

O MANEJO MEDICAMENTOSO E NUTRICIONAL DA OBESIDADE: UMA ANÁLISE COMPARATIVAAuxiliadora de Fatima Coelho Fonseca¹, Thalia Carlos de Almeida Miranda¹, Eduardo Ferreira Silva¹**RESUMO**

Introdução: O manejo da obesidade deve ser conduzido prioritariamente pela modificação do estilo de vida (dieta e atividade física), entretanto se ocorrerem sucessivas falhas nessa primeira opção, pode-se partir para o uso de fármacos emagrecedores como terapia complementar a anterior. O objetivo deste estudo é comparar o tratamento nutricional e medicamentoso entre pacientes obesos em uso ou não de fármacos antiobesidade. Materiais e métodos: Trata-se de uma pesquisa de campo quantitativa, exploratória e descritiva realizada no período de abril a maio de 2023. Foram avaliados pacientes obesos divididos em dois grupos, denominados: Grupo A: Intervenção dietética e Grupo B: uso de medicamentos antiobesidade quanto a variáveis antropométricas e qualitativas. Foram aplicados testes estatístico t pareado e estatística descritiva com significância de $p < 0,05$. Resultados e discussão: Ao comparar os resultados antropométricos entre os grupos foi visto que B teve resultados mais expressivos em todos os parâmetros, entretanto alguns fatores interferiram na precisão desse resultado, entres eles o período de coleta de dados e a divergência no intervalo de tempo das consultas entre os grupos. Conclusão: Portanto, a eficácia dos medicamentos e da dieta foi constatada, visto que ambos os grupos perderam peso, contudo são necessários ensaios maiores e mais longos para que se tenha uma representatividade mais abrangente dos resultados encontrados. Além disso, pesquisas mais robustas, em amostra e espaço de tempo, podem averiguar com mais precisão se os benefícios compensam os riscos a longo prazo e se há ganho de peso no desmame das medicações.

Palavras-chave: Fármaco antiobesidade. Manejo da obesidade. Obesidade. Dieta hipocalórica.

Autor para correspondência:
Auxiliadora de Fatima Coelho Fonseca.
Centro Universitário UNIFTC.
Rua Tito Nunes de Souza, 215.
Jardim Flórida, Juazeiro-BA, Brasil.
CEP: 48900-600.

ABSTRACT

Medicational and nutritional management of obesity: a comparative analysis

Introduction: The management of obesity should be conducted primarily by modifying the lifestyle (diet and physical activity), however if successive failures occur in this first option, one can use slimming drugs as a complementary therapy to the previous one. of this study is to compare nutritional and drug treatment between obese patients using or not using anti-obesity drugs. Materials and methods: This is a quantitative, exploratory, and descriptive field research carried out from April to May 2023. Obese patients were divided into two groups, namely: Group A: Dietary intervention and Group B: use of medication anti-obesity in terms of anthropometric and qualitative variables. Paired t tests and descriptive statistics were applied with a significance of $p < 0.05$. Results and discussion: When comparing the anthropometric results between the groups, it was seen that B had more expressive results in all parameters, however some factors interfered in the accuracy of this result, including the period of data collection and the divergence in the time interval of the consultations between groups. Conclusion: Therefore, the effectiveness of the drugs and the diet was verified, since both groups lost weight, however, larger and longer trials are needed in order to have a more comprehensive representation of the results found. In addition, more robust research, in sample and time, can more accurately determine whether the benefits outweigh the risks in the long term and whether there is weight regain after weaning from medications.

Key words: Antiobesity drug. Obesity management. Obesity. Hypocaloric diet

1 - Centro Universitário UNIFTC, Juazeiro-BA, Brasil.

E-mail dos autores:
auxiliadora.fonseca@ftc.edu.br
thaliamirandaalmeida@gmail.com
eduardo.silva9@ftc.edu.br

INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença crônica complexa, progressiva e recidivante definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma epidemia global caracterizada pelo acúmulo excessivo e anormal de gordura corporal (adiposidade) em proporções que prejudicam a saúde do indivíduo, podendo ocasionar complicações a curto, médio e longo prazo, como diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial sistêmica, dislipidemias, doenças coronarianas, esteatose hepática não alcoólica, doenças cardiovasculares, apneia obstrutiva do sono ou vários tipos de câncer diminuindo a expectativa de vida (Brasil, 2017; Wharton e colaboradores, 2020).

O parâmetro para diagnóstico da obesidade mais usado é quando seu Índice de Massa Corporal (IMC) é maior ou igual a 30 kg/m².

Além disso, a obesidade é uma doença crônica de alta complexidade, pois envolve uma etiologia ampla e multifatorial que engloba interações genéticas, ambientais, estilo de vida e fatores comportamentais (WHO, 2000; Brasil, 2016).

O avanço dessa condição tem se dado de forma acelerada em todo o mundo nos últimos anos, incluindo o Brasil.

De acordo com os dados da pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) publicada em 2021, estima-se que 57,25% da população brasileira esteja com excesso de peso ou obesidade, destes a frequência de adultos obesos foi de 22,4%, com percentuais semelhantes entre as mulheres (22,6%) e os homens (22,0%). A presença de obesidade aumentou com a idade até os 64 anos para mulheres (Brasil, 2021).

Já segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada pelo IBGE em 2019, foi observado uma prevalência de adultos (≥ 18 anos) com excesso de peso de 60,3%, sendo 25,9% referente à obesidade, no qual 21,8% são homens e 29,5% são mulheres, representando o equivalente a 41.230 milhões de pessoas obesas (Brasil, 2019).

O manejo da obesidade deve ser conduzido prioritariamente pela modificação do estilo de vida (dieta, atividade física e terapias comportamentais), entretanto se ocorrerem sucessivas falhas nessa primeira opção, pode-se partir para alternativas complementares:

fármacos emagrecedores e cirurgias bariátricas, em último caso (Brasil, 2016).

Baseados nessa mesma concepção, Moreira e colaboradores (2021) concluíram que os medicamentos emagrecedores só devem ser usados quando os métodos convencionais falharem, salvo exceções especiais a critério médico, pois estes tipos de fármacos possuem várias contraindicações e efeitos colaterais, podendo causar dependência.

Em oposição, Utta e Pessoa (2021), acreditam que a maioria dos indivíduos não conseguem uma perda de peso satisfatória somente com modificações do estilo de vida.

Assim, o tratamento medicamentoso antiobesidade é recomendado de forma complementar às intervenções no estilo de vida em pacientes com IMC ≥ 30 Kg/m² ou pacientes com IMC ≥ 27 kg /m² com comorbidades associadas.

Mesmo existindo medicamentos próprios para o emagrecimento, na grande maioria das vezes, esse tratamento se faz pelo uso off-label, a utilização de medicamentos que foram criados para o tratamento de outras patologias, mas que indiretamente trouxeram resultados na perda de peso. Benéfico apenas ao paciente obeso com patologia em que o uso desse medicamento seja indicado.

Por outro lado, não impede os eventos adversos ou riscos, já que não foram criados para a finalidade de emagrecimento. Portanto, a indicação e orientação de uso deve sempre partir de um profissional especializado (Silva e Cantisani, 2018; Paim e Kovaleski, 2020).

Os médicos que prescrevem esse tratamento devem tomar decisões de forma individualizada analisando fatores que podem interferir ou interagir com o medicamento a ser prescrito, como medicamentos de uso contínuo, comorbidades associadas, nível de perda de peso almejada, assim como a tolerância aos efeitos adversos (Utta e Pessoa, 2021).

Porto e colaboradores (2021) concluíram na sua revisão sistemática que alguns casos são preciso inserir a terapia medicamentosa, porém muitas das vezes o paciente vislumbra um tratamento simples e apenas benéfico, mas na verdade, pode ocorrer das reações adversas ganharem mais espaço que os benefícios.

Para Tchang e colaboradores (2021), a farmacoterapia é um tratamento prescrito para longo prazo e até mesmo de forma permanente, sendo necessária a associação da

modificação no estilo de vida. Este inclui nutrição, atividade física e aconselhamento comportamental.

Porém, a descontinuação de uma OMA (Medicamentos Anti Obesidade) geralmente leva à recuperação do peso. Além disso, nem sempre o profissional prescritor informa aos pacientes os riscos e efeitos adversos causados pelo uso desses medicamentos, o que impulsiona a acreditar na “fórmula mágica do emagrecimento” de forma rápida como a melhor solução (Porto e colaboradores, 2021).

Mas, é sabido que a principal recomendação para a perda de peso é o balanço energético negativo: reduzir o consumo de calorias na alimentação e praticar atividade física para aumentar o gasto calórico trabalhando o fator (Brasil, 2016).

A obesidade é considerada um ônus para a saúde pública, pois ela está relacionada às estatísticas elevadas de morbidade e mortalidade (Singh, 2019).

Além disso, essa condição pode levar a um declínio na qualidade de vida e contribuir para uma redução da expectativa de vida.

Dessa forma, o crescente uso de fármacos antiobesidade como auxiliares no processo de emagrecimento evidencia a necessidade de que cada vez mais sejam realizadas investigações científicas a respeito da eficácia e segurança do uso de medicamentos antiobesidade para a população. Além disso, através deste estudo pode-se, mais uma vez, validar a efetividade das intervenções dietéticas hipocalóricas para a perda de peso em obesos e permitiu comparar dois métodos validados para o tratamento da obesidade.

Assim, construiremos ciência e contribuindo com a saúde a qualidade de vida destas pessoas.

Assim, o objetivo deste estudo foi comparar o tratamento nutricional e medicamentoso entre pacientes obesos em uso ou não de fármacos antiobesidade.

MATERIAIS E MÉTODOS

Tipo e duração do estudo

Trata-se de uma pesquisa de campo quantitativa, exploratória e descritiva sobre o tratamento nutricional e medicamentoso na obesidade.

Foram avaliados 18 pacientes obesos divididos em dois grupos, denominados: Grupo A: 10 pacientes atendidos em um consultório particular de nutrição clínica de forma gratuita em Juazeiro-BA e Grupo B: 8 indivíduos em uso de medicamentos emagrecedores atendidos em uma clínica de nutrologia com foco no emagrecimento localizada em Petrolina-PE.

O presente estudo foi realizado entre os meses de março a abril de 2023 e teve duração de 45 dias.

Amostra

A amostragem geral foi do tipo estratificada, dividida em dois grupos populacionais: indivíduos em uso de medicamentos emagrecedores (Grupo B ou grupo medicamento) e indivíduos apenas em acompanhamento e intervenção nutricional (Grupo A ou grupo dieta).

De forma mais específica, a amostra do grupo A foi composta por auto seleção (participantes solicitaram participação na pesquisa), o qual as vagas foram preenchidas por ordem de inscrição e o grupo B foi do tipo aleatória simples, pois do total da população que se adequou aos critérios de inclusão, foram sorteados os indivíduos para compor a amostra.

A amostra do grupo A foi formada por 10 indivíduos que passaram por intervenção dietética e orientação para prática de atividade física. Já a amostra do grupo B foi composta por 8 indivíduos, sendo estes selecionados a partir de um sorteio do total de pacientes atendidos pela primeira vez em clínica médica de emagrecimento no período de junho a agosto de 2022. A população entre os grupos foi homogênea, considerando as variáveis de sexo, idade, peso e IMC.

Critérios de inclusão e exclusão

A amostra estudada constituiu-se de 18 pessoas de ambos os sexos, com idades entre 18 e 59 anos com ou sem comorbidades associadas e peso corporal de até 150 kg.

Além disso, foram selecionados apenas indivíduos residentes nas cidades de Juazeiro- BA e Petrolina-PE que soubessem preencher formulários de inscrição online.

Não participaram dessa pesquisa pessoas deficiência física ou mental, doenças neurológicas, câncer, Síndrome do Intestino

Irritável (SII) e Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV).

Os indivíduos do Grupo A, foram recrutados através de divulgação nas redes sociais (instagram, facebook e whatsapp) dos autores, os quais os interessados elegíveis ao estudo eram direcionados a responderem um formulário eletrônico de pré-consulta (google forms) para seleção e conhecimento do perfil desses indivíduos. Já a seleção do Grupo B foi feita pelo banco de dados de prontuários de pacientes obesos que estavam em uso de medicamentos antiobesidade com a finalidade de perda de peso prescritos pela médica colaboradora desta pesquisa.

Vale salientar que não realizamos entrevista ou qualquer tipo de intervenção nos indivíduos do grupo B, apenas coletamos os dados necessários disponibilizados nos prontuários médicos da clínica colaboradora.

Coleta de dados

A coleta de dados do grupo B foi realizada em uma clínica médica especializada em emagrecimento através dos prontuários dos pacientes que compuseram a amostra, sendo avaliados durante as duas primeiras consultas a fim verificar a evolução desses indivíduos referente a parâmetros antropométricos, efeitos adversos e alterações no estilo de vida.

O protocolo de atendimento da clínica de nutrologia consiste na primeira consulta, depois, um segundo atendimento entre 30 e 60 dias.

Os prontuários médicos do grupo B continham informações sobre dados pessoais e socioeconômicos, antecedentes médicos, exame físico, sinais e sintomas, hábitos e estilo de vida, história da doença, história familiar, tentativas de emagrecimento anteriores, dados antropométricos e prescrições médicas farmacológica bvs. Após a seleção dos participantes, foi feito contato para solicitar autorização do uso de seus dados para esta pesquisa, como também para assinar virtualmente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta de dados do grupo A ocorreu no consultório de nutrição via aplicação e análise dos dados gerados no acompanhamento nutricional. Os pacientes do Grupo A selecionados para esse estudo foram atendidos pelos autores desta pesquisa, juntamente e fiscalizados pela nutricionista parceira deste estudo. Este acompanhamento

foi composto de 02 consultas nutricionais, incluindo retorno.

As consultas foram realizadas num período entre 22 e 26 dias. A primeira consulta com nutricionista foi composta por aplicação de formulário pré-consulta, anamnese, exame físico, inquérito alimentar, avaliação antropométrica, solicitação e avaliação de exames bioquímicos e prescrição de suplementos, nutracêuticos e fitoterápicos, quando necessário. Para aplicação de anamnese, cálculo e prescrição dietética foi utilizado o software Dietbox.

A anamnese contém os dados do indivíduo, queixa principal, história da doença atual (HDA) e pregressa (HDP), interrogatório sintomatológico (IS), antecedentes (pessoais e familiares), hábitos de vida e história psicossocial (condições socioeconômicas e culturais). O inquérito alimentar contemplou o recordatório 24 horas e habitual.

Foram avaliadas também algumas variáveis qualitativas através da anamnese. Os itens verificados foram a caracterização dos grupos em sexo, idade, classificação do IMC, questão socioeconômico, prática e frequência de atividade física, tentativas anteriores de emagrecimento, adesão a dieta e à prescrição medicamentosa, se houve acompanhamento com a nutricionista por parte do grupo B e os eventos adversos relatados.

No segundo atendimento nutricional, foi verificada a evolução dos pacientes através da reavaliação antropométrica, recordatório alimentar e queixas. A partir desses resultados, a dieta foi ajustada, as orientações nutricionais foram reforçadas e as dúvidas esclarecidas.

Além disso, foi avaliada a inclusão e a frequência de algum exercício físico e o seguimento da dieta prescrita, durante o período de intervenção. A análise da adesão a atividade física foi feita através da mensuração dos pacientes.

Variáveis antropométricas

A avaliação antropométrica foi composta da aferição das seguintes medidas: peso, altura, circunferência da cintura (CC) e cálculo de IMC. Estes parâmetros foram realizados na primeira e segunda consulta para acompanhamento dos avanços do paciente.

Os indivíduos obesos foram pesados com roupas leves e descalços, com os pés juntos e braços estendidos ao longo do corpo em balança digital portátil com capacidade de

até 180 kg (Mizza Home). A leitura foi feita após o valor de o peso estar fixado no visor. A estatura foi medida com um estadiômetro digital portátil ultrassônico (BIC) com o indivíduo de pé, descalço e com a cabeça livre de adereços, com os braços estendidos ao longo do corpo, com a cabeça erguida, olhando para um ponto fixo na altura dos olhos e posicionados no centro do equipamento (Brasil, 2011).

A circunferência da cintura (CC) foi aferida com uma fita métrica da marca Sanny no ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca, (Brasil, 2011; WHO, 1995). O cálculo de IMC é realizado através da divisão do peso pela altura x altura (altura²).

A classificação quanto ao grau de obesidade foi considerada de acordo com os pontos de corte da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) que categoriza o indivíduo em três níveis de obesidade conforme o resultado do IMC: Obesidade grau I ($\geq 30,0$ a $34,99 \text{ kg/m}^2$; obesidade grau II ($\geq 35,0$ a $39,99 \text{ kg/m}^2$) e Obesidade grau III ou mórbida ($\geq 40,0 \text{ kg/m}^2$) (WHO, 1995).

Prescrição e adesão dietética

O plano alimentar dos pacientes foi elaborado utilizando as recomendações de macronutrientes do Guia Americano de Obesidade de Jensen e colaboradores, (2014) que sugere a distribuição dos macronutrientes entre 35% e 65% do valor energético total (VET) para carboidratos, de 15 a 25% do VET para proteínas e de 20 a 40% do VET para lipídios.

A estimativa de necessidade energética foi realizada pela equação de Mifflin-St Jeor correlacionando com o consumo alimentar de 24 horas para definição do déficit calórico para emagrecimento.

Depois disso, o déficit calórico implantado para o cálculo dietético ficou entre 500 kcal/dia a 1.000 kcal/dia, segundo recomendações da ABESO (2016).

Para a análise da adesão à dieta do grupo A foram utilizados os inquéritos alimentares através do recordatório habitual e recordatório de 24 horas.

Dessa forma, foi analisado o percentual de adesão, classificando-os como: seguiu a dieta o paciente que aderiu a 80 % ou mais da prescrição dietética; seguiu parcialmente a prescrição dietética o indivíduo que atingiu entre 50 e 79,9% e não seguiu a dieta os

indivíduos que não completaram 50 % das orientações do plano alimentar.

Tratamento estatístico

Os dados coletados foram tabulados em Microsoft Excel e submetidos à análise estatística pelo Programa BioEstat 5.0, através dos testes de estatística descritiva e Teste t pareado, considerando o nível de significância de 5% ($p < 0,05$), o desvio padrão inicial e final dos dois períodos de cada variável, e IC (95%).

Aspectos éticos e legais

Esse estudo foi conduzido conforme normas das Resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde para estudos envolvendo seres humanos, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UniFTC Salvador-BA, sob parecer de nº 5.973.411

RESULTADOS

A amostra final do estudo foi composta por 18 indivíduos, sendo subdivididos em 10 integrantes para o grupo A e 8 para o grupo B. Grupo A, indivíduos que passaram por intervenção dietética e Grupo B, pacientes que utilizaram medicamentos para emagrecer, associados ou não a acompanhamento nutricional.

Para o grupo B foram selecionados 15 pacientes no período determinado, destes foram sorteados 10 participantes para compor a amostra final da pesquisa. Contudo, dos 10 sorteados e das outras 5 possibilidades, conseguimos contactar e autorizar apenas 8 pessoas para o estudo.

Os participantes do grupo A tinham idade mínima de 21 anos, máximo de 52 anos, e média de 37,6 anos de ambos os sexos, sendo na maioria mulheres, 70% ($n=7$) e 30 % ($n=3$) homens.

O grupo B também era composto majoritariamente por mulheres, 62,5 % ($n=5$) e homens 37,5 % ($n=3$) com idade mínima de 28 anos, máxima de 58 e média de 40 anos. Dessa forma, foi respeitado o processo de homogeneidade entre os grupos.

A Avaliação das medidas antropométricas do grupo A revelou que o peso inicial mínimo foi de 79,8 kg e máximo de 139 kg com média de inicial 99,6 kg e final de 97,9 kg mostrando uma redução de em média 1,7 kg no

grupo ($p=0.0190$). Apresentam IMC inicial de 30,03 kg/m² à 50,44 kg/m² com média inicial de 35,5 kg/m² e no segundo momento a média foi de 35,2 kg/m². Ao executar a diferença média de IMC entre os dois períodos na amostra A, foi constatado uma redução média de 0,5 kg/m² (1,4 %) ($p=0.0478$).

Já o grupo B apresentou peso inicial mínimo 78,6 kg e máximo 139,4 kg com média de peso inicial de 98.9 kg e média de peso final

de 93.6 kg indicando uma redução de 5.25 kg no grupo ($p<0.0001$).

Adicionalmente, o IMC inicial ficou entre 32,6 kg/m² e 46 kg/m² e média de 35,5 kg/m² e no segundo momento a média foi 33,6 kg/m². Apurando a diferença entre as médias do IMC nos dois períodos calculados foi constatado uma redução de em média 1,9 kg/m² (5,35 %) ($p<0.0001$).

Tabela 1 - Variáveis (sexo, idade, peso, IMC e CC) e resultado das análises estatísticas realizadas através do teste t pareado para duas amostras relacionadas e estatística descritiva para dados amostrais quantitativos (n=18).

Variável	n	%	Média (I/F)	Média das diferenças	DP(I/F)	Valor de p	IC(95%)
GRUPO A							
Sexo **							
Masculino	3	30 %	**	**	**	**	**
Feminino	7	70 %	**	**	**	**	**
Faixa etária*			37.60		10.80	**	**
21-25	2	20 %	**	**	**	**	**
26-30	1	10 %	**	**	**	**	**
31-35	0		**	**	**	**	**
36-40	3	30%	**	**	**	**	**
41-45	1	10 %	**	**	**	**	**
46-50	2	20 %	**	**	**	**	**
51-55	1	10 %	**	**	**	**	**
Peso	**	**	99.60-97.90 kg	-1.70	18.9690-18.1319	p=0.0190	0.12 a 3.28
IMC	**	**	35.70-35.20 kg/m ²	-0.50	5.81-5.53	p=0.0478	-0.11 a 1.11
CC	**	**	103.60- 101 cm	-2.60	12.69	p=0.0112	0.46 a 4.74
Total amostra A	10						
GRUPO B							
Sexo							
Masculino	3	37,5 %		**	**	**	**
Feminino	5	62,5 %		**	**	**	**
Idade			40.00	**	**	**	**
28- 32	2	25 %		**	**	**	**
33-37	0			**	**	**	**
38-42	3	37,5 %		**	**	**	**
43-47	2	25 %		**	**	**	**
48-52	1	12,5 %		**	**	**	**
Peso	**	**	98.89-93.62 kg	-5.25	18.09-17.27	p<0.0001	3.4208 a 7.0792
IMC	**	**	35.50-33.62 kg/m ²	-1.87	4.44 -4.40	p<0.0001	1.1772 a 2.5728

CC	** **	103.75- 98.87 cm	-4.87	17.40- 18.00	p=0.0007	2.62 a 7.13
Total amostra B	8					

Legenda: DP(I/F): Desvio padrão inicial e final. I/F: inicial e final. * Realizado o teste descritivo quantitativo; ** Teste estatístico não realizado ou dados não avaliados no tipo de teste estatístico. Demais variáveis foram avaliadas pelo teste t pareado.

Todos os integrantes (100%) do grupo B perderam peso, diferentemente do grupo A, no qual 60% da população reduziu o peso entre 1,9 a 4,7 kg no final da coleta, sendo em média 3,16 kg perdidos, as médias de peso inicial e final foram respectivamente 102,16 kg e 99 kg ($p = 0.0016$).

Também houve a diminuição da circunferência da cintura no grupo A, com média de 2,6 cm (médias da 1^o e 2^a consultas 103,6 cm e 101 cm, respectivamente) ($p = 0.0112$). e no grupo B o corte foi em média de 4,9 cm (médias 1^o e 2^a consultas 103,7 cm e 98,9 cm, respectivamente) ($p=0.0007$).

Ainda, também foi verificado que os valores da CC de todos os integrantes do grupo A estavam com números maiores que os recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO), exibindo valores de CC > 88 cm para mulheres e CC >102 cm nos homens. Já no grupo B, apenas duas (2) mulheres apresentaram valores inferiores a 88 cm, diferentemente dos homens, que todos os três (3) ultrapassaram os 102 cm dessa circunferência (WHO, 2011).

Ademais, o intervalo entre as consultas do grupo A ocorreu entre 22 e 26 dias e do grupo B entre 33 e 60 dias. Todas as variáveis quantitativas avaliadas estão resumidas na Tabela 1 que detalha os resultados dos testes estatísticos aplicados.

A prática de atividade física foi evidente em 50 % (n=5) do grupo A, com uma frequência semanal de 2 a 5 dias, tendo uma duração média de 1 hora e sendo a modalidade escolhida por 60% (n=3) da população, a caminhada, seguida, no mesmo percentual, por musculação e futebol com 20% (n=2). Já no grupo B, 75% (n=6) dos participantes não praticavam nenhum exercício físico, enquanto 25 % (n= 2) aderiram à prática de 4 a 5 vezes por semana com permanência média de 1 hora.

Quanto à adesão à dieta analisada, apenas no grupo A, pode-se verificar o apurado no G Figura 1.

Em relação à aceitação ao uso dos remédios prescritos, 100 % (n=8) da amostra B aderiu ao uso das prescrições. Segundo relatos na anamnese do grupo de medicamentos, apenas 25 % (n=2) pacientes estavam em acompanhamento com um nutricionista.

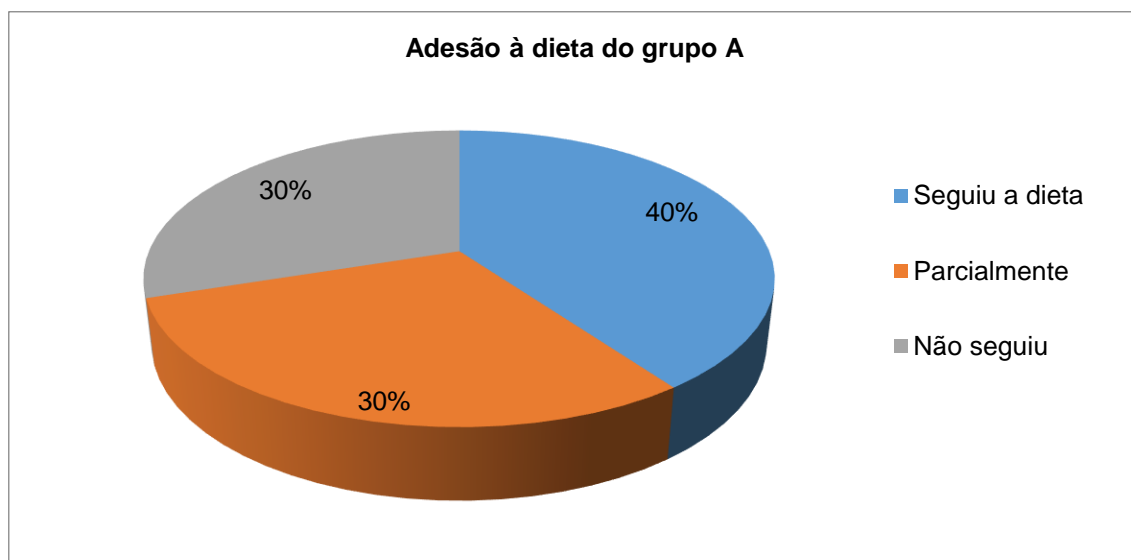


Figura 1 - Percentual de adesão à dieta nutricional.

Foi relatado outras tentativas de emagrecimento anterior, o qual 70 % (n=7) do grupo A já haviam tentado emagrecer de alguma forma em oposição a 30 % (n=3) que não tinham feito nada anteriormente para perder peso. Enquanto no grupo B, 87,5 %

(n=7) dos integrantes tinham se esforçado para perder peso e apenas 12,5 % (n=1) nunca se empenharam para emagrecer. Os participantes também foram classificados quanto ao grau de obesidade presente na amostra (Figura 2).

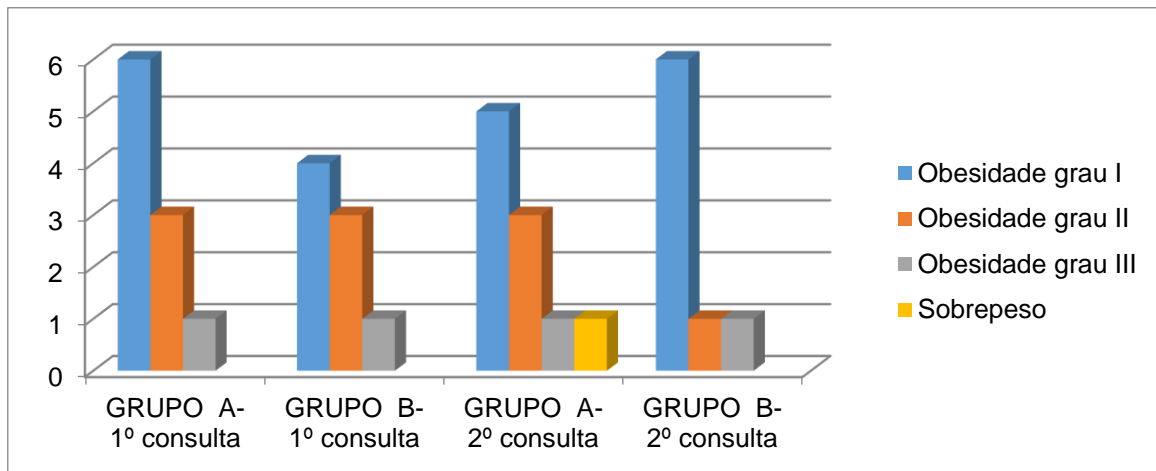


Figura 2 - Classificação da obesidade presente por grupo.

Quadro 1 - Medicamentos usados pelo grupo B para perda de peso.

Nome Comercial e princípio ativo	Classe	Mecanismos de ação e indicação da bula
Ozempic (Semaglutida)	Antidiabéticos Agonistas de GLP-1	Agonista da incretina GLP-1 atua aumentando a produção de insulina e redução do glucagon, reduzindo a glicose. Promove um atraso no esvaziamento gástrico promovendo a saciedade. Indicado para tratamento de Diabetes tipo 2.
Orlistate (Xenical)	Anorexígeno	Inibidor das lipases pancreáticas bloqueia cerca de 30% a absorção de gordura da alimentação no intestino. Indicado para tratamento da obesidade.
Venvanse (Dimesilato de lisdexanfetamina)	Psicoestimulantes	É um estimulante do SNC, bloqueando a recaptção de norepinefrina e dopamina, auxiliando no aumento da atenção e redução da impulsividade. Indicado para tratamento de TDAH/ Hiperatividade e Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) moderada ou grave.
Jardiance (Empagliflozina)	Antidiabético	Reduz o excesso de glicose no sangue através da inibição do SGLT2. Indicado para portadores de Diabetes mellitus tipo 2.
Fluoxetina (cloridrato fluoxetina)	Antidepressivo	Inibidor seletivo da recaptção da serotonina, aumentando seus níveis e indiretamente reduz a fome e ingestão alimentar. Indicado para o tratamento de depressão.
Bupropiona + Naltrexona (Cloridrato de Bupropiona +	Bupropiona (Antidepressivo) e Naltrexona *	A bupropiona é um inibidor da recaptção de dopamina e norepinefrina e ativa o POMC induzindo os efeitos supressores do apetite. A naltrexona é um antagonista dos receptores opióides e em associação aumenta o

Cloridrato de Naltrexona)		efeito estimulatório da bupropiona e modula a palatabilidade subjetiva por alimentos. Bupropiona é indicada para depressão e naltrexona para tratar dependência aos opiáceos e ao álcool.
---------------------------	--	---

Legenda: SNC: Sistema Nervoso Central. POMC- Pró-opiomelanocortina. * A classe da naltrexona consta como analgésico ou produtos usados em dependência alcoólica, Fonte: Tchang, Saunders e Igel (2021); Silva e Junior (2022); Sabbá e colaboradores (2022); Santos e Peixoto (2021).

É notório a prevalência da população com obesidade grau 1 nos dois grupos e períodos. No grupo A apenas 1 indivíduo pulou da obesidade grau I para o sobrepeso, os demais, inclusive os que perderam peso ainda permaneceram na mesma classificação. Entretanto, no grupo B houve a migração de 2 pessoas da obesidade grau 2 para o nível 1.

A avaliação do perfil socioeconômico da população estudada, evidenciou que o grupo A apresentava renda entre 1 e 4 salários-mínimos, sendo a média de 1 salário-mínimo a renda de 80 % (n=8) da amostra. O grupo B possuía uma renda mais elevada entre 3 e 10 salários-mínimos, com média de 4 salários-mínimos de a renda de 50% (n= 5) do grupo. Vale ressaltar que o levantamento dessas informações ocorreu

conforme classificação anteriormente mencionada, não sendo detalhado pelos indivíduos o salário em valor bruto, somente foi referido a faixa de ganhos em salários-mínimos.

Análise farmacológica do grupo B

Os medicamentos prescritos ao grupo B, com o objetivo de auxiliar na perda de peso, tanto de forma regulamentada (on-label) ou em uso off-label (usados para outra patologia diferente da estudada e indicada na bula) estão descritos abaixo (Quadro 1).

As doses, posologia e apresentação dos fármacos prescritos podem ser observadas no Quadro 2.

Quadro 2 - Medicamentos prescritos para tratamento da obesidade nos pacientes do grupo B, apresentação, dose e posologia.

Fármaco	Apresentação	Dose prescrita e posologia
Ozempic	Solução injetável	Na 1ª semana 2 cliques, evoluindo mais 2 cliques por semana (Uso diário)
Orlistat	Cápsula	120 mg 1 cápsula antes do almoço e jantar
Venvanse	Cápsula	10 a 30 mg 1 cápsula pela manhã
Jardiance	Comprimido	25 mg 1 comprimido em jejum
Fluoxetina	Cápsula	20 a 80 mg 1 cápsula pela manhã
Bupropiona*	Comprimido	150 ou 160 mg 1 cápsula pela manhã
Naltrexona*	Comprimido	15 ou 16 mg 1 cápsula pela manhã

Legenda: * Os medicamentos estão apresentados de forma separada visto que não possuímos no Brasil a combinação de ambos em um só fármaco. Contudo o prescritor do grupo B, solicita manipulação para uso dos seus pacientes.

A posologia do ozempic é diferente dos medicamentos convencionais e por isso requer mais atenção na utilização. Inicialmente a indicação é começar com dois (2) cliques diários (um (1) clique possui 0,013 mg de semaglutida) na primeira semana e vai aumentando dois cliques por semana. Vale ressaltar que as doses também variam entre os

indivíduos, mas geralmente o esquema de evolução ocorre como citado.

A prevalência de uso de cada fármaco na amostra está descrita no Figura 3, sendo unanimidade na prescrição médica a semaglutida (Ozempic) para todos os pacientes.

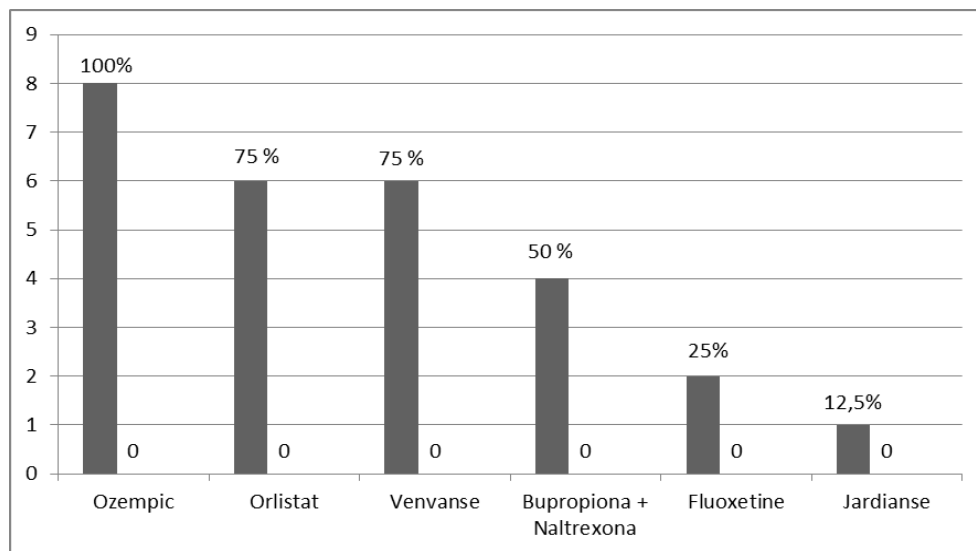


Figura 3 - Medicamentos prescritos para perda de peso nos pacientes atendidos em uma clínica de emagrecimento (n=8).

Os fármacos ozempic, venvanse, bupropiona + naltrexona, fluoxetine, jardiance foram utilizados de forma off-label, enquanto somente o orlistat é regulamentado no Brasil para tratamento da obesidade. Em relação aos eventos colaterais relatados, conforme descrição nos prontuários, a ocorrência e o tipo

de reação foram variados, sendo mais presentes as náuseas, obstipação, insônia e flatulências (Tabela 1).

A prevalência de uso destes remédios explicita o domínio do ozempic como fármaco de primeira escolha no grupo B.

Tabela 2 - Efeitos colaterais ocorridos no grupo B.

Efeitos Adversos	Número	Percentual (%)
Naúseas	4	50 %
Obstipação	4	50 %
Insônia	2	25%
Flatulências	2	25%
Amargor na boca	1	12,5 %
Diarréia	1	12,5 %
Eruções	1	12,5 %
Estufamento	1	12,5 %
Desconforto abdominal	1	12,5 %
Alteração no paladar	1	12,5 %

Obs: Não constava nos prontuários o grau de intensidade e a frequência de ocorrência destes eventos.

DISCUSSÃO

Na avaliação do sexo de forma geral ou por grupo, a soberania feminina ficou clara, o que demonstra que as mulheres se preocupam mais em cuidar da saúde ou com aspectos físicos relacionados a padrões sociais do que os homens.

Semelhante, Santos e Peixoto (2021) também encontraram resultados parecidos. Na sua pesquisa realizada com 110 pessoas, 79% dos sujeitos foram do sexo feminino e 21% do sexo masculino. Quanto a idade, neste presente estudo a média entre os grupos foram bastante similares.

A análise das variáveis quantitativas antropométricas e de sexo e idade foram validadas por testes estatísticos conforme a Tabela 1.

Em todos os parâmetros o grupo B foi absoluto. No peso, ele obteve uma redução significativa de 5,25 kg enquanto A foi de 1,7 kg, porém toda população de B perdeu peso, o que em A ocorreu em apenas 60% do grupo.

Dessa forma, comparando somente os indivíduos que reduziram o peso na amostra total a diferença foi menos expressiva.

Nessa perspectiva, foi encontrado um estudo com alta evidência científica de método semelhante este, no qual objetivava comparar dois grupos de pacientes obesos mórbidos ($IMC \geq 40$) em tratamento com terapia nutricional (TN) e em terapia farmacológica e nutricional (MN) ao mesmo tempo.

Ao final do estudo, eles concluíram que ambos os grupos tiveram redução de IMC maior que 3 kg/m² e percentual de perda de peso maior que 5%, sem diferença entre eles.

Entretanto, o grupo que incluía apenas intervenção dietética (TN) apresentou a média de peso inferior em relação ao MN a partir do sétimo atendimento. O principal diferencial entre esse estudo e o nosso foi o tempo de duração bem maior, de 7 meses versus está presente pesquisa com apenas 45 dias (Rodrigues e Silveira, 2018).

A redução do IMC também foi mais relevante em B, visto que houve uma redução de peso entre os atendimentos em todos do grupo.

Nesse contexto, na revisão sistemática de Serralde-Zuñiga e colaboradores (2022), verificou-se que em três estudos sobre o uso de fluoxetina em equiparação com o placebo houve redução do IMC em todas as evidências, mas os sujeitos que receberam fluoxetina de 60

mg/dia, obtiveram uma diminuição de IMC ainda maior de -3,3 kg/m².

Entretanto, também foi detectado um aumento do IMC nos integrantes que receberam fluoxetina 20 mg/dia de 2 kg/m².

Valores de circunferência da cintura (CC) acima das referências da OMS, reveladas neste estudo alertam para o risco de doenças cardiometabólicas, no qual já é comprovado por várias evidências científicas.

Em consonância, o estudo de Bim e colaboradores (2022), concluíram que a obesidade abdominal está associada a alterações negativas na glicemia, triglicerídeos e colesterol HDL.

Nesse mesmo estudo, divergindo dessa pesquisa, 100% da amostra constatou a medida de circunferência da cintura acima dos pontos de corte da OMS, confirmando o risco elevado de complicações metabólicas.

Referente a classificação de obesidade encontrada, no qual a maioria categoria é do tipo grau 1, o qual o predomínio foi de indivíduos com obesidade grau III ou mórbida, seguidos pela obesidade grau II e nenhum participante possuía essa condição nível 1.

A atividade física é uma das práticas fundamentais para auxiliar na perda de peso e em associação com a dieta produz resultados ainda melhores. No presente estudo, o grupo dieta teve uma aceitação maior à prática que o grupo medicamento, haja vista que foi bastante enfatizado durante os atendimentos com a nutricionista a importância de associar a prática a dieta para atingirem melhores resultados.

Em contrapartida, na pesquisa de Rodrigues e Silveira (2018) que equiparou dois grupos (NT- terapia nutricional e MN - terapia medicamentosa e nutricional), constatou-se que a prática de atividade física aumentou em ambos os grupos. Os sujeitos saíram de 23,1% para 42,3% no NT, no tempo em que MN saiu de 22,2% para 66,7%, o que demonstra que MN teve uma adesão significativamente maior.

Em oposição, a clínica médica da qual coletamos os prontuários para amostra, não incentivava no primeiro momento a adesão a atividades físicas, pois conforme conduta médica, primeiramente, ela precisava observar os resultados da farmacoterapia isolada e para não ter interferência nos efeitos adversos que poderiam surgir. Esse método também se aplicou ao encaminhamento para a nutricionista que também só ocorreu após o retorno.

O papel da atividade física vai muito além do aumento do gasto calórico e da taxa

metabólica basal (TMB), ela vai evitar ou minimizar a perda de massa magra durante o processo de emagrecimento e contribuir para a saúde cardiovascular, melhora da glicemia, do perfil lipídico e hormonal, enfim a saúde como um todo é impactada positivamente pelo hábito de exercícios físicos.

Em consonância o American College of Sports Medicine (ACSM) (2011), recomenda para a perda de peso que a duração da atividade seja >150-420 min/semana e para manutenção dessa perda 200-300 min/semana (ABESO, 2016; Tchang, Saunders e Igel, 2021).

Comparando os resultados antropométricos entre os grupos é visto que o Grupo B teve resultados mais expressivos. É notório que a mudança de hábitos alimentares necessita da regulação intrínseca de diversos fatores comportamentais e emocionais que tornam o processo de modificações no estilo de vida mais complexo, sendo maior a dificuldade de adesão a uma dieta do que a utilização de medicamentos que já estão prontos para uso, sendo mais práticos e que não sofrem essas influências para aceitação. No estudo de Freitas (2020) ele concluiu que o estado emocional influi diretamente nas motivações para comer e nas escolhas alimentares, pois o alimento, muitas vezes é tido como um instrumento de prazer imediato para aliviar e compensar sentimentos negativos como a ansiedade, angústia e tristeza.

Outro fator importante que influi na adesão à dieta e aos medicamentos é a situação socioeconômica, que nesta pesquisa confirma uma distância significativa de renda entre A e B. O grupo medicamento possuía um poder aquisitivo maior possibilitando acesso a uma alimentação mais balanceada e um estilo de vida que proporcione um resultado mais favorável ao emagrecimento, enquanto analisando a situação financeira do grupo dieta fica evidente que as menores condições de renda influem diretamente nas escolhas alimentares e no modo de vida impactando na perda peso.

Em um estudo de Moreira e colaboradores (2021) foi feita uma comparação da adesão à dieta recomendada pelo nutricionista com a renda per capita e foi constatado que na faixa de até um salário-mínimo, foi evidenciado uma menor adesão à dieta em comparação com os que tinham uma renda de um a três salários-mínimos, o qual o seguimento a dieta foi bem maior. Também foi

questionado sobre os fatores que podem influenciar na adesão à dieta e a maioria alegaram o aspecto financeiro.

Adicionalmente, à adesão ao uso das medicações prescritas foi concordante para todos os participantes, sendo possível associar esse resultado também ao perfil socioeconômico mais elevado do grupo.

Moreira e colaboradores (2021) também avaliou os efeitos das condições socioeconômicas per capita na terapia farmacológica, verificando que quanto maior a renda, maior a adesão.

Além disso, foi demonstrado que a adesão à dieta no grupo A foi heterogênea, mas mesmo os indivíduos que foram classificados como “não seguiram a prescrição dietética” apresentaram alguma modificação e melhoria na educação alimentar, o que possibilita a evolução para a construção de novos hábitos, haja vista que no segundo momento foi verificado o avanço e dificuldades enfrentadas para aderirem a reeducação alimentar proposta reforçando os objetivos deles.

Neste contexto, Rodrigues e Silveira (2018), confirmaram os avanços da sua amostra através da melhora no padrão alimentar e do aumento de exercícios físicos.

A partir daí, o plano alimentar foi adaptado mais uma vez à individualidade de cada paciente.

Entretanto, a coleta de dados desta pesquisa se refere apenas ao curto período entre as duas consultas, o que foi uma questão limitante deste estudo, pois conforme indica a ABESO (2016) e a Diretriz Americana de Obesidade em Adultos o tratamento da obesidade é uma terapia que requer acompanhamento contínuo e a longo prazo.

Em congruência, Zaros (2018) afirma que a obesidade é uma doença crônica que não tem cura. O seu manejo, independente do plano de tratamento escolhido, é um processo vitalício que requer um cuidado e monitoramento cauteloso ao paciente para segurança e eficácia do tratamento.

No que se refere à busca deste tipo de fármaco para emagrecer, geralmente está atrelada a várias tentativas de emagrecimento malsucedidas conforme apontam os relatos nos prontuários dos participantes. Nesse sentido, diversos estudos, sugere que a busca pelos fármacos emagrecedores seja realizada só após várias tentativas de emagrecimento que não deram certo, visto que o padrão de primeira linha para este objetivo sempre vai ser,

prioritariamente, as modificações no estilo, através de reeducação alimentar e atividade física. Em suma, quando a abordagem comportamental falha, a farmacoterapia é recomendada.

Quando for necessário o uso de fármacos, estes devem ser associados a reeducação alimentar (padrão ouro) e exercícios físicos, que são considerados a terapia de primeira linha para o tratamento da obesidade e para que a perda de peso seja sustentada a médio e longo prazo (Brasil, 2016; Tchang, Saunders e Igel, 2020; Marques e Quintilio, 2021).

Complementando, Santos e Peixoto (2021) confirmam o potencial das drogas antiobesidade para perda de peso, mas destaca que para um resultado ainda maior é necessário que ela esteja combinada com dieta e atividade física.

Pode ocorrer de somente às modificações do estilo de vida não serem suficientes para tratar a obesidade, necessitando da associação de terapias farmacológicas eficientes juntamente com o acompanhamento por uma equipe multiprofissional capacitada.

Ainda, no estudo de Kane e colaboradores (2021) foi observado que a

combinação de dieta, exercícios e o uso da semaglutida teve um excelente resultado na perda e manutenção do peso e na melhora de parâmetros cardiovasculares e redução da pressão arterial sistólica. Ademais, não houve eventos colaterais relevantes que comprometessem a segurança.

Vários estudos sobre os medicamentos utilizados neste trabalho revelaram resultados positivos quantitativos no emagrecimento, porém em todos ocorreram efeitos adversos (Uta e Pessoa, 2021; Khalil e colaboradores, 2021; Santos e Peixoto, 2021; Tan, Dampil e Marquez, 2022; Gorgojo-Martínez e colaboradores, 2022).

Na revisão sistemática e metanálise de Tan, Dampil e Marquez (2022) sobre uso de semaglutida para perda de peso em indivíduos não diabéticos, o risco de eventos adversos gastrointestinais, descontinuação do tratamento e eventos adversos graves foi maior no grupo semaglutida versus placebo.

No Quadro 3, abaixo, estão relacionados os principais efeitos adversos encontrados por outros autores referente a farmacoterapia utilizada nesta pesquisa, estando em consonância com os eventos ocorridos na amostra B.

Quadro 3 - Relação de efeitos adversos relatados em outros estudos.

Medicamentos	Efeitos adversos encontrados	Autores
Bupropiona + Naltrexona	Boca seca, dor cabeça, insônia e agitação.	Santos e Peixoto, 2021
Ozempic	Náusea, vômitos, diarreia e hipoglicemias caso sejam associadas com uma sulfonilureia ou insulinas.	Gomes e Trevisan, 2021
Fluoxetina	Tontura, sonolência, fadiga, insônia e náuseas.	Gorgojo-Martínez e colaboradores, 2022
Orlistat	Dor abdominal, urgência fecal, flatulência com descarga, fezes gordurosas, manchas oleosas, redução da absorção de vitaminas lipossolúveis (A, D, E, K).	Silva e Junior (2022) ABESO (2016)
Venvanse	Boca seca, irritabilidade, insônia, agitação, ansiedade, labilidade emocional, cefaleia, taquicardia.	Nigro e colaboradores, 2021
Jardiance	Hiperglicemia, hipertensão, infecção urinária, hipoglicemia.	Chirila e colaboradores, 2016

Fonte: Tabela construída pelo próprio autor considerando os autores dos artigos pesquisados, citados.

No que tange aos efeitos adversos relatados, não foi possível relacionar o efeito ao fármaco desencadeador devido às associações e uso simultâneos, assim como não se pode determinar a segurança dessas combinações devido a escassez na literatura de trabalhos que avaliaram a relação risco-benefício desse conjunto de drogas em usos concomitantes. Porém, segundo a bula do CONTRAVE® (MERK S/A), especificamente no tópico limitações de uso, não recomenda o uso associado a outros medicamentos com a mesma finalidade de emagrecimento, visto que não é possível aferir a segurança e eficácia. O CONTRAVE® é um fármaco composto pelas mesmas substâncias (bupropiona + naltrexona) prescritas nesta pesquisa, só que aqui foram orientadas de forma separadas.

Cabe ressaltar que a combinação prescrita neste estudo de bupropiona e naltrexona são manipuladas numa mesma cápsula ou separadas, segundo a avaliação da sensibilidade do paciente a náuseas, visto que esse efeito colateral é mais propício com o uso da naltrexona.

O Contrave (2021) possui as mesmas substâncias, só que em dosagens menores, geralmente 8/90 de naltrexona + bupropiona, respectivamente. Esta droga antiobesidade foi aprovada pela ANVISA em dezembro de 2021, entretanto ainda não está sendo comercializada no Brasil. Dessa forma, a solicitação de uso de forma manipulada neste trabalho.

Conforme relato do prescritor do grupo B, a prescrição absoluta do ozempic no grupo como primeira escolha para todos os pacientes se deu pelos melhores resultados do mesmo em comparação com os demais medicamentos solicitados, porém não encontramos evidências científicas comparando a semaglutida com os demais fármacos mencionados, o que implica na garantia de superioridade dele no emagrecimento.

Por outro lado, no estudo de Gomes e Trevisan (2021), confirmou-se que a semaglutida foi superior a outras terapias injetáveis da sua categoria.

No que se refere a posologia, conforme estudo recente, a prescrição do ozempic (semaglutida) de forma fracionada e diária como foi encontrada nesta pesquisa se mostra mais eficaz no manejo antiobesidade do que a dosagem semanal (Silva e Junior, 2022).

Outra questão relevante no estudo é a quantidade de medicamentos prescritos com o

objetivo coadjuvante na perda de peso. Como demonstrado, foi orientado o uso de fármacos associados, sendo a maioria de uso off-label, com o objetivo de potencializar o emagrecimento, visto que um medicamento sozinho já traz resultados no emagrecimento, a combinação de vários, conforme relato médico, acelera o processo.

No entanto, mais estudos são necessários para afirmar a segurança e os riscos das associações encontradas nesta pesquisa.

Dessa forma, não se pode avaliar se os benefícios superam os riscos nessas combinações.

Nesse contexto, afirma que órgãos médicos internacionais e a ABESO não indicam medicamentos de uso off-label que foram aprovados para outras patologias para o objetivo de perda de peso.

Porém, vale salientar que o uso off-label de medicamentos não é ilegal, desde que devidamente prescrito por médico qualificado (Souza e colaboradores, 2021).

A ABESO (2016) complementa que os medicamentos on-label sejam a escolha prioritária para tratamento da obesidade do que as drogas off-label.

O paciente também precisa ser informado e está ciente que tais remédios não foram aprovados pela ANVISA para esta finalidade e assim está de acordo com o uso.

As principais limitações encontradas nesse estudo foram, o tamanho da amostra, o curto prazo para coleta de dados, a indisponibilidade de exames laboratoriais para análise de retorno, intervalos de atendimento divergentes entre o grupo A e grupo B.

O tempo foi o principal limitante, sendo necessário um tempo maior para conseguir verificar outros resultados. Há risco de viés do discurso, pois não entrevistamos os pacientes do grupo B, apenas coletamos as informações contidas nos prontuários relatadas pelos pacientes a médica.

Há também uma necessidade de ampliar o cenário, visto que esta pesquisa retratou apenas dois espaços (clínicas), um para cada grupo, mostrando uma realidade que pode divergir de outros contextos, o que impede a generalização dos resultados.

CONCLUSÃO

Os resultados em número dos apurados antropométricos foram mais

favoráveis ao grupo B (medicamentos), mas também foi constatado que é possível perder peso somente com dieta.

Por outro lado, não foi possível concluir que os fármacos são mais eficazes para perda de peso devido os vários fatores relatados que podem influenciar nos dados encontrados, como a prática de atividade física, a adesão à dieta, a renda e o período de coleta de dados divergente entre os dois grupos.

Destaca-se que as intervenções dietéticas, como padrão ouro e em conjunto com as modificações no estilo de vida, principalmente no aumento da prática de atividade física, são e devem ser a primeira e vitalícia escolha para o tratamento da obesidade.

Porém, levando em conta toda a complexidade fisiológica e comportamental envolvida na obesidade, alguns indivíduos não conseguem perder e manter a perda de peso a longo prazo somente com as mudanças no estilo de vida, necessitando de intervenções farmacológicas para conseguir um emagrecimento sustentável.

Portanto, a farmacoterapia vem como complemento a reeducação alimentar e práticas ativas no estilo de vida, sendo indicada após 6 meses de tentativas frustradas de emagrecimento, com perdas inferiores a 5% do peso corporal.

Outro aspecto imprescindível é a tolerância e riscos à exposição aos efeitos adversos, tendo em vista que não foi possível averiguar a frequência e intensidade de ocorrência deles.

Assim como, o uso de um conjunto de medicamentos simultaneamente não foi recomendado pela maioria dos estudos, tendo em vista a escassez de evidências científicas que abordem a associação desses medicamentos relatados neste trabalho para uso na perda de peso, principalmente devido a maioria não terem sido aprovados para o tratamento da obesidade.

Dessa forma, não foi possível inferir a segurança do uso, ou a relação riscos benefícios.

Ensaio maiores e mais longos, também são necessários para que se tenha uma representatividade mais abrangente dos resultados encontrados.

Além disso, pesquisas mais robustas, em amostra e espaço de tempo, podem averiguar com mais precisão se os benefícios compensam os riscos a longo prazo e se há

reganho de peso no desmame das medicações.

Esta pesquisa não possui qualquer tipo de conflito de interesse junto aos participantes ou colaboradores diretos ou indiretos que cederam campo para realização da pesquisa.

REFERÊNCIAS

1-ABESO. Associação Brasileira para o estudo da obesidade e síndrome metabólica. Diretrizes Brasileiras de Obesidade. 4ª edição. São Paulo. 2016.

2-American College of Sports Medicine. Diretrizes do ACSM para os testes de esforço e prescrição de exercícios. 8ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2011.

3-Bim, R. H.; Westphal, G.; Thon, R. A.; Pereira, I. A. S.; Castilho, M. M.; Oltramari, K.; Martins, F. M.; Nardo Júnior, N. Prevalência de fatores de risco cardiometabólico em adultos com obesidade. Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento. São Paulo. Vol. 14. Num. 91. 2022. p. 1270-1282.

4-Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Manual de diretrizes para o enfrentamento da obesidade na saúde suplementar brasileira. 2017.

5-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: norma técnica do sistema de vigilância alimentar e nutricional - SISVAN / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde. 2011.

6-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade (Cadernos de Atenção Básica, n. 38). Brasília: Ministério da Saúde. ed.1. p. 212. 2014.

7-Brasil. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL). Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2020. Ministério da

Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não transmissíveis Brasília-DF. Ministério da Saúde. p. 131. 2021.

8-Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde (PNS 2019). Prevalência da obesidade entre adultos no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2020.

9-Chirila, C.; Zheng, Q.; Davenport, E.; Kaschinski, D.; Pfarr, E.; Hach, T.; Palência, R. Treatment satisfaction in type 2 diabetes patients taking empagliflozin compared with patients taking glimepiride. Quality of life research: an international journal of quality-of-life aspects of treatment, care and rehabilitation. Vol. 25. Num. 5. 2016. p. 1199-1207.

10-Contrave: comprimidos. Responsável técnico Alexandre Cannellas de Souza. Rio de Janeiro: Merck S/A. 2021. 1 bula de remédio.

11-Freitas, J. B. M. Estado emocional e comportamental alimentar: vivência de jovens com dificuldade alimentares. XXVIII Congresso virtual de iniciação científica da Unicamp. São Paulo. 2020.

12-Gomes, H. K. B. C.; Trevisan, M. O uso do ozempic (semaglutida) como medicamento off label no tratamento da obesidade e como auxiliar na perda de peso. Revista Artigos. Com. Vol. 29. 2021. p. e7498.

13-Gorgojo-Martínez, J.J.; Basagoiti-Carreño, B.; Sanz-Velasco, A.; Serrano-Moreno, C.; Almodóvar-Ruiz, F. Effectiveness and tolerability of orlistat and liraglutide in patients with obesity in a real-world setting: The XENSOR Study. Int J Clin Pract. Vol. 73. Num. 11. 2022. p. e13399.

14-Jensen, M.D.; Ryan D.H.; Apovian, C.M., Ard J.D., Comuzzie, A.G.; Donato, K.A.; Hu F.B.; Hubbard V.S.; Jakicic J.M.; Kushner, R.F.; Loria, C.M.; Millen, B.E.; Nonas, C.A., Pi-Sunyer, F.X.; Stevens, J.; Stevens, V.J.; Wadden, T.A.; Wolfe, B.M.; Yanovski, S.Z.; Jordan H.S.; Kendall, K.A.; Lux L.J.; Mentor-Marcel R.; Morgan L.C.; Trisolini M.G.; Wnek, J.; Anderson, J.L.; Halperin, J.L.; Albert, N.M.; Bozkurt, B.; Brindis, R.G.; Curtis, L.H.; Demets, D.; Hochman, J.S.; Kovacs, R.J.; Ohman, E.M.; Pressler, S.J.; Sellke, F.W.; Shen, W.K.; Smith,

S.C. J.R.; Tomaselli; G.F. American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines; Obesity Society. 2013 AHA/ACC/TOS guideline for the management of overweight and obesity in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and The Obesity Society. Circulation. Vol. 129. Num. 25. 2014. p.102-138.

15-Kane, M. P.; Triplitt, C. L.; Solis-Herrera, C. D. Management of type 2 diabetes with oral semaglutide: Practical guidance for pharmacists. American journal of health-system pharmacy. AJHP: official journal of the American Society of Health-System Pharmacists. Vol. 78. Num. 7. 2021. p. 556-567.

16-Khalil, H.; Ellwood, L.; Lord, H.; Fernandez, R. Pharmacological Treatment for Obesity in Adults: An Umbrella Review. The Annals of pharmacotherapy. Vol. 54. Num. 7. 2021. p. 691-705.

17-Marques, D. O.; Quintilio, M. S. V. Farmacologia da obesidade e riscos das drogas para emagrecer. Revista Coleta Científica. Vol. 5. Num. 9. 2021. p. 38-49.

18-Moreira, E. F.; Almeida, I. M.; Barros, N. B.; Lugtenburg, C. A. B. Quais os riscos-benefícios da sibutramina no tratamento da obesidade/ What are the risk-benefits of sibutramine in the treatment of obesity. Brazilian Journal of Development. Vol. 7. Num. 4. 2021. p. 42993-43009.

19-Nigro, A. H. L.; Escalera, J. P. G.; Cuch, P. G.; Nunes, P. M. D.U.P.; Toyama, V.K.T.; Carvalho, R.G.D.E.; Rodrigues, F.S.M. Medicamentos utilizados no tratamento da obesidade: Revisão de literatura. Drugs used in the treatment of obesity: literature review. International Journal of Health Management Review. Vol. 7. Num. 3. 2021. p-1-17.

20-Organização Mundial da Saúde (OMS). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity. WHO Technical Report Series. ed. 894. p. 252. Geneva, Switzerland. WHO. 2000.

21-Paim, M. B.; Kovalski D. F. Patologização do corpo gordo, abordagem focada na perda de

- peso e gordofobia. *Saúde Soc.* Vol. 29. Num. 1. 2020. p. 1-12.
- 22-Porto, G.B.D.C.; Padilha, H. S. C. V.; Santos, G. B. Riscos causados pelo uso indiscriminado de medicamentos para emagrecer. *Research, Society and Development.* Vol. 10. Num. 10. 2021. p. 1-11.
- 23-Rodrigues, A. P. S.; Silveira, E. A. Effectiveness of non surgical weight loss treatment for severely obese patients. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento.* São Paulo. Vol. 12. Num. 71. 2018. p.346-355.
- 24-Sabbá, H. B. O.; Viana, C. A. S.; Silva, C. B.; Alves, D. R.; Miranda, J. L. F.; Rodrigues, M. C.; Santos, P. H. F. dos. Ozempic (Semaglutide) for the treatment of obesity: advantages and disadvantages from an integrative analysis. *Research, Society and Development.* Vol. 11. Num. 11. 2022. p. e587111133963.
- 25-Santos, E. S.S.; Peixoto, J. L. B. Avaliação do uso da bupropiona em associação com a naltrexona no controle de peso da população de Maringá. *Brazilian Journal of Development.* Vol. 7. Num. 11. 2021. p. 106388-106398.
- 26-Serralde-Zuñiga, A. E.; González-Garay, A. G.; Rodríguez-Carmona, Y.; Meléndez-Mier, G. Use of Fluoxetine to Reduce Weight in Adults with Overweight or Obesity: Abridged Republication of the Cochrane Systematic Review. *Obesity facts.* Vol. 15. Num. 4. 2022. p. 473-486.
- 27-Silva, A. S.; Junior, O. M. R. Uso de emagrecedores no tratamento da obesidade: uma comparação dos efeitos adversos no uso do orlistat versus sibutramina. *Research, Society and Development.* Vol. 11. Num. 13. 2022. p. e4151111335776.
- 28-Silva, B. L.; Cantisani, J. R. Interfaces entre a gordofobia e a formação acadêmica em nutrição: um debate necessário. *Demetra.* Vol. 13. Num. 2. 2018. p. 363-380.
- 29-Singh, A. K.; Singh, R. Pharmacotherapy in obesity: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of anti-obesity drugs. *Expert review of clinical pharmacology.* Vol. 13. Num. 1. 2019. p. 53-64.
- 30-Souza, D. T.C.; Meneses, F.G.; Silva, G.L.M.; Cipriano, V. T. F. Risco do uso indiscriminado de medicamentos para emagrecimento. *Brazilian Journal of Health Review.* Vol. 4. Num. 6. 2021. p. 28589-28602
- 31-Tan, H. C.; Dampil, O. A.; Marquez, M. M. Efficacy and Safety of Semaglutide for Weight Loss in Obesity Without Diabetes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the ASEAN Federation of Endocrine Societies.* Vol. 37. Num. 2. 2022. p. 65-72.
- 32-Tchang, B. G.; Aras, M, Kumar, R.B; Aronne, L. J. Pharmacologic Treatment of Overweight and Obesity in Adults. *Oregon (EUA): Endotext.org* 2021.
- 33-Tchang, B. G.; Saunders, K. H.; Igel, L. I. Best Practices in the Management of Overweight and Obesity. *The Medical clinics of North America.* Vol. 105. Num. 1. 2021. p. 149-174.
- 34-Utta, K.B.; Pessoa, D.L.R. Farmacoterapia da obesidade: fármacos disponíveis no Brasil e perfis de eficácia e segurança. *Research, Society and Development.* Vol. 10. Num. 12. 2021. p. 1-14.
- 35-Wharton, S.; Lau, D.C.W.; Vallis, M.; Sharma, A.M.; Biertho, L.; Campbell-Scherer, D.; Adamo, K.; Alberga, A. *Canadian Medical Association Journal.* Vol. 192. Num. 31. 2020. p. 875-891.
- 36-WHO. World Health Organization. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. *World Health Organ Tech Rep Ser.* ed.916. p. 1-149. Geneva. 2003.
- 37-WHO. World Health Organization. Physical Status: the use and interpretation of anthropometry. (WHO Technical Re-port Series) ed. 854. Geneva. 1995.
- 38-WHO. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a World Health Organization Consultation. Geneva: World Health Organization, 2000. WHO Obesity Technical Report Series. ed. 284. p. 256. Geneva. 2000.

Recebido para publicação em 03/07/2023
Aceito em 02/08/2023