

# **ADESÃO À REEDUCAÇÃO ALIMENTAR PARA PERDA DE PESO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Barbara Wolfgramm<sup>1</sup>

Solange Rodrigues Lopes<sup>1</sup>

Taina Deoclecio<sup>1</sup>

Rosiane Nascimento<sup>2</sup>

## **RESUMO**

A Reeducação Alimentar é vista como uma das principais ferramentas para combate ao sobrepeso e obesidade que atualmente vem apresentando crescimento em todo Brasil sendo importantes fatores de risco para o aumento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), e atualmente a Organização Mundial da Saúde (OMS) já aponta como um dos problemas de saúde mais graves que deverão ser enfrentados nos próximos anos, uma vez que atinge indivíduos de todas as faixas etárias, sexo, escolaridade e condição socioeconômica. Devido sua característica multifatorial o sobrepeso e a obesidade deve ser motivo de cuidado e atenção por todos os profissionais de saúde visando conter o aumento de casos que acabam por predispor diversas outras patologias como doenças cardiovasculares, hipertensão, acidente vascular cerebral (AVC), diabetes *mellitus* tipo 2, alguns tipos de câncer, dificuldades respiratórias, entre outros. O presente estudo trata-se de um artigo de revisão que objetivou avaliar se a Reeducação Alimentar pode contribuir com indivíduos que buscam melhora no peso corporal. Foi realizada busca nas bases de dados Lilacs, Scielo e Pubmed utilizando o descritor “reeducação alimentar” a fim de identificar artigos científicos publicados entre 2006 e 2021 que tratavam de perda de peso utilizando a reeducação alimentar como principal ferramenta. Foram selecionados 5 artigos científicos para análise. Os programas de Reeducação Alimentar mostraram-se eficientes na reeducação do IMC dos participantes, e sendo sua principal dificuldade a adesão pelos pacientes sendo assim necessário mais pesquisas acerca do assunto.

---

<sup>1</sup> Acadêmicos do curso de Nutrição, Multivix Serra.

<sup>2</sup> Nutricionista, mestra em nutrição e saúde, docente na faculdade Multivix Serra.

**Palavras-chave:** Reeducação Alimentar. Sobrepeso. Obesidade.

## **ABSTRACT**

Nutritional Reeducation is seen as one of the main tools to combat excess weight and obesity that is currently growing throughout Brazil, being important risk factors for the increase of Chronic Non-Communicable Diseases (NCDs), and currently the World Health Organization (WHO) already points out as one of the most serious health problems to be faced in the coming years, as it affects all individuals regardless of (or irrespective of) age, gender, educational background or socioeconomic status. Due to its multifactorial characteristic, excess weight and obesity should be a reason for care and attention by all health professionals, aiming to contain the increase in cases that end up predisposing to several other pathologies such as cardiovascular disease, hypertension, stroke (CVA), diabetes mellitus type 2, some types of cancer, breathing difficulties, among others. The present study was review article that aimed to assess whether Nutritional Reeducation can contribute to individuals seeking to improve their body weight. A search was carried out in Lilacs, Scielo and Pubmed databases using the descriptor “dietary re-education” in order to identify scientific articles published between 2006 and 2021 that dealt with weight loss using dietary re-education as the main tool. Five scientific articles were selected for analysis. The Food Re-education programs proved to be efficient in the re-education of the participants' BMI, and their main difficulty was adherence by patients, thus, more research on the subject is needed.

**Keyword:** Nutritional education. Overweight. Obesity.

## **1 INTRODUÇÃO**

O excesso de peso vem se tornando um importante problema de saúde pública em todo mundo. Sendo mais preocupante pelo fato de que esses agravos são decisivos para o desenvolvimento de Doença Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) que representam grande papel na morbimortalidade da população que

está sendo acometida por essas patologias cada vez mais cedo (PINHEIRO; FREITAS; CORSO, 2004).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta a obesidade como sendo um dos mais graves problemas de saúde a ser enfrentado nos próximos anos. No ano de 2025, a expectativa é de que aproximadamente 2,3 bilhões de indivíduos adultos estejam acima do peso em todo mundo, e cerca de 700 milhões de pessoas recebam o diagnóstico de obesidade, que é quando o Índice de Massa Corporal (IMC) está acima de 30 kg/m<sup>2</sup>. (MS, 2013)

No Brasil, viu-se um aumento obesidade de 67,8% nos últimos treze anos, passando de 11,8% no ano de 2006 para 19,8% em 2018. Conforme a Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), realizada pelo Ministério da Saúde em 2018, a obesidade retomou o crescimento após uma breve trégua. Foi verificado que no período de 2015 e 2017, os índices registrados de obesidade haviam se mantido em 18.9%. (VIGITEL, 2018)

É possível verificar um aumento do número de adultos obesos com idade entre de 25 a 34 anos (84,2%) e de 35 a 44 anos (81,1%). Atualmente, no Brasil aproximadamente 20,7% das mulheres têm obesidade e 18,7% dos homens (MS, 2019).

Brienza et al.(2002), salienta que o tratamento da obesidade deve ser multiprofissional (nutricionistas, médicos, psicólogos e profissional de educação física), objetivando a correção global dos fatores que geram e/ou perpetuam a obesidade e autores como Muzzo e Burrows (1991) colocam a redução das taxas de prevalência da obesidade como meta importante a se alcançar, principalmente por parte dos profissionais de saúde que devem atuar também com educação, a fim de alcançar uma melhora na qualidade de vida da população.

É valido atentar que os tratamentos para obesidade não devem estar focados apenas para redução do peso corporal, mas também leve em consideração as

necessidades do indivíduo, para que se alcance qualidade de vida não só relacionado ao aspecto físico, mas também saúde mental (ALMEIDA; LOUREIR; SANTOS, 2001).

Quando pensamos em processos que envolvam mudanças de hábitos visando a recuperação e promoção de saúde, a educação alimentar tem papel fundamental, e por isso é salutar proporcionar conhecimento a população para auxiliar na tomada de decisão de formar atitudes e práticas alimentares saudáveis. (ROTENBERG; BARGAS, 2004)

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição do Brasil apresenta como diretriz a promoção a alimentação saudável e implantou sugestões sobre alimentação. “Os Dez Passos de uma Alimentação Saudável”, foi um exemplo de sugestão e tem o intuito de disponibilizar conhecimento para população sobre a importância da promoção à saúde a fim de promover mudança de atitudes e práticas sobre alimentação saudável e prática atividade física prevenindo o excesso de peso (MS, 2004).

O presente estudo tem como objetivo geral analisar como a reeducação pode auxiliar indivíduos que estão em busca de perda de peso de forma saudável.

## **2 REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1 CAUSAS MULTIFATORIAIS DA OBESIDADE**

A obesidade é uma doença crônica não transmissível (DCNT) que é caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal, esse excesso de gordura no organismo pode repercutir de forma negativa à saúde do indivíduo tendo uma má qualidade e perda no tempo de vida, podendo acarretar graves problemas de saúde como, doenças cardiovasculares, hipertensão, acidente vascular cerebral (AVC), diabetes *mellitus* tipo 2, alguns tipos de câncer, dificuldades respiratórias, entre outros (TAVARES et al., 2010)

Atualmente a obesidade é considerada um dos mais sérios problemas de saúde mundial que afeta milhões de pessoas tanto em países desenvolvidos como também os em desenvolvimento e se caracteriza um desafio de saúde pública. Sua etiologia é complexa, e de caráter multifatorial, envolvendo vários fatores sendo eles, históricos, falta de atividade física, estilo de vida, ecológicos, políticos, socioeconômicos, psicossociais, biológicos, culturais, fatores genéticos e metabólicos. E por ser de caráter multifatorial, uma intervenção multidisciplinar pode minimizar os impactos causados pelo excesso de peso (NOGUEIRA; FERREIRA, 2010).

O aumento da incidência e prevalência da obesidade deve-se principalmente ao estilo de vida, hábitos alimentares e relacionamentos sociais. A inatividade de exercícios físicos, o aumento de tempo em aparelhos eletrônicos e maior tráfego de veículos vêm contribuindo para um estilo de vida sedentário. O fácil acesso aos alimentos rápidos, processados de alto teor calórico, as refeições ricas em gorduras e a escassez de fibras, nutrientes e gorduras boas facilitam a acumulação do peso (MENSORIO; JUNIOR, 2016).

Ao longo dos anos é perceptível a mudança no padrão alimentar das famílias, o aumento do consumo de alimentos rápidos, como fast-foods, alimentos ricos em gorduras, açúcares e sal, tomaram o lugar dos alimentos orgânicos ricos em nutrientes, fibras, entre outros. As transformações ocorridas nos hábitos alimentares ocorreram na tentativa de adequar a alimentação ao ritmo acelerado do dia a dia, esse novo estilo de vida fez com que fossem incorporados hábitos rápidos e práticos. A falta de tempo para preparar os alimentos leva a necessidade dos fast-foods onde o preparo é rápido e assim consegue conciliar tempo, trabalho e refeições (FRANÇA et al., 2012).

As frequentes mudanças que ocorrem no estilo de vida dos indivíduos causam impactos ligados diretamente a saúde e, sobretudo aos hábitos alimentares. O avanço tecnológico tem contribuído bastante para uma sociedade cada vez mais acostumada com o comodismo e o conforto. Os aparelhos eletrônicos vêm tomando mais espaço no dia a dia das pessoas e faz com que elas passam horas entretidas e acabam não percebendo, o aumento do tráfego de veículos

também se tornou uma comodidade da vida moderna o que vem causando o aumento de uma sociedade descuidada. Esses confortos levam os indivíduos a terem uma vida sedentária, podendo acarretar sérios problemas de saúde como, as doenças cardiovasculares (CARLUCCHI et al., 2013).

Considerando que a origem é multifatorial, entende-se que o tratamento também deve ser. A equipe de multiprofissionais deve trabalhar de forma integrada, para que seja solucionado o problema ou diminuir o impacto causado pelo excesso de peso (BIANCHINI et al., 2012).

O tratamento da obesidade deve começar o quanto antes, pois assim pode prevenir doenças crônicas-degenerativas e o aumento da morbimortalidade, essas intervenções podem apresentar bons resultados como variáveis antropométricas, composição corporal, bioquímicas e de comorbidades, podendo também afetar de forma positiva o psicológico e o estilo de vida (BIANCHINI et al., 2012).

## 2.2 ESTRATÉGIAS DE EMAGRECIMENTO

É possível encontrar na literatura uma grande quantidade de informações sobre tratamento para obesidade, no entanto ainda não foi possível alcançar uma conclusão definitiva. Contudo é certo admitir que para combater a obesidade é necessário estratégias e ações de saúde pública, em especial na prevenção e controle das doenças crônicas, nas ações de educação nutricional e práticas de atividades físicas de modo a alcançar todas as camadas sociais da população (FRANCISCH et al., 2000).

A seguir será citado algumas estratégias que podem ser utilizadas para perda de peso além da reeducação alimentar e que devem escolhidas individualmente após cada caso ser avaliado pelo profissional de saúde.

### 2.2.1 Low Fat

As dietas Low Fat (LF) são qualificadas como aquelas em que no máximo 20 a 35% do Valor Energético Total (VET) são provenientes dos lipídeos. Alguns autores ainda falam em dieta LF e muito LF, esta última sendo definida como fornecendo apenas de 10 a 20% de lipídeos diários em relação ao VET. Conhecidas por se tratar de dietas com predomínio de ingestão de carboidratos, que em relação ao VET fica entre 45- 65% a definição de dieta LF pode ser considerada subjetiva. Ressalta-se que este tipo de plano alimentar tem o respaldo das principais organizações mundiais de saúde, incluindo Ministério da Saúde, devido à sua ampla base de evidências científicas e literárias a respeito dos seus efeitos sobre a saúde (ARAGON et al., 2017)

Um estudo feito por Brinkworth et al. (2009), com 106 participantes que apresentavam sobrepeso e obesidade, onde os participantes foram aleatoriamente alocados em uma dieta low-carb ou low-fat, teve como resultado a perda de peso efetiva em ambas as dietas, e apresentou uma melhora no estado de humor dos pacientes em dieta low-fat.

### **2.2.1 Low Carb e Cetogênica**

De modo geral, são reconhecidas como dietas low carb (LC), as dietas em que a ingestão de carboidratos fique abaixo do teor orientado pelas diretrizes "oficiais". Pode-se encontrar definições publicadas em estudos que não levam em consideração as diretrizes oficiais e determinam as dietas LC como aquelas cujo consumo de carboidrato por dia seja de 200g, ou menos de 30% em relação ao VET. A dieta LC ainda é classificada em LC não cetogênicas (50-150g de CHO/dia ou até 45% do VET) e cetogênicas (máximo de 50g de CHO/dia ou 10% do VET). (ARAGON et al., 2017; FRIGOLET et al., 2011).

A dieta cetogênica é composta por um alto teor de lipídeos, baixa quantidade de carboidrato e consumo moderado de proteínas, essa dieta tem como principal função a utilização de corpos cetônicos como fonte de energia, o que é benéfico no tratamento de doenças como a epilepsia, por diminuir a excitabilidade neuronal. Porém essa dieta pode trazer malefícios para a saúde como acidose

metabólica, episódios de hipoglicemia, hipercolesterolemia, litíase renal e outros. (PEREIRA et al., 2010)

### **2.2.3 Dieta do Mediterrâneo**

A dieta do mediterrâneo é caracterizada pelo alto consumo de alimentos de origem vegetal (cereais integrais, hortaliças, frutas secas, frutas frescas, oleaginosas, leguminosas, temperos a base de plantas aromáticas e especiarias), com a particularidade de serem pouco processados, sazonais e regionais. O azeite é consumido como a principal fonte de gordura, sendo o item unanimemente utilizado em todos os países do mediterrâneo. A carne vermelha é pouco consumida nesta dieta, reduzindo concomitantemente a ingestão dos ácidos graxos saturados. As demais fontes de proteína animal como peixes, aves, ovos, produtos lácteos, são consumidos com maior frequência principalmente os peixes que são fontes de ácido graxos poli-insaturados como o ômega 3. O vinho é utilizado de forma moderada e ocorre principalmente durante as refeições, possuindo ativos antioxidantes como o resveratrol. Desta forma, a dieta do mediterrâneo fornece um maior aporte de fibras alimentares, vitaminas, antioxidantes, gorduras monoinsaturadas e carboidratos complexos, onde as características da dieta são importantes para a promoção da saúde e são consideradas como fator preventivo para doenças cardiovasculares (FEOLIO et al., 2018; BLASI; LATORRE; BEBIA; SERRANO; ARCAS, 2019)

### **2.2.4 Jejum Intermitente**

Pode ser definido por realizar restrição total ou parcial na ingestão de energia (entre 50 e 100% de restrição da ingestão diária total de energia) entre um e três dias por semana, ou uma restrição completa na ingestão de energia por um período definido do dia, as estratégias de adaptação e duração são definidas individualmente baseadas em diversos protocolos utilizados atualmente (MORO et al., 2016).



Na revisão literária feita por Azevedo et al. (2013), o jejum intermitente apresentou redução no estresse oxidativo em indivíduos obesos, redução de respostas inflamatórias e diminuição do colesterol desses indivíduos

## 2.3 FATORES IMPACTANTES NA ADESÃO DA REEDUCAÇÃO ALIMENTAR

A modificação de comportamentos alimentares, a nível terapêutico e preventivo, é um desafio clínico, que exige ferramentas de várias áreas da saúde, como a psicologia e a nutrição (TINOCO; PAIVA, 2011).

Mudança de hábitos é algo extremamente difícil para uma grande parcela da população, existem fatores que podem auxiliar ou dificultar que o indivíduo consiga realizar essa mudança, em alguns destes o nutricionista não conseguirá intervir de maneira direta, porém é papel do profissional buscar estratégias ou apoio de outros profissionais para obtenção do resultado almejado.

Conforme citado por Toral; Slater (2007).

Verifica-se que os inquéritos alimentares utilizados atualmente referem-se apenas ao primeiro componente da referida interação, ou seja, restringem-se a uma caracterização racional da dieta, desconsiderando os demais componentes de uma prática tão complexa como a alimentar (TORAL; SLATER, 2007, p. 1643)

### 2.3.1 Compreensão do paciente

Este aspecto é importante para todos os pacientes, é necessário que a informação passada seja compreendida, pois é muito difícil haver mudança quando o paciente não compreende para que ela serve e como ela deve ser feita. Deve-se Incentivar o paciente a esclarecer suas dúvidas e opinar (TINOCO; PAIVA, 2011 e TORAL; SLATER, 2007)

Segundo Toral; Slater (2007):

O conhecimento contribui para sustentar ou desenvolver novas atitudes; é o componente racional necessário para motivar uma ação desejada. Apesar do fornecimento de informações não ser um motivador incondicional das ações visadas, não há ação que ocorra sem motivação e a motivação não ocorre sem que haja a formação de uma base de experiências prévias, construídas a partir de informações recebidas (TORAL; SLATER, 2007, p. 1643 e 1644)

“No que diz respeito ao aumento à recordação da informação recebida: necessitamos de prescrições simples, da utilização de frases curtas e diretas, replicadas sempre que possível em suporte escrito” (TINOCO; PAIVA, 2011, p 745).

#### **2.4.2 Satisfação com a consulta**

O Art. 3º da portaria Nº 483 de 1º de abril de 2014, estipula os princípios da rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas, onde é informado que o atendimento deve ser humanizado, centrado na individualidade do usuário, concedendo acesso e acolhimento a esses pacientes e respeitando todas as diversidades, sejam étnico-raciais, culturais, sociais ou religiosas (BRASIL, 2014).

O paciente que se sente bem tratado tende a receber melhor as informações passadas e ter mais motivação para seguir com o tratamento proposto. Na revisão literária feita por Reiners et al. (2007) foi destacado como fatores da não adesão a “Comunicação inadequada e insuficiente do profissional; dificuldade de relacionamento do paciente com o profissional; falta de confiança do paciente no profissional; abordagem do paciente de forma imprópria” (REINERS et al., 2007, p. 2303)

#### **2.4.3 Autonomia culinária**

A difusão de habilidades culinárias vem sendo cada vez menor, e essa habilidade é facilitadora da adesão a reeducação alimentar, pois um dos princípios da alimentação saudável é o consumo mínimo de comidas

industrializadas/ultraprocessadas, e o estímulo ao consumo de preparações caseiras feitas com produtos *in natura*, porém para facilitar este processo é necessário que o indivíduo conquiste autonomia culinária, que ele consiga executar essas preparações (MS, 2014)

Segundo Oliveira (2018):

A autonomia culinária é, portanto, a capacidade de pensar, decidir e agir para cozinhar refeições em casa usando majoritariamente alimentos *in natura* e minimamente processados, sob a influência das relações interpessoais, do ambiente, dos valores culturais, do acesso a oportunidades e da garantia de direitos (OLIVEIRA, 2018, p 120)

#### **2.4.4 Dietas da moda, mídia e internet**

As dietas da moda, a mídia e a ampla e rápida divulgação com a internet podem trazer grandes benefícios, como a propagação de informações que vão auxiliar no conhecimento do indivíduo. Mas, por outro lado, trazem consigo as propagandas enganosas de marcas alimentícias. (MS, 2014)

Marcas famosas fazem campanhas milionárias, fazendo com que “culturas alimentares genuínas passam a ser vistas como desinteressantes. A consequência é a promoção do desejo de consumir mais e mais para que as pessoas tenham a sensação de pertencer a uma cultura moderna e superior” (MS, 2014, p. 45)

#### **2.4.5 Trabalho e falta de tempo**

Esse é um fator muito importante, e de difícil resolução, com a entrada das mulheres no mercado de trabalho e a permanência dos homens no mesmo, os lares do Brasil não possuem mais uma pessoa destinada a realizar as tarefas diárias da casa, como fazer a refeição, em 2019 o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) divulgou que 54,5% das mulheres e 73,7% dos homens (com 15 anos ou mais) integram a força de trabalho do Brasil. Essa transição trabalhista, afeta diretamente na alimentação, por não se ter mais uma

pessoa em cada lar responsável unicamente pelas atividades domésticas, que inclui a alimentação.

Isso acarreta uma sobrecarga, principalmente nas mulheres, por ter que trabalhar em seus empregos, e nos momentos de folga trabalhar em suas casas, o que acarreta uma falta de ânimo para preparar as refeições, fazendo com que o indivíduo opte por comprar refeições prontas, pela sua praticidade (LELIS; TEIXEIRA; SILVA, 2012).

## 2.5 PERCEPÇÃO DOS ASPECTOS EMOCIONAIS SOBRE PROCESSO DE REEDUCAÇÃO ALIMENTAR

A promoção da saúde é um processo que não pode ser prescrito ou ordenado, pois, é um processo ativo, onde para se obter o bem-estar é necessário planejamento e dedicação, não acontece por acaso. O indivíduo tem a autonomia de decidir os processos que irão impactar seu estado de saúde e melhorar seu nível de bem-estar. Cabe a cada indivíduo colocar em prática as escolhas feitas (BRIENZA et al., 2002).

O processo de reeducação alimentar tem um papel muito importante na vida do paciente, pois, irá possibilitar que ele estabeleça uma relação com os alimentos, com a vida e aprenderá várias formas de cuidar do corpo, mente e o social. A mensagem está em sintonizar e vibrar de forma mais saudável, cuidando e alimentando um corpo que conduza à liberdade (BRIENZA et al., 2002).

A transformação do comportamento alimentar pode ocasionar melhora da autoestima, mudança de hábitos, realizar atividade física regularmente, apreciar os alimentos, perda de peso e escolha alimentares mais saudáveis. Os aspectos emocionais podem interferir na manutenção de hábitos alimentares adequados. Sentimentos negativos podem fazer com que o paciente não tenha uma boa adesão a reeducação alimentar e praticar hábitos saudáveis. Alguns aspectos emocionais negativos como, tristeza, raiva, depressão, ansiedade, mau relacionamento familiar, autoestima baixa, podem desestimular a prática de exercícios físicos e a não adesão à reeducação alimentar. Já os aspectos

emocionais positivos é uma impulsão a mudanças no comportamento alimentar e a prática de hábitos saudáveis (FRANÇA et al.,2012).

É de suma importância que o tratamento voltado para a obesidade não esteja voltado exclusivamente para a redução do peso corporal, é necessário que levem em consideração a necessidade de cada paciente. Para não ocorrer somente a melhora na qualidade de vida associada a saúde física, mas também a saúde mental (SANTANA; FORGERINI, 2020).

A reeducação alimentar está ligada diretamente à educação nutricional, pois o indivíduo é direcionado a adesão de hábitos alimentares e nutricionais adequados, respeitando seus valores, crenças e aspectos sociais. O processo de reeducação alimentar é eficiente no tratamento da obesidade, pois, tem a capacidade de dar ao indivíduo autonomia na hora de tomar decisões, escolhendo hábitos e práticas alimentares saudáveis e variadas fazendo com que a perda de peso seja gradativa e duradoura. Isso ocorre porque o paciente irá ingerir alimentos que a quantidade de macro nutriente, micronutriente e de energia são balanceados, diferente do que ocorre com as dietas restritivas. Os indivíduos que restringem o seu consumo alimentar não conseguem manter essa dieta restritiva por muito tempo, pois, a baixa ingestão calórica e o jejum prolongado podem acarretar malefícios a saúde como, distúrbios psicológicos (depressão, estresse, ansiedade, fraqueza, baixa autoestima), efeitos metabólicos (repetidos ganhos e perda de peso aumentam o risco de hipertensão, acidente vascular cerebral, ataque cardíaco) e transtornos alimentares (SANTANA; FORGERINI, 2020).

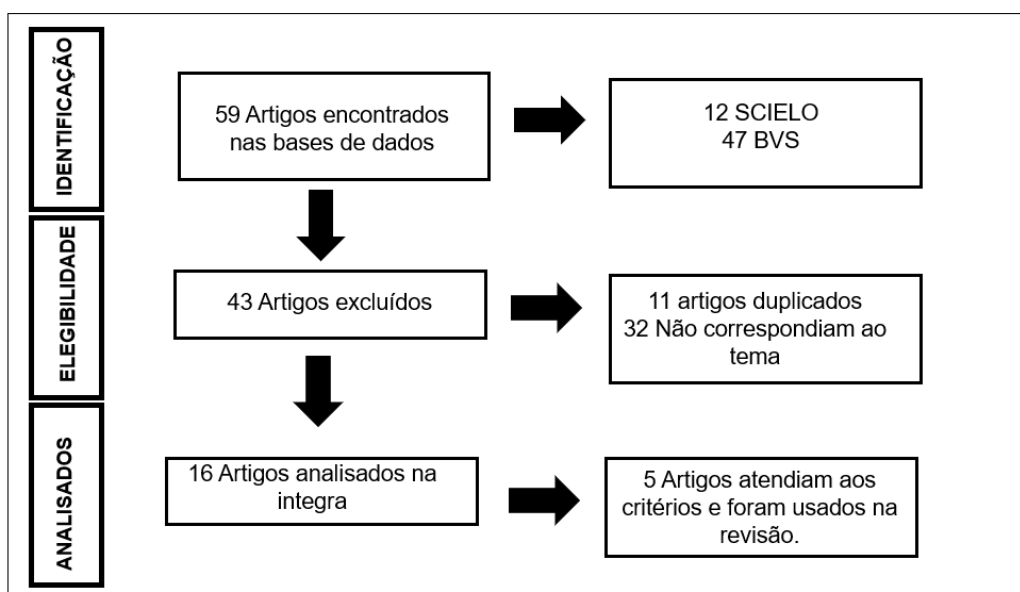
### **3 METODOLOGIA**

Realizou-se uma revisão na literatura utilizando as bases de dados Pubmed, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e na *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO) em busca de artigos científicos publicados entre o período de 2006 a 2021.

A busca nas fontes citadas foi realizada em setembro de 2021 utilizando, exclusivamente o descritor “reeducação alimentar”. As publicações foram pré-selecionadas pelos títulos dos quais deveriam conter o termo completo e/ou referências a reeducação alimentar. Foram incluídas apenas publicações em português. Realizou-se também a exclusão de artigos repetidos e fora do intervalo de tempo estudado.

#### 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A busca inicial em todas as bases de dados retornou 59 artigos. Após a leitura dos resumos e identificação de duplicidade nas próprias bases foram excluídos 11 artigos. A leitura dos resumos excluiu mais 32 artigos pela não correspondência com a questão norteadora, pois não tratavam do tema reeducação alimentar ou estava direcionado a públicos específicos, como atletas, por exemplo, então 16 artigos foram para a etapa de leitura na íntegra. Foram excluídos mais 11 artigos pela não correspondência ao tema. Nesta etapa os artigos foram analisados quanto à qualidade, não sendo realizada qualquer exclusão, uma vez que foi considerado que nenhum deles apresentavam problemas que pudessem comprometer os resultados apresentados. Neste sentido, 5 artigos foram incluídos nesta revisão.



**Fluxograma 1:** resultado da coleta de dados. Fonte: Elaborado pelos autores

Observou-se um baixo número de publicações na área de reeducação alimentar voltada para perda de peso, especialmente estudos de intervenção. Em quatro dos cinco estudos a seleção para participar das ações envolviam avaliação física e o IMC foi usado em todos os artigos como parâmetro de seleção. No tocante às ações adotadas, três dos estudos foram realizados em grupos onde a educação nutricional era trabalhada com palestras e orientações e dois estudos tratava-se de pesquisa/entrevista sobre hábitos alimentares e o impacto na saúde após adoção de reeducação alimentar orientada. No que diz respeito aos principais resultados encontrados nos estudos avaliados, foram observadas mudanças do conhecimento em nutrição e nas escolhas alimentares saudáveis e em quatro dos cinco estudos a perda de peso foi apontada como importante resultado.

O acúmulo de gorduras na região abdominal é denominado obesidade androide já o acúmulo em quadris, nádegas e coxas é denominado obesidade ginoide, na obesidade androide há um maior risco de doenças metabólicas. Existe ainda o acúmulo de gordura próximo aos órgãos, denominada gordura visceral, onde se tem riscos de doenças metabólicas ainda mais aumentados, isso ocorre pois de acordo com a sua localização o tecido adiposo apresenta diferentes características metabólicas, diversos estudos comprovam essa relação, porém ainda existem várias correntes diferentes que tentam explicar como isso ocorre (FILHO et al., 2006 e OLIVEIRA et al., 2006)

A distribuição de gordura corporal é um fator de risco mais significativo em processos mórbidos do que a própria obesidade, que é caracterizada por um acúmulo de gordura corporal no centro e na periferia do corpo. Nessa perspectiva alguns estudos usaram como critério de avaliação devido representar fator de risco o acúmulo de tecido adiposo na região abdominal, na qual o depósito de gordura encontra-se concentrado. (CHRISTINELLI et al., 2020).

No estudo realizado por Christinelli et al (2020) identificou-se uma diminuição da variável circunferência do quadril, mas se comparado com a variável circunferência da cintura, essa apresentou redução mais significativa para os

participantes do estudo, bem como identificou-se resultado positivo na queda significativa da gordura visceral de 9,3 para 6,7.

No estudo realizado por Marinho et al (2007) em Brasília, DF, onde 500 participantes foram entrevistados quanto seus hábitos alimentares observa-se que a maioria dos respondentes relata o consumo de alimentos do cotidiano do brasileiro como o arroz, feijão e pão sendo 79,4 %, 71,2% e 56,0% respectivamente. O frango citado por 85,0% dos respondentes a carne bovina (76,1%) as massas (69,6%) e os ovos (62,7%) foram citados como itens presentes no consumo semanal dos entrevistados, assim como a ingestão frequente de vegetais como as frutas as verduras e os legumes que são consumidos diariamente por aproximadamente metade dos respondentes. Ao avaliara realização de mudanças alimentares no último semestre notou-se um discreto predomínio em mulheres buscando essa mudança. Os participantes com maior poder de compra foram os que adotaram a mudança de comportamento com mais frequência

O estudo realizado com 100 indivíduos por Felipe et al.(2011) comparou a qualidade da alimentação de participantes de um programa de reeducação alimentar, realizado num período médio de 18 meses, com a alimentação de pessoas que não receberam orientação nutricional prévia nos últimos 6 meses grupo controle – o grupo de pessoas que foram exposto ao programa de reeducação alimentar foi denominado grupo E. Em ambos os grupos, a necessidade de melhorar a qualidade de vida foi apontada para a maioria dos participantes. O maior número de indivíduos com dieta de melhor qualidade foi observado no grupo E, ao passo que o grupo controle apresentou uma proporção significativamente maior de indivíduos com dieta de má qualidade o que nos mostra a importância de programas de orientação nutricional com maior alcance populacional em todos os níveis da sociedade.

Brienza et al. (2002) realizou estudo com 125 participantes, todas do sexo feminino divididas em 14 grupos onde a reeducação alimentar foi trabalhada com objetivo de melhorar o perfil de saúde dos indivíduos atendidos em unidades Básicas de Saúde de uma micro área do município de Ribeirão Preto, São Paulo



Esta ação educativa elegeu como ponto central a criação de vínculos e laços de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população, na lógica da promoção da saúde.

Após a implantação do Programa de Reeducação Alimentar observou-se, de modo geral, que houve mudanças de estilo de vida e redução do peso corporal, evidenciado através da elevação de 15% dos pacientes com IMC saudável e redução de 9% dos pacientes com sobrepeso. (BRIENZA et al, 2002).

Já no estudo realizado por Silva et al (2018) onde ações de educação nutricional foram realizadas o IMC médio inicial das participantes era de 37,19 kg/m<sup>2</sup> o que de acordo com a definição da OMS classifica situação de obesidade. Após os 17 encontros realizados notou-se uma redução do IMC médio dos participantes para 33,80 kg/m<sup>2</sup>. Os autores entenderam que para maior redução da perda do IMC, o grupo deveria ser acompanhado a longo prazo, principalmente para obtenção do peso ideal. Diante disso, as atividades de prevenção em grupo são úteis, salientando o fato de que as pacientes demonstraram uma boa compreensão da forma como as orientações foram conduzidas, valorizando as informações que lhes foram emitidas.

**Tabela 1:** Distribuição os artigos segundo autores/ano de publicação, tipo de estudo e principais resultados.

<b>Autores/ Ano de publicação</b>	<b>Base de dados</b>	<b>Tipo de estudo</b>	<b>n</b>	<b>Principais Resultados</b>
<b>Silva (2018)</b>	BVS	Quantitativo	22	Verificou-se redução significativa no IMC dos pacientes, evidenciando a importância do grupo na melhoria da qualidade de vida dos usuários.
<b>Christinelli (2020)</b>	Scielo	Transversal Quantitativo	23	O método de emagrecimento esteve associado a resultados benéficos em relação às variáveis: peso, índice de massa corporal, gordura corporal e visceral, massa muscular, metabolismo basal e circunferência de cintura e

quadril. A associação de a reeducação alimentar com a prática de exercícios físicos regularmente têm impacto positivo na obesidade.

<b>Brienza (2003)</b>	Scielo	Relato de experiência	125	Após a implantação do Programa de Reeducação Alimentar observou-se, de modo geral, que houve mudanças de estilo de vida e reeducação do peso corporal.
<b>Marinho (2007)</b>	Scielo	Epidemiológico Transversal	500	A maioria (71,0%) relatou preocupar-se com alimentação saudável. Apenas, 37% dos entrevistados relataram mudança alimentos nos últimos seis meses, e dentre eles 32,6% atribuíram à perda de peso, 25,4% à preocupação com a saúde e 20,0% à reeducação alimentar. A mudança foi mantida por 84,2% dos respondentes.
<b>Felippe (2011)</b>	Scielo	Transversal	100	Indivíduos expostos ao programa de reeducação alimentar apresentaram dieta com melhor qualidade do que indivíduos sem acompanhamento nutricional prévio.

---

**Fonte:** Produzido pelos autores

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Não existe consenso se a estratégia nutricional de Reeducação Alimentar é a mais eficaz para a perda de peso, no entanto nos estudos analisados foi possível observar resultados satisfatórios em relação a redução do IMC inicial e adesão de mudanças de hábitos.

É necessário realizar mais estudos e até mesmo observar se os resultados obtidos através desses programas permanecem a longo prazo representando

uma mudança real no estilo de vida dos participantes e na manutenção do peso perdido.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, G; LOUREIR, S; SANTOS, J . Obesidade Mórbita em mulheres- estilos alimentares e qualidade de vida. *Archivos Latinoamericanos de Nutricion*. 2001; 4 (51):359-365.

ARAGON, A. et al. International society of sports nutrition position stand: diets and body composition. *Journal of the International Society of Sports Nutrition*, v. 14, n. 1, p. 16, 2017

AZEVEDO, F; IKEOKA, D; CARAMELLI, B. Efeitos do jejum intermitente no metabolismo. **Revistada Associação Médica Brasileira**, v.59, p. 167-173, 2013.

BERALDO, J; GARCIA, LUCIANE, V; MARFONI, T. Impacto da dieta Mediterrânea e Dieta Low Carb sobre a Síndrome Metabólica: Uma revisão sistemática.

BIANCHINI, J. A. et al. Tratamento da Obesidade: Revisão de artigos sobre intervenções multiprofissionais no contexto brasileiro. **Arq ciênc saúde**, v. 19, n. 2, p. 9-15, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Departamento de Atenção Básica. Atenção Básica: alimentação e nutrição. Brasília; 2004.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Guia Alimentar para a População Brasileira. Brasília: MS; 2014. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_alimentar\\_populacao\\_brasileira\\_2ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf)>. Acesso em: 02 nov. 2021.

BRIENZA et al. Grupo de reeducação alimentar: Uma experiência holística em saúde na perspectiva familiar. *Rev. Bras. Enferm. Brasília* , v. 55, n . 6 , p . 697-700, nov./dez. 2002

BRINKWORTH, G. D. et al. Long- term effects of a very low- carbohydrate diet and a low- fat diet on mood and cognitive function. **Archivesofinternal medicine**, v. 169, n. 20, p. 1873-1880, 2009.

CARLUCCHI, E. M. et al. Obesidade e sedentarismo: fatores de risco para doença cardiovascular. **Comun. ciênc. saúde**, p. 375-384, 2013. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/ccs/obesidade\\_sedentarismo\\_fatores\\_risco\\_cardiovascular.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/ccs/obesidade_sedentarismo_fatores_risco_cardiovascular.pdf)>. Acesso em 08 ago. 2022.

DE OLIVEIRA, M. F. B. **Autonomia culinária: desenvolvimento de um novo conceito**. 2018. Tese de Doutorado. PhD Thesis. 552 State University of Rio de Janeiro (UERJ).

DE SOUZA S. E. L.; FORGERINI, S. M. Reeducação Alimentar: principais dificuldades relatadas por mulheres com sobrepeso e obesidade atendidas no ambulatório de nutrição do Univar, v. 12, 200.

FRANÇA, F. C. O. et al. Mudanças dos hábitos alimentares provocados pela industrialização e o impacto sobre a saúde do brasileiro. **Anais do I Seminário Alimentação e Cultura na Bahia**, v. 1, p. 1-7, 2012.

FRANÇA, C. L. et al. Contribuições da psicologia e da nutrição para a mudança do comportamento alimentar. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 17, p. 337-345, 2012.

FRANCISCHI, R. P. P. et al. Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. **Revista de Nutrição**, 2000.

FRIGOLET, M.E. et al. Low-carbohydrate diets: a matter of love or hate. **Annals of Nutrition and Metabolism**, v. 58, n. 4, p. 320-334, 2011.

LIMA, C. L. S. et al. Jejum Intermitente no emagrecimento: Uma revisão de literatura. **Revista Brasileira de Nutrição Esportiva**, São Paulo. v. 13. n. 79. p.426-436. Maio/Jun. 2019. ISSN 1981-9927.

Abeso. Mapa da obesidade. Disponível em < <https://abeso.org.br/obesidade-e-sindrome-metabolica/mapa-da-obesidade/>>. Acesso em 24 de maio 2021

MENSORIO, M. S.; JUNIOR, Á. L. C. Obesidade e estratégias de enfrentamento: o quê destaca +a literatura. **Psicologia, Saúde e Doenças**, v. 17, n. 3, p. 468-482, 2016.

Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 424 de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2013. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424\\_19\\_03\\_2013\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013_rep.html)>. Acesso em: 02 nov. 2021.

Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 483 de 1 de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2014. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483\\_01\\_04\\_2014.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html)>. Acesso em: 02 nov. 2021.

Ministério da saúde. **VIGITEL BRASIL 2018**. Brasília, 2019. Disponível em: <http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/julho/25/vigitel-brasil-2018.pdf>. Acesso em 01 junho 2021.

OLIVEIRA, S. M. et al. Padrões de adiposidade em mulheres atendidas em um Centro Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2000. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 9, p. 506-513, 2006.

PEREIRA, É. S. et al. Dieta cetogênica: como o uso de uma dieta pode interferir em mecanismos neuropatológicos. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, v. 9, n. 1, p. 78-82, 2010.

PINHEIRO, A. R; FREITAS, S. F. T; CORSO, A. C. T. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. **Revista de Nutrição**, v. 17, p. 523-533, 2004.

REINERS, A. A. O. et al. Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 2299-2306, 2008.

RIBEIRO FILHO, F. F. et al. Gordura visceral e síndrome metabólica: mais que uma simples associação. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 50, p. 230-238, 2006.

ROTENBERG, S; DE VARGAS, S. Práticas alimentares e o cuidado da saúde: da alimentação da criança a alimentação da família. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 4, p. 85-94, 2004.

TAVARES, T. B. et al. Obesidade e qualidade de vida: revisão da literatura. **Rev Med Minas Gerais**, v. 20, n. 3, p. 359-66, 2010.

TINOCO, R; PAIVA, I. Intervenção clínica e preventiva nos comportamentos alimentares: Um diálogo entre a psicologia e as ciências da nutrição. **Acta Médica Portuguesa**, v. 24, p. 741-746, 2011.

TORAL, N; SLATER, B. Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 1641-1650, 2007.

WANDERLEY, E. N; FERREIRA, V. A. Obesidade: uma perspectiva plural. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 185-194, 2010.