

Uso de medicamentos para perda de peso e índice de massa corporal em universitários do Vale do Araguaia (MT/GO), Amazônia Legal*

Use of weight loss drugs and body mass index among academicians from Vale do Araguaia (MT/GO), Legal Amazon

Olegário R. Toledo¹, Júlia A. M. de Castro², Adenilda C. Honorio-França³, Eduardo L. França⁴, Carlos K. B. Ferrari⁵

*Recebido do Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde (ICBS), Campus Universitário do Araguaia, Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Pontal do Araguaia, MT, Brasil.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: A obesidade está associada a diversas doenças, como a hipertensão arterial, diabetes *mellitus* tipo 2, doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, além do aumento do risco de neoplasias. No Brasil, o consumo de moderadores de apetite é um dos maiores do mundo. Deste modo, o objetivo deste estudo foi conhecer a prevalência de consumo de medicamentos para perda de peso e a prevalência de sobrepeso em população de estudantes universitários.

MÉTODO: Foram avaliados 487 alunos do *Campus* Universitário do Araguaia, UFMT. Foi realizada avaliação do índice de massa corpórea (IMC) e aplicação de questionário para avaliação dos medicamentos para perda de peso mais consumidos, tempo de consumo, ocorrência de efeitos adversos, acompanhamento médico e motivo para seu uso.

RESULTADOS: Dos entrevistados, 9% utilizaram medicamentos com intuito de emagrecer, dentre estes 47,7% estavam com

IMC normal e 88,6% eram mulheres. A prevalência de sobrepeso nos estudantes foi de 22,9% dentre os homens e 9,6% dentre as mulheres. Os fármacos mais utilizados foram a quitosana (13,1%), seguidos pela alcachofra (*Cynara scolymus* L.), chá verde (*Camelia sinensis*), femproporex e sibutramina, com 6,7% cada. A reação adversa mais citada foi boca seca (21,6%). Dentre os estudantes, 41% afirmaram ter obtido informações acerca do medicamento utilizado com um médico. Além do medicamento para emagrecer, 52,5% dos entrevistados afirmaram utilizar dieta de restrição alimentar, 30% fizeram dieta e exercícios físicos.

CONCLUSÃO: A maioria das mulheres que utilizaram medicamentos para perda de peso não precisavam fazê-lo.

Descritores: Amazônia Legal, Anorexígenos, Estudantes universitários, Imagem corporal, Obesidade, Vale do Araguaia.

SUMMARY

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Obesity associated with many diseases, such as arterial hypertension, type 2 diabetes mellitus, cardiovascular and cerebrovascular diseases, beyond the increased risk of neoplastic disorders. In Brazil, the consumption of anorexigen drugs is one of the most high in the world. Then, the objective of this work was to know the prevalence of overweight and use of weight loss drugs in a population of university students.

METHOD: 487 students from the "Instituto Universitário do Araguaia", Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) were analyzed. Beyond the body mass index (BMI), a questionnaire was used to evaluate the most consumed weight loss drugs, time of drug use, occurrence of adverse health effects, medical consulting, and declared motive for using those drugs.

RESULTS: Among the interviewed, 9.0% used drugs for weight loss, and between those 47.7% presented normal body mass index (BMI), and 88.6% were female. The prevalence of overweight was 22.9% for male and 9.6% for female students. The most used weight loss drugs were chitosan (13.1%), followed by alcachofra (*Cynara scolymus* L.), green tea (*Camelia sinensis*), fenproporex and sibutramine, with 6.7% each drug. The most frequent related adverse health effect was dry mouth (21.6%). Among the students, 41.0% declared had obtained drug information use with a medical doctor. Beyond use of weight loss drugs, 52.5% of the students declared use food restriction diets, and 30.0% were involved in both food restriction diets and practice of physical exercises.

1. Doutorando e Professor Assistente de Farmacoepidemiologia. Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde (ICBS), Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Pontal do Araguaia, MT, Brasil

2. Farmacêutica. Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde (ICBS), Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Pontal do Araguaia, MT, Brasil

3. Pós-Doutora, Professora Adjunta II de Ciências Biomédicas. Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde (ICBS), Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Pontal do Araguaia, MT, Brasil

4. Pós-Doutor, Professor Adjunto de Ciências Biomédicas. Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde (ICBS), Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Pontal do Araguaia, MT, Brasil

5. Professor Adjunto de Saúde Pública e Nutrição Humana. Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde (ICBS), Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Pontal do Araguaia, MT, Brasil

Apresentado em 22 de outubro de 2010

Aceito para publicação em 02 de dezembro de 2010

Endereço para correspondência:

Prof. Dr. Carlos K. B. Ferrari

Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde (ICBS), Campus Universitário do Araguaia, Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT)

Rod. MT 100, km 3,5

78698-000 Pontal do Araguaia, MT.

Fone: (66) 3402-1118; Fax: (66) 3402-1110

E-mail: ferrariphd@yahoo.com.br

© Sociedade Brasileira de Clínica Médica

CONCLUSION: The majority of women had used weight loss drugs must not use it because of their normal body weight.

Keywords: Anorexigens, Araguaia valey, Body image, Legal Amazon, Obesity, University students.

INTRODUÇÃO

A obesidade afeta 7% da população mundial, sendo considerada uma verdadeira epidemia e problema de saúde pública em todo o mundo¹.

Muitos são os riscos associados ao sobrepeso e à obesidade, dentre eles pode-se citar a hipertensão arterial, dislipidemias, diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2), doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, doenças biliares, osteoartrite, apneia do sono e certos tipos de câncer, tais como do endométrio, mama, próstata e cólon^{1,2}.

Quando o peso corporal está 20% acima do adequado, a mortalidade geral aumenta cerca de 20% em relação às pessoas com índice de massa corpórea (IMC) e porcentagem de gordura corporal adequados. Estes indivíduos apresentam mortalidade 10% maior por doenças cerebrovasculares e coronarianas 10% e 25% maiores, respectivamente. Ademais, a obesidade dobra o risco de diabetes e eleva em 40% o risco das doenças biliares²⁻⁴.

Em relação ao risco de câncer, acredita-se que mulheres com IMC maior que 35 kg/m² tenham 3,2 vezes mais possibilidade de falecer por câncer de cérvix e as mulheres com IMC maior que 40 kg/m² possuem risco 6,2 vezes maior de mortalidade por câncer de útero, além de risco 4,7 vezes maior de mortalidade por câncer renal e 2,7 vezes maior de óbito por câncer de pâncreas. Em homens com IMC maior que 35 kg/m² os riscos de mortalidade por cânceres hepático, pancreático e gastroesofágico aumentam 4,52, 2,6 e 1,9 vezes, respectivamente⁵.

Os riscos ocasionados pela obesidade devem-se não apenas ao excesso de peso, como também à distribuição da gordura corporal. Esta distribuição pode ser do tipo central, superior ou androide, no qual a gordura está concentrada ao nível do tronco, com deposição aumentada na região intra-abdominal visceral. Também pode ser do tipo periférico, inferior ou ginoide, em que há acúmulo da gordura nos quadris, nádegas e coxas, sendo o tipo preferencial de acumulação adiposa presente nas mulheres, ao passo que a distribuição do tipo central ocorre principalmente nos homens⁶. Esta distribuição central ou visceral da gordura está associada à hipertensão, dislipidemias, intolerância à glicose e à disfunção renal, além de outras comorbidades, formando, em conjunto, a síndrome metabólica⁷⁻⁹.

Um dos métodos antropométricos mais utilizados para quantificar o excesso de peso é o IMC, criado por Quetelet, que consiste na relação entre peso (em kg) dividido pela estatura (m²)^{2,10}. A obesidade abdominal é avaliada antropometricamente por meio da circunferência ou perímetro da cintura. Valores iguais ou superiores a 80 cm para as mulheres e 94 cm para os homens indicam risco aumentado para doenças cardiovasculares e distúrbios metabólicos⁸⁻¹¹.

Os fatores genéticos e ambientais estão intimamente relacionados à obesidade. Avalia-se que a herança genética seja responsável por 30% a 40% da distribuição da gordura corporal. A maior parcela restante tem sua distribuição relacionada ao metabolismo energético em repouso, ao metabolismo energético em atividade

(em exercício físico), ao comportamento dietético e preferências alimentares, à atividade da lipoproteína lipase e ao metabolismo lipolítico¹². Dessa forma, viver em um ambiente em que existe fácil acesso a alimentos altamente calóricos, como refrigerantes e salgadinhos e sedentarismo, aliado à predisposição genética, favorece em muito a acumulação de gordura¹³. Estudo realizado com escolares de 42 cidades da Colômbia revelou que 15% das crianças apresentaram níveis alterados de lipídeos plasmáticos, 50% apresentaram hipertensão arterial e uma fração importante apresentou obesidade¹⁴.

O tratamento da obesidade tem como ponto principal a mudança no estilo de vida. Por isso, deve estar claro ao paciente que a perda de peso não é apenas uma medida estética e sim a diminuição da morbidade e mortalidade associadas à obesidade. É importante ressaltar que ao reduzir 5% a 10% de seu peso, estará diminuindo consideravelmente a pressão arterial, glicemia e valores séricos de lipídios¹⁵.

Mudanças de hábitos alimentares com restrições calóricas moderadas (de 500 a 1000 Kcal) e práticas de exercícios físicos são opções de medidas não farmacológicas no controle da obesidade. O tratamento nutricional recomendado tem como base um planejamento de reeducação alimentar. Sendo que o aumento da atividade física deve ser indicado de acordo com a aptidão física de cada indivíduo^{4,16}.

As medidas cirúrgicas devem ser restritas a pessoas com obesidade grau III (IMC \geq 40 kg/m²) e aos pacientes com obesidade grau II (IMC \geq 35 kg/m²) associada à comorbidade. Com isso, a cirurgia pode ser realizada em pessoas que não conseguem manter redução de peso depois de apropriadas medidas não cirúrgicas¹⁷. A terapia farmacológica da obesidade deve estar associada às mudanças no estilo de vida do indivíduo (melhoria da dieta, prática regular de atividade física e terapias cognitivo-afetivas e comportamentais), uma vez que, ao interromper o uso do medicamento para emagrecer, o indivíduo apresenta ganho de peso. Por isso mesmo, medicamentos para emagrecer não devem ser utilizados apenas por estética¹⁸.

Desse modo, a utilização de medicamentos para emagrecer está indicada para pacientes de ambos os sexos, com IMC igual ou maior a 30 kg/m² e que não obtiveram resultados na perda de peso com mudanças no estilo de vida. Os fármacos antiobesidade podem ser indicados também para pacientes de ambos os sexos que tenham IMC entre 27 e 30 kg/m², e que possuam pelo menos uma comorbidade, ou seja, pacientes que apresentem doenças crônicas, tais como hipertensão arterial, gota, dislipidemia, DM2, artrite, câncer de próstata, útero, entre outras^{1,12}.

Atualmente, os fármacos antiobesidade aprovados pela FDA são cloridrato de benzofetamina, tartarato de fendimetrazina, fentermina, cloridrato de dietilpropiona, mazindol, cloridrato de sibutramina e orlistat¹⁹. Além da sibutramina e do orlistat, aprovados pela FDA para tratamento da obesidade em longo prazo, o rimonabant tem sido utilizado recentemente²⁰. No Brasil, os fármacos utilizados para emagrecer mais manipulados são femproporex, dietilpropiona e fluoxetina. Os medicamentos diuréticos, a gonadotrofina coriônica, anfetamina, dexanfetamina e tiroxina não são considerados apropriados para tratar a obesidade. Além disso, a acarbose e metformina parecem ser úteis apenas para o tratamento do obeso com diabetes. A fluoxetina e a sertralina podem

ser utilizadas apenas para o tratamento de obesos com síndromes depressivas¹⁶.

O Brasil é o país em que há o maior consumo de medicamentos para emagrecer, segundo a Comissão Internacional de Controle de Narcóticos (CICN), que alerta os governantes do país para uma medida eficaz na restrição da venda desse tipo de medicamento. De acordo com o relatório de 2007, no Brasil o consumo de moderadores de apetite é de 12,5 pessoas a cada mil habitantes, quase o triplo do consumido nos Estados Unidos, que é de 4,5 pessoas por mil habitantes²¹.

Acredita-se que boa parte dos medicamentos antiobesidade seja dispensada por farmácias de manipulação, cujas vantagens incluem o uso de fórmulas com componentes ativos não comercializados pela indústria farmacêutica; a associação de fármacos; a adaptação do medicamento de acordo com as necessidades do paciente; a personalização do medicamento e o exercício da atenção farmacêutica²². Deste modo, o objetivo deste estudo foi avaliar o consumo de medicamentos para emagrecer (e seus efeitos adversos) e a prática de outras formas de emagrecimento e sua possível relação com o IMC em uma população de estudantes universitários.

MÉTODO

Após aprovação pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário Júlio Müller da UFMT, (protocolo nº 353/CEP-HUJM/07), realizou-se este estudo epidemiológico descritivo, prospectivo e transversal, com amostragem não probabilística, que buscou informações sobre a utilização de medicamentos por estudantes universitários.

Foi aplicado um questionário aos estudantes matriculados no *Campus* Universitário do Araguaia, que concordaram em participar da pesquisa. Os alunos ausentes nas datas de aplicação do questionário foram excluídos. O IMC foi calculado de acordo com os valores de estatura e peso auto-relatados pelos entrevistados. O questionário, sem a identificação dos sujeitos da pesquisa, continha 12 variáveis, sendo a maioria composta de questões fechadas. O instrumento possuía perguntas sobre idade, sexo, peso e altura, além de questões relacionadas a medicamento utilizado

para emagrecer, motivo para usar anorexígenos e como obteve informações sobre o medicamento, dentre outras.

Evitar vieses na aferição dos dados é fundamental para a credibilidade dos resultados de uma investigação, portanto foram tomadas as precauções de elaboração de um questionário com linguagem simples para que fosse facilmente entendido pelos entrevistados, independente do seu nível de escolaridade. Preferência pelo maior número possível de perguntas fechadas, para que uma maior reprodutibilidade pudesse ser garantida. Exposição clara das variáveis aos entrevistados para que pudessem respondê-las com lucidez, evitando a indução da resposta por parte do entrevistador.

Os dados foram analisados pelos componentes do grupo com o auxílio do programa EPI-INFO[®] versão 6.04^d, no ambiente DOS[®]. A probabilidade de $p < 0,01$ e o intervalo de confiança de 95% foram considerados capazes de revelar as diferenças significativas entre os grupos. Foi aplicado o teste do Qui-quadrado para medir associações entre as variáveis, quando necessário.

RESULTADOS

Dos 487 alunos entrevistados, 9% utilizaram medicamentos para emagrecer (Tabela 1). Em relação à tabela 1, pode-se observar que os alunos com idade entre 21 e 30 anos representam a maior parte da amostra que utilizou medicamentos para emagrecer, apesar de 32,4% dos entrevistados com sobrepeso possuírem mais de 30 anos *versus* 13,3% com faixa etária entre 21 e 30 anos.

A análise estatística da tabela 2 é bastante significativa. A razão de chances (Odds ratio) encontrada apresentou que a probabilidade de uma pessoa usar um emagrecedor dado ela ser do sexo feminino é 4,85 vezes maior do que se for um homem. O p valor $< 1\%$ indica que os dados são estatisticamente significativos. A tabela 2 revelou que há uma frequência maior de utilização de emagrecedores pelas mulheres entrevistadas (88,6%) que pelos homens (11,4%). Neste estudo, o medicamento mais utilizado para emagrecer foi a quitosana (13,1%), seguido da alcachofra, chá verde, femproporex e sibutramina, cada um com 6,7% (Tabela 3).

Tabela 1 – Uso de medicamentos para perda de peso de acordo com a faixa etária

Faixa Etária (anos)	Medicamentos					
	Sim		Não		Total	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
17 - 20	10	22,7	181	40,9	191	39,2
21 - 30	21	47,7	204	46,0	225	46,2
Acima de 30	13	29,5	58	13,1	71	14,6
Total	44	9,0	443	91,0	487	100,0

Qui-quadrado = 10,81; p . valor $< 0,01$

Tabela 2 – Frequência do uso de medicamentos para emagrecer de acordo com o sexo

Sexo	Uso de Medicamentos					
	Sim		Não		Total	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
Feminino	39	88,6	273	61,6	312	64,1
Masculino	5	11,4	170	38,4	175	35,9
Total	44	9,0	443	91,0	487	100,0

OR = 4,85; IC = 95%; $1,77 < OR < 14,44$; Yates = 11,54; p . valor $< 0,01$

Os efeitos adversos mais frequentes devido ao uso de medicamentos para emagrecer foram boca seca (21,6%), dor de cabeça, irritabilidade e taquicardia ambos com 15,7% e insônia (13,7%) (Tabela 4). Segundo a literatura, esses efeitos adversos são mais comumente encontrados ao utilizar medicamentos que estimulam o sistema nervoso central (SNC), tais como o femproporex, anfepramona e sibutramina. Desse modo, as pessoas que responderam não lembrar qual medicamento utilizaram, representaram grande porcentagem da amostra (30%), provavelmente devem ter usado algum estimulador do SNC. Com isso, pode ter havido um viés de memória no trabalho, que afetou os resultados da tabela 3, pois ao analisar os efeitos adversos mais citados verificou-se que 72,5% estão relacionados ao uso de simpatomiméticos. A maioria dos entrevistados utilizou medicamentos para emagrecer por estética (47,7%) e quem mais os utilizou foram pessoas com IMC normal (Tabela 5). Um dado interessante encontrado na tabela 5 é um dos participantes com baixo peso utilizar medicamentos para emagrecer por estética enquanto que o entrevistado com obesidade Grau III, que realmente necessitaria de um tratamento farmacológico

Tabela 3 – Frequência do uso dos medicamentos citados pelos universitários

Medicamentos	Frequência	Porcentagem
Quitosana	8	13,3
Alcachofra	4	6,7
Chá verde	4	6,7
Femproporex	4	6,7
Sibutramina	4	6,7
Anfepramona	3	5,0
Bio Redux ^o	2	3,3
Bromazepam	2	3,3
Herbalife ^o	2	3,3
Não lembra	18	30,0
Outros *	9	15,0
Total	60	100,0

*Outros medicamentos ou suplementos

Tabela 4 – Efeitos adversos mais relatados pelos universitários

Efeitos Adversos	Frequência	Porcentagem
Boca seca	11	21,6
Dor de cabeça	8	15,7
Irritabilidade	8	15,7
Taquicardia	8	15,7
Insônia	7	13,7

Tabela 5 – Frequência do motivo de utilizar medicamentos para emagrecer em relação ao índice de massa corpórea dos universitários.

Motivos	Estética		Sobrepeso		Obesidade
	Freq. %	Freq. %	Freq. %	Freq. %	Freq. %
IMC					
Baixo peso	1 (4,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,3)
Normal	14 (66,7)	7 (35,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	21 (47,7)
Sobrepeso	6 (28,6)	12 (60,0)	1 (33,3)	1 (33,3)	19 (43,2)
Obeso grau I	0 (0,0)	1 (5,0)	1 (33,3)	1 (33,3)	2 (4,5)
Obeso grau II	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (33,3)	1 (33,3)	1 (2,3)
Total	21 (47,7)	20 (45,5)	3 (6,8)	3 (6,8)	44 (100,0)

$\chi^2 = 27,3$; p. valor < 0,01

Tabela 6 – Medidas não farmacológicas adotadas para perda de peso nos universitários.

Medidas	Frequência	Porcentagem
Dieta alimentar	21	47,73
Dieta e prática de exercícios	12	27,27
Prática de exercícios físicos	7	15,91
Nenhuma	4	9,09
Total	44	100,0

co, nunca utilizou este tipo de medicamento. A análise estatística demonstra que os dados estão dentro da margem de erro de 1% adotada para este estudo (p = valor < 0,01).

Sobre adotar outra medida para perder peso (Tabela 6), além do medicamento, 47,73% dos entrevistados afirmaram fazer só dieta alimentar, 27,27% dieta alimentar e prática de exercício físico e 15,5% apenas exercício físico, resultando em 90,5% de pesquisados que utilizam mudanças no estilo de vida e anorexígenos.

DISCUSSÃO

Em estudo na cidade de Florianópolis (SC), com 478 alunos de uma escola pública, sobre a prevalência e fatores de riscos relacionados ao abuso de drogas, o uso frequente de medicamentos anorexígenos derivados de anfetamina foi encontrado em 2,3% da amostra, enquanto que 8,4% fizeram o uso deste tipo de medicação pelo menos uma vez na vida²³. No presente estudo, 9% fizeram uso de medicamentos para emagrecer, sendo a maioria com idade menor que 30 anos.

Em estudo sobre imagem corporal, práticas dietéticas e crenças alimentares em adolescentes e mulheres adultas, foi observado que 65% das mulheres adultas que se sentiam gordas ou muito gordas utilizaram algum tipo de anorexígeno *versus* 35% das adolescentes²⁴. Em outra investigação, em Porto Alegre (RS), Brasil, sobre o uso de quitosana ou sene por mulheres adultas, observou-se que a maioria das mulheres que utilizavam estes fármacos se encontrava na faixa etária de 37 a 49 anos. No mesmo estudo, o motivo principal para o uso destes produtos para emagrecer foi falta de tempo para manter uma dieta alimentar balanceada e praticar exercícios físicos²⁵.

Uma das razões para o uso de anorexígenos entre os jovens adultos está relacionada a uma visão distorcida do próprio corpo, em que o indivíduo acredita que sua silueta corporal não se enquadra nos padrões de beleza atuais. Neste sentido, pesquisadores vêm discutindo o papel dos dois exemplos clássicos descritos na literatura

tura: a boneca *barbie*, com medidas corporais de modelo, irreais para a maioria das mulheres; e o *batman*, detentor de incrível porte físico e muscular²⁶.

Outra razão possível para o uso de medicamentos para emagrecer está associada à pretensa falta de tempo disponível para praticar alguma atividade física e/ou ter uma alimentação adequada. Também pode haver maior facilidade para os estudantes com maioridade em adquirir estes medicamentos já que não necessitam da autorização dos pais.

Os anfetamínicos mais utilizados por jovens do ensino fundamental e médio estão a anfepramona (0,4%) e o femproporex (0,3%)³¹. Neste estudo os medicamentos mais utilizados para emagrecer foram a quitosana, seguida da alcachofra, chá verde, femproporex e sibutramina. Possivelmente, a quitosana tenha sido a mais utilizada pela facilidade de acesso por ser um produto de venda livre. Enquanto que os medicamentos femproporex, sibutramina, anfepramona e bromazepam necessitam de receita médica especial para serem adquiridos. Cabe ressaltar que o bromazepam não está indicado para o tratamento de perda de peso, sendo primordialmente utilizado como ansiolítico, cuja anorexia corresponde a um de seus efeitos adversos.

De acordo com estudo duplamente encoberto, aleatório, sobre o efeito da quitosana na perda de peso em 250 adultos com sobrepeso e obesidade³², a quitosana só causaria perda de peso quando associada à dieta hipocalórica. Ademais, sendo o mecanismo de ação deste fármaco a redução da absorção intestinal de parte da gordura ingerida na dieta, o fato de não ter sido notado presença de gordura nas fezes dos indivíduos avaliados sugere a falta de sua eficácia³².

Neste estudo, a maioria dos entrevistados utilizou medicamentos para emagrecer por motivos estéticos, sendo que mais fez uso destes fármacos foram pessoas com IMC normal.

Estudo sobre os aspectos psiquiátricos do tratamento da obesidade, estes resultados podem ser vinculados à cultura ocidental na qual existe uma preocupação excessiva na boa forma e imagem corporal³³. Isso pode contribuir para que pessoas com IMC normal às vezes tenham distorções em sua imagem corporal e se sintam com peso acima do ideal, buscando, conseqüentemente, auxílio para perda de peso nos medicamentos para emagrecer.

Estudando a autopercepção da imagem corporal em 193 estudantes universitárias de nutrição da cidade do Rio de Janeiro, autores reportaram que a maioria das alunas (82,9%) que tinham autopercepção da imagem corporal negativa, isto é moderada ou gravemente distorcida, possuía IMC normal³⁴.

Do total de indivíduos que utilizaram fármacos para emagrecer neste estudo, 48,87% o fizeram mesmo apresentando IMC adequado ou inferior ao normal, sendo a estética a principal motivação. A maior porcentagem de uso de medicamentos para emagrecer por pessoas eutróficas devido à estética, talvez ocorra por falta de esclarecimento e consciência dos malefícios provocados por este consumo indiscriminado e uma preocupação excessiva com a imagem corporal. Portanto, é importante ressaltar que os medicamentos utilizados com intuito de emagrecer devem ser prescritos pelo médico que também utilizará estratégias não farmacológicas na terapia do paciente.

Num estudo em Porto Alegre³¹, Brasil, 80% dos entrevistados utilizaram a dieta e/ou a prática de atividades físicas associado

ao tratamento farmacológico, sendo que, 40% associavam dieta mais exercícios físicos, 25% somente a dieta alimentar e 15% apenas praticavam exercícios físicos.

Contrariando os resultados referidos, no presente estudo 47,73% fizeram apenas dieta alimentar, 27,27% associou dieta alimentar e exercício físico e 15,5% realizavam somente o exercício físico

Considerando esses resultados, verifica-se que a maior parte dos entrevistados não estava realmente consciente sobre as medidas mais apropriadas para perder peso. A combinação exercícios físicos e restrição calórica é um dos principais focos no tratamento da obesidade^{2,4,6,12}.

Estudando o uso de medicamentos para emagrecer por jovens adultos nos Estados Unidos, foi reportado o uso destes fármacos por 4,6 milhões de pessoas, sendo a prevalência 4,4 vezes maior em mulheres que nos homens (4% versus 0,9%). Além disso, 25% dos usuários de medicamentos para emagrecer estavam com IMC adequado²⁷. Esses dados são semelhantes aos encontrados em estudo realizado em Assis (SP), no qual o uso de anfetamínicos por estudantes de escolas públicas e particulares foi maior no sexo feminino (3,5%) que no masculino (1,8%)²⁸.

Em estudo sobre percepção de tamanho e forma corporais em 150 mulheres foi verificado que em 66,7% das entrevistadas eutróficas e em 53,3% das que tinham sobrepeso, quando questionadas sobre a silhueta de homem e mulher de tamanho normal, escolheram a silhueta 1 e 2 para homens, que correspondem a tamanho e forma corporal representativos de baixo peso. Enquanto que 86,7% das pesquisadas com IMC normal e 93,3% com sobrepeso também optaram pelas silhuetas 1 e 2 como a correta para mulheres de peso normal²⁹. Dessa forma, pode-se notar que houve maior porcentagem de escolha de baixo peso para silhueta das mulheres, sugerindo uma diferença entre o tamanho e forma corporal normal para homens e mulheres, caracterizando que para as mulheres a exigência de corpos magros, como sinônimo de normalidade, parece ser maior do que para os homens.

Em outro estudo sobre percepção e satisfação corporal em adolescentes, 43,6% das adolescentes com IMC normal se identificaram com algum excesso de peso, enquanto que das com sobrepeso, 47,6% se viam como obesas. Com relação aos meninos, 19,2% dos eutróficos se consideraram com sobrepeso, 26,3% com sobrepeso se achavam eutróficos e 42,8% que apresentavam obesidade se identificaram como com sobrepeso³⁰.

Os resultados da tabela 2 e os dados dos estudos referidos comprovam que as mulheres são maiores consumidoras de anorexígenos por causa de sua suscetibilidade à propaganda e à imposição da sociedade de consumo para terem corpos magros e incompatíveis com a normalidade.

CONCLUSÃO

Parte dos alunos que utilizaram medicamentos para emagrecer, fez uso por motivos estéticos e são pessoas que apresentaram IMC normal, especialmente as mulheres (88,6%) que não estão indicadas a utilizar este tipo de medicação. É fundamental que os profissionais de saúde estejam alerta em relação às reais necessidades dos pacientes, bem como aos riscos inerentes ao uso indiscriminado de medicamentos para perda de peso.

REFERÊNCIAS

1. Sosa RAB. ¿Cuál es el papel actual del tratamiento farmacológico de la obesidad en personas adultas? *Rev Endocrinol Nutr* 2004;12(Suppl 3):S130-5.
2. Hernán-Daza CH. La obesidad: un desorden metabólico de alto riesgo para la salud. *Colomb Med* 2002;33(1):72-80.
3. Francisci RPP, Pereira LO, Freitas CS, et al. Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. *Rev Nutr* 2000;13(1):17-28.
4. Ferrari CKB. Metabolic syndrome and obesity: epidemiology and prevention by physical activity and exercise. *J Exerc Sci Fitness* 2008;6(1):87-96.
5. Chen-Ku CH, Sandí-Bogantes MG. Actualización en obesidad. *Acta Med Costar* 2004;46(Suppl 1):7-14.
6. Mancini MC. Obstáculos diagnósticos e desafios terapêuticos no paciente obeso. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2001;45(6):584-608.
7. Alberti KG, Zimmet P, Shaw J. Metabolic syndrome--a new world-wide definition. A consensus statement from the International Diabetes Federation. *Diabet Med* 2006;23(5):469-80.
8. Ferrari CKB. Atualização: fisiopatologia e clínica da síndrome metabólica. *Arq Cat Med* 2007;36(4):90-5.
9. Ferrari CK. Functional foods and physical activities in health promotion of aging people. *Maturitas*, 2007;58(4):327-39.
10. Rosendo AB, Steffi G de S, Bolan R da S, Silveira L. et al. Avaliação da eficiência do grupo de apoio a pacientes obesos em Tubarão, SC. *Arq Cat Med* 2005;34(4):28-34.
11. López-Valcárcel BG. La obesidad como problema de salud y como negocio. *Gestión Clin Sanit* 2005;7:83-7.
12. Bouchard C. Physical activity and obesity. In: Champaign IL, (editor). *Human kinetics*; 2000.
13. Jimenez-Cruz A, Bacardi-Gascón M, Jones EG. Consumption of fruits, vegetables, soft drinks, and high-fat containing snacks among Mexican children on Mexico-US border. *Arch Med Res* 2002;33:74-80.
14. Gracia B, Plata C de, Pradilla A, et al. Factores de riesgo para enfermedades de mayor prevalencia en el Valle de la Cauca útiles para el desarrollo de estrategias de prevención. *Colomb Med* 2003;34(1):47-55.
15. Nonino-Borges CB, Borges RM, Santos JE. Tratamento clínico da obesidade. *Medicina* 2006;39(2):246-52.
16. Coutinho WF, Cabral MD. A farmacoterapia da obesidade nos consensos. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2000;44(1):91-4.
17. Wannmacher L. Obesidade: evidências e fantasias. Brasília, Ministério da Saúde. Série: Uso racional de medicamentos: temas relacionados, v.1(n. 3): 1-6, 2004. Disponível em URL: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/HSE_URM_OBS_0204.pdf [22/10/2010].
18. Fortes RC, Guimarães NG, Haack A, et al. Orlistat e sibutramina: bons coadjuvantes para perda e manutenção de peso? *Rev Bras Nutr Clin* 2006;21(3):244-51.
19. Oh S, Kim KS, Chung YS, et al. Anti-obesity agents: a focused review on the structural classification of therapeutic entities. *Curr Top Med Chem* 2009;9(6):466-81.
20. Bray GA, Ryan DH. Drug treatment of the overweight patient. *Gastroenterology* 2007;132(6):2239-52.
21. Carroll S, Borkoles, E, Polman R. Short-term effects of a non-dieting lifestyle intervention program on weight management, fitness, metabolic risk, and psychological well-being in obese premenopausal females with the metabolic syndrome. *Appl Physiol Nutr Metab* 2007;32(1):125-42.
22. Tokarski E. Farmácia magistral. Tanta credibilidade, tanto crescimento, qual o segredo? *Pharm Bras* 2002;32(3):5-9.
23. Baus J, Kupeck E, Pires M. Prevalência e fatores de risco relacionados ao uso de drogas entre escolares. *Rev Saude Pública* 2002;36(1):40-6.
24. Cicco MF, Santos NO, Silva MM, et al. Imagem corporal, práticas de dietas e crenças alimentares em adolescentes e adultas. *Psicol Hosp*, 2006;4(1). Disponível em URL: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/ph/v4n1/v4n1a02.pdf> [22/10/2010].
25. Gerlack LF, Morrone FB. Perfil de utilização de composto emagrecedor em farmácia de manipulação de Porto Alegre. *Pharm Bras* 2006;54(1):21-4.
26. Dempsey C. Steroids: the media effect and high school athletes. *New Engl Law Rev* 2006;40(3):731-4.
27. Khan LK, Serdula MK, Bowman BA, et al. Use of prescription weight loss pills among U.S. Adults in 1996-1998. *Ann Intern Med* 2001;134(4):282-6.
28. Guimarães JL, Godinho PH, Cruz R, et al. Consumo de drogas psicoativas por adolescentes escolares de Assis, SP. *Rev Saude Pública* 2004;38(1):130-2.
29. Almeida GAN de, Santos JE dos, Pasian SR, et al. Percepção de tamanho e forma corporal de mulheres: estudo exploratório. *Psicol Estud* 2005;10(1):27-35.
30. Branco LM, Hilário MOE, Cintra I de P. Percepção e satisfação corporal em adolescentes e a relação com seu estado nutricional. *Rev Psiquiatr Clin* 2006;33(6):292-6.
31. Dal Pizzol TS, Branco MMN, Carvalho RMA de, et al. Uso não-médico de medicamentos psicoativos entre escolares do ensino fundamental e médio no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2006;22(1):109-15.
32. Mhurchu CN, Proppitt SD, McGill AT, et al. The effect of the dietary supplement, Chitosan, on body weight: a randomised controlled trial in 250 overweight and obese adults. *Int J Obesity* 2004;28(9):1149-56.
33. Vasques F, Martins FC, Azevedo AP. Aspectos psiquiátricos do tratamento da obesidade. *Rev Psiquiatr Clin* 2004;31(4):195-8.
34. Bosi MLM, Luiz RR, Morgado CMC, et al. Autopercepção da imagem corporal entre estudantes de nutrição: um estudo no município do Rio de Janeiro. *J Brasil Psiquiatr* 2006;55(2):108-13.