

ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL NA PERDA DE PESO DE ADULTOS

Ester Zoche^{1,2}, Gabriela Martinelli Neves³, Rafaela Liberali¹

RESUMO

Introdução: Atualmente, a obesidade é considerada uma epidemia e está no grupo das doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT). Dados do Ministério da Saúde revelam aumento da prevalência de excesso de peso e obesidade dos adultos de 29% em 1975 para 63,7% em 2010. O tratamento primário da obesidade deve incluir alterações nos hábitos alimentares, estilo de vida, atividade física e correção alimentar de longa duração. **Objetivo:** Avaliar a influência do acompanhamento nutricional na perda de peso de adultos. **Metodologia:** Foram incluídos na amostra adultos, com idade entre 18 e 60 anos, com excesso de peso ou obesidade. Os pacientes foram acompanhados pela nutricionista por durante 4 meses. As consultas ocorriam a cada vinte dias e a orientação era individualizada, conforme necessidade de cada paciente. Nas consultas, era aferido o peso, altura e medidas da cintura (CC) e quadril (Q). As análises foram realizadas, separando-se por gênero. **Resultados:** Participam 75 adultos, com predomínio do gênero masculino, representando 64%. No início do tratamento, 43% da população classificava-se como obesidade. Após o acompanhamento de 4 meses, o percentual reduziu para 29,1%, incluindo 10,75% da população dentro dos padrões de normalidade, com valor de $p < 0,05$. Quanto a CC, houve redução significativa, sendo que os homens reduziram o risco cardiovascular. **Conclusão:** Os resultados mostram a importância do acompanhamento nutricional nas modificações dos padrões alimentares, na redução de peso e na redução do risco cardiovascular.

Palavras-chave: Acompanhamento nutricional, redução de peso, adultos.

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

2 - Nutricionista, especialista em Nutrição Clínica, graduada pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

ABSTRACT

Nutritional counseling on weight loss in adults

Introduction: Nowadays, obesity is considered an epidemic and is in a group of chronic non-communicable diseases. The Ministry of Health reveal an increased prevalence of overweight and obesity in the adult population of 29% in 1975 to 63,7% in 2010. The primary treatment of obesity should include changes in relation to eating habits, lifestyle, physical activity and long-term food fix. **Objective:** To evaluate the influence of nutritional counseling on weight loss in adults. **Methodology:** We sampled adults, aged between 18 and 60 years, overweight or obese. Patients were followed up by a dietician for 4 months. The consultations took place every twenty days, and the orientation was individualized for each patient as needed. In the consultations, was measured weight, height and measurements (WC) and hip (Q). Analyses were performed by separating by gender. **Results:** analysis of 75 adults with a predominance of males, representing 64%. At the beginning of treatment, 43% of the population classified as obese. After 4 months of monitoring, the percentage decreased to 29.1%, including 10.75% of the population within the normal range, with $p < 0.05$. As for WC, there was significant reduction, while men reduced cardiovascular risk. **Conclusion:** The results show the importance of monitoring changes in nutritional standards of food in weight reduction and cardiovascular risk reduction.

Key words: Counseling nutritional, weight loss, adults.

3- Nutricionista do Serviço Social da Indústria de Santa Catarina

E-mail:
 esterzoche@gmail.com
 rafascampeche@ig.com.br

INTRODUÇÃO

Durante muito tempo da história, o excesso de peso foi visto como sinal de saúde e prosperidade (Souza, Kling e Navarro, 2007).

Atualmente, a obesidade é considerada uma epidemia e faz parte do grupo das doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), juntamente com a dislipidemia, hipertensão, diabetes, que juntas, levam à Síndrome Metabólica (Alves, 2006; Hill e colaboradores, 2003).

Ela está diretamente associada a prejuízos na saúde como dificuldades respiratórias, problemas dermatológicos, distúrbios no aparelho locomotor, além de favorecer o surgimento de DCNT e alguns tipos de câncer, como de esôfago, mama, cólon e reto (Lessa, 1998; Pimenta, Palma, 2001; Souza e colaboradores, 2009).

Outro fator que deve ser levado em consideração é que a obesidade também tem papel fundamental na auto-estima, interferindo nos relacionamentos e na vida social das pessoas (Polito, 2001).

Dados dos inquéritos nacionais publicados pelo Ministério da Saúde (ENDEF, 1974-75, PNSN, 1985 e POF, 2008-09) revelam um aumento da prevalência de excesso de peso da população adulta de 23,6% no ano de 1975 para 49,05% em 2010, enquanto a taxa de obesidade pulou de 5,4%, em 1975, para 14,65% atualmente. Nesse panorama, destaca-se a Região Sul, que apresenta os maiores percentuais de sobrepeso, com 54,2%, e obesidade com 17,75% (IBGE, 2010).

O Índice de Massa Corporal (IMC), também chamado de Índice de Quételet, é um dos indicadores mais utilizados na identificação do estado nutricional e diagnóstico da obesidade pela facilidade de aplicação, baixo custo e pequena variação intermedidores (Anjos, 1992).

Outro indicador antropométrico comumente utilizado é a circunferência da cintura (CC), que avalia a adiposidade visceral e tem sido considerada como melhor indicador das alterações de gordura visceral que a razão da cintura/quadril, sendo, portanto, preconizada para avaliação do risco cardiovascular (Krauss e colaboradores, 2000).

As rápidas mudanças na composição da dieta da população mundial e no estilo de vida derivados da modernização, desenvolvimento da economia e facilidade de acesso aos meios de consumo favoreceram o acelerado desenvolvimento da obesidade, em todas as faixas etárias (WHO, 2003).

Muitos estudos têm demonstrado associação entre a qualidade da dieta e as DCNT (Ades e Kerbauy, 2002).

O tratamento primário da obesidade deve incluir alterações gerais na postura familiar em relação aos hábitos alimentares, estilo de vida, atividade física e correção alimentar de longa duração (Fisberg, 2006).

Práticas alimentares têm repercussão importante no estado de saúde e por isso, o estímulo para adoção de hábitos alimentares e de estilo de vida saudáveis fazem parte das metas para atingir a saúde. São necessárias mudanças baseadas na escolha e no preparo dos alimentos de maneira que promovam adoção de uma alimentação saudável e equilibrada (Marinho, Hamann e Lima, 2007).

Embora muitas das dietas de emagrecimento sejam eficazes na redução ponderal em curto prazo, a avaliação qualitativa dessas dietas muitas vezes não é conhecida (MA e colaboradores, 2007).

Nos estudos com intervenções dietoterápicas de substituições de refeições ou com dietas muito restritas em energia, foi observada maior perda ponderal do peso ao final de seis meses, entretanto esse tipo de intervenção foi acompanhado de rápida recuperação do peso perdido (Almeida e colaboradores, 2009).

O objetivo do estudo foi demonstrar o impacto das mudanças dos hábitos alimentares na perda de peso adultos, de ambos os sexos, com idade entre 18 a 60 anos, através do acompanhamento nutricional individualizado.

MATERIAIS E MÉTODOS

A pesquisa classifica-se como pré-experimental (Liberali, 2008). Foram acompanhados 75 adultos, com idade entre 18 e 60 anos, trabalhadores de indústrias do Sul de Santa Catarina. Todos os indivíduos estavam com excesso de peso ou obesidade.

No que refere aos aspectos éticos, as avaliações não tinham nenhum dado que identificasse os indivíduos e que lhes

causassem constrangimento ao responder. Além disso, todos os participantes aceitaram voluntariamente, após obtenção de consentimento verbal e uma autorização por escrito.

Os princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki e na Resolução nº 196 de 10 de Outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde foram respeitados em todo o processo de realização desta pesquisa.

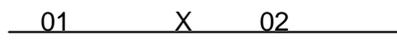
Para a coleta dos dados, foi aplicado na primeira consulta um questionário adaptado de Niero (2004), contendo variáveis como idade, estado civil, grau de instrução, preferências e aversões alimentares, intolerâncias, ingestão hídrica, função intestinal, uso de medicamentos, histórico familiar das doenças e co-morbidades, peso, altura, CC e anamnese alimentar.

O Índice de Massa Corporal foi calculado através da fórmula proposta pelo

comitê da FAO/OMS em 1985 ($IMC = P/A^2$) e classificado conforme a FAO/OMS, onde valores entre 18,5 e 24,9 kg/m^2 foram classificados como normais, valores entre 25 e 29,9 kg/m^2 foram classificados como excesso de peso, valores entre de 30 e 34,9 kg/m^2 classificados como obesidade I e acima de 35 kg/m^2 obesidade II (WHO, 1995).

A circunferência da cintura foi classificada pelos pontos de corte sugeridos pela OMS, considerando adequado valores inferiores a 80cm para mulheres e 94cm para os homens. Valores acima de 80cm para mulheres e 94cm para homens foi considerado alto risco para DCV e valores acima de 88cm para mulheres e 102cm para homens foi considerado risco muito alto para o desenvolvimento de DCV (Krauss e colaboradores, 2000).

Desenho experimental



01 = medidas do pré-teste

02 = medidas do pós-teste

X= O tempo médio da primeira consulta era de uma hora e os retornos tinham média de duração de trinta minutos.

As consultas eram agendadas a cada vinte dias e os indivíduos eram acompanhados no período de quatro meses. A cada retorno, os pacientes eram reavaliados quanto ao peso e CC, recebiam material educativo sobre obesidade, alimentação saudável, dieta personalizada e orientações quanto à melhoria nos aspectos alimentares, individualizado para cada situação.

A análise estatística foi feita através do software Graph Pad prisma 5 para Windows. O nível mínimo de significância estabelecido foi de 5%, sendo $p < 0,05$. Os resultados foram analisados utilizando-se estatística descritiva, calculando média e desvio-padrão. Para as comparações entre antes e depois do acompanhamento, utilizou-se o teste *t* pareado.

RESULTADOS

Participaram do estudo 75 adultos, de ambos os sexos, com idade entre 18 e 60 anos. As análises foram feitas separando o grupo de homens e mulheres, já que eles

possuem alguns parâmetros de classificação diferenciados.

A tabela 1 apresenta as características da população e perfil nutricional no início do acompanhamento.

Observa-se que houve predomínio do público masculino e que todos os indivíduos apresentaram sobrepeso ou obesidade no início do acompanhamento. Dos pacientes atendidos, 1/3 já apresentava alguma doença associada.

Nas tabelas 2 e 3, estão dispostos o comportamento das variáveis antes e depois do acompanhamento, para homens e mulheres, respectivamente.

Estão descritos a perda de peso, o IMC, a CC, a RCQ e o perfil nutricional. Para a perda de peso, IMC, CC e CQ, o valor de *p* foi menor que 0,05, mostrando haver uma diferença significativamente estatística entre os valores antes e depois do acompanhamento.

Quanto a RCQ, as análises não mostraram significância estatística. Pode-se observar que no início do acompanhamento

todos os pacientes estavam com sobrepeso ou obesidade e, ao final de 4 meses de

acompanhamento, oito pacientes estavam com o peso saudável.

Tabela 1 - Características da amostra

Amostra	Homens (n=48)	Mulheres (n=27)
Idade (anos)	32,2±9,3	32,2±9,2
Altura (m)	1,73±0,1	1,63±0,1
Tabagismo (número de sujeitos tabagistas)	6/48	0/27
Doenças associadas (número de sujeitos apresentando pelo menos uma doença)	15/48	10/27
Obesidade (%)	41,6	44,4
Sobrepeso (%)	58,3	55,5
Eutrofia (%)	0	0
Atividade física (%)	2,08	11,11

Valores expressos em média ± desvio padrão.

Tabela 2 - Comportamento das variáveis antes e depois do aconselhamento nutricional na amostra do sexo masculino.

Homens (n=48)	Antes	Depois	P
Peso (kg)	89,4±15,1	86±14	<0,0001
IMC (Kg/m ²)	29,9±4	28,9±3,9	<0,0001
CC (cm)	103,8±11,5	98,9±10,2	<0,0001
CQ (cm)	111,2±8,2	108,7±8,5	<0,0001
RCQ	0,9±0,1	0,9±0,1	NS
Obesidade (%)	41,6	25	-
Sobrepeso (%)	58,3	64,6	-
Eutrofia (%)	0	10,4	-
Atividade física (%)	2,08	27,08	-

Valores expressos em média ± desvio padrão. IMC, índice de massa corporal; CC, circunferência da cintura; CQ, circunferência do quadril; RCQ, relação cintura-quadril. Valor de *P* em relação a diferença das médias das variáveis (antes e depois) 4 meses após a intervenção (aconselhamento nutricional). Teste *t* pareado; *P*<0,05.

Tabela 3 - Comportamento das variáveis antes e depois do aconselhamento nutricional na amostra do sexo feminino.

Mulheres (n=27)	Antes	Depois	P
Peso (kg)	81,3±13	78,6±12	<0,0001
IMC (Kg/m ²)	30,8±5	29,8±4,5	0,0002
CC (cm)	103,4±12,2	98,7±10,6	<0,0001
CQ (cm)	113,1±9,4	110,4±9,8	<0,0001
RCQ	0,9±0,1	0,9	NS
Obesidade (%)	44,4	33,3	-
Sobrepeso (%)	55,5	55,5	-
Eutrofia (%)	0	11,1	-
Atividade física (%)	11,1	44,4	-

Valores expressos em média e desvio padrão. IMC: índice de massa corporal; CC: circunferência da cintura; CQ: circunferência do quadril; RCQ: relação cintura-quadril.

Valor de *P* em relação a diferença das médias das variáveis (antes e depois) 4 meses após a intervenção (aconselhamento nutricional). Teste *t* pareado; *P*<0,05.

DISCUSSÃO

O presente estudo investigou se o acompanhamento nutricional foi eficaz na perda de peso de colaboradores da indústria.

Esses trabalhos mostram-se importantes na medida em que a obesidade tem sido considerada um problema de saúde pública tanto em países desenvolvidos como em

países em desenvolvimento (Monteiro, Conde, Popkin, 2004).

Atualmente, os custos relacionados à obesidade podem chegar a 7% do gasto nacional com a saúde. Os números atuais de prevalência da obesidade projetam um cenário alarmante em um futuro próximo. Além dos custos diretos, os custos indiretos, expressos pelos aspectos psicossociais relacionados com a queda da auto-estima e discriminação sofrida por esses indivíduos, não deve ser esquecidos (ABESO, 2011).

Os resultados apresentam uma população relativamente jovem, com média de idade de 32,2±9,2 anos, por se tratar de indivíduos economicamente ativos. Houve predomínio do gênero masculino, já que duas das cinco empresas eram metalúrgicas, ramo bastante masculinizado. As análises foram realizadas entre os homens e mulheres, separadamente pelos pontos de corte serem diferentes entre os sexos.

Houve perda de peso em ambos os grupos, sendo que a média de perda de peso entre as mulheres foi de 2,7kg e, entre os homens, 3,4kg. Em um estudo realizado por Geraldo e colaboradores (2008), diabéticos tiveram perda de peso de 4,7kg entre as mulheres e 3,5kg entre os homens.

O IMC também teve uma queda significativa, colocando 10,75% da amostra dentro dos valores de IMC considerados normais. Houve queda do número de obesos e leve aumento nos indivíduos sobrepeso.

Tais modificações assemelham-se aos números encontrados por Klack e Carvalho (2008) após intervenção nutricional com pacientes com síndrome do anticorpo antifosfolípide, onde encontrou 14% de eutróficos, 59% sobrepeso e 27% obesos após três meses de aconselhamento nutricional.

Em relação à CC, houve diferença significativa entre os dois gêneros, mas o grupo dos homens conseguiu reduzir o risco cardiovascular, regredindo sua média do grupo da obesidade central 103cm±11,85 para sobrepeso 98,9cm±10,2 enquanto as mulheres não alteram sua classificação.

O acompanhamento nutricional pode servir de ferramenta para os setores públicos e privados para redução do peso corporal e conseqüente redução dos riscos associados a obesidade e melhora da qualidade de vida.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos mostram a importância da valorização do acompanhamento nutricional, já que ele pode ser um auxiliar na redução do peso de adultos. Esse tipo de intervenção ganha destaque na epidemia de obesidade que o mundo está.

REFERÊNCIAS

- 1-Ades, L.; Kerbauy, R.R. Obesidade e indagações. Psicologia USP. Vol.13. p.199-216. 2002.
- 2-Almeida, J.C.; Rodrigues, T.C.; Silva, F.M.; Azevedo, M.J. Revisão sistêmica de dietas de emagrecimento: papel dos componentes dietéticos. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia. Vol. 53. Núm.5. p.673-287. 2009.
- 3-Alves, M.N.R. Os efeitos da obesidade na resposta imune. Revista Brasileira de Nutrição Clínica. São Paulo. Vol.21. Núm.4. p.93-99. 2006.
- 4-Anjos, L.A. Índice de massa corporal como indicador de estado nutricional em adultos: revisão de literatura. Revista de Saúde Pública. Vol. 26. Núm.6. 1992.
- 5-Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica-ABESO. Custos da obesidade no Brasil e no mundo. Acessado em www.abeso.com.br em 22/03/2011.
- 6-Fisberg, M. Obesidade na infância e adolescência. Revista Brasileira de Educação Física Esporte. Vol. 20. Núm.5. 2006.
- 7-Hill, J.O.; Wjatt, H.R.; Reed, J.W.; Peters, J.C. Obesity and the environment: where do we go from here? Science. Vol. 299. p.853-5. 2003.
- 8-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. POF 2008-2009: desnutrição cai e peso das crianças brasileiras ultrapassa padrão internacional. Acessado www.ibge.com.br em 06/12/2010.

9-Klack, K.; Carvalho, J.F. A importância da intervenção nutricional na redução do peso corpóreo em pacientes com síndrome do anticorpo antifosfolípide. *Rev Bras Reumatol*. Vol. 48. Núm.3. p.134-140. 2008.

10-Krauss, R.M.; Eckel, R.H.; Howard, A.L.J.; Daniels, S.R.; Deckelbau, R.J. Revision 2000: a statement for healthcare professionals from the Nutrition Committee of the American Heart Association. American Heart Association. Vol. p.2284-99. 2000.

11-Lessa, I. O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis. São Paulo. Hucitec. 1998.

12-Liberali, R. Metodologia Científica Prática: um saber-fazer competente da saúde à educação. Florianópolis: (s.n.), 2008.

13-Marinho, M.C.S.; Hamann, E.M.; Lima, A.C.C.F. Práticas e mudanças no comportamento alimentar na população de Brasília, Distrito Federal, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. Recife. Vol.7. Núm.3. p.251-261. 2007.

14-MA, Y.; e colaboradores. A dietary quality comparison of popular weight-loss plans. *Journal of the American Dietetic Association*. Vol.107. Núm.10. p.1786-91. 2007.

15-Monteiro, C.A.; Conde, W.L.; Popkin, B.M. The burden of disease from undernutrition and overnutrition transition: a view from Brazil. *Am J Public Health*, Vol.94, Núm.3, p433-4, 2004.

16-Niero, D.M. Uma Abordagem Nutricional: para melhoria da qualidade de vida do trabalhador. 2004. Dissertação de Mestrado em Engenharia com Ênfase em Gerência de Serviços. Programa de Pós-graduação da Escola de Engenharia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2004.

17-Pimenta, A.P.A.; Palma, A. Perfil epidemiológico da obesidade em crianças: relação entre televisão, atividade física e obesidade. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*. Brasília. Vol.9. Núm.4. p.19-24. 2001.

18-Souza, A.S.; Kling, M.R.S.; Navarro, F. A importância da orientação e reeducação nutricional no tratamento da obesidade. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*. São Paulo. Vol.1. Núm. 5. p.50-58. 2007.

19-Souza, A.S.L.; Tabosa, C.R.M.; Honório, P.R.S.; Costa, C.P.; Navarro, A.C. Alterações do estilo de vida promovem emagrecimento em famílias de campina grande e João Pessoa/PB, 2009. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, São Paulo v.3, n. 14, p.145-55. 2009.

20-World Health Organization. Physycal status: the use and interpretation of antropometric indicat nutritional satatus. *Who Tech Resp Ser*. Genova. Núm. 854. 1995.

Endereço para correspondência:
 Rua Flores da Cunha 457, apto 404
 São Leopoldo- RS
 CEP 93010-160

Recebido para publicação em 27/11/2011
 Aceito em 12/12/2011