

maio de 2021

Revisão
Rápida

**Intervenções
dietéticas efetivas
para o tratamento
da obesidade e do
sobrepeso em
adultos**



**INSTITUTO
VEREDAS**
caminhos em políticas públicas



maio de 2021

**Revisão
Rápida**

**Intervenções
dietéticas efetivas
para o tratamento
da obesidade e do
sobrepeso em
adultos**



Responsáveis pela elaboração

A equipe de elaboração foi mobilizada e supervisionada por Laura Boeira, diretora do Instituto Veredas. O Instituto de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo foi a instituição parceira na execução.

Cecilia Setti

Pesquisadora com aperfeiçoamento no Programa de Aprimoramento Profissional em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Secretaria de Estado da Saúde/SP
<http://lattes.cnpq.br/7263241113247463>

Cintia de Freitas Oliveira

Diretora Técnica do Núcleo de Fomento e Gestão de Tecnologias de Saúde
Instituto de Saúde - SES/SP
<http://lattes.cnpq.br/7208829930476629>

Daiane Sousa Melo

Pesquisadora, Mestre em Ciências: Nutrição em Saúde Pública
Instituto de Saúde - SES/SP
<http://lattes.cnpq.br/2263045413943453>

Laura dos Santos Boeira

Diretora Executiva
Instituto Veredas
<http://lattes.cnpq.br/3850708594620380>

Maritsa Carla de Bortoli

Pesquisadora Científica
Diretora do Centro de Tecnologias de Saúde para o SUS-SP
Instituto de Saúde – SES/SP
<http://lattes.cnpq.br/7215886815063954>

Peter DeMaio

Pesquisador visitante
Instituto Veredas
<https://www.linkedin.com/in/peter-demaio-8630961a4/?originalSubdomain=ca>

Financiamento

A presente revisão rápida foi financiada pela AF/OS No: 8502/2021, vinculada ao projeto 6992 - OPAS/FINATEC - Protocolos de Uso do Guia Alimentar para a População Brasileira para orientação alimentar de pessoas adultas com obesidade, hipertensão arterial e diabetes mellitus. O protocolo da revisão foi validado pela equipe da professora Vivian Siqueira Santos Gonçalves do Departamento de Nutrição da Universidade de Brasília

Esta Revisão Rápida utilizou os métodos descritos por Silva e colegas, para a identificação e síntese de evidências de revisões sistemáticas sobre a questão de interesse: SILVA, Marcus Tolentino; DA SILVA, Everton Nunes; BARRETO, Jorge Otávio Maia. Rapid response in health technology assessment: a Delphi study for a Brazilian guideline. BMC medical research methodology, v. 18, n. 1, p. 51, 2018.

Publicação disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons 4.0 Internacional, permitida a reprodução parcial ou total, desde que citada a fonte.

SUGESTÃO DE CITAÇÃO:

Oliveira CF; Setti C; Melo DS; Bortoli MC; DeMaio P; Boeira LS. Revisão Rápida: Intervenções dietéticas efetivas para o tratamento da obesidade e do sobrepeso em adultos. Brasília: Instituto Veredas, 2021.

Sumário

Resumo Executivo	5
1. Contexto	6
2. Pergunta da pesquisa	8
3. Métodos	8
3.1 Critérios de inclusão e exclusão	8
3.2 Bases de dados e estratégia de busca	10
3.3 Seleção de evidências	10
3.4 Extração e análise dos dados	10
3.5 Avaliação da qualidade metodológica	10
3.6 Atalhos para a Revisão Rápida	11
4. Resultados	11
4.1 Seleção dos estudos	11
4.2 Síntese dos resultados	13
5. Considerações Finais	18
6. Referências	20
Apêndice 1: Termos e resultados das estratégias de busca	23
Apêndice 2: Características das revisões sistemáticas incluídas	24

Resumo Executivo

Pergunta

Quais são as mais efetivas estratégias alimentares para o tratamento de pessoas com obesidade ou sobrepeso em serviços de saúde?

Métodos

As buscas na literatura foram realizadas em quatro bases de dados, com restrição de ano de publicação (a partir do ano 2015). Foram incluídas revisões sistemáticas em inglês, português e espanhol que avaliaram o efeito de dietas no tratamento da obesidade e sobrepeso na população adulta em serviços de saúde. Nesta revisão rápida, produzida em dez dias, a seleção dos artigos, a extração dos dados de interesse e avaliação da qualidade metodológica (por meio do instrumento AMSTAR 2) foram realizadas por um(a) único(a) pesquisador(a).

Resultados

Foram incluídas 09 revisões sistemáticas, a maioria com qualidade metodológica criticamente baixa, de acordo com critérios do AMSTAR 2. Dentre as intervenções analisadas, foram identificadas dietas com foco na **restrição de energia, redução de macronutrientes específicos (com ou sem redução de energia), ciclos de “jejum” intermitente e dietas específicas (como a Dieta Mediterrânea e a Dieta Nórdica)**. Considerando os desfechos de interesse, a maioria dos estudos avaliou a redução do peso ou Índice de Massa Corporal (IMC), e um trabalho apresentou dados sobre o perímetro da cintura. No geral, as dietas foram descritas como efetivas para obter resultados positivos nos desfechos relacionados à obesidade ou ao sobrepeso. Apenas um estudo trouxe informações sobre eventos adversos (queda de cabelo, aumento das infecções do trato respiratório superior e constipação intestinal) relacionados ao modelo de ciclos de “jejum” intermitente.

Conclusão e limitações

Os estudos incluídos nesta revisão, apesar de informarem resultados positivos das dietas nos desfechos relacionados à obesidade ou ao sobrepeso (redução de peso, de IMC ou do perímetro da cintura), foram avaliados com qualidade criticamente baixa ou baixa. Isso significa que o grau de confiança que pode ser atribuído a esses achados é pequeno e, portanto, mais estudos são necessários para afirmar com segurança o efeito das dietas nos desfechos de obesidade e sobrepeso. Esta revisão possui outras limitações que precisam ser consideradas na interpretação dos achados, como as restrições relativas à metodologia de sínteses rápidas, com filtros, processos de seleção e extração e critérios de elegibilidade reduzidos.

Em relação às limitações dos estudos primários que compõem as revisões sistemáticas incluídas, de maneira geral, estes apresentaram número pequeno de indivíduos, além de populações e intervenções muito heterogêneas e pequenos períodos de seguimento, o que dificulta a análise da efetividade de diferentes estratégias dietéticas, bem como a extrapolação dos resultados para contextos diversos.

1. Contexto

A obesidade é uma doença crônica, multifatorial, cuja prevalência vem aumentando em adultos, adolescentes e crianças, e é considerada uma epidemia global¹⁻³, estando associada à redução na expectativa de vida. Valores aumentados do Índice de Massa Corporal (IMC) estão diretamente relacionados ao maior número de mortes por todas as causas de doenças cardiovasculares².

A etiologia da obesidade é multifatorial, podendo ser influenciada por características hereditárias, do ambiente, e pela interação entre os fatores genéticos e os fatores ambientais³. A doença pode acometer as pessoas em quaisquer fases do curso da vida, sendo que algumas situações podem contribuir para seu desenvolvimento, como o uso de contraceptivos, gestação e menopausa nas mulheres, ou as alterações de estilo de vida e o envelhecimento que ocorrem em ambos os gêneros⁴. Essas alterações de estilo de vida, incluindo as alterações na dieta e no nível de atividade física ou sedentarismo, apresentam maior impacto para a obesidade⁴. No entanto, algumas condições clínicas podem desencadear os processos de aumento de peso, como o hipotireoidismo, a síndrome dos ovários policísticos, deficiências da expressão do hormônio do crescimento, doença de *Cushing*, etc., bem como tratamentos farmacológicos com drogas antipsicóticas, antidepressivos, anti-epiléticos, hipoglicemiantes orais, etc. Outra condição que apresenta influência para o aparecimento da obesidade, é a situação socioeconômica, sendo observado aumento das taxas de sobrepeso e obesidade especialmente entre as classes sociais menos favorecidas, o que pode estar relacionado a fatores de insegurança alimentar, de educação e ambientais⁴.

Revisões sistemáticas realizadas sem foco no contexto dos serviços de saúde apontaram que dietas podem ter efeito positivo para desfechos relacionados à obesidade e ao sobrepeso. Em estudo de 2017, a Dieta de Atkins mostrou a maior evidência na produção de perda de peso clinicamente significativa em curto (\leq seis meses) e longo prazo (\geq um ano)⁵. A Dieta cetogênica também foi objeto de revisão sistemática recente, que encontrou efeitos positivos para diversos desfechos de obesidade e sobrepeso no curto prazo⁶. Outras dietas populares podem ser igualmente ou até mais eficazes na produção de perda de peso, mas parece haver poucos estudos sobre essas dietas⁵, não estando claro seus efeitos a longo prazo para a saúde e os aspectos emocionais e culturais envolvidos em sua adoção.

A adesão às orientações presentes em guias e diretrizes alimentares nacionais pela população parece estar relacionado com melhores resultados em relação à obesidade⁷. Uma revisão sistemática de 2019 indicou que participantes de

iniciativas de manejo de peso e orientação nutricional se sentem atraídos por programas considerados novos ou empolgantes, que sejam endossados por seus profissionais de saúde de confiança. Atividades propostas em grupo e com maior intensidade de encontros tiveram grande aceitabilidade, ancoradas na sensação de pertencimento junto a pessoas que compartilhavam de questões semelhantes, e que tinham corpos e personalidades parecidos. No entanto, alguns participantes descreveram dificuldades com atividades físicas (muitas vezes por causa de comorbidades físicas) e nem todos gostavam de interação em grupo com outras pessoas (às vezes relacionado a comorbidades de saúde mental)⁸.

Algumas características valorizadas em programas de manejos de peso foram⁹:

- Relacionamentos de apoio com os provedores - percebidos como o recurso mais crítico para o sucesso; também amplamente e entusiasticamente valorizados foram os serviços especificamente direcionados ou adaptados para atender às necessidades e preferências do usuário.
- Formato de entrega da intervenção (se presencial, através de aplicativos, com ou sem uso de material de suporte) - mas as opiniões foram divididas quanto a quais abordagens de entrega mais adequadas.
- Experiências de encaminhamento para serviços, fatores contextuais, socioculturais, psicológicos e de recursos

As evidências sobre o valor percebido dos exercícios, aconselhamento dietético e componentes de definição de metas foram relativamente menos extensas e menos consistentes.

Em 2014, foi lançado o Guia alimentar para a população brasileira¹⁰ que indica que apesar da intensa redução da desnutrição em crianças, as deficiências de micronutrientes e a desnutrição crônica ainda são prevalentes em grupos vulneráveis da população, como em indígenas, quilombolas, crianças e mulheres que vivem em áreas vulneráveis. Simultaneamente, o Brasil vem enfrentando aumento expressivo do sobrepeso e da obesidade em todas as faixas etárias, e as doenças crônicas são a principal causa de morte entre adultos. O excesso de peso acomete um em cada dois adultos e uma em cada três crianças brasileiras¹⁰. Para o enfrentamento desse cenário, é emergente a necessidade da ampliação de ações intersetoriais que repercutam positivamente sobre os diversos determinantes da saúde e nutrição. Nesse contexto, o setor saúde tem importante papel na promoção da alimentação adequada e saudável, compromisso expresso na Política Nacional de Alimentação e Nutrição¹¹ e na Política Nacional de Promoção da Saúde¹².

Essa revisão rápida faz parte do esforço de elaboração dos Protocolos de Uso do Guia Alimentar para a População Brasileira para orientação alimentar de pessoas adultas com obesidade, hipertensão arterial e diabetes mellitus acompanhadas na Atenção Primária à Saúde.

2. Pergunta da pesquisa

Quais são as mais efetivas estratégias alimentares para o tratamento de pessoas com obesidade ou sobrepeso em serviços de saúde?

3. Métodos

Para responder à pergunta de pesquisa foi elaborada uma revisão rápida, que consiste na adaptação de algumas etapas recomendadas para a elaboração de revisões sistemáticas proposta por Thomas, Newman e Oliver (2013)¹³, visando produzir uma síntese das melhores evidências disponíveis em tempo hábil para atender demandas específicas. As adaptações previstas para esta revisão rápida encontram-se descritas no item 3.6 Atalhos para revisão rápida.

3.1 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídas revisões sistemáticas de ensaios clínicos, de estudos observacionais ou de estudos qualitativos, com ou sem metanálises, e *overviews*; publicadas em inglês, espanhol e português; a partir de 2015 e que analisavam estratégias alimentares para pessoas com obesidade ou sobrepeso em acompanhamento clínico nos serviços de saúde. Não foram incluídos estudos primários, *scoping reviews*, revisões de literatura, *policy briefs*. Os critérios de elegibilidade encontram-se descritos no Quadro 1.

Quadro 1: Critérios de inclusão e exclusão dos estudos.

ELEMENTO	INCLUSÃO	EXCLUSÃO
População	Adultos com obesidade (IMC > 30 kg/m ²), ou sobrepeso (IMC entre 25,0 e 29,9 Kg/m ²) com ou sem comorbidades associadas.	Pessoas com menos de 18 anos ou mais de 59; Mulheres gestantes ou puérperas. Pacientes com transtornos alimentares ou em preparo/pós-operatório de cirurgia bariátrica.
Intervenção	Intervenções dietéticas: Dieta, Comida, Nutrição, Alimentação, Estratégias alimentares e Estratégias combinadas) realizadas no contexto dos serviços de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> - Intervenções dietéticas que eram parte de estratégias combinadas, por exemplo, alimentação em associação a medicamentos, atividade física etc. Quando não era possível extrair dados específicos sobre alimentação; - Intervenções dietéticas e suplementação relacionadas ao preparo/pós-operatório de cirurgia bariátrica; - Controle de peso durante a gestação; - Suplementos nutricionais; - Intervenções tecnológicas, como aplicativos para prescrição ou seguimento dos pacientes; - Intervenções realizadas fora do contexto dos serviços de saúde ou em contexto não especificado. - Intervenções dietéticas não prescritas por profissionais de saúde e/ou realizadas fora dos serviços de saúde.
Comparação	Nenhuma intervenção, outra intervenção dietética ou intervenções não-dietéticas.	-
Desfecho	Obesidade; Sobrepeso; Obesidade abdominal; Obesidade visceral; Obesidade central; Peso corporal; Perda de peso; Ganho de peso; Manejo da obesidade; Trajetória do peso corporal; IMC; Perímetros da cintura, quadril ou pescoço; Gordura Corporal; Mudança de comportamentos alimentares; Eventos adversos.	Alterações em exames laboratoriais ou de imagem, qualidade de vida, melhora ou piora no quadro clínico de outras doenças que não seja a obesidade.
Tipo de estudo	Revisões sistemáticas ou <i>overviews</i> publicadas a partir de 2015.	Estudos primários e outras sínteses de evidências.

Fonte: Elaboração própria

3.2 Bases de dados e estratégia de busca

Foram pesquisadas as seguintes bases indexadas no dia 03 de março de 2021: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Health Systems Evidence*, Epistemonikos e Pubmed. Além do filtro por tipo de estudo (Revisões sistemáticas e *overviews* de revisões sistemáticas), foi aplicado um filtro de ano de publicação de modo a incluir publicações a partir de 2015. A estratégia de busca foi adaptada para cada base indexada e está descrita no **Apêndice 1**.

3.3 Seleção de evidências

Os títulos e resumos foram rastreados para avaliar sua adequação aos critérios apresentados no Quadro 1 e os textos completos selecionados foram lidos na íntegra para certificar a elegibilidade dos estudos em relação a estes critérios e à pergunta de pesquisa. O processo de seleção de estudos pela leitura de títulos e resumos foi realizado com a utilização do aplicativo para gerenciamento bibliográfico Rayyan QCRI¹⁴. Os estudos incluídos na etapa de triagem foram lidos na íntegra para confirmação de sua elegibilidade.

3.4 Extração e análise dos dados

Por meio de uma planilha Excel, os seguintes dados foram extraídos de cada estudo incluído: autor; ano; objetivo do estudo; países de realização dos estudos primários; características da amostra; tipo de intervenção com definição, local e tempo de seguimento; se houve comparador e qual foi; desfechos do estudo; eficácia/efetividade da intervenção; se houve informações de custo/impacto financeiro; eventos adversos; limitações; conclusão do estudo; conflitos de interesse (incluindo financiamento, quando disponível).

3.5 Avaliação da qualidade metodológica

A qualidade metodológica dos estudos selecionados foi avaliada utilizando o escore proposto pela ferramenta *Assessing the Methodological Quality of Systematic Reviews* (AMSTAR-2)¹⁵ para revisões sistemáticas. Nessa ferramenta, as revisões sistemáticas são avaliadas em relação a 16 domínios críticos e não-críticos sobre a metodologia adotada, tais como a formulação da pergunta de pesquisa, a forma como as buscas e extrações foram feitas, a avaliação de vieses e a combinação dos resultados dos estudos primários para chegar a conclusões. Assim, a qualidade metodológica dos estudos é classificada como criticamente baixa (quando mais de um domínio crítico não foi observado ou relatado com transparência), baixa (quando um domínio crítico e um não-crítico não foram observados ou relatados com transparência), moderada (quando apenas domínios não-críticos não foram observados) e alta (quando no máximo um domínio não-crítico não foi observado ou relatado).

3.6 Atalhos para a Revisão Rápida

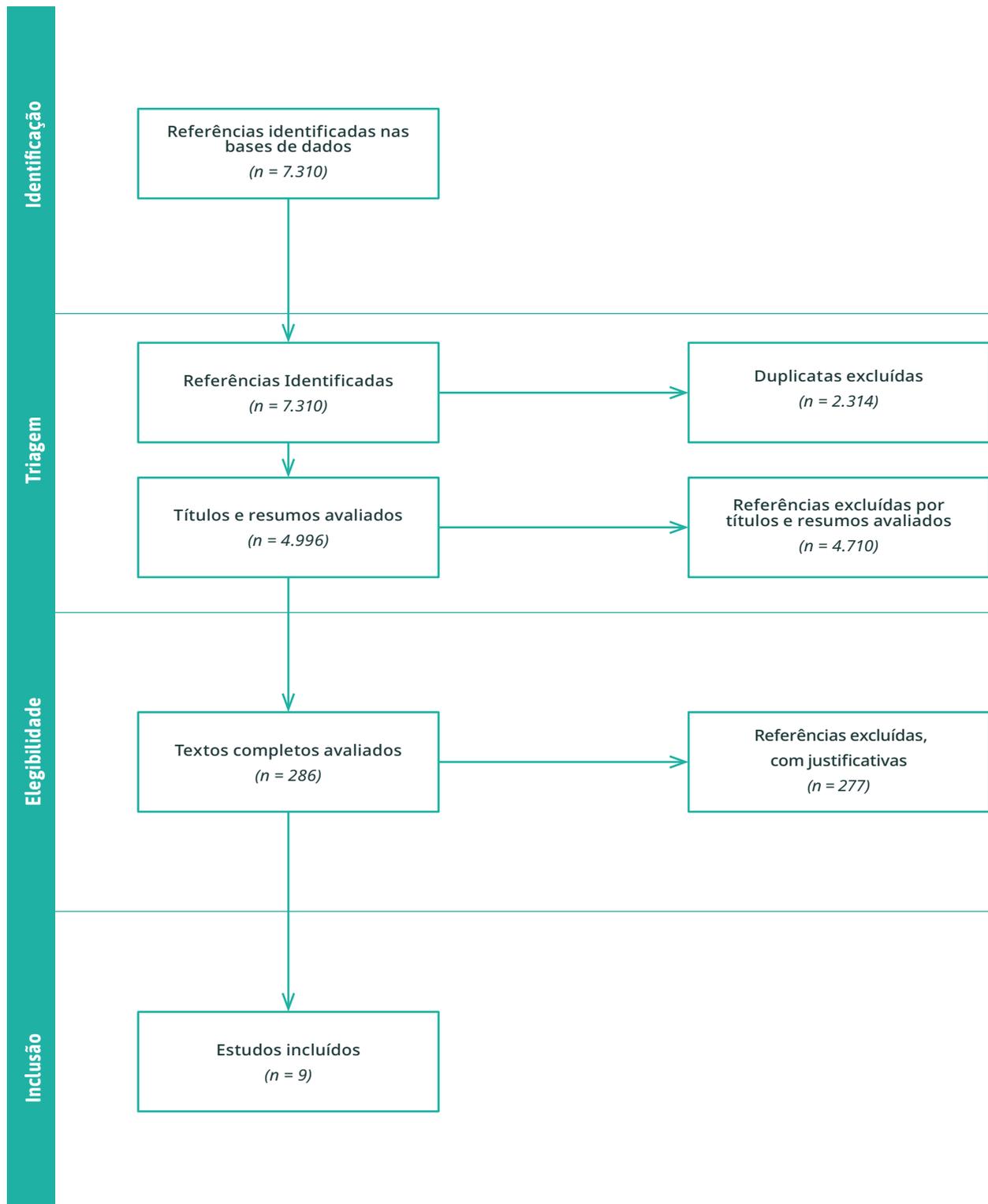
Por se tratar de uma revisão rápida produzida em um prazo de dez dias, a seleção, extração dos artigos e avaliação da qualidade metodológica foram realizadas por um(a) único(a) pesquisador(a). Eventuais dúvidas foram resolvidas através de consenso ou consulta aos demandantes do estudo.

4. Resultados

4.1 Seleção dos estudos

Dos 7.310 relatos encontrados nas bases de dados, 4.996 não se tratavam de duplicatas, os quais foram avaliados considerando títulos e resumos (Figura 1). Destes, 285 estudos elegíveis foram lidos na íntegra, dos quais 275 foram excluídos por não atenderem aos critérios de elegibilidade. Outros dois textos não foram encontrados para leitura na íntegra. Desta forma, foram incluídas 9 revisões sistemáticas que atenderam aos critérios de elegibilidade¹⁷⁻²⁵ (Figura 1). A lista de estudos excluídos e suas razões foi elaborada e arquivada para consultas mediante solicitação ao grupo de autores.

Figura 1. Fluxograma PRISMA



Fonte: Elaboração própria, adaptada da recomendação PRISMA¹⁶.

4.2 Síntese dos resultados

As características das revisões sistemáticas incluídas e um resumo dos resultados são apresentados no Apêndice 2.

Com relação à confiança nos resultados avaliada pela qualidade metodológica (Figura 2), cinco revisões foram avaliadas com confiança criticamente baixa¹⁷⁻²¹ e quatro com confiança baixa²²⁻²⁵.

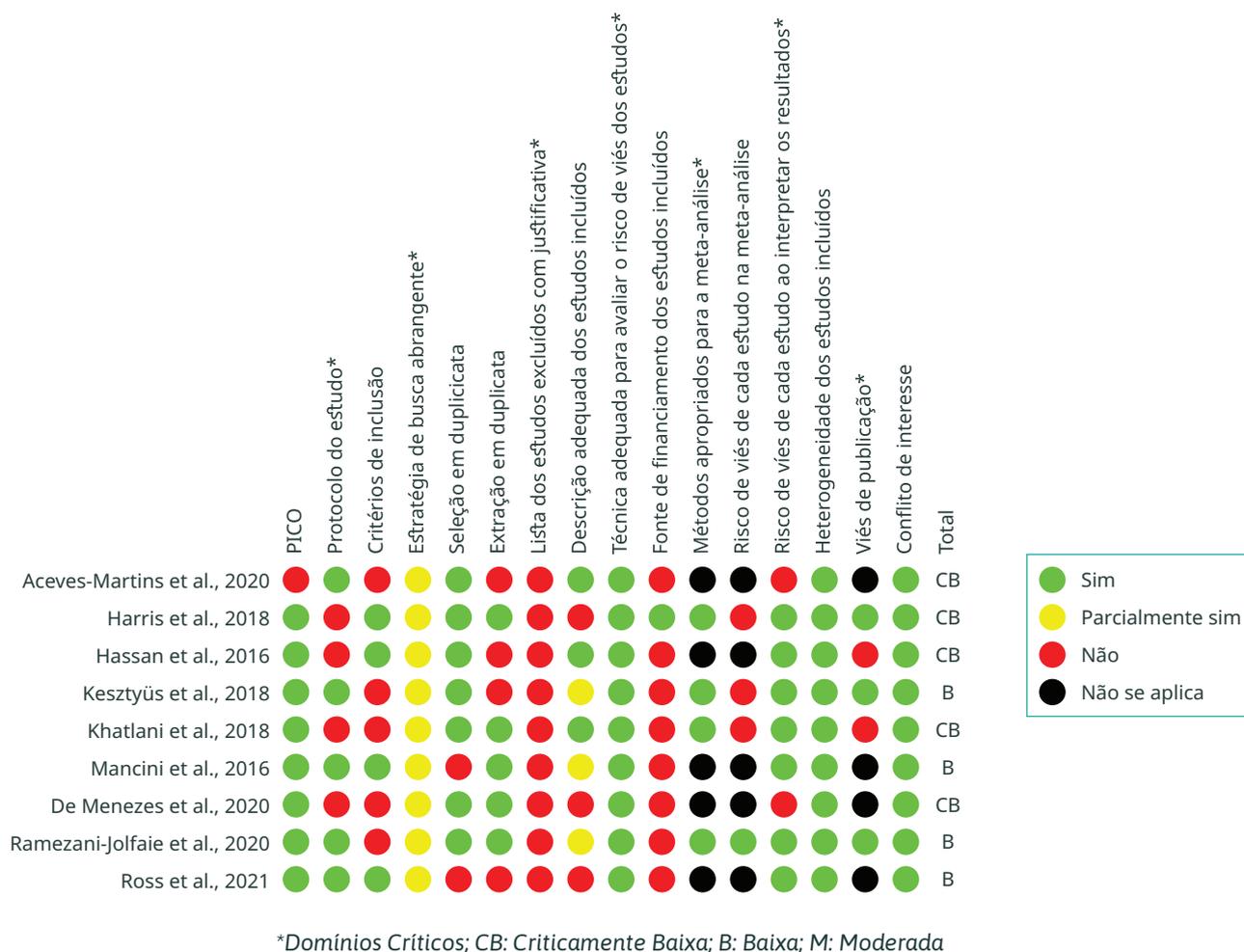
Os estudos primários incluídos nas revisões sistemáticas foram conduzidos na Inglaterra, Escócia, Reino Unido, Estados Unidos da América, Suécia, Holanda, México, Arábia Saudita, Canadá, Itália, Austrália, Nova Zelândia, Alemanha, Finlândia, Irã, Dinamarca e Islândia. Oito revisões sistemáticas incluíram essa informação^{17-23,25}.

A amostra de participantes com obesidade variou de 81²⁵ a 998²⁴ pessoas. **No caso de revisões sistemáticas com intervenções combinadas, ou que incluíam adultos e idosos, foram extraídas informações dos estudos primários que atendiam aos critérios de inclusão, sempre que os dados estratificados permitiam esse isolamento.**

Foram identificadas 04 intervenções: dietas com restrição de energia^{18,20,21,25}; dietas com restrição de macronutrientes (com ou sem redução de energia)^{19,21}; dietas com ciclos de “jejum” intermitente¹⁷; e dietas específicas²³⁻²⁴.

Os comparadores mais frequentes foram outros tipos de dietas, combinadas ou não com outras intervenções. Um estudo usou metformina ou somente atividade física como controles²⁰ e outro apresentou como comparador uma série de consultas de aconselhamento para controle comportamental do peso por 12 semanas²¹ - as consultas de aconselhamento eram semanais, realizadas com enfermeiras e guiadas por uma cartilha que apresentava como realizar definição de metas, monitoramento e *feedback*, além de conselhos sobre tipos de alimentos, controle de porções e atividade física²⁶.

Figura 2. Qualidade metodológica das revisões sistemáticas



Fonte: Elaboração própria.

Dieta com restrição de energia - Sem especificação de macronutrientes

Na revisão sistemática de Aceves-Martins e colaboradores (2020)²¹, dentre os vinte estudos primários incluídos, apenas um apresentou dieta com restrição de energia e foi realizado com o público e no contexto dessa revisão rápida. Este estudo avaliou a **dieta com restrição calórica (810 kcal/dia)**, que durou 8 semanas, seguida de 4 semanas de reintrodução alimentar e consultas para controle comportamental. As consultas para controle comportamental eram semanais e focadas em como realizar definição de metas, monitoramento e feedback, além de conselhos sobre tipos de alimentos, controle de porções e atividade física²⁶. A intervenção, em 12 meses, promoveu em média redução de 10,2 Kg de peso, e 3,6 unidades de IMC (Kg/m²), enquanto somente as consultas para controle comportamental do peso por 12 semanas apresentaram redução de 3,5 Kg e 1,2 unidades de IMC (Kg/m²) no mesmo período.

Hassan e colaboradores (2016)¹⁸ apresentam em sua revisão sistemática apenas um estudo com intervenção de restrição calórica. Nele, a **dieta de muito baixa caloria (450 kcal/dia)** foi comparada com **dieta de muito baixa caloria e exercícios**, com resultados favoráveis ao grupo controle (diferença de 3,5 Kg ($p < 0.001$)). Entretanto, a dieta sem exercícios também resultou na perda de peso (média de 23,7 kg).

Kesztyüs e colaboradores (2018)²⁵ apresentam em sua revisão sistemática o resultado de apenas um ECR que avaliou a restrição calórica. A comparação do estudo sobre a **dieta de muito baixa caloria (600–800 kcal/dia)** com a **aconselhamento sobre dieta e exercício** apresentou resultados de redução de medidas no perímetro da cintura favorável ao grupo controle, sendo a média bruta da pontuação de mudança de 8,6 cm. Importante ressaltar que o estudo primário perdeu dois participantes da intervenção por causa da intolerância aos produtos substitutos de refeição usados no programa de redução de peso.

Dentre 9 ECR incluídos na revisão de Khatlani e colaboradores (2018)²⁰, apenas dois avaliaram os efeitos das dietas hipocalóricas. O valor máximo de calorias das dietas não foi especificado, mas o valor mínimo era > 1.200 kcal. No primeiro estudo, com período de intervenção de 12 semanas, a comparação de uma **dieta hipocalórica** (número de calorias calculado de acordo com as características individuais dos participantes)²⁷ com a intervenção de controle baseada no medicamento **metformina** apresentou redução significativa do IMC (Kg/m^2) para os dois grupos (Intervenção: pré $34,1 \pm 5,4$ versus pós $30,1 \pm 5,5$; Controle: pré $31,1 \pm 3,3$ versus pós $30,3 \pm 3,5$; $p < 0.001$ para ambos). Já no segundo estudo, com período de intervenção de 04 meses, quando foram comparadas **dieta hipocalórica** (redução de 600 kcal da dieta habitual, com manutenção da proporção de 55–60% carboidratos, 25–30% gorduras - 10% saturadas - e 10–15% proteínas)²⁸, **dieta hipocalórica com atividade física, e somente atividade física**, todos os três cenários apresentaram redução nos valores de IMC (Kg/m^2) (dieta: pré $35,4 \pm 4,9$ versus pós $32,9 \pm 5,5$; $p < 0.001$; dieta e exercícios: pré $38,1 \pm 7,0$ versus pós $36,9 \pm 8,0$; $p < 0.001$; e somente atividade física: pré $34,8 \pm 5,2$ versus pós $34,1 \pm 5,7$; $p < 0.05$).

Diets com restrição de macronutrientes (com ou sem redução de energia)

Dentre os vinte estudos incluídos na revisão sistemática de Aceves-Martins e colaboradores (2020)²¹ um avaliou a **dieta com restrição calórica e de lipídeos (600 kcal/dia)**. Esse estudo foi realizado em duas fases; primeiramente os participantes, cujos pesos iniciais não foram relatados, foram submetidos a essa dieta por três meses. Se após esse período o participante apresentasse perda de peso, seguia com esse protocolo por mais 9 meses. Os participantes que seguiram nessa dieta apresentaram perda de 17,5 Kg em média em 12 meses de tratamento. Aqueles que não responderam bem ao tratamento nos primeiros três meses foram randomizados para dois outros grupos, o primeiro com uma **dieta de muito baixa caloria (VLCD) (550 kcal/dia)**, e o segundo com **dieta hiperproteica e com baixo teor de carboidratos (800–1500 kcal/dia)** por 9 meses. A dieta VLCD resultou em perda de 16,1 Kg em média e a hiperproteica em perda de 3,0 Kg em média após um ano, mas não há dados da adesão após esse período.

De Menezes e colaboradores (2020)¹⁹ realizaram revisão sistemática incluindo 28 ECR, dos quais dois estudos envolviam apenas intervenções dietéticas. Foram apresentados resultados através de duas abordagens comparativas em cada estudo. No primeiro, as abordagens consistiram em: grupo de **dieta com controle de carboidratos (30% carboidratos e 50% lipídios)** em comparação a um grupo de **dieta com controle de gorduras (50% carboidratos e 30% lipídeos) com restrição calórica** de 500 calorias para IMC ≥ 30 Kg/m² ou de 750 calorias para IMC ≥ 35 Kg/m². Após 20 semanas, o grupo com controle de carboidratos apresentou perda de peso de 11,08 Kg ($\pm 5,6$), enquanto o grupo com controle de gordura obteve menos 8,4 Kg ($\pm 7,7$) no peso. No segundo estudo primário, comparou-se grupos de indivíduos com fenótipo de baixa saciedade (LSP) e com fenótipo de saciedade elevada (HSP), os quais foram submetidos no grupo intervenção **à dieta com alto índice de saciedade (alta em proteínas e fibras, moderada em lipídeos e baixo índice glicêmico) + 1 refeição ao dia (almoço ou jantar) e sem restrição calórica**; e no grupo controle a uma **dieta que fornecia de 10 a 15% de proteínas, 55 a 60% de carboidratos e 30% de lipídeos**. O grupo de intervenção LSP apresentou perda de peso de 4,5 kg ($\pm 3,1$) e o grupo controle LSP perdeu 3,2 kg ($\pm 2,9$). No grupo de intervenção HSP houve perda de 6,4 kg ($\pm 5,8$) versus diminuição de 5,6 kg ($\pm 4,0$) no grupo controle. As comparações entre os grupos da intervenção e controle mostraram não haver diferenças significativas para perda de peso ($p=0,32$).

A revisão de Ross e colaboradores (2018)²² avaliou a efetividade de dietas com **alta concentração de lipídeos e poucos carboidratos com dietas pobres em gorduras** de acordo com parâmetros de perda de peso, diabetes e doenças cardiovasculares. Dos 8 ECR, apenas dois atenderam aos critérios de inclusão dessa revisão rápida. As intervenções foram acompanhadas por nutricionistas, e em ambos os estudos a perda de peso foi maior nos grupos com baixo consumo de carboidratos e maior teor de lipídeos (intervenção: 14,5 kg versus comparador: 11,5 kg; e intervenção: 6 kg versus comparador: 5,3 kg), entretanto, conforme é possível perceber pelos números, a diferença no peso entre os grupos foi pequena.

Dietas com ciclos de “jejum” intermitente

Os ciclos de “jejum” intermitente normalmente envolvem períodos com restrição severa de ingestão equivalente à quase uma condição de jejum (consumir uma dieta de muito baixa caloria [VLCD] de aproximadamente 500–600 kcal), intercambiado por períodos de ingestão ad libitum, sem restrições de energia. Não há, no entanto, uma definição clara do “jejum” intermitente, que atua como um termo abrangente, englobando vários regimes dietéticos, tais como jejum em dias alternados (1 dia de restrição de energia seguida por um dia de ingestão à vontade sem restrições), a dieta 5: 2 (2 dias de restrição de energia por semana) e mesmo ciclos de “jejum” intermitente mais longos¹⁷.

A revisão sistemática de Harris e colaboradores (2018)¹⁷ apresentou o resultado de 3 ensaios clínicos randomizados sobre **ciclos de “jejuns” intermitentes**. Cabe destacar que os estudos não apresentavam peso inicial e final dos participantes. O primeiro estudo comparou a intervenção de **02 ciclos de 04 e 06 semanas de dieta de baixa caloria (1200 kcal) intercalados com 08 semanas de dieta de muito baixa caloria (500 kcal)** com o controle de **18 semanas de dieta de baixa caloria (1000-1200 kcal)**. O grupo da intervenção apresentou perda média de peso em kg de 15,40 [± 10,47], enquanto, no grupo controle, a perda registrada foi de 11,20 [± 19,12].

O segundo estudo comparou a intervenção de **02 ciclos com 12 semanas de duração de dieta de muito baixa caloria (400-500 kcal) intercalados com 02 ciclos de 12 semanas de duração de dieta de baixa caloria (1000-1200 kcal)** com o controle de **48 semanas de dieta de baixa caloria (1000-1200 kcal)**. O grupo da intervenção apresentou perda média de peso em kg de 14,20 [± 10,30], enquanto, no grupo controle, a perda registrada foi de 10,50 [± 11,60].

O terceiro estudo comparou duas intervenções a) **02 ciclos com 07 semanas de duração de dieta de muito baixa caloria (1000-1500 kcal) intercalados com 05 semanas de dieta habitual *ad libitum*** e b) **04 ciclos com 03 semanas (último ciclo com 05 semanas) de duração de dieta de muito baixa caloria (1000-1500 kcal) intercalados com 04 ciclos de 01 semana (último ciclo com duração de 02 semanas) de dieta habitual *ad libitum*** com o controle de **14 semanas de dieta (1000-1500 kcal) seguidas de 05 semanas de dieta habitual *ad libitum***. O grupo da intervenção apresentou perda média de peso em kg de 7,54 [± 5,60], enquanto, no grupo controle, a perda registrada foi de 8,20 [± 3,70].

De forma geral, os autores¹⁷ consideraram os ciclos de “jejum” intermitente tão efetivos quanto as dietas continuadas de baixa ou muito baixa calorias para perda de peso, mas destacaram que o uso prolongado e semanal dessa dieta requer cautela e pesquisas futuras são necessárias para elucidar a aceitabilidade, segurança e eficácia.

Dietas específicas

A dieta mediterrânea, segundo descrição apresentada na revisão sistemática de Mancini e colaboradores (2016)²⁴, envolve um alto consumo de frutas e vegetais, gorduras monoinsaturadas (principalmente de azeite), cereais, consumo moderado de aves, peixes e laticínios, e pouco ou nenhum consumo de carne vermelha (de mamíferos). Esta revisão sistemática avaliou os efeitos da **dieta mediterrânea (com ou sem restrição energética)** na perda de peso entre adultos com IMC médio entre 30 e 33,5 Kg/m² e doença cardíaca e/ou diabetes mellitus, por um período superior a 12 meses, comparada com **dieta com baixo teor de lipídeos e dieta com baixo teor de lipídeos e de carboidratos**. A análise constatou que a dieta mediterrânea resultou em maior perda de peso (intervalo de valores médios: 4,1 Kg a 10,1 Kg) em relação a dieta com baixo teor de lipídeos (intervalo de valores médios: 2,9 Kg a 5,0 Kg), mas perda de peso similar à dieta com baixo teor de lipídeos e carboidratos (variação de valores médios: 4,7 Kg a 7,7 Kg).

A avaliação da **dieta DASH** (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*) - que é uma dieta que enfatiza os alimentos ricos em proteínas, fibras, potássio, magnésio e cálcio, como frutas e legumes, feijão, nozes, grãos integrais e de baixa gordura laticínios, além de limitar os alimentos ricos em gordura saturada e açúcar - comparada à **dieta tradicional iraniana**, apresentada em um ECR incluído na revisão sistemática de Khatlani e colaboradores (2018)²⁰, demonstrou resultados favoráveis sobre a dieta DASH no desfecho perda de peso (intervenção: $4,4 \pm 2,7$ versus controle: $1,5 \pm 2,6$; $p < 0,001$) e nos valores de IMC (Kg/m^2) (intervenção: $1,7 \pm 1,1$ versus controle: $0,6 \pm 0,9$; $p < 0,001$) após 08 semanas.

De acordo com a descrição de Ramezani-Jolfaie e colaboradores (2020)²³, a **Dieta Nórdica (DN)**, que também é conhecida por dieta do Mar Báltico, é outro padrão alimentar baseado em produtos de fácil acesso nas regiões do norte europeu, especialmente frutas e vegetais (frutas vermelhas, repolhos, raízes e legumes), plantas e cogumelos coletados na natureza, ervas frescas, batatas, nozes, grãos inteiros, óleo de colza ("*rapeseed oil*"), peixes gordurosos (como salmão, arenque e cavala), moluscos, algas marinhas, carnes com baixo teor de gordura, caça, laticínios com baixo teor de gordura; e que evita o consumo de alimentos adoçados com açúcar processado. Uma revisão sistemática²³ explorou resultados para a **DN** através de 7 ECR, mas apenas dois deles analisaram o desfecho de perda de peso, gordura corporal e IMC em adultos com ou sem síndrome metabólica e IMC médio inicial de 33,6 e 39,5 Kg/m^2 . Um estudo comparou a **DN** (46,1% carboidratos, 32% proteínas, 16% lipídeos) e uma **dieta "típica"** (42,7% carboidratos, 17,1% proteínas, 36,7% lipídeos) e o outro uma **DN** com a **dieta dinamarquesa** (rica em grãos refinados, produtos açucarados, carnes, vegetais com baixo teor de fibras, frutas não regionais e laticínios). Todos os participantes receberam aconselhamento de acordo com as Recomendações Nórdicas de Nutrição. Os resultados apresentados indicam que os participantes consumindo a **DN** apresentaram melhores desfechos em comparação com os controles, inclusive relacionados à perda de peso, melhora do IMC e medidas da gordura corporal (ver Apêndice 2).

Eventos adversos

Apenas uma das nove revisões trouxe informações sobre eventos adversos das dietas. No artigo de Harris e colaboradores (2018), um dos ensaios clínicos relatou que as dietas no geral foram bem toleradas, mas que os **ciclos de "jejum" intermitente** estiveram associados à queda de cabelo, aumento das infecções do trato respiratório superior e constipação intestinal.

5. Considerações Finais

A presente revisão rápida avaliou estratégias alimentares para o tratamento de pessoas com obesidade e sobrepeso nos serviços de saúde. Foram incluídas nove revisões sistemáticas, a maioria com qualidade metodológica criticamente baixa. Em relação aos participantes, a maior parte era formada por mulheres em países da América do Norte ou Europa, sem especificação de raça, cor ou etnia.

Dentre as intervenções, foram levantadas dietas com foco na **restrição de energia, redução de macronutrientes específicos (com ou sem redução de energia), ciclos de “jejum” intermitente e dietas específicas**. Considerando os desfechos de interesse, a maioria avaliou a redução do peso ou IMC, e um trabalho apresentou dados sobre o perímetro da cintura. No geral, as dietas foram descritas como efetivas para obter resultados positivos nos desfechos relacionados à obesidade ou ao sobrepeso. Apenas um estudo trouxe informações sobre eventos adversos relacionados ao modelo dos ciclos de “jejum” intermitente.

Os estudos incluídos nesta revisão, apesar de informarem resultados positivos das dietas nos desfechos relacionados à obesidade ou ao sobrepeso (redução de peso, de IMC ou do perímetro da cintura), foram avaliados com qualidade criticamente baixa ou baixa. Isso significa que o grau de confiança que pode ser atribuído a esses achados é pequeno e, portanto, mais estudos são necessários para afirmar com segurança o efeito das dietas nos desfechos de obesidade e sobrepeso. Esta revisão também possui limitações que precisam ser consideradas na interpretação dos achados. Primeiramente, a revisão apresenta entraves inerentes ao processo de condução de sínteses rápidas, como limitação de bases de dados e restrição quanto ao ano de publicação dos estudos. Além disso, as etapas de triagem, elegibilidade, extração dos dados e avaliação da qualidade metodológica foram feitas por um único revisor, o que pode resultar na perda de estudos e na imprecisão de algumas análises. Da mesma forma, o curto espaço de tempo para a condução da revisão levou a restrições nos critérios de elegibilidade, o que fez com que muitos dos estudos selecionados na etapa de triagem fossem posteriormente excluídos, principalmente por não relatarem em qual contexto a intervenção havia sido avaliada, por incluírem estudos com idosos, ou por apresentarem intervenções combinadas (dietas em conjunto com estratégias de mudança comportamental, apoio psicológico em grupo, estímulo a realização de atividade física e uso de medicamentos) sem isolar o efeito das dietas ou de outras estratégias alimentares, o que era o objetivo desta síntese rápida. No intuito de incluir o maior número possível de estudos, no caso de revisões sistemáticas com intervenções combinadas, ou que incluíam adultos e idosos, foram extraídas informações dos estudos primários que atendiam aos critérios de inclusão, sempre que os dados estratificados permitiam esse isolamento.

Além disso, alguns dos estudos incluídos relatam ter avaliado indivíduos com mais de 18 anos, porém não descreveram a idade máxima dos participantes, o que pode ser outra fonte de viés, uma vez que dados de idosos podem fazer parte dos resultados.

Em relação às limitações dos estudos, os autores das revisões sistemáticas, de maneira geral, afirmam que os trabalhos primários apresentaram número pequeno de indivíduos, além de populações e intervenções muito heterogêneas, o que dificulta a análise da efetividade de diferentes estratégias dietéticas, bem como a extrapolação dos resultados para contextos diversos. Além disso, reforçam a importância de estudos com maior período de seguimento, no intuito de avaliar a manutenção dos desfechos avaliados, bem como o impacto das dietas na saúde das pessoas a longo prazo.

6. Referências

- 1 - Perreault L. Obesity in adults: Prevalence, screening, and evaluation. UpToDate. This topic last updated: Mar 20, 2020a.
- 2 - Perreault L; Laferrère B. Overweight and obesity in adults: Health consequences. UpToDate. This topic last updated: Oct 09, 2020. <https://bityli.com/OSIEQ>.
- 3 - Perreault L. Genetic contribution and pathophysiology of obesity. UpToDate. This topic last updated: Nov 22, 2019a.
- 4 - Perreault L. Obesity in adults: Etiology and risk factors. UpToDate. This topic last updated: Sep 06, 2019b.
- 5 - Anton S, Hida A, Heekin K, et al. Effects of popular diets without specific calorie targets on weight loss outcomes: Systematic review of findings from clinical trials. *Nutrients*. [internet] 2017 Jul [acesso em: 2021 mar 14]; 9(8):822. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/nu9080822>.
- 6 - Amini MR, Aminianfar A, Naghshi S, et al. The effect of ketogenic diet on body composition and anthropometric measures: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Crit. rev. food sci. nutr.* [internet]. 2021 Jan [acesso em: 2021 mar 14]; 0(0):1-14. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/10408398.2020.1867957>.
- 7 - Borges LPSL, de Santana NL, da Costa THM. Adherence to National Food Guide Recommendations: Can it slow the obesity epidemic? A systematic review. *Curr. nutr. Rep.* [internet]. 2020 Dez [acesso em: 2021 mar 14]; 9():316-28. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s13668-020-00339-9>.
- 8 - Skea ZC, Aceves-Martins M, Robertson C, et al. Acceptability and feasibility of weight management programmes for adults with severe obesity: a qualitative systematic review. *BMJ Open*. [internet]. 2019 [acesso em: 2021 mar 14]; 9():e029473. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029473>.
- 9 - Sutcliffe K, Richardson M, Rees R, et al. What are the critical features of successful Tier 2 weight management programmes for adults? A systematic review to identify the programme characteristics, and combinations of characteristics, that are associated with successful weight loss. Department of Health Reviews Facility. [internet]. London: 2016 Out. [acesso em 2021 mar 14]; 115p. ISBN: 978-1-907345-91-3. Disponível em: <https://bit.ly/3rNFp3I>.
- 10 - Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. BVS [internet]. Brasília: MS, 2014 [acesso em: 2021 mar 14];. 2.ed.(1):156p. ISBN 978-85-334-2176-9. Disponível em: <https://bit.ly/3eHzDgf>.
- 11 - Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. BVS [internet]. Brasília: MS, 2013 [acesso em 2021 mar 14]; 1.ed.(1):84p. ISBN 978-85-334-1911-7. Disponível em: <https://bit.ly/38BzfME>.

12 - Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. BVS [internet]. Brasília: MS, 2010 [acesso em 2021 mar 14]; 3.ed.(7):60p. ISBN 978-85-334-1639-0. Disponível em: <https://bit.ly/2O0dzpo>.

13 - Thomas, James & Newman, Mark & Oliver, Sandy. (2013). Rapid evidence assessments of research to inform social policy: Taking stock and moving forward. Policy Press. [internet] 2013 Jan [acesso em 2021 mar 12] 9(1):5-27. Disponível em: <https://doi.org/10.1332/174426413X662572>.

14 - Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, et al. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Syst. Rev.* [internet]. 2016 Dez [acesso em: 2021 Mar 12]; 5(1):210. Disponível em: <https://bityli.com/QS8qD>.

15 - Shea BJ, Reeves BC, Wells G, et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ* [internet]. 2017 Set. [acesso em: 2021 Mar 12]. 358(1):j4008. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.j4008>.

16 - Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, et al. The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS. Med.* [internet]. 2009 Jul [acesso em: 2021 mar 12]; 6(7): e1000097. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>.

17 - Harris L, McGarty A, Hutchison L, et al. Short-term intermittent energy restriction interventions for weight management: a systematic review and meta-analysis. *Obes. rev.* [internet] 2018 Jan [acesso em 2021 mar 12]; 19(1):1-13. Disponível em <https://doi.org/10.1111/obr.12593>.

18 - Hassan Y, Head V, Jacob D, et al. Lifestyle interventions for weight loss in adults with severe obesity: a systematic review. *Clin. obes.* [internet] 2016 Dez; [acesso em 2021 mar 12]; 6(6):395-403. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/cob.12161>.

19 - De Menezes MC, Duarte CK, Cošta DVP, et al. A systematic review of effects, potentialities, and limitations of nutritional interventions aimed at managing obesity in primary and secondary health care. *Nutrition* [internet] 2020 Jul-Ago; [acesso em 2021 mar 12]; 75-76(1) 110784. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.nut.2020.110784>.

20 - Khatlani K, Njike V, Coştalea VC. Effect of Lifestyle Intervention on Cardiometabolic Risk Factors in Overweight and Obese Women with Polycystic Ovary Syndrome: A Systematic Review and Meta-analysis. *Metab. syndr. relat. Disord.* [internet] 2019 Dez; [acesso em 2021 mar 12]; 17 (10): 473-485. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/met.2019.0049>.

21 - Aceves-Martins M, Robertson C, Cooper D, et al. A systematic review of UK-based long-term nonsurgical interventions for people with severe obesity (BMI ≥ 35 kg m⁻²). *J Hum. Nutr. Diet.* [internet]. 2020 Fev [acesso em 2021 mar 12]; 33(3):351-72. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jhn.12732>.

- 22 - Ross LJ, Byrnes A, Hay RL, et al. Exploring the highs and lows of very low carbohydrate high fat diets on weight loss and diabetes- and cardiovascular disease-related risk markers: a systematic review. *Nutr. diet.* [internet]. 2020 Dez [acesso em 2021 mar 12]; 78(1): 41- 56. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/1747-0080.12649>.
- 23 - Ramezani-Jolfaie N, Mohammadi M, Salehi-Abargouei A. Effects of a healthy Nordic diet on weight loss in adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Eat. weight disord.* [internet]. 2020 Out [acesso em 2021 mar 12]; 25(5):1141-1150. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00773-x>.
- 24 - Mancini JG, Filion KB, Atallah R, et al. Systematic review of the mediterranean diet for long-term weight loss. *JAMA intern. Med.* [internet]. 2016 Abr [acesso em 2021 mar 12]; 129(4):407–415. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2015.11.028>.
- 25 - Kesztyüs D, Erhardt J, Schönsteiner D, et al. Therapeutic Treatment for Abdominal Obesity in Adults. *Dtsch. Ärztebl. Int.* [internet] 2018 Abr [acesso em 2021 mar 12]; 115 (29-30): 487–493. Disponível em: <https://doi.org/10.3238/arztebl.2018.0487>.
- 26 - Astbury NM, Aveyard P, Nickless A, Hood K, Corfield K, Lowe R, et al. Doctor Referral of Overweight People to Low Energy total diet replacement Treatment (DROPLET): pragmatic randomised controlled trial. *BMJ* 2018;k3760. <https://doi.org/10.1136/bmj.k3760>
- 27 - Esfahanian F, Zamani MM, Heshmat R, et al. Effect of Metformin compared with hypocaloric diet on serum Creactive protein level and insulin resistance in obese and overweight women with polycystic ovary syndrome. *J Obstetr Gynaecol Res* 2013; 39: 806–813. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0756.2012.02051.x>
- 28 - Nybacka A, Carlstrom K, Fabri F, et al. Serum antimullerian hormone in response to dietary management and/or physical exercise in overweight/obese women with polycystic ovary syndrome: Secondary analysis of a randomized controlled trial. *Fertil Steril* 2013; 100: 1096– 1102. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2013.06.030>

Apêndice 1: Termos e resultados das estratégias de busca

Repositório	Data	Estratégia de Busca	Número de resultados
BVS	03.03.2021	(diet OR food OR nutrition) AND obesity + Filtro: Revisões sistemáticas	2.179
Health Systems Evidence	03.03.2021	(diet OR food OR nutrition OR eating behaviour OR diet*) AND (fat OR overweight OR obesity OR body weight OR weight gain OR weight loss OR body-weight) + Filtro: Revisões sistemáticas	358
Epistemonikos	03.03.2021	(title:(diet* OR diet OR food OR nutrition OR diabetic diet OR eating behaviour OR feeding behaviour OR feeding patterns OR eating habits OR diet) AND (obes* OR abdominal obesity OR visceral obesity OR central obesity OR body weight OR weight gain OR weight loss OR body-weight OR obesity management)) OR abstract:(diet* OR diet OR food OR nutrition OR diabetic diet OR eating behaviour OR feeding behaviour OR feeding patterns OR eating habits OR diet) AND (obes* OR abdominal obesity OR visceral obesity OR central obesity OR body weight OR weight gain OR weight loss OR body-weight OR obesity management))) + Filtro: Revisões sistemáticas	2.672
Pubmed	03.03.2021	(((((("diet, food, and nutrition"[MeSH Terms])) OR "food"[MeSH Terms] OR "diet"[MeSH Terms] OR diets) OR eating habits) OR eating behavior) OR diet*) AND (((((((("obesity"[MeSH Terms] OR visceral obesity) OR abdominal obesity) OR central obesity) OR "obesity, abdominal"[MeSH Terms]) OR "body weight"[MeSH Terms]) OR body-weight) OR "body weight changes"[MeSH Terms]) OR "obesity management"[MeSH Terms]) OR "weight gain"[MeSH Terms]) OR "weight loss"[MeSH Terms]) + Filtro: Revisões sistemáticas	2.101

Apêndice 2: Características das revisões sistemáticas incluídas

Estudo	Objetivo - Estudos (n)	Características da População	Intervenções	Comparadores	Principais resultados
<p>Aceves-Martins et al., 2020 (21)</p> <p>País de filiação dos autores: Reino Unido; Holanda</p> <p>Financiamento: Programa de Avaliação de Tecnologia em Saúde do Instituto Nacional de Pesquisa em Saúde (NIHR) (número do projeto: 15/09/04).</p> <p>Conflitos de interesse: Um dos autores foi pesquisador em um estudo, financiado pelo <i>Cambridge Weight Plan</i>, deu meio dia de consultoria para os Vigilantes do peso, e falou em um simpósio na Conferência do <i>Royal College of General Practitioners</i> que foi patrocinado pela Novo Nordisk. Os autores declaram não haver outros conflitos de interesses.</p>	<p>Revisar sistematicamente as evidências do Reino Unido sobre a eficácia dos serviços de controle de peso de longo prazo (≥ 12 meses) para perda e manutenção de peso para adultos (≥ 16 anos) com obesidade grave ($\text{IMC} \geq 35 \text{ kg m}^2$), que geralmente seriam elegíveis para serviços de Nível 3.</p> <p>Total de estudos: 20 (4 ECR, 1 ECNR, 15 estudos observacionais)</p> <p>Atendiam ao PICO: 1 ECR e 1 estudo observacional</p> <p>Países: Inglaterra (n=1) Escócia (n=1)</p>	<p>População que atende ao PICO: n=398</p> <p>Comorbidades: Estudo 1: diabetes e hipertensão;</p> <p>Faixa etária (DP): Estudo 1: 37,2 anos ($\pm 5,4$) Estudo 2: não disponível para a amostra toda, na dieta <i>VLED</i> foi de 39,9 anos (10,4) e no grupo com baixo carboidrato 42,7 anos (13,1)</p> <p>IMC de base: Não foi descrita por estudos, mas a média total foi de 39,9 kg/m^2</p> <p>Gênero (%) mulheres: não especificado por estudo; total 76,1%</p> <p>Raça/cor/etnia: não especificado</p>	<p>Intervenção: Estudo 1: dieta com fórmula de baixa energia (810 kcal/dia) por 8 semanas, seguida de 4 semanas de reintrodução alimentar + apoio padrão (n=138 pacientes) Estudo 2: - Dieta com baixa gordura e baixa energia (600 kcal/dia) por três meses, se o paciente respondesse bem, seguia com a dieta por mais 9 meses (n=120); Pacientes que não perderam peso com a intervenção, foram randomizados para dois grupos: Dieta de muito baixa energia (<i>VLED</i>) (550 kcal/dia) (n=34) ou dieta com baixo carboidrato (n=38) / alta proteína (n=18) (800–1500 kcal/dia) por 9 meses.</p> <p>Quem entrega: Estudo 1: conselheiros não treinados e clínicos (intervenção); enfermeiras (controle) Estudo 2: médico e nutricionista</p> <p>Local: Estudo 1: atenção primária Estudo 2: clínica especializada em obesidade</p> <p>Para quem entrega: Estudos 1 e 2: usuários do sistema de saúde, no estudo 2, os pacientes eram referenciados pela atenção primária.</p> <p>Tempo de seguimento: Estudo 1 e 2: 12 meses</p>	<p>Comparadores: Estudo 1: Apoio padrão: série de consultas para controle comportamental do peso por 12 semanas (n=140) Estudo 2: comparação entre intervenções</p>	<p>Estudo 1: Intervenção Peso inicial (Kg) médio (DP): =107,9 ($\pm 18,9$) IMC (Kg/m^2) inicial: 3,6 ($\pm 5,7$) Redução do peso (Kg) após 12 meses (DP): 10,2 ($\pm 9,7$) Redução no IMC (Kg/m^2) após 12 meses: 3,6 Mudança no peso (%): 9,5</p> <p>Comparador Peso inicial (Kg) médio (DP): =105,2 (± 20) IMC (Kg/m^2) inicial: 36,8 ($\pm 5,1$) Redução do peso (Kg) após 12 meses (DP): 3,5 ($\pm 8,2$) Redução no IMC (Kg/m^2) após 12 meses: 1,2 Mudança no peso (%): 3,3</p> <p>Estudo 2: Peso inicial: não relata IMC inicial: não relata Dieta de baixa gordura e energia (600 kcal/dia) Redução do peso (Kg) após 12 meses (DP): 17,5 ($\pm 6,4$) Mudança no peso (%): não relata Mudança no peso (%): não relatado Mudança no IMC: não relatado Dieta de baixo carboidrato/ alta proteína (800 a 1500 kcal/dia) Redução do peso (Kg) após 12 meses (DP): 3,0 ($\pm 6,7$) Mudança no peso (%): não relatado Mudança no IMC: não relatado Dieta de muito baixa energia (VLED) Redução do peso (Kg) após 12 meses (DP): 16,1 ($\pm 19,0$) Perdas: não relatado Mudança no peso (%): não relatado Mudança no IMC: não relatado</p>

<p>Harris et al., 2018 (17)</p> <p>País de filiação dos autores: Reino Unido</p> <p>Financiamento: Não informado.</p> <p>Conflitos de interesse: Declaram não possuir.</p>	<p>Revisar as evidências disponíveis e quantificar o efeito combinado da restrição intermitente de energia semanal (ciclos de “jejum” intermitente) no tratamento do excesso de peso e da obesidade em adultos, quando comparado com o tratamento de cuidado habitual ou nenhum tratamento (dieta ad libitum).</p> <p>Total de estudos: 5 ECR</p> <p>Atendiam ao PICO: 3 ECR</p> <p>Países: EUA (n=3)</p>	<p>População que atende ao PICO: n=236</p> <p>Comorbidades: Diabetes tipo II</p> <p>Faixa etária: média de 42,3 a 52,3 anos</p> <p>IMC base: de 33,1 a 44,6 Kg/m²</p> <p>Gênero (%mulheres): 1 estudo 100% 1 estudo 66% 1 estudo 84%</p> <p>Raça/cor/etnia: não especificado.</p>	<p>Intervenção: Restrição intermitente de energia (“Jejum” intermitente): (n=188)</p> <p>Estudo 1 (n=8): 02 ciclos de 04 e 06 semanas de dieta de baixa caloria (1200 kcal) intercalados com 08 semanas de dieta de muito baixa caloria (500 kcal)</p> <p>Estudo 2 (n=38): 02 ciclos com 12 semanas de duração de dieta de muito baixa caloria (400-500 kcal) intercalados com 02 ciclos de 12 semanas de duração de dieta de baixa caloria (1000-1200 kcal).</p> <p>Estudo 3 (n=142): Intervenção 1: 02 ciclos com 07 semanas de duração de dieta de muito baixa caloria (1000-1500 kcal) intercalados com 05 semanas de dieta habitual ad libitum.</p> <p>Intervenção 2: 04 ciclos com 03 semanas (último ciclo com 05 semanas) de duração de dieta de muito baixa caloria (1000-1500 kcal) intercalados com 04 ciclos de 01 semana (último ciclo com duração de 02 semanas) de dieta habitual ad libitum).</p> <p>Quem entrega: profissionais da saúde</p> <p>Local: não especificado.</p> <p>Para quem entrega: Pacientes com obesidade.</p> <p>Tempo de seguimento: de 18 semanas (Estudo 1), 48 semanas (Estudo 2) e 19 semanas (Estudo 3)</p>	<p>Comparadores: Restrição contínua de energia (n=48)</p> <p>Estudo 1 (n=7): 18 semanas de dieta de baixa caloria (1000-1200 kcal)</p> <p>Estudo 2 (n=41): 48 semanas de dieta de baixa caloria (1000-1200 kcal)</p> <p>Estudo 3 (n=NI): 14 semanas de dieta (1000-1500 kcal) seguidas de 05 semanas de dieta habitual ad libitum</p>	<p>Os estudos não relatavam peso inicial e final.</p> <p>Estudo 1 Intervenção Redução média do peso (Kg): - 15,40 [± 10,47] Comparador Redução média do peso (Kg): - 11,20 [± 19,12]</p> <p>Diferença média de perda de peso: - 4,20 [95%IC - 19,51, 11,11]</p> <p>Estudo 2 Intervenção Redução média do peso (Kg): - 14,20 [± 10,30] Comparador Redução média do peso (Kg): - 10,50 [± 11,60]</p> <p>Diferença média de perda de peso: - 3,70 [95%IC - 8,55, 1,15]</p> <p>Estudo 3 Intervenção Redução média do peso (Kg): - 7,54 [± 5,60] Comparador Redução média do peso (Kg): - 8,20 [± 3,70]</p> <p>Diferença média de perda de peso: 0,66 [95% IC - 1,30, 2,52]</p>
---	--	--	--	---	--

<p>Hassan et al., 2016 (18)</p> <p>País de filiação dos autores: Reino Unido</p> <p>Financiamento: não informado</p> <p>Conflitos de interesse: Declaram não possuir.</p>	<p>Rever sistematicamente intervenções de estilo de vida multicomponentes em participantes com obesidade severa em comparação com os cuidados habituais em ensaios controlados aleatórios.</p> <p>Total de estudos: 17 ECR Atendiam ao PICO: 2 ECR Países: USA (n= 1), Holanda (n=1)</p>	<p>População que atende ao PICO: n=157</p> <p>Comorbidades: Diabetes mellitus tipo II.</p> <p>Faixa etária: média de 46,8 a 56,6 anos</p> <p>IMC base: média de 36,3 a 43,6Kg/m²</p> <p>Gênero (%mulheres): de 38% a 88,5%</p> <p>Raça/cor/etnia: não especificado.</p>	<p>Intervenção: Estudo 1: Dieta (n=63) (não especificada)</p> <p>Estudo 2: Dieta de muito baixa calorias (n=14)</p> <p>Quem entrega: enfermeiro, nutricionista, outros não especificados;</p> <p>Local: comunidade, hospital</p> <p>Para quem entrega: pacientes com obesidade.</p> <p>Tempo de seguimento: de 4 meses a 12 meses.</p>	<p>Comparadores: Estudo 1: Exercícios+dieta (n=67)</p> <p>Estudo 2: Dieta de muito baixa calorias + exercícios (n=13)</p>	<p><u>Estudo 1:</u> Média da mudança de peso (Kg) Intervenção 8,2 Comparador 10,9 Diferença entre média da perda peso: 2,7</p> <p><u>Estudo 2:</u> Média da mudança de peso (Kg) Intervenção 23,7 Comparador 27,2 Diferença entre média da perda peso: 3,5 P<0,001</p>
<p>Keszytüs et al., 2018 (25)</p> <p>País de filiação dos autores: Alemanha</p> <p>Financiamento: não especificado</p> <p>Conflitos de interesse: Declaram não possuir.</p>	<p>Identificar opções de tratamento não cirúrgico para a obesidade abdominal em adultos.</p> <p>Total de estudos: 15 ECR</p> <p>Atendiam ao PICO: 1 ECR</p> <p>Países: Finlândia (n=1)</p>	<p>População que atende ao PICO: n=81</p> <p>Comorbidades: Apneia obstrutiva do sono</p> <p>Faixa etária: adultos, não especificado.</p> <p>IMC base: não especificado.</p> <p>Gênero (%mulheres): não especificado</p> <p>Raça/cor/etnia: não especificado</p>	<p>Intervenção: Dieta de muito baixa calorias (n=40)</p> <p>Quem entrega: não especificado</p> <p>Local: Hospital Universitário</p> <p>Para quem entrega: adultos com excesso de peso.</p> <p>Tempo de seguimento: 1 ano.</p>	<p>Comparadores: Aconselhamento sobre dieta e exercícios (n=41)</p>	<p>Resultados para circunferência da cintura (cm) (DP): Intervenção 112,5 (±8,7) Comparador 105,3 (±8,3) Diferença média bruta da pontuação de mudança: 8,6 (±1,49)va</p>

<p>Khatlani et al., 2018 (20)</p> <p>País de filiação dos autores: USA</p> <p>Financiamento: Administração de Recursos e Serviços de Saúde (HRSA) do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA (HHS)-HRSA Subsídio para Treinamento e Melhoria da Assistência Primária, Número do subsídio TOBHP285720100-01-00</p> <p>Conflitos de interesse: Declararam não possuir.</p>	<p>Resumir e atualizar as evidências sobre os efeitos das intervenções de estilo de vida, incluindo a dieta, sobre o risco cardiometabólico entre mulheres com sobrepeso e obesas com Síndrome do Ovário Policístico (SOP).</p> <p>Total de estudos: 9 artigos de 8 ECR</p> <p>Atendiam ao PICO: 3 ECR</p> <p>Países: Iran (2), Suécia (1)</p>	<p>População que atende ao PICO: n=104</p> <p>Comorbidades: Síndrome do ovário policístico.</p> <p>Faixa etária: de 18 a 40 anos</p> <p>IMC base: >25 kg/m²</p> <p>Gênero (%mulheres): 100%</p> <p>Raça/cor/etnia: não especificado</p>	<p>Intervenção: <u>Estudo 1:</u> dieta hipocalórica</p> <p><u>Estudo 2:</u> dieta (não especificada); dieta+exercícios</p> <p><u>Estudo 3:</u> dieta DASH</p> <p>Quem entrega: não especificado.</p> <p>Local: <u>Estudo 1:</u> Clínica endócrina ambulatorial; <u>Estudo 2:</u> Unidade de Pesquisa da Saúde da Mulher em Hospital Universitário; <u>Estudo 3:</u> Clínicas ginecológicas</p> <p>Para quem entrega: mulheres com SOP e obesidade</p> <p>Tempo de seguimento: <u>Estudo 1:</u> 12 semanas; <u>Estudo 2:</u> 4 meses; <u>Estudo 3:</u> 8 semanas</p>	<p>Comparadores: 1. metformina 2. somente atividade física 3. dieta tradicional iraniana</p>	<p><u>Estudo 1:</u> Mudança no IMC (Kg/m²): Intervenção pré 34,1±5,4 vs. pós 30,1± 5,5; Comparador pré 31,1± 3,3 vs. pós 30,3±3,5; P< 0.001 para ambos.</p> <p><u>Estudo 2:</u> Mudança no IMC (Kg/m²): Intervenção Dieta: pré 35,4± 4,9 vs. pós 32,9± 5,5;P < 0.001; Combinado dieta+exercícios: pre 38,1± 7,0 vs. pós 36,9± 8,0; P < 0.001; Comparador Atividade física somente: pré 34,8± 5,2 vs. pós 34,1± 5,7; P< 0.05.</p> <p><u>Estudo 3:</u> Perda no Peso (Kg): Intervenção 4,4± 2,7 Comparador 1,5± 2,6; P< 0.001D</p> <p>Perda no (IMC Kg/m²): Intervenção 1,7± 1,1 vs. Comparador 0,6 ± 0,9; P< 0.001</p>
--	---	---	--	---	--

<p>Mancini et al. 2016 (24)</p> <p>País de filiação dos autores: Canadá</p> <p>Financiamento: Declarou não ter financiamento</p> <p>Conflitos de interesse: Declararam não possuir</p>	<p>Determinar os efeitos da dieta mediterrânea na perda de peso e nos níveis de fatores de risco cardiovascular por mais de 12 meses.</p> <p>Total de estudos: 5 ECR</p> <p>Atendiam ao PICO: 3 ECR</p> <p>Países: Não informado</p>	<p>População que atende ao PICO: n=998</p> <p>Comorbidades: Diabetes Mellitus tipo II; Doença cardíaca</p> <p>Faixa etária: Médias de 44, 52 e 58.</p> <p>IMC base: 30 a 33,5 Kg/m²</p> <p>Gênero (%mulheres): 31%</p> <p>Raça/cor/etnia: Não informado</p>	<p>Intervenção: Dieta mediterrânea</p> <p>Quem entrega: Nutricionistas</p> <p>Local: Não especificado</p> <p>Para quem entrega: Adultos com sobrepeso ou obesidade e Diabetes Mellitus e/ou doença cardíaca</p> <p>Tempo de seguimento: 6 a 48 meses</p>	<p>Comparadores: a) Dieta com baixo teor de lipídeos (2 estudos) b) Dieta com baixo teor de lipídeos e dieta com baixo teor de carboidratos (1 estudo)</p>	<p>Resultados dos 3 ECR para perda de peso (Kg) em ≥ 12 meses:</p> <p>Intervenção Dieta mediterrânea; intervalo de valores médios: 4,1 a 10,1</p> <p>Comparador Dieta com baixo teor de gordura; intervalo de valores médios: 2,9 a 5,0</p> <p>Outras dietas de comparação; variação de valores médios: 4,7 a 7,7</p>
---	---	--	---	---	--

<p>De Menezes et al., 2020 (19)</p> <p>País de filiação dos autores: Brasil</p> <p>Financiamento: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS); Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).</p> <p>Conflitos de interesse: Declaram não possuir</p>	<p>Resumir os efeitos, potencialidades e limitações de intervenções nutricionais no manejo da obesidade e discutir os efeitos de estratégias e teorias na atenção primária e secundária, para guiar intervenções no sistema de saúde.</p> <p>Total de estudos: 28 ECR</p> <p>Atendiam ao PICO: 2 ECR</p> <p>Países: USA (1) Canadá (1)</p>	<p>População que atende ao PICO: n=89</p> <p>Comorbidades: Não informado</p> <p>Faixa etária: Médias de 47,5 anos e 41,5 anos</p> <p>IMC base: Médias de 33,6 (± 3) e 39,5 Kg/m²</p> <p>Gênero (% mulheres): 93,8% e não especificado no outro estudo</p> <p>Raça/cor/etnia: Não especificado</p>	<p>Intervenção: Intervenções dietéticas - individuais:</p> <p><u>Estudo 1:</u> Entrega de refeições para grupos com controle de carboidratos (30% carboidratos e 50% lipídeos).</p> <p><u>Estudo 2:</u> Dieta com alto índice de saciedade (alta em proteínas e fibras, moderada em lipídeos e baixo índice glicêmico) + 1 refeição ao dia (almoço ou janta) e sem restrição calórica. Para dois grupos de indivíduos: fenótipo de baixa saciedade (LSP) e fenótipo de saciedade elevada (HSP).</p> <p>Quem entrega: <u>Estudo 1:</u> nutricionista; <u>Estudo 2:</u> não especificado.</p> <p>Local: <u>Estudo 1:</u> atenção secundária; <u>Estudo 2:</u> não especificado.</p> <p>Para quem entrega: Não especificado</p> <p>Tempo de seguimento: <u>Estudo 1:</u> 17,5 semanas; <u>Estudo 2:</u> 16 semanas.</p>	<p>Comparadores: <u>Estudo 1:</u> Controle de gorduras (50% carboidratos e 30% lipídeos), e com restrição calórica de 500 calorias para IMC ≥ 30 Kg/m² ou de 750 calorias para IMC ≥ 35 Kg/m².</p> <p><u>Estudo 2:</u> Grupo controle: Dieta que forneceu 10 a 15%, 55 a 60% e 30% de energia na forma de proteínas, carboidratos e lipídios, respectivamente.</p> <p>Para dois grupos de indivíduos: fenótipo de baixa saciedade e fenótipo de saciedade elevada.</p>	<p>A maioria dos estudos apresentou melhores resultados de perda de peso com a associação entre restrições calóricas e intervenções baseadas em auxílio de nutricionistas ou psicólogos.</p> <p><u>Estudo 1:</u> Perda de Peso (Kg)</p> <p>Intervenção Após 20 semanas: Grupo intervenção : 11,08 (± 5,6) Comparador Grupo controle: 8,4 (± 7,7)</p> <p><u>Estudo 2:</u> Perda de peso (Kg)</p> <p>Intervenção Grupo LSP (fenótipo de baixa saciedade): 4,5 (± 3,1); Grupo HSP (fenótipo de saciedade elevada): 6,4 (± 5,8); Comparador Grupo LSP (fenótipo de baixa saciedade): 3,2 (± 2,9) Grupo HSP (fenótipo de saciedade elevada): 5,6 (± 4,0)</p> <p>Conclusão - Perda de peso - grupo intervenção vs grupo controle: Grupo Intervenção = Grupo Controle (P = 0,32) (ambos os grupos apresentaram a mesma perda de peso (P>0,05))</p>
---	---	--	---	---	---

<p>Ramezani-Jolfaie et al., 2020 (23)</p> <p>País de filiação dos autores: Irã</p> <p>Financiamento: Centro de pesquisa em Nutrição e Segurança Alimentar, Shahid Sadoughi Universidade de Ciências Médicas, Yazd, Irã(registration code: IR.SSU.SPH.REC.1397.059)</p> <p>Conflitos de interesse: Declaram não possuir</p>	<p>Resumir os resultados sobre o efeito da Dieta Nórdica (ou dieta do Mar Báltico) no peso e na composição corporal em adultos.</p> <p>Total de estudos: 7 ECR</p> <p>Atendiam ao PICO: 2 ECR</p> <p>Países: Finlândia (n=1) e Dinamarca (n=1)</p>	<p>População que atende ao PICO: n=209</p> <p>Comorbidades: Síndrome metabólica</p> <p>Faixa etária: Médias de 55,4 anos e 41,3 anos</p> <p>IMC base: Não especificado</p> <p>Gênero (%mulheres): 90,9%</p> <p>Raça/cor/etnia: Não especificado</p>	<p>Intervenção: <u>Estudo 1:</u> Dieta Nórdica (DN) (carboidratos=46,1%, proteínas=32%, lipídeos=16%) <u>Estudo 2:</u> Dieta Nórdica (grandes quantidades de produtos nórdicos e orgânicos de vegetais, frutas, bagas, repolho, peixe, grãos inteiros, plantas selvagens e carne de caça).</p> <p>Obs: Todos os participantes receberam conselhos de acordo com as Recomendações Nórdicas de Nutrição.</p> <p>Quem entrega: profissionais do Centro de pesquisa em Nutrição e Segurança Alimentar, Shahid Sadoughi Universidade de Ciências Médicas, Yazd, Irã</p> <p>Local: Centro de pesquisa em Nutrição e Segurança Alimentar, Shahid Sadoughi Universidade de Ciências Médicas, Yazd, Irã</p> <p>Para quem entrega: <u>Estudo 1:</u> Adultos com obesidade ou com sobrepeso e medidas acentuadas de circunferência abdominal <u>Estudo 2:</u> Adultos com obesidade e síndrome metabólica</p> <p>Tempo de seguimento: <u>Estudo 1:</u> 168 dias; <u>Estudo 2:</u> 84 dias</p>	<p>Comparadores: <u>Estudo 1:</u> Dieta típica (carboidratos=42,7%, proteínas=17,1%, lipídeos=36,7%) <u>Estudo 2:</u> Dieta média dinamarquesa - que consiste em grãos refinados (por exemplo, arroz e macarrão), carne, alimentos não saudáveis, produtos açucarados, vegetais com baixo teor de fibra e frutas importadas (por exemplo, bananas, frutas cítricas e melões), laticínios e queijo.</p>	<p>Os autores demonstram através de meta-análise entre os 7 estudos, que aqueles que aderiram à DN perderam peso em comparação com os controles. Contudo, os dados não podem ser expressados, já que não há possibilidade de estratificação de acordo com os critérios de inclusão desta RR, que aproveitou apenas resultados de duas ECR. A avaliação qualitativa de outros índices antropométricos também mostrou um efeito benéfico desse padrão alimentar na melhoria dos valores de gordura corporal e IMC; no entanto, esses achados não são conclusivos devido ao número limitado de estudos.</p>
---	---	---	---	---	--

<p>Ross et al., 2021 (22)</p> <p>País: Austrália</p> <p>Financiamento: não especificado</p> <p>Conflitos de interesse: Autoras são nutricionistas de um serviço de saúde.</p>	<p>Objetivo: Sintetizar evidências de ECRs que comparem dietas com muito pouco carboidrato e ricas em gorduras (25% carboidratos; 35% lipídeos) com dietas com baixa gordura (45% carboidratos; 30% lipídeos) e relatem perda de peso, e mudanças no diabetes e nos indicadores de risco cardiovascular.</p> <p>Total de estudos: 8 ECR</p> <p>Atendiam ao PICO: 2 ECR</p> <p>Países: Estados Unidos (n=1), Suécia (n=1)</p>	<p>População que atende ao PICO: n= 166</p> <p>Comorbidades: Diabetes Mellitus tipo II</p> <p>Faixa etária: <u>Estudo 1:</u> >18 anos <u>Estudo 2:</u> não especificado</p> <p>IMC base: <u>Estudo 1:</u> ≥ 25 <u>Estudo 2:</u> $32,7 \pm 5,4$</p> <p>Gênero (%mulheres): 55,7 a 78%</p> <p>Raça/cor/etnia: Não especificado</p>	<p>Intervenção: Dietas com baixo carboidrato e ricas em gordura</p> <p><u>Estudo 1:</u> 20 a 25 g carboidrato / dia por 2 semanas, em seguida, incrementos de 5 g / dia semanalmente dependendo da perda de peso; um livreto sobre carboidratos e teor de gordura dos alimentos, com instruções para automonitoramento; os participantes receberam menus estruturados / opções de refeição, receitas para as primeiras 2 semanas.</p> <p><u>Estudo 2:</u> 25% de carboidratos, 49% gorduras. Menus fornecidos aos participantes por 1 semana com sugestões de refeições e receitas.</p> <p>Quem entrega: Nutricionista</p> <p>Local: Serviço de saúde, não especificados</p> <p>Para quem entrega: População com excesso de peso</p> <p>Tempo de seguimento: Não especificado</p>	<p>Comparadores: Dietas com baixa gordura (45% carboidratos; 30% lipídeos)</p>	<p>Dietas com baixo carboidrato e ricas em gordura versus dietas com baixa gordura</p> <p><u>Estudo 1:</u> Perda de peso (kg)</p> <p><u>Intervenção:</u> Primeira avaliação: $13,1 \pm 1,6$ Avaliação final: $14,5 \pm 1,7$</p> <p><u>Comparador:</u> Primeira avaliação: $11,6 \pm 1,6$ Avaliação final: $11,5 \pm 1,2$</p> <p><u>Estudo 2:</u> Perda de peso (kg) Intervenção: Apenas a avaliação final: 6 kg (média)</p> <p>Comparador: 5,3 kg (média)</p>
--	--	--	--	---	--

Notas: DP - desvio padrão; ECNR - estudo de controle não-randomizado; ECR - estudo de controle randomizado; IC - intervalo de confiança; IMC - índice de massa corporal;

veredas.org