

EFEITO DA PARTICIPAÇÃO EM GRUPOS OPERATIVOS PARA REDUÇÃO DE PESO EM CONHECIMENTOS E PARÂMETROS NUTRICIONAIS

Vanessa Silva Padilha¹, Mariany Silva Vaz¹
 Erika Barbosa Lagares², Lucilene Rezende Anastácio³

RESUMO

Objetivo: avaliar o nível de conhecimento sobre alimentação e nutrição, modificações nos hábitos alimentares e em variáveis antropométricas de usuários com sobrepeso e obesos antes e após participação em grupos de reeducação alimentar. Métodos: Estudo longitudinal com avaliação de 23 indivíduos portadores de excesso de peso participantes de grupo operativo voltado para emagrecimento e reeducação alimentar, que foram avaliados em dois momentos, por meio de questionários de frequência alimentar, conhecimento nutricional e alimentar e avaliação de dados antropométricos. Resultados: Os participantes frequentes (n=23) perderam peso (média de 2,5 ± 4,1 kg) e tiveram redução da circunferência da cintura (em média de 4,8 ± 4,6 cm) de forma significativa (p=0,009 e <0,001, respectivamente). Em relação ao conhecimento nutricional, também foi observada melhora, com redução significativa do número total de erros (de 43,5 ± 10,3% para 32,0 ± 11,2%; p<0,05) no questionário aplicado. No consumo alimentar, percebeu-se aumento significativo (p<0,05) na frequência de consumo de alimentos como de hortaliças na forma de saladas cruas, hortaliças cozidas e leite ou iogurtes e a diminuição do consumo de alimentos como batata frita, de pacote; salgadinhos fritos e biscoitos. Conclusão: A participação dos usuários nos grupos operativos para perda de peso resultou em melhoras nos conhecimentos, hábitos alimentares e redução significativa de peso e circunferência da cintura.

Palavras-chave: Antropometria. Atenção Primária à Saúde. Educação Alimentar e Nutricional. Grupos de Auto Ajuda. Obesidade.

1-Discendente do curso de Nutrição da Universidade de Itaúna, Minas Gerais, Brasil.

2-Nutricionista graduada pela Universidade de Itaúna, Minas Gerais, Brasil.

ABSTRACT

Effect of operative groups for obese adults on nutrition knowledge and parameters

Objective: To assess the level of knowledge about food and nutrition, changes in eating habits and anthropometric users overweight and obese before and after participation in nutritional education groups. Methods: A longitudinal study evaluating 23 individuals with overweight participants operating group focused on weight loss and nutritional education, which were assessed in two stages, through food frequency questionnaires, nutrition knowledge and food and evaluation of anthropometric data. Results: The common participants (n = 23) lost weight (average 2.5 ± 4.1 kg) and had a significantly reduction of waist circumference (average of 4.8 ± 4.6 cm) (p = 0.009 and <0.001, respectively). Regarding nutritional knowledge was also observed improvement, with significant reduction in the total number of errors (43.5 ± 10.3% to 32.0 ± 11.2%; p <0.05) in the applied questionnaire. In food consumption, realized a significant increase (p <0.05) in the frequency of consumption of foods such as vegetables in the form of raw salads, cooked vegetables and milk or yogurt and a decrease in consumption of foods such as potato chips, package ; fried snacks and cookies. Conclusion: The participation of users in operative groups for weight loss resulted in improvements in knowledge, eating habits and a significant reduction in weight and waist circumference.

Key words: Anthropometry. Primary Health Care. Food and Nutrition Education. Self-Help Groups. Obesity.

3-Doutora em Ciências Aplicadas à Saúde do Adulto, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Docente do Curso de Nutrição, Universidade de Itaúna, Minas Gerais, Brasil.

INTRODUÇÃO

A obesidade é um grande problema de saúde pública do mundo e, nos países desenvolvidos, atualmente ela é o principal problema de saúde a enfrentar. O sobrepeso e a obesidade são resultados de um desequilíbrio entre o consumo de alimentos e o gasto energético (Gee e Mahan, 2011).

As consequências do excesso de peso à saúde têm sido demonstradas em diversos trabalhos.

Pessoas obesas possuem risco elevado para desenvolvimento de doenças tais como o diabetes mellitus, hipertensão arterial, dislipidemias, doenças cardiovasculares, alguns tipos de câncer e problemas respiratórios (Gigante e colaboradores, 1997).

Ainda, o excesso de peso pode estar associado à depressão e comportamentos de esquivia social, que prejudicam a qualidade de vida.

De acordo com Mello e colaboradores (2004), obesidade é considerada problema de saúde pública e é considerada como a terceira doença nutricional do Brasil, perdendo apenas para anemia e desnutrição (Tardido e Falcão, 2006).

Malta e colaboradores (2006), em seu estudo sobre doenças crônicas não transmissíveis, apontam o excesso de peso como fator de risco para as mesmas e os gastos públicos relativos aos tratamentos de tais doenças, os quais somam 7,5 bilhões/ano considerando apenas os gastos diretos, em internações e atendimentos ambulatoriais.

Segundo a Pesquisa de Orçamento Familiar 2008-2009 (2010), o sobrepeso e a obesidade mostraram crescimento em todas as idades, e acometem cerca de 48,0% das mulheres e 50,1% dos homens acima de 20 anos na população brasileira (Conde e Borges, 2011).

A prevenção e controle da obesidade contribuem para a economia de altos recursos financeiros destinados ao tratamento de doenças proveniente da mesma (Lamounier e Parizzi, 2007).

O conhecimento sobre alimentação e nutrição é um dos caminhos para a criação de bons hábitos, uma vez que pode transformar as atitudes e comportamentos alimentares.

Estudos mostram que o desconhecimento nutricional pode estar envolvido com aumento da obesidade, embora

haja contradições em relação ao conhecimento e comportamento alimentar, tendo como influentes também outros fatores, como o nível de escolaridade (Tardido e Falcão, 2006; Triches e Giugliane, 2005; Datilo e colaboradores, 2009; Vargas e colaboradores, 2011).

A atenção básica do Sistema Único de Saúde deve ser o contato principal dos usuários, sua porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde, segundo a Política Nacional da Atenção Básica.

Visando potencializar a ação das Equipes de Saúde da Família (ESFs), foram criados os NASF (Núcleos de Apoio à Saúde da Família), constituídos por equipes multidisciplinares.

Dentre as várias ações desenvolvidas por essas equipes, destaca-se a execução de grupos operativos e, dentre eles, grupos voltados para a redução de peso de usuários com sobrepeso e obesidade com intuito de prevenção de agravos e promoção da saúde. Tais grupos são voltados para reeducação alimentar por meio de atividades de educação nutricional de forma coletiva.

Embora o excesso de peso seja um problema de incidência crescente, estudos que avaliem a efetividade de atividades de intervenção voltadas para esses grupos ainda são escassos. Especialmente, intervenções desenvolvidas na atenção primária em saúde.

Dessa forma, o objetivo desse trabalho foi avaliar o nível de conhecimento sobre alimentação e nutrição, modificações nos hábitos alimentares e em variáveis antropométricas de usuários com sobrepeso e obesos antes e com a participação em grupos de reeducação alimentar voltados para redução de peso, acompanhados pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família de uma regional do município de Contagem-MG.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo longitudinal, que ocorreu no período de fevereiro a abril de 2014, no qual usuários com sobrepeso e obesidade de um grupo operativo para reeducação alimentar foram avaliados quanto aos seus conhecimentos em alimentação e nutrição, hábitos alimentares e suas variáveis antropométricas.

Usuários participantes desses grupos conduzidos por uma equipe de NASF de uma regional da cidade de Contagem-MG foram avaliados antes e após oito semanas de participação nestes grupos.

Os usuários de Equipes de Saúde da Família participantes destes grupos foram convidados a participar da pesquisa e os interessados assinaram o Termo de Esclarecimento Livre e Esclarecido (TCLE). O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade de Itaúna sob protocolo de número 632.618.

O NASF desta regional desenvolve, com frequência, grupos voltados para o tratamento de usuários com excesso de peso.

Tais grupos acontecem por meio de encontros uma vez por semana e duram, em média, 90 minutos.

Os grupos têm duração de dois meses e, geralmente, têm oito encontros, com os mesmos participantes do início ao fim.

Os temas abordados, de forma dinâmica e participativa, giram em torno de reeducação alimentar e mudança de hábitos de vida, relacionados à prática de exercícios físicos, controle da ansiedade, dentre outros comportamentos que podem afetar a perda de peso.

Os encontros geralmente seguem uma determinada ordem para debate de temas e um cronograma, entretanto, outras demandas dos usuários também são abordadas, tal qual é observado no quadro 1.

Quadro 1 - Temas abordados, métodos e materiais necessários em cada um dos oito encontros promovidos no grupo de reeducação alimentar para indivíduos com excesso de peso, Contagem-MG, 2014.

Encontro	Tema
1º	Apresentação da proposta e dos integrantes + 10 passos para Alimentação Saudável
2º	Roda de conversa sobre mudanças de hábitos principais para a perda de peso + Montagem da Pirâmide Alimentar adaptada para população brasileira
3º	Discussão sobre tamanho e número de porções do Guia Alimentar + Montagem de plano alimentar voltado para o emagrecimento
4º	Degustação de edulcorantes e debate sobre mitos e verdades do seu uso
5º	Roda de conversa sobre atividade física moderada por fisioterapeuta do NASF
6º	Roda de conversa sobre saúde mental moderada por psicólogo do NASF
7º	Jogo sobre monitoramento e reforço de mudanças
8º	Oficina culinária de encerramento

Nesse estudo, todos os indivíduos portadores de sobrepeso e obesidade convidados e presentes no primeiro e oitavo encontros tiveram seus conhecimentos sobre alimentação e nutrição, hábitos alimentares e parâmetros antropométricos avaliados. Usuários que não estavam dentro da faixa de Índice de Massa Corporal (IMC) para excesso de peso ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$) e os que não compareceram aos encontros nos dias de aplicação do questionário final foram excluídos da pesquisa.

Medidas antropométricas de cada usuário, como peso, altura e circunferência da cintura foram obtidas na primeira e oitava avaliação. O estado nutricional dos usuários foi classificado conforme o IMC.

Valores de IMC foi entre 25,0 e 29,9 kg/m^2 foram classificados como sobrepeso, de

30,0 a 34,9 kg/m^2 , obesidade grau I; 35,0 a 39,9 kg/m^2 , obesidade grau II e valores de IMC superiores a 40,0 foram categorizados em obesidade grau III de acordo com WHO de 1995.

Os usuários foram também classificados quanto ao risco de comorbidades metabólicas segundo a medida de circunferência da cintura em risco aumentado (entre $\geq 80,0$ a $87,0 \text{ cm}$ para mulheres e $\geq 94,0$ a $101,0 \text{ cm}$ para homens) ou muito aumentado ($\geq 88 \text{ cm}$ para mulheres e $\geq 102 \text{ cm}$ para homens) (WHO, 1995).

O peso dos usuários foi obtido por meio de balança digital da marca Tanita Iromann, com capacidade máxima de 150 kg e subdivisões de 100 g. A estatura foi aferida por meio do estadiômetro acoplado à balança Filizola®. Para estas aferições, os usuários

ficaram de pé, descalços, com calcanhares juntos, costas retas e os braços estendidos ao longo do corpo, trajando roupas leves. A circunferência da cintura foi aferida por meio de fita métrica inelástica subdividida em centímetros.

O questionário de conhecimento nutricional foi composto por 20 questões fechadas sobre diversos grupos de alimentos e hábitos alimentares, sendo elaborado com base no estudo de Guadagnin (2010) e no questionário do SISVAN.

O questionário de frequência alimentar adotado foi o sugerido pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) para indivíduos de 5 anos de idade ou mais (Brasil, 2008). Esses questionários também foram aplicados na primeira e oitava semana do grupo.

O nível de conhecimento foi determinado pelas pesquisadoras com base na divisão do total de acertos em três categorias (baixo, médio e elevado). Usuários com menos de 30% de acertos foram considerados com baixo conhecimento nutricional, aqueles que ficaram entre 30% e 70% de acertos, foram considerados com conhecimento moderado e aqueles com mais de 70% de acertos, conhecimento elevado.

Os dados foram avaliados por meio dos softwares Excel da Microsoft e Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 17.0.

Dados categóricos foram apresentados sob a forma de números absolutos e percentuais e numéricos, sob a forma de média e desvio-padrão ou mediana, mínimo e máximo (conforme a distribuição de dados, verificada por meio do teste estatístico de Kolmogorov Smirnov).

O nível de conhecimento sobre alimentação e nutrição, os parâmetros antropométricos e dados de ingestão alimentar dos usuários avaliados, ao início e ao final do grupo, foram comparados por meio dos testes de Mc Nemar, T pareado ou Wilcoxon. O nível de significância adotado foi de 5%.

RESULTADOS

Foram convidados 100 usuários de dez ESFs para participar de três grupos voltados para a redução de peso e reeducação alimentar de usuários com excesso de peso no território da Regional Ressaca, do município de Contagem-MG. Compareceram à primeira avaliação 60 pessoas e nesta ocasião, os mesmos preencheram os questionários deste trabalho.

Dois usuários foram excluídos da pesquisa por terem IMC inferior a 24,9 kg/m², mas permaneceram participando dos grupos. Após dois meses, no oitavo encontro do grupo, 23 participantes estavam frequentes e responderam novamente o questionário.

Tabela 1 - Caracterização geral da amostra de usuários participantes de grupos de redução de peso de adultos com sobrepeso e obesidade (n=60), Contagem-MG, 2014.

Características	%	n	Média DP
Sexo Feminino	91,7	55	-
Sexo Masculino	8,3	5	-
Circunferência da cintura (cm)	-	-	109,5 ± 12,9
Risco de comorbidades aumentado	1,0	1	-
Risco de comorbidades muito aumentado	99,0	57	-
Idade (anos)	-	-	43,5 ± 15,8
Estatuta (m ²)	-	-	2,5 ± 0,2
Peso (kg)	-	-	91,8 ± 18,7
Índice de massa corporal (kg/m ²)	-	-	36,1 ± 6,0
Classificação dos usuários participantes (n=23)	%		
Sobrepeso	6,89		
Obesidade grau I	31,03		
Obesidade grau II	39,65		
Obesidade grau III	22,41		

Legenda: n Total da amostra.

Tabela 2 - Dados antropométricos de usuários participantes de grupos de redução de peso e reeducação alimentar adultos (n=23), Contagem-MG, 2014.

Variáveis	Media (±)	Media (±)	P
	Desvio Padrão	Desvio Padrão	
	Antes	No 8º encontro	
Idade	49,1 ± 14,8	49,1 ± 14,8	-
Estatura (m)	1,6 ± 0,1	1,6 ± 0,1	-
Peso (kg)	90,4 ± 15,8	87,9 ± 14,7	0,009*
Índice de massa corporal (kg/m ²)	35,9 ± 4,8	34,9 ± 4,5	0,011*
Circunferência da cintura (cm)	110,6 ± 10,9	105,7 ± 9,6	<0,001*

Legenda: *p<0,05; Teste t pareado.

Tabela 3 - Análise do questionário de frequência alimentar antes e na oitava semana do grupo de usuários participantes de grupos de redução de peso e reeducação alimentar adultos, Contagem-MG, 2014.

Alimentos/bebida	Antes		Depois		Valor de p
	Média ± Desvio Padrão	Mediana (mínimo= máximo)	Média ± Desvio Padrão	Mediana (mínimo= máximo)	
Salada crua	4,5 ± 2,0	4 (2-7)	5,8 ± 1,8	7 (2-7)	0,048*
Legumes e verduras cozidas	3,1 ± 2,0	3 (0-7)	4,5 ± 2,1	4 (1-7)	0,038*
Frutas	3,9 ± 2,7	3 (0-7)	5,1 ± 2,5	7 (0-7)	0,126
Feijão	5,6 ± 2,6	0 (0-7)	5,8 ± 2,4	7 (0-7)	0,777
Leite ou iogurte	4,6 ± 2,8	6 (0-7)	5,4 ± 2,3	7 (0-7)	0,028*
Batata frita, de pacote e salgados fritos	1,1 ± 1,4	1 (0-7)	0,6 ± 1,3	0 (0-6)	0,043*
Hamburger e embutidos	1,0 ± 0,9	1 (0-4)	0,7 ± 1,0	0 (0-3)	0,202
Bolachas/biscoitos salgados ou salgadinhos de pacote	2,2 ± 2,1	2 (0-7)	0,8 ± 1,3	0 (0-5)	0,007*
Bolachas/biscoitos doces ou recheados, doces, balas e chocolates	1,7 ± 1,9	1 (0-7)	0,8 ± 1,5	0 (0-7)	0,051
Refrigerantes	1,7 ± 2,1	1 (0-7)	0,8 ± 1,4	1 (0-7)	0,061

Legenda: *p<0,05; Teste t pareado.

A média de idade dos usuários no momento da avaliação foi de 49,1 ± 14,8 anos de idade (Tabela 1).

O IMC médio destes indivíduos foi de 36,1 ± 6,0 kg/m² e grande parte eram do sexo feminino (91,7%; n=55). Considerando-se a classificação do IMC dos indivíduos observou-se a maior parte deles era portadora de obesidade grau II.

Com o decorrer dos encontros, foi possível observar nos indivíduos que permaneceram frequentando o grupo (n=23) uma redução significativa (p<0,05) no peso, IMC e circunferência da cintura.

Houve redução média de peso (2,5 ± 4,1 kg), IMC (0,9 ± 1,6 kg/m²) e de circunferência da cintura (4,8 ± 4,6 cm) (Tabela 2).

Analisando-se o questionário de frequência alimentar, percebeu-se aumento

significativo (p<0,05) no consumo de determinados grupos de alimentos, como de hortaliças (na forma de saladas cruas, legumes e verduras cozidas) e leite ou iogurtes.

Também foi significativa a diminuição do consumo de alimentos como bolachas/biscoitos salgados ou salgadinhos de pacote, batatas fritas e de pacote e salgados fritos (Tabela 3).

Em relação aos conhecimentos nutricionais, a média de acertos no questionário foi de 11,6 ± 5,75 ao início e 12,6 ± 4,5 questões ao final. O percentual de erros em relação ao número total de questões foi de 43,5 ± 10,3% e 32,0 ± 11,2%, respectivamente.

A redução observada foi estatisticamente significante considerando o total de questões (p<0,05) e considerando as

questões relacionadas aos conhecimentos sobre as doenças advindas da obesidade, entre elas Diabetes Melitus, hipertensão arterial, infarto, derrame, obesidade e câncer; rotulagem de alimentos; consumo de frituras e gorduras; tipo do leite e tempero usados; e rotina diária de alimentação (Tabela 4).

O nível de acertos estratificado antes da intervenção foi de 4,3% para baixo nível,

91,3% para moderado nível e 4,3% alto nível de conhecimentos nutricionais. Ao final da pesquisa, o percentual de acertos subiu de forma que 43,5% dos indivíduos fossem classificados como indivíduos com alto nível de conhecimentos e o número de indivíduos com moderado nível de conhecimentos foi de 56,5%.

Tabela 4 - Análise dos erros do questionário de conhecimento alimentar dos 23 participantes antes e depois dos grupos de reeducação alimentar (Contagem-MG, 2014).

Pergunta	Nº de acertos antes da intervenção	Nº de acertos após intervenção	P
1.Quantas vezes você consome alimentos na forma de frituras?	8 (34,8%)	17 (73,9%)	0,012*
2.Na sua opinião, qual (is) doença (s) pode (m) estar relacionada (s) com o que as pessoas comem e bebem?	14,7 (63,8%)	17 (73,9%)	0,225
3.Qual(is) dessa(s) atitude(s) ajudaria(m) você a reduzir suas chances de ter essas doenças?	19,7 (85,5%)	18,7 (81,2%)	0,038*
4.Quantas vezes por dia devemos consumir frutas e hortaliças para ter boa saúde?	11 (47,8%)	16 (69,6%)	0,076
5.As gorduras abaixo devem ser evitadas na alimentação?	3,3 (14,1%)	8 (34,8%)	0,001*
6.Os alimentos abaixo possuem muito ou pouco sal:	16,3 (71,0%)	16,8 (73,2%)	0,727
7.Quais das opções abaixo NÃO são exemplos de lanche saudável?	10 (43,5%)	12 (52,5%)	0,727
8.Pela legislação brasileira, o dizer "0% de gordura trans" no rótulo significa que o alimento não possui este tipo de gordura como um de seus ingredientes.	8 (34,8%)	13 (56,5%)	0,267
9.Todos os alimentos <i>diet</i> e <i>light</i> são mais saudáveis.	6 (26,1%)	8 (34,8%)	0,687
10.Você costuma tirar a gordura parente das carnes, a pele de frango ou outro tipo de ave?	17 (73,9%)	21 (91,3)	0,219
11.Que tipo de leite e seus derivados você habitualmente consome?	8 (34,8%)	19 (82,6%)	0,001*
12. Qual o tipo de gordura é mais usada na sua casa para cozinhar os alimentos?	23 (100%)	19 (82,6%)	0,250
13.Você costuma colocar mais sal nos alimentos quando já servidos em seu prato?	19 (82,6%)	21 (91,3%)	0,625
14. Qual tipo de tempero você utiliza para fazer as preparações em casa?	10 (43,5%)	18 (78,3%)	0,021*
15. Pense na sua rotina semanal: quais as refeições você costuma fazer habitualmente no seu dia?	13,5 (59,7%)	16,7 (72,5%)	0,010*
16. Você faz atividade física REGULAR, isto é, pelo menos, 30 minutos por dia, todos os dias da semana, durante o seu tempo livre?	13 (56,5%)	16 (69,6%)	0,508
17. Você costuma ler a informação nutricional que está presente no rótulo de alimentos?	5 (21,7%)	14 (60,9%)	0,035*
18. Você sabe o que é IMC?	4 (17,4%)	5 (21,7%)	0,999
TOTAL (média/DP)	11,6 ± 5,75 (49,9% ± 25)	15,4 ± 4,55 (65,3% ± 19,7)	<0,001*

Legenda: *p<0,05; Teste de Mc Nemar. Legenda: IMC: Índice de Massa Corporal; DP: Desvio-Padrão.

DISCUSSÃO

Os indivíduos participantes dos grupos operativos voltados para redução de peso e reeducação alimentar, experimentaram redução significativa de medidas antropométricas, melhora na frequência do consumo alimentar e aumento de conhecimentos nutricionais.

Como a obesidade é doença extensamente prevalente no mundo, faz-se necessário, no campo das políticas públicas, a implementação de ações articuladas e condizentes onde diversas ações, saberes e práticas se complementem para mudança deste cenário (Brasil, 2009).

Há evidências de que o apoio social vivenciado em grupos melhora o prognóstico com relação à mudança no estilo de vida e que este é uma das mais potentes e terapêuticas formas de cuidado (Brasil, 2006).

Segundo Buttriss citado por Moreira e colaboradores (2012), as taxas de abandono encontradas nestes estudos podem ser decorrentes ao fato dos inscritos no programa talvez não se encontrarem em estágios mudança de comportamento favoráveis e, portanto, não estarem preparados ou motivados para a ação, ou seja, para a mudança de hábitos e conseqüentemente para a redução de peso. No presente estudo, dos 100 indivíduos convidados, apenas 60 compareceram ao primeiro encontro e desses, apenas 23 mantiveram-se frequentes até o 8º encontro.

Os usuários participantes dos grupos que prosseguiram nas atividades tiveram redução de peso significativa, em média $2,5 \pm 4,1$ kg, o que aponta para eficácia dos grupos no decorrer dos encontros após dois meses de intervenção. A perda de peso observada correspondeu, em média, a $2,6 \pm 4,1\%$ do peso corporal inicial em dois meses.

De acordo com o Ministério da Saúde, uma pequena redução de peso, como por exemplo, de um a dois quilogramas, em um mês ou dois meses, já traz ganhos importantes na saúde, e se a redução gradual for se dando ao longo de um tempo maior, uma redução em torno de 5 a 7% do peso reduz a resistência insulínica, melhora o controle da glicemia, dos lipídeos séricos e promove redução da pressão arterial (Brasil, 2006).

Se os participantes mantiverem a perda de peso, em seis meses terão perdido em média 7,5 kg e, em um ano, 15 kg.

Em relação à circunferência da cintura, houve redução em média de $4,8 \pm 4,6$ cm. Tal resultado é importante uma vez que valores aumentados de circunferência da cintura estão relacionados ao risco de 2,5 a 4,0 vezes maior de desenvolvimento de doença cardiovascular (WHO, 1995).

Outros autores afirmam que concentração excessiva de gordura na região abdominal relaciona-se com diversas disfunções metabólicas e está associada ao maior risco de ocorrência da doença aterosclerótica (Rezende e colaboradores, 2006).

No estudo de Moreira e colaboradores (2012), realizado também em grupos para redução de peso, avaliou-se a evolução antropométrica e nutricional dos participantes.

Tais participantes receberam orientação nutricional, psicológica e sobre atividade física, eles recebiam um plano alimentar no início e eram acompanhados durante a realização dos encontros sobre as dificuldades encontradas, assim também como palestras de assuntos variados.

Ao final da intervenção, foi observada redução no consumo calórico total, de ácidos graxos saturados, lipídeos e sódio e um aumento no consumo de proteínas, fibras e ferro, resultando em uma perda de peso na média de 5,9% do peso inicial entre os indivíduos em 6 meses.

Quanto ao consumo alimentar, foi observado melhora entre os participantes, com a diminuição na frequência de ingestão de alimentos ricos em calorias e gorduras como os industrializados e o aumento na frequência de consumo de frutas, saladas cruas e verduras e legumes cozidos.

Tais modificações são favoráveis para adoção de uma alimentação mais saudável e equilibrada, visando ainda redução de peso. A redução no consumo de alimentos excessivamente calóricos como salgados fritos, hamburquers e industrializados como as batatas chips e bolachas também é essencial na redução de peso destes usuários. Essas pequenas ações são significativas e essenciais no tratamento da obesidade, e são estimuladas por meio das atividades de educação nutricional nos grupos. Os dados do presente estudo revelam que esses grupos

são capazes de auxiliar a mudança de hábitos e de melhorar conhecimentos sobre alimentação e nutrição.

Os grupos operativos para obesos têm como referência aumentar o conhecimento da população sobre alimentação e hábitos saudáveis tentando assim, diminuir os índices de obesidade e, conseqüentemente, de outras doenças.

Em relação ao conhecimento nutricional, foi observada melhora significativa na redução dos erros no questionário. Houve redução no consumo de alimentos ricos em gorduras e industrializados, aumento do nível de interesse sobre rótulo e práticas de atividade física.

Porém mesmo com o aumento do conhecimento, notou-se certa dificuldade quando os usuários foram questionados sobre informações como qual tipo de gordura deve-se evitar ou “0 gorduras trans” e “diet e light” e qual o significado do IMC.

Tal dificuldade pode ter sido dada pelo fato da maioria desses assuntos não terem sido discutidos de forma aprofundada nos grupos e sugerem-se intervenções com duração superior a oito semanas.

Outro ponto importante do questionário foi em relação às refeições realizadas pelos participantes, grande parte deles demonstraram ainda não fazer as refeições necessárias para suprir suas necessidades calóricas, realizando em média três refeições ao longo do dia, sendo café da manhã, almoço e jantar ou almoço, lanche da tarde e jantar.

Foi percebido que, mesmo depois do período de intervenção, alguns usuários ainda apresentavam dificuldade em realizar refeições como lanche da manhã e ceia, entretanto, o percentual de indivíduos que passaram a realizar o lanche da tarde e jantar aumentou e, com dois meses de tratamento, todos os usuários realizavam o desjejum. Sobre a prática de atividades físicas, foi observada pequena mudança nesses hábitos.

No trabalho de Vargas e colaboradores (2011), o conhecimento de mulheres sobre os dez passos de uma alimentação saudável do Ministério da Saúde foi relacionado aos seus hábitos alimentares. Os resultados revelaram que as mulheres com níveis de conhecimento mais elevado em relação aos dez passos eram as que

apresentavam hábitos alimentáveis mais saudáveis.

A realização de grupos operativos, tendo em visto o aprendizado pode ter melhores resultados, quando comparados aos atendimentos individuais. Em grupos, a maioria está à procura de um objetivo comum e são fortalecidas por meio do apoio do moderador, as trocas de experiências entre os próprios participantes, os quais tornam-se meios de motivação e incentivos para permanência dos demais.

Mello e colaboradores (2004) demonstraram isso em seu trabalho, o qual comparou um programa de educação em obesidade infantil em grupo com o atendimento ambulatorial. Os resultados evidenciaram que o programa educativo promoveu melhora na prática desportiva, na atividade física durante os finais de semana, índices de IMC e melhora na ingestão alimentar (redução no consumo de refrigerantes e sanduíches e aumento no consumo de frutas), embora ambas as abordagens tenham melhorado as concentrações de colesterol total, HDL e triglicérides.

Ainda que não tenha sido objetivo deste trabalho, a relação do conhecimento alimentar e nutricional e o nível sócio econômico e escolaridade é bem debatida na literatura.

Embora esta população seja de baixa renda e escolaridade, a participação nos grupos revelou que é possível melhorar os conhecimentos sobre alimentação e nutrição destes usuários.

Sabe-se que, em países em desenvolvimento, a classe de maior poder aquisitivo tem prevalência de sobrepeso/obesidade da ordem de 24,8% versus 17,4%, nas classes de menor nível.

No entanto, Sobal e Stunkard (1989) demonstraram o inverso em países desenvolvidos, ou seja, que a obesidade é mais frequente nas camadas de nível inferior.

Embora ainda haja controvérsias sobre a influência do nível socioeconômico nas estatísticas de excesso de peso, autores têm demonstrado progressivo aumento da obesidade para indivíduos sem escolaridade (Monteiro e Conde, 2000).

De acordo com os resultados do presente estudo, a mudança do estilo de vida e dos hábitos alimentares induz benefícios

para a saúde e controle das doenças influenciadas pelo excesso de peso proporcionando uma melhor qualidade de vida para os indivíduos.

CONCLUSÃO

Percebeu-se que a participação dos usuários nos grupos operativos para perda de peso resultou em melhoras nos conhecimentos, hábitos alimentares e redução significativa de peso e circunferência da cintura respondendo às expectativas e objetivos dessa pesquisa.

Essas atividades mostram-se eficazes no combate ao excesso de peso e obesidade e suas consequências. Um melhor planejamento na realização desses grupos pode ser pensado, na tentativa de melhorar a adesão.

O aumento do conhecimento pode estar envolvido na melhora desses hábitos, conseqüentemente no estado de saúde, porém cabe ao indivíduo depois de adquiri-los segui-los ou não, sendo uma escolha pessoal.

Conflito de interesses

Não há conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

1-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Obesidade / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde. 2006.

2-Brasil. Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN na assistência à saúde. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde. 2008. p.55.

3-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde. 2009.

4-Conde, W. L.; Borges, C. O risco de incidência e persistência de obesidade entre adultos brasileiros segundo seu estado

nutricional ao final da adolescência. Revista Brasileira de Epidemiologia. Vol. 14. 2011. p.71-9.

5-Datilo, M.; Furlanetto, P.; Kuroda, A.P.; Nicastro, H.; Coimbra, P. C. F. C.; Simony, R. F. Conhecimento nutricional e sua associação com o índice de massa corporal. Nutrire: Revista da Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição. Vol. 34. Núm. 01. 2009. p.75-84.

6-Gee, M.; Mahan L. K.; Escott-Stump, S. Controle de peso corporal. In: Gee, M.; Mahan, L. K.; Escott-Stump, S. Krause: Alimentos, Nutrição e Dietoterapia. Rio de Janeiro: Elsevier. 2011. p. 531.

7-Gigante, D. P.; Barros, F. C.; Post, C. L. A.; Olinto, M. T. A. Prevalência de obesidade em adultos e seus fatores de risco. Revista de Saúde Pública. Vol. 31. Núm. 3. 1997. p.236-46.

8-Guadagnin, S. C. Elaboração e validação de questionário de conhecimentos em nutrição para adultos; programa de pós-graduação em nutrição humana - Faculdade de Ciências da saúde, Universidade Brasília. Brasília. 2010. p.71.

9-Lamounier, J. A.; Parizzi, M. R. Obesidade e Saúde Pública. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro. Vol. 23. 2007. p.1497-1499.

10-Malta, D. C.; Cezário, A. C.; de Moura, L.; Neto, O. L. M.; Junior, J. B. S. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. Epidemiologia e Serviços de Saúde. Brasília. Vol. 15. Núm. 3. 2006. p. 47-65.

11-Mello, E. D.; Luft, V. C.; Meyer, F. Atendimento ambulatorial individualizado versus programa de educação em grupo: qual oferece mais mudança de hábitos alimentares e de atividade física em crianças obesas?. Jornal de Pediatria. Rio de Janeiro. Vol. 80. Núm. 6. 2004. p.468-474.

12-Monteiro, C. A.; Conde, W. L. Tendência secular da desnutrição e da obesidade na infância na cidade de São Paulo (1974-1996).

Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento

ISSN 1981-9919 versão eletrônica

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

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

Revista de Saúde Pública. São Paulo. Vol. 34. Núm. 6. 2000. p.52-61.

13-Moreira, P.; Romualdo, M. C. S.; Amparo, F. C.; Paiva, C.; Alves, R.; Magnoni, D.; Kovacs, C. A educação nutricional em grupo e sua efetividade no tratamento de pacientes obesos. Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento. São Paulo. Vol. 6. Núm. 35. 2012. p.216-224. Disponível em: <<http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/263/273>>

14-Pesquisa de Orçamento familiar 2008-2009, Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. IBGE. Rio de Janeiro. 2010.

15-Rezende, F. A. C.; Frandsen, E. L.; Rosado, P. L.; Lanes, C. R.; Vidigal, F. C.; Vasques, A. C. J.; Bonard, I. S.; Carvalho, R. C. Índice de Massa Corporal e Circunferência Abdominal: Associação com Fatores de risco Cardiovascular. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Vol. 87. Núm. 6. 2006. p.728-734.

16-Sobal, J.; Stunkard, A.J. Socioeconomic status and obesity: a review of the literature. Psychological Bulletin. Vol. 105. n. 2. 1989. P. 260-75.

17-Tardido, A. P.; Falcão, M. C. Impacto da modernização na transição nutricional e obesidade. Revista Brasileira De Nutrição Clínica. Vol. 21. 2006. p.117-124.

18-Triches, R. M.; Giugliani, E. R. J. Obesidade, práticas alimentares e conhecimentos de nutrição em escolares. Revista Saúde Pública. Vol. 39. Núm. 4. 2005. p.541-547.

19-Vargas, C. S.; Kirsten, V. R.; Colpo, E. Hábitos alimentares e conhecimento de mulheres sobre os dez passos da alimentação saudável propostos pelo Ministério da Saúde. Revista da AMRIGS. Vol. 55. Núm. 2. 2011. p.118-122.

20-World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva, Switzerland: WHO, 1995. (WHO Technical Report Series, n.854).

E-mails dos autores:
vanessa.padilha7@hotmail.com
mary.v.az@hotmail.com
erikablagares@yahoo.com.br
lucilene.rezende@gmail.com

Endereço para correspondência:
 Universidade de Itaúna.
 Rodovia MG 431-Trevo Itaúna/Pará de Minas-
 Campus Verde.
 Caixa Postal 100-Itaúna-MG.
 CEP: 35680-142.

Recebido para publicação em 02/03/2016
 Aceito em 17/05/2016