

INTERVENÇÕES NUTRICIONAIS COMO ESTRATÉGIA PARA O CONTROLE DO SOBREPESO / OBESIDADE E SUA RELAÇÃO COM A SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

MATIAS, Taiara Cristina Fenner¹
OTUTUMI, Luciana Kazue²
DORNELES, Izabela Camilotti³
FAVETTA, Paula Montanhini⁴
LIMA, Dirlene Pereira de⁵

RESUMO

Nas últimas décadas o país tem passado por mudanças, principalmente no perfil nutricional da população brasileira, processo denominado de transição nutricional. Devido a esse fato destaca-se a prevalência de sobrepeso e obesidade, uma doença crônica não transmissível de natureza multifatorial. Este trabalho teve por objetivo avaliar a eficiência das estratégias nutricionais no controle do excesso de peso e na implantação da consciência de hábitos alimentares saudáveis. Além disso, buscou-se classificar o estado nutricional da população atendida, definir o nível de segurança alimentar e nutricional, e relacionar o diagnóstico do estado nutricional e a frequência de consumo alimentar (inicial e final) da intervenção dietética. O grupo de acompanhamento nutricional foi composto por 23 pessoas por um período de 90 dias. Para obtenção dos dados foi realizada a avaliação antropométrica (peso, altura, circunferência da cintura), e aplicação dos seguintes questionários: frequência, diário alimentar e nível de segurança alimentar. Os participantes foram avaliados individualmente, e as análises dos dados foram realizadas por meio do software estatístico IBM SPSS, versão 21.0. Os resultados encontrados apresentaram autoeficácia para intervenção em grupo, demonstrando significativamente as mudanças de hábitos alimentares tendo como consequência a perda de peso. Vale ressaltar que o nível de segurança alimentar não interferiu no diagnóstico de sobrepeso/obesidade. Baseado no exposto pode-se concluir que a utilização de estratégias nutricionais de forma coletiva é eficaz na introdução de hábitos alimentares saudáveis, contribuindo para adequação do estado nutricional, sem interferência do acesso e disponibilidade dos alimentos.

PALAVRAS-CHAVE: Agravos nutricionais. Controle. Prevenção. Políticas Públicas.

NUTRITIONAL INTERVENTIONS AS STRATEGY FOR THE CONTROL OF OVERWEIGHT / OBESITY AND HIS/HER RELATIONSHIP WITH THE ALIMENTARY AND NUTRITIONAL SAFETY

ABSTRACT

In the last decades the Country has been going by changes, mainly in the nutritional profile of the Brazilian population, denominated process of nutritional transition. Due to that fact he/she stands out the overweight prevalence and obesity, a chronic disease no transmissible of nature multifatorial. Classifying the nutritional status of the population served, defining the level of food and nutritional security, and to relate the diagnosis of the nutritional status and the frequency of initial and final dietary intake of the dietary intervention. The nutritional monitoring group consisted of 23 people for a period of 90 days. To obtain the data, anthropometric evaluation (weight, height, waist circumference) and the following questionnaires were used: frequency, food diary and food safety level. Participants were evaluated individually, and data analyzes were performed using the IBM SPSS statistical software, version 21.0. The results showed self-efficacy for group intervention, demonstrating significantly the changes in eating habits, resulting in weight loss. It is noteworthy that the level of food safety did not interfere in the diagnosis of overweight / obesity. Based on the above, it can be concluded that the use of nutritional strategies in a collective manner is effective in introducing healthy eating habits, contributing to the adequacy of nutritional status, without interference of food access and availability.

KEYWORDS: Nutritional disorders. Control. Prevention. Public policies.

¹ Nutricionista pela Universidade Paranaense, UNIPAR, Umuarama. E-mail: taiara.fenner@edu.unipar.br

² Professora do Programa de Pós-graduação em Ciência Animal com Ênfase em Produtos Bioativos, UNIPAR. E-mail: otutumi@prof.unipar.br

³ Mestranda em Ciência Animal com Ênfase em Produtos Bioativos, UNIPAR. E-mail: dorneles.izabela@gmail.com,

⁴ Mestranda em Ciência Animal com Ênfase em Produtos Bioativos, UNIPAR. E-mail: paula.favetta@edu.unipar.br

⁵ Professora do curso de Nutrição da UNIPAR. E-mail: dirlenelima@prof.unipar.br

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998), define sobrepeso e obesidade como uma epidemia mundial, condicionada pelo excesso de tecido adiposo no organismo de acordo com o índice de massa corporal (IMC), interferindo no estado de saúde e qualidade de vida do indivíduo.

O Brasil encontra-se em um estado epidêmico de obesidade, de natureza multifatorial, composta por mudanças nos hábitos alimentares, inatividade física, fatores ambientais e genéticos, acarretando prejuízos à saúde, tais como diabetes, hipertensão entre outras doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs). Dados divulgados pelo Ministério da Saúde revelam que o índice de obesidade cresceu em torno de 60% na população brasileira entre o ano de 2006 a 2016 (BRASIL, 2016).

Segundo Silva *et al* (2017), o governo brasileiro adota estratégias para o controle da obesidade, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com foco em promover e garantir o Direito Humano a Alimentação Adequada e Saudável, promovendo a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN). Para determinar o nível de SAN, utiliza-se como ferramenta a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), proposta e validada no Brasil por Segall-Corrêa *et al* (2003), sendo reconhecida como indicador sensível para detectar famílias em risco de insegurança alimentar. A adaptação e a validação desse instrumento partiram da escala desenvolvida pelo United States Department of Agriculture (USDA), e aplicada em inquéritos populacionais no país desde 1995, além de em outros países desenvolvidos e subdesenvolvidos (YUYAMA, 2008).

De acordo com Silva e Silva (2017), o fenômeno da insegurança alimentar tem aparecido como figura associada ao ganho excessivo de peso. Os autores argumentam que a desigualdade no acesso à alimentação saudável é um dos mecanismos pelos quais as condições socioeconômicas influenciam a dieta e, conseqüentemente a saúde das populações.

A Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade foi elaborada pelos ministérios de educação, saúde, agricultura e o de desenvolvimento social, juntamente com o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA), e Organização Pan Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS), com o objetivo de organizar as orientações de maneira que os profissionais da saúde utilizem para articular com a sociedade e promover o combate e prevenção ao sobrepeso e obesidade e seus determinantes (BRASIL, 2014).

Essas estratégias demandam uma articulação intrassetorial do SUS e entre o conjunto de ministérios, entre instituições com práticas distintas implica um processo político e decisório complexo (DIAS *et al*, 2017). Cumprindo esse propósito de intersetorialidade, o Ministério da Saúde

publicou, em 2011, a Portaria nº 2.715 atualizando a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) (BRASIL, 2012). Buscando a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição. A atenção integral à saúde do indivíduo com sobrepeso e obesidade, no SUS, deve ser realizada a partir dos princípios e diretrizes deste sistema (universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde) (BRASIL, 2012).

É necessário um conjunto de cuidados que contemplem ações de promoção e proteção da saúde, assim como prevenção, diagnóstico e tratamento da obesidade e outros agravos associados a ela, organizados e ofertados de forma conjunta pelas três esferas de gestão. As ações neste sentido devem contemplar todos os indivíduos, considerando as especificidades das diferentes fases do curso da vida, de gênero e dos diferentes grupos populacionais, povos e comunidades tradicionais (BRASIL, 2014).

As políticas e estratégias de alimentação e nutrição com foco no controle dos distúrbios nutricionais como a obesidade, são ferramentas essenciais para promoção da alimentação saudável, prática de atividade física, podendo reduzir os gastos em saúde pública com ações preventivas e de tratamento da obesidade (BRASIL, 2014).

Para a eficácia dos objetivos da política é necessário a articulação das esferas governamentais, dos profissionais responsáveis por sua execução como também a participação da comunidade, sendo assim as ações multidisciplinares e intersetoriais tornam-se indispensáveis quanto ao planejamento, implantação, execução e no alcance do resultado almejado (BRASIL, 2014).

Sendo assim, o presente estudo teve por objetivo avaliar a eficiência das estratégias nutricionais no controle do sobrepeso e/ou obesidade com a implantação da consciência de hábitos alimentares saudáveis, classificando o estado nutricional (antropométrico e consumo alimentar) dos participantes, classificação do nível de segurança alimentar e nutricional, e relacionar o diagnóstico do estado nutricional e a frequência de consumo alimentar em relação ao acompanhamento inicial e final da intervenção dietética.

2 METODOLOGIA

O trabalho foi primeiramente submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Paranaense – UNIPAR, com aprovação sob o número CAAE: 91378318.9.0000.0109. Os participantes foram devidamente esclarecidos sobre a pesquisa e a participação foi efetivada somente após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo B).

2.1 DETERMINAÇÃO DO PÚBLICO-ALVO, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E PROPOSTA DE TRABALHO

Inicialmente foi realizada a divulgação do trabalho de grupo denominado “Nutrição em Foco”. Esse estudo visou o diagnóstico, acompanhamento e intervenção dietética do Grupo de Orientação Nutricional Para Sobrepeso e Obesidade realizado na Clínica de Nutrição da Universidade Paranaense – Unipar, Umuarama – Paraná.

Como critério de inclusão, foi avaliado o estado nutricional dos integrantes, os quais deveriam apresentar excesso de peso (sobrepeso ou obesidade) constatado pelo Índice de Massa Corporal (IMC) e riscos para doenças associadas à obesidade evidenciado pela concentração de gordura visceral na circunferência da cintura. Como critério de exclusão, indivíduos que apresentassem doenças crônicas com restrições alimentares, maiores de 19 anos.

Foram acompanhados por 90 dias, os 23 participantes inscritos, sendo 22 do sexo feminino e um participante do sexo masculino, com faixa etária de 19 a 55 anos, os quais permaneceram até o término do acompanhamento nutricional.

No início do acompanhamento ao grupo aplicou-se um questionário de frequência de consumo alimentar (QFA) (Anexo D), com o objetivo de fornecer subsídios para determinar a qualidade do hábito alimentar praticado pelo grupo participante e assim direcionar as atividades de educação alimentar e nutricional. Tanto a proposta de reeducação alimentar, como a metodologia desenvolvida no decorrer dos encontros foi discutida com o grupo.

Ao decorrer dos encontros foram aplicados diários alimentares (Apêndice A), para observar o consumo alimentar de cada participante no decorrer do acompanhamento.

Tendo as informações sobre as causas e efeitos do excesso de peso, muitas vezes são veiculados pelos meios de informação de forma contraditória. A proposta de realização do grupo consistiu em desconstruir ideias preestabelecidas sobre a obesidade, carregadas de preconceitos e associações negativas, trabalhando em conjunto novas percepções acerca do excesso de peso e de uma vida saudável.

2.2 AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

Para coleta de dados, foi realizado um treinamento com os envolvidos a fim de padronizar os métodos, com base na metodologia proposta pela Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) (BRASIL, 2011).

Foram aferidas as seguintes medidas: peso (kg), altura (m), circunferência da cintura (cm), utilizando balança com estadiômetro marca Micheletti®, modelo MIC 200 PPA, série 91717177/2017, com capacidade mínima de 1Kg e máxima de 200kg e E = 0,05kg, Portaria INMETRO/ Dimel nº 180/05.

Com os dados de peso e altura, foi realizado o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) na relação Kg/m² para classificação do estado nutricional. Os resultados foram analisados de acordo com a classificação definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), válida somente para pessoas adultas, que classifica como sobrepeso os resultados de IMC entre 25,0kg/m² e 29,9kg/m² e a obesidade em três níveis: grau I para IMC entre 30,0 kg/m² e 34,9 kg/m², grau II para IMC entre 35,0 kg/m² e 39,9 kg/m² e grau III, ou obesidade mórbida, cujo IMC é igual ou superior a 40,0 kg/m².

Para determinar o risco de doenças associadas à obesidade, foi analisada a circunferência da cintura, utilizando uma fita inelástica de 150 cm, seguindo o protocolo estabelecido pela Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) (BRASIL, 2011). Os valores obtidos, foram classificados conforme critério da OMS, considerando como risco os resultados para homens maior ou igual (\geq) 90 cm e para mulheres \geq 85 cm.

2.3 DETERMINAÇÃO DO NÍVEL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

Para caracterizar o nível de segurança alimentar da população estudada, foi aplicado a Escala Brasileira de Segurança Alimentar (EBIA) (Anexo A). A EBIA classifica as famílias em quatro categorias: segurança alimentar, insegurança alimentar leve, moderada e grave.

Essa escala é elaborada a partir de um questionário com 15 perguntas referentes à experiência nos últimos três meses de insuficiência alimentar em diversos níveis de intensidade. Inclui desde a preocupação de que a comida possa acabar até a vivência de passar um dia todo sem comer.

Cada resposta afirmativa representa um ponto e a somatória desses pontos avalia a insuficiência alimentar, com pontuações diferentes para domicílios com pelo menos um morador de menos 18 anos de idade conforme apresentado nos quadros 1 e 2 (IBGE, 2010).

Quando não há nenhuma resposta positiva, a família é classificada em situação de segurança alimentar e a classificação da insegurança alimentar em diferentes gradientes corresponde a patamares diferenciados da soma dos pontos obtidos no questionário.

Quadro 01 - Pontuação para classificação dos domicílios com pelo menos um morador menor de 18 anos de idade

Pontuação	Categorias
0 pontos	Segurança Alimentar
1 a 5 pontos	Insegurança Alimentar Leve
6 a 10 pontos	Insegurança Alimentar Moderada
11 a 15 pontos	Insegurança Alimentar Grave

Fonte: PNAD, 2004 (IBGE, 2010)

Quadro 02 - Pontuação para classificação dos domicílios com somente moradores acima de 18 anos de idade

Pontuação	Categorias
0 pontos	Segurança Alimentar
1 a 3 pontos	Insegurança Alimentar Leve
4 a 6 pontos	Insegurança Alimentar Moderada
7 a 9 pontos	Insegurança Alimentar Grave

Fonte: PNAD, 2004 (IBGE, 2010)

No quadro 03, apresenta-se a descrição da situação de segurança alimentar, ou seja, o significado da situação encontrada no domicílio segundo os níveis de severidade de Insegurança Alimentar e Nutricional (IAN).

Quadro 03 - Descrição da situação de segurança alimentar

Situação da Segurança Alimentar	Descrição
Segurança Alimentar	O domicílio tem acesso regular e permanente aos alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais;
Insegurança Alimentar Leve	Preocupação ou incerteza quanto acesso aos alimentos no futuro; qualidade inadequada dos alimentos resultante de estratégias que visam não comprometer a quantidade de alimentos;
Insegurança Alimentar Moderada	Redução quantitativa de alimentos entre os adultos e/ou ruptura nos padrões de alimentação resultante da falta de alimentos entre os adultos;
Insegurança Alimentar Grave	Redução quantitativa de alimentos entre as crianças e/ou ruptura nos padrões de alimentação resultante da falta de alimentos entre as crianças; fome (quando alguém fica o dia inteiro sem comer por falta de dinheiro para comprar alimentos).

Fonte: PNAD, 2009 (IBGE, 2010)

2.4 ANÁLISE DA FREQUÊNCIA DE CONSUMO ALIMENTAR

Foi utilizado como instrumento de coleta de dados no início e final do acompanhamento nutricional, o questionário de frequência de consumo alimentar (QFA) (Anexo D), com o intuito de

fornecer subsídios para determinar a qualidade do hábito alimentar praticado pelo grupo participante e, assim, direcionar as atividades de educação alimentar e nutricional.

Ao decorrer dos encontros foram aplicados diários alimentares, para observar o consumo alimentar de cada participante no decorrer do acompanhamento. O QFA é um questionário composto por uma lista de preparações e/ou alimentos antecipadamente definidos com base na estratificação proposta segundo o Guia Alimentar da População Brasileira (BRASIL, 2014).

Para obtenção dos resultados, foi avaliado para cada categoria a frequência de consumo de acordo com o percentual. Os alimentos consumidos diariamente e semanalmente, superior a 50% do total de alimentos apresentados por categoria, foram considerados alto consumo. Dessa forma classificou-se como baixo consumo a frequência diária e semanal inferior a 50% e a mensal e anual independente do percentual.

2.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

As análises dos dados foram realizadas por meio do software estatístico IBM SPSS, versão 21.0. Foi realizada análise descritiva das variáveis em estudo, mediante a distribuição de frequência absoluta (n) e relativa (%) para as variáveis categóricas e medida de tendência central (média) e de variabilidade (erro padrão da média) para os variáveis escalares.

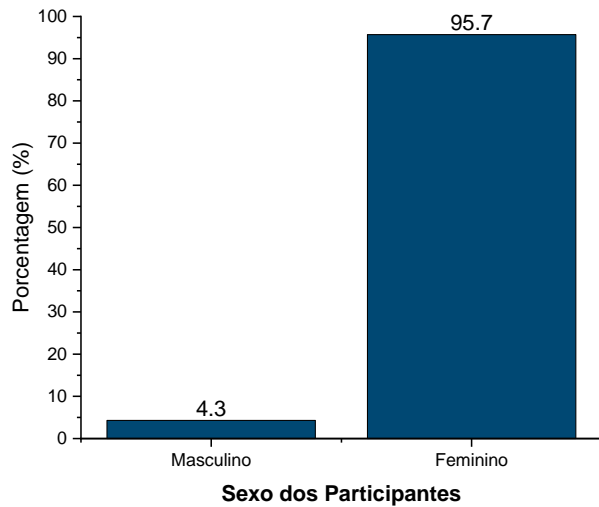
Foram elaborados gráficos quanto à classificação da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar e Nutricional (EBIA), distribuição dos participantes em relação ao sexo (masculino e feminino), diagnóstico de IMC (eutrófico, sobrepeso, obesidade graus I, II e III), risco de DCV (com e sem risco), e questionário de frequência alimentar (*in natura* ou minimamente processados; óleos, gorduras, sal e açúcar; processados e ultraprocessados), sendo os três últimos apresentados com os resultados da avaliação inicial e final.

Foi também aplicado o Teste T dependente para verificar diferenças significativas entre o IMC (kg/m^2) e Circunferência da cintura (cm) antes e após a avaliação dos participantes, ao nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em relação a distribuição dos participantes quanto ao sexo, observou-se um percentual expressivo do sexo feminino com 95,7% em comparação ao masculino com 4,3%. (Figura 1)

Figura 1: Distribuição dos participantes da pesquisa de acordo com o sexo.

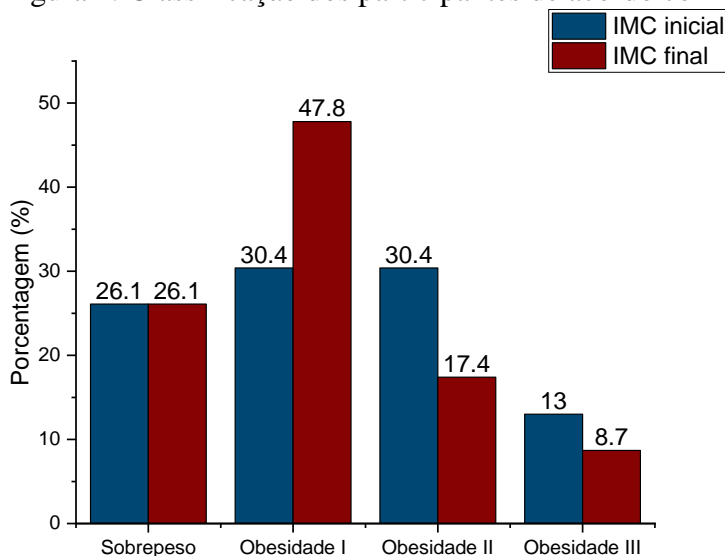


Fonte: Dados da Pesquisa.

Em um estudo realizado em instituições de ensino superior verificou maior procura por indivíduos do sexo feminino em busca de intervenções nutricionais, sendo menor a taxa de adesão de indivíduos do sexo masculino (GUERRA *et al*, 2016). Esse fato também foi observado na presente pesquisa justificando a baixa adesão do sexo masculino em relação ao sexo feminino, demonstrando a alta prevalência de sobrepeso e obesidade do público feminino.

Em relação ao diagnóstico de IMC, verificou-se que os participantes se enquadraram nas categorias sobrepeso e obesidade (I, II e III), com predomínio para as categorias obesidade I e II com 30,4% cada (Figura 2).

Figura 2: Classificação dos participantes de acordo com o diagnóstico de IMC (n e %) inicial e final.



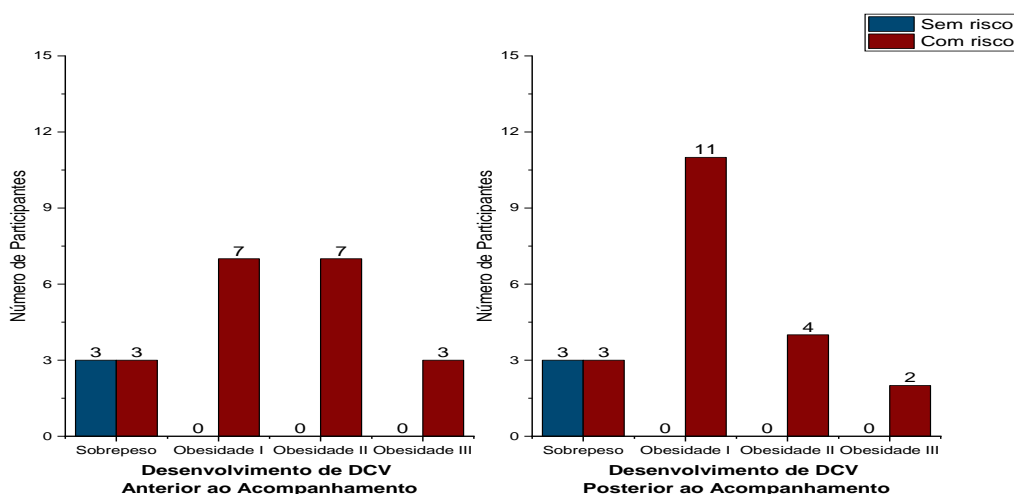
Fonte: Dados da Pesquisa.

Na avaliação final não houve mudança em relação aos participantes que ficaram enquadrados na categoria sobrepeso (Figura 2). No entanto, verificou-se que um dos participantes que havia sido enquadrado na categoria obesidade III passou para a categoria obesidade II. Quatro participantes anteriormente classificados como dentro da categoria obesidade II foram enquadrados posteriormente na categoria obesidade I, aumentando dessa forma de sete para 11 pessoas (Figura 2). Na avaliação final, verificou-se que não houve mudança em relação aos participantes que ficaram enquadrados na categoria sobrepeso.

Pode se justificar que a pouca perda de peso de alguns participantes, segundo Santos (2010), se deva ao fato de que a perda de peso saudável e sustentável deve ser lenta e gradual, consistindo em um grande desafio ao próprio indivíduo e aos profissionais envolvidos.

A classificação dos participantes em relação ao risco de desenvolvimento de Doença Cardiovascular (com risco e sem risco) inicial demonstrou que as pessoas classificadas dentro da categoria obesidade I, II e III se enquadraram dentro da categoria de risco de desenvolvimento de DCV. Quatro participantes anteriormente classificados como dentro da categoria obesidade II foram enquadrados posteriormente na categoria obesidade I, aumentando dessa forma de sete para 11 pessoas (Figura 3).

Figura 3: Relação entre diagnóstico IMC e risco do desenvolvimento de DCV, referente aos dados coletados no início e fim da orientação dietética.



Fonte: Dados da Pesquisa.

A obesidade abdominal é definida conforme critério da OMS, considerando como (1) risco os resultados para homens maior ou igual (\geq) 90 cm e para mulheres \geq 85 cm.

A obesidade abdominal ou androide é o aumento de tecido adiposo na região abdominal, sendo considerado um fator de risco para doenças cardiovasculares, por associar-se com dislipidemias,

resistência à insulina, diabetes e hipertensão arterial. Representando risco diferenciado quando comparada com outras formas de distribuição de gordura corporal, além disso, com o processo natural do envelhecimento e redistribuição progressiva da gordura, é mais comum o acúmulo de gordura subcutânea (PINHO *et al* 2013).

Em relação à análise do IMC e CC no início e ao final da avaliação, os resultados demonstraram redução no IMC e CC após a avaliação (Tabela 1).

Tabela 1. Média \pm erro padrão dos resultados do IMC (kg/m^2) e CC (cm) inicial e final.

Variáveis	Início	Final
IMC (kg/m^2)	33,33 \pm 0,98 ^a	32,86 \pm 0,98 ^b
CC (cm)	97,63 \pm 2,37 ^a	94,26 \pm 2,22 ^b

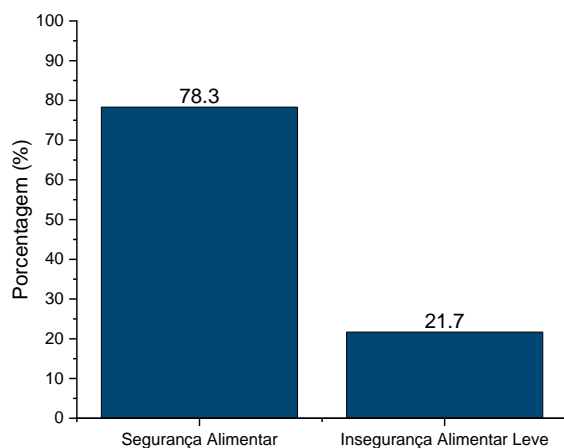
Médias seguidas de letras diferentes na linha diferem pelo teste T para duas amostras dependentes ($P < 0,05$).

Fonte: Autora, 2018

Essa mudança pode ser explicada pela estimulação das atividades em grupo, voltadas para a redução do consumo de determinados alimentos e incentivo às preferências alimentares saudáveis. Outra ferramenta associada a tais mudanças foi a realização de diários alimentares, (Apêndice A), relatado por participantes como contribuinte para um melhor conhecimento pessoal e condicionante do comportamento alimentar.

Em relação à Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), os participantes foram classificados em apenas duas categorias (segurança alimentar e insegurança alimentar leve) (Figura 4).

Figura 4: Classificação dos participantes de acordo com a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA).



Fonte: Dados da Pesquisa.

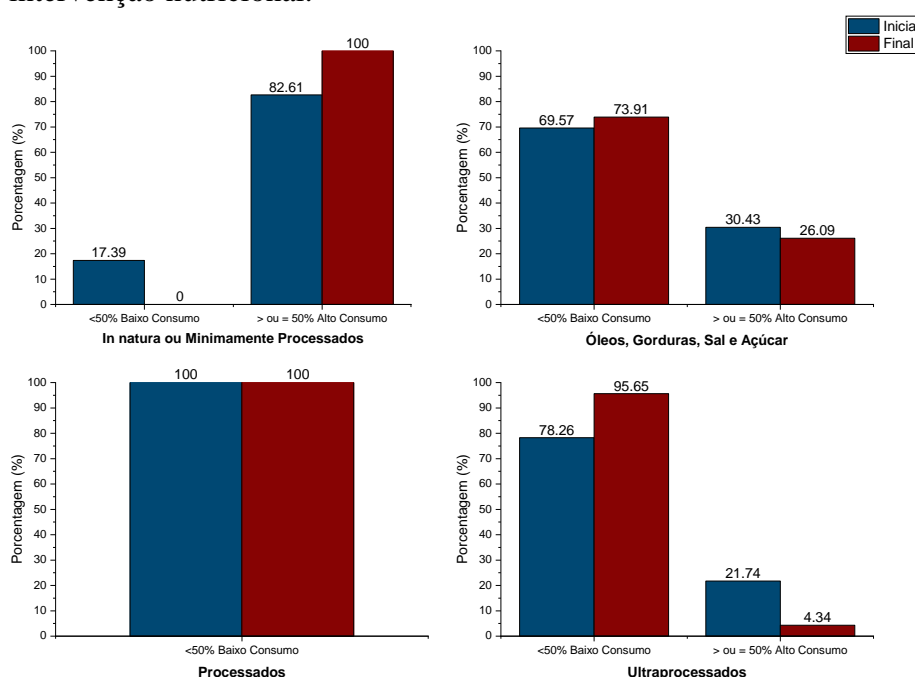
No presente estudo observou-se que 78,3% dos participantes estão em situação de segurança alimentar e 21,7% apresentam insegurança alimentar leve, expondo assim sua possível relação com o excesso de peso.

Estudos realizados por Mazur e Navarro (2015), apontam que a insegurança alimentar (IA) pode ser um dos pressupostos à obesidade, atribuindo essa associação para a possível inclusão de mais alimentos com alta densidade energética, o que diminui a qualidade das dietas dos indivíduos que estão em situação de IA.

São inúmeros os fatores pelos quais a obesidade pode estar relacionada a IA, dentre eles estão a falta de aquisição a alimentos saudáveis, escolhas alimentares inadequadas, a grandes porções de alimentos ingeridos, a baixa variedade de alimentos com conseqüente baixa qualidade nutricional da dieta (MAZUR e NAVARRO, 2015).

A figura 5 demonstra o efeito da intervenção dietética no consumo alimentar, nota-se que o consumo de alimentos in natura ou minimamente processados aumentou significativamente em reflexo das orientações realizadas em grupo. Os resultados referentes ao consumo de óleos, gorduras, sal e açúcar e ultraprocessados, mostra redução do consumo em ambos os grupos após o acompanhamento nutricional. Em relação aos alimentos processados, 100% dos participantes ficaram enquadrados na categoria baixos consumo, e após a avaliação o percentual permaneceu o mesmo, ou seja, 100%.

Figura 5: Consumo alimentar por categoria de processamento dos alimentos, antes e após a intervenção nutricional.



Fonte: Dados da Pesquisa.

As características da composição presentes nos alimentos ultraprocessados contribuem para potenciais fatores de risco para obesidade e outras DCNTs. Os estudos realizados no Brasil, indicam associações significativas do consumo de alimentos ultraprocessados com a síndrome metabólica em todas as idades (MONTEIRO e LOUZADA, 2015).

Na publicação do Ministério da Saúde da edição do Guia Alimentar para a População Brasileira, as recomendações básicas incluem o estímulo ao consumo regular de uma grande variedade de alimentos *in natura* ou minimamente processados, à limitação do consumo de alimentos processados e, ainda, ressalta a importância de se evitar o consumo de alimentos ultraprocessados (BRASIL, 2014).

A avaliação mostrou-se ter sido eficaz quanto ao comportamento alimentar dos participantes, os dados obtidos indicaram redução no consumo de alimentos ultraprocessados e alimentos como óleos, gorduras, açúcares e sal, aumentando o percentual de consumo da categoria de alimentos *in natura*.

Estudo realizado por Guimarães *et al* (2010), de adesão a um programa de aconselhamento nutricional para grupo de adultos com excesso de peso. Notou-se adesão compatível com resultados proporcionados pelo emprego de intervenção com aplicação de dinâmicas de grupo e conteúdo diversificado. O emprego de intervenções em grupo para pessoas com diagnóstico de sobrepeso e obesidade apresenta efeito positivo na modificação da qualidade da alimentação relatada por participantes de um estudo executado por Santos (2010), proporcionando aumento da conscientização quanto ao próprio comportamento alimentar.

A realização de diário alimentar como ferramenta de monitoramento do consumo alimentar, parece contribuir para a mudança dos hábitos alimentares, dado que estimula o processo de compreensão e de autoconhecimento da alimentação, contribuindo para a prevenção e o tratamento de sobrepeso e obesidade (SANTOS, 2010).

Mensurar o consumo alimentar é uma estratégia nutricional utilizada tanto para diagnóstico como também para intervenção, uma vez que dados demonstram que o monitoramento constante com orientação nutricional leva ao alcance de resultados positivos quanto à redução de peso.

Dessa forma, vale ressaltar que a utilização do Questionário de Frequência Alimentar (QFA) na coleta de dados foi viável e eficaz, por ser uma ferramenta de fácil aplicação, baixo custo e facilidade em interpretar os resultados, utilizada em estudos epidemiológicos (SLATER, 2003). Segundo Tirapegui e Ribeiro (2009) as quantidades e frequências do consumo de alimentos na lista podem se diversificar dependendo da finalidade do estudo.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sobrepeso e a obesidade decorrem do excesso de ingestão calórica, combinada com a diminuição do gasto calórico, influenciados por fatores ambientais, culturais e genéticos. O agravamento dessas condições contribui para o surgimento e/ou complicações das doenças.

Torna-se essencial a reestruturação de estratégias de prevenção e controle de distúrbios nutricionais como o sobrepeso e obesidade, conseguindo evitar complicações futuras que afetem a qualidade de vida dos indivíduos.

Os resultados obtidos constam avaliação positiva para o acompanhamento nutricional e intervenção dietética em grupo, na modificação do comportamento resultando em mudanças de hábitos alimentares. Foi perceptível a contribuição de o diário alimentar e as trocas de informações, experiências como incentivo interpessoal, para os resultados satisfatórios alcançados. Logo, a mudança no estilo de vida, em busca da qualidade teve como consequência redução de peso e construção de hábitos alimentares saudáveis.

Baseado no exposto fica evidente a necessidade da execução de políticas e estratégias para prevenção e controle de sobrepeso e obesidade e demais agravos nutricionais, reduzindo os gastos de serviço público e propiciando a redução dos níveis de distúrbios nutricionais que se exibem de maneira alarmante no país, proporcionando, assim, melhor qualidade na saúde da população brasileira.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia intersetorial de prevenção e controle da obesidade: Promovendo modo de vida e alimentação saudável para a população brasileira**. Brasília, DF: CAISAN, 2014. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/estrat_prev_contobesida.de.pdf. Acesso em: 11 novembro.2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**: Brasília: 2ª ed., 2014. 158 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de alimentação e nutrição**. Brasília: 1ª ed., 2012. 86 p.
- 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.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Obesidade cresce 60% em dez anos no Brasil**. Brasil, 2016. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2017/04/obesidade-cresce-60-em-dez-anos-no-brasil>. Acesso em: 04 de nov. 2018.

DIAS, P. C. *et al* Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. **Caderno. Saúde Pública**, v. 33, n. 7, e 00006016, 2017.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de orçamentos familiares**. POF 2008 - 2009. Rio de Janeiro, 2010.

GUERRA, C. G. *et al* Prevalência de sobrepeso e obesidade em discentes de uma instituição de ensino superior da região metropolitana paulista. **Saúde em Foco**, n.8, p. 1-11, 2016. Disponível em: < http://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/06/001_sobrepeso_obesidade.pdf > Acesso em: 09. Nov. 2019.

GUIMARÃES, N.G. *et al* Adesão a um programa de aconselhamento nutricional para adultos com excesso de peso e morbidades. **Revista Nutrição**, v. 23, n. 3, p. 323-333, 2010.

MAZUR. C. E.; NAVARRO. F. Insegurança alimentar e obesidade em adultos: Qual a relação? **Saúde**, Santa Maria, v. 41, n. 2, p. 35-44, 2015.

MONTEIRO, C. A.; LOUZADA, M. L. C. Ultraprocessoamento de alimentos e doenças crônicas não transmissíveis: implicações para políticas públicas. In: **Observatório internacional de capacidades humanas, desenvolvimento e políticas públicas: estudos e análises**. p. 18. 2015.

PINHEIRO, A. R. *et al* **Uma abordagem epidemiológica da obesidade**. Revista de Nutrição, Campinas, v. 17, p. 523-533, 2004.

INHO, C. P. S. *et al* Prevalência e fatores associados à obesidade abdominal em indivíduos na faixa etária de 25 a 59 anos do Estado de Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, p. 313-324, 2013.

SLATER, B. *et al* Validação de Questionários de Frequência Alimentar-QFA: considerações metodológicas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 6, n. 3, p. 200 - 208, 2003.

SEGALL-CORRÊA, A. M. *et al* **Relatório técnico: acompanhamento e avaliação da segurança alimentar de famílias brasileiras: validação de metodologia e de instrumento de coleta de informação (Urbano)**. Campinas: Unicamp; 2003.

SANTOS, Paula Luana Silva dos. **Efeitos de intervenção interdisciplinar em grupo para pessoas com diagnóstico de sobrepeso ou obesidade**. Brasília, DF, 2010.

SICHERI, R.; SOUZA, R. A. Estratégias para prevenção da obesidade em crianças e adolescentes. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 2, p. 209-223, 2008.

SILVA, W. G.; SILVA, W. J. G. **O direito humano à alimentação adequada, segurança alimentar nutricional e a obesidade infantil**. Portal Jurídico Investidura, Florianópolis/SC, 28 ago. 2017. Disponível em: www.investidura.com.br/biblioteca-juridica/artigos/direito-da-saude/335982-o-direito-humano-a-alimentacao-adequada-seguranca-alimentar-nutricional-e-a-obesidade-infantil. Acesso em: 14 nov. 2018.

TIRAPEGUI, J.; RIBEIRO, S. M. L. **Avaliação nutricional: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2009.

YUYAMA, L. K. O. *et al* Percepção e compreensão dos conceitos contidos na Escala Brasileira de Insegurança Alimentar, em comunidades indígenas no estado do Amazonas, Brasil. **Revista de Nutrição**, v. 21(supl.), p. 53-63, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation on Obesity**. Geneva, 1998.