica somada à ausência total de tireoide, cenário de necessidade alta e absorção errática. A saída prática é macerar ou pulverizar o comprimido, como se faz no hipotireoidismo congênito do lactente, o que melhora a dissolução e a absorção, e titular pelo TSH com paciência, tomada em jejum rigoroso e afastada de cálcio, ferro e inibidor de bomba de prótons. Não há levotiroxina endovenosa nem formulação líquida ou gel disponível no Brasil, então a manipulação da forma de administração é o recurso. A instabilidade obriga controle laboratorial mais frequente até estabilizar.

EVIDÊNCIA

Manejo do hipotireoidismo e alvos de TSH: Alexander EK, et al. 2017 Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease During Pregnancy and the Postpartum. Thyroid 2017;27(3):315-389. doi:[10.1089/thy.2016.0457](https://doi.org/10.1089/thy.2016.0457), PMID 28056690. A má absorção pós-bariátrica de levotiroxina é reconhecida e a maceração do comprimido é técnica prática de contorno.

Grupo Formação MVR [2021-12-07; 2022-02-21]

OBESIDADE

Medicacao como moeda de troca, nao como muleta

APRESENTAÇÃO

Mulher, 25 anos, medica plantonista, ganho de 15 kg apos a formatura, 6 plantoes por semana (24 h de sabado para domingo). Em uso de venlafaxina 187,5 mg, aripiprazol 30 mg/dia e zolpidem 10 mg a noite. TAG, ideacao suicida cinco meses antes (usou litio), compulsao por doce ao chegar do plantao, SOP. Vitamina D 14,1, glicemia 100, TG 127, CT 235, LDL 135, gordura corporal 35,2%, peso 77,6 kg, altura 1,56 m. Sedentaria, matriculada em academia mas desmotivada, nao segue a dieta da nutricionista. Colega cogitou ozempic mais topiramato.

A QUESTÃO

Entrar com analogo de GLP-1 (mais topiramato) resolve, e o aripiprazol piora a compulsao por doce?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak concordou que o analogo pode entrar, mas como moeda de troca, nao como muleta. O receio nesse perfil e o paciente usar a medicacao para continuar fazendo o que ja faz. Ela precisa mudar o estilo de vida, e isso talvez passe por rever a rotina de trabalho, o ponto mais dificil. O farmaco compra tempo e adesao; sem a mudanca de comportamento e de rotina, o resultado nao se sustenta.

EVIDÊNCIA

Obesidade e doenca cronica cujo tratamento depende de intervencao comportamental sustentada; a farmacoterapia e ferramenta e nao substitui a mudanca de estilo de vida. Hall KD, Kahan S. Maintenance of Lost Weight and Long-Term Management of Obesity. Med Clin North Am. 2018;102(1):183-197. doi:[10.1016/j.mcna.2017.08.012](https://doi.org/10.1016/j.mcna.2017.08.012) (PMID 29156185).

RESSALVA LEGAL / CFM

Nao ajustar farmacoterapia psiquiatrica estavel sem articulacao com o psiquiatra assistente. Em paciente com ideacao suicida previa e em uso de multiplos psicotropicos, a decisao de emagrecimento e conjunta e documentada.

Grupo Formacao MVR [2022-07-26]

OBESIDADE

Naltrexona-bupropiona (Contrave) em lactante com filho de 2 anos

APRESENTAÇÃO

Lactante com filho de 2 anos, em avaliação para farmacoterapia de obesidade. Dúvida sobre prescrever naltrexona-bupropiona (Contrave), já que a consulta ao E-lactância não trazia contraindicação absoluta.

A QUESTÃO

Pode-se prescrever naltrexona-bupropiona durante a amamentação de uma criança de 2 anos?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak pondera que aos 2 anos já não há amamentação exclusiva: se o benefício da medicação para a mãe supera o risco, o caminho é desmamar o quanto antes e então usar o fármaco. Traz o alerta de bula: naltrexona, bupropiona e seus metabolitos passam para o leite materno, e por segurança as medicações para emagrecimento não são recomendadas durante a amamentação. A decisão pesa risco de exposição do lactente, benefício da amamentação e benefício do tratamento para a mãe.

EVIDÊNCIA

Wharton S, et al. Obesity in adults: a clinical practice guideline. CMAJ. 2020;192(31):E875-E891. doi:[10.1503/cmaj.191707](https://doi.org/10.1503/cmaj.191707) (farmacoterapia de obesidade não recomendada na amamentação) · dados de excreção de bupropiona e naltrexona no leite materno compilados no LactMed (NIH/NLM).

RESSALVA LEGAL / CFM

Naltrexona-bupropiona na lactação é off-label e a bula desaconselha; a conduta exige consentimento informado e registro em prontuário, com decisão compartilhada sobre o desmame. Não cabe ressalva de CFM 2.333/2023 aqui, pois o uso é para obesidade, indicação lícita.

Grupo Formação MVR [2025-06-24]

OBESIDADE

Não consegue seguir dieta após o ciclo: problema comportamental

APRESENTAÇÃO

Homem, 32 anos, 1,77 m, 97 kg, 16% de gordura. Fez Deposteron 400 mg/semana por 8 semanas com pos-ciclo (choriomon e clomifeno). Ganhou cerca de 10 kg no ciclo e manteve 8 kg após a TPC. Eixo recuperado: testosterona livre 450, LH 10, FSH 14. Queixa de muita fome, dificuldade para reduzir calorias e secar, pedindo ânimo e auxílio. Diz seguir 3000 kcal, mas não pesa os alimentos e parou o acompanhamento com nutricionista porque não conseguia seguir com tanta fome.

A QUESTÃO

Como conduzir a dificuldade de aderir à dieta e secar após o ciclo, com eixo já recuperado?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak desmonta o dado autorreferido: se o paciente não pesa a comida, essas 3000 kcal são furadas e não podem ser levadas em consideração, o plano alimentar está errado. Reenquadra o problema como comportamental, e não farmacológico, encaminhando para psicólogo e nutricionista. Não adianta acrescentar fármaco a uma base alimentar que o paciente não consegue seguir; a intervenção é sobre comportamento e adesão, com acompanhamento estruturado.

EVIDÊNCIA

Relato de ingestão calórica e sistematicamente subestimado por pacientes com dificuldade de emagrecer (subrelato médio de 47%), o que invalida a dieta autorreferida: Lichtman SW, et al. N Engl J Med. 1992;327(27):1893-1898. doi:[10.1056/NEJM199212313272701](https://doi.org/10.1056/NEJM199212313272701) (PMID 1454084).

Grupo Formação MVR [2022-07-29]

OBESIDADE

O perfil que quer ser emagrecida: não prescrever

APRESENTAÇÃO

Mulher, 39 anos, 100 kg, 1,69 m, efeito sanfona (variou de 69 a 123 kg), ganhou 21 kg em 6 meses, muito ansiosa, plantonista noturna todas as noites. Nega doenças. Cirurgias: lipo e mama. Usa venlafaxina 75 mg apenas quando se sente mais ansiosa. Já fez 2 ciclos de oxandrolona por conta própria. Não toma café da manhã nem almoço, primeira refeição no plantão e beliscos a noite toda. Já usou ozempic, saxenda, lorcaserina, termogênicos, efedrina e sibutramina, todos sem acompanhamento e sem sucesso. Exames sem alterações dignas de nota.

A QUESTÃO

Iniciar farmacoterapia para obesidade nesse perfil?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak: não entraria com semaglutida antes do acompanhamento nutricional, ainda mais pelo histórico de uso desordenado. Tem perfil de quem quer ser emagrecida, uso irregular e sem adesão, e para esse perfil ele não prescreve. Corrigir a base (nutrição, sono, uso correto do antidepressivo) antes de qualquer fármaco; sem adesão, trocar ou iniciar medicação não faz sentido.

EVIDÊNCIA

James WP, et al. (SCOUT) Effect of sibutramine on cardiovascular outcomes. N Engl J Med 2010;363(10):905-17. PMID 20818901. doi:[10.1056/NEJMoa1003114](https://doi.org/10.1056/NEJMoa1003114) (anorexígeno sem critério e sem acompanhamento eleva infarto e AVC não fatais em alto risco).

RESSALVA LEGAL / CFM

Prescrever emagrecedor a paciente sem adesão, com transtorno alimentar provável e uso prévio caótico, é conduta de risco; a boa prática é selecionar o paciente e travar a base antes. Uso prévio de oxandrolona por finalidade estética é vedado prescrever pela CFM 2.333/2023.

Grupo Formação MVR [2022-01-24]

OBESIDADE

Obeso com provável hipogonadismo x magro sedentário querendo físico: quem tem indicação

APRESENTAÇÃO

Discussão a partir de paciente com IMC acima de 40 (cerca de 145 kg) que iniciou treino e dieta na mesma semana em que recebeu hormônio e relata melhora. Contraposto ao perfil do magrelo sedentário, que não treina nem segue dieta, mas quer melhorar o físico e já quer hormônio de imediato.

A QUESTÃO

Quem tem indicação de terapia hormonal de cara e quem deve primeiro corrigir a base?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak: no obeso com IMC muito elevado a probabilidade de hipogonadismo funcional associado à obesidade é grande e há indicação de tratamento, com a testosterona servindo de moeda de troca para viabilizar dieta e treino, com plano de retirar depois de resolvida a causa. Já o magro sedentário que não faz o mínimo é colocar o carro na frente dos bois: nesse caso ele faz o paciente voltar e corrigir a base. Regra dele: não prescreve hormônio a quem não está dentro de um plano de acompanhamento com acesso direto a ele; esteroide é para quem merece, não para quem quer, sem exceções.

EVIDÊNCIA

Hipogonadismo funcional da obesidade (tratar a causa antes de repor; perda de peso reativa o eixo): Yeap BB, Wu FCW. Clin Endocrinol (Oxf). 2018;89(1):83-92. PMID 30358898. doi:[10.1111/cen.13888](https://doi.org/10.1111/cen.13888). Diagnóstico e indicação: Bhasin S, et al. J Clin Endocrinol Metab. 2018;103(5):1715-1744. PMID 29562364. doi:[10.1210/jc.2018-00229](https://doi.org/10.1210/jc.2018-00229).

RESSALVA LEGAL / CFM

A reposição no hipogonadismo funcional da obesidade é ponte, com meta de retirada após o emagrecimento, não terapia estética; documentar indicação e plano. Evitar prescrever fora de um acompanhamento estruturado.

Grupo Formação MVR [2022-02-25]

OBESIDADE

Perda de disposição para treinar ao iniciar o análogo de GLP-1

APRESENTAÇÃO

Paciente em protocolo de emagrecimento que, ao iniciar o análogo de GLP-1, passou a ter menos disposição e ânimo para treinar, o que interferia nas perdas.

A QUESTÃO

O que causa essa queda de disposição e o que fazer?

CONDUTA DO DR. STAAK

Para Dr. Staak, a causa é dupla: os pacientes acabam restringindo demais o aporte calórico e a náusea do início gera indisposição. A conduta é tratar os colaterais quando necessário e ajustar o aporte calórico com trocas de alimentos, em vez de deixar o paciente em restrição excessiva. Ou seja, o problema costuma ser o déficit exagerado somado ao efeito digestivo, não o fármaco em si; corrigir o aporte e a titulação recupera a disposição e protege o treino, que é o que defende a massa magra durante a perda de peso.

EVIDÊNCIA

Perfil de eventos gastrointestinais e manejo da classe de incretinomiméticos: Madsbad S, Holst JJ. Expert Opin Investig Drugs. 2025. doi:[10.1080/13543784.2025.2472408](https://doi.org/10.1080/13543784.2025.2472408) (PMID 40022548). Fração relevante da perda com GLP-1 e massa magra, daí a importância do treino resistido: Batsis JA, et al. Ann Intern Med. 2026. doi:[10.7326/ANNALS-25-00478](https://doi.org/10.7326/ANNALS-25-00478) (PMID 41996180).

Grupo Formação MVR [2021-02-19]

OBESIDADE

Por quanto tempo manter o analogo de GLP-1

APRESENTAÇÃO

Colega relatou a pratica difundida de usar o analogo de GLP-1 por cerca de 3 meses, com doses crescentes e depois desmame, e perguntou por quanto tempo o paciente com diabetes ou pre-diabetes pode manter o uso.

A QUESTÃO

Existe tempo maximo de uso do analogo de GLP-1? O esquema de 3 meses com desmame procede?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak foi direto: nao ha tempo maximo de uso, tem pacientes em uso ha mais de um ano. Se e diabetico, pode usar pela vida; se e obeso e nao faz o que precisa fazer (dieta, treino, mudanca de habito), tambem tende ao uso continuo. A obesidade e doenca cronica e recidivante: ao suspender, o reganho e a regra, e e farmacologico, nao recaida moral. O esquema de 3 meses com desmame parte da premissa errada de que o tratamento e um curso com fim; a manutencao costuma exigir farmaco continuo na menor dose que sustenta o resultado.

EVIDÊNCIA

Reganho de cerca de dois tercos da perda em 1 ano apos suspender semaglutida (extensao do STEP 1): Wilding JPH, et al. Weight regain and cardiometabolic effects after withdrawal of semaglutide. Diabetes Obes Metab. 2022;24(8):1553-1564. doi:[10.1111/dom.14725](https://doi.org/10.1111/dom.14725) (PMID 35441470). Hierarquia de reganho proporcional a potencia: Berg S, et al. Obes Rev. 2025;26:e13929. doi:[10.1111/obr.13929](https://doi.org/10.1111/obr.13929) (PMID 40186344).

Grupo Formacao MVR [2022-03-07]

OBESIDADE

Por que a testosterona sobe quando o obeso emagrece

APRESENTAÇÃO

Homem obeso em uso de semaglutida (Ozempic) 1 mg, glicemia normal (90) com insulina 17, apresentou testosterona 900 ng/dL com LH 9,7. Colega estranhou a relacao e perguntou se o analogo poderia ser a causa.

A QUESTÃO

Qual o mecanismo que liga a perda de peso a subida de testosterona e LH?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak explicou o mecanismo do hipogonadismo secundario do obeso. Um dos mecanismos e a reducao do LH mediada pela leptina no hipotalamo; com a reducao de gordura e a melhora do perfil de leptina (e da resistencia associada), ha reativacao do eixo HHG, com aumento de LH e, conseqüentemente, de testosterona. O testiculo entao atua na nova regulacao hipofisaria por feedback, mantendo o LH necessario para uma testosterona adequada. Ou seja, a subida da testosterona e consequencia esperada e desejavel do emagrecimento, nao um efeito direto do farmaco a ser corrigido.

EVIDÊNCIA

Hipogonadismo secundario do obeso, mecanismo leptina/inflamacao e reversao com perda de peso: Fernandez CJ, et al. Male Obesity-related Secondary Hypogonadism: Pathophysiology, Clinical Implications and Management. Eur Endocrinol. 2019;15(2):83-90. doi:[10.17925/EE.2019.15.2.83](https://doi.org/10.17925/EE.2019.15.2.83) (PMID 31616498). Magnitude de perda de peso correlaciona-se linearmente com aumento de testosterona: Wittert G, Grossmann M. Rev Endocr Metab Disord. 2022;23(6):1233-1242. doi:[10.1007/s11154-022-09746-5](https://doi.org/10.1007/s11154-022-09746-5) (PMID 35834069).

Grupo Formacao MVR [2024-10-16]

OBESIDADE

Semaglutida manipulada e a troca por dulaglutida (Trulicity)

APRESENTAÇÃO

Debate sobre a semaglutida de farmácia de manipulação (relatos de eficácia nula e pedido de reembolso) e, diante da falta do Ozempic no mercado, sobre o uso da dulaglutida (Trulicity) como substituta, sobretudo em pacientes virgens de tratamento.

A QUESTÃO

Confiar na semaglutida manipulada? A dulaglutida (Trulicity) substitui bem para emagrecer?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak declarou-se muito cético quanto a manipulação. Sobre a dulaglutida, foi claro: tem eficácia bem ruim para emagrecimento e não é aprovada para isso. Acrescentou uma observação comportamental: quando o paciente passa a usar algo caro, passa a fazer tudo mais corretamente, ou seja, parte do resultado atribuído ao fármaco vem da adesão que o custo mobiliza, efeito que não se deve confundir com eficácia farmacológica. A magnitude de perda esperada difere entre moléculas, e a dulaglutida fica bem abaixo da semaglutida e da tirzepatida.

EVIDÊNCIA

Magnitudes comparadas de perda de peso entre agonistas de GLP-1 e duplo GIP/GLP-1: Madsbad S, Holst JJ. Expert Opin Investig Drugs. 2025. doi:[10.1080/13543784.2025.2472408](https://doi.org/10.1080/13543784.2025.2472408) (PMID 40022548). Referência de magnitude da tirzepatida (perda de 15% a 20,9% conforme a dose): Jastreboff AM, et al. Tirzepatide Once Weekly for the Treatment of Obesity (SURMOUNT-1). N Engl J Med. 2022;387(3):205-216. doi:[10.1056/NEJMoa2206038](https://doi.org/10.1056/NEJMoa2206038) (PMID 35658024).

RESSALVA LEGAL / CFM

Análogos de GLP-1 manipulados não têm bioequivalência nem estabilidade garantidas; a responsabilidade pela indicação recai sobre o prescritor. Dulaglutida (Trulicity) não tem aprovação para tratamento da obesidade: usar com esse fim é off-label e de eficácia inferior.

Grupo Formação MVR [2023-06-15]

OBESIDADE

Semaglutida: 0,25 mg/semana e dose introdutória, tem que progredir

APRESENTAÇÃO

Discussão sobre início de semaglutida injetável. Uma colega relatava iniciar de forma diária em cliques por causa de náuseas e depois passar para 0,25 mg semanal, mantendo nessa dose pela boa adesão.

A QUESTÃO

Pode-se manter o paciente em 0,25 mg/semana de semaglutida?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak corrige: 0,25 mg/semana e dose introdutória e sem benefício clínico, servindo apenas para tolerância inicial. A partir dela é preciso progredir, porque não faz sentido manter o paciente numa dose baixa que não entrega resultado. O escalonamento gradual é a regra até a dose terapêutica.

EVIDÊNCIA

No STEP 1, a semaglutida foi escalonada a partir de 0,25 mg/semana até 2,4 mg na semana 16, dose em que se observa a perda de peso; a dose inicial e só titulação: Wilding JPH, et al. N Engl J Med. 2021. PMID 33567185; doi:[10.1056/NEJMoa2032183](https://doi.org/10.1056/NEJMoa2032183).

Grupo Formação MVR [2021-07-20]

OBESIDADE

Testosterona baixa no obeso: tratar a obesidade antes do eixo

APRESENTAÇÃO

Colega iniciante perguntou se, no paciente obeso com testosterona abaixo de 300 ng/dL, deve iniciar reposicao de testosterona de imediato ou tratar a obesidade primeiro e reavaliar.

A QUESTÃO

Repor testosterona ja, ou tratar a obesidade e reavaliar? Em quanto tempo?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak endossou integralmente a conduta proposta no grupo: preferir clomifeno associado a mudanca de estilo de vida (e analogo de GLP-1, ou pontualmente naltrexona/bupropiona, para o peso) quando se trata de hipogonadismo secundario a obesidade, repetindo os exames em 3 meses. Uma unica medida abaixo de 300 nao indica tratamento por si: o paciente precisa de clinica compativel e de pelo menos duas medidas, e e preciso confirmar que se trata de hipogonadismo do obeso. A logica e que o emagrecimento reativa o eixo HHG e pode dispensar a reposicao; medicar o eixo antes de tratar a causa e inverter a ordem.

EVIDÊNCIA

Hipogonadismo do obeso e funcional e reversivel com perda de peso; inibidores de aromatase e SERMs nao sao recomendados de rotina por falta de evidencia consistente. Fernandez CJ, et al. Eur Endocrinol. 2019;15(2):83-90. doi:[10.17925/EE.2019.15.2.83](#) (PMID 31616498). Wittert G, Grossmann M. Rev Endocr Metab Disord. 2022;23(6):1233-1242. doi:[10.1007/s11154-022-09746-5](#) (PMID 35834069).

RESSALVA LEGAL / CFM

Clomifeno em homem e uso off-label (aprovado para infertilidade feminina): sinalizar, consentir e documentar. Diagnostico de hipogonadismo exige duas medidas matinais baixas somadas a quadro clinico, nunca uma dosagem isolada.

Grupo Formacao MVR [2025-10-06]

OBESIDADE

Transaminases muito altas e testosterona baixa refletindo habitos

APRESENTAÇÃO

Homem, 48 anos, IMC 37, percentual de gordura 32 por cento, extremamente sintomático (fadiga, sem energia, baixa resistência ao exercício, disfunção erétil, infecções de vias aéreas de repetição). Exames com AST 308, ALT 350, insulina 32,5, HbA1c 6,1, glicemia 79, testosterona total 246, triglicerídeos 300; estradiol, FSH, LH, TSH e T4 livre normais.

A QUESTÃO

Como conduzir inicialmente? Recomendo atividade física já? Reponho a testosterona baixa?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr Stak leu os exames como reflexo de hábitos muito ruins: transaminases muito elevadas com hiperinsulinemia e triglicerídeos altos apontam esteatose e resistência insulínica, e a testosterona baixa e funcional, secundária a obesidade e ao estilo de vida. Recomendou atividade física sempre, desde o início. A estratégia foi primeiro melhorar hábitos (dieta, treino, perda de peso) e deixar a testosterona como um prêmio que estimula o paciente a fazer o que precisa, porque repor de cara alivia as queixas e o paciente abandona a mudança de estilo de vida. Se, após a mudança, persistir baixa, a reposição no obeso e com testosterona intramuscular. Leitura prática: no obeso sintomático, a testosterona baixa costuma ser funcional e reversível, e trata-se o básico antes do hormônio.

EVIDÊNCIA

Corrigir causas reversíveis (obesidade, estilo de vida) antes de diagnosticar hipogonadismo e repor, pela reversibilidade do hipogonadismo funcional: Bhasin S, et al. J Clin Endocrinol Metab 2018;103(5):1715-1744. doi:[10.1210/jc.2018-00229](https://doi.org/10.1210/jc.2018-00229) (PMID 29562364) · Transaminases elevadas refletindo esteatose e resistência insulínica: Ryan JD, et al. Liver Int 2017;38(1):164-173. doi:[10.1111/liv.13513](https://doi.org/10.1111/liv.13513) (PMID 28679028)

RESSALVA LEGAL / CFM

A testosterona como ponte no hipogonadismo funcional e uso criterioso e temporário, condicionado a confirmação laboratorial repetida e a mudança de estilo de vida, com documentação. Não se presta a fim estético (Resolução CFM 2.333/2023).

Grupo Formação MVR [2021-11-25]

OBESIDADE

TRT no obeso hipogonádico com GLP-1: tratar e depois recuperar o eixo

APRESENTAÇÃO

Homem obeso com hipogonadismo, em plano de emagrecimento. Pergunta trazida ao grupo: vale associar reposição de testosterona (Deposteron) ao uso de semaglutida (Ozempic)?

A QUESTÃO

TRT com deposteron associada ao GLP-1 no obeso hipogonádico é boa estratégia?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak: havendo hipogonadismo, pode-se tratar com reposição de testosterona; mas a redução de 10 a 15% do peso por si corrige a testosterona em boa parte dos obesos. Se optar por iniciar TRT para dar disposição e sustentar a aderência ao plano, o desenho deve ser transitório: após corrigida a obesidade, fazer a recuperação da função testicular natural, e não perpetuar a reposição. A lógica é o hipogonadismo funcional do obeso ser potencialmente reversível com a perda de peso.

EVIDÊNCIA

Hipogonadismo do obeso é frequentemente funcional; o diagnóstico e a decisão de tratar exigem sintoma e testosterona baixa consistente, com reavaliação: Bhasin S, et al. (Endocrine Society) J Clin Endocrinol Metab. 2018;103(5):1715-1744. doi:[10.1210/jc.2018-00229](https://doi.org/10.1210/jc.2018-00229) (PMID 29562364)

RESSALVA LEGAL / CFM

A TRT no obeso deve ser transitória, com plano de suspensão e recuperação do eixo após o emagrecimento, não reposição vitalícia de conveniência. Havendo desejo de fertilidade, a testosterona exógena suprime a espermatogênese; preferir estímulo (clomifeno, hCG) ou priorizar a perda de peso. Documentar indicação clínica, não estética.

Grupo Formação MVR [2024-10-07]