

EFEITOS DO USO DA TERAPIA MEDICAMENTOSA E REEDUCAÇÃO ALIMENTAR SOBRE O ESTADO NUTRICIONAL DE ADULTOS

EFFECTS OF THE USE OF DRUG THERAPY AND DIETARY RE-EDUCATION ON THE NUTRITIONAL STATE OF ADULTS

Débora Miranda ¹, Vagner Fagnani Linartevichi ² *

¹ Acadêmica, curso de Nutrição do Centro Universitário Assis Gurgacz - FAG. ² Farm.^o, Mestre e Doutor, Docente do Centro Universitário Assis Gurgacz - FAG.

* Autor correspondente: linartevichi@gmail.com;

RESUMO

Introdução: O sobrepeso e a obesidade encontram-se entre os problemas de saúde pública mais importantes da atualidade. Com o aumento progressivo de seus indicadores e os fatores de riscos relacionados a essa doença crônica, inúmeros tratamentos são orientados por profissionais habilitados, porém a maioria da população busca uma forma rápida de perder peso, vislumbrando como alternativa viável as terapias farmacológicas. **Objetivo:** Avaliar o estado nutricional, através do índice de massa corporal (IMC) de indivíduos que adotaram o uso da terapia medicamentosa e da reeducação alimentar para o emagrecimento. **Metodologia:** Pesquisa de campo, transversal, com aplicação de um questionário semi-estruturado, em adultos estudantes da área da saúde, com levantamento de dados referentes à adoção da reeducação alimentar e uso de medicamentos. **Resultados e discussão:** No início da reeducação alimentar constatou-se um IMC médio diferenciado nos homens e mulheres voluntários. Sob esse aspecto, o IMC médio, antes do uso da medicação era $>25\text{kg/m}^2$ o qual apresentou oscilações para os dois sexos, inclusive reganho de peso no encerramento do tratamento. Em suma, a perda de peso, gradativa e progressiva, fundamentada na adoção de mudanças no estilo de vida é mais efetiva no sucesso e manutenção da redução do peso em longo prazo.

Palavras-chave: Perda de peso, Reeducação alimentar, Medicamentos, Manutenção do peso.

ABSTRACT

Introduction: Overweight and obesity are among the most important public health problems nowadays. With the progressive increase of its indicators and the risk factors related to this chronic disease, countless treatments are guided by qualified professionals, however, the majority of the population looks for a quick way to lose weight, seeing pharmacological therapies as a viable alternative. **Objective:** To assess the nutritional status, through the body mass index (BMI) of individuals who adopted the use of drug therapy and dietary re-education for slimming. **Methodology:** Field research, cross-sectional, with the application of a semi-structured questionnaire in adult students of the healthcare area, with data collection regarding the adoption of dietary re-education and the use of medicines. **Results and discussions:** At the beginning of dietary re-education the mean BMI was found to be

different in men and women volunteers. In this regard, the mean BMI, before using the medication, was $>25\text{kg/m}^2$, which showed fluctuations for both sexes, including regaining weight at the end of treatment. In sum, gradual and progressive weight loss, based on the adoption of changes in the lifestyle, is more effective in the success and maintenance of weight reduction in long term.

Keywords: Weight loss, Dietary re-education, Medicines, Weight maintenance.

1. INTRODUÇÃO

O sobrepeso e a obesidade encontram-se entre os problemas de saúde pública mais importantes da atualidade. As estimativas da Organização Mundial da Saúde apontam que, em 2016, 39% dos indivíduos adultos no mundo apresentavam-se em excesso de peso (índice de Massa Corporal-IMC $\geq 25\text{ kg/m}^2$). Em Portugal, mais da metade da população adulta se encontra com um IMC igual ou superior a 25 kg/m^2 e aproximadamente 44% da população relata estar tentando controlar o peso (perder ou manter). Entretanto, as taxas relatadas de sucesso são relativamente baixas (JORGE *et al.*, 2019).

No Brasil, uma pesquisa realizada com 188 mil indivíduos de diferentes faixas etárias, mostrou um crescimento significativo da obesidade no país, apontando que 48% das mulheres e 50% dos homens estão acima do peso, dos quais 16,9% (mulheres) e 12,4% (homens) são classificados como obesos (IBGE, 2010). Correlacionado a esses dados, também constatou-se que 62,1% dos cidadãos brasileiros são considerados como sedentários, visto que esse valor se destaca entre pessoas de idade mais elevada, de menor poder aquisitivo, bem como entre as mulheres (IBGE, 2017).

Com este aumento progressivo nos indicadores de obesidade e os fatores de riscos relacionados a essa doença crônica, inúmeros tratamentos são indicados por profissionais habilitados (BRASIL, 2017). Ademais, ao considerar a prevalência do excesso de peso e as repercussões negativas sobre a saúde, a maioria da população, hoje, busca uma forma rápida de perder o peso obtido em curto ou longo prazo, conforme destaca Alvarenga *et al.* (2015).

Nessa perspectiva, o êxito no tratamento da obesidade depende da diminuição dos fatores de risco, como também da perda de peso, estando esse apoiado em intervenções que conduzem a mudanças no estilo de vida, à prática de

atividades físicas, dietoterápica, bem como a modificações comportamentais. Porém, o número de pessoas que não apresentam bons resultados ao adotar tais medidas é elevado (SAMPAIO e NUNES, 2017).

Como primeira tentativa, o tratamento deve ser feito através da dieta adequada e atividade física, mas infelizmente em muitos casos os resultados não são positivos ou são eficazes em curto prazo, deixando como alternativa viável as terapias farmacológicas (RANG *et al.*, 2016). Entretanto, a terapia medicamentosa é indicada em casos de indivíduos com um IMC ≥ 30 kg/m² ou ≥ 25 kg/m² se comorbidades associadas.

Entende-se que os medicamentos podem reduzir o apetite, diminuir a absorção de gordura ou aumentar o gasto energético. Nesse sentido, como em qualquer tratamento medicamentoso, é necessário o monitoramento médico para a eficácia e segurança desse procedimento, ou seja, o tratamento com medicamentos sem modificação do estilo de vida é menos eficaz (MAHAN e RAYMOND, 2018).

Ressalta-se ainda que a utilização de fármacos para emagrecer encontra-se associada à pretensa falta de tempo disponível para praticar alguma atividade física e/ou ter uma alimentação adequada. Também pode haver maior facilidade para pessoas de maioridade em adquirir estes medicamentos, já que não necessitam da autorização dos pais, como salienta Toledo *et al.* (2010).

Nesse contexto, esse trabalho apresentou como objetivo avaliar o estado nutricional de indivíduos que adotaram o uso da terapia medicamentosa e da reeducação alimentar (mudança de estilo de vida) para perda de peso, assim identificando e compreendendo as variáveis que indicam um resultado positivo na perda e manutenção do peso perdido em longo prazo. Ademais, visou compreender e indicar quais dessas estratégias são mais eficientes na perda de peso e sua manutenção.

2. METODOLOGIA

A metodologia adotada para o desenvolvimento desse trabalho contemplou uma pesquisa de campo, transversal, descritiva, com abordagem quantitativa e qualitativa, contando com aplicação de um questionário semi-estruturado, em adultos estudantes da área da saúde.

Para realização dessa pesquisa, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro Universitário, respeitando as Resoluções CNS 466/12 e 510/16 e suas complementares, bem como a Norma Operacional CNS 001/2013 em que o projeto foi aprovado sob nº 3.783.343 e CAAE nº 25615919.4.0000.5219.

Dessa forma, estabeleceu-se como critério de inclusão para participação da pesquisa a idade entre 18 e 40 anos para ambos os sexos, além de ser estudante da área da saúde. Em contrapartida, de acordo com os critérios de exclusão, não se aplicava a pessoas com perfis de atletas e/ou hipertróficos, adultos que estão em preparação para cirurgia bariátrica ou que já passaram por ela, gestantes e pós puérpera até 180 dias, e pessoas com mobilidade reduzida permanente ou temporária.

A coleta dos dados realizou-se por meio de um questionário semi-estruturado, composto por 48 questões de múltipla escolha e discursivas. A pesquisa foi realizada com 243 indivíduos, na qual o questionário foi disponibilizado, através da ferramenta digital Google Formulários. Nessa perspectiva, solicitou-se aos participantes que realizassem a leitura e respondessem o questionário caso concordassem com os termos apresentados, evitando-se assim qualquer tipo de constrangimento. O formulário estruturou-se em quatro partes, contendo:

- A) Dados referentes ao perfil dos participantes: idade, sexo, estado civil, peso e altura;
- B) Questões relativas à adoção e práticas de dietas restritivas;
- C) Questões relacionadas à melhora no estilo de vida e alimentação, por meio da reeducação alimentar, ao visar melhores condições de saúde e bem estar;
- D) Perguntas sobre a utilização da terapia medicamentosa para perda de peso.

Na sequência, os dados e respostas obtidos por intermédio dessa pesquisa foram mantidos em sigilo, utilizados apenas para propósitos científicos. Os dados foram tabulados em planilhas eletrônicas, desenvolvidas no programa Microsoft Excel e as análises observadas por média e desvio padrão. Assim, participaram da pesquisa 243 voluntários, dentre os quais, 151 (62,13%) relatou ter feito reeducação alimentar nos últimos 3 anos, sendo excluídos 6 participantes, devido a

inconsistência de dados. Ao se tratar da terapia medicamentosa, com intenção de perda de peso, 20 (8,23%) apontaram o uso.

3. RESULTADOS

3.1 A REEDUCAÇÃO ALIMENTAR - MUDANÇA DE ESTILO DE VIDA

Entre os 145 participantes que alegaram adesão à reeducação alimentar e mudado os hábitos de vida nos últimos 3 anos, destes, 116 (80%) eram do sexo feminino e 29 (20%) do sexo masculino. A média de idade esteve entre 22,3 para o gênero feminino e 22,2 para o masculino.

O principal motivo para a mudança de hábitos entre as mulheres era a intenção de melhorar a estética, o que equivale a 29 (25%) das participantes, 25 (21,55%) desejavam redução de peso e 8 (6,89%) incentivaram-se por algum problema de saúde, sendo que 54 (46,55%) eram motivos combinados. Quanto ao sexo masculino, 8 (27,58%) mudou seu estilo de vida para redução de peso, 7 (24,13%) para melhorar a estética, 5 (17,24%) por algum problema de saúde e 9 (31%) em razão de motivos combinados.

Tabela 1. Frequência referente aos motivos para mudanças de hábitos distribuídas por sexo.

Variáveis analisadas	Feminino		Masculino	
	N	%	N	%
Melhorar a Estética	29	25	7	24,13
Redução de Peso	25	21,55	8	27,58
Algum problema de saúde	8	6,89	5	17,24
Motivos combinados	54	46,55	9	31

Em relação às mudanças no consumo alimentar correspondiam aos hábitos, o aumento no consumo de saladas, verduras e frutas (A), aumento da ingestão de água (B), redução do consumo de doces, sobremesas, bolachas e biscoitos (C), redução do consumo de industrializados (D), redução de fast-food ou congelados (E), consumo de 4 a 6 refeições por dia (F). Os resultados estão descritos na figura abaixo.

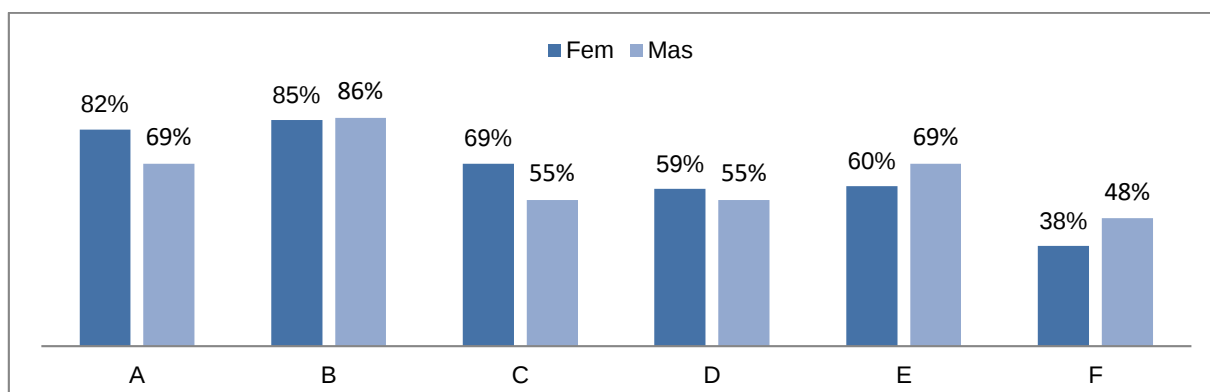


Figura 1. Resultados correspondentes às modificações no consumo alimentar dos participantes. *A soma pode ultrapassar os 100% haja vista que os participantes poderiam indicar mais do que uma alternativa.

Os participantes foram questionados sobre “se mantiveram os hábitos de consumo alimentar”, destes, 85 (73,27%) das mulheres declararam sustentar as mudanças alimentares e 31 (26,72%) não o fizeram. Para os homens, um total de 15 (51,72%) corresponde aqueles que conseguiram manter os hábitos saudáveis e 14 (48,27%) equivale aos que não mantiveram.

Com referência a prática de atividade física, para o sexo feminino, 81 (69,82%) relatou ter feito algum exercício durante este período e 35 (30,17%) não adotou essa mudança no estilo de vida. Em contrapartida, para o sexo masculino, os valores foram de 25 (86,2%) e 4 (13,79%) para a prática de exercício físico e a não adoção de tais atividades, respectivamente.

Ao se tratar das dificuldades apresentadas em seguir a mudança de estilo de vida, 87 (75%) das mulheres indicou pelo menos uma das alternativas expostas, em contraste com 29 (25%) que declarou não encontrar nenhuma, ficou evidente que a falta de tempo 43 (49,42%) e motivação 40 (45,97%) eram os principais motivos, além do mais 22 (25,28%) para monotonia, 21 (24,13%) por questões financeiras e outros motivos não identificados 4 (4,59%). Contudo, entre o gênero masculino 21 (72,41%) expressou-se ao menos uma e 8 (27,58%) não, mencionou-se a falta de tempo 14 (66,66%), falta de motivação 13 (61,9%), monotonia 10 (47,61%), e financeira 8 (38%).

O IMC médio no início da reeducação alimentar era de $23,69 \pm 4,86 \text{ kg/m}^2$ para as mulheres, com diagnóstico nutricional de eutrofia (WHO, 2000), sendo que 76 (65,51%) das voluntárias relataram perda de peso, uma média $8,26 \pm 6,78\%$ de peso perdido, e 40 (34,48%) não perdeu o peso. Nesse contexto, o IMC médio, após o término da reeducação era de $23,26 \pm 3,62 \text{ kg/m}^2$ para um IMC atual de $23,55 \pm 3,79$

kg/m², mantendo-se o diagnóstico de peso adequado para as participantes que relataram perda de peso. Quanto ao emagrecimento, 19 (16,37%) relatou perder peso mais do que gostaria, 60 (51,72%) menos do que gostaria e 37 (31,89%) não perder peso.

Tabela 2. Características antropométricas dos participantes do sexo feminino incluídos no estudo.

Variáveis analisadas	N	%	Média
IMC início da R.A.	116	100%	23,69±4,86 kg/m ²
IMC início da R.A.**	76	65,51%	25,50±4,49 kg/m ²
IMC após R.A.	76	65,51%	23,26±3,62 kg/m ²
IMC Atual	76	65,51%	23,55±3,79 kg/m ²
Perderam peso	76	65,51%	
Não perderam peso	40	34,48%	
% de peso perdido			8,26±6,78%
Kg eliminados			6,19±6,71 kg

*R.A. – reeducação alimentar; **Valores referentes à perda de peso.

Com relação ao sexo masculino, o IMC médio era de 26,09±3,92 kg/m², com diagnóstico nutricional de sobrepeso (WHO, 2000). Uma vez que 19 (65,51%) destes declararam perda de peso, uma média de 8,82±7,03% de peso eliminado e 10 (34,48%) não reduziu o peso. O IMC médio, após a reeducação era de 26,43±3,39 kg/m² com um índice de massa corporal atual de 27,57±3,34 kg/m² não saindo do sobrepeso. Entre os homens 5 (17,24%) afirmou ter perdido peso mais do que gostaria, 14 (48,27%) menos do que gostaria e 10 (34,48%) não perder peso.

Tabela 3. Características antropométricas dos participantes do sexo masculino incluídos no estudo.

Variáveis analisadas	N	%	Média
IMC início da R.A.	29	100%	26,09±3,92 kg/m ²
IMC início da R.A.**	19	65,51%	29,19±3,39 kg/m ²
IMC após R.A.	19	65,51%	26,43±3,39 kg/m ²
IMC Atual	19	65,51%	27,57±3,34 kg/m ²
Perderam peso	9	65,51%	
Não perderam peso	10	34,4%	
% de peso perdido			8,82±7,03%
Kg eliminados			8,94±7,22 kg

*R.A. – reeducação alimentar; **Valores referentes à perda de peso.

3.2 TERAPIA MEDICAMENTOSA

Dos 243 participantes entrevistados, 20 (8,23%) relataram utilizar algum tipo de medicamento para emagrecer, sendo 16 (80%) do sexo feminino e 4 (20%) do sexo masculino. A média de idade foi 25,8 para o gênero feminino e 21,2 para o masculino.

Desse modo, os motivos que justificaram a utilização de medicamentos eram dificuldades para perda de peso (A), dificuldades em aderir à dieta (B), para redução rápida de peso (C), e como auxílio no processo de emagrecimento, juntamente com a dieta e atividade física (D). Logo, os resultados estão elencados na tabela abaixo:

Tabela 4. Resultados segundo as respostas dadas sobre o motivo para utilizar medicamentos.

	Feminino		Masculino	
	N	%	N	%
(A)	11	68,75%	3	75%
(B)	4	25%	1	25%
(C)	6	37,5%	3	75%
(D)	5	31,25%	1	25%

*A soma pode ultrapassar os 100% haja vista que os participantes poderiam indicar mais do que uma alternativa.

Em relação ao sexo feminino 13 (81,25%) declararam que antes da medicação houve tentativas para perda de peso por meio de dieta e mudanças nos hábitos alimentares, e 4 (100%) para o sexo masculino, respectivamente. Além disso, 8 (50%) das mulheres e 2 (50%) dos homens fizeram a utilização dos fármacos, acompanhados de dieta, mudanças de hábitos alimentares e estilo de vida, em contraste com (50%) destes que só fizeram o uso de substâncias emagrecedoras.

Nesse estudo, o consumo de medicamentos sem prescrição foi observado em 9 dos 20 participantes, 6 (66,66%) mulheres e 3 (33,33%) homens, sendo que apenas 1 dos 4 voluntários do sexo masculino os utilizou sob prescrição médica. Possibilitou-se verificar também que, 14 (70%) dos indivíduos usaram apenas uma substância e 6 (30%) tomaram duas ou mais, estes do sexo feminino, contabilizando a adoção de mais de um tipo de medicamento para análise de dados. A respeito dos medicamentos mais consumidos para perda de peso pelos participantes, os resultados estão demonstrados na figura abaixo.

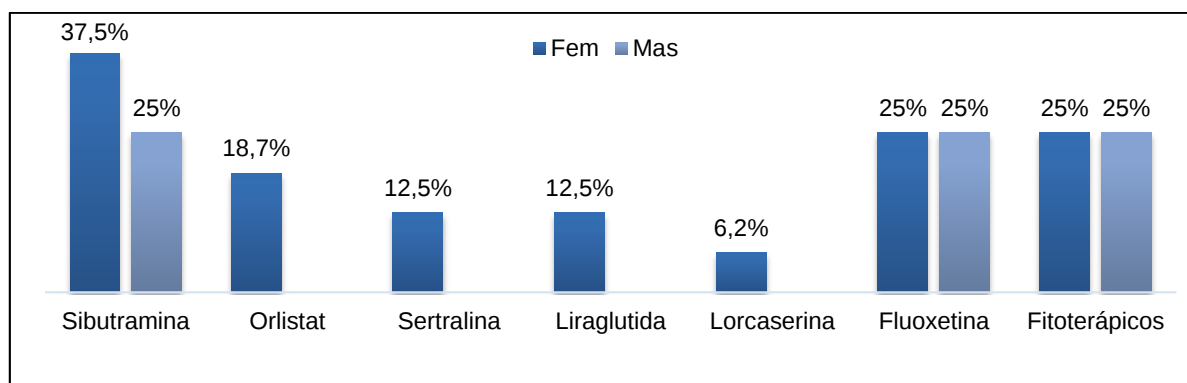


Figura 2. Frequência dos sete medicamentos mais utilizados pelos entrevistados. *A soma pode ultrapassar os 100% haja vista que os participantes poderiam indicar mais do que uma alternativa.

Os medicamentos foram usados por um tempo determinado, de duas a quatro semanas 2 (12,5%), um a três meses 5 (31,25%) e mais que 3 meses 9 (56,25%), resultados esses que se referem ao gênero feminino. Para os indivíduos do gênero masculino, 2 (50%) utilizaram por um período de duas a quatro semanas e 2 (50%) mais que três meses. Sobre a manutenção do peso pós-terapia, entre as mulheres 10 (62,5%) voltou a ganhar peso posterior a 8 semanas, 3 (18,75%) após 3 a 4 semanas, 2 (12,5%) de 1 a 2 semanas e 1 (6,25%) de 5 a 8 semanas. Esses valores são de 2 (50%) para recuperação do peso seguinte a 1 ou 2 semanas, e 1 (25%) de 3 a 4 semanas e 1 (25%) de mais que 8 semanas para os homens.

O IMC médio, antes da medicação colocar-se em uso era de $26,07 \pm 4,16$ Kg/m² para o sexo feminino, com diagnóstico nutricional de sobrepeso (WHO, 2000). Após a utilização de tais substâncias, 11 (68,75%) das mulheres perderam peso, uma média de $8,45 \pm 7,80$ kg do peso, sendo que destas 10 (90,9%) apresentou reganho de peso, média de $12,1 \pm 12,8$ kg, com um IMC médio atual de $26,70 \pm 4,72$ kg/m², continuando com diagnóstico nutricional de sobrepeso.

Tabela 5. Resultados conforme as características antropométricas para o uso de medicamentos entre o sexo feminino.

Variáveis analisadas	N	%	Média
IMC antes do uso da medicação	16	100%	$26,07 \pm 4,16$ kg/m ²
IMC Atual	16	100%	$26,70 \pm 4,72$ kg/m ²
Perderam peso	11	68,75%	
Não perderam peso	5	31,25%	
% de peso perdido			$11,44 \pm 10,0\%$
Kg eliminados			$8,45 \pm 7,80$ kg
Reganho de peso	10	90,9%	$12,1 \pm 12,8$ kg

Quanto ao IMC médio para os homens, anterior a adoção de drogas para emagrecimento era de $27,36 \pm 3,75 \text{ kg/m}^2$ com estado nutricional de sobrepeso (WHO, 2000). Posterior à terapia 2 (50%) destes, eliminaram peso, uma média de $2,5 \pm 2,12 \text{ kg}$, visto que voltaram a ganhar peso, média de $8 \pm 2,8 \text{ kg}$, com um IMC atual de $28,23 \pm 3,32 \text{ kg/m}^2$.

Tabela 6. Resultados conforme as características antropométricas para o uso de medicamentos entre o sexo masculino.

Variáveis analisadas	N	%	Média
IMC antes do uso da medicação	4	100%	$27,36 \pm 3,75 \text{ kg/m}^2$
IMC Atual	4	100%	$28,23 \pm 3,32 \text{ kg/m}^2$
Perderam peso	2	50%	
Não perderam peso	2	50%	
% de peso perdido			$2,63 \pm 1,93\%$
Kg eliminados			$2,5 \pm 2,12 \text{ kg}$
Reganho de peso	2	50%	$8 \pm 2,8 \text{ kg}$

A proporção de indivíduos que referiu-se ao uso de fármacos, classificados como eutrofos pelo IMC foi de 8 (40%), seguidos de 8 (40%) sobrepeso e 4 (20%) obesidade, resultados para ambos os gêneros, respectivamente.

4. DISCUSSÃO

4.1 REEDUCAÇÃO ALIMENTAR

Em relação ao estado nutricional dos entrevistados, o IMC médio inicial das mulheres indicava eutrofia, a média de emagrecimento foi de $6,19 \pm 6,71 \text{ kg}$, para um IMC atual de $23,55 \pm 3,79 \text{ kg/m}^2$ mantendo-se a classificação de peso adequado. Em contrapartida, o sexo masculino, apresentou IMC médio de diagnóstico para sobrepeso, eliminando uma média de $8,94 \pm 7,22 \text{ kg}$, e índice de massa corporal atual superior de $27,57 \pm 3,34 \text{ kg/m}^2$ indicando o sobrepeso.

Em estudo realizado em Portugal, através do Registo Nacional de Controle do Peso (RNCP), integrado por indivíduos que intencionalmente eliminaram $\geq 5 \text{ kg}$ de peso corporal nos últimos 15 anos e tiveram manutenção do peso perdido de pelo menos 1 ano, constatou-se na amostra formada por 198 participantes, dos quais 59% eram do sexo feminino. Inicialmente os voluntários apresentavam média de

peso de 89 kg e IMC de 32,0 kg/m², o peso médio após a perda de peso era em torno de 74 kg, isso representa um IMC de 26,0 kg/m². O emagrecimento foi em média de 17,4 kg, uma diminuição de 6,0 pontos no IMC, saindo da classificação de obesidade para o limite inferior de pré-obesidade, para ambos os gêneros (VIEIRA *et al.*, 2012).

Em decorrência da verificação da classificação de IMC antes e depois, verificou-se uma redução no número de indivíduos com obesidade, 63% para 15%, aumentando na classificação pré-obesidade, 26% para 43%, e de 12% para peso normal alcançou 42% após a perda de peso. Este estudo destaca que menores números de tentativas anteriores de emagrecimento, imagem corporal positiva, autodeterminação, motivação intrínseca para o exercício são facilitadores do sucesso para manutenção do peso a longo prazo (VIEIRA *et al.*, 2012).

Outra pesquisa feita com 794 mulheres, sobre o efeito de um programa de reeducação alimentar, para massa corporal a média inicial era de 80,66±14,58 kg e IMC médio 30,79±5,21 kg/m² representando obesidade. Após o período de intervenção o IMC médio era de 28,82±5,03. Ainda que a redução dos valores de IMC aparente ser pouco relevante, considerando a média de estatura do grupo de 1,61±0,06 m, cada unidade de IMC alterada representa 2,6 kg. O resultado principal indicou uma redução significativa da massa corporal (6,4%) do IMC e do perímetro abdominal, de acordo com as considerações de Tiggemann *et al.* (2018).

Tratando-se de um estudo transversal, com amostra de conveniência, foram analisados 39 pacientes adultos, 84,6% sexo feminino, e 15,4% masculino, frequentadores de um ambulatório de nutrição de uma instituição de ensino superior privada. O IMC médio no início da intervenção era de 25,87 kg/m², caracterizando sobrepeso, ocorrendo uma média de perda de peso de 8,8 kg. Em relação à atividade física, a maioria 76,9% praticou exercícios durante o tratamento e após o término 46,12% mantiveram tais práticas (SAUERESSIG e BERLEZE 2010).

Convém ponderar que a inatividade física é fator determinante para o sobrepeso e obesidade, devendo ser considerada a implantação de exercícios físicos em todos os tipos de intervenções de emagrecimento, tanto para melhora da qualidade de vida, como diminuição dos riscos associados ao excesso de peso. A atividade física no presente estudo foi realizada por 69,82% das mulheres e 86,2% dos homens. Em um estudo do tipo transversal sobre a avaliação dos níveis de atividade física em estudantes universitários, com 107 participantes, nos quais

64,4% eram praticantes de atividade física regular, logo ao calcular o equivalente metabólico (MET) demonstrou-se que 24,2% se mostraram insuficientemente ativos, 6% ativos e 69,1% muito ativos. Quanto ao IMC, 52,5% estavam abaixo do peso e/ou peso normal, 33% em sobrepeso e 15,1% com obesidade. A correlação entre atividade física e índice de massa corporal demonstrou que quanto mais elevado o IMC pior é a classificação em relação ao nível de exercícios físicos regulares dos entrevistados (PRIMO *et al.*, 2017).

Neste estudo os participantes foram motivados a melhorar seus hábitos, principalmente entre as mulheres, por desejar uma melhora estética, no sexo masculino a maior porcentagem desejava redução de peso 27,58%. A respeito de investigação já abordada anteriormente, para a maioria dos indivíduos que formaram o RNCP houve um motivo, uma situação em particular que ocasionou a perda de peso. Dos participantes 53% desencadearam-se por problemas de saúde e físicos, outras razões eram relacionadas com a insatisfação com o peso e o corpo, sendo superior o número de mulheres, ou seja, 36,6%, em relação aos homens 16,7% relataram a insatisfação corporal (VIEIRA *et al.*, 2012).

Gonçalves *et al.* (2015), em seu estudo indicou alguns fatores que levam a não adesão em processos para perda de peso, a falta de tempo, sentir fome durante o processo de intervenção, o que é ocasionado em dietas muito restritivas, ansiedade e demora para alcançar resultados positivos. A motivação é um fator importante, pois é capaz de levar as pessoas a alcançarem seus objetivos, portanto é imprescindível para comprometimento do indivíduo no processo de emagrecimento (GOMES, 2013). Embora a prescrição dietética seja fundamental, quando aplicada de forma isolada, não é capaz de provocar modificações. Portanto, para que as transformações ocorram faz-se necessário que o nutricionista atue como um provedor de informações e, se torne um agente de mudança, utilizando das ferramentas comportamentais, nas palavras de Alvarenga (2015).

4.2 TERAPIA MEDICAMENTOSA

O consumo de medicamentos foi de 8,23%, sendo maior entre as mulheres (80%) em relação aos homens, tornando-se perceptível que o gênero pode influenciar nessa escolha. Estudo epidemiológico descritivo, prospectivo e transversal com 487 alunos, no qual 9% consumiram medicações para emagrecer,

mostrou que há uma frequência maior de utilização de medicamentos pelas mulheres entrevistadas, isto é, 88,6%, que pelos homens 11,4% (TOLEDO *et al.*, 2010). Outra pesquisa com 866 acadêmicos de três instituições de ensino superior, em que 125 (14,34%) dos entrevistados recorriam ao uso de alguma substância emagrecedora, 87 (69,6%) eram do sexo feminino, e 38 (30,40%) do sexo masculino (NETO *et al.*, 2018). Mediante esse esboço é possível relacionar essa diferença entre os sexos, devido à insatisfação corporal ser maior entre as mulheres. Tal descontentamento com o corpo acontece pela influência da sociedade que vê o corpo magro como padrão perfeito.

A maioria dos participantes entrevistados utilizou medicamentos com a justificativa de apresentarem dificuldades para emagrecer e para redução rápida de peso. Estudos indicam que o uso de substâncias para perda de peso entre estudantes universitários acontece por múltiplos fatores, como, dificuldades para emagrecer, insatisfação com a imagem corporal, e falta de tempo para se alimentar corretamente e praticar atividades físicas (SILVA *et al.*, 2018).

A respeito da adoção de outras medidas para perder peso, estudo mencionou que além do medicamento, 47,73% dos participantes entrevistados afirmaram fazer só dieta, 27,27% dieta e prática de atividade física e 15,5% somente exercício físico, resultando em 90,5% que utilizam mudanças do estilo de vida e fármacos (TOLEDO *et al.*, 2010). Em relação a esse estudo, 50% das mulheres e 50% dos homens realizaram o consumo das substâncias associado a mudanças de hábitos alimentares e estilo de vida.

No presente estudo, 9 dos 20 participantes referiu-se a automedicação, 6 utilizaram mais de um tipo de fármaco, e mais que três meses foi o tempo de maior uso, tanto para o sexo feminino, quanto para o masculino. Em análise epidemiológica, de corte transversal, realizado com estudantes universitários de uma universidade pública, o consumo de medicações, sem prescrição foi observado em 14 dos 20 avaliados, também foram verificados que 14 estudantes usaram apenas uma medicação e 6 duas ou mais, destaca-se que 5 consumiram por até três meses (SILVA *et al.*, 2018). Contudo, sobre a utilização de drogas antiobesidade por acadêmicos, uma análise com amostra composta por 664 alunos, apontou em 6,8% o uso de substâncias, e em apenas um terço das prescrições fora indicada por médicos (MARTINS *et al.*, 2011).

No que concerne aos fármacos de maior frequência foram à sibutramina 37,5%, seguidos da fluoxetina e fitoterápicos 25% estando de acordo com outros estudos. Uma pesquisa epidemiológica descritiva, transversal com 654 alunos, entre os usuários de medicações (9,8%), estes declararam fazer uso da Sibutramina 34,1%, acompanhado de formulações naturais 22,7% (RODRIGUES, FILGUEIRA, NETO, 2018). Relativamente, ao avaliar 275 universitárias, sobre o consumo de medicamentos para o controle de peso, das 22,5% que relataram utilização de alguma droga, 48,4% mencionaram a sibutramina e 35,5% fluoxetina, principalmente (CERESINI *et al.*, 2010).

Em relação ao estado nutricional para ambos os sexos o IMC médio era superior a 25 kg/m². O uso de medicamentos por indivíduos classificados como eutrofos pelo IMC foi de 40%, seguidos de 40% sobrepeso e 20% obesidade. Destes, três se encontravam em obesidade grau I e um em obesidade grau II. Em estudo anteriormente já citado, a proporção de estudantes apresentando peso adequado pelo IMC foi de 47%, sobrepeso 29,42% e obesidade 11,76% (MARTINS *et al.*, 2011). Ademais, Toledo *et al.* (2010) em sua pesquisa relata que 66,7% dos participantes utilizaram medicação, mesmo com IMC normal, motivados pela estética, assim sendo, nota-se a prevalência do consumo de drogas para emagrecimento por universitários, mesmo não apresentando excesso de peso.

Ao concluir, após a terapia farmacológica para redução de peso, 68,75% das mulheres e 50% dos homens emagreceram, entretanto, ocorreu reganho de peso, dado que também é relatado por Rodrigues, Filgueira e Neto (2018), no qual o estudo demonstrou que 57,7% dos usuários de medicamentos alcançaram resultados, 13,5% não e 28,8% obtiveram, mas posterior há um determinado tempo houve reganho de peso. Assim verifica-se que o tratamento farmacológico, sem a modificação de estilo de vida, quando interrompido, decorre em recuperação do peso.

Notou-se que muitas pessoas acabam priorizando o uso da medicação em relação a nutrição e estilo de vida mais saudável, assim, os profissionais nutricionistas devem estar preparados para trabalhar com este público, visando estratégias de emagrecimento que possam mostrar e justificar que uma alimentação correta e adequada com todos os nutrientes necessários ao organismo é a maneira mais efetiva e que mantém a perda de peso de forma permanente, não trazendo futuros prejuízos à saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A perda de peso de forma gradativa e progressiva, fundamentada na adoção de mudanças nos hábitos alimentares, práticas habituais de atividades físicas e mudanças comportamentais, que modifiquem o estilo de vida de forma permanente são mais efetivas no sucesso e manutenção da redução do peso em longo prazo, haja vista que uma conduta do nutricionista é o de auxiliar as pessoas a modificarem seus hábitos alimentares.

Assim, a maioria da população busca maneiras rápidas e fáceis para o emagrecimento, e a utilização de medicamentos para controle de peso é uma das alternativas empregadas, entretanto, a manutenção é muito baixa e a maioria acabam por voltar a ganhar peso em pouco tempo, quando o tratamento farmacológico não é continuado e sem alterações comportamentais do indivíduo. Faz-se necessário que ocorra uma conscientização de que o peso adequado deve ser obtido preferencialmente através de exercícios físicos e de uma dieta equilibrada.

Em suma, é preciso ainda que os profissionais da área da saúde providenciem intervenções ao uso indiscriminado de medicamentos, uma vez que estes podem resultar em uma série de problemas, incluindo, dependência química, ciclagem de peso e efeitos colaterais desagradáveis, como, insônia, depressão, alterações gastrointestinais e cardíacas, entre outros, principalmente considerando-se a utilização sem prescrição médica, preconizando a importância de mudanças de estilo de vida com a intenção de que os resultados desejados possam ser alcançados de maneira positiva e saudável.

6. REFERÊNCIAS

ALVARENGA, M. *et al.* **Nutrição Comportamental**. Barueri, SP: Manole, 2015.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv45419.pdf>>

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Práticas de esporte e atividade física**: 2015. Rio de Janeiro: IBGE, 2017. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv100364.pdf>>

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil, 2016: **Vigilância de fatores de riscos e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**: estimativas sobre frequência e distribuição sócio demográfica de fatores de riscos e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no distrito federal em 2016. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/02/vigitel-brasil-2016.pdf>>

CERESINI, C.J.D. *et.al.* Avaliação do uso de medicamentos para o controle de peso por universitárias. In: **Anais Eletrônico V Mostra Interna de Trabalho de Iniciação Científica**. Maringá, 2010.

GOMES, M. De dieta em dieta. O que a ciência diz sobre as soluções milagrosas? Com **Ciência**: Campinas, 2013.

GONÇALVES, A.S.I *et. al.* Fatores intervenientes no seguimento do tratamento nutricional para redução de peso em mulheres atendidas em uma unidade básica de saúde no Brasil. **Rev. Cuid [S.I.]**: 2015.

JORGE, R. *et al.* Preditores Comportamentais e Psicossociais da Perda e Manutenção do Peso Perdido a Longo Prazo: Uma Revisão Conceptual de Revisões. **Associação Portuguesa de Nutrição**, 2019.

MAHAN, K. L; RAYMOND, L. J. KRAUSE: **ALIMENTOS, NUTRIÇÃO E DIETOTERAPIA**. 14 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.
MARTINS. C.C.M *et.al.* **Uso de drogas antiobesidade entre estudantes universitários**. Teresina: Elsevier, 2011.

NETO, A. P. V. *et al.* Avaliação da satisfação com a imagem corporal e uso de medicamentos anorexígenos e anabolizantes em estudantes universitários. **Revista Interdisciplinar de Estudos Experimentais**. [S.I.]: 2018. v. 10, n. único, p. 01-60. Disponível em: <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/riee/article/view/27455>>

PRIMO. S. H. *et al.* Avaliação dos Níveis de Atividade Física em Estudantes Universitários do Ensino a Distância. **J Health Sci**. [S.I.]: 2017. v. 19, n. 2, p. 143-148.

RANG, P. H. *et al.* **Farmacologia**. 8 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

RODRIGUES, G. F. P.; FILGUEIRA, G. C. O.; NETO, O. P. M. Uso de medicamentos para perda de peso por universitários da Faculdade Presidente

Antônio Carlos de bom despacho. **Revista Acadêmica Conecta Faf.** Luz: 2018. v. 3, n. 1. Disponível em: < <http://revista.fasf.edu.br/index.php/conecta/article/view/91>>

SAMPAIO, C.J; NUNES, C.M. **Avaliação da adesão a dietas da moda por indivíduos fisicamente ativos em duas academias do Recife-PE.** Faculdade Pernambucana de Saúde, Recife: 2017.

SAUERESSIG, M. R.; BERLEZE, K. J. Análise de influências em dietas de emagrecimento. **Psico.** Porto Alegre: PUCRS, 2010. v. 41, n. 2, p. 231-238.

SILVA, G. A. *et al.* Consumo de formulações emagrecedoras e risco de transtornos alimentares em universitários de cursos de saúde. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria.** Recife: 2018. v. 68, n. 4, p. 239-46.

TOLEDO, O. R. *et al.* Uso de medicamentos para perda de peso e índice de massa corporal em universitários do Vale do Araguaia (MT/GO), Amazônia Legal. **Rev. Bras. Clin. Med.:** São Paulo, 2010.

TIGGEMAN, C. L. *et al.* Efeito de um programa de reeducação alimentar na capacidade funcional de mulheres. **Ciência e Saúde.** Rio Grande do Sul, v. 11, n. 2, p. 114-120, 15 jun. 2018.

VIEIRA, N. P. *et al.* Sucesso na manutenção do peso perdido em Portugal: o Registro Nacional de Controle de Peso. Rev. **Ciência e Saúde Coletiva: Cruz-Quebrada,** Portugal, 2012.

ANEXO 1- QUESTIONÁRIO

1. Qual sua idade? _____
2. Qual o seu sexo? () Feminino () Masculino
3. Estado civil: () Solteiro(a) () Casado(a) () Viúvo(a) () Separado(a)
() União estável
4. Qual seu peso atual? _____ kg; Qual sua altura? _____ cm

As perguntas a seguir são sobre a restrição alimentar (dieta restritiva). Esse é o termo usado quando se restringe o consumo alimentar, de um grupo de alimentos ou menor quantidade de refeições ao dia.

5. Nos últimos 3 anos praticou dieta restritiva para perder peso? () Sim () Não
Se a resposta anterior for SIM, responda as próximas questões. Se a resposta for NÃO, pule para a questão nº 17.
6. O que motivou a fazer essa restrição alimentar? () Redução rápida de peso
() Melhorar estética () Algum problema de saúde () outro _____
7. Qual foi o tipo de dieta restrita que praticou? () Redução de carboidratos
() Redução de gordura () Diminuição de números de refeições ao dia () Jejum
() Outra _____
8. Qual seu peso quando iniciou essa restrição? _____ kg
9. Por quanto tempo praticou essa dieta? () Menos de 1 semana
() 2 a 4 semanas () 5 a 8 semanas () mais de 8 semanas
10. Houve perda de peso? Se sim, quanto de peso diminuiu? _____ kg
11. Quanto ao peso que você perdeu? () Emagreci mais do que gostaria
() Emagreci menos do que gostaria () Não mudei de peso
12. Houve reganho de peso? Se sim, responda em quanto tempo isso aconteceu:
() 1 a 2 semanas () 3 a 4 semanas () 5 a 8 semanas () Mais de 8 semanas
13. Se houve reganho de peso, quanto foi? _____ kg
14. Teve dificuldades em seguir a dieta? Se sim, marque quais opções correspondem a dificuldade: () Financeira () Tempo () Motivação ()
Monotonia () Outro _____
15. Praticaria essa ou outra dieta novamente? () Sim () Não
16. Junto a essa dieta, praticou atividade física? () Sim () Não

As perguntas a seguir são sobre melhora na sua alimentação referente ao estilo de vida mais saudável sem restrições alimentares.

17. Nos últimos 3 anos houve mudança no seu estilo e qualidade de vida no que tange alimentação ou chamada de reeducação alimentar? () Sim () Não

Se a resposta anterior for SIM, responda as próximas questões. Se a resposta for NÃO, pule para a questão nº 31

18. O que motivou a fazer essa mudança? () Redução de peso () Melhorar estética () Algum problema de saúde () Outro _____

19. Fez acompanhamento para reeducação alimentar? () Sim () Não

20. Você decidiu fazer essas mudanças sozinho? () Sim () Não

21. As mudanças foram aumentando ao longo do tempo? () Sim () Não

22. Sobre a mudança no consumo alimentar, marque as opções que correspondam aos seus hábitos:

() Aumento no consumo de saladas, frutas e verduras;

() Aumento da ingestão de água;

() Redução do consumo de doces; sobremesas, bolachas, biscoitos;

() Redução do consumo de industrializados;

() Redução de *fast-food* ou congelados;

() Consumo de 4 a 6 refeições por dia;

23. Qual seu peso quando iniciou a mudança? _____ kg

24. Houve perda de peso? Se sim, quanto de peso diminuiu? _____ kg

25. Quanto ao peso que você perdeu? () Emagreci mais do que gostaria ()

Emagreci menos do que gostaria () Não perdi peso

26. Essa mudança foi por um período determinado? Se sim, por quanto tempo ocorreu? () 2 a 4 meses () 5 a 6 meses () 6 a 12 meses () mais que 12 meses

27. Houve reganho de peso? Se sim, responda em quanto tempo isso aconteceu:

() 1 a 2 semanas () 3 a 4 semanas () 5 a 8 semanas () Mais de 8 semanas

28. Ainda mantém esses hábitos de consumo alimentar? () Sim () Não

29. Teve dificuldades em seguir a mudança de estilo de vida? () Sim () Não

Se sim, marque quais opções correspondem a dificuldade: () Financeira

() Tempo () Motivação () Monotonia () Outro _____

30. Praticou ou pratica atividade física? () Sim () Não

As perguntas a seguir são sobre a utilização de medicamentos para perda de peso

31. Já utilizou algum tipo de medicamento para emagrecer? () Sim () Não

32. Já utilizou algum destes medicamentos citados abaixo?

() Orlistat () Sibutramina () Liraglutida (Saxenda) () Lorcaserina

() Sertralina () Fluoxetina () Outros _____

33. Você fez o uso de apenas um medicamento ou mais medicamentos durante o mesmo período? () Apenas um () Mais que um

34. Por quanto tempo o(s) medicamento(s) foram utilizados? () 2 a 4 semanas

() 1 a 3 meses () Mais que 3 meses

35. Fez uso destes medicamentos de maneira continua ou fez algum intervalo e depois voltou a utiliza-los? () Uso continuo () Em intervalos por mais de uma vez

36. Houve perda de peso significativa? Se sim, quantos kg? _____

37. Por quanto tempo manteve o peso após a terapia medicamentosa?

() 1 a 2 semanas () 3 a 4 semanas () 5 a 8 semanas () Mais que 8 semanas

38. Houve reganho de peso após encerrar a utilização destes? () Sim () Não

39. Se houve reganho de peso, quantos kg foram? _____

40. O reganho de peso após a utilização dos medicamentos foi maior do que a quantidade de peso eliminada? () Sim () Não

41. No último ano você utilizou algum medicamento para redução de peso?

() Sim () Não

42. Apresentou efeitos colaterais com o uso da medicação. Se sim, quais?

() Aumento da pressão arterial () Aumento da frequência cardíaca

() Ansiedade () Insônia () Depressão () Alterações de humor

() Dor de cabeça () Tonturas () Sensação de boca seca () Náuseas

() Constipação () Gases () Diarreia

43. Quais os motivos que justificaram a utilização de medicamentos para perda de peso? () Dificuldades para perda de peso () Dificuldades em aderir a dieta

() Para redução rápida de peso () Como auxílio no processo de emagrecimento juntamente com a dieta e atividade física

44. Antes do uso de medicamentos houve tentativas para perda de peso por meio de dieta e mudança nos hábitos alimentares? () Sim () Não

45. A utilização dos medicamentos foi acompanhada de dieta e mudanças de hábitos alimentares e estilo de vida? () Sim, alimentação e atividade física
() Não, apenas o uso da medicação

46. O uso da medicação foi influenciada por? () Familiar/amigo
() Profissional da saúde (não médico) () Publicidade (Internet) () Outros

47. O(s) medicamento(s) utilizados foram prescritos por um profissional habilitado? () Endocrinologista () Psiquiatra () Nutrólogo () Clínico geral ()
Foi automedicação