

**FORMAS DE TRATAMENTO DO SOBREPESO OU OBESIDADE UTILIZADAS POR ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DE UMA ESCOLA PÚBLICA DE SALVADOR, BAHIA**

**Ana Rita Pereira de Almeida Gonzalez<sup>1</sup>,  
 Giovana Carvalhal de Sousa Lira<sup>1</sup>,  
 Terezinha Eugênia Cardoso de Castro<sup>1</sup>**

**RESUMO**

**Objetivo:** Identificar as Formas de Tratamento do Sobrepeso ou Obesidade utilizadas por estudantes do Ensino Médio de uma Escola Pública de Salvador, Bahia. **Materiais e Métodos:** Foi feito um estudo quanti-qualitativo, realizado em maio de 2008, envolvendo um grupo de 251 estudantes do Ensino Médio de uma Escola Pública de Salvador, Bahia, de ambos os gêneros, através de um questionário contendo questões objetivas e subjetivas abordando as variáveis selecionadas para o estudo; **Resultados:** Dos 251 estudantes, 120 já estiveram acima do peso, 100 deles se utilizaram de formas de tratamento tais como: mudança na alimentação ou uso de dietas, aumento da atividade física ou prática de exercícios, uso de chás e medicamentos. **Discussão:** A adolescência é um estágio de vida singular que se caracteriza por intensas mudanças no crescimento físico, maturação sexual e desenvolvimento psicossocial. Essas transformações ocorrem em um dado ambiente familiar, cultural e social, determinante, em grande parte, da conduta dos adolescentes. Por essa razão, os estudiosos dessa faixa etária, nas últimas décadas, têm afirmado que esses indivíduos merecem atenção e cuidados especiais da família, escola, profissionais de saúde e da sociedade como um todo; **Conclusão:** No presente estudo, as mudanças na alimentação ou dieta e o aumento da atividade física ou exercícios físicos se destacaram entre as principais formas de tratamento usadas pelos estudantes no combate ao excesso de peso.

**Palavras Chaves:** Sobrepeso, Obesidade, Estudantes, Escola.

1- Programa de Pós-Graduação Lato-Sensu em Obesidade e Emagrecimento da Universidade Gama Filho – UGF

**ABSTRACT**

Treatments of overweight or obesity used by students of a public high school in Salvador, Bahia

**Objective:** To identify the Forms of Treatment of overweight or obesity used by students of Public High School of Salvador, Bahia; **Materials and Methods:** A quant-qualitative study was made, carried through in May of 2008, involving a group of 251 students of Public High School of Salvador, Bahia, of both the sexes, through a questionnaire contend objective and subjective questions approaching the variable selected for the study; **Results:** Of the 251 students, 120 already had been above of the weight, 100 of them if they had used of forms of treatment such as: change in the feeding or use of diets, increase of the physical or practical activity of exercises, use of teas and medicines; **Quarrel:** The adolescence is a period of training of singular life that if characterizes for intense changes in the physical growth, sexual maturation and psychosocial development. These transformations occur in familiar, cultural and social, determinative data surrounding, to a large extent, of the behavior of the adolescents. Therefore, the scholars of this age band, in the last decades, have affirmed that these special individuals deserve attention and cares of the family, school, professionals of health and the society as a whole; **Conclusion:** In the present study, the changes in the feeding or diet and the increase of the physical activity or physical exercises if had detached among the main used forms of treatment for the students in the combat to the weight excess.

**Key Words:** Overweight, obesity, Students, School

Endereço para correspondência:  
 E-mail: rita.sanchez@bol.com.br  
 E-mail: lira25@itelefonica.com.br  
 E-mail: terezinhaeugenia@ig.com.br

## INTRODUÇÃO

A obesidade é um distúrbio do estado nutricional que se caracteriza pelo acúmulo excessivo de gordura corporal, sendo um resultado do desequilíbrio prolongado do balanço energético. Sua etiologia envolve uma diversidade de fatores genéticos, biológicos, ambientais e de estilo de vida, entre outros. Também são múltiplas as suas repercussões para a saúde, sendo apontada como fator de risco para uma série de enfermidades ou agravos, que podem surgir desde cedo, na infância ou adolescência (Francischi e colaboradores, 2000; Costa, Leão e Werutsky, 2002; Mello, Luft e Meyer, 2004; Mendonça e Anjos, 2004).

O sobrepeso e a obesidade têm aumentado de forma significativa na população mundial, atingindo diferentes etnias, faixas etárias, gênero e classes sociais. A obesidade foi reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma doença que atinge proporções epidêmicas, constituindo-se em um sério problema para a Saúde pública nos diferentes países (Cury Júnior, 2002; Mello, Luft e Meyer, 2004).

Esse problema tem aumentado consideravelmente com as mudanças ocorridas no tipo de dieta e estilo de vida adotado pela população contemporânea. Uma das suas conseqüências é o desenvolvimento de alimentos modificados, que prometem não influenciar no ganho de peso, e de medicamentos produzidos com a finalidade de diminuí-lo.

Sabe-se, no entanto, que o tratamento da obesidade deve ser cuidadoso e responsável em respeito à ocorrência de complicações. Seu principal objetivo é a redução da gordura corporal, exigindo-se o estabelecimento de balanço energético negativo. Os principais métodos utilizados são a adequação alimentar e o estímulo à atividade física, que também podem associar-se ao apoio psicológico. Outros recursos incluem o uso de fármacos e as intervenções cirúrgicas. No entanto, os métodos terapêuticos disponíveis ainda são considerados limitados e com baixos índices de sucesso, o que credencia a prevenção como o melhor recurso para o combate e tratamento da obesidade. Além disso, há registros de efeitos adversos relacionados a determinados tratamentos e circunstâncias

(Coca, 2002; Costa, Leão e Werutsky, 2002; Damiani, Damiani e Oliveira, 2002).

Apesar desses conhecimentos acima apresentados, no dia-a-dia, é possível encontrar pessoas fazendo tratamentos para combater o sobrepeso e a obesidade sem acompanhamento de um profissional qualificado, devido à facilidade encontrada para conseguir “esquemas” de dieta com menor ingestão de calorias e, também, medicamentos. Ou seja, fazem dietas por conta própria, não balanceadas, incapazes de atingir os valores das necessidades diárias de nutrientes e calorias de cada indivíduo; além disso, muitas fazem uso de medicamentos e de chás por indicação de leigos e de pessoas que afirmam ter atingido os resultados esperados com a utilização desses métodos.

A obesidade caracteriza-se por uma elevada concentração de gordura corporal em relação à massa muscular. É considerada uma doença metabólica crônica, associada a fatores genéticos e ambientais. O Índice de Massa Corporal (IMC) tem sido usado internacionalmente para o diagnóstico de sobrepeso e obesidade, sendo obtido através da divisão do peso em quilogramas pela estatura em metros ao quadrado. Independente do gênero ou da idade, adultos que apresentam IMC igual ou superior a 25 Kg/m<sup>2</sup> ou 30 Kg/m<sup>2</sup> é considerado com sobrepeso ou obeso, respectivamente (Abrantes, Lamounier e Colosimo, 2002; Costa, Leão e Werutsky, 2002; Oliveira, Cerqueira e Oliveira, 2003).

Além do IMC, a razão entre as circunferências da cintura e do quadril é também usado na avaliação da obesidade, permitindo classificá-la, quanto a sua localização ou distribuição da gordura, em: obesidade na forma ginóide (pêra), localizada na região inferior ou do quadril, com prevalência maior em mulheres; e a obesidade andróide (maçã ou visceral), localizada na região central ou abdominal, com maiores proporções entre os homens (Coca, 2002; Pinheiro, Freitas e Corso, 2004).

## Epidemiologia

A obesidade está presente em países de diferentes graus de desenvolvimento, sendo considerada uma epidemia mundial. Atinge os indivíduos sem distinção de etnia e gênero, concentrando-se, principalmente, no

grupo de 25 a 44 anos, e é apontada como a principal enfermidade nutricional encontrada na população menor de 20 anos (Francischi e colaboradores, 2000; Argote e colaboradores, 2001).

Desde a década de 60 do último século, tem ocorrido um aumento na prevalência de obesidade nas populações em geral, um fato que se correlaciona com o aumento da taxa de óbitos por doenças cardiovasculares e por câncer. Há indícios de que países que emergem da pobreza possuem uma tendência crescente à obesidade. Nas últimas duas décadas, tem sido apontada uma interação entre nível educacional, local de residência (rural ou urbana) e nível sócio-econômico com a ocorrência da obesidade (Damiani, Damiani e Oliveira, 2002).

Francischi e colaboradores (2000) estimaram que 10% da população dos países desenvolvidos e mais de um terço da população norte-americana estejam acima do peso desejável, já que a incidência da obesidade está aumentando em todo o mundo. Todavia, nos países da África e da Ásia, este problema ainda não é tão comum, com prevalência mais elevada na população urbana em relação à rural, segundo Pinheiro, Freitas e Corso (2004).

No Brasil, os resultados de estudos diversos têm demonstrado uma diminuição da desnutrição e o aumento da obesidade em diferentes segmentos etários, com destaque para o aumento da frequência desse evento em indivíduos considerados de baixa renda (Monteiro e colaboradores, 1995, citado por Francischi e colaboradores, 2000). De acordo com a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN), realizada em 1989, 32% dos adultos brasileiros tinham excesso de peso. Destes, 8% eram obesos, sendo que as mulheres representavam 70% dessa prevalência (Pinheiro, Freitas e Corso, 2004).

A ocorrência do sobrepeso ou obesidade pode provocar conseqüências sociais indesejáveis, como a rejeição, e, com isso, desencadear uma baixa auto-estima, o que leva às mudanças de comportamento e dificuldades de integração social, principalmente entre os adolescentes, que são os indivíduos entre 10 e 19 anos segundo a OMS (WHO, 1995; Vitolo, 2003; Souza e Hastenpflug, 2005).

Estudos recentes mostram que crianças e adolescentes que apresentam IMC elevado possuem maior probabilidade de se tornarem adultos obesos ou com sobrepeso aos 35 anos (Francischi e colaboradores, 2000; Argote e colaboradores, 2001; Assis e colaboradores, 2003; Mahan e Escott-Stump, 2005; Terres e colaboradores 2006).

### **Fatores condicionantes da obesidade**

Os questionamentos sobre as razões para o aumento da obesidade a nível mundial fizeram surgir três hipóteses explicativas apresentadas por Pinheiro, Freitas e Corso (2004). A primeira delas defende que as populações possuem genes suscetíveis à obesidade, com efeitos potencializados por fatores ambientais. A segunda atribui o aumento dessa doença à diminuição do gasto energético dos indivíduos, devido à redução da atividade física e do menor esforço para a realização das tarefas diárias; uma condição associada à ingestão reduzida de fibras e ao maior consumo de gordura e açúcares. A terceira hipótese considera a obesidade uma seqüela da desnutrição; ou seja, para diminuir os efeitos dessa situação nutricional, ocorre uma modificação na regulação do sistema nervoso central, que facilita o acúmulo de gordura quando ocorre disponibilidade de alimentos, com conseqüente balanço energético positivo para o indivíduo.

Vale aqui considerar que, dentro do conjunto de mudanças ocorridas nas sociedades nas últimas décadas, a denominada transição nutricional levou a um aumento no consumo de gorduras (principalmente a animal), açúcares e alimentos industrializados, e a uma diminuição no consumo de carboidratos complexos e fibras (Francischi e colaboradores, 2000).

Para Popkin e colaboradores (1993, citado por Pinheiro, Freitas e Corso, 2004), a transição nutricional é um processo de modificações seqüenciais no padrão de nutrição e consumo, que acompanham mudanças econômicas, sociais e demográficas, e do perfil de saúde das populações. Esse tipo de alimentação, denominada 'dieta ocidental', associada à falta de atividade física ou sedentarismo, foi considerada capaz de provocar as situações de excesso de peso e/ou obesidade.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1990, citado por Francischi e colaboradores, 2000), a obesidade e o excesso de peso são provocados pela inter-relação dos fatores dietéticos e ambientais com uma predisposição genética. Para Jebb (1997, também citado por Francischi e colaboradores, 2000), o desenvolvimento da obesidade possui múltiplas causas e é o resultado de complexas interações entre fatores genéticos, psicológicos, socioeconômicos, culturais e ambientais.

Os fatores genéticos atuam na determinação da distribuição da gordura corporal, na determinação da saciedade e das atividades alimentares e influenciam na prática de exercícios. Há suposições que o peso corpóreo individual seja programado geneticamente, o que pode justificar os insucessos nos programas de perda de peso, com base em alterações dietéticas e prática de exercício; ou seja, o corpo tende a manter o peso anterior quando esses programas são suspensos. Também se supõe que o componente genético interfere no gasto energético (Francischi e colaboradores, 2000; Damiani, Damiani e Oliveira, 2002; Pinheiro, Freitas e Corso, 2004; Mahan e Escott-Stump, 2005).

Carneiro e colaboradores (2000) afirmaram que quando a obesidade se inicia antes da idade adulta, os fatores hereditários parecem estar relacionados com este fato; por isso a importância da participação dos pais durante o tratamento para que ele tenha resolutividade.

A grande variabilidade no gasto energético individual também dificulta a identificação dos determinantes da obesidade. A atividade física, um dos componentes do gasto energético, é capaz de promover o dispêndio de energia; no entanto, pode também gerar altos consumos energéticos. Sugere-se o consumo de pequenas refeições ao longo do dia como um fator positivo na manutenção do peso, em substituição a grandes refeições três vezes ao dia (Francischi e colaboradores, 2000; Pinheiro, Freitas e Corso, 2004).

Fonseca, Sichert e Veiga (1998) chamaram à atenção para o tempo que os adolescentes passam assistindo TV, criando, assim, a possibilidade de aumento na prevalência da obesidade entre os jovens de 12 a 17 anos; também lembraram o fato de

muitos desses indivíduos omitirem refeições, o que é considerado um fator importante no desencadeamento desse agravo. Outros estudiosos corroboram com as afirmações acima, apontando a participação dos meios de comunicação na formação de hábitos alimentares dos adolescentes, criando a necessidade nesses indivíduos de consumo de uma série de itens alimentares, uma vez que vendem, além do produto, ideologia e valores (Jacobson, 1998; Santos, 2000; Costa e Souza, 2005).

### **Morbidade e mortalidade associadas à obesidade**

A obesidade se relaciona com algumas doenças denominadas "da modernidade", como diabetes mellitus, doenças cardiovasculares e neoplasias; relaciona-se também com outras enfermidades, aí incluídas as dificuldades respiratórias, os problemas dermatológicos e os distúrbios do aparelho locomotor. O modo de distribuição da gordura corporal, além do excesso de peso, é um fator determinante para a ocorrência de complicações. A gordura corporal na região abdominal é considerada o tipo mais perigoso, representando um fator de risco para o desenvolvimento de distúrbios metabólicos (Francischi e colaboradores, 2000; Cury Júnior, 2002; Pinheiro, Freitas e Corso, 2004).

Francischi e colaboradores (2000) apresentaram dados que ilustram a associação entre obesidades e outras enfermidades. No que se refere a diabetes mellitus não dependente de insulina, ressaltaram que a cada aumento de 10% no peso corporal, ocorre o aumento de 2mg/dL na glicemia em jejum. Além disso, se o Índice de Massa Corporal (IMC) (kg/m<sup>2</sup>) estiver acima de 35, o risco para o desenvolvimento de diabetes mellitus aumenta 93 vezes entre as mulheres e 42 vezes entre os homens. Citaram Jung (1997) que chamou atenção sobre a medida da circunferência da cintura; se o resultado dessa medida estiver acima de 100 cm, o risco para desenvolver diabetes mellitus aumenta 3,5 vezes, mesmo se o IMC estiver controlado.

Quanto à hipertensão, os autores referidos consideraram que cada aumento de 10% na gordura corporal corresponde a um aumento na pressão arterial sistólica de 6,0

mmHg e na diastólica de 4,0 mmHg. Esse ganho de peso é também capaz de provocar uma elevação de 20% na incidência de doenças coronarianas e um aumento do colesterol plasmático em 12mg/dL. Uma maior mortalidade por câncer de próstata e câncer colorretal, entre os homens, e uma maior probabilidade de câncer de colo uterino, ovário e mama, entre as mulheres, foram também relacionadas com o excesso de peso.

Ainda segundo os autores acima citados, mulheres obesas podem apresentar ciclo menstrual irregular e amenorréias, problemas durante a gravidez (como toxemia e síndrome hipertensiva) e a síndrome do ovário policístico. Entre as garotas, a obesidade é capaz de provocar a chegada precoce da menarca.

Francischi e colaboradores (2000) apontaram outras ocorrências relacionadas com o excesso de peso. Entre elas, a formação de cálculos na vesícula biliar e uma maior concentração de colesterol na bile de indivíduos obesos em relação a indivíduos normais; os problemas pulmonares causados pelo acúmulo de gordura nas regiões peitoral e abdominal, gerando limitação dos movimentos respiratórios, diminuição do volume pulmonar, diminuição do volume de reserva expiratório e da capacidade vital, disfunção da musculatura respiratória, entre outras dificuldades; e a maior facilidade para a ocorrência de traumas, principalmente nas articulações.

### **Tratamentos para a redução da obesidade**

Um balanço energético negativo, ou seja, o gasto de energia maior do que o consumo, é o recurso realmente efetivo para a redução da gordura corporal, segundo Francischi e colaboradores (2000). Esses autores também chamaram à atenção para o fato de que a redução da gordura corporal nem sempre implica em redução do peso, uma vez que o indivíduo pode ganhar massa muscular e, com isso, manter o mesmo peso ou até aumentá-lo, se o ganho de massa for superior à perda de gordura.

Para Mahan e Escott-Stump (2005), uma perda de peso bem sucedida pode variar de acordo com o tipo e a gravidade da obesidade, com a idade do indivíduo e com seu estilo de vida. Afirmaram que as pessoas que conseguem perder peso por meios dos tratamentos, nem sempre conseguem manter

o peso adquirido para sempre. Recomendaram a mudança de hábitos de vida da pessoa obesa, o que levará à perda de peso e à manutenção dessa perda.

Segundo Damiani (2002), nunca é fácil induzir-se a perda de peso. Por isso, Jacobson (1998, citado por Vieira e colaboradores, 2002) afirmou que medidas preventivas de problemas de saúde devem ocorrer ainda na adolescência, uma vez que hábitos alimentares saudáveis aí formados podem manter-se na vida adulta. Torna-se, então, imprescindível o estabelecimento dessas atitudes preventivas já nessa fase de vida constituída por muitas mudanças físicas e psicológicas (Magalhães, Azevedo e Mendonça, 2003).

Existem vários métodos para tratar o sobrepeso e a obesidade, ganhando destaque a adequação alimentar e o estímulo à atividade física.

### **Dieta**

O objetivo da dieta é a restrição da ingestão energética, sendo, em geral, utilizados dois tipos: dieta com consumo energético menor que 800 kcal/dia e dieta com restrições energéticas moderadas, consumo energético menor que 1200 kcal/dia. A perda de peso é maior no primeiro tipo, porém é também maior a dificuldade em manter o peso após a sua suspensão. Essa restrição severa do consumo energético, os jejuns prolongados e a perda rápida de peso causam problemas à saúde, como redução de proteína muscular e proteína hepática, atrofia das fibras musculares do coração e perda de grande quantidade de água, eletrólitos, minerais, glicogênio e alteração da massa magra (Francischi e colaboradores, 2000).

São ainda apontados outros efeitos colaterais da rápida perda de peso: intolerância ao frio, fadiga, cefaléia leve, irritabilidade, euforia, constipação ou diarreia, pele seca, cabelos fracos avermelhados, anemia e irregularidades menstruais (Mahan e Escott-Stump, 2005).

### **Exercícios físicos**

A prática regular de exercícios físicos melhora a capacidade cardiovascular e respiratória, a tolerância à glicose, eleva o gasto energético, minimiza os efeitos



negativos da restrição energética e ajuda na formação do balanço energético negativo (Francischi e colaboradores, 2000).

Para Pi-Sunyer (1988, citado por Mahan e Arlin, 1995), é errôneo achar que o exercício é contra produtivo porque provoca o aumento do desejo de se alimentar. Segundo ele, os indivíduos obesos, ao contrário dos magros, não aumentam a ingestão alimentar para compensar a energia gasta na atividade física, supostamente porque o nível de exercício é menos extenuante.

Em 2005, Mahan e Escott-Stump comentaram sobre os programas de perda de peso que associam a dieta com exercícios à modificação comportamental, educação nutricional e, se necessário, ao suporte psicológico. Reconheceram a possibilidade de integrar o uso de medicamentos caso esses métodos não sejam suficientes para a obtenção dos resultados esperados, lembrando que, nos casos de obesidade mórbida, a intervenção cirúrgica pode ser indicada.

Francischi, Pereira e Lancha Júnior (2001) fizeram um estudo de revisão sobre exercício, comportamento alimentar e obesidade. Demonstraram que as dietas hipocalóricas são efetivas para a perda de peso e de gordura, porém podem causar perda de massa magra com conseqüente redução nas taxas metabólicas. Por sua vez, o exercício físico isolado, sem controle alimentar, causa modesta perda de peso. Reconhecidamente, a combinação de restrições energéticas e de exercícios físicos são as duas principais estratégias no tratamento da obesidade. Vale considerar a observação feita por Bronstein, em 1996, sobre a necessidade de realizar exercícios com duração e frequência adequada para que eles possam ser efetivos.

### **Medicamentos**

De acordo com as considerações de Damiani, Damiani e Oliveira (2002), o uso de medicamentos para provocar a perda de peso deve levar em consideração a idade do indivíduo, o tipo de substância que se pretende utilizar e a avaliação do potencial de dependência para que a droga não gere problemas ao usuário. São muitas as drogas disponíveis com indicações para o tratamento da obesidade e que prometem resolver esse

problema. Apesar de serem utilizadas no tratamento de adultos, nenhuma droga se mostrou eficaz e isenta de efeitos colaterais no tratamento da obesidade infantil, o que permite considerar a reeducação da criança e da família para uma alimentação equilibrada como o melhor método a ser utilizado nessa situação.

Os autores acima referidos citaram algumas das drogas utilizadas no tratamento da obesidade: anfetaminas, fenfluraminas, fenterminas, dietilpropiona, mazindol, pemolina, fenilpropanolamina e os anti-depressivos, fluoxetina e sertralina. Estas drogas provocam efeitos colaterais que variam de sonolência à mudanças de humor e distúrbios no trato gastrointestinal. As anfetaminas e seus derivados perdem sua eficácia após um tempo prolongado de uso; são drogas aditivas que podem causar efeitos colaterais, como insônia, disforia, tontura, tremor, boca seca e confusão. A fenfluramina e fenilpropanolamina são tão eficientes quanto as anfetaminas e não são aditivas. Drogas B-agonistas, efedrina e hormônio tireóideo aumentam o consumo energético através da produção de calor extra. Geralmente, ao contrário do que se espera, após a suspensão dos medicamentos o indivíduo volta a engordar, o que pode causar-lhe frustração.

Ainda segundo Damiani, Damiani e Oliveira (2002), as medicações utilizadas podem ser divididas em dois grupos: medicamentos inibidores de apetite (catecolaminérgicos) e medicamentos que aumentam a sensação de saciedade (serotoninérgicos). Entre os catecolaminérgicos estão as anfetaminas, que além de inibir o apetite, proporcionam uma atividade psicomotora aumentada, provocando, assim, perda de peso por termogênese aumentada. Entre os serotoninérgicos estão a fenfluramina, a dexfenfluramina e a sibutramina, que tem efeito sacietógeno e aumenta o gasto energético. A fenfluramina e a dexfenfluramina foram retiradas do mercado devido à associação com lesões de válvulas cardíacas semelhantes às encontradas na síndrome do carcinóide ou na toxicidade por ergotamina.

Em um estudo realizado durante três meses para avaliar a eficácia e a tolerabilidade da combinação de sibutramina e orlistat no tratamento da obesidade, Halpern e colaboradores (2000) comprovaram que a

associação dos dois medicamentos, juntamente com uma dieta hipocalórica, é eficaz no que se refere à perda de peso em pacientes obesos durante o período supracitado; em contrapartida, alguns pacientes apresentaram efeitos adversos devido ao uso contínuo e ininterrupto desses medicamentos, como cefaléia, tontura, insônia, dentre outros.

Damiani, Damiani e Oliveira (2002) comentaram também sobre as drogas calorigênicas, que incluem os hormônios tireoidianos (indicados se houver hipotireoidismo), e os medicamentos com ação no sistema nervoso simpático, efedrina e fenilpropanolamina. A perda de peso ocorrida em ratos que usaram leptina, devido à deficiência desse hormônio, é incerta com relação aos seres humanos, já que os obesos, geralmente, apresentam concentrações elevadas de leptina no organismo. Supõe-se, então, que o problema esteja nos receptores do hormônio e que a administração de doses farmacológicas deste poderia superar a insensibilidade dos receptores, mas nada ainda foi confirmado.

### **Chás**

Segundo Balbachas (1963), a ciência terapêutica data da remota antiguidade. Assim que começaram a aparecer enfermidades, o homem passou a combatê-las com o poder curativo das plantas. Estas foram os primeiros remédios utilizados pelo homem.

Ainda segundo o autor citado, todas as doenças possuem cura através das plantas, mas muitas delas ainda não foram descobertas. Além disso, os produtos químicos não podem ser considerados remédios, mas sim as plantas, já que elas curam e purificam o corpo.

Os estudiosos têm confirmado que, em diversos momentos da história da medicina, os vegetais foram empregados para curar doenças. Esta atividade continua a ser exercida, de modo que a procura por produtos orgânicos e plantas medicinais tem aumentado, o que corresponde à conscientização dos consumidores sobre a toxicidade provocada por agrotóxicos, adubos químicos e medicamentos sintéticos. O estudo e a aplicação dos efeitos terapêuticos de vegetais são chamados de fitoterapia

(Balbachas, 1963; Annichino, 1986; Marchese e colaboradores, 2004).

A carqueja é utilizada de forma medicinal para tratar enfermidades da bexiga, do fígado, dos rins, do pâncreas e do baço, má digestão e circulação sanguínea, feridas, anginas e inflamações, anemia, diabetes, diarreias e cálculos biliares. É coadjuvante em regimes de emagrecimento e contra-indicada para gestantes e lactantes. O uso excessivo pode levar a uma hipotensão (Balbachas, 1963; Annichino e colaboradores, 1986; Plantas, 2004; Panizza, 2006).

De acordo com as considerações de Balbachas (1963), o chá-de-bugre, também chamado de cotó-cotó, é de grande efeito depurativo, sendo utilizado no tratamento de afecções do sistema urinário, diarreia, dispepsia, gota, reumatismo e sífilis. O autor afirma que a erva-de-bugre é depurativa do sangue e utilizada contra hidropisias, moléstias da pele e sífilis.

As sementes do jamelão, também conhecido por jambolão, são utilizadas no tratamento da diabetes açúcarada. Já a casca da árvore é usada na disenteria, hemorragia e leucorréia. É indicado para espasmos, diarreia, gases e estimulação gastrointestinal (Balbachas, 1963; Plantas, 2004; Panizza, 2006).

O chá de quebra-pedra é empregado, principalmente, como diurético, fortificante do estômago e na eliminação de cálculos renais, além de tratar, entre outras enfermidades, feridas, gangrenas, infecções da boca, garganta e geniturinárias, doenças do fígado, reumatismo e outras enfermidades. O uso prolongado causa desmineralização do organismo. Não deve ser utilizado por crianças, gestantes e lactantes (Cunha, Silva e Roque, 2003; Plantas, 2004; Panizza, 2006).

O sene é um laxante e purgante natural utilizado para obstipação funcional transitória, flatulência, febre, congestões encefálicas e obesidade. Não deve ser utilizado durante a menstruação, por gestantes, lactantes, crianças com menos de 6 anos, por pessoas que apresentem doenças inflamatórias do intestino, apendicite e cistite agudas, insuficiência renal, hepática ou cardíaca, e por pessoas que estejam em uso de cardiotônicos e pílula contraceptiva. Hipersensibilidade ao sene ou sua ingestão excessiva podem produzir cólicas intestinais, diarreia e vômitos. A alta dosagem pode

causar nefrite aguda. O uso contínuo do fármaco pode levar à destruição dos plexos nervosos intramurais do cólon (Cunha, Silva e Roque, 2003; Plantas, 2004; Panizza, 2006).

O chá verde é utilizado contra astenia psico-física, diarreias, arteriosclerose, hiperlipidemias, asma brônquica, como coadjuvante de regimes de emagrecimento e diurético leve. É contra-indicado para pessoas com ansiedade, taquicardia, gastrite e úlcera gastroduodenal. A ingestão excessiva pode provocar insônia, nervosismo e taquicardia (Cunha, Silva e Roque, 2003).

Ainda segundo os autores citados acima, o hibisco é indicado para facilitar a digestão e a função intestinal. É usado, também, como diurético suave, em curas de emagrecimento, contra ansiedade, insônia, resfriados e gripes, hipertensão, varizes e fragilidade capilar.

O chá preto possui diversas funções, entre as quais: controlar diarreia, eliminar gorduras (promovendo o emagrecimento), ajudar em tratamentos de gripes e resfriados e normalizar a função da tireóide. Não pode ser utilizado por crianças, gestantes, pessoas que possuam estômago sensível, hipertireoidismo, doenças renais e sistema cardiovascular debilitado (Plantas, 2004; Panizza, 2006).

O chá de 7 ervas é composto por carqueja, capim-limão, camomila, melissa, boldo, erva-doce e hortelã. Ele auxilia no emagrecimento e na digestão dos alimentos (Informação obtida em conceituada farmácia de produtos naturais, de Salvador, BA).

O chá emagrecedor é composto por 30 ervas, entre as quais: chá verde, carqueja, jambolão, sene, erva de bugre, hibisco e quebra-pedra. Possui função diurética, digestiva e depurativa; é regulador intestinal, contém inibidor de apetite, atua nas causas da obesidade e auxilia no combate de celulite, estrias, ansiedade e outras enfermidades.

Para Balbachas (1963), o limão tem uma grande utilidade medicinal para combater, entre tantas enfermidades, a obesidade. Assim como o limão, os banhos quentes também são recomendados aos obesos.

Cunha, Silva e Roque (2003) citam algumas ervas para tratar a obesidade: diuréticas (buchú, cavalinha, chá-de-java, galega, milho e salsaparilha); estimulantes da tireóide (bodelha, clorela, espirulina e laminária); laxativas (konjac e tamarindo-do-malabar); moderadoras do apetite (alteia, guar,

konjac, tachagens e ispagula); sedativas (melissa, passiflora, tília e valeriana).

O tratamento da obesidade pode ainda ser feito com a utilização de abacaxi, alface, aquemila, aspargo, alho-porro, borragem, bananeira (água), caruru-bravo, caroba, carqueja, fucus, agar-agar, café-do-mato, capim-sapé, chá-de-bugre, chá-da-índia, gervão, juá (raiz), maçã (chá das cascas ou duas colheres de maçã por dia), limão, marroio, sabugueiro, embaúba, salsa, ervas laxantes e diuréticas, porangaba, farelo de trigo, stevia, garcínia (Plantas, 2004).

### **Procedimentos cirúrgicos**

O tratamento cirúrgico é preferencialmente reservado para indivíduos que têm obesidade mórbida, ou seja, IMC igual ou acima de 45, e que apresentam falhas nos seus programas para perda de peso. Estas falhas são caracterizadas pela incapacidade em reduzir o peso corpóreo em um terço e a gordura corpórea para a metade, e pela incapacidade de manter qualquer perda de peso. Este tipo de obesidade é considerada como obesidade mórbida intratável. Procedimentos cirúrgicos como estreitamento esofágico, cirurgias gástricas restritivas e derivação jejuno-ileal objetivam a redução da quantidade de alimentos ingerida ou que é absorvida pelo trato digestivo (Mahan e Escott-Stump, 2005).

### **Restrição gástrica (derivação gástrica e gastroplastia)**

A restrição gástrica promove a redução da capacidade de reserva do estômago através do fechamento de parte dele. A gastroplastia diminui o tamanho do estômago por meio do clampeamento da porção superior do estômago, deixando uma passagem de 0,8 a 1,0cm da porção superior para a porção inferior. Esse tipo de cirurgia é mais segura que a derivação gástrica, porém, é esta a mais eficiente. A derivação promove o clampeamento total da porção superior do estômago e a conexão entre uma abertura presente nesta pequena parte com uma alça intestinal do delgado, ficando, assim, a maior porção do estômago inutilizada. Complicações como intumescimento da bolsa, náuseas e vômitos podem ocorrer devido à cirurgia. O indivíduo que se submeteu ao tratamento



cirúrgico deve ingerir apenas alimentos líquidos e pastosos durante as seis primeiras semanas e, em seguida, fazer um regime de três refeições, constituídas por alimentos de alta densidade nutricional, por dia (Mahan e Escott-Stump, 2005).

A derivação gástrica, por inutilizar a porção inferior do estômago, pode levar o paciente a apresentar a síndrome de "dumping". Quando um indivíduo permanece com um regime alimentar normal mesmo após se submeter a uma cirurgia de derivação, o alimento não é liberado gradualmente para o jejuno, mas é "jogado" nele de 10 a 15 minutos após a ingestão. Este fato provocará uma resposta fisiológica devido à presença, no jejuno, de alimento que não foi digerido, constituindo, assim, a síndrome de "dumping". Alguns sintomas são taquicardia, sudorese e dor abdominal (Mahan e Escott-Stump, 2005).

#### **Mandíbulas amarradas (fixação maxilomandibular)**

Amarras são colocadas no indivíduo para que seus maxilares mantenham-se fechados. Deste modo, sua alimentação ficará restringida a líquidos que só poderão ser ingeridos com a utilização de um canudo. Este método de tratamento requer uma educação alimentar por parte do paciente, pois caso isto não ocorra, o peso perdido retornará após as amarras serem retiradas (Mahan e Escott-Stump, 2005).

#### **Lipoaspiração**

A lipoaspiração é uma cirurgia essencialmente estética que não promove a perda de peso, já que corresponde à aspiração de depósitos de gordura por meio de um tubo introduzido através de uma incisão de 1 a 2 cm, nos tecidos adiposos (Mahan e Escott-Stump, 2005).

A partir dessas considerações surgiu o interesse de conhecer as formas de tratamento do sobrepeso ou obesidade utilizadas por estudantes cursando o Ensino Médio. Foi, então, formulada a seguinte pergunta de investigação: Quais as formas de tratamento do sobrepeso ou obesidade utilizadas por estudantes do Ensino Médio de uma escola pública de Salvador, Bahia? A partir desse questionamento, decidiu-se realizar o presente estudo quanti-qualitativo,

no primeiro semestre de 2008, na referida escola, com estudantes cursando o Ensino Médio, os quais responderam a um questionário previamente elaborado.

Foi definido como objetivo geral do estudo identificar as formas de tratamento do sobrepeso ou obesidade utilizadas por tais estudantes. E como objetivos específicos: caracterizar o grupo estudado de acordo com a faixa etária e o gênero; avaliar o grau de satisfação dos estudantes em relação ao seu peso atual; identificar a ocorrência do sobrepeso ou obesidade em algum momento da vida; identificar as formas de tratamento utilizadas para o controle de peso; e avaliar a percepção do grupo estudado sobre a efetividade das formas de tratamento utilizadas.

A realização deste estudo justificou-se, portanto, pela possibilidade de contribuir com a discussão de um tema de relevância para a saúde dos indivíduos e, em especial, dos adolescentes. Os seus resultados serão disponibilizados para a escola onde foram coletados os dados, podendo ser usados para reflexões entre professores e estudantes, inclusive com envolvimento de profissionais de saúde, gerando possíveis ações positivas, saudáveis e seguras. Para as pesquisadoras, a realização deste estudo contribuiu para ampliar a sua compreensão do papel importante dos profissionais de Educação Física e Nutrição junto ao trabalho de promoção da saúde dos adolescentes.

#### **MATERIAIS E MÉTODOS**

O presente estudo quanti-qualitativo foi realizado com o objetivo de identificar as formas de tratamento do sobrepeso ou obesidade utilizadas por estudantes do 3º ano do Ensino Médio de uma escola pública de Salvador, Bahia. Segundo Minayo (1994), o método quantitativo visa descrever uma variável quanto a sua tendência central e descrever a sua frequência em grandes populações. Para Polit e Hungler (1995), o pesquisador que utiliza a técnica qualitativa coletará e analisará materiais compatíveis com as percepções da população estudada, demonstrando, assim, a subjetividade dos seres humanos.

O campo de pesquisa utilizado para o estudo foi o Colégio Estadual Thales de Azevedo (CETA), inaugurado em 1997 e

localizado no bairro Costa Azul, da Cidade de Salvador, Bahia. O Colégio funciona nos três turnos e atende, em média, a 1800 alunos, divididos em 51 turmas de 1º, 2º e 3º anos do Ensino Médio. Possui uma clientela bastante diversificada, englobando estudantes econômica e socialmente carentes, bem como aqueles considerados de classe média, transferidos de escolas particulares.

Inicialmente foi entregue pelas pesquisadoras um ofício ao diretor do CETA, em nome da Coordenação do curso de Pós-Graduação Lato-Sensu da Universidade Gama Filho sobre Obesidade e Emagrecimento, solicitando a liberação do campo de estudo, apresentando o objetivo da pesquisa e justificando a sua realização. Uma vez obtida essa permissão, as pesquisadoras, sendo uma delas professora de Educação Física do referido Colégio, deram-lhe as explicações necessárias sobre o estudo e obtiveram do mesmo todo apoio necessário para o acesso aos alunos.

Foram elaborados Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, os quais foram assinados pelo diretor do Colégio e pelos alunos, com garantias de manutenção do anonimato dos entrevistados e uso dos dados para fins científicos, respeitando, assim, os aspectos éticos abordados na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que consiste em normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. Essa Resolução engloba os quatro princípios básicos da bioética: autonomia, a não maleficência, a beneficência e a justiça, buscando garantir direitos e deveres relacionados à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

O grupo estudado foi constituído por duzentos e cinquenta e um estudantes do Ensino Médio, matriculados nos turnos matutino e vespertino que estavam presentes na sala durante a aula de Educação Física, nos dias 08 e 09/05/2008. Todos aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento.

Os dados foram coletados através de um questionário previamente estruturado pelas pesquisadoras, contendo questões objetivas e subjetivas, englobando variáveis características da população de estudo (faixa etária e gênero) e variáveis referentes à ocorrência e às formas de tratamento do sobrepeso ou obesidade. Entre estas: o grau

de satisfação dos estudantes sobre seu peso atual; a presença de sobrepeso ou obesidade em algum momento da vida; as formas de tratamento utilizadas para o controle de peso e a avaliação dos resultados dos tratamentos utilizados (APÊNDICE A).

Os estudantes foram abordados pelas pesquisadoras na própria sala durante a aula de Educação Física, em companhia da professora da disciplina. As autoras da pesquisa se apresentaram, explicando-lhes os objetivos do estudo e solicitaram a sua participação. Após concordância dos estudantes, lhes foi entregue o questionário, o qual foi imediatamente preenchido, seguido da assinatura do Termo de Consentimento.

Os dados coletados foram codificados em planilha, desenhada especialmente para o questionário aplicado. Concluído o armazenamento e feita a revisão para garantir a coerência interna do trabalho, os dados foram apresentados na forma de gráficos e tabelas de frequência em percentuais, com o uso de softs apropriados Word/Excel.

A análise dos dados obtidos foi construída com base nos objetivos propostos para o estudo e no referencial teórico apresentado. Também foram apresentadas as conclusões do estudo.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **Características do grupo estudado**

Participaram deste estudo 251 estudantes do Ensino Médio do Colégio Estadual Thales de Azevedo, da cidade de Salvador, Bahia, no mês de maio de 2008 nos turnos matutino e vespertino.

A idade do grupo estudado variou de 15 a 18 anos, com 96,75% (238/246) e 3,25% (08/246) com 19 e 20 anos. Cinco estudantes não informaram a idade. Gráfico 1.

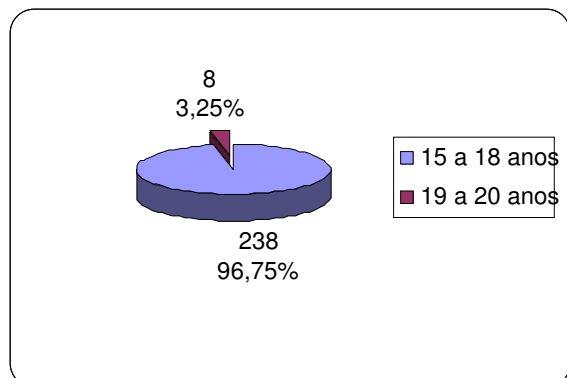
Conforme demonstrado abaixo, a quase totalidade do grupo estudado encontrava-se no período de vida denominado adolescência, que se estende dos 10 aos 19 anos completos, segundo a OMS (WHO, 1995). Trata-se de um estágio de vida singular, que se caracteriza por intensas mudanças no crescimento físico, maturação sexual e desenvolvimento psicossocial.

## Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento.

ISSN 1981-9919 *versão eletrônica*

Periódico do Instituto Brasileiro de Pesquisa e Ensino em Fisiologia do Exercício

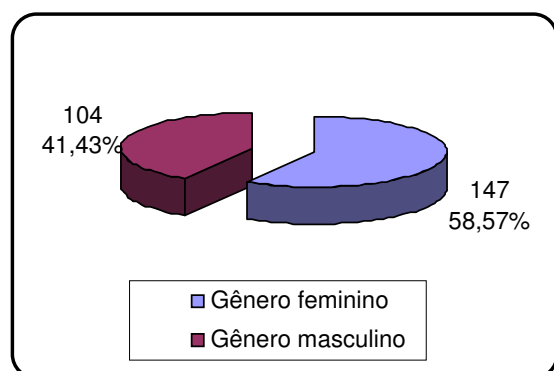
www.ibpex.com.br - www.rbone.com.br



**Gráfico 1** – Distribuição dos estudantes segundo a faixa etária, em uma escola pública de Salvador, BA. Maio. 2008.

Essas transformações ocorrem em um dado ambiente familiar, cultural e social, determinante, em grande parte, da conduta dos adolescentes. Por essa razão, os estudiosos dessa faixa etária, nas últimas décadas, têm afirmado que esses indivíduos merecem atenção e cuidados especiais da família, escola, profissionais de saúde e da sociedade como um todo (Jacobson, 1998; Vitolo, 2003; Costa e Souza, 2005)

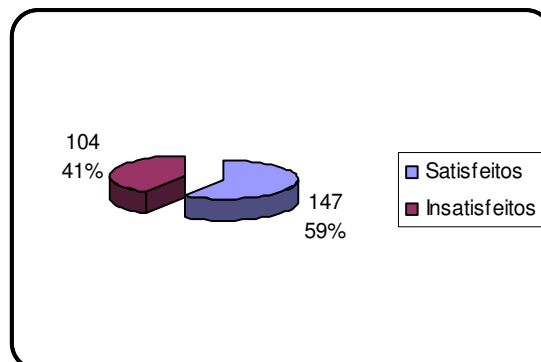
Na distribuição por gênero, observou-se um maior número de estudantes do gênero feminino, atingindo 58,57% do total (147/251). Gráfico 2.



**Gráfico 2** – Distribuição dos estudantes de acordo com o gênero, em uma escola pública de Salvador, BA. Maio. 2008.

### Grau de satisfação do grupo estudado em relação ao seu peso atual

O Gráfico 3 apresenta a distribuição dos estudantes segundo o grau de satisfação com o seu peso atual, demonstrando uma frequência de 41% (104/251) de estudantes insatisfeitos.



**Gráfico 3** - Distribuição dos estudantes segundo o grau de satisfação com o seu peso atual, em uma escola pública de Salvador, BA. maio 2008.

Em relação ao motivo da insatisfação com o peso atual, 54,90% (56/102) dos estudantes se achavam acima do peso, enquanto 38,24% (39/102) denominaram-se magros(as). Tabela 1.

No estudo realizado por Santos (2000) sobre o comportamento alimentar de 219 adolescentes, de ambos os gêneros, que freqüentavam as praças de alimentação dos shoppings centers de Salvador, BA, os resultados também indicaram um percentual elevado de adolescentes insatisfeitos com o peso atual (56,6%); nesse subgrupo, 64,5% achavam-se acima do peso desejado e 35,5% abaixo.

Já no estudo de Assis e colaboradores (2003), sobre a representação social do ser adolescente enquanto passo decisivo na promoção da saúde, apenas 2,3% dos estudantes participantes declararam-se insatisfeitos com o próprio corpo. Contudo “ser gordo(a)” foi um dos atributos mais citados com referência à insatisfação com a imagem corporal.

É comum os adolescentes manifestarem uma insatisfação com a sua aparência física, em razão do sentimento de estranheza com as modificações do seu próprio corpo. Ou seja, o adolescente é obrigado a adotar um novo corpo, uma nova mente, além de outras atitudes sociais. Nesse enfrentamento do luto do corpo infantil, sob a influência de fatores sociais, culturais e estéticos, entre outros, as adolescentes, em geral, buscam um corpo magro, enquanto os adolescentes um maior ganho de peso, sobretudo de massa muscular (Vitolo, 2003; Souza e Hastenpflug, 2005).

## Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento.

ISSN 1981-9919 *versão eletrônica*

Periódico do Instituto Brasileiro de Pesquisa e Ensino em Fisiologia do Exercício

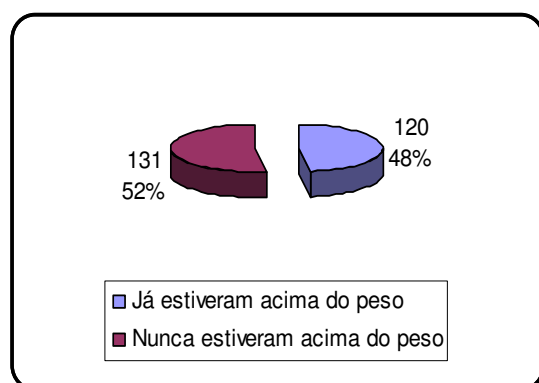
www.ibpex.com.br - www.rbone.com.br

**Tabela 1** – Distribuição dos motivos de insatisfação dos estudantes com o seu peso atual, em uma escola pública de Salvador, BA. Maio. 2008.

Motivos de insatisfação com o peso atual	Nº	%
Acima do peso	56	54,90
Magro(a)	39	38,24
Acúmulo de gordura abdominal	03	2,94
Massa muscular insuficiente ou sem rigidez	02	1,96
Muito forte	01	0,98
Estrutura corporal desproporcional	01	0,98
<b>Total*</b>	<b>102</b>	<b>100</b>

\* 02 estudantes não responderam.

Ao serem questionados sobre a presença de sobrepeso ou obesidade em algum momento da sua vida, 48% (120/251) dos participantes do presente estudo responderam afirmativamente. Gráfico 4.



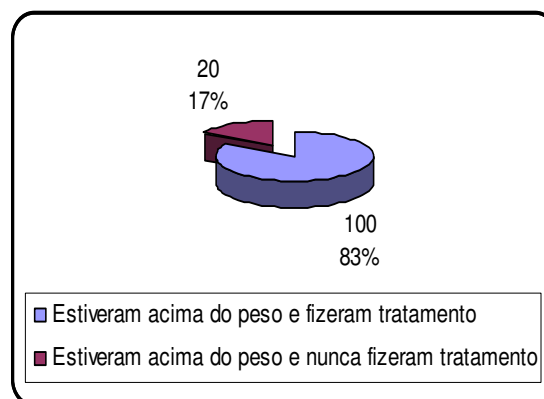
**Gráfico 4** - Distribuição dos estudantes segundo a presença de sobrepeso ou obesidade em algum momento da vida, em uma escola pública de Salvador, BA. Maio. 2008.

Este dado está de acordo com o que tem sido demonstrado por estudiosos e Organismos internacionais sobre a presença e o crescimento da prevalência do sobrepeso e obesidade em diferentes países, atingindo todas as idades, classes sociais, etnias e gênero (Francischi e colaboradores 2000; Pinheiro, Freitas e Corso, 2004).

Segundo Costa, Leão e Werutsky (2002) os inquéritos nacionais de 1974 e 1989 revelaram que, em relação às demais faixas etárias, o aumento do percentual de obesidade e diminuição da desnutrição foi mais elevado entre os adolescentes. Magalhães, Azevedo e Mendonça (2003) avaliaram a prevalência de

sobrepeso e obesidade entre adolescentes de 15 a 19 anos, nas regiões Nordeste e Sudeste, com base nos dados da Pesquisa sobre Padrões de Vida, inquérito alimentar realizado pelo IBGE, entre 1996 e 1997. A prevalência de sobrepeso e obesidade foi de 8,45% no Nordeste e de 11,53% no Sudeste.

No estudo de Terres e colaboradores (2006), sobre prevalência de sobrepeso e obesidade e fatores associados em adolescentes de Pelotas, Rio Grande do Sul, foram identificados 5% de adolescentes obesos e 20,9% com sobrepeso.



**Gráfico 5** - Distribuição dos estudantes segundo a utilização ou não de tratamentos para a redução do peso, em uma escola pública de Salvador, BA. Maio. 2008.

O Gráfico 5 demonstra que 83% (100/120) dos participantes do presente estudo, com respostas afirmativas para sobrepeso ou obesidade em algum momento da vida, fizeram algum tipo de tratamento para reverter essa situação. Na literatura específica, existem dados suficientes demonstrando a relação entre sobrepeso e obesidade com

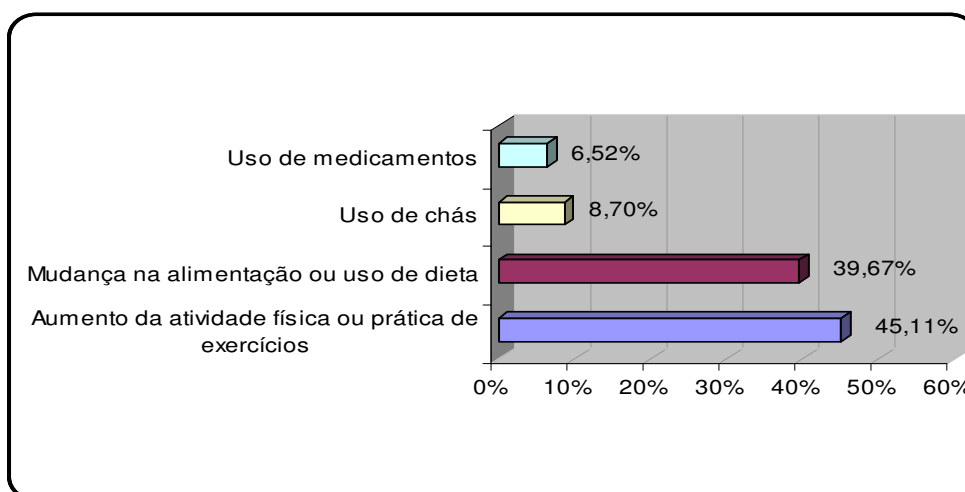
enfermidades (Francischi e colaboradores, 2000; Cury Júnior, 2002). No entanto, tratando-se de um grupo de adolescentes, fica difícil inferir sobre a razão da procura do tratamento, se por questões de saúde ou estética, entre outras.

### Formas de tratamento de sobrepeso ou obesidade utilizadas pelos estudantes

O tratamento mais utilizado pelos estudantes com o objetivo de perder peso foi o aumento da atividade física ou prática de exercícios, atingindo 45,11% (83/184) do total de respostas. Seguiram-se as mudanças na alimentação ou uso de dieta com 39,67% (73/184), o uso de chás com 8,70% (16/184) e o uso de medicamentos que representou 6,52% (12/184). Nenhum participante informou

já ter realizado algum tipo de procedimento médico ou cirúrgico ou outros tipos de tratamento. Alguns estudantes afirmaram ter utilizado mais de um tipo de tratamento para redução de peso. Gráfico 6.

Quanto às mudanças na alimentação ou uso de dieta, Carneiro e colaboradores (2000) encontraram um percentual de 50% para essa variável, no seu estudo com 38 adolescentes obesos. Enquanto no estudo de Terres e colaboradores (2006), 40,5% dos participantes com sobrepeso faziam dieta, bem como 16,2% dos participantes obesos. Fonseca, Sichieri e Veiga (1998), em estudo sobre os fatores associados à obesidade em adolescentes, identificaram 9% de estudantes masculinos que faziam dieta, enquanto que o percentual feminino foi de 62,4%.



**Gráfico 6** - Distribuição dos tipos de tratamento realizados pelos estudantes para a redução do peso, em uma escola pública de Salvador, BA. Maio. 2008.

A Tabela 2 apresenta os tipos de atividade física e/ou prática de exercícios realizados pelos estudantes com o objetivo de perder peso. Alguns deles afirmaram ter

aderido a mais de um tipo de atividade ou exercício. Em destaque, a freqüência à academia (36%) e a prática de esportes (32%).

**Tabela 2** - Distribuição dos tipos de atividade física e/ou prática de exercícios realizados pelos estudantes para perder peso, em uma escola pública de Salvador, BA. Maio. 2008.

Tipos de atividade física e/ou prática de exercícios	Nº	%
Freqüência à academia	36	36
Prática de esportes	32	32
Caminhadas ou exercícios domiciliares	31	31
Prática de dança	01	1
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>



## Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento.

ISSN 1981-9919 *versão eletrônica*

Periódico do Instituto Brasileiro de Pesquisa e Ensino em Fisiologia do Exercício

www.ibpex.com.br - www.rbone.com.br

Os participantes que utilizaram a mudança na alimentação ou uso de dieta seguiram diferentes orientações. As modificações por conta própria atingiram 80,26% dos estudantes (61/76) e, dentre

estes, 3,28% (2/61) seguiram dietas encontradas em revistas (dietas da Lua e da USP). Alguns estudantes fizeram mudanças alimentares seguindo mais de uma orientação. Tabela 3.

**Tabela 3** - Distribuição dos tipos de orientações seguidas pelos estudantes para modificar a sua alimentação ou dieta, em uma escola pública de Salvador, BA. Maio. 2008.

Tipos de orientações para modificar a alimentação/dieta	Nº	%
Orientações pessoais (por conta própria)	61	80,26
Orientações médicas	09	11,84
Orientações do nutricionista	06	7,90
<b>Total*</b>	<b>76</b>	<b>100</b>

\* 01 estudante não respondeu.

No estudo realizado por Carneiro e colaboradores (2000), 73,4%, dos 19 adolescentes que fizeram tratamento dietético, tiveram o acompanhamento de um profissional de saúde.

No que diz respeito ao uso de chás como recurso para perder peso, a Tabela 4

enumera os responsáveis pelas indicações apontadas pelos estudantes. Do total com respostas, 40% (6/15) afirmaram ter feito esse tipo de tratamento por indicação de amigos/vizinhos.

**Tabela 4** - Distribuição dos responsáveis pelas indicações para o uso de chás pelos estudantes, em uma escola pública de Salvador, BA. Maio. 2008.

Responsáveis pelas indicações	Nº	%
Amigos/vizinhos	06	40,00
Conta própria	03	20,00
Médico	02	13,33
Mãe/avó	02	13,33
Nutricionista	01	6,67
Programa de TV	01	6,67
<b>Total*</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

\* 01 estudante não respondeu.

Quanto aos locais ou meios utilizados para conseguir os chás, as farmácias e outros estabelecimentos de venda desses produtos tiveram uma frequência de 66,68% (12/18) e

os quintais atingiram 16,67% (3/18). Alguns participantes deste presente estudo responderam que adquiriram os chás em mais de um local. Tabela 5.

**Tabela 5** - Distribuição dos locais ou meios utilizados para aquisição de chás pelos estudantes, em uma escola pública de Salvador, BA. Maio. 2008.

Locais ou meios utilizados para aquisição de chás	Nº	%
Farmácia ou outros estabelecimentos de venda	12	66,68
Quintal	03	16,67
Amigos	01	5,55
Revistas	01	5,55
Conta própria	01	5,55
<b>Total*</b>	<b>18</b>	<b>100</b>

\* 01 estudante não respondeu.

## Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento.

ISSN 1981-9919 *versão eletrônica*

Periódico do Instituto Brasileiro de Pesquisa e Ensino em Fisiologia do Exercício

www.ibpex.com.br - www.rbone.com.br

Esses dados não estão de acordo com aqueles encontrados por Annichino e colaboradores (1986), em estudo realizado sobre uso de plantas medicinais pela população, em 1981, onde os quintais foram os locais mais citados como fonte de obtenção de plantas medicinais, seguidos pelas farmácias.

A Tabela 6 relaciona os tipos de chás consumidos pelos estudantes que utilizaram esse recurso com o objetivo de perder peso. O chá de sene e o chá verde atingiram os mesmos percentuais de utilização pelos estudantes (25%), seguidos pelos chás de 7 ervas (12,50%) e de quebra pedra e preto (8,33%). Alguns estudantes disseram que utilizaram mais de um tipo de chá.

**Tabela 6** - Distribuição dos tipos de chás utilizados pelos estudantes para perder peso, em uma escola pública de Salvador, BA. Maio. 2008.

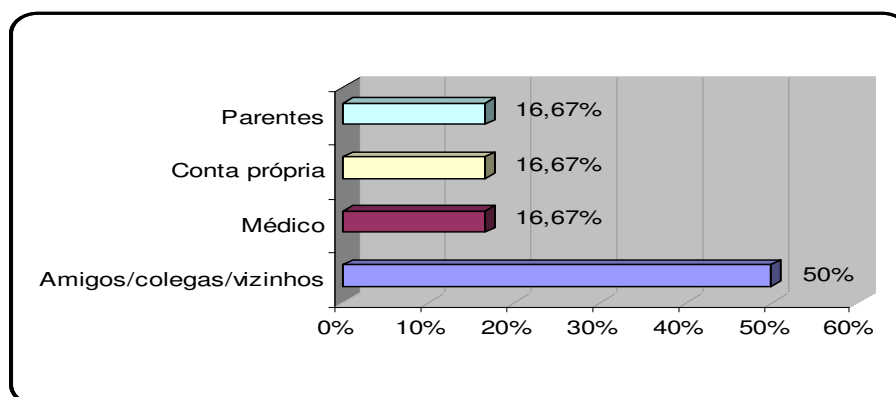
<i><b>Tipos de chás</b></i>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Sene	06	25,00
Verde	06	25,00
7 ervas	03	12,50
Quebra-pedra	02	8,33
Preto	02	8,33
Chá emagrecedor	01	4,17
Jamelão	01	4,17
Hibisco	01	4,17
Bugre	01	4,17
Carqueja	01	4,17
<b>Total*</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

\* 01 estudante informou apenas a marca do chá e não o chá utilizado.

A carqueja e a quebra-pedra, ao contrário dos resultados apresentados, figuram entre as plantas medicinais mais citadas por utilização ou conhecimento de utilidade no estudo de Annichino e colaboradores (1986). Também Marchese e colaboradores (2004) afirmaram que a carqueja ficou em quarto lugar entre as ervas mais consumidas no seu estudo sobre o perfil dos consumidores de plantas medicinais. Dentre os tipos de chás utilizados pelos participantes deste estudo, os

chás de quebra-pedra, jamelão e bugre não apresentaram, na literatura, função emagrecedora.

Quanto à utilização de medicamentos para a perda de peso, 50% dos estudantes (6/12) afirmaram ter recorrido a esse recurso por indicação de amigos, colegas ou vizinhos. Nas outras indicações apareceram o médico, os parentes ou por conta própria com igual percentual (16,67%). Gráfico 7.



**Gráfico 7** - Distribuição dos tipos das indicações para o uso de medicamentos pelos estudantes, em uma escola pública de Salvador, BA. Maio. 2008.

## Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento.

ISSN 1981-9919 versão eletrônica

Periódico do Instituto Brasileiro de Pesquisa e Ensino em Fisiologia do Exercício

www.ibpex.com.br - www.rbone.com.br

No estudo de Carneiro e colaboradores (2000), o percentual encontrado para uso de medicações prescritas por profissionais de saúde foi igual a 77,8% dos 9 pacientes que já tinham feito uso de medicação.

Ao serem questionados sobre o local de compra dos medicamentos, a quase totalidade dos estudantes indicou as farmácias e outros estabelecimentos de venda desses

produtos. Um estudante apenas indicou a própria casa. A Tabela 7 apresenta a distribuição dos produtos utilizados pelos estudantes para perder peso e considerados por eles como medicamentos. Entretanto, nenhum dos produtos referidos possui componentes considerados, pela literatura, drogas que verdadeiramente tratam a obesidade.

**Tabela 7** - Distribuição dos tipos de produtos considerados medicamentos e utilizados pelos estudantes para perder peso, em uma escola pública de Salvador, BA. Maio. 2008.

Tipos de produtos/medicamentos	Nº	%
Herbalife	02	15,39
Bio redux	01	7,69
Diet shake	01	7,69
In natura	01	7,69
Lacto purga	01	7,69
Diurético	01	7,69
Comprimido à base de ervas	01	7,69
<b>Total*</b>	<b>08</b>	<b>100</b>

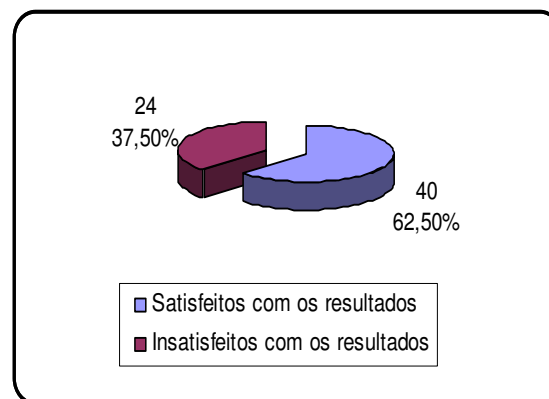
\* 05 estudantes não responderam e um estudante utilizou 02 tipos de medicamentos.

O *diet shake* é um substituto de refeições que oferece ao organismo os nutrientes necessários, porém com menor ingestão de calorias. A afirmação de que esse shake substitui por completo todos os nutrientes de uma dieta balanceada não é precisa. Além disso, a substituição das refeições por esse shake torna a dieta monótona, levando à sua desistência (Nutrição, 2006).

Bio redux possui fibras de origem animal que não são digeridas pelo organismo, ou seja, passam pelo trato gastrointestinal sem sofrer alterações. Se ingeridas antes das refeições, transformam-se em gel ao atingir o estômago; em seguida, englobam as gorduras da alimentação e são eliminadas juntamente com as fezes (Corpo, 2006).

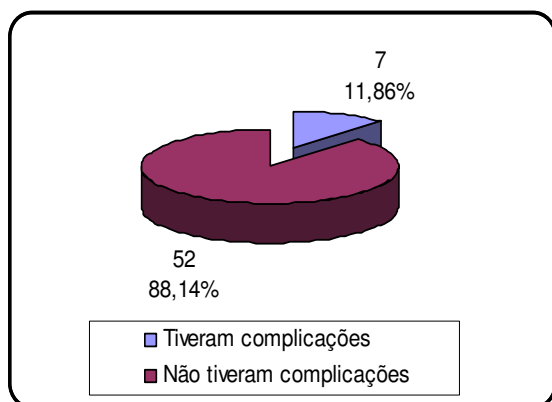
### Avaliação dos resultados dos tratamentos utilizados para perder peso

Do total de estudantes que utilizaram algum tipo de tratamento para perder peso, 64% (64/100) avaliaram os resultados obtidos. Neste subgrupo, 62,5% (40/64) declararam-se satisfeitos com os resultados atingidos, enquanto 37,5% (24/64) demonstraram insatisfação. Gráfico 8.



**Gráfico 8** - Distribuição dos estudantes segundo o grau de satisfação quanto aos resultados obtidos nos tratamentos para perder peso, em uma escola pública de Salvador, BA. Maio. 2008.

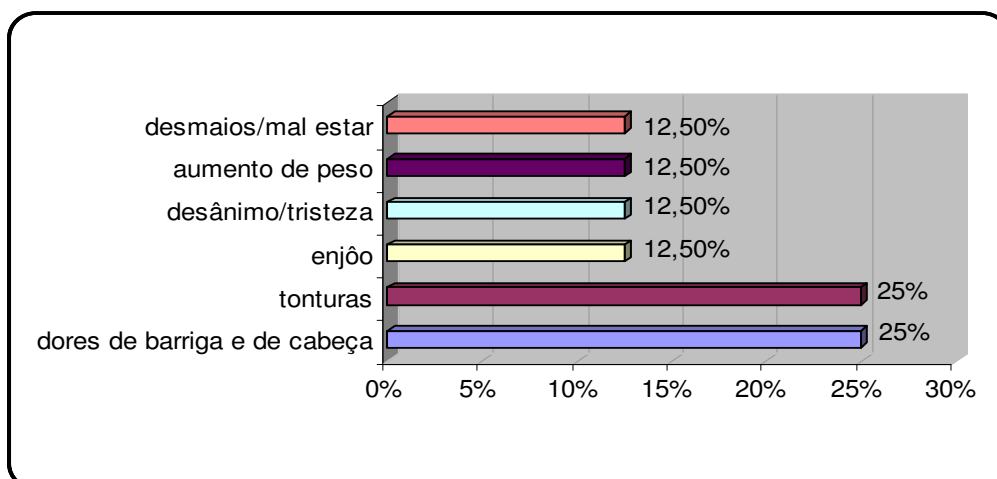
Os estudantes também foram questionados quanto à ocorrência de complicações durante o(s) tratamento(s) por eles realizado(s) para perder peso. Do total de estudantes com respostas (59/100), 11,86% responderam afirmativamente (7/59). Gráfico 9.



**Gráfico 9** - Distribuição dos estudantes segundo a ocorrência de complicações durante tratamento para perder peso, em uma escola pública de Salvador, BA. Maio. 2008.

Os tipos de complicações apresentadas pelo subgrupo com respostas afirmativas (7/59) estão apresentados no Gráfico 10. As tonturas, dores de barriga e de cabeça atingiram 50% das indicações. Todos os estudantes desse subgrupo fizeram dieta por conta própria; 1 estudante utilizou medicamentos e chás por indicação de amigos; 1 utilizou medicamentos por indicação de colega e chá por indicação de amigos. Alguns estudantes apresentaram complicações em comum.

Dentre as complicações apresentadas pelos estudantes durante o tratamento, três delas são citadas na literatura: mudanças de humor, tonturas e cefaléia (Mahan e Arlin, 1995; Damiani, Damiani e Oliveira, 2002). Não foram encontradas referências sobre as outras complicações citadas.



**Gráfico 10** - Distribuição dos tipos de complicações apresentados pelos estudantes durante tratamento para perder peso, em uma escola pública de Salvador, BA. Maio. 2008.

## CONCLUSÃO

A análise e discussão dos resultados obtidos no presente estudo permitiram conhecer as formas de tratamento do sobrepeso ou obesidade, utilizadas por um grupo de estudantes de uma escola pública de Salvador, Bahia. Constatou-se que:

- Os estudantes participantes tinham entre 15 e 20 anos, sendo 96,75% adolescentes (15 a 18 anos); 58,57% eram do gênero feminino.
- Em relação ao peso atual, 41% dos estudantes declararam-se insatisfeitos; entre

os motivos dessa insatisfação, o excesso de peso atingiu 54,9% e a magreza 38,24%.

- Do total, 48% dos estudantes já tinham apresentado excesso de peso em algum momento da vida, sendo que, neste subgrupo, 83% tinham feito algum tipo de tratamento.

- O aumento da atividade física ou prática de exercícios físicos foi o tratamento mais utilizado pelos estudantes (45,11%) com o objetivo de perder peso, seguido pela mudança na alimentação (39,67%), uso de chás (8,7%) e uso de medicamentos (6,52%). Alguns estudantes utilizaram mais de um tipo de tratamento.

# Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento.

## ISSN 1981-9919 versão eletrônica

Periódico do Instituto Brasileiro de Pesquisa e Ensino em Fisiologia do Exercício

www.ibpex.com.br - www.rbone.com.br

- No subgrupo de estudantes que utilizaram as mudanças na alimentação para perder peso, 80,26% fizeram dieta por conta própria. Entre os que usaram chás, os amigos/vizinhos foram os responsáveis por 40% das indicações; o chá de sene e o chá verde foram os tipos mais utilizados, atingindo 50% das indicações.

- No subgrupo que utilizou medicamento para perder peso, 50% dos estudantes foram orientados por amigos, colegas e vizinhos, sendo a farmácia o local de compra utilizado. Os tipos de produtos indicados não se incluem entre as drogas citadas pela literatura específica para tratar o excesso de peso.

- Entre os estudantes que fizeram tratamento e avaliaram os resultados, 62,5% declararam-se satisfeitos por terem atingido o objetivo.

- A presença de complicações durante o tratamento foi confirmada por 11,86% dos estudantes; tontura, dor de barriga e de cabeça atingiram 50% das indicações.

- No presente estudo, as mudanças na alimentação ou dieta e o aumento da atividade física ou exercícios físicos se destacaram entre as principais formas de tratamento usadas pelos estudantes no combate ao excesso de peso. Apesar da falta de acompanhamento profissional na grande maioria do grupo, a adoção dessas práticas é defendida pelos estudiosos na atualidade, por constituírem-se nas duas principais estratégias no controle e manutenção do peso.

### REFERÊNCIAS

1- Abrantes, M.M.; Lamounier, J.A.; Colosimo, E.A. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes das regiões Sudeste e Nordeste. *Jornal de Pediatria*, v.78, n.4, p.335-340, 2002.

2- Annichino, G.P.; e colaboradores. Medicina caseira em sete localidades da região de Bauru, São Paulo. *Cad. Saúde Pública*, v.2, n.2, p.150-166, jun. 1986.

3- Argote, R.B.; e colaboradores. Características biológicas, familiares y metabólicas de la obesidad infantil y juvenil. *Rev. Méd. Chile*, v.129, n.10, p.1155-1162, out. 2001.

4- Assis, S.G.; e colaboradores. A representação social do ser adolescente: um

passo decisivo na promoção da saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v.8, n.3, p.669-679, 2003.

5- Bronstein, M.D. Exercício físico e obesidade. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo*, v.6, n.1, jan./fev. 1996.

6- Carneiro, J.R.I.; e colaboradores. Obesidade na adolescência: fator de risco para complicações clínico-metabólicas. *Arq. Bras. Endocrinol. Metab.*, v.44, n.5, p.390-396, out. 2000.

7- Coca, F.D.C. Obesidade. *Revista Qualidade em Alimentação – Nutrição*, São Paulo, n.12, p.18-19, abr. 2002.

8- Corpo Perfeito, 2006. Disponível em: [http://www.corpoperfeito.com.br/produto/?p=Bio\\_Redux\\_\(60\\_caps\)\\_Bio\\_Redux](http://www.corpoperfeito.com.br/produto/?p=Bio_Redux_(60_caps)_Bio_Redux). Acesso em: 20/11/2006.

9- Costa, M.C.O.; Leão, L.S.C.S.; Werutsky, C.A. Obesidade. In: Costa, M.C.O.E.; Souza, R.P. de (Org.). *Adolescência: aspectos clínicos e psicossociais*. Porto Alegre: Artmed, 2002, cap.4, p.45-58.

10- Costa, M.C.O.; Souza, R.P. de. (Orgs.) *Semiologia e atenção primária à criança e ao adolescente*. Rio de Janeiro: Revinter, 2005.

11- Cury Júnior, A.J. Obesidade uma epidemia da atualidade. *Revista Qualidade em Alimentação - Nutrição*, São Paulo, n.12, p.12-14, 2002.

12- Damiani, D.; Damiani, D.; Oliveira, R.G. de. Obesidade – fatores genéticos ou ambientais? *Pediatria Moderna*, v.38, n.3, p.57-79, mar. 2002.

13- Fonseca, V. de M.; Sichieri, R.; Veiga, G.V. da. Fatores associados à obesidade em adolescentes. *Rev. Saúde Pública*, v.32, n.6, p.541-549, dez. 1998.

14- Francischi, R.P.P.; e colaboradores. Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. *Rev. Nutr.*, v.13, n.1, p.17-26, jan./abr. 2000.

15- Francischi, R.P.; Pereira, L.O.; Lancha Júnior, A.H. Exercício, comportamento alimentar e obesidade: revisão dos efeitos



## Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento. ISSN 1981-9919 versão eletrônica

Periódico do Instituto Brasileiro de Pesquisa e Ensino em Fisiologia do Exercício

www.ibpex.com.br - www.rbone.com.br

sobre a composição corporal e parâmetros metabólicos. Rev. paul. Educ. Fís., São Paulo, v.15, n.2, p.117-40, jul./dez. 2001

16- Halpern, A.; e colaboradores. Experiência clínica com o uso conjunto de sibutramina e orlistat em pacientes obesos. Arq. Bras. Endocrinol. Metab., v.44, n.1, p.103-105, fev. 2000.

17- Jacobson, M.S. Nutrição na adolescência. Anais Nestlé, v.55, 1998.

18- Magalhães, V.C.; Azevedo, G.; Mendonça, S. Prevalência e fatores associados a sobrepeso e obesidade em adolescentes de 15 a 19 anos das regiões Nordeste e Sudeste do Brasil, 1996 a 1997. Cad. Saúde Pública, v.19, supl.1, p.S129-S139, 2003.

19- Mahan, L.K.; Arlin, M.T. Krause: Alimentos, Nutrição e Dietoterapia. 8. ed., São Paulo, Roca Ltda., 1995. cap.18, p.336-351; 471.

20- Mahan, L.K.; Escott-Stump, S. Krause: Alimentos, Nutrição e Dietoterapia. 11. ed., São Paulo, Roca Ltda., 2005. cap.11; 24, p.282;540-560.

21- Marchese, J.A. e colaboradores Perfil dos consumidores de plantas medicinais e condimentares do município de Pato Branco (PR). Hortic. Bras., v.22, n.2, p.332-335, jun. 2004.

22- Mello, E.D. de; Luft, V.C.; Meyer, F. Obesidade infantil: como podemos ser eficazes? Jornal de Pediatria, v.80, n.3, p.173-182, maio/jun. 2004.

23- Mendonça, C.P.; Anjos, L.A. dos. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. Cad. Saúde Pública, v.20, n.3, p.698-709, maio/jun. 2004.

24- Minayo, M.C. de S. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis, Vozes, 1994.

25- Oliveira, A.M.A. de; Cerqueira, E. de M.M.; Oliveira, A.C. de. Prevalência de sobrepeso e obesidade infantil na cidade de Feira de Santana-Ba: detecção na família x diagnóstico clínico. Jornal de Pediatria, v.79, n.4, p.325-28, 2003.

26- Panizza, S. Plantas e chás. [2006]. Disponível em: <http://www.fitoterapia.com.br/>. Acesso em: 13/11/2006.

27- Pinheiro, A.R. de O.; Freitas, S.F.T. de; Corso, A.C.T. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. Rev. Nutr., v.17, n.4, p.523-533, out./dez. 2004.

28- Plantas e ervas medicinais, fitoterapia e fitoterápicos, 2004. Disponível em: <http://www.plantamed.com.br>. Acesso em: 13/11/2006.

29- Polit, D.F.; Hungler, B.P. Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

30- Santos, M. de B. Comportamento alimentar dos adolescentes: a freqüência à praça de alimentação dos shoppings centers. 2000. 33 f. Monografia (Trabalho apresentado ao Curso de Especialização em Nutrição Clínica da Escola de Nutrição da UFBA) – UFBA, Salvador, BA.

31- Souza, R.P.; Hastenpflug, C.S. Desenvolvimento psicossocial na infância e na adolescência. In: Costa, M.C.O. e Souza, R.P. de. (Orgs.) Semiologia e atenção primária à criança e ao adolescente. Rio de Janeiro: Revinter, 2005.

32- Terres, N.G.; e colaboradores. Prevalência e fatores associados ao sobrepeso e à obesidade em adolescentes. Rev. Saúde Pública, v.40, n.4, p.627-633, ago. 2006.

33- Vieira, V.C.R.; e colaboradores. Perfil socioeconômico, nutricional e de saúde de adolescentes recém-ingressos em uma universidade pública brasileira. Rev. Nutr., v.15, n.3, p.273-285, set. 2002.

34- Vitolo, M.R. Nutrição. Da gestação à adolescência. Rio de Janeiro: Reichmann & Afonso Editores, 2003.

35- WHO. Physical status: the use and interpretation of antropometry. Genebra: WHO, 1995. (Technical Report Series, n.854)

Recebido para publicação em 18/10/2008

Aceito em 20/11/2008

# Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento.

ISSN 1981-9919 *versão eletrônica*

Periódico do Instituto Brasileiro de Pesquisa e Ensino em Fisiologia do Exercício

www.ibpex.com.br - www.rbone.com.br

## APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO

Prezado(a) estudante,

Solicitamos a sua colaboração para o preenchimento desse questionário, onde constam algumas perguntas sobre as formas de tratamento do sobrepeso ou obesidade utilizadas por estudantes, que constitui o objeto de estudo que ora desenvolvemos. Agradecemos a sua colaboração, garantindo-lhe que os dados obtidos serão confidenciais, preservando a sua identidade. Atenciosamente, as alunas concluintes do Curso de Pós-Graduação em Obesidade e Emagrecimento da Universidade Gama Filho,

.....  
Giovana C. Lira

.....  
Terezinha E. C. de Castro

.....  
Ana Rita Gonzales

### IDENTIFICAÇÃO

1. Sexo: ( ) M ( ) F

2. Idade: \_\_\_\_\_

3. Escola onde estuda: ( ) Pública ( ) Privada

### FORMAS DE TRATAMENTO DO SOBREPESO OU OBESIDADE UTILIZADAS POR ESTUDANTES

4. Como você se sente em relação ao seu peso atual?

( ) Satisfeito(a) ( ) Insatisfeito(a) ( ) Outro: \_\_\_\_\_

Se insatisfeito(a), por quê?

( ) Se acha muito magro(a)

( ) Se acha acima do peso

( ) Outro: \_\_\_\_\_

5. Em algum momento da sua vida, você já esteve ou já se sentiu acima do peso desejado ou obeso(a)? ( ) Sim ( ) Não

Se Sim, você utilizou algum tipo de tratamento para reverter esta situação?

( ) Sim ( ) Não

Se Sim, qual foi o tipo de tratamento utilizado?

( ) Mudança na alimentação ou uso de dieta

( ) Aumento da atividade física ou prática de exercícios

( ) Uso de medicamentos

( ) Uso de chás ou ervas

( ) Realizou algum tipo de procedimento médico ou cirúrgico

( ) Outros (citar): \_\_\_\_\_

Se fez dieta:

( ) Seguiu orientações médicas

( ) Seguiu orientações do nutricionista

( ) Fez modificações por conta própria

( ) Outros: \_\_\_\_\_

Se aumentou a atividade física ou a prática de exercícios:

( ) Foi para a academia

( ) Passou a praticar um esporte

( ) Passou a fazer caminhadas

( ) Outros: \_\_\_\_\_

**Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento.**  
**ISSN 1981-9919 versão eletrônica**

Periódico do Instituto Brasileiro de Pesquisa e Ensino em Fisiologia do Exercício

**w w w . i b p e f e x . c o m . b r - w w w . r b o n e . c o m . b r**

---

Se fez uso de medicamentos:

Quem indicou? \_\_\_\_\_

Onde adquiriu? \_\_\_\_\_

Qual(is) o(s) nome(s) ou tipo(s) de medicamento(s) utilizado(s)? \_\_\_\_\_

---

Se fez uso de chás ou ervas:

Quem indicou? \_\_\_\_\_

Onde adquiriu? \_\_\_\_\_

Qual foi o chá ou erva utilizado? \_\_\_\_\_

Se realizou procedimento médico ou cirúrgico:

Quem indicou? \_\_\_\_\_

Onde realizou? \_\_\_\_\_

Se fez outro(s) tipo(s) de tratamento, citá-lo(s):

---

---

6. Se você fez algum tipo de tratamento para controle de peso, os resultados foram satisfatórios?

( ) Sim ( ) Não

Explique: \_\_\_\_\_

---

---

---

7. Se você fez algum tipo de tratamento para controle de peso, surgiu alguma complicação?

( ) Sim ( ) Não

Se sim, explique: \_\_\_\_\_

---

---

---