

Metas alimentares versus dieta: qual oferece melhores resultados em pacientes com excesso de peso?

Dietary goal setting versus diet: Which leads to better results in overweight patients?

Mônica Cristina Demenech¹, Simone Bernardes²

¹Nutricionista graduada pela Universidade Feevale

²Docente do curso de Nutrição da Universidade Feevale – Mestre em Ciências Cardiovasculares e Cardiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS

Endereço para correspondência: Mônica Cristina Demenech – email: monicasantos.d@hotmail.com

Palavras-chave

Peso Corporal
Dietoterapia
Comportamento Alimentar

Objetivos: Comparar a efetividade do uso de metas alimentares e da dieta na perda de peso em pacientes com excesso de peso, no contexto ambulatorial. **Método:** Estudo retrospectivo, comparativo, descritivo e quantitativo, com base nos prontuários nutricionais dos pacientes atendidos na Clínica-Escola de uma Instituição de Ensino Superior do Vale do Rio dos Sinos (RS) no ano de 2014. Foram avaliados dados sociodemográficos, clínicos, antropométricos, variação no peso corporal, tempo e periodicidade de acompanhamento, divididos em dois grupos: Metas e Dieta. Foram considerados significativos os valores de perda ponderal de $\geq 5\%$ em relação ao peso inicial. O nível de significância adotado foi de 5% ($p \leq 0,05$) e as análises foram realizadas no programa SPSS versão 21.0. **Resultados:** Foram analisados 69 prontuários nutricionais de adultos e idosos, com média de idade de $46,9 \pm 13,6$. Observou-se predomínio do gênero feminino (88,4%). Não houve associação significativa entre o número de comorbidades, idade, sexo, nível de escolaridade, periodicidade e número de consultas com a perda de peso e Índice de Massa Corporal em ambos os grupos ($p > 0,10$). Não foi encontrada associação significativa para a perda de peso e o tipo de intervenção nutricional: Meta ou Dieta [$-1,90 \text{ kg} \pm 2,83$ e $-1,70 \pm 3,20 \text{ kg}$, respectivamente ($p = 0,744$)]. Houve correlação positiva entre o tempo de acompanhamento nutricional no grupo Dieta e o reganho de peso ($r = 0,296$; $p = 0,048$). No grupo Metas esta associação não foi significativa ($r = 0,241$; $p = 0,257$). **Conclusão:** Tanto a intervenção nutricional com metas alimentares, quanto a dieta hipocalórica em pacientes com excesso de peso resultaram em perda ponderal, embora sem significância clínica. Enquanto para a manutenção do peso perdido, as metas alimentares apresentaram-se mais eficazes.

Keywords

Body Weight
Diet Therapy
Feeding Behavior

Objective: To compare two strategies for overweight and obesity management: dietary goal setting and diet. **Method:** Retrospective, comparative, descriptive and quantitative study, based on patient's nutritional records treated at a nutrition clinic belonging to a Higher Education Institution of the Vale do Rio dos Sinos (RS) in the year 2014. We evaluated the sociodemographic, clinical, anthropometric, follow up's frequency and time data, and body weight reduction, divided into two groups: "Dietary Goal Setting" and "Diet". The significance level was 5% ($p \leq 0.05$) and analyzes were performed using SPSS version 21.0 program. **Results:** We analyzed 69 nutritional records of adult and elderly patients, with a mean age of 46.9 ± 13.6 , with female predominance (88.4%). There was no significant association between the number of comorbidities, age, gender, education level, and follow up's frequency and time with weight loss and Body Mass Index in both groups ($p > 0.10$). Weight loss remained similar in those who were assigned to dietary goal setting and those assigned to a diet [$-1,90 \text{ kg} \pm 2,83$ and $-1,70 \text{ kg} \pm 3,20$, respectively ($p = 0,744$)]. There was a significant positive correlation between the duration of nutritional follow up in diet group and weight regained ($r = 0.296$; $p = 0.048$). In dietary goal setting group this association was not significant ($r = 0.241$; $p = 0.257$). **Conclusion:** Both nutritional intervention with dietary goals, as a low-calorie diet in patients with overweight resulted in weight loss, although not clinically significant. While for the maintenance of lost weight, dietary goals were more effective.

INTRODUÇÃO

O excesso de peso vem se tornando um dos problemas mais preocupantes de saúde pública, uma vez que sua prevalência vem crescendo continuamente nas últimas décadas, transformando-se em uma epidemia global¹. No Brasil, o excesso de peso atinge mais da metade da população (52,5%), sendo que 17,9% destes são obesos². Estas desordens nutricionais são fatores de risco para várias doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), como a hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), doenças cardiovasculares (DCV), alterações osteomusculares e alguns tipos de câncer³.

As mudanças no estilo de vida (dieta e a prática de atividade física) constituem a terapêutica primária para o excesso de peso³. Observa-se que uma perda ponderal de pelo menos 5% sobre o peso inicial é clinicamente significativa, já que pode reduzir fatores de risco cardiometabólicos relacionados ao excesso de peso⁴. A conduta nutricional preconizada no tratamento do sobrepeso e da obesidade prevê um balanço energético negativo, com variável déficit calórico e oferta equilibrada de macronutrientes e micronutrientes, de forma individualizada considerando as preferências alimentares do paciente, a condição socioeconômica, o estilo de vida do paciente e a manutenção de sua saúde³.

Contudo, na prática ambulatorial verifica-se a baixa adesão dos pacientes às mudanças alimentares prescritas, com taxas de abandono ao tratamento nutricional após seis meses da primeira intervenção superiores a 50%⁵.

Entre os inúmeros fatores que podem interferir negativamente no grau de adesão ao tratamento dietético para redução de peso, encontram-se aqueles relacionados ao paciente (problemas emocionais, falta de apoio da família e de motivação)^{6,7}. E aqueles relacionados à abordagem terapêutica (número de informações ofertadas ao mesmo tempo ao paciente durante a consulta, a quantidade e complexidade das mudanças recomendadas)⁶. Igualmente, o nível de ansiedade do paciente em relação ao excesso de orientações recebidas pode comprometer à adesão ao tratamento⁸.

A mudança de comportamento alimentar deve ser desejada pelo indivíduo. Não havendo essa percepção da necessidade intrínseca de mudança pelo paciente, toda intervenção nutricional proposta possivelmente se torna ineficaz^{8,9}.

Em razão disto, a proposta de determinação de metas alimentares sugere uma estratégia mais eficaz no tratamento do excesso de peso, já que são estabelecidas conjuntamente com o paciente, reforçando sua liberdade de escolha e

iniciando por aquelas que lhe sejam mais viáveis em termos do grau de dificuldade no que se refere ao comportamento que deseja modificar, visando aumentar a autoeficácia do paciente. O que pode resultar em maior motivação para mudança e manutenção do comportamento alimentar alcançado¹⁰.

Baseado nisto, o presente trabalho teve como objetivo comparar a efetividade do uso de metas alimentares e da dieta na perda de peso em pacientes com excesso de peso, no contexto ambulatorial.

MÉTODOS

Estudo retrospectivo, comparativo, descritivo e quantitativo. Inicialmente, foram avaliados 240 prontuários de pacientes atendidos pela Clínica-Escola de Nutrição de uma Instituição de Ensino Superior do Vale do Rio do Sinos (RS) no ano de 2014, selecionando-se os pacientes de ambos os gêneros, adultos e idosos, com idade superior a 19 anos, diagnosticados com excesso de peso [Índice de Massa Corporal (IMC) maior ou igual a 25kg/m², no caso de adultos e maior ou igual a 28kg/m², no caso de idosos], que compareceram em pelo menos cinco consultas.

Excluíram-se deste estudo os prontuários de pacientes crianças, adolescentes, gestantes, nutrízes, portadores de insuficiência orgânica crônica que necessitem de restrição dietética de proteínas e/ou líquidos e/ou minerais (potássio e/ou fósforo), aqueles com comprometimento de mobilidade física (sequela de doenças neurológicas, amputações), assim como prontuários com registros incompletos.

A primeira consulta e o acompanhamento nutricional de cada paciente eram realizados pelo mesmo acadêmico (estagiário curricular, sendo uma turma por semestre) no decorrer do semestre, conforme agenda ambulatorial, sob supervisão docente do respectivo curso de Nutrição. Durante a anamnese o paciente era convidado a optar sobre a estratégia de intervenção que lhe fosse mais adequada: 1) Determinação de Metas Alimentares (após a análise de aspectos da dieta que necessitassem de modificação, eram estabelecidas com a concordância do paciente, no máximo três ações mensuráveis, específicas e que lhe fossem viáveis) ou 2) Dieta hipocalórica (déficit calórico de 500 a 1.000 kcal/dia). Assim, foram selecionados 69 prontuários para compor a amostra, categorizados em dois grupos, conforme o tipo de intervenção nutricional prescrita: Grupo Meta (GM n=24) e Grupo Dieta (GD n=45).

Foram analisados dados sociodemográficos (idade, sexo e escolaridade), presença de comorbidades associadas a cada paciente, antropometria (altura, peso inicial e final, altura e IMC

inicial e final) e impacto na redução do peso corporal, (considerado significativo quando a diferença entre o peso inicial e o final atingisse o ponto de corte $\geq 5\%$). Também foi avaliado o tempo do acompanhamento (meses) e a periodicidade interconsultas (dias), assim como o número de consultas realizadas. Os dados coletados foram registrados em uma ficha-padrão elaborada pelos autores deste estudo.

As variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio padrão ou mediana e amplitude interquartilica, dependendo da distribuição dos dados. As variáveis qualitativas foram descritas por frequências absolutas e relativas. Para comparar médias, o teste t-student foi aplicado. Em caso de assimetria, o teste de Mann-Whitney foi utilizado. Na comparação de proporções, o teste qui-quadrado de Pearson foi aplicado. Para a comparação entre os pesos e IMC inicial e final em cada grupo, o teste t-student para amostras pareadas foi aplicado. A associação entre as variáveis contínuas e ordinais foi avaliada pelos coeficientes de correlação de Pearson ou Spearman. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$) e as análises foram realizadas no programa SPSS 21.0.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Feevale, conforme parecer consubstanciado de nº 1.481.084.

RESULTADOS

A idade média dos pacientes foi de 47,9 anos $\pm 13,9$, com o predomínio do gênero feminino (88,4%). Quanto à escolaridade, a maioria dos pacientes possuía ensino fundamental (46,37%), seguido daqueles com ensino superior (26,08%) e médio (24,63%). As comorbidades associadas mais prevalentes foram: HAS (72,5%), osteomusculares (53,6%), dislipidemia (52,8%) e DM (36,1%), com maior número de comorbidades no grupo das metas ($p=0,023$). Porém, não foi encontrada diferença significativa entre os grupos quando associados à idade, sexo, nível de escolaridade e número de comorbidades associadas ($p > 0,10$).

Para ambos os grupos, o tempo de acompanhamento nutricional foi de 4,31 meses $\pm 2,74$, com mediana de periodicidade do tratamento interconsulta de 17,95 dias ($p_{25}-p_{75} = 13,4-26,5$). Quanto ao número de consultas, a média foi de 6,95 $\pm 2,61$ durante todo o período do tratamento. Em nenhuma das variáveis de acompanhamento nutricional foi verificada diferença significativa em ambos os grupos ($p=0,813$).

As variáveis antropométricas (peso corporal e IMC inicial e final) e percentual médio de perda ponderal estão descritas na Tabela 1. No Grupo Metas a perda ponderal foi

de 2,10% $\pm 3,11$ e no Grupo Dieta foi de 1,83% $\pm 3,38$, porém não houve associação entre estas variáveis e o tipo de intervenção ($p=0,744$), já que, os valores seriam considerados significativos quando atingissem o ponto de corte perda ponderal de $\geq 5\%$.

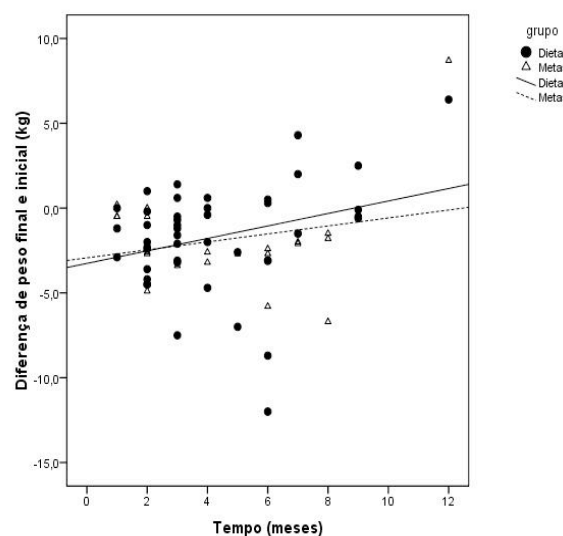
Tabela 1: Dados antropométricos e percentual de perda de peso

Variáveis	Dieta (n=45)	Metas (n=24)	p*
Peso (kg) – média \pm DP			
Inicial	84,1 \pm 17,2	86,3 \pm 17,3	0,615
Final	82,4 \pm 15,9	84,4 \pm 16,5	0,627
Diferença	-1,70 \pm 3,20	-1,90 \pm 2,83	0,792
Perda de peso (%) – média \pm DP			
Inicial	-1,83 \pm 3,38	-2,10 \pm 3,11	0,744
IMC (kg/m²) – média \pm DP			
Inicial	32,8 \pm 6,8	33,7 \pm 5,8	0,581
Final	32,1 \pm 6,2	32,9 \pm 5,5	0,582
Diferença	0,67 \pm 1,30	-0,74 \pm 1,14	0,830

* comparação entre os grupos (teste t-student para amostras pareadas)

Verificou-se associação significativa entre o tempo de acompanhamento nutricional e o reganho de peso no grupo Dieta ($r=0,296$; $p=0,048$) (Gráfico 1), onde os pacientes que permaneceram mais tempo sob esta intervenção, foram aqueles que mais ganharam peso. No grupo Metas esta associação não foi significativa ($r=0,241$; $p=0,257$).

Gráfico 1 – Associação entre o tempo de acompanhamento nutricional e o peso corporal



DISCUSSÃO

Com o aumento das DCNT, o objetivo do tratamento nutricional é contribuir à redução da morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida em indivíduos com excesso de peso. Contudo, por ser um tratamento que requer mudanças comportamentais em longo prazo inclusive à obtenção de resultados, a maior dificuldade constatada é a baixa adesão às orientações dietéticas¹¹.

O tempo de acompanhamento nutricional no presente estudo foi considerado curto em relação ao que é proposto. Para o sucesso do tratamento dietético, devem ser mantidos o acompanhamento pelo profissional nutricionista a longo prazo, além da adoção de práticas alimentares saudáveis por toda a vida³.

O abandono ao tratamento é a principal causa de insucesso na redução do peso corporal, pois para que seja efetiva, é necessário o interesse e continuidade por parte do paciente. A maior dificuldade não estar nas orientações ou na dieta, mas sim na adesão às mesmas¹². Guimarães e colaboradores¹³ observaram em um grupo de pacientes obesos sob terapêutica nutricional, que somente 43,25% destes concluíram o tratamento, associando a baixa adesão à dificuldade de aplicar na prática as orientações dietéticas prescritas, a falta de apoio da família, assim como problemas de saúde. Outros aspectos que podem estar envolvidos à baixa adesão do paciente ao tratamento nutricional são as expectativas irreais em relação à perda de peso, pois é comum que o indivíduo com excesso de peso acredite que o sucesso do tratamento esteja vinculado a um emagrecimento massivo e expressivo em curto período de tempo e que, quando não atingido, represente o fracasso da sua tentativa de emagrecer¹⁴.

É de conhecimento que a adesão ao tratamento é de responsabilidade tanto do profissional quanto do paciente, o primeiro pelo tipo de abordagem terapêutica e empatia em relação ao paciente, e o segundo pela adoção das práticas alimentares recomendadas no seu estilo de vida¹⁵.

O sucesso do tratamento é caracterizado pela habilidade de atingir e manter uma perda ponderal resulte em benefícios sobre as comorbidades possíveis ou existentes. Os pacientes devem estar em constante vigilância para que não venham a recuperar o peso, pois a maioria dos indivíduos recupera o peso inicial após o término da intervenção nutricional³. Neste contexto, notou-se que no Grupo Dieta houve uma maior recuperação de peso dos pacientes associada ao tempo de acompanhamento nutricional, o que pode estar relacionado à proposta de mudanças bruscas na alimentação, que fujam da sua realidade. É possível que este tipo de intervenção não fosse a mais apropriada para estes

pacientes, o que exige uma maior sensibilidade por parte do profissional nutricionista em perceber isto.

Quanto ao tipo de intervenção nutricional (dieta ou metas), nos dois grupos houve perda de peso, porém não o suficiente para ser considerada clinicamente significativa. A literatura científica ainda carece de estudos comparando estas duas intervenções no excesso de peso.

Um estudo randomizado realizado durante dois anos por Wadden e colaboradores¹⁶ demonstrou que 34,9% dos pacientes obesos reduziram em pelo menos 5% do peso corporal inicial em uma abordagem de aconselhamento fundamentada na terapia cognitivo-comportamental, com visitas trimestrais, com breves sessões mensais e instruções sobre o controle de peso, incluídos de substitutos de refeições ou medicação para perda de peso.

De acordo com Nothwehr & Yang¹⁷, a determinação de metas alimentares pode contribuir positivamente para perda ponderal quando associada às estratégias de aconselhamento nutricional. Segundo Rodrigues e colaboradores¹⁸, quando o aconselhamento nutricional que inclui a estratégia de metas alimentares, o automonitoramento e a entrevista motivacional, visa a mudança de comportamento alimentar que auxiliem no controle de peso, reforcem a motivação com relação ao tratamento e diminuam as chances de recaída e o consequente reganho de peso. Uma vez que o objetivo do aconselhamento é a autonomia do paciente quanto à tomada de decisões e habilidade de solucionar problemas^{13,19}.

Para que seja efetiva a mudança de comportamento, os profissionais de saúde precisam desenvolver e aprimorar as suas habilidades de aconselhamento nutricional, que incluem saber ouvir com atenção, ter empatia, ser claro e objetivo com o paciente sobre as suas responsabilidades dele no processo de mudança, identificar um objetivo comportamental acessível e estabelecer um plano específico, detecção dos agentes e das possíveis barreiras que impedem o sucesso do tratamento, além de encorajar o paciente a realizar pequenas modificações para atingir metas conjuntamente propostas^{12,20}.

Quando o aconselhamento nutricional desconsidera tais princípios, podem dificultar a finalidade do tratamento, que é mudança de comportamento alimentar, e consequentemente a perda de peso e a sua manutenção a longo prazo.

Dentre as limitações do presente estudo, destacam-se o reduzido tamanho amostral, a ausência de informações sobre como as metas alimentares foram determinadas (concordância do paciente, respeito ao grau de dificuldade das mesmas, iniciando sempre pelas mais fáceis ao

paciente). Assim como análise retrospectiva a partir de dados coletados de prontuários, apresentando limitações intrínsecas a esse tipo de delineamento. Os dados da pesquisa foram derivados de informações constantes nos prontuários dos pacientes, preenchidos subjetivamente por cada profissional e dependente de sua percepção sobre o caso.

CONCLUSÃO

Conclui-se que tanto a intervenção nutricional com metas alimentares, quanto a dieta hipocalórica em pacientes com excesso de peso resultaram em perda ponderal, embora sem significância clínica. Enquanto, para a manutenção do peso perdido, as metas alimentares apresentaram-se mais eficazes. Sugerindo a utilidade desta abordagem em indivíduos com sobrepeso ou obesidade sob assistência ambulatorial. No entanto, são necessárias investigações com metodologias mais rigorosas para assegurar que de fato, as metas alimentares sejam as responsáveis pelos efeitos observados no presente estudo, assim como determinar claramente as circunstâncias nas quais as metas alimentares promovam e sustentem os comportamentos alimentares esperados.

REFERÊNCIAS

1. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. 2010. [Acesso: 12 ago. 2015]. Disponível em: www.ibge.gov.br
2. Brasil. Vigitel Brasil 2014: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa; 2014.
3. Diretrizes Brasileiras de Obesidade. 3ª ed. Itapevi, SP: AC Farmacêutica, 2009. [acesso: 15 ago. 2015]. Disponível em: www.abeso.org.br.
4. Almeida JC, Rodrigues TDC, Silva FM, Azevedo MJD. Revisão sistemática de dietas de emagrecimento: papel dos componentes dietéticos. Arq. Bras. de Endoc. & Metabol. 2009; 53(5), 673-687.
5. Santos ZMSA, Frota MA, Cruz DM, Holanda SDO. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. Texto & Contexto Enfermagem. 2005; 14(3): 332-340.
6. Inelmen EM, Toffanello ED, Enzi G, Gasparini G, Miotto F, Sergi G, Busetto L. Predictors of drop-out in overweight and obese outpatients. International Journal of Obesity. 2005; 29(1):122-28.
7. Lerman I. Adherence to treatment: the key for avoiding long-term complications of diabetes. Archives of Medical Research. 2005; 36(3); 300-306.
8. Cuppari L. GUIA de nutrição: clínica no adulto. 3. ed. Barueri, SP: Manole, 2014.
9. Callejon KS, Paternez, ACAC. Adesão ao tratamento nutricional por pacientes atendidos na clínica de nutrição docente-assistencial da Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS). Revista Brasileira de Ciências da Saúde. 2008.
10. Figueiras MJ. Intervenções para promover a actividade física e as alterações dos regimes alimentares para reduzir os factores de risco cardiovascular em adultos. Revista Factores de Risco. 2011; 22: 88-91.
11. WHO. World Health Organization. Joint report of expert consultation. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Geneva, 2003.
12. Nonas CA, Foster GD. Setting achievable goals for weight loss. Journal of the American Dietetic Association, 2005; 105(5), 118-123.
13. Guimarães NG, Dutra ES, Isto MK, Carvalho KMB. Adesão a um programa de aconselhamento nutricional para adultos com excesso de peso e comorbidades. Rev. Nutr. 2010; 23(3): 323-33.
14. Cunningham, E. How can I support my clients in setting realistic weight loss goals?. Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics, 2014; 114(1), 176.
15. Reiners AAO, Azevedo RCDS, Vieira, MA, Arruda, ALGD. Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. Ciênc saúde coletiva, 2009; 13(Supl 2), 2299-306.
16. Wadden TA, Volger S, Sarwer DB, Vetter ML, Tsai AG, Berkowitz RI, Chittams J. A two-year randomized trial of obesity treatment in primary care practice. New England Journal of Medicine, 2011; 365(21): 1969-1979.
17. Nothwehr F, Yang J. Goal setting frequency and the use of behavioral strategies related to diet and physical activity. Health Education Research, 2007; 22(4), 532-538.
18. Rodrigues EM, Soares FPTP, Boog MCF. Resgate do conceito de aconselhamento no contexto do atendimento nutricional. Rev. Nutr. 2005; 18(1): 119-128.
19. Spahn JM, Reeves RS, Keim KS, Laquarta I, Kellogg M, Jortberg B, Clark NA. State of the evidence regarding behavior change theories and strategies in nutrition counseling to facilitate health and food behavior change. Journal of the American Dietetic Association. 2010; 110(6): 879-891.
20. Foster GD, Makris AP, Bailer BA. Behavioral treatment of obesity. The American journal of clinical nutrition, 2005; 82(1), 230S-235S.

Submissão: 19/07/2016

Aprovado para publicação: 28/06/2017