

DRA. ALEXANDRA SOWA

MÉDICA ESPECIALISTA EM SAÚDE PREVENTIVA
E MEDICINA DA OBESIDADE

Explore os
benefícios dos
medicamentos
GLP-1

A Revolução Ozempic

UM GUIA COMPLETO SOBRE
OS FÁRMACOS PARA EMAGRECER

Como Funcionam

Como Prevenir Efeitos Secundários

Como Perder Peso de Forma Duradoura



*Ao Peter e aos nossos quatro porquês:
Peter George, Henry, Brooks e Adele.*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	
Por que motivo os médicos falharam consigo	9
PRIMEIRA PARTE	
A Ciência	21
CAPÍTULO 1 Porque «esforçar-se mais» é um péssimo conselho médico	23
CAPÍTULO 2 Como os GLP-1 revertem a obesidade, acabam com as dietas intermitentes e nos protegem da doença	41
CAPÍTULO 3 Como é realmente a experiência com os GLP-1: perguntas frequentes	55
CAPÍTULO 4 É um potencial candidato a um GLP-1?	71
SEGUNDA PARTE	
O Método SoWell para o êxito sustentável com os GLP-1	89
CAPÍTULO 5 Os Pilares dos Hábitos	91
CAPÍTULO 6 Os Pilares da Alimentação	111
CAPÍTULO 7 Os Pilares Mentais	133
TERCEIRA PARTE	
A sua vida com os GLP-1	147
CAPÍTULO 8 Um guia completo para se sentir bem, enquanto perde peso com os GLP-1	149
CAPÍTULO 9 Obter uma receita médica participada	173
CAPÍTULO 10 Porque é que o treino cardiovascular intenso pode fazer mal — e o que fazer em alternativa	185
CAPÍTULO 11 Manutenção para toda a vida	203

QUARTA PARTE

Receitas e refeições fora de casa	215
CAPÍTULO 12 Refeições simples e fáceis para quando não lhe apetecer comer	217
CAPÍTULO 13 Um guia para comer fora	243
CONCLUSÃO	249
ANEXO A Alimentação, estilo de vida e efeitos físicos e emocionais	253
ANEXO B Folha de cálculo para planeamento de refeições	255
ANEXO C Estojos de ferramentas para treino cognitivo-comportamental	257
AGRADECIMENTOS	261
NOTAS	263

INTRODUÇÃO

Por que motivo os médicos falharam consigo

Quando decidi especializar-me no tratamento da obesidade, recebi olhares de reprovação de alguns colegas. Houve comentários do tipo: «Uau, *porquê?* Detesto lidar com essas pessoas.» *Essas pessoas* eram pessoas com obesidade, que carregam um excesso de peso significativo — o que representa cerca de 43% da população dos EUA*.

Talvez não devesse ter-me surpreendido o facto de os médicos, à semelhança de muitas pessoas — ou mesmo a maioria — da nossa sociedade, estigmatizarem o excesso de peso. Ainda assim, incomodou-me. Os médicos têm um poder enorme sobre o bem-estar dos seus pacientes, sendo que todos os médicos fazem um juramento de não causar dano. Se alguma vez foi alvo de estigma devido ao peso, sabe que tal é causador de muito sofrimento.

Os meus pacientes contam-me histórias que me chocam. Poderão ir ao médico devido a queixas de dor aguda, mas, em vez de os ouvir, o médico interrompe-os de forma brusca para falar sobre o seu peso. Em vez de se sentirem vistos e apoiados, sentem-se ignorados. Em vez de receberem cuidados, são humilhados. Assim, não é de surpreender que muitos simplesmente deixem de ir ao médico.

Os médicos *adoram* recomendar a perda de peso, mas a ironia é que, muito frequentemente, não são qualificados para darem

* Segundo dados do INE (2022), em Portugal, mais de 50% dos adultos têm excesso de peso (37%) ou obesidade (16%). [N. da T.]

conselhos sobre o tema. Historicamente, os estudantes de medicina e os médicos internos praticamente não recebem formação sobre nutrição. A maioria dos médicos dá aos seus pacientes os mesmos conselhos que eu recebi quando era jovem e o meu peso oscilava perto do limite superior do peso saudável: «Mexe-te mais, come menos.» Talvez lhes forneçam também algumas indicações rápidas ou um folheto sobre nutrição, que é basicamente uma repetição das diretrizes do Departamento de Agricultura dos Estados Unidos. Os conselhos tendem a ser alheados da realidade ou sem substância. E, todavia, quando os pacientes não conseguem perder peso e mantê-lo, quem é que os médicos culpam? Adivinhou: os pacientes.

Até muito recentemente, os médicos consideravam o excesso de peso fundamentalmente uma falta de força de vontade. As pessoas com excesso de peso eram vistas muitas vezes como vítimas da sua própria preguiça, ignorância ou uma combinação de ambas. Graças à investigação na minha área, sabemos agora que a obesidade é um facto biológico. É um estado de doença, e explicarei no capítulo 1 porque é que requer frequentemente intervenção médica para ser revertida.

Porém, também sabemos que a obesidade é complexa. O aumento de peso é multifatorial, o que significa que normalmente não é causado por apenas um fator. Isto faz com que seja legitimamente difícil para os médicos oferecerem um tratamento eficaz. As consultas de 20 minutos, que são o padrão no nosso sistema de saúde, não proporcionam tempo suficiente para que os médicos e os seus pacientes desvendem o conjunto de questões, tanto físicas como psicológicas, que podem complicar a manutenção de um peso saudável.

Enquanto médica que trabalha exclusivamente com indivíduos com excesso de peso significativo, sei que não podemos ignorar essas questões mentais e físicas e sermos bem-sucedidos. Mas também sei o seguinte: toda esta complexidade, todo este

estigma, constitui precisamente o motivo pelo qual os fármacos agonistas de GLP-1 (iniciais de glucagon-like peptide-1 ou «peptídeo semelhante ao glucagon tipo 1») — como o *Ozempic*, *Wegovy*, *Mounjaro* e *Zepbound* — são a ferramenta mais poderosa, transformadora e salvadora que tenho para oferecer aos meus pacientes.

Os pacientes que atendo na minha clínica têm diferentes históricos que contribuíram, todos eles, para o seu excesso de peso — e, ainda assim, os fármacos GLP-1 funcionam em praticamente *todos*. Isso inclui pessoas como Alice, que estava a recuperar de um distúrbio alimentar compulsivo. Ou David, um maratonista de longa data que ficou afastado devido a uma estenose lombar e precisava de voltar a ter um peso saudável para uma cirurgia corretiva. Ou Catherine, que não conseguia perder peso depois da gravidez. Ajudo mulheres que precisam de perder peso para poderem iniciar um tratamento de fertilidade. Pacientes que lidam com o aumento de peso devido a protocolos de tratamento do cancro. Pacientes em recuperação de trauma sexual. Pessoas que fizeram dietas ao longo da vida. Alcoólicos em recuperação que substituíram a bebida por comida. E ainda outros que, sem conseguirem identificar o motivo, sabem que o número na balança aumentou mais de 20 kg nos últimos 10 anos e que *agora... não... cede*.

De uma forma generalizada, os meus pacientes em tratamento com GLP-1 sentem um alívio extraordinário quando os fármacos lhes comprovam que uma condição de saúde corrigível os impedia de perderem peso. O ruído alimentar — a voz na cabeça que está incansavelmente centrada no que devem comer a seguir — silencia-se, para seu grande alívio. Depois de muitos anos ou de uma vida inteira de restrições constantes, conseguem por fim sentir como é pousar o garfo, porque estão *satisfeitos*. Quando já não precisam de lutar contra a biologia ou temer a balança, sentem-se finalmente fortes para lidarem com outros fatores que poderão ter contribuído para o seu excesso de peso. Com a ajuda dos fármacos GLP-1,

somos capazes de separar o aspeto médico do aspeto emocional e do aspeto comportamental de uma maneira nova e profunda.

A PROMESSA DOS GLP-1

Os fármacos GLP-1 têm sido extremamente úteis para os meus pacientes e para muitos outros, mas tal nunca é mencionado na cobertura dos *media*. As grandes notícias têm sido todas sobre celebridades obcecadas com a imagem corporal. Ou têm sido manchetes alarmistas sobre o «rosto *Ozempic*» ou o «estômago paralisado» (sendo esta última uma descrição medicamente imprecisa da gastroparesia, um efeito adverso extremamente raro). Porque a obesidade é estigmatizada e mal compreendida, o mesmo acontece com os medicamentos para tratá-la.

Naturalmente, as pessoas ficam nervosas e céticas quando ouvem falar de um novo «medicamento milagroso», especialmente um relacionado com perda de peso. Os últimos medicamentos importantes aprovados pela Food and Drug Administration (FDA)* para a perda de peso foram fracassos catastróficos. Na década de 1990, havia o *fen-phen*** (fenfluramina/fentermina), uma combinação farmacológica que teve de ser retirada das prateleiras quando um estudo confirmou que um dos seus componentes, a fenfluramina, causava danos nas válvulas cardíacas. Mais tarde, surgiu o orlistato, que ficou mais conhecido por causar incontinência intestinal do que pela perda de peso. (Além da incontinência, não era muito eficaz.) Porém, ao contrário do *fen-phen* e do orlistato, os GLP-1 têm sido prescritos pelos médicos para o controlo do açúcar no sangue desde 2005 e para a perda de

* Congénere norte-americana do INFARMED — Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde. [N. da T.]

** A partir do nome em inglês das suas substâncias: *fenfluramine* e *phentermine*. [N. da T.]

peso há mais de uma década, estabelecendo um historial forte de segurança e eficácia. O desastre do *fen-phen* também deu origem a protocolos muito mais rigorosos para o estudo dos medicamentos antes de serem lançados publicamente.

A par dos muitos fracassos médicos, existe a indústria não regulamentada da perda de peso, que só nos EUA movimentava mais de 20 mil milhões de dólares anualmente¹ — não porque funciona, mas porque não funciona! Os programas comerciais de perda de peso ajudaram alguns pacientes a emagrecerem, mas a grande maioria das pessoas que fazem dieta acaba por recuperar o que perdeu e, muitas vezes, ganha ainda mais peso (explicarei este fenómeno no capítulo 1).

Nesta realidade sombria, o movimento da positividade corporal emergiu como uma alternativa importante à cultura da dieta. O conceito «Saúde em Qualquer Tamanho» expôs o estigma do peso na medicina, dando às pessoas ferramentas para se defenderem e obrigando os médicos a enfrentarem os seus próprios preconceitos. Esperamos que pessoas de todos os tamanhos e idades tenham menos vergonha da sua aparência. Ainda assim, sob estas melhorias bem-vindas no que diz respeito às atitudes, há uma ciência que permanece inalterada. De forma robusta, as evidências associam a obesidade a graves problemas de saúde a longo prazo. Aprofundarei este tema no capítulo 4, mas, resumidamente, um índice de massa corporal (IMC) superior a 30, combinado com um grande perímetro abdominal, indica um risco acrescido de desenvolver diversas doenças ao longo do tempo. Todavia, na minha opinião, a positividade corporal e os fármacos GLP-1 são parceiros no tratamento da obesidade, não adversários.

A saúde e o bem-estar de milhões de pessoas poderiam beneficiar significativamente dos fármacos GLP-1 — se não se sentissem ameaçadas pelo estigma médico do peso, pela informação distorcida que domina as manchetes, pelos fracassos dos métodos antigos de perda de peso ou pelas histórias que ouviram

sobre o amigo do amigo que, ao tomar *Wegovy*, ficou com tantas náuseas, que vomitou durante três dias seguidos. Porque eis o que as evidências e a experiência coletiva dos meus pacientes me dizem: *A revolução Ozempic muda tudo*. Estes medicamentos oferecem finalmente uma alternativa viável, saudável e razoável a tudo o que foi mencionado anteriormente. A sua utilização não deve ser vista como destrutiva para a positividade corporal, mas, sim, como um contributo. Tais medicamentos não representam uma cedência à cultura da dieta, mas antes um meio para nos libertarmos dela.

Este livro combina todos os dados disponíveis com as experiências reais de pacientes da minha clínica de tratamento da obesidade, a SoWell Health, para o ajudar a tomar uma decisão *informada* com o seu médico sobre se deve ou não procurar tratamento médico para o controlo do peso.

ALÉM DA RECEITA MÉDICA

Há, todavia, outro obstáculo para atingir o pleno potencial dos GLP-1. Estes medicamentos são eficazes — extraordinariamente eficazes —, mas o êxito requer muito mais do que uma receita médica. Os dados são esclarecedores: atualmente, até 66% das pessoas deixam de tomar os GLP-1 em menos de um ano.² Isto significa que não obtêm o benefício pretendido, que é a perda de peso sustentável e de longo prazo, que as protege da doença. Precisamos de estudos para percebermos o motivo por que tantas pessoas deixam de tomar os GLP-1 antes de colherem os frutos; porém, tendo sido muito bem-sucedida no tratamento de pacientes com estes medicamentos a longo prazo, vejo quatro razões principais.

Em primeiro lugar, têm expectativas irrealistas: por falta de informação, pensam que vão perder peso no imediato. Neste livro, apresento dados claros e descrições vívidas de como é cada etapa

da jornada com os GLP-1, criando condições para que mantenham o tratamento a longo prazo.

Em segundo lugar, precisam de ajuda no controlo de efeitos secundários: as pessoas sob tratamento com GLP-1 precisam de aprender a alimentar-se para prevenir os efeitos secundários mais comuns (náuseas, diarreia, obstipação e fadiga), especialmente nos primeiros meses, quando estes efeitos secundários desagradáveis são mais prováveis. Este livro oferece uma nova estrutura para as opções alimentares, lidando com estas questões ao mesmo tempo que promove uma saúde ideal.

Em terceiro lugar, precisam de apoio social: muitos dos meus pacientes recebem apenas críticas da família e dos amigos (e inclusivamente dos médicos!) pela decisão de recorrerem aos GLP-1. Precisam de informação e autoconfiança para se sentirem confiantes e fortes ao tomarem estes fármacos — nada disto vem na receita médica.

E, por fim, não têm condições financeiras para os adquirir: nos Estados Unidos, estes fármacos têm um preço tabelado superior a mil dólares por mês. (Compare-o aos 100 a 200 dólares por mês no Reino Unido e na Europa.) Muitas seguradoras — incluindo a Medicaid, desde 2003 — não cobrem fármacos para a perda de peso, e algumas que o fazem afirmam que os custos as obrigarão em breve a limitar o acesso e a duração da cobertura. Este é um grande desafio, mas há mudanças a caminho. É provável que exista uma pressão para que se baixem os preços à medida que novos medicamentos GLP-1 chegam ao mercado. Além disso, os estudos que demonstram os benefícios a longo prazo para a saúde cardiovascular e metabólica mudarão drasticamente a equação da «acessibilidade». Um estudo de 2023 com mais de 17 mil pessoas — sim, patrocinado pelo fabricante do *Ozempic*, a Novo Nordisk, mas duplo-cego e realizado por investigadores de renome da área de cardiologia — já demonstrou que tomar GLP-1 semaglutida (comercializado como *Wegovy*) diminui em 20% o

risco de complicações cardíacas, como ataques cardíacos e AVC.³ Como consequência, os beneficiários da Medicare com obesidade e uma condição cardiovascular existente são atualmente elegíveis para cobertura — oferecendo a esperança de que, à medida que benefícios mais amplos sejam comprovados, a cobertura do seguro continue a expandir-se.

APRESENTAÇÃO DO MÉTODO SOWELL

Para as pessoas em tratamento com GLP-1, este livro irá colmatar a enorme lacuna entre a prescrição e o êxito. No seu cerne está o Método SoWell, uma abordagem holística para o tratamento da obesidade e do excesso de peso crônico, em combinação com os GLP-1, consolidando dez anos de experiência na prescrição destes medicamentos. Verificará que tem pontos em comum com outros métodos que já conhece; no entanto, foi completamente reformulado com base na minha experiência de trabalho com milhares de pacientes, muitos deles com vários anos de tratamento e manutenção.

O Método SoWell, que pode ser utilizado como complemento da utilização de GLP-1 ou de forma independente, tem três pilares:

1. **Pilares dos Hábitos.** Estes incluem o acompanhamento diário da alimentação e do humor. Os meus pacientes reconhecem muitos destes hábitos com base em tentativas anteriores de perda de peso, mas experimentam-nos de forma completamente diferente enquanto tomam os GLP-1. Descubrem que os fármacos os ajudam a alcançar uma *neutralidade emocional* em relação ao seu peso, o que diminui a sua resistência em adotar novos comportamentos promotores de saúde.

2. **Pilares da Alimentação.** Muitos dos meus pacientes experimentam satisfação alimentar pela primeira vez na vida ao tomarem os GLP-1. Isto dá-lhes espaço para se libertarem da cultura da dieta orientada para a restrição. Em vez disso, aprendem a escolher alimentos que diminuem os efeitos secundários dos GLP-1 e aumentam a satisfação. Se as dietas que experimentou no passado o conduziram eventualmente à obsessão alimentar e ao efeito ioiô, os Pilares da Alimentação (em combinação com os GLP-1) ajudam-no a fazer o oposto — redirecionar toda essa energia, atenção e força de vontade para outras áreas da sua vida.

3. **Pilares Mentais.** É aqui que abordamos o aspeto comportamental da perda e manutenção de peso, que é preciso continuar a gerir enquanto se está a tomar um GLP-1. Trabalhamos para trazer à tona as crenças e os pensamentos negativos que poderão ter impedido tentativas anteriores de perda de peso, bem como aqueles que são específicos da utilização dos GLP-1. Este pilar também oferece ferramentas de conversação para o desenvolvimento de apoio social em torno da sua jornada com os GLP-1, para que possa responder a quaisquer críticas e juízos de valor com que se depare ao longo do caminho. Em suma, esta última parte foi concebida para o ajudar a sentir-se forte e confiante, enquanto utiliza estes medicamentos.

ESTE LIVRO É PARA SI SE...

- Leu as manchetes e ouviu rumores sobre os GLP-1, e quer separar os factos do sensacionalismo.

- Precisa de um espaço seguro e livre de juízos de valor para analisar todos os dados sobre os GLP-1 e decidir se é algo que deve abordar com o seu médico.
- Foi-lhe prescrita uma medicação à base de GLP-1 e precisa de um plano de acompanhamento ou de mais apoio. Muito poucos médicos têm os anos de experiência que eu tenho no tratamento de pacientes com estes fármacos. Juntamente com os meus pacientes, descobrimos o que funciona, o que não funciona e como nos prepararmos para cada etapa do processo.
- Já está na sua jornada com os GLP-1 e tem enfrentado obstáculos.

Por fim, este livro é para si se estiver interessado em qualquer um dos seguintes tópicos:

- Compreensão profunda da ciência por detrás da obesidade e dos fármacos GLP-1, para ajudá-lo a evitar doenças e desfrutar de uma vida longa e saudável.
- Ferramentas para se defender no consultório médico, onde atitudes antiquadas ainda prevalecem e/ou porque muitos médicos não estão atualizados sobre as opções médicas destinadas à perda de peso.
- Diretrizes e receitas que facilitam uma alimentação saudável, pondo para trás a cultura da dieta.
- Histórias em primeira mão de pacientes que foram bem-sucedidos e estão mais saudáveis e felizes do que nunca graças aos GLP-1, apoiados pelo Método SoWell.

LIBERTE O PODER DA SUA VONTADE

Os meus pacientes têm tanta força de vontade como qualquer outra pessoa. A maior tragédia da cultura da dieta e do bem-estar é desperdiçar esse recurso — cientificamente comprovada como sendo um recurso limitado — em tentativas frequentemente fúteis ou mesmo prejudiciais de perda de peso transformando a alimentação saudável num segundo emprego.

Cresci numa família de mulheres que se debateram com o peso desde a adolescência até ao final da vida. As minhas queridas avós conversavam constantemente na nossa cozinha sobre o seu próximo grande esforço. Ouvi falar muito acerca de «recomeçar» após recaídas, fosse qual fosse a nova abordagem popular — contar calorias, comer toranja ou monitorizar os passos. Experimentaram tudo. Entretanto, com o passar dos anos, apenas ficavam mais pesadas, com todos os problemas de saúde associados — dores nas articulações, hipertensão, hiperglicemia. Nenhuma delas conseguiu escapar desse ciclo. Uma acabou por morrer de fígado gordo, a outra de um AVC — ambas comorbilidades da obesidade. É devastador para mim pensar na quantidade de energia que despenderam em comportamentos que, em última análise, não as tornaram mais saudáveis e, ao mesmo tempo, corroeram a sua autoestima.

A utilização generalizada dos fármacos GLP-1 trará uma longa lista de benefícios para a saúde pública. Porém, um deles — sem impacto direto nos resultados das seguradoras — poderá ser o mais importante para quem está em tratamento: a possibilidade real. Toda a atenção e força de vontade que antes dedicava ao seu prato podem então ser redirecionadas para o que realmente importa na sua vida. Essa é uma vitória profunda, e espero que todos os que estão a ler isto possam vivenciá-la, independentemente de até onde as vossas jornadas de saúde vos conduzam.

PRIMEIRA PARTE

A Ciência

CAPÍTULO 1

Porque «esforçar-se mais» é um péssimo conselho médico

Durante séculos, a sociedade — incluindo os médicos — acumulou vergonha e desprezo pelas pessoas com excesso de peso. As pessoas com obesidade são casual e cruelmente descartadas como preguiçosas, com baixa autoestima, mais fracas e menos competentes do que os seus pares mais magros. Há muitas razões condenáveis para isto acontecer — racismo, classismo e misoginia, para citar algumas tendências generalizadas —, porém, como sou médica, este livro irá focar-se na dimensão médica. Uma das principais razões pelas quais os médicos tratavam a obesidade como um problema de força de vontade é o desconhecimento.

Hoje, graças a um quarto de século de avanços científicos, estamos finalmente a sair da idade das trevas do tratamento da obesidade. Quanto mais aprendemos sobre saúde metabólica, mais claro se torna que muitas pessoas nunca perderão uma quantidade significativa de peso e, após alguma perda, mantê-lo-ão apenas com dieta e exercício físico — e, para outras, embora teoricamente possível, será tão difícil na prática, que poucas o conseguirão.

Talvez seja uma dessas pessoas: por mais que restrinja a alimentação, conte os macronutrientes ou intensifique o exercício físico, a tendência a longo prazo do seu peso é de aumento constante. A ciência revela que não é a sua força de vontade que falha, mas, sim, o seu corpo. Muito frequentemente, o excesso de peso crónico é sintoma de uma doença subjacente. E como tratamos as doenças, em qualquer outro caso? Não com vergonha ou exortações para «esforçar-se mais», mas com medicação.

Pensemos na hipertensão, uma doença que normalmente pode ser controlada através de uma combinação entre medicação e mudança de comportamento. Quando a enfermeira traz o esfigmomanómetro, sente o estômago a apertar-se, preparando-se para o sentimento de vergonha? É invadido por sentimentos negativos perante uma leitura de tensão alta? Para a maioria das pessoas, a resposta é *não*; a sua tensão arterial é um dado, nada mais.

Então, se a sua tensão arterial estiver elevada, o seu médico dirá algo como: «Hum... Vá para casa, esforce-se mais!» Claro que não. Provavelmente, irá prescrever de imediato medicamentos para controlar os sintomas e conversará consigo sobre as mudanças que deverá introduzir no seu estilo de vida (uma delas poderá ser perder peso, já que a hipertensão é uma comorbilidade da obesidade).

O que torna a experiência destes dois cenários tão diferente é que ninguém questiona a ideia de que a hipertensão é uma doença prejudicial, mas reversível. E, até recentemente, não havia nenhum medicamento que um médico pudesse prescrever para reverter eficazmente a obesidade.

AVANÇOS NA SAÚDE METABÓLICA

Após décadas de investigação, sabemos agora, indubitavelmente, que a obesidade não é causada por falta de força de vontade. É uma doença crónica, recorrente e progressiva, com um conjunto complexo de causas — tão complexo que ainda não sabemos tudo. Cientistas e médicos de renome ainda discutem acaloradamente sobre as causas profundas da obesidade, e nem todos os médicos concordam com as minhas conclusões enquanto especialista em medicina da obesidade.

Dada esta complexidade, talvez os médicos *nunca* venham a ser capazes de identificar as razões exatas pelas quais o leitor ou qualquer outra pessoa específica se tornou cronicamente obesa.

Por conseguinte, essa é a primeira pista de que «comer menos, mexer-se mais» e «esforçar-se mais» são péssimos conselhos: são diretrizes genéricas para uma doença que é extraordinariamente individual.

Embora ainda tenhamos muito a aprender, estamos mais perto do que nunca de identificar e tratar as causas profundas da obesidade. E, embora o estigma do peso seja um problema inegável na medicina, a melhor maneira de combatê-lo é educar-se sobre o que está a acontecer dentro do seu corpo, para que possa tornar-se o seu melhor defensor e mandar a vergonha para trás das costas.

Com isso em mente... parabéns! Foi admitido na minha Faculdade de Medicina da Obesidade Míni. Ao terminar esta secção, saberá mais sobre saúde metabólica e a biologia da obesidade do que alguns médicos de cuidados primários.

AS BASES DA MEDICINA DA OBESIDADE

Começemos pelas explicações convencionais da velha guarda sobre os motivos por que as pessoas ganham peso. Estas explicações, referidas frequentemente em conjunto como fatores de estilo de vida, estão na origem dos conselhos do tipo «comer menos, mexer-se mais».

- **Tipo comportamental:** Hábitos que favorecem o consumo excessivo de alimentos e o sedentarismo.
- **Tipo ambiental:** Mudanças no mundo moderno, como a dependência do automóvel e a prevalência de trabalhos sedentários, que reduzem o gasto energético.
- **Tipo sociocultural:** A nossa cultura alimentar industrial está a tornar-nos obesos, com muitos potenciais culpados: *fast food*, comida ultraprocessada, óleos de sementes, xarope de milho rico em frutose, elevada disponibilidade de hidratos de carbono baratos, dificuldade de acesso a fruta e vegetais, entre outros.

Os fatores relacionados com o estilo de vida são importantes. Só porque são antiquados, não significa que estejam errados, e não os descarto totalmente. Fatores comportamentais, como padrões alimentares pouco saudáveis, são causas reais da obesidade e podem sugerir intervenções eficazes. Também precisamos de trabalhar a nível social de modo a tornar os estilos de vida saudáveis mais acessíveis e baratos para todos.

Mas, ao mesmo tempo, estas explicações tendem a apresentar a obesidade como a consequência de escolhas voluntárias e, por conseguinte, *alteráveis*, mesmo sabendo-se que são fortemente influenciadas pelo ambiente e pela cultura. Se estes fossem os únicos culpados, dizer a alguém para simplesmente «parar de comer» poderia ser quase razoável.

Graças aos avanços científicos, temos agora duas novas causas originais para explorar e tratar: a **desregulação neuro-hormonal** e a **genética**. Estas desafiam a abordagem convencional de «comer menos, mexer-se mais» ou calorias ingeridas/calorias gastas aplicada ao aumento de peso.

DOENÇAS ASSOCIADAS À OBESIDADE

Antes de lhe prescrever um GLP-1, o seu médico deverá examiná-lo para despistar as doenças e distúrbios seguintes. O objetivo é sempre descobrir e tratar as causas subjacentes da obesidade.

- Síndrome dos ovários policísticos (SOP)
- Síndrome metabólica
- Pré-diabetes
- Diabetes tipo 2
- Hipotireoidismo
- Transtorno de compulsão alimentar
- Síndrome da fome noturna
- Apneia do sono
- Depressão ou perturbações do humor

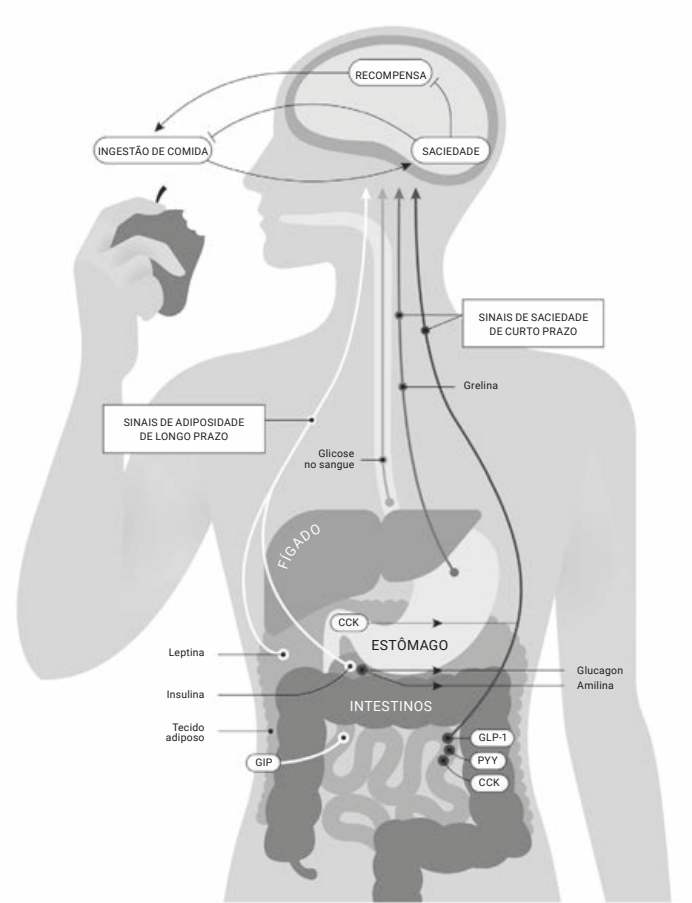
As hormonas e o cérebro

A ciência começou a reconhecer que grande parte da causa subjacente da obesidade é de natureza fisiológica, e não simplesmente comportamental, devido à sinalização neuro-hormonal anómala no cérebro.

Para regular o peso, o hipotálamo (no cérebro) está em comunicação frequente com as hormonas adiposas (gordura), o intestino e as hormonas pancreáticas, e os nutrientes dos alimentos que ingerimos.⁴ Quando estamos em plena saúde, todas estas hormonas atuam em conjunto com o cérebro na manutenção da homeostase energética, o que significa que ingerimos o necessário para satisfazer as nossas necessidades energéticas, o nosso corpo metaboliza os alimentos em energia e o nosso peso permanece estável ao longo do tempo. Não é possível controlar conscientemente esta sinalização hormonal, mas, quando é recebida no cérebro, sentimos os efeitos. Estes sinais controlam aspetos como o grau de fome, a rapidez com que nos sentimos saciados e o sabor dos alimentos. Por outras palavras, é assim que o sistema nervoso central nos impele a comer, da mesma forma que a necessidade de oxigénio do nosso corpo nos impele a respirar.

Quando estas hormonas se desregulam — e explicarei daqui a pouco algumas das razões pelas quais isso acontece —, não é possível «forçar-se» a deixar de comer, da mesma forma que não consegue forçar-se a deixar de respirar. O problema é fisiológico, não é meramente comportamental.

A imagem seguinte pode parecer complicada, mas na verdade é uma representação muito *simplificada* dos mecanismos complexos de retroalimentação entre o cérebro, o intestino, o pâncreas, a gordura e a alimentação.⁵ Inclui as nove hormonas relacionadas com o peso que melhor conhecemos: grelina, peptídeo semelhante ao glucagon tipo 1 (GLP-1), peptídeo YY (PYY), colecistocinina (CCK), insulina, polipeptídeo insulino-trópico dependente de glicose (GIP), glucagon, amilina e leptina.



A BIOLOGIA DO AUMENTO DE PESO

Existem mais de 400 genes e 40 hormonas envolvidos na regulação do peso.

A gordura é um órgão

Poucas pessoas sabem que a gordura corporal não é uma massa inerte que simplesmente ocupa espaço. Na verdade, é um órgão poderoso e dinâmico. Eu diria que é o órgão mais poderoso que temos. E, sendo demasiado poderoso, torna-se um dos principais fatores de desregulação hormonal, fazendo com que seja praticamente impossível perder peso e cada vez mais fácil ganhá-lo.

O tecido adiposo (gordura) produz mais de 600 adipocinas, substâncias semelhantes a hormonas que estão envolvidas em inúmeros processos, desde a regulação do apetite e a sensibilidade à insulina até à inflamação e doenças cardíacas.⁶ Uma das adipocinas mais importantes é a leptina, uma hormona da saciedade que comunica diretamente com o cérebro para manter um equilíbrio saudável das reservas de gordura. Quando há um aumento de gordura num corpo com um nível de massa magra ideal, a leptina dá sinal ao cérebro para inibir a ingestão de alimentos e estimular o gasto de energia. Por outro lado, num estado de magreza excessiva, a leptina diminui, estimulando a ingestão de alimentos e a conservação de energia.

Mais gordura = mais leptina. Sendo a leptina uma hormona da saciedade, poder-se-ia presumir que tal seria benéfico, uma vez que o cérebro receberia um sinal para diminuir a fome e, conseqüentemente, o armazenamento de gordura. Infelizmente, não é assim. Tal como sucede com a resistência à insulina (sobre a qual falaremos a seguir), o excesso de leptina conduz, na verdade, a um estado em que o cérebro se torna resistente à mensagem da hormona, conduzindo à diminuição da saciedade, ao consumo excessivo de alimentos e ao aumento de peso, e à perpetuação de um ciclo de aumento da produção de leptina.⁷

Talvez pense que, sendo magro, não deveria o corpo permanecer sensível à leptina e manter o peso e a fome? Historicamente, sim, mas a investigação demonstrou que os neurónios recetores de leptina no cérebro foram danificados pela dieta ocidental moderna, que se tornou «artificialmente» deliciosa devido aos hidratos de carbono simples e às gorduras saturadas.⁸

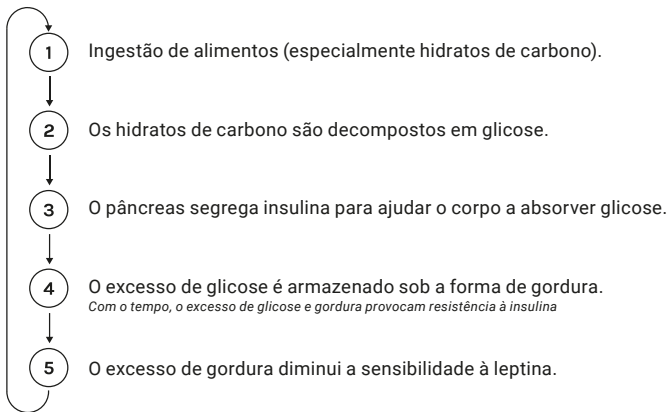
Estamos perante um ciclo particularmente difícil de interromper. O consumo de alimentos hiperpalatáveis prejudica a sinalização da leptina no cérebro, o que conduz a uma diminuição da sensação de saciedade e a um aumento dos desejos alimentares. Estes, por sua vez, favorecem o ganho de peso, que origina

resistência à leptina — reforçando, assim, a vontade de consumir precisamente esses alimentos. (Parece uma versão maligna de «se der uma bolacha a um rato...»*)

Resistência à insulina

Outra forma de sinalização neuro-hormonal anômala resulta da *resistência à insulina*, uma razão extremamente comum pela qual as pessoas ganham peso facilmente e depois têm dificuldade em perdê-lo.

COMO O CORPO ARMAZENA ENERGIA (OU PRODUZ GORDURA)



Os alimentos são o que o nosso corpo utiliza para produzir e armazenar energia. Todos os alimentos são compostos de três macronutrientes: hidratos de carbono, proteínas e gorduras.

* *If You Give a Mouse a Cookie*, um livro infantil norte-americano, em que, depois de um rapaz dar uma bolacha a um rato, este começa uma série interminável de pedidos. [N. da T.]

Quando ingerimos alimentos, quaisquer que sejam, estes acabam por ser decompostos em blocos de construção úteis para o nosso corpo:

Hidratos de carbono → Glicose

Proteínas → Aminoácidos

Gorduras → Ácidos gordos

A glicose, proveniente dos hidratos de carbono, é a fonte de energia instantânea preferida do corpo. Mas não podemos fazer nada com a glicose isoladamente; esta precisa de ser transportada através de um veículo hormonal denominado *insulina*. As células beta do pâncreas segregam insulina, permitindo o seu transporte para abastecer o cérebro, os músculos e o resto do corpo.

O organismo pode fazer três coisas com a glicose:

- queimá-la para obter energia instantânea;
- convertê-la em glicogénio em quantidades limitadas para utilização posterior;
- armazená-la sob a forma de gordura.

O que é que acontece quando ingerimos demasiados hidratos de carbono e açúcar e acabamos com excesso de glicose? O pâncreas aumenta a produção de insulina que permitirá que a glicose seja armazenada sob a forma de gordura.

Com o tempo, com o excesso de glicose em circulação e o excesso de gordura a acumular-se, a insulina deixa de funcionar tão bem como antes. Desenvolve-se *resistência à insulina*, o precursor da pré-diabetes. Na diabetes tipo 2 em estado avançado, não só nos tornamos resistentes à insulina, como também sofremos o duplo golpe de um pâncreas que se esgota e que poderá deixar de produzir insulina.

No momento em que surge resistência à insulina, o pâncreas continuará a produzi-la, mas o corpo tornar-se-á cada vez mais insensível a ela. O fornecimento de glicose para energia ou armazenamento requer cada vez mais insulina. E, enquanto o corpo e o pâncreas se debatem sobre a quantidade de insulina necessária, a glicose permanece no sangue, uma condição conhecida como *hiperglicemia* (ou seja, nível elevado de açúcar no sangue).

À medida que os níveis de insulina aumentam, o corpo intensifica os sinais para armazenar gordura e aumentar a fome. Em vez de aproveitar a glicose para obter energia instantânea, o corpo fica mais propenso a armazená-la, conduzindo a uma acumulação cada vez maior de gordura. Mesmo num corpo saudável, a glicose será armazenada sob a forma de gordura quando os níveis de glicose excederem as necessidades energéticas.

Todas estas alterações hormonais desencadeadas pela resistência à insulina ajudam a explicar o que se passa nos bastidores quando alguém afirma, com toda a convicção, estar a fazer tudo o que está ao seu alcance — e, ainda assim, o peso continua a aumentar. Os médicos costumavam presumir que a pessoa estava enganada. Na verdade, isto poderá ser resistência à insulina.

Além da leptina e da insulina, alguns outros sinais hormonais importantes têm um papel fundamental na regulação da ingestão de alimentos e do gasto energético através do hipotálamo:

- grelina — secretada pelo estômago, estimula a fome;
- peptídeo YY (PYY) e colecistocinina (CCK) — secretados pelos intestinos, inibem a ingestão de alimentos (diminuem o apetite) e retardam o esvaziamento gástrico;
- glucagon — secretado pelo pâncreas, mantém a glicemia e a homeostase energética; em momentos de fornecimento limitado de energia (comida), diminui o apetite e aumenta o gasto energético;

- amilina — secretada com a insulina pelo pâncreas, suprime o apetite e a ingestão de comida, retarda o esvaziamento gástrico e suprime a libertação de glucagon;
- peptídeo semelhante ao glucagon tipo 1 (GLP-1) e polipeptídeo insulínico dependente de glicose (GIP) — secretados pelos intestinos, estimulam a secreção de insulina e suprimem a secreção de glucagon para controlo da ingestão de nutrientes; diminuem a sensação de fome e retardam o esvaziamento gástrico.

PORQUE AS DIETAS SÃO DESTRUTIVAS

A perda de peso conduz a alterações biológicas compensatórias que tornam a manutenção praticamente impossível. Mais uma vez, as hormonas são a razão. Um estudo de 2011 demonstrou que existem desequilíbrios hormonais significativos até um ano depois da perda de peso inicial!⁹

Em teoria, restringir calorias deverá resultar em perda de gordura. Mas tenho a certeza de que já o experimentou e sabe o que acontece: a sua fome fica descontrolada. Torna-se algo que consome toda a sua energia. Se não estiver efetivamente a comer, estará a pensar no que vai comer a seguir. Isto porque o seu intestino liberta a hormona grelina, que grita: «Estou esfomeado, alimenta-me!»

Também sabemos que, quando restringimos calorias e perdemos peso, o nosso corpo reage enviando para o cérebro menos leptina, CCK, PYY e GLP-1 — promovendo assim o aumento da fome e a recuperação do peso.

Estudos de ressonância magnética mostraram que, quando os níveis de leptina diminuem, o cérebro responde à visão de comida ativando os seus centros de recompensa. As ressonâncias magnéticas também mostraram que, sempre que fazemos dieta, estas reações no cérebro tornam-se mais intensas.¹⁰ Se alguma vez

se sentou à mesa incapaz de parar de pensar no prato de donuts glacados e brilhantes colocados no centro, este é o motivo. Estava refém de uma sinalização neuro-hormonal anômala.

A «CURA» DOS BAIXOS TEORES DE HIDRATOS DE CARBONO

Agora compreende porque é que as suas hormonas fazem com que seja quase *fisiologicamente impossível* manter um défice calórico crónico. A forma mais viável de queimar gordura é *diminuir a insulina*. Mais uma vez, em teoria, isto pode ser alcançado apenas com restrição alimentar, através de uma dieta muito baixa em hidratos de carbono, como a dieta cetogénica (*keto*).

Tal como os nutrientes ingeridos podem perturbar o funcionamento hormonal adequado, também podem ajudar a curá-lo. Uma alimentação rica em açúcar e em hidratos de carbono promovem a resistência à insulina. Porém, quando *restringimos* os hidratos de carbono, há menos glicose a circular pelo nosso sistema e o nível de açúcar no sangue permanece baixo. O pâncreas responde bombeando menos insulina.

Quando o corpo precisa de energia neste estado de privação de glicose, recorre ao fígado, que armazena açúcar destinado precisamente a este cenário. É o gerador de reservas do nosso corpo. Queimamos essas reservas rapidamente, num ou dois dias, e o corpo passa a queimar gordura. Isto é conhecido como *cetose*. À medida que queimamos gordura, a leptina começa a recuperar, pelo que sentimos menos fome. E, com o tempo, a resistência à insulina também desaparece.

«Este livro não se limita à perda de peso; centra-se na otimização da saúde a longo prazo, ajudando a ultrapassar a desinformação e capacitando os leitores para tomarem decisões informadas.»

Dra. Amy Shah, nutricionista e autora bestseller

O primeiro guia completo e de referência sobre o *Ozempic*, o *Wegovy*, o *Mounjaro* e outros medicamentos para a perda de peso, oferecendo uma visão clara sobre o seu funcionamento e sobre como otimizar os seus resultados e evitar possíveis efeitos secundários.

Com uma linguagem clara e empática, e combinando provas científicas atuais com casos reais, a autora explica os efeitos e principais mitos sobre esta classe de fármacos amplamente discutida, mas ainda pouco compreendida, abordando temas como:

- A experiência real de utilização dos GLP-1;
- Como saber se esta terapêutica é indicada para si;
- Formas de obter prescrição e eventual participação;
- Gestão e redução de efeitos adversos;
- Planos alimentares;
- Receitas simples para fases de menor apetite.

A *Revolução Ozempic* marca um ponto de viragem: estes medicamentos oferecem, finalmente, uma via eficaz e sustentável para a perda de peso, melhoria da saúde metabólica, prevenção de doenças e manutenção dos resultados ao longo do tempo.

Perante a desinformação sobre os GLP-1, este livro esclarece todas as dúvidas.



Penguin
Random House
Grupo Editorial

penguinlivros.pt

  penguinlivros

ISBN: 978-989-589-973-9



9 789895 899739