

EXCESSO DE PESO NEGLIGENCIADO POR PACIENTES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE: DISTANCIAMENTO ENTRE O QUE É PRECONIZADO PELAS DIRETRIZES E REALIZADO EM CENTROS ASSISTENCIAIS

OVERWEIGHT NEGLECTED BY PATIENTS AND HEALTH PROFESSIONALS: THE GAP BETWEEN WHAT IS RECOMMENDED BY THE GUIDELINES AND WHAT IS DONE IN HEALTH CARE CENTERS

Sara Ester Haddad de Paula¹, Guilherme Alcantara Cunha Lima².

¹. Acadêmica de Medicina da Faculdade de Medicina de Campos.

². Professor da Faculdade de Medicina de Campos, departamento de Clínica Médica. Mestre em Endocrinologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Instituição: Faculdade de Medicina de Campos. Avenida Alberto Torres, nº 217 – Centro, Campos dos Goytacazes – RJ. E-mail de correspondência: ssara.haddad@gmail.com.

RESUMO

Indivíduos que subestimam seu peso real tendem a ter comportamentos de menor cuidado com a saúde, bem como procurar assistência especializada com menor frequência. Profissionais de saúde desempenham importante papel no manejo da obesidade, pois a aferição do peso corporal permite identificar e tratar pessoas com peso inadequado, que nem sempre se reconhecem como tal. Do total de 325 participantes, 57,5% apresentava excesso de peso corporal, e 48,3% dos errou a autoavaliação do peso. Sexo feminino (p 0,037), hábito de pesar-se com maior frequência fora da consulta (p 0,001) e histórico de ter sido previamente pesado em consulta médica (p 0,015), recebido dieta supervisionada por profissional especializado (p 0,02) ou tratamento farmacológico antiobesidade prévio (p 0,046) se correlacionaram com maior chance de acertar a autoavaliação do peso. Por outro lado, 34,8% dos participantes relataram nunca terem sido pesados em consultas médicas ambulatoriais, somente 54,6% dos pacientes com excesso de peso foi encaminhado para acompanhamento especializado, e 24% dos pacientes com obesidade recebeu a prescrição de medicamentos. Não obstante, 33,2% daqueles com excesso de peso subestimou seu real peso corporal. Nossos resultados confirmam a necessidade de adoção de medidas para aumentar a percepção da obesidade como problema de saúde pública, tanto por parte de pacientes, quanto por profissionais de saúde.

Palavras-chave: Obesidade; Percepção corporal; Obesidade negligenciada.

ABSTRACT

Individuals who underestimate their actual weight tend to have lower health care behaviors, as well as seek specialist assistance less frequently. Health care professionals play an important role in the management of obesity, because measuring body weight makes it possible to identify and treat people with inadequate weight, who do not always recognize themselves as such. Of the total of 325 participants, 57.5% were overweight, and 48.3% of them had incorrect self-assessment of weight. Female gender (p 0.037), habit of weighing themselves more frequently outside the appointment (p 0.001), and history of having been previously weighed in a medical appointment (p 0.015), received a diet supervised by a specialized professional (p 0.02) or previous anti-obesity drug treatment (p 0.046) correlated with a greater chance of getting the self-assessment of weight right. On the other hand, 34.8% of participants reported that they had never been weighed in outpatient medical appointments, only 54.6% of overweight patients were referred for specialized follow-up, and 24% of obese patients were prescribed medication. Nevertheless, 33.2% of those with overweight underestimated their real body weight. Our results confirm the need for the adoption of measures to increase the perception of obesity as a public health problem, both by patients and health professionals.

Keywords: Obesity; Body Perception; Neglected Obesity.

INTRODUÇÃO

A obesidade é um importante problema de saúde pública, de origem multifatorial, com prevalência elevada e em franca progressão, atingindo parcela significativa da população¹. Estudo populacional realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) revelou que em 17 anos, o percentual de adultos brasileiros obesos mais do que dobrou (12,2% em 2002 e 26,8% em 2019), alcançando um preocupante índice de 70,3% de prevalência de sobrepeso/obesidade em adultos com 40-59 anos².

O excesso do peso se correlaciona com aumento do risco de inúmeras comorbidades, como hipertensão arterial sistêmica, doenças cardiovasculares, diabetes, neoplasias, síndrome da apneia obstrutiva do sono, doença hepática gordurosa não-alcoólica, colecistopatias, distúrbios osteoarticulares e depressão³⁻⁹, determinando importante impacto socioeconômico¹⁰. A obesidade é considerada o segundo principal fator de risco de câncer, estando relacionada a pelo menos 13 subtipos de neoplasia maligna, sendo que o seu tratamento poderia resultar em redução importante no número de diagnósticos desta condição^{11,12}. De grande interesse no cenário atual, a obesidade figura entre os principais fatores de risco da infecção pelo COVID¹³.

A redução da expectativa de vida também foi observada em indivíduos obesos. Uma metanálise, englobando 239 estudos prospectivos, observou redução global da expectativa de vida em indivíduos com sobrepeso ou obesidade, alcançando até 10 anos em indivíduos com obesidade mórbida¹⁴. Correlação linear entre a taxa de mortalidade e elevação do IMC foi evidenciada em outros estudos¹⁵⁻¹⁷.

Por outro lado, diversos estudos demonstraram que a perda de peso está associada a minimização de comorbidades. Em publicação recente, Haase et al observaram redução expressiva do risco de diabetes, apneia do sono, hipertensão arterial, dislipidemia e asma em indivíduos que reduziram 13% do seu IMC basal¹⁸. Remissão do diabetes foi observada em 46% dos pacientes com diagnóstico recente da doença, quando submetidos a dieta restritiva alcançando média de 10 kg de perda de peso¹⁹. Mesmo perdas ponderais modestas, como 5% do peso, já é capaz de reduzir o risco de comorbidades em obesos, alcançando benefícios ainda mais relevantes quando a perda ponderal é mais significativa^{20,21}. A perda do peso em obesos também resulta em diminuição da taxa de mortalidade, conforme bem demonstrado por Li et al²² e em indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica, durante seguimento clínico

observacional de 24 anos²³.

Apesar da importante relevância da obesidade na saúde da população, amplamente evidenciada por publicações diversas, estudos epidemiológicos demonstram que esta é muitas vezes subestimada, tanto por profissionais de saúde^{24,25}, quanto pela própria população obesa²⁶. Muitos obesos desconhecem medidas dietéticas básicas e necessárias para o adequado controle do peso²⁷. As taxas de sedentarismo são elevadas²⁸ e parcela significativa da população obesa, com indicação de tratamento farmacológico, não é tratada^{24,25}.

Publicada em 2016, as Diretrizes Brasileiras de Obesidade²⁹ recomendam fortemente (grau de recomendação A) que médicos não especialistas estejam aptos a reconhecer pacientes com sobrepeso e fatores de risco (hipertensão, hiperglicemia, dislipidemia) ou obesidade, e estejam aptos a orientar mudanças do estilo de vida visando a perda de peso, além de encaminhá-los para tratamento especializado. Por sua vez, as mesmas diretrizes recomendam que o tratamento farmacológico da obesidade está indicado para pacientes com IMC acima de 30 Kg/m² ou 25 Kg/m² associado a comorbidades (grau de recomendação A).

Apesar destes direcionamentos, dados epidemiológicos apontam que tais recomendações estão longe de serem seguidas por profissionais de saúde. A título de comparação, somente 2% de uma coorte americana de indivíduos obesos, com indicação de tratamento farmacológico, estava em uso de um ou mais agentes antiobesidade, enquanto 86% dos indivíduos diabéticos da mesma população encontrava-se em uso de algum medicação anti-hiperglicemiante. Tais resultados deixam claro o quanto os profissionais de saúde subestimam a importância do tratamento da obesidade²⁴. Em outro estudo, envolvendo 5332 obesos, menos de 60% encontrava-se fazendo alguma medida dietética para perda de peso, apenas 35% praticando exercícios e somente 0,6% dos participantes encontrava-se em uso de algum medicamento para obesidade, demonstrando que o cenário do tratamento da obesidade encontra-se bem distante do que é preconizado pelas diretrizes²⁵.

Outro potencial problema no tratamento da obesidade é a falta de percepção do real peso corporal pelos indivíduos. Se uma pessoa não se percebe como tendo sobrepeso ou obesidade, terá menor propensão a modificar o estilo de vida ou procurar ajuda especializada. De fato, Duncan et al²⁶ avaliaram participantes do National Health and Nutrition

Examination Survey (NHANES) e observaram que os indivíduos que não se reconheciam como tendo sobrepeso ou obesidade apresentaram 71% e 65% menor chance de desejarem perder peso respectivamente, em comparação àqueles que adequadamente reconheceram sua constituição ponderal. Esses dados foram novamente demonstrados em homens jovens, onde a auto-percepção do peso corporal se associou a aumento superior a 3 vezes na chance apresentar comportamentos voltados para redução do peso³⁰. A não percepção do peso se correlaciona com comportamentos alimentares inadequados e redução dos níveis de atividades física^{31,32}. Estes dados são de extrema relevância, ao se observar em estudo clínico que 54% de adultos com sobrepeso e 23% de obesos subestimaram o seu peso real³³. Outros estudos transversais, avaliando populações de etnias diferentes, também evidenciaram alta prevalência de subestimação do peso corporal^{34,35}.

Tendo em vista que indivíduos que subestimam o peso corporal tendem a apresentar menores índices de reconhecimento dos fatores de risco de doenças cardiovasculares e de saúde em geral, bem como procurarem com menor frequência um tratamento especializado, uma abordagem multiprofissional visando identificar e aconselhar pacientes com este perfil se apresenta como uma adequada ferramenta para minimizar os riscos da obesidade, e das comorbidades relacionadas³⁶.

O objetivo primário deste trabalho foi detectar o grau de percepção e/ou conhecimento dos participantes do seu real peso corporal ajustado para altura (índice de massa corporal), e avaliar a conduta dos profissionais de saúde no atendimento primário de pacientes com anormalidade do peso.

MÉTODOS

Estudo transversal, envolvendo no total 325 participantes, de idade entre 18-60 anos, sendo pacientes ambulatoriais do Hospital Escola Álvaro Alvim, que consentiram em participar do projeto de pesquisa, através de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os participantes foram avaliados em tempo diferente ao horário de consulta médica, de forma a não prejudicar o andamento do atendimento médico.

Os pacientes foram arguidos quanto a auto percepção do seu peso corporal, através de questionamento se os mesmos se consideravam como tendo baixo peso, peso normal, sobrepeso, obesidade ou obesidade mórbida. Após a resposta, os

participantes eram submetidos a aferição de peso e altura, para determinação real do seu IMC e revelação quanto a resposta, se correta ou não, sendo então alocados em 2 grupos: PC (percepção correta) ou PE (percepção errada).

Em seguida, os pacientes foram questionados acerca de condições relacionadas ao seu histórico de atendimentos ambulatoriais e hábitos de vida. Os dados foram planilhados em plataforma Excel e submetidos a análise estatística, comparando-se os dados obtidos dos participantes que acertaram a percepção do peso corporal versus os que erraram.

Para comparar os índices de acerto considerando cada variável, foi utilizado o teste de qui-quadrado de contingência. Médias de idade e tempo de exercício para aqueles que acertaram e erraram foram comparadas pelo teste t com dados não pareados. Para determinação da prevalência de sobrepeso e obesidade e da prevalência de respostas erradas em relação a auto-percepção do peso, foi utilizado o intervalo de confiança (95%). As análises estatísticas foram realizadas no aplicativo Minitab® 17.1.0, adotando-se o nível de 5% de significância.

RESULTADOS

Os dados gerais dos participantes do estudo estão planilhados nas figuras e tabelas anexadas. Participaram do estudo 325 participantes, sendo 197 do sexo feminino (60,6%). Do total de indivíduos avaliados, 168 participantes (51,7%) acertaram a pergunta de autoavaliação do peso corporal (grupo PC), contra 157 (48,3%), que avaliou de forma inadequada o seu IMC (grupo PE). A classificação por idade e sexo dentre os respondedores que acertaram e erraram a pergunta inicial encontra-se na figura 1.

Na tabela 1, agrupamos os participantes de acordo com o seu IMC real (baixo peso; peso normal; sobrepeso; obesidade; obesidade mórbida). Através destes dados, observamos que somente 36,9% dos participantes tinham peso classificado como IMC normal, sendo 35,7% dos participantes com sobrepeso, 17,2% com obesidade e 4,6% obesidade mórbida. Agrupamos ainda os participantes quanto a excesso de peso (sobrepeso + obesidade + obesidade mórbida) e obesidade (obesidade + obesidade mórbida) para comparação com dados epidemiológicos já publicados, alcançando uma prevalência de 57,5 % de excesso de peso e 21,8% de obesidade na nossa população avaliada, respectivamente.

A seguir, avaliamos o percentual de participantes do grupo PE que sub ou superestimou o seu peso corporal. Dentre os 157 participantes que

[EXCESSO DE PESO NEGLIGENCIADO POR PACIENTES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE: DISTANCIAMENTO ENTRE O QUE É PRECONIZADO PELAS DIRETRIZES E REALIZADO EM CENTROS ASSISTENCIAIS] - PAULA S. E. H. ; LIMA G. A. C.

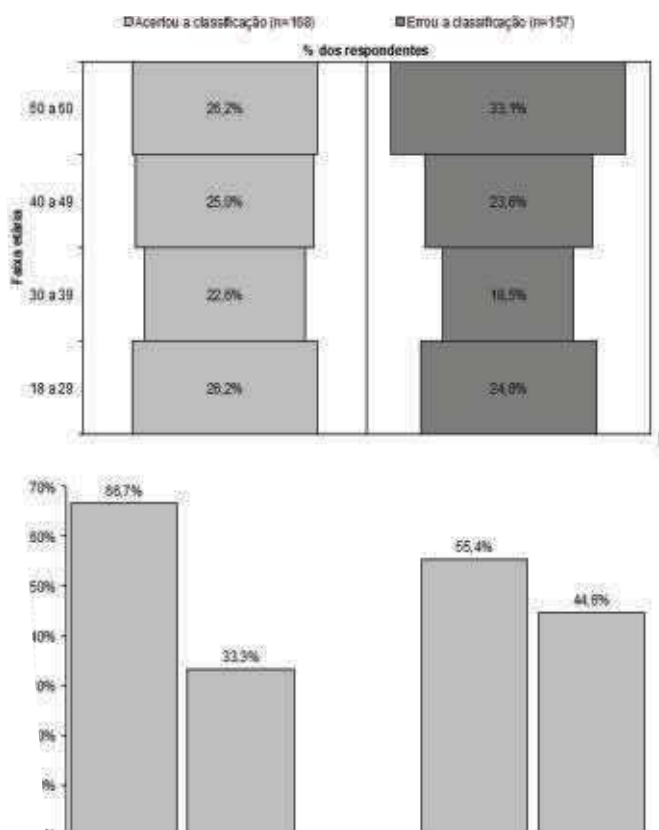


Figura 1 – Características gerais dos grupos que responderam certo e errado.

erraram na avaliação do seu IMC, 87,7% dos participantes com peso normal, 81,0% daqueles com sobrepeso e 71,4% dos obesos subestimaram o seu IMC, classificando-se como sendo portadores de IMC menores dos que os realmente observados (Tabela 2).

Na Tabela 3 apresentamos as características gerais dos participantes do estudo, separando-os entre grupos PC e PE. Os dados foram expressados em médias (idade e número de minutos/semana de exercícios), números totais e percentual de respondedores, sendo a soma entre percentual de PC e PE de cada quesito avaliado igual a 100%. Foi determinado a seguir o p-valor, considerando o resultado $\leq 0,05$ para fins de significância estatística.

Comparando-se os grupos PC e PE, foi observado que os entrevistados do sexo feminino apresentaram maior probabilidade de fazerem uma percepção correta do seu peso corporal (p 0,037), ao contrário dos indivíduos do sexo masculino, que majoritariamente interpretaram a própria composição corporal de forma errada (p 0,037). Indivíduos com obesidade mórbida foram classificados como tendo maior probabilidade de acertar a percepção do corpo (p 0,001), não havendo diferença estatística nos demais segmentos de IMC.

Analisando-se dados de comportamento geral, o fato de ter sido pesado em consulta médica

Tabela 1: DADOS DE PREVALÊNCIA DE EXCESSO DE PESO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

IMC	Prevalência (IC 95%)
Baixo peso	5,6%
Normal	36,9%
Sobrepeso	35,7%
Obesidade	17,2%
Obesidade mórbida	4,6%
Sobrepeso + Obesidade + Obesidade mórbida	57,5%
Obesidade + Obesidade mórbida	21,8%

Tabela 2: PERCENTUAL DE PARTICIPANTES DO GRUPO PE QUE SUB OU SUPERESTIMOU O PESO CORPORAL

IMC informado	Subestimou	Superestimou
1- Baixo peso (n=12)	0,0%	100,0%
2- Normal (n=65)	87,7%	12,3%
3- Sobrepeso (n=58)	81,0%	19,0%
4- Obesidade (n=21)	71,4%	28,6%
5- Obesidade mórbida (n=1)	100,0%	0,0%
Total (n=157)	83,4%	16,6%

Tabela 3: CARACTERÍSTICAS DE BASE DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Variável	Percepção certa (n = 168)	Percepção errada (n = 157)	p-valor
Dados dos pacientes			
Idade (média)	40,0	41,3	0,360
Feminino, n(%)	112 (53,3)	87 (43,7)	0,037
Masculino, n(%)	56 (44,4)	70 (55,6)	0,037
IMC			
Baixo peso, n(%)	6 (33,3)	12 (66,7)	0,109
Peso normal, n(%)	55 (45,8)	65 (54,2)	0,106
Sobrepeso, n(%)	58 (50,0)	58 (50,0)	0,649
Obesidade, n(%)	35 (62,5)	21 (37,5)	0,075
Obesidade Mórbida, n(%)	14 (93,3)	1 (6,7)	0,001
Pesagem em consulta?			
Sim, n(%)	120 (56,6)	92 (43,4)	0,015
Não, n(%)	48 (42,5)	65 (57,5)	0,015
Pesagem fora da consulta			
Nunca, n(%)	8 (34,8)	15 (65,2)	0,092
1-5 vezes, n(%)	20 (42,6)	27 (57,4)	0,175
6-10 vezes, n(%)	29 (42,0)	40 (58,0)	0,070
>10 vezes, n(%)	111 (59,7)	75 (40,3)	0,001
Comorbidades			
Sim, n(%)	110 (50,5)	108 (49,5)	0,525
Não, n(%)	58 (54,2)	49 (45,8)	0,525
Dieta é importante?			
Sim todas, n(%)	118 (55,4)	95 (44,6)	0,065
Sim algumas, n(%)	46 (46,0)	54 (54,0)	0,171
Não, n(%)	4 (33,3)	8 (66,7)	0,195
Dieta supervisionada			
Sim, n(%)	59 (65,6)	31 (34,4)	0,002
Por conta própria, n(%)	57 (54,3)	48 (45,7)	0,518
Não, n(%)	52 (40,0)	78 (60,0)	0,001
Exercícios			
Sim, n(%)	69 (55,6)	55 (44,4)	0,263
Não, n(%)	89 (47,8)	97 (52,2)	0,109
Proibido, n(%)	10 (66,7)	5 (33,3)	0,235
Minutos/semana de exercício	102,56	76,43	0,071
Tratamento farmacológico			
Supervisionado, n(%)	26 (66,7)	13 (33,3)	0,046
Por conta própria, n(%)	26 (61,9)	16 (38,1)	0,156
Não, n(%)	116 (47,5)	128 (52,5)	0,009
Álcool			
Sim, n(%)	74 (48,7)	78 (51,3)	0,309
Não, n(%)	94 (54,3)	79 (45,7)	0,309
Cigarro			
Sim, n(%)	18 (48,6)	19 (51,4)	0,694
Ex, n(%)	21 (46,7)	24 (53,3)	0,467
Não, n(%)	129 (53,1)	114 (46,9)	0,387

prévia se correlacionou com autopercepção correta do peso corporal (p 0,015), bem como indivíduos que se pesaram mais de 10 vezes fora de ambiente de consulta médica, apresentaram maior probabilidade de acertarem a própria percepção corporal (p 0,001). Por outro lado, a ausência de histórico de dieta supervisionada por profissional capacitado apresentou maior probabilidade de errar a percepção do IMC (p 0,001). Passado de tratamento farmacológico antiobesidade supervisionado prévio também foi correlacionado com percepção adequada do peso (p 0,046), sendo a ausência do mesmo associado a

percepção inadequada do peso ($p = 0,009$). Comparando-se o grau de atividade física dentre os participantes, 41,1% dos participantes do grupo PC versus 35,0% dos participantes do grupo PE declararam praticar esportes, constituindo 38,2% da nossa amostra.

A fim de avaliar se os participantes do estudo apresentavam histórico prévio de pesagem por profissionais de saúde, questionamos os avaliados acerca deste histórico. Do total de participantes (325), 113 avaliados revelaram nunca terem sido pesados em consultas ambulatoriais, totalizando um percentual de 34,8% dos participantes. Quanto menor o IMC dos participantes, menor foi a prevalência de histórico de pesagem (Tabela 4). Dentre os indivíduos com excesso de peso (229 indivíduos), 71 (31%) afirmaram nunca terem sido pesados previamente durante consulta médica, enquanto 16,1% daqueles com obesidade não foram pesados previamente.

Na tabela 5, compilamos os dados do histórico de pacientes acerca de encaminhamentos para ambulatórios especializados em anormalidades do peso. Dentre os 325 participantes, 51,1% referiu nunca ter sido encaminhado previamente. Dentre estes, 69,4% dos participantes com sobrepeso, 29,5% daqueles com obesidade e mesmo 3,3% dos participantes com obesidade mórbida referiram nunca terem sido encaminhados para ambulatório especializado (nutrição, endocrinologia ou nutrologia), significando que 45,4% daqueles com excesso de peso e 22,8% dos indivíduos obesos, mesmo com excesso de massa corporal, não foram encaminhados.

Questionamos os participantes quanto ao seu histórico de uso de medicamentos antiobesidade, prescritos por profissionais especializados. Dentre aqueles com sobrepeso, 8,1% recebeu a prescrição de medicamentos voltados para o ajuste ponderal. 17% dos pacientes com obesidade e 46,7% daqueles com obesidade mórbida relataram terem recebido no passado ao menos uma prescrição de medicamentos antiobesidade por profissional especializado (Tabela 6). Agrupando-se esta informação dentre aqueles com excesso de peso e obesidade, concluímos que 16,6% e 24,6% respectivamente destes grupos relataram ter recebido previamente tratamento antiobesidade.

Quantificamos também a prevalência de participantes do grupo PE subdivididos pelo real IMC, concluindo que 66,7% dos

Tabela 4: DADOS DE HISTÓRICO DE PESAGEM DOS PARTICIPANTES POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE

IMC Real	Pesado por profissional
Baixo peso (n=14)	42,9%
Normal (n=82)	58,5%
Sobrepeso (n=111)	53,2%
Obesidade (n=88)	80,7%
Obesidade mórbida (n=30)	93,3%
Sobrepeso + Obesidade + Obesidade mórbida (n=229)	69,0%
Obesidade + Obesidade mórbida (n=118)	83,9%
Total geral (n=325)	65,2%

Tabela 5: DADOS DE HISTÓRICO DE ENCAMINHAMENTO PARA AMBULATÓRIOS ESPECIALIZADOS DE PACIENTES COM ALTERAÇÃO DO PESO CORPORAL

IMC Real	Encaminhado para avaliação especializada
Baixo peso (n=14)	57,1%
Normal (n=82)	31,7%
Sobrepeso (n=111)	30,6%
Obesidade (n=88)	70,5%
Obesidade mórbida (n=30)	96,7%
Sobrepeso + Obesidade + Obesidade mórbida (n=229)	54,6%
Obesidade + Obesidade mórbida (n=118)	77,1%
Total geral (n=325)	48,9%

Tabela 6: DADOS DE HISTÓRICO DE PACIENTES COM EXCESSO DE PESO QUE RECEBERAM PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS ANTI-OBESIDADE

IMC Real	Recebeu medicamento prescrito por profissional de saúde
Baixo peso (n=14)	0,0%
Normal (n=82)	1,2%
Sobrepeso (n=111)	8,1%
Obesidade (n=88)	17,0%
Obesidade mórbida (n=30)	46,7%
Sobrepeso + Obesidade + Obesidade mórbida (n=229)	16,6%
Obesidade + Obesidade mórbida (n=118)	24,6%
Total geral (n=325)	12,0%

participantes que tinham baixo peso, 54,2% daqueles com peso normal, 50% dos com sobrepeso, 37,5% com obesidade e 6,7% com obesidade mórbida erraram a percepção. Assim sendo, quanto menor o peso real do indivíduo, maior foi a chance de erro de percepção do peso real. Considerando-se somente os participantes com excesso de peso (107 do grupo PC + 80 do grupo PE), 42,8% dos participantes erraram a percepção do seu peso real (Tabela 7). Na tabela 8, analisamos o percentual daqueles que erraram o seu peso corporal, sub ou superestimando-o. Desta forma, observamos que 47 dentre os 58 participantes com sobrepeso do grupo PE (81%) e 15 de 21 obesos participantes do grupo PE (71,4%) subestimaram o seu peso real. Somando-se os pacientes com excesso de peso dos grupos PC e PE ($n = 187$), calculamos que 33,2% deles subestimaram o seu peso real, não reconhecendo-se como tendo sobrepeso ou obesidade. Comparando-se somente os pacientes obesos ($n = 71$), 21,1% não se reconheceu como tendo obesidade (Tabela 7).

Tabela 7: PREVALÊNCIA PERCENTUAL DE PARTICIPANTES DO GRUPO PE POR IMC REAL

IMC informado	Prevalência de percepção erradas (IC 95%)
1- Baixo peso (n=12)	66,7% (44,9% - 88,4%)
2- Normal (n=65)	54,2% (45,3% - 63,1%)
3- Sobrepeso (n=58)	50,0% (40,9% - 59,1%)
4- Obesidade (n=21)	37,5% (24,8% - 50,2%)
5- Obesidade mórbida (n=1)	6,7% (0,0% - 19,3%)

DISCUSSÃO

Considerando a íntima relação entre obesidade, múltiplas comorbidades e mortalidade, reduzir o peso corporal se constitui importante estratégia na redução destas condições. Mesmo obesos considerados metabolicamente saudáveis, quando acompanhados por período médio de 11 anos, comparados a indivíduos eutróficos saudáveis, apresentaram risco aumentado de doenças cardiorrespiratórias e mortalidade³⁷. Embora uma profusão de publicações alerte sobre o risco inerente à obesidade, a importância desta condição permanece subestimada, conforme apontam vários dados epidemiológicos.

Destacamos uma alta prevalência de excesso de peso em nossa amostra, assim como demonstrado em estudos populacionais², destacando-se que apenas 36,9% de nossa coorte apresentava peso dentro do IMC de normalidade. Outros dados alarmantes de nossa população foram um baixo percentual de indivíduos com histórico de dieta supervisionada (27,7%) e de praticantes de exercícios (38,2%), que são os principais pilares da adequação do peso corporal²⁹.

Abordamos neste estudo 2 fatores importantes que contribuem para a crescente prevalência de obesidade em todo o mundo: a falta de percepção do real peso corporal, e o distanciamento entre o que se preconiza em consensos sobre obesidade e o que se pratica em serviços de saúde. Vários estudos destacaram que a ausência de percepção do peso corporal cria barreiras no tratamento e aumenta as chances de perpetuação da obesidade^{26,30-36}. De fato, em nossa amostra, 48,3% dos entrevistados não reconheceu o seu IMC de forma adequada. Avaliando-se indivíduos com excesso de peso, que segundo as Diretrizes, devem ser acompanhados por serviços especializados em obesidade, 42,8% negligenciaram o seu peso corporal. Levando-se em consideração que grande parte deste grupo subestimou o seu peso, calculamos que 33,2% dos participantes não se reconheceu como tendo sobrepeso ou obesidade, o que certamente pode dificultar a procura destes indivíduos por serviços de saúde.

Analisando o grupo PE, que avaliou de forma

incorreta o seu peso, identificamos os fatores que aumentaram o risco de percepção inadequada. Sexo masculino (p 0,037) foi um destes fatores. De fato, historicamente, indivíduos do sexo feminino despertam maior interesse por cuidados em saúde corporal, evidenciado por maior procura por serviços de estética, o que a nosso ver, justifica uma maior probabilidade de reconhecimento do próprio peso. O hábito de se pesar com menor frequência fora de consulta também se correlacionou com percepção inadequada do peso (p 0,001), sugerindo que se pesar com maior frequência pode ser uma ferramenta para observar oscilações do peso corporal, permitindo uma intervenção precoce.

Dados estatísticos que nos preocuparam foram a correlação entre percepção inadequada do peso com ausência de histórico de pesagem em consulta (p 0,015), ausência de histórico de dieta supervisionada (p 0,001) e ausência de histórico de tratamento farmacológico antiobesidade (p 0,009). Estes dados demonstram uma fragilidade do sistema de saúde em geral, bem como inadequada abordagem de profissionais de saúde, que negligenciam a importância de seguir o que se recomenda nas Diretrizes²⁹. Esta opinião é reforçada por outros dados também observados em nossa pesquisa, como um baixo percentual de indivíduos, que mesmo com excesso de peso, relataram terem sido pesados em consultas médicas prévias (65,9%), foram encaminhadas para serviço médico especializado (54,6%), ou receberam a prescrição de algum agente farmacológico antiobesidade (16,6%).

CONCLUSÃO

Em nossa opinião, os resultados do presente estudo demonstram a presença de um abismo entre o que é preconizado para o tratamento da obesidade e o que realmente é realizado. Dentre os fatores, o negligenciamento tanto por parte de pacientes, quanto por parte de profissionais de saúde, nos parece flagrante. É importante a adoção de estratégias de prevenção e tratamento da obesidade em nível governamental, em relação a educação nutricional e ao estímulo a prática de exercícios, através da facilitação do acesso universal ao tratamento da obesidade em rede pública, tanto clínico, quanto cirúrgico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ng M, Fleming T, Robinson M et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2014. 30;384(9945):766-81
2. Ministério da Saúde. IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde – PNS; Rio de Janeiro, 2019; Diretoria de Pesquisas, Coordenação

- de Trabalho e Rendimento. Atenção primária à saúde e informações antropométricas, volume 2.
3. Bray GA, Heisel WE, Afshin A et al. The Science of Obesity Management: An Endocrine Society Scientific Statement. *Endocr Rev.* 2018;39(2):79-132
4. Karuparthi PR, Yerram P, Govindarajan G, Hayden MR. Obesity and Cardiovascular Risk. *Curr Cardiovasc Risk Rep.* 2008;2(2):113-9
5. Willians EP, Mesidor M, Winters K et al. Overweight and obesity: prevalence, consequences and causes of a growing public health problem. *Curr Obes Rep.* 2015;4:363-70
6. Poirier P, Giles TD, Bray GA et al. Obesity and Cardiovascular Disease: Pathophysiology, Evaluation, and Effect of Weight Loss: An Update of the 1997 American Heart Association Scientific Statement on Obesity and Heart Disease From the Obesity Committee of the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism. *Circulation.* 2006;113(6):898-918
7. Renehan AG, Tyson M, Egger M et al. Body-mass index and incidence of cancer: a systematic review and meta-analysis of prospective observational studies. *Lancet.* 2008;371:569-78
8. Puhl RM, King KM. Weight discrimination and bullying. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.* 2013; 27: 117–127
9. Jin X, Gibson AA, Gale J et al. Does weight loss reduce the incidence of total knee and hip replacement for osteoarthritis? - A prospective cohort study among middle-aged and older adults with overweight or obesity. *Int J Obes (Lond).* 2021 May 15. Epub ahead of print
10. Konnopka A, Bodemann M, König HH. Health burden and costs of obesity and overweight in Germany. *Eur J Health Econ.* 2010;12(4):345-52
11. Avgerinos KI, Spyrou N, Mantzoros CS, Dalamaga M. Obesity and cancer risk: Emerging biological mechanisms and perspectives. *Metabolism.* 2019;92:121-35
12. Pischon T, Nimmitsch K. Obesity and Risk of Cancer: An Introductory Overview. *Recent Results Cancer Res.* 2016;208:1-15
13. Tartof SY, Qian L, Hong V et al. Obesity and Mortality Among Patients Diagnosed With COVID-19: Results From an Integrated Health Care Organization. *Ann Intern Med.* 2020;173(10):773-781
14. Di Angelantonio E, Bhupathiraju SN, Wormser D et al. Body-mass index and all-cause mortality: individual participant-data meta-analysis of 239 prospective studies in four continents. *Lancet.* 2016;388(10046):776-86
15. Padwal R, Leslie WD, Lix LM, Majumdar SR. Relationship among body fat, body mass index and all-cause mortality: a cohort study. *Ann Int Med.* 2016;164(8):532
16. De Gonzales AB, Hartge P, Cerhan JR et al. Body-Mass Index and mortality among 1.46 million White adults. *New Eng J Med.* 2010;363(23):2211-9
17. Fontaine KR, Redden DT, Wang C, Wesfall AO, Allison DB. Years of life lost due to obesity. *JAMA.* 2003;289(2):187-93
18. Haase CL, Lopes S, Olsen AH, Satyrganova A, Schnecke V, McEwan P. Weight loss and risk reduction of obesity-related outcomes in 0.5 million people: evidence from a UK primary care database. *Int J Obes (Lond).* 2021;45(6):1249-58
19. Lean ME, Leslie WS, Barnes AC et al. Primary care-led weight management for remission of type 2 diabetes (DiRECT): an open-label, cluster-randomised trial. *Lancet.* 2018;391(10120):541-51
20. Wing R, Lang W, Wadden T, Safford M, Knowler W, Bertoni A, et al. Benefits of modest weight loss in improving cardiovascular risk factors in overweight and obese individuals with type 2 diabetes. *Diabetes Care.* 2011;34:1481–6
21. Ryan DH, Yockey SR. Weight Loss and Improvement in Comorbidity: Differences at 5%, 10%, 15%, and Over. *Curr Obes Rep.* 2017;6(2):187-94
22. Li G, Zhang P, Wang J et al. Cardiovascular mortality, all-cause mortality, and diabetes incidence after lifestyle intervention for people with impaired glucose tolerance in the Da Qing Diabetes Prevention Study: a 23-year follow-up study. *Lancet Diab Endocrinol.* 2014;2(6):474-80
23. Carlsson LMS, Sjöholm K, Jacobson P et al. Life Expectancy after Bariatric Surgery in the Swedish Obese Subjects Study. *N Engl J Med.* 2020;383(16):1535-1543
24. Thomas CE, Mauer EA, Shukla AP, Rath S, Aronne. Low Adoption of Weight Loss Medications: A Comparison of Prescribing Patterns of Antiobesity Pharmacotherapies and SGLT2s. *Obesity.* 2016;24(9):1955-61
25. Samaranayake NR, Ong KL, Leung RYH, Cheung BMY. Management of Obesity in the National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES), 2007–2008. *Ann Epidemiol.* 2012;22:349–353
26. Duncan DT, Wolin KY, Scharoun-Lee M, Ding EL, Warner ET, Bennett GG. Does perception equal reality? Weight misperception in relation to weight-related attitudes and behaviors among overweight and obese US adults. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2011; 8: 20
27. Kolodinsky J, Harvey-Berino JR, Berlin L, Johnson RK, Reynolds TW. Knowledge of current guidelines and food choice by college students: better eaters have higher knowledge of dietary guidance. *J Am Diet Assoc.* 2007;107(8):1409-13
28. Hallal PC, Andersen LB, Bull FC, Guthold R, Haskell W, Ekelund U, for the Lancet Physical Activity Series Working Group*. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. *Lancet* 2012;380:247-57
29. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica Diretrizes brasileiras de obesidade 2016 / ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. – 4.ed. - São Paulo, SP
30. Pool AC, Coffman DL, Sarwer DB, LaRose JG, Hart CN. Associations between weight misperception, contextual factors, and

weight loss behaviours in young adult men with overweight/obesity. *Obes Sci Pract.* 2019;6(1):39-46

31. Jones M, Grilo CM, Masheb RM, White MA. Psychological and behavioral correlates of excess weight: Misperception of obese status among persons with Class II obesity. *Int J Eat Disord* 2009;43(7):628-32

32. Edwards NM, Pettingell S, Borowsky IW. Where perception meets reality: self-perception of weight in overweight adolescents. *Pediatrics* 2010;125(3):e452-458.

33. Hassan S, Ojo T, Galusha D et al. Obesity and weight misperception among adults in the Eastern Caribbean Health Outcomes Research Network (ECHO) Cohort Study. *Obes Sci Pract.* 2018;4(4):367-78

34. Robinson E, Oldham M. Weight status misperceptions among UK adults: the use of self-reported vs. measured BMI. *BMC Obes.* 2016;26;3:21

35. Wan Abdul Hamed WN, Abd Aziz NA. Barriers in Adopting Healthy Body Weight Among Malaysian Population: A Cross-Sectional Study of Body Weight Perception and Misperception Versus Actual Body Weight. *J Prim Care Community Health.* 2020;11:1-6

36. Powell TM, de Lemos JA, Banks K et al. Body size misperception: a novel determinant in the obesity epidemic. *Arch Intern Med.* 2010;170(18):1695-7

37. Zhou Z, Macpherson J, Gray SR et al. Are people with metabolically healthy obesity really healthy? A prospective cohort study of 381,363 UK Biobank participants. *Diabetologia.* 2021 Jun 10. Epub ahead of print