

Universidade De São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

Avaliação da variação de peso corporal na população
norte americana a partir da perspectiva do acesso ao
profissional de saúde

Audrey Camilo Rodrigues

Trabalho apresentado à disciplina Trabalho
de Conclusão de Curso II – 0060029, como
requisito parcial para a graduação no Curso
de Nutrição da FSP/USP

Orientador: Prof. Dr. Wolney Lisboa Conde

São Paulo
2020

Avaliação da variação de peso corporal na população norte americana a partir da perspectiva do acesso ao profissional de saúde

Audrey Camilo Rodrigues

Trabalho apresentado à disciplina Trabalho de Conclusão de Curso II – 0060029, como requisito parcial para a graduação no Curso de Nutrição da FSP/USP

Orientador: Prof. Dr. Wolney Lisboa Conde



São Paulo

2020

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a meus pais, irmã e noivo que possibilitaram a minha permanência estudantil através de seu apoio e colaboração constantes. Agradeço a Deus por tê-los em minha vida e por Ele me dar discernimento e compreensão e permitir concluir mais uma etapa de minha vida acadêmica.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os professores de excelência que acompanharam e possibilitaram minha formação. Em especial, agradeço ao Profº Dr. Wolney Lisboa Conde por ter me orientado nos últimos 3 anos juntamente com toda a equipe do Laboratório de Avaliação Nutricional de Populações (LANPOP). Com certeza minha vivência prática e conhecimentos adquiridos em Avaliação Nutricional e Epidemiologia contribuíram de grande forma para a escolha do tema deste trabalho, para desenvolvê-lo como ferramenta de discussão que demonstre a importância da Saúde Pública.

Agradeço ainda, a Universidade de São Paulo e a todos os contribuintes que financiaram meus estudos. Agradeço pelos apoios financeiros e acadêmicos e por ter possibilitado que meu local de trabalho fosse também meu local de aprendizado.

Por fim agradeço a toda a equipe médica e de nutrição da Liga de Diabetes do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP por possibilitarem conhecer a prática clínica baseada em evidência no manejo de doenças crônicas. Agradeço especialmente a toda a equipe de nutrição por participarem ativamente no meu processo de formação acadêmica.

Rodrigues, AC. Avaliação da variação de peso corporal na população norte americana a partir da perspectiva do acesso ao profissional de saúde. (Trabalho de Conclusão de Curso – Curso de Graduação em Nutrição). São Paulo. Faculdade de Saúde Pública da USP, 2020.

Resumo

O aumento, em escala planetária, dos valores médios do Índice de Massa Corporal (IMC) entre crianças, jovens e adultos sinaliza a elevação dos riscos de morbimortalidade para doenças crônicas. Só nos Estados Unidos (EUA) a prevalência de obesidade já ultrapassa 40% da população. Profissionais de saúde e mídias em geral chamam a atenção sobre a importância de adquirir hábitos saudáveis e estratégias de controle de peso têm sido adotadas a fim de melhorar esse quadro geral. Nesse contexto, diversos profissionais de saúde atuam no âmbito clínico para promover e apoiar a decisão de muitos adultos de perder massa corporal de maneira saudável e sustentada. O objetivo deste trabalho é avaliar estratégias de perda de peso adotadas por uma amostra da população dos EUA e relacioná-las com a variação da massa corporal, através do IMC autorrelatado, comparando-a ao acompanhamento por um profissional de saúde, a fim de avaliar abordagens em se tratando da perda de peso e seguimento de protocolos. Foi realizada análise de dados antropométricos e demográficos de 5910 indivíduos da NHANES nos anos de 2005-2012, assim como dados de adesão e frequência de acompanhamento profissional. Os principais achados demonstram que apesar de quase totalidade da amostra desejar perder peso, apenas 12% buscam um profissional de saúde. Esse desejo é maior em mulheres, indivíduos jovens e entre aqueles com IMC dentro da faixa de normalidade. A busca por profissionais é menor quanto menor a renda e escolaridade. Profissionais de saúde devidamente regulamentados e especializados em alimentação e atividade física estão associados a estratégias mais saudáveis de perda de peso. São necessárias políticas públicas que promovam um ambiente alimentar saudável e ainda, é necessário que todas as pessoas, independentemente de renda e escolaridade tenham acesso a profissionais de saúde. Também é preciso atentar para que as práticas clínicas sejam baseadas em evidências.

Descritores: Estratégias de Perda de Peso; Acesso a Profissionais de Saúde; Prática Clínica; Saúde Norte Americana; Epidemiologia Clínica.

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA.....	5
AGRADECIMENTOS	6
INTRODUÇÃO	9
MÉTODOS	11
RESULTADOS	13
DISCUSSÃO	15
CONCLUSÃO.....	18
IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA NO CAMPO DE ATUAÇÃO.....	19
REFERÊNCIAS.....	20
BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR	22
GRÁFICOS.....	23
TABELAS	25

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, o aumento de valores médios do Índice de Massa Corporal (IMC) ocorreu em escala planetária em diversos grupos etários, tornando a obesidade um problema de saúde pública, que está presente em diversos países causando maior mortalidade que a desnutrição. Em 2016, quase 2,0 bilhões adultos, com 18 anos ou mais, estavam acima do peso. Destes, mais de 650 milhões eram obesos. Alguns países, principalmente os de baixa a média renda, enfrentam, ainda, uma dupla carga de doenças apresentando simultaneamente a obesidade e a desnutrição. (WHO, 2020)

A prevalência de obesidade na população dos Estados Unidos (EUA) aumentou de 30,5% em 1999-2000 para 42,4% em 2017-2018. Além disso a obesidade grave aumentou de 4,7% para 9,2% no mesmo período. Considerando que outras doenças como diabetes tipo 2, cânceres, derrames e doenças cardiovasculares relacionam-se fortemente com esse aumento no peso corporal, (DIETZ, 2017) é essencial o cuidado e atenção com essa comorbidade, principalmente para reduzir o número de mortes prematuras evitáveis. (CRAIG e col., 2020)

Visando a prevenção ou melhora dessas complicações, acredita-se que o indivíduo acometido tenha disposição para buscar tratamento de sua condição, utilizando diferentes estratégias de perda de peso. De acordo com a Diretriz Americana de Manejo da Obesidade de 2018, é “obrigação de todos os profissionais de saúde participarem do controle da obesidade” (RYAN e col., 2018), no entanto, o que muitas vezes é negligenciado é o contexto sociocultural e alimentar no qual esses indivíduos estão inseridos, e que esse ambiente tem muitas vezes mais influência sobre a saúde individual que um profissional de saúde, já que o acesso a esses profissionais pode variar entre diferentes classes sociais, considerando o sistema de acesso a saúde presente nos EUA.

Tendo em vista a ausência de um sistema único de saúde, que assegure cuidados universais, integrais e equitativos, como é o caso do Brasil, os gastos em saúde nos EUA são elevados. Só em 2008, os gastos médicos foram de aproximadamente US\$ 147 bilhões. Esse custo é ainda mais elevado quando se trata de pessoas com obesidade. Indivíduos pertencentes a esse grupo, gastam cerca de US\$ 1429 a mais que indivíduos eutróficos. (FINKELSTEIN, 2009) Dos US\$ 78,5

bilhões gastos apenas com obesidade em 1998, metade deles foram financiados pelo Medicare e Medicaid.

Além dos seguros de saúde privados, esses dois sistemas de seguros citados são geridos pelo governo dos EUA e são destinados a pessoas acima de 65 anos de idade no caso do Medicare e para famílias e indivíduos de baixa renda e recursos limitados no caso do Medicaid. Não há, no entanto, atenção epidemiológica e sanitária a não ser de forma fragmentada baseada em programas específicos como o Centro de Controle de Doenças (CDC) ou a Administração de Alimentos e Medicamentos (FDA). Atualmente, o Medicaid cobre cerca de 60 milhões de indivíduos, incluindo pessoas com deficiência, mulheres grávidas, pais, crianças e idosos. Já o Medicare cobre cerca de 10 milhões de pessoas. O governo federal contribui com cerca de 82% dos gastos do Medicare e essa contribuição varia de estado para estado, que contam ainda com a coparticipação em pagamentos por parte dos usuários. Exceção a essa regra são mulheres grávidas e crianças. (BUSS, 1995)

Diretrizes Americanas de Manejo de obesidade sugerem que seja realizada uma terapia comportamental que inclua a perda de 8 a 10% do peso corporal por diminuir os riscos de desenvolvimento de doenças crônicas como diabetes e doenças cardiovasculares e na presença dessas doenças, essa mudança de estilo de vida possibilita melhor controle glicêmico, de perfil lipídico e pressão arterial. É aconselhado que um rastreamento seja realizado na atenção primária, no entanto, as taxas dessa atividade configuram apenas 30%. (STEPHANIE e col., 2016)

Apesar das diferentes abordagens existentes hoje que possibilitam, em teoria, o tratamento da obesidade e perda de peso, como o aumento da ingestão de frutas, legumes e verduras; diminuição da ingestão calórica total diária; prática de atividades físicas, entre outras, (TURNER e col., 2018; JENSEN e col.) o cenário epidemiológico em relação a obesidade só piora. Isso se deve, entre outros fatores, à ausência de políticas públicas baseadas em evidências e mecanismos que promovam e protejam a inserção de indivíduos, obesos ou não, em um ambiente alimentar saudável. Por esse mesmo motivo, há uma diversidade de abordagens observadas entre as recomendações de profissionais da saúde ou mesmo entre indivíduos que optam pelo auto manejo de seu peso. (BHUPATHIRAJU, 2016)

Este trabalho pretende verificar a busca profissional por parte de uma amostra da população americana. Além de verificar a distribuição socioeconômica dos

indivíduos que possuem acesso a profissionais de saúde. Objetiva também avaliar a variação de massa corporal em função da possibilidade de um acompanhamento com um profissional de saúde.

MÉTODOS

Foram analisados dados antropométricos e demográficos de 5910 indivíduos da NHANES (National Health and Nutrition Examination Survey) nos anos de 2005-2012, assim como dados de acompanhamento profissional no programa Stata®. Esse inquérito é conduzido pelo “National Center for Health Statistics” (NCHS) que avalia estado nutricional e indicadores de saúde em adultos e crianças nos EUA.

A variação de massa corporal foi expressa como variação entre o IMC do ano anterior e o atual. Foi realizada conversão de unidades métricas de polegadas para metros e libras para quilogramas. O IMC do ano anterior foi calculado a partir do peso autorrelatado e da altura mensurada na data da pesquisa. O IMC atual foi calculado a partir do peso e altura mensurados na data da pesquisa. Para a classificação de estado nutricional foi utilizado a determinação da Organização Mundial de Saúde (OMS). (WHO, 2000)

Dados sobre desejo de perda de peso, métodos de perda de peso relatados e a área de atuação do profissional de saúde, assim como o acompanhamento profissional foram obtidos em questionários próprios aplicados durante as visitas domiciliares. Os seguintes profissionais foram mencionados nos questionários: Personal Trainer, Dietista, Nutricionista, Médico e outros. Não foi possível obter dados de frequência de acompanhamento com esses profissionais. Para uma visão detalhada dos inquéritos e variáveis consultar as referências publicadas pelo NCHS. (CDC, NCHS, 2020)

É importante diferenciar que nutricionistas e dietistas se distinguem nos EUA. Um dietista é um profissional de nutrição especializado a tratar doenças por meio da terapia nutricional, como por exemplo, obesidade, diabetes etc. Já o nutricionista é aquele que irá promover hábitos alimentares saudáveis. Outra diferença importante, é o fato de dietistas serem regulamentados por lei, onde é necessário atender requisitos profissionais e se registrar em um órgão competente, por isso, comumente

trabalham em hospitais ou clínicas. Já os nutricionistas não são regulamentados totalmente por lei e qualquer indivíduo pode se intitular nutricionista, seu local de trabalho se dá principalmente em academias ou locais de bem-estar e estilo de vida. (NUTRITIONED, 2020)

A análise da variação do IMC foi avaliada da forma como seu efeito é observado populacionalmente, desconsiderando o efeito indireto de outras variáveis como sexo, idade, escolaridade e renda. Estes foram expostos em tabelas comparativas com as variáveis de interesse. Entre essas variáveis, as estratégias de perda de peso relatadas podem ser simultâneas ou exclusivas. Elas foram agrupadas em alguns grupos. A) Mudanças na Alimentação: comer menos comida; comer menos calorias, tomar mais água, comer menos gorduras; comer menos carboidratos, seguir uma dieta especial; comer mais frutas, vegetais e saladas; mudar hábitos alimentares; comer menos fast food; comer menos doces e açúcares; comer produtos diet. B) Prática de Atividade Física C) Uso de medicamentos para perda de peso: pílulas prescritas, não prescritas, laxantes. D) Programas de Perda de Peso E) Mudanças não saudáveis ou outros: fumar; tomar fórmula alimentar líquida; outros.

Foram retirados da análise indivíduos acima de 60 anos de idade pela alta prevalência de doenças crônicas (mais de 60%), já que isso poderia alterar a variação de IMC. Indivíduos com menos de 19 anos de idade, por não terem finalizado seu desenvolvimento físico, também foram retirados. Variações de IMS acima de 15 kg/m² foram retiradas da análise por serem de difícil replicação em âmbito populacional. Dessa forma, acabamos também por retirar indivíduos que realizaram cirurgia bariátrica.

O índice PIR (Poverty Index Rate) é calculado como múltiplos da linha de pobreza dos EUA. O índice é utilizado como estimativa da renda familiar na NHANES e varia de 0 a 5. (BUREAU, 2020) Nessa análise não usamos a parte fracional, utilizando apenas valores inteiros dos múltiplos da linha da pobreza. Para efeitos práticos, valores iguais a zero indicam famílias abaixo da linha da pobreza, valores iguais a um indicam famílias com renda semelhantes ao valor da linha da pobreza e assim sucessivamente.

RESULTADOS

Dos 5910 indivíduos avaliados na amostra 92,8% relataram o desejo de perda de peso, no entanto, apenas 12% buscaram um profissional de saúde qualificado. (Gráfico 1). Esse desejo de perder peso é observado muito claramente na amostra mesmo quando estratificado. Quando avaliamos esse desejo entre homens e mulheres, vemos que as mulheres desejam mais a perda de peso do que os homens. Além disso indivíduos mais novos com idades entre 19 e 30 anos, são os que mais almejam essa perda de massa. No quesito idade, quanto mais idosos menor é a preocupação com a perda de peso. Ainda, um dado preocupante é o fato de 100% das pessoas que estão com baixo peso para a altura desejarem perder peso. E nesse caso, quanto maior o IMC menor é o desejo de perda de peso. (Tabela 1)

Outro aspecto bastante relevante é a busca por diferentes profissionais. De acordo com o Gráfico 2, podemos ver que entre os profissionais mais procurados pela amostra médicos e personal trainer são os principais. A busca por nutricionistas ou dietistas somam aproximadamente 31%. Ao estratificar a busca de auxílio profissional por renda e escolaridade, podemos ver que apesar de poucas pessoas buscarem ajuda, essa é diretamente proporcional com o aumento de escolaridade e renda.

Ao avaliar as estratégias de perda de peso utilizadas entre quem buscou ajuda profissional, de acordo com o sexo, vemos que as mulheres, majoritariamente, realizam mais estratégias de perda de peso que os homens. Independente da estratégia, observamos que 75% das mulheres realizaram alguma delas e apenas 25% dos homens. No entanto, podemos observar que em se tratando do uso de medicamentos essa proporção aumenta para quase 84%, assim como acompanhamento em programas de perda de peso, totalizando 91%. (Tabela 2)

Quando avaliamos as estratégias de perda de peso realizadas de acordo com o profissional em acompanhamento, podemos notar que dos indivíduos que realizaram mudanças recomendáveis na alimentação a maior parte deles buscou um médico (32,65%) ou Personal Trainer (28,37%) e apenas 15% e 17% buscaram um dietista e nutricionista, respectivamente. A prática de exercício físico também se mostrou associada a esses mesmos profissionais de forma semelhante, sendo neste caso a classe mais procurada a de personal trainer (34,3%). A classe médica teve a

maior presença entre os que procuraram realizar uso de medicamentos para perda de peso (51,08%) o que é natural, visto que a maioria das medicações precisam ser prescritas por estes profissionais. Dentre os que procuraram um programa de perda de peso, a maioria (aproximadamente 25%) teve acompanhamento de nutricionistas e personal trainer. Dado alarmante é que entre as mudanças não saudáveis a grande maioria obteve acompanhamento médico (quase 40%).

Analisando de outra forma, as maiores proporções entre quem realizou acompanhamento com nutricionistas foram entre quem utilizou mudanças não saudáveis e participou de programas de perda de peso. O mesmo acontece entre quem buscou outros profissionais. Quando pensamos em médicos as maiores proporções estão entre quem busca o uso de medicamentos e em indivíduos que realizaram mudanças não saudáveis. Apenas dietistas e personal trainer possuem as maiores proporções em estratégias bem estabelecidas cientificamente, como alterações possíveis na dieta e prática de atividade física.

Por fim, a avaliação da variação de massa corporal no último ano indica que, entre indivíduos que buscam algum auxílio profissional, aproximadamente 46% perde peso, 17% mantém o peso e 36% ganha peso. Quando estratificamos de acordo com os diferentes profissionais, dentre os que perdem, as maiores proporções estão entre médicos, outros profissionais e personal trainer. É importante observar que entre aqueles que mantêm o peso quase 26% foram acompanhados por um dietista. Os nutricionistas estão mais relacionados ao grupo que ganha peso (43%). (Tabela 4)

Em geral, o acompanhamento profissional favoreceu a perda de peso, exceto entre nutricionistas, cujo acompanhamento foi mais propenso ao ganho de peso. O acompanhamento por Outros Profissionais, Personal Trainer, Médicos, Dietistas e Nutricionistas relacionaram respectivamente a 1,6; 1,4; 1,3; 1,1 e 0,9 vezes mais perda que ganho de peso.

DISCUSSÃO

Apesar de cerca de 90% dos indivíduos avaliados, relatarem desejo de perda de peso, apenas a oitava parte desse grupo obteve acompanhamento profissional. Isso demonstra que grande parte dos indivíduos, buscam perda de peso acabam por aderir a estratégias de perda de peso orientados por outros meios que não os profissionais de saúde. Nesse aspecto as mídias sociais, desempenham papel importantíssimo, por muitas vezes transmitir informações de como obter emagrecimento de forma rápida, prática, mas muitas vezes não segura. Isso porque em meio a tanta informação controversa, o indivíduo se vê sem saber que decisão tomar e qual estratégia optar. Yuehua Zhao e colaboradores abordam essa temática, revelando que atualmente, em busca de informações sobre seu estado de saúde, ou até mesmo buscando apoio social, grande parte das pessoas buscam na internet possíveis efeitos de medicamentos e tratamento de doenças, porém muitas vezes possuem dúvidas sobre a confiabilidade das informações. (ZHAO e col., 2017, WARING e col., 2018) Isso deve trazer a luz de que esse universo midiático deve ter a cada dia mais a presença de profissionais de saúde que possam transmitir informações de qualidade.

Outro fator importante é a proporção elevada de desejo de perda de peso entre indivíduos com peso normal para a altura e principalmente, até os que possuem baixo peso para altura. Considerando que um IMC classificado como normal para altura não está associado a presença de doenças de caráter nutricional, esse dado sugere uma preocupação não apenas com a saúde, mas possivelmente com um padrão estético em relação a magreza, muitas vezes reforçado também pelas mídias sociais, principalmente quando voltado para o público feminino, público esse que almeja mais a perda de peso, quando comparado aos homens. (HENSLEY, 2018) Estudo realizado por Nikol Kvardova traz à tona a questão de vários conteúdos online voltados para saúde, abordarem fortemente a busca pela magreza. (KVARDOVA, 2020)

A escolaridade e renda estão diretamente proporcionais com o acesso a profissionais de saúde. Considerando, portanto, essa ausência de acompanhamento a níveis populacionais, principalmente para indivíduos pouco escolarizados e de baixa

renda, é necessário a inserção de políticas públicas que visem a prevenção de doenças crônicas relacionadas ao sobrepeso e obesidade. (HEYWOOD, 2008)

De acordo com a Associação Americana de Endocrinologistas Clínicos, a busca por profissionais de saúde capacitados que entendam aspectos mais abrangentes relacionados a obesidade, como aspectos econômicos e socioculturais permitem que o tratamento por parte dos profissionais seja mais abrangente. Observamos nesse artigo que os profissionais mais procurados são médicos, personal trainer, nutricionistas e dietistas respectivamente. Apesar de claramente o ponto central da obesidade ser a alimentação, os profissionais de alimentação e nutrição são menos procurados.

Todas as estratégias de perda de peso foram realizadas majoritariamente por mulheres. Esse público também, é o que mais se utiliza de medicamentos para perda de peso e participa de programas de perda de peso. Isso pode se dever ao fato de mulheres buscarem outras estratégias coadjuvantes que auxiliem nessa perda de peso.

Podemos observar que neste estudo há uma boa proporção de indivíduos que se utilizam de estratégias deletérias à saúde (não saudáveis) e realizam acompanhamento com médico ou nutricionista. Ainda, quando avaliamos grupos que perderam IMC no prazo de 1 ano e que ganharam IMC nesse mesmo período, a única classe profissional que indivíduos que realizaram acompanhamento mais ganharam peso do que perderam, foi também a de nutricionistas. Para entender melhor essa classe profissional precisamos entender a diferença entre nutricionistas e dietistas.

Como já mencionado, no contexto americano, há diferenças entre um dietista e um nutricionista. Um mais ligado a tratamento de doenças (e devidamente registrado no órgão competente) e outro a promoções de hábitos saudáveis. Por esse motivo acreditamos que o Nutricionista é muitas vezes o profissional menos procurado nesta amostra. Um ponto importante, é o fato de dietistas serem regulamentados por lei, onde é necessário atender requisitos profissionais e se registrar em um órgão competente, e estarem relacionados a melhores estratégias assim como perda maior de peso. Ou seja, esse trabalho comprova que uma educação formal e um registro de trabalho validado por uma organização e que cobre certos conhecimentos por parte do profissional requisitado, pode assegurar um trabalho de maior qualidade, e principalmente, de mais segurança para com a vida do paciente.

Dietistas e personal trainer estão entre os profissionais cujo acompanhamento está mais associado a estratégias saudáveis como prática de atividade física e mudanças na alimentação que sejam saudáveis. As mudanças de comportamento reunidas nessas estratégias são as que possuem maior embasamento científico e muitas delas podem ser adotadas a longo prazo, fator esse determinante para manutenção de hábitos saudáveis duradouros.

Um aspecto a se destacar é a frequência elevada de indivíduos que, sob acompanhamento profissional, relataram adotar estratégias de perda de peso que na maioria dos casos não possui sucesso a longo prazo (são de difícil adesão) ou trazem algum prejuízo a saúde, como é o caso do hábito de fumar incluído na estratégia hábitos não saudáveis.

Ainda pensando nessas práticas deletérias, apesar de os médicos serem os profissionais mais procurados quando indivíduos relataram ter usado medicamentos para perda de peso, muitos que se utilizaram dessa prática (70 %, $p = 0,000$) não tiveram acompanhamento de um profissional de saúde. É claro que a automedicação possui uma tolerância, principalmente quando pensamos em processos inflamatórios e infecciosos agudos, como dores de cabeça, sintomas gastrointestinais etc. No entanto, não podemos desconsiderar que muitos medicamentos cujo objetivo é auxiliar no tratamento da obesidade, possuem efeitos adversos à saúde e devem ser indicados por um profissional da saúde.

Por fim, a variação de massa corporal no período de um ano e sua relação com os profissionais de saúde, refletem bem que profissionais capacitados e que se utilizam de estratégias recomendadas para a perda e manutenção de peso, acabam por ter sucesso a longo prazo. Dietistas e Personal Trainer apresentam boas proporções de indivíduos que perderam peso e os menores índices entre os que ganharam peso. Apesar de muitas pesquisas recentes relevarem estratégias distintas de perda de peso, quando essas são realizadas com profissionais de saúde, podem ter efeito positivo tanto no resultado pontual quanto na manutenção desse peso.

CONCLUSÃO

A resposta para a epidemia de obesidade que enfrentamos não está apenas no atendimento clínico. Não há profissionais de saúde suficientes para tratar individualmente a obesidade quando pensamos em países de dimensões continentais como é o caso dos EUA. Ainda mais quando o acesso a esses profissionais seja via plano de saúde ou seguros de saúde governamentais, que sejam inviáveis financeiramente. É necessário defender um sistema de saúde onde o acesso seja universal, integral e equitativo, sendo esse o ponto principal para que diversos países possam se organizar na prevenção e melhora da saúde de sua população. Políticas públicas que modifiquem e melhorem o ambiente alimentar em que os indivíduos estão inseridos, são essenciais para auxiliar no combate a obesidade. Por fim, é preciso que estudos voltados para a epidemiologia clínica da obesidade sejam realizados, possibilitando a definição de protocolos mais eficientes de tratamento.

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA NO CAMPO DE ATUAÇÃO

Pude reconhecer a importância de uma nutrição baseada em evidências voltada para o tratamento clínico de uma das doenças nutricionais mais importantes da atualidade. Pude compreender que muitas vezes, as pessoas só terão acesso a esses profissionais se tiverem acesso a um sistema de saúde que não as prejudique financeiramente. Pude entender também que esse tratamento individual não é suficiente quando olhamos uma população que não pode ter acesso a um profissional de saúde. Pensando nisso, cada vez mais devemos incentivar a criação e manutenção de políticas públicas que promovam um ambiente alimentar adequado e que instituições públicas e profissionais de saúde possam se abrir a novas oportunidades em mídias sociais diversas para a divulgação de informações em saúde com clareza e simplicidade para que indivíduos da população tenham fontes seguras de informações sobre sua saúde e doença.

REFERÊNCIAS

Bhupathiraju, S. N., & Hu, F. B. (2016). Epidemiology of obesity and diabetes and their cardiovascular complications. *Circulation research*, 118(11), 1723-1735. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/CIRCRESAHA.115.306825>

Bureau UC. How the Census Bureau Measures Poverty [Internet]. The United States Census Bureau. 2020. Disponível em: <https://www.census.gov/topics/income-poverty/poverty/guidance/poverty-measures.html>

Buss, PM, Labra ME. SISTEMAS DE SAÚDE continuidades e mudanças. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro, 1995. P. 197-218. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/zngyg/pdf/buss-9788575414026.pdf>

Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Health Statistics. National Health and Nutrition Examination Survey. 2020 Disponível em: <https://wwwn.cdc.gov/nchs/nhanes/>

Craig M. Hales, M.D., Margaret D. Carroll, M.S.P.H., Cheryl D. Fryar, M.S.P.H., and Cynthia L. Ogden, Ph.D. Craig M. Hales, M.D., Margaret D. Carroll, M.S.P.H., Cheryl D. Fryar, M.S.P.H., and Cynthia L. Ogden, Ph.D. Prevalence of Obesity and Severe Obesity Among Adults: United States, 2017–2018. NCHS Data Brief. 2020. No. 360. Disponível em: <https://www.cdc.gov/nchs/products/databriefs/db360.htm>

Dietz WH. Obesity and Excessive Weight Gain in Young Adults: New Targets for Prevention. *JAMA*. 2017;318(3):241–242. doi:10.1001/jama.2017.6119 Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2643743>

Finkelstein, EA. Trogdon, JG. Cohen, JW. e Dietz, WH. Annual Medical Spending Attributable To Obesity: Payer-And Service-Specific Estimates. *HEALTH AFFAIRS*. 2009. 28, NO. SUPPLEMENT 1: WEB EXCLUSIVES. Disponível em: <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.28.5.w822>
Hensley RD. Primary care management of obesity: Individualized treatment strategies. *Nurse Pract*. 2018 Jul;43(7):41-48. doi: 10.1097/01.NPR.0000534941.27466.0b. PMID: 29927816.

Heywood, SM. and Deschamps, R. The Role of Public Health Professionals in Obesity Policy. *Healthcare Papers* 9(1) 2008. Disponível em: <https://www.longwoods.com/content/20181/healthcarepapers/the-role-of-public-health-professionals-in-obesity-policy>

Jensen Michael D. et al. Guideline for the Management of Overweight and Obesity in Adults. *Journal of the American College of Cardiology*. Vol. 63 Disponível em: https://www.onlinejacc.org/content/63/25_part_b/2985?_ga=2.167991393.1393087564.1526129816-395886623.1509473083

Kvardova N, Machackova H, Smahel D. The Direct and Indirect Effects of Online Social Support, Neuroticism, and Web Content Internalization on the Drive for

Thinness among Women Visiting Health-Oriented Websites. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(7):2416. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32252325/>

Nutritioned Organization. State Requirements for Nutrition and Dietitian Fields Distinguishing Between Dietitian vs Nutritionist. 2020. Disponível em: <https://www.nutritioned.org/dietitian-vs-nutritionist.html>

Ryan DH, Kahan S. Guideline Recommendations for Obesity Management. *Med Clin North Am*. 2018 Jan;102(1):49-63. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29156187/>

Stephanie L. Fitzpatrick, Danielle Wischenka, Bradley M. Appelhans, Lori Pbert, Monica Wang, Dawn K. Wilson, Sherry L. Pagoto. An Evidence-based Guide for Obesity Treatment in Primary Care, *The American Journal of Medicine*, Volume 129, Issue 1, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2015.07.015>.

Turner, M., Jannah, N., Kahan, S., Gallagher, C., & Dietz, W. Current knowledge of obesity treatment guidelines by health care professionals. 2018. *Obesity*, 26(4), 665-671. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/oby.22142>

Waring, M.E., Jake-Schoffman, D.E., Holovatska, M.M. et al. Social Media and Obesity in Adults: a Review of Recent Research and Future Directions. *Curr Diab Rep* 18, 34 (2018). Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11892-018-1001-9>

WHO, World Health Organization. Consultation on Obesity (1999: Geneva, Switzerland) & World Health Organization. (2000). Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation. World Health Organization. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330>

WHO, World Health Organization. Obesity and overweight. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

Zhao, Y. and Zhang, J., Consumer health information seeking in social media: a literature review. *Health Info Libr J*, 34: 268-283. (2017) Disponível em: <https://doi.org/10.1111/hir.12192>

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

MENDES Anselmo Alexandre, IEKER Ana Sílvia Degasperi, CASTRO Talitha Fernandes de, AVELAR Ademar, NARDO JÚNIOR Nelson. Multidisciplinary programs for obesity treatment in Brazil: A systematic review. *Rev. Nutr.* 2016 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1678-98652016000600011>.

Kelly, T., Yang, W., Chen, C. et al. Global burden of obesity in 2005 and projections to 2030. *Int J Obes* 32, 1431–1437 (2008). Disponível em: <https://doi.org/10.1038/ijo.2008.102>

Svetkey LP, Stevens VJ, Brantley PJ, et al. Comparison of Strategies for Sustaining Weight Loss: The Weight Loss Maintenance Randomized Controlled Trial. *JAMA*. 2008;299(10):1139–1148. doi:10.1001/jama.299.10.1139 Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/181605>

Hales CM, Fryar CD, Carroll MD, Freedman DS, Ogden CL. Trends in Obesity and Severe Obesity Prevalence in US Youth and Adults by Sex and Age, 2007-2008 to 2015-2016. *JAMA*. 2018;319(16):1723–1725. doi:10.1001/jama.2018.3060 Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2676543/?oRef=vuukle>

GRÁFICOS

Gráfico 1 - Busca de auxílio profissional na amostra

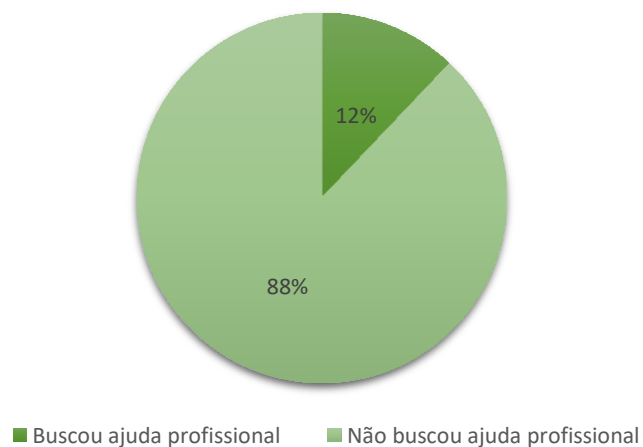


Gráfico 2 - Distribuição de Procura a Profissionais na Amostra (%)

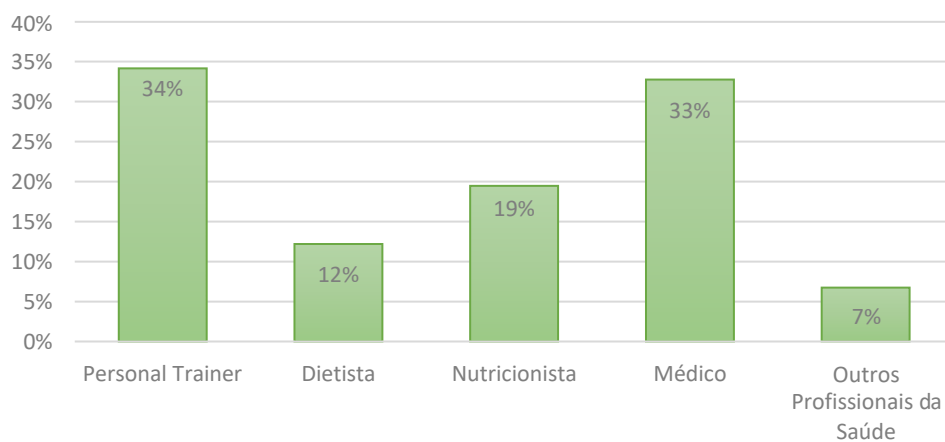


Gráfico 3 - Proporção de busca de auxílio profissional por múltiplos de renda

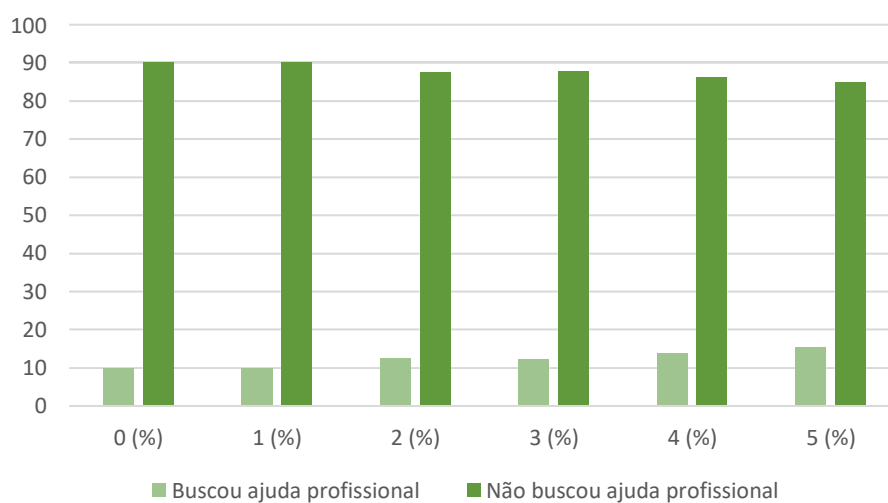
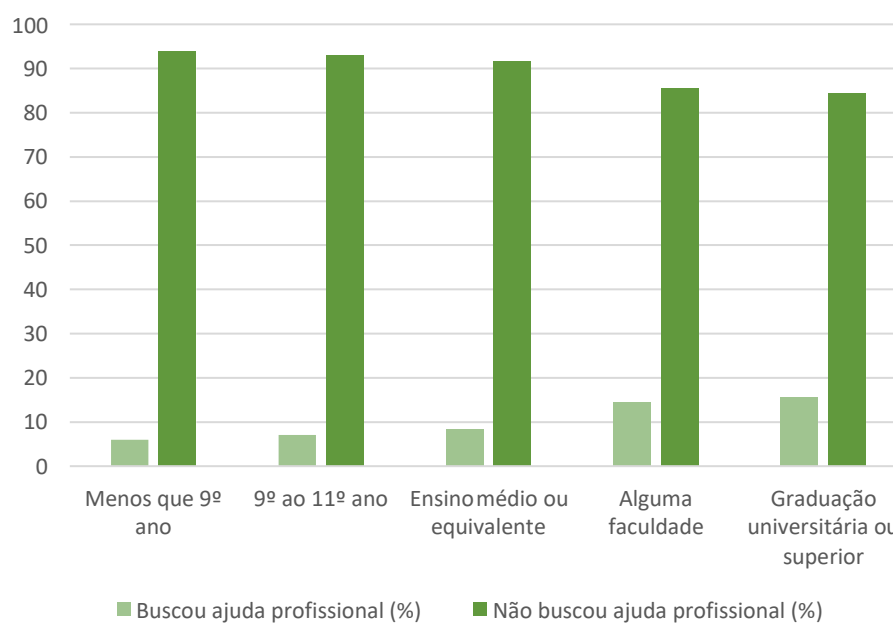


Gráfico 4 - Proporção de busca de auxílio profissional por escolaridade



TABELAS

Tabela 1 - Desejo de perder peso estratificado por ajuda profissional, sexo, idade e estado nutricional anterior				
		Sim (%)	Total (n)	p*
Buscou ajuda profissional		95,5	714	0,003
Não buscou ajuda profissional		92,5	5.196	
Sexo	Homens	90,6	2.280	0,000
	Mulheres	94,2	3.630	
Idade	19-30 anos	96,0	1.620	0,000
	31-41 anos	93,1	1.568	
	41-51 anos	92,0	1.517	
	51-60 anos	90,0	1.205	
Estado nutricional do ano anterior	Baixo peso	100,0	27	0,000
	Eutrofia	98,2	1107	
	Sobrepeso	95,0	1.873	
	Obesidade	89,3	2.903	
Total Amostra		92,8	5.910	

*Qui-quadrado

Tabela 2 - Busca de ajuda profissional por estratégias de perda de peso e sexo					
Estratégias de Perda de Peso	Buscou ajuda profissional				Total % (n)
	Masculino		Feminino		
	% (n)	I. C.	% (n)	I. C.	
Mudanças na Alimentação (p=0,499) *	25,3 (169)	(22,2-28,8)	74,7 (498)	(71,2-77,8)	100,0 (667)
Exercício Físico (0,561) *	25,0 (130)	(21,5-29,0)	74,9 (389)	(81,0-78,5)	100,0 (519)
Uso de Medicamentos (0,001) *	16,1 (30)	(11,5-22,2)	83,9 (156)	(77,8-88,5)	100,0 (186)
Programa de Perda de Peso (0,000) *	8,3 (8)	(4,2-16,0)	91,7 (88)	(84,0-95,8)	100,0 (96)
Mudanças não saudáveis ou outros (p=0,734) *	24,2 (23)	(16,5-34,0)	75,8 (72)	(66,0-83,5)	100,0 (95)
Total	25,7 (183)	(22,5-29,0)	74,4 (531)	(71,0-77,4)	100,0 (714)

*Qui-quadrado

Tabela 3 - Estratégias de Perda de Peso em relação ao Profissional de Saúde											
Estratégias de Perda de Peso	Personal Trainer		Dietista		Nutricionista		Médico		Outros		Total
	% (n)	I. C.	% (n)	I. C.	% (n)	I. C.	% (n)	I. C.	% (n)	I. C.	% (n)
Mudanças na Alimentação (p=0,376) *	28,2 (188)	(24,9-31,7)	15,6 (104)	(13,0-18,5)	17,4 (116)	(14,7-20,5)	32,5 (217)	(29,1-36,2)	6,3 (42)	(4,7-8,4)	100 (667)
Exercício Físico (p=0,000) *	34,3 (178)	(30,3-38,5)	15,6 (81)	(12,7-19,0)	16,2 (84)	(13,2-19,6)	27,5 (143)	(23,9-31,6)	6,4 (33)	(4,5-8,8)	100 (519)
Uso de Medicamentos (p=0,000) *	11,3 (21)	(7,4-16,7)	17,2 (32)	(12,4-23,4)	14,5 (27)	(10,1-20,4)	51,1 (95)	(43,8-58,2)	5,9 (11)	(3,3-10,4)	100 (186)
Programa de Perda de Peso (p=0,015) *	27,1 (26)	(19,0-37,0)	14,6 (14)	(8,7-23,3)	24,0 (23)	(16,3-33,7)	21,9 (21)	(14,7-31,4)	12,5 (12)	(7,2-20,9)	100 (96)
Mudanças não saudáveis ou outros (p=0,056) *	21,0 (20)	(13,9-30,6)	11,6 (11)	(6,6-19,9)	21,0 (20)	(13,9-30,6)	38,9 (37)	(29,5-49,3)	7,4 (7)	(3,5-14,8)	100 (95)

*Qui-quadrado

Tabela 4 - Perda de Peso em relação ao Profissional de Saúde				
p=0,022 *	Mudança no IMC no último ano			
Profissional	Perda	Manutenção	Ganho	Total
Personal Trainer	94	41	68	203
%	46,3	20,2	33,5	100
Dietista	43	29	40	112
%	38,4	25,9	35,7	100
Nutricionista	48	22	52	122
%	39,3	18,0	42,6	100
Médico	116	28	85	229
%	50,7	12,2	37,1	100
Outros	27	4	17	48
%	56,3	8,3	35,4	100
Total	328	124	262	714
%	45,9	17,4	36,7	100

*Qui-quadrado

