



## Grupo terapêutico para obesidade: metodologia adotada, perfil nutricional e impacto alcançado

*Therapeutic group for obesity: adopted methodology, nutritional profile and achieved impact*

### Resumo

O objetivo deste estudo foi implantar um grupo de controle de peso entre indivíduos com excesso de peso, para promoção de ações de avaliação e reeducação nutricional. A amostra foi composta por 28 mulheres adultas. Durante oito semanas, o grupo recebeu orientações acerca de uma alimentação saudável, praticou atividade física e teve o peso avaliado. Houve adesão por parte de 64,2% (n=18) do grupo e destes, 94,4% (n=17) conseguiram reduzir o peso corporal. A intervenção proposta foi eficaz, mas ajustes no programa são necessários para melhorar a adesão entre os pacientes.

Palavra chave: Educação alimentar e nutricional; Obesidade e controle de peso.

### Abstract

*The aim of this study was to implement a control group in weight between individuals, overweight, to promote evaluation actions and nutritional reeducation. The sample consisted of 28 adult women. For eight weeks, the group received support on healthy eating, physical activity and had the weight evaluated. There was adherence by 64.2% (n = 18) group and of these, 94.4% (n = 17) were able to reduce body weight. The proposed intervention was effective, but adjustments are needed in the program to improve adherence among patients.*

*Key word: Nutrition education; Obesity and weight control.*

Letícia Maria de Melo<sup>1</sup>  
Nilcemar Rodrigues Carvalho Cruz<sup>1</sup>  
Virgínia Souza Santos<sup>1</sup>  
Márlon Martins Moreira<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal de Viçosa,  
campus de Rio Paranaíba,  
Rio Paranaíba, Minas Gerais, Brasil.  
E-mail: nil.nut@hotmail.com  
(34) 3855-9325; (31) 9248-4186.

## INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença multifatorial de alta prevalência envolvendo questões biológicas, históricas, ecológicas, econômicas, sociais, culturais e políticas. Ela é definida como o grau de armazenamento de gordura no organismo, ocasionando riscos à saúde devido suas alterações metabólicas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Algumas doenças estão relacionadas com a obesidade, como as doenças cardiovasculares, incluindo a hipertensão, a dislipidemia, a resistência insulínica, a glicemia de jejum alterada, a intolerância à glicose e mesmo o diabetes. Além disso, a obesidade representa maior chance de desenvolver placas ateroscleróticas. Essas alterações reduzem a qualidade e a expectativa de vida, aumentando o risco de mortalidade e os gastos públicos (LOPES, 2007).

Segundo dados da Pesquisa de Orçamento Familiar - POF (2008-2009), ocorreu um aumento na prevalência de excesso de peso e obesidade na população com mais de 20 anos de idade, sendo que nas mulheres houve um aumento de 28,7% para 48% no excesso de peso, enquanto a obesidade duplicou de 8% para 16,9% (IBGE, 2010).

Sabe-se que uma alimentação, nutricionalmente adequada, pode atuar tanto na prevenção como no tratamento de doenças. Desta forma, a reeducação alimentar pode ser uma medida para melhorar a qualidade da dieta, proporcionando melhores hábitos alimentares e, conseqüentemente, menores riscos de patologias associadas a uma alimentação inadequada (FELIPE et al, 2011).

Terapia de grupo, para indivíduos com excesso de peso, é uma alternativa viável para auxiliar no controle do peso corporal e na redução de risco cardíaco, e ainda atuaria como estratégias para melhoria dos hábitos alimentares (ALVAREZ; ZANELLA, 2009).

O objetivo deste estudo foi a implantação de um grupo de controle de peso entre mulheres adultas, que apresentam sobrepeso ou obesidade para promoção de ações de avaliação e reeducação nutricional.

## METODOLOGIA

O estudo tem caráter extensionista e foi desenvolvido pelo curso de Nutrição da Universidade Federal de Viçosa, Campus Rio Paranaíba, em parceria com a Estratégia de Saúde da Família, e pelo Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) do município de Rio Paranaíba-MG.

Foram envolvidos na equipe do projeto um fisioterapeuta, uma psicóloga, duas nutricionistas, duas técnicas em Enfermagem e seis alunos do curso de Nutrição da referida instituição.

Como público alvo foram selecionados vinte e oito indivíduos para participarem do projeto, os quais atendiam aos seguintes critérios de inclusão: faixa etária entre vinte e sessenta anos de idade e Índice de Massa Corporal (IMC) maior ou igual a vinte e cinco quilos por metros quadrados.

O acompanhamento do grupo teve início em setembro de 2011 e as reuniões foram realizadas no CRAS do município, com duração de aproximadamente uma

hora e meia. No primeiro encontro foi apresentada a equipe de trabalho ao grupo, esclarecidas as propostas dietéticas, os objetivos e o cronograma do projeto. Em seguida foi agendado o atendimento individualizado. Cada aluno colaborador ficou responsável por um subgrupo de pacientes em número de 3 a 5, para favorecer uma melhor relação dos indivíduos com o tratamento a fim de reduzir a evasão.

No atendimento individualizado, foi preenchido um formulário contendo informações sobre a identificação (nome, data de nascimento, profissão, endereço e telefone), dados socioeconômicos (estado civil, composição familiar, renda mensal, escolaridade e características do domicílio), anamnese clínica e as avaliações antropométrica, dietética e bioquímica.

Para a realização da avaliação antropométrica foi avaliado o peso, a altura e a circunferência da cintura. O peso foi avaliado utilizando-se balança digital portátil marca Marte®, com capacidade máxima de 200 Kg e divisão de 50g. Para avaliar altura, foi utilizado um estadiômetro portátil marca Welmy®, com altura máxima de 220 cm e precisão de 0,1 cm. A partir dos resultados obtidos de peso e altura foi calculado o Índice de Massa Corporal (IMC).

O IMC foi classificado de acordo com os pontos de corte da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1998). A circunferência da cintura foi aferida com auxílio de uma fita métrica inextensível. Esta medida foi classificada de acordo com os valores referenciais da Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica (2004).

Para avaliação dietética foram utilizados a anamnese alimentar, o Questionário de Frequência Alimentar (QFA) e o Recordatório Alimentar 24h (R24h).

Na realização da avaliação bioquímica foram entregues pedidos de exames no primeiro encontro, sendo realizados no laboratório de análises clínicas do hospital do município. Foram realizados os exames de colesterol total, triacilgliceróis e a glicemia de jejum.

Para classificação dos níveis lipídicos, foram utilizados os valores de referência da IV Diretriz Brasileira sobre Dislipidemia e Prevenção de Aterosclerose (SPOSITO et al., 2007). Para a classificação dos níveis glicêmicos foram utilizados os valores de referência da Sociedade Brasileira de Diabetes (2006).

A partir do segundo encontro, os pacientes participaram da proposta terapêutica em grupo, com frequência semanal. Nestes, o peso era avaliado inicialmente para verificar o impacto do acompanhamento. Cada aluno da equipe, sob a orientação das nutricionistas, avaliava a evolução do peso dos pacientes e investigava as dúvidas e as dificuldades para esclarecimentos e orientações. Em seguida, era abordado um tema, entre eles: alimentação adequada e uso da pirâmide alimentar, grupos alimentares e porções, cardápio saudável, funcionamento do trato gastrointestinal, uso de alimentos *diet e light*, ingestão de água, fibras e saúde, tipos de gorduras presente nos alimentos e aterosclerose, colesterol nos alimentos, açúcares, sódio, leitura de rótulos, dentre outros. Os temas eram trabalhados na forma de teatros, dinâmicas, filmes e *folders* para sensibilizar os pacientes sobre a importância de uma

alimentação saudável e divulgar técnicas dietéticas adequadas para elaboração de pratos com um bom valor nutricional. Após a abordagem do tema, era realizada a atividade de física com duração de 30 minutos com a fisioterapeuta.

Ao final de cada encontro, eram distribuídos brindes (alimentos saudáveis) para o indivíduo que conseguiu perder mais peso e de forma adequada durante a semana. Também era servido um lanche nutritivo, como opção a ser adotada posteriormente no cardápio destes indivíduos.

No último encontro, foi realizada com todos os participantes uma oficina de culinária, onde foram preparados pratos nutritivos e repassadas orientações sobre as propriedades dos alimentos, colocando em prática os conhecimentos adquiridos durante o projeto.

O Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado por todos os participantes no início do projeto.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### *Perfil dos participantes que aderiram e dos que não aderiram ao projeto*

A convivência em grupo proporciona uma experiência de grande valor terapêutico, pois pode ajudar os participantes a quebrarem as barreiras criadas por sentimentos de solidão e de isolamento, considerando que o grupo vivencia problemas comuns (COSTA et al., 2004).

O presente trabalho refere-se à organização de um grupo para terapia da obesidade, envolvendo vinte e oito mulheres, com idade entre 23 e 53 anos, com idade média de 38 anos. Houve adesão ao projeto por 64,2% (n=18) do grupo, pois 35,7% (n=10) faltaram a três ou mais encontros ou desistiram no início do tratamento.

Em relação ao estado civil das participantes, verificou-se que entre as desistentes 60% (n=6) eram solteiras, viúvas ou divorciadas em comparação com 22,2% (n=4) das não desistentes (Tabela 1).

Ao considerar a escolaridade, nota-se que entre as participantes que não desistiram do projeto, quase a metade tinham somente o ensino fundamental incompleto e das desistentes somente 20% apresentavam o menor nível de escolaridade (Tabela 1).

A Figura 1 apresenta a avaliação do risco de complicações metabólicas relacionadas à medida da circunferência da cintura, aferida no início do projeto entre as participantes que desistiram e das que permaneceram no projeto. Nota-se que a maior parte dos indivíduos com risco aumentado de complicações metabólicas permaneceu até o final no projeto.

Variáveis sociodemográficas	PARTICIPANTES			
	Desistentes		Não desistentes	
	n	%	n	%
<i>Estado civil</i>				
Casado	4	40%	14	77,7%
Solteiro	3	30%	2	11,1%
Viúvo	1	10%	2	11,1%
<i>Nível de escolaridade</i>				
Ensino Fundamental Incompleto	2	20%	8	44,5%
Ensino Fundamental Completo	2	20%	1	5,55%
Ensino Médio Incompleto	1	10%	1	5,55%
Ensino Médio Completo	4	40%	7	38,85%
Ensino Superior Incompleto	0	0%	0	0%
Ensino Superior Completo	1	10%	1	5,55%

Tabela 1: Estado civil e escolaridade dos indivíduos participantes do projeto.

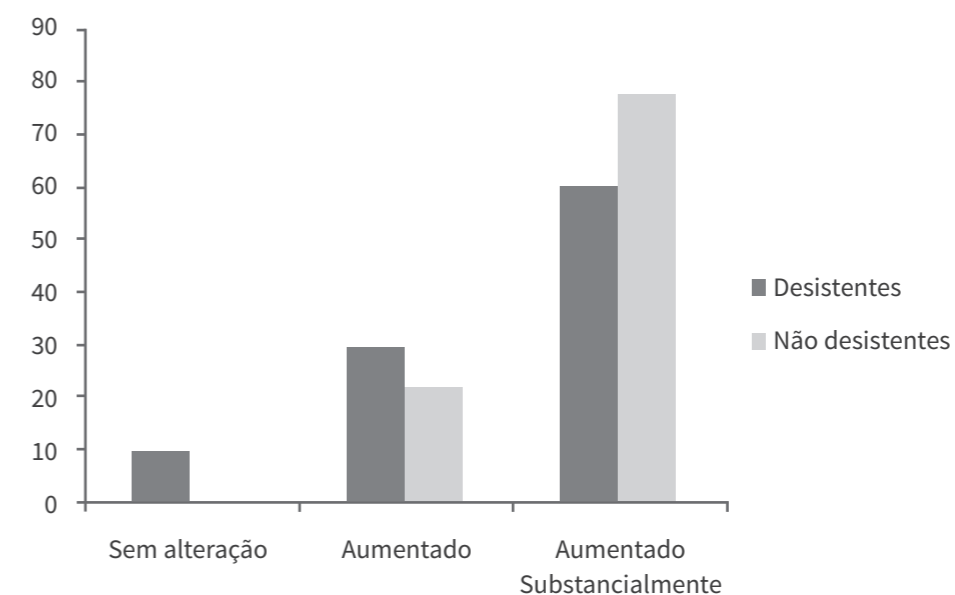
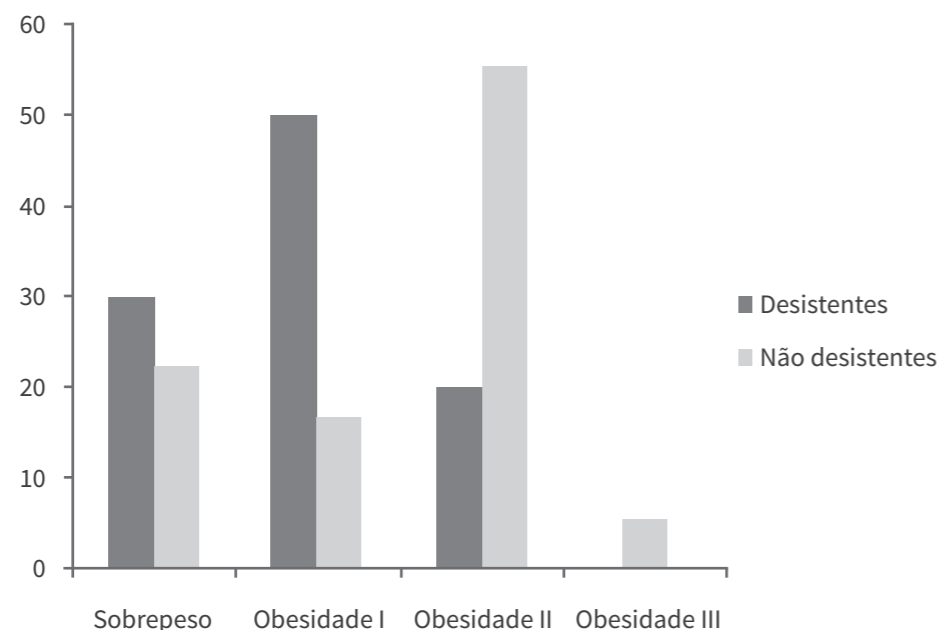


Figura 1. Avaliação da circunferência da cintura em pacientes desistentes e não desistentes do programa de terapia em grupo para excesso de peso.

Abaixo, na Figura 2 apresenta-se o resultado referente à adesão ao tratamento e a classificação do IMC inicial. Observa-se que dentre os indivíduos que aderiram ao tratamento, 22,2% (n=4) apresentavam sobrepeso, 16,6% (n=3) obesidade I, 55,6% (n=10) obesidade II e 5,6% (n=1) apresentavam obesidade grau III.

Figura 2. Adesão ao projeto e classificação pelo Índice de Massa Corporal das participantes desistentes e das não desistentes.



Pela avaliação dietética foi possível observar algumas características negativas como o consumo rotineiro de alimentos de alto valor energético, como gorduras e açúcares e o hábito de “pular refeições”. Quanto ao consumo de frutas, observou-se que somente 33,33% (n=6) consumiam frutas diariamente, e cerca 33,33% (n=6) raramente ou nunca costumava consumir frutas.

Sabe-se que o consumo de fruta é de grande importância por conter boas quantidades de fibras e minerais, porém os valores obtidos são extremamente preocupantes, já que a recomendação é consumir 3-5 porções diárias (PHILIPPI, 1999).

Em relação ao consumo de leite e seus derivados, analisamos que apenas 38,88% (n=7) consumiam diariamente e 22,22% (n=4) consumiam raramente ou nunca.

Quanto ao consumo de azeite de oliva durante as refeições, observou-se que 38,88% (n=7) consumiam e 50% (n=9) não tinham o hábito de usar nas preparações. Sabe-se que o consumo de azeite de oliva é de extrema importância, já que o mesmo apresenta em sua composição o ácido oleico, fundamental pelas propriedades benéficas na redução da oxidação do LDL colesterol e não interferem no HDL colesterol (SPOSITO, 2007 e ANGELIS, 2001).

Em relação à quantidade de refeições diárias, foi observado que 16,66% (n=3) faziam 2-3 refeições por dia, 61,11% (n=11) faziam de 4-5 refeições e 22,22% (n=4) faziam 6 refeições por dia. O mais aconselhado para a saúde é fazer de 4 a 6 refeições por dia em quantidades moderadas, e em horários determinados (KASPARY, 2006).

Dentre os pacientes que participaram do projeto, observa-se que 94,4% (n=17) apresentam pelo menos um dos problemas neurológicos como ansiedade, insônia, dor de cabeça, depressão e fadiga. A sintomatologia de maior prevalência entre os problemas neurológicos são ansiedade e dor de cabeça. Segundo relatos dos próprios pacientes, 88,8% (n=16) queixavam-se de sofrer de ansiedade. De acordo com Capitão (2004), a ansiedade também provoca várias reações físicas. Muitas pessoas relatam que quando estão ansiosas buscam se alimentar em demasia, o que acaba resultando em ganho de peso.

Segundo Almeida (2001), o sofrimento emocional de pessoas obesas pode estar associado aos problemas físicos provenientes do excesso de gordura corporal, ao tentar seguir dietas para se adaptar aos padrões de aparência.

Outra queixa dos indivíduos foi dor de cabeça, em que um percentual de 50% (n=9) relataram ter dores de cabeça. A orientação nutricional pode minorar a dor de cabeça, pois se sabe que alguns alimentos possuem em sua composição substâncias capazes de desencadear a enxaqueca, provocando alterações no calibre dos vasos sanguíneos do encéfalo e uma alimentação saudável e equilibrada age na profilaxia da enxaqueca diminuindo a frequência e a intensidade da dor (FELIPE, 2010).

Dentre os pacientes, 55,55% (n=10) não apresentavam o hábito de praticar atividade física e 44,44% (n=8) faziam algum tipo de atividade física, como caminhada ou academia duas a três vezes por semana. A atividade física regular é importante para o controle ponderal e pode ser associada com a diminuição da massa gorda e aumento da massa magra. A prática de atividade física pode ajudar na redução do peso corporal e melhorar a disposição no dia a dia desses indivíduos, o que é confirmado por Juzwiak (2000) que afirma que a atividade física diminui o risco de obesidade, atuando na regulação do balanço energético, preservando ou mantendo a massa magra, além de seus efeitos na perda de peso.

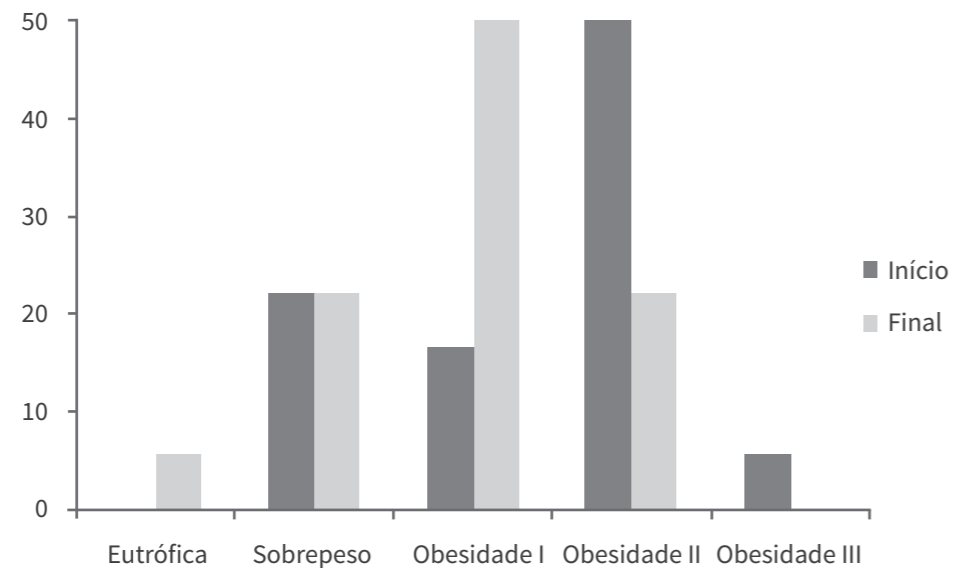
Quanto aos dados obtidos na avaliação bioquímica, percebeu-se que 16,6% (n=3) apresentavam hiperglicemia, 33,33% (n=6) estavam com hipercolesterolemia e 27,7% (n=5) se encontravam com hipertrigliceridemia.

#### ***Evolução do peso corporal das participantes que aderiram ao projeto***

Em relação ao comportamento do peso corporal (Figura 3), durante o projeto, verificou-se no último encontro que 94,4% (n=17) dos participantes conseguiram reduzir e 5,5% (n=1) apresentaram aumento no peso corporal. A média de perda de peso foi de 3,45 kg por pessoa, o que aponta como positivas as ações de educação nutricional.

Segundo Bueno et al., (2011) a educação alimentar tem um papel importante no processo de transformação, recuperação e promoção de hábitos alimentares saudáveis.

Figura 3. Classificação do estado nutricional inicial e final das participantes da terapia em grupo da obesidade.



## CONCLUSÃO

Durante o projeto observou-se que muitas pacientes participantes do grupo de terapia da obesidade já apresentavam complicações relacionadas ao excesso de peso. Além disso, hábitos inadequados de alimentação foram visivelmente percebidos. As intervenções do grupo, ainda que a curto prazo, foram benéficas evidenciadas pela diminuição do peso corporal, demonstrando que estratégias como estas realizadas pelo projeto são eficazes para prevenção e/ou tratamento dos distúrbios causados pela obesidade. Apesar dos resultados obtidos, conclui-se que são necessários ajustes na metodologia do programa para melhorar a adesão dos pacientes.

## AGRADECIMENTO

Aos colaboradores: Maria Clara Francisco Nunes, Letícia Landim Rabelo, Glauciene dos Reis Silva, Francielle Aparecida da Costa, Flávia Alves Pereira, Tatiana de Oliveira Ribeiro e ao órgão financiador PIBEX/UFV.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, G. A. N.; LOUREIRO, S. R.; SANTOS, J. E.** Obesidade mórbida em mulheres - Estilos alimentares e qualidade de vida. *Archivos Latinoamericano de Nutrición*, v. 51, n. 4, 2001.
- ALVAREZ, T.S.; ZANELLA, M.T.** Impacto de dois programas de educação nutricional sobre o risco cardiovascular em pacientes hipertensos e com excesso de peso. *Revista de Nutrição*, v. 22, n. 1, p. 71-79, 2009.
- ANGELIS, R. C.** Novos conceitos em nutrição. Reflexões a respeito do elo dieta e saúde. *Arquivos de Gastroenterologia*, v. 38, n.4, out./dez, 2001.
- BUENO, J. M. et al.** Educação alimentar na obesidade: adesão e resultados antropométricos. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 24, n. 4, jul./ago., 2011.

**CAPITAO, C. G.; TELLO, R. R.** Traço e estado de ansiedade em mulheres obesas. *Psicol. hosp.*, São Paulo, v. 2, n. 2, dez., 2004.

**COSTA, K.S.; MUNARI, D. B.** O grupo de controle de peso no processo de Educação em Saúde. *Revista de Enfermagem*, v.12, p.54-59, UERJ, 2004.

**FELIPE, M. R.; et al.** Implicações da alimentação e nutrição e do uso de fitoterápicos na profilaxia e tratamento sintomático da enxaqueca – uma revisão. *Nutrire, J. Brazilian Soc. Food Nutr.*, São Paulo, SP, v. 35, n. 2, p. 165-179, ago., 2010.

**FELIPPE, F.; et al.** Qualidade da dieta de indivíduos expostos e não expostos a um programa de reeducação alimentar. *Revista de Nutrição*, Campinas, v.24, n.6, p. 833-844, Nov./dez., 2011.

**JUZWIAK, C.R.; PASCHOAL, V. C. P. ; LOPEZ, F. A.** Nutrição e atividade física. *Jornal de Pediatria*, v.76, Supl.3, 2000.

**KASPARY, N. et al.** Estilo de vida de mulheres adultas obesas da cidade de Cruz Alta-RS . *Revista da Educação Física/UEM Maringá*, v. 17, n. 2, p. 193-201, 2. set. 2006.

**LOPES, H. F.** Hipertensão e inflamação: papel da obesidade. *Revista Brasileira de Hipertensão*, v.14, n. 4, p. 239-244, 2007.

**PHILIPPI, S.T. et al.** Pirâmide Alimentar Adaptada: guia para escolha dos alimentos. *Revista de Nutrição*, Campinas, v.12, n.1, p. 65-80, jan./abr., 1999.

**SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES.** Tratamento e Acompanhamento do Diabetes Mellitus: Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2006. 154p.

**SPOSITO, A.C.; CARAMELLI, B.; FONSECA, F.A.H.; BERTOLAMI, M.C.** IV Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose: Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, v.88, supl.1, p. 2-19, 2007.

**Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).** Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009. Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010.

**WORLD HEALTH ORGANIZATION.** Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a World Health Organization Consultation. Geneva: World Health Organization, 2000. p.256. WHO Obesity Technical Report Series, n. 284.

**I DIRETRIZ BRASILEIRA DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA SÍNDROME METABÓLICA.** Revista da Sociedade Brasileira de Hipertensão, v. 17, n. 4, 2004.

**MINISTÉRIO DA SAÚDE.** Departamento de Atenção Básica. Obesidade. Cadernos de Atenção Básica, nº 12, série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2006, 110p.