

EFEITOS DA ATIVIDADE FÍSICA SOBRE O COMPORTAMENTO ALIMENTAR EM SUJEITOS ATIVOS, POUCO ATIVOS E NÃO ATIVOS

Tatiane Signor¹
Rodrigo L. Rother²

RESUMO: o estudo tem por objetivo verificar se existe relação entre o comportamento alimentar de pessoas que apresentam diferentes níveis de atividade física. Participaram da pesquisa 90 mulheres de 20 a 40 anos do Vale do Taquari, divididas em três grupos, ativas, pouco ativas e não ativas, onde foram aplicados questionários e feita antropometria. Foi encontrada correlação significativa no grupo das pouco ativas ao relacionar atividade física, valores de IMC e o comportamento alimentar, mostrando que o aumento do peso dos sujeitos tem relação com características psicológico/emocionais, e o grupo das não ativas entre comportamento alimentar e o IMC, com o aumento do peso aparecem as recusar por comida ou bebida. Conclui-se que existe relação do comportamento alimentar com os grupos das pouco ativas e não ativas.

Palavra chave: Exercício físico. Comportamento alimentar. Índice de massa muscular.

ABSTRACT: this study aims to check if there is relation among dietary behavior of people who present different physical activities level. Ninety women from twenty to forty years old from Taquari Valley participated of the research, divided in three groups: active, little active and non active, where were applied questionnaires and made an anthropometry. It was found a significant correlation in the little active group to list physical active, values BMI values and the dietary behavior showing that BMI increase is related to physical and emotional characteristics, and the non active group between dietary behavior and BMI , with the BMI increase refuse food or drink. We can conclude that there is a relation of dietary behavior with the little and non active groups.

Keyword: Physical activity. Dietary behavior. Body mass index.

1 INTRODUÇÃO

A obesidade é um fator de grande risco para a saúde. Raso (2013) a define como o acúmulo excessivo de gordura e explica sua causa a partir do consumo de energia maior do que o gasto, sendo que a energia excedente é estocada sob a forma de gordura.

O aumento progressivo e significativo encontrado nos últimos anos nos índices de obesidade, tanto no Brasil quanto no mundo, tem sido considerado por Bouchard (2003) como uma epidemia. Nunes (2001) veem a explicação para o crescimento da obesidade na

¹ Graduada em Educação física – licenciatura – pela Universidade de Passo Fundo – UPF e acadêmica do curso de educação física bacharelado pela Univates.

² Doutorando em Ambiente e Desenvolvimento na Univates e Professor do curso de Educação Física da Univates.

diminuição do gasto energético diário com atividades do trabalho, ocupacionais, afazeres domésticos e necessidades diárias. Essa redução do gasto calórico a partir da automação, urbanização e do desenvolvimento tecnológico dos dias de hoje, causa um balanço energético positivo e, portanto, um aumento de massa adiposa.

Segundo Pitanga e Lessa (2005), o sedentarismo é caracterizado pela ausência de Atividade Física, sendo considerada a doença do século devido aos confortos da vida moderna que através do processo de industrialização provoca a diminuição da prática de atividades físicas e do exercício físico. Esta inatividade física das pessoas percebida no dia a dia é considerada pela Organização Mundial da Saúde - OMS (2005), como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de diversas doenças crônicas não transmissíveis, como doenças cardiovasculares, diabetes, osteoporose, entre muitas outras.

A manutenção de uma vida fisicamente ativa reduz substancialmente o risco para tais doenças e proporciona diversos benefícios para saúde, como redução da adiposidade corporal; melhora da saúde cardiovascular, óssea e muscular; diminuição da ansiedade e depressão; dentre outros (HASKELL, 2009). Em publicação no Caderno de Saúde Pública no Rio de Janeiro (2009), a ocorrência da obesidade vem crescendo na América Latina, especialmente entre mulheres adultas com baixa escolaridade. De acordo com dados recentes da Pesquisa de Orçamentos Familiares – POF – (2008-2009), 64,9% das mulheres brasileiras apresentam algum grau de excesso de peso, quando somados o excesso de peso e a obesidade, o que demonstra a magnitude deste agravo na população feminina.

A obesidade, Segundo OMS (1997), por meio de dados apresentados por Dowse et al (1992), mostram que 64% dos homens e 74% das mulheres poderiam ter prevenido diabetes tipo 2 se o seu Índice de Massa Corporal (IMC) não fosse maior que 25kg/m². O mesmo, em 2008, nos traz que excessivo consumo de açúcar foi referido por 61% da população, a prevalência de consumo excessivo de gordura saturada (maior do que 7% do consumo de energia) foi de 82% na população, o percentual da população com consumo abaixo do recomendado de fibras foi de 68% e mais que 70% da população consome quantidades superiores ao valor máximo de ingestão tolerável para o sódio, confirmando os grandes percentuais de inadequação da alimentação da população brasileira.

Para Tahara (2003), a população está buscando uma melhora na qualidade de vida recorrendo aos exercícios físicos, que têm grande aceitação nos dias atuais como um bom recurso para minimizar os prejuízos que são causados por vários fatores que afetam o estilo de vida saudável, como o estresse das grandes cidades, sedentarismo e a má alimentação, que

acabam prejudicando a estrutura física e normal do ser humano. O comportamento alimentar, no caso de sua inadequação, é uma possível etiologia da obesidade. Para Philippi (2004), os hábitos alimentares regionais, a experiência alimentar, os costumes adquiridos nas diferentes fases da vida, as informações recebidas sobre alimentação e nutrição, as preferências alimentares, as experiências boas e ruins com a alimentação ou situações que envolvam tanto fisiologicamente como emocionalmente, pressões sociais da família ou amigos ou do meio de consumir ou deixar de consumir determinado tipo de alimento fazem parte da estrutura de comportamento alimentar.

Comportamentos alimentares saudáveis vindos desde cedo, logo na infância e contínuos na juventude irão refletir na vida adulta como prevenção de doenças. Taylor (1986) diz que comportamentos anormais e as práticas de controle de massa corporal estão associadas à insatisfação pessoal e a baixa autoestima, sendo expressadas pela insatisfação física. Em um estudo publicado pela revista Brasileira de Psiquiatria, Nunes et al., (2001) falam da influência da percepção da massa corporal e dos valores obtidos pelo IMC sobre os comportamentos alimentares anormais. O estudo mostra que o fato da população feminina ser mais afetada sublinha a influência da cultura da magreza a ponto de encorajar e manter comportamentos alimentares anormais e práticas inadequadas de controle da massa corporal. O estudo foi constituído de 513 mulheres de 12 a 29 anos residentes de Porto Alegre onde foram feitos questionários e testes, mostrando que 82% das mulheres foram classificadas com IMC normal, 2% das mulheres eram magras e 16% apresentaram sobrepeso/obesidade, quanto à atividade física 16% das mulheres faziam exercício físico frequentemente. De acordo com os questionários 16,6% das mulheres apresentavam resultados de comportamentos alimentares anormal, 30,4% apresentaram padrão alimentar não usual e 3,3% apresentaram padrão alimentar severamente perturbado e presença de comer compulsivo.

A prevenção e o tratamento do sobrepeso e da obesidade por meio de métodos não medicamentosos têm sido recomendado amplamente. O American College of Sports Medicine – ACSM (2010) recomenda 150 minutos de exercícios por semana, divididos em três ou mais dias, para um indivíduo ser considerado ativo e prevenir o sobrepeso e obesidade. Entretanto, o mesmo ACSM, recomenda que para se tratar a obesidade são necessários 250 minutos ou mais de atividade física por semana, divididos em no mínimo cinco dias. Para Raso (2013), estratégias eficazes para o tratamento da obesidade incluem redução da ingestão de calorias, realização de exercício físico e terapias. O autor afirma ainda que a intervenção com exercício físico garante redução dos sintomas de ansiedade, depressão, melhora da função

cardiorrespiratória e redução de fatores de risco cardiovascular. Vários autores, como Santarém (1996), Samulski e Lustosa (1996) e Matsudo (1999), postulam que os exercícios físicos habituais são benéficos para a saúde, proporcionam a melhora da eficiência do metabolismo, com conseqüente diminuição da gordura corporal, aumento da massa muscular, da força muscular, fortalecimento do tecido conjuntivo, aumento da flexibilidade, melhora da postura, aumento do volume sistólico, diminuição da frequência cardíaca em repouso, melhora da autoestima, da imagem corporal, entre outros.

Devido ao crescente número de sujeitos sedentários, de haver uma forte relação entre nível de atividade física e obesidade, e também relação entre obesidade e hábitos alimentares, é cada vez mais importante para os profissionais da saúde entenderem como o nível de atividade física pode influenciar no comportamento alimentar de sujeitos com diferentes níveis de condicionamento. A possibilidade de relacionar o comportamento alimentar com o nível de atividade física do sujeito serve de referência para novas estratégias de prevenção, tratamento e manejo da obesidade. Diante deste quadro, o principal objetivo deste estudo é verificar se existe relação entre o comportamento alimentar de pessoas que realizam diferentes níveis de atividade física.

2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este estudo utilizou-se de uma abordagem quantitativa para avaliar o nível e a caracterização da atividade física, o Índice de Massa Corporal e os hábitos alimentares dos sujeitos participantes e correlacionar estas variáveis.

A coleta dos dados foi realizada com os instrumentos Questionário Internacional de Atividade Física - IPAQ, versão curta simplificada, para o nível de atividade física: é um questionário sobre a frequência (dias/semana), duração (minutos/dia) e a intensidade da atividade física do indivíduo durante uma semana "habitual", tanto em atividades ocupacionais quanto de locomoção, lazer ou prática esportiva, sendo os sujeitos classificados como não ativos, pouco ativos e ativos; Anamnese, elaborada pela pesquisadora, a fim obter um histórico e caracterizar a atividade física dos participantes; Avaliação antropométrica, onde foram medidas a massa corporal e a estatura, para o cálculo do IMC; e Questionário Holandês do Comportamento Alimentar – QHCA, traduzido e adaptado por Almeida, Loureiro e Santos (2001), ajustado para respostas fechadas.

A população do estudo foi composta por 90 sujeitos do sexo feminino, com idade entre 20 e 40 anos, de municípios da região do Vale do Taquari. Estes sujeitos foram escolhidos de forma intencional, de acordo com sua classificação no IPAQ, até se completarem três grupos de 30 participantes divididas conforme o nível de atividade física que apresentaram, sendo: fisicamente ativos, pouco ativos e não ativos. O número de participantes foi obtido a partir do mínimo indicado pelo teste estatístico de correlação de Pearson.

Foram inclusos na pesquisa todos os sujeitos que não apresentaram nenhum tipo de doença que influencie no metabolismo ou mudança de comportamento alimentar, não fumantes, sem acompanhamento nutricional, não usuários de medicamento controlado ou de uso contínuo, que não estejam de dieta, que não estejam grávidas e que não tenham feito cirurgia bariátrica. O sujeito apto a participar já se faz o suficiente para ser incluído no estudo.

Os dados obtidos foram analisados através da correlação entre o nível de atividade física, comportamento alimentar e Índice de Massa Corporal (IMC). Foram aplicados os testes de Correlação de Pearson para variável de curva normal e Correlação de Spearman para curva anormal. Adotou-se o nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$) e os dados foram analisados através do teste de qui-quadrado para amostras independentes. Para análise estatística foi utilizada a versão 20.0 do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Univates sob parecer número 1.275.472 atendendo todos os preceitos de pesquisa com seres humanos.

3 RESULTADOS

Dos questionários entregues, 100% foram devolvidos, apresentando o seguinte perfil: 90 mulheres com idade entre 20 a 40 anos (média de $27,11 \pm 6,12$ anos) divididas em três grupos através do nível de atividade física, classificado segundo a proposta do IPAQ.

As médias dos três grupos que apresentaram diferentes níveis de atividade física podem ser expressas na Tabela 1, com médias de idade, peso e IMC.

Tabela 1. Médias de Idade, peso e IMC

	IDADE	PESO	IMC
NÃO ATIVAS	26,96±6,58	66,46±15,45	25,21±5,45
POUCO ATIVAS	26,56±5,43	56,9±8,84	21,46±2,0
ATIVAS	27,83±6,35	60,1±7,82	23,07±2,29

Fonte: os autores (2015)

Perante o perfil apresentado podemos observar que os três grupos tem uma média de idade semelhante. Em relação ao peso observa-se que no grupo das ativas o peso é maior em relação ao grupo das pouco ativas, mas como a pesquisa não teve medições mais específicas como percentual de gordura e de massa magra não é possível identificar se esse peso mais elevado foi pela presença de tecido adiposo ou de massa magra. De acordo com os critérios preconizados pela Organização Mundial da Saúde - OMS (1996) o IMC deve ser classificado em abaixo (IMC,<17), normal (IMC > 18), sobrepeso (IMC > 25) e obesidade (IMC > 30). As não ativas apresentam sobrepeso, já as pouco ativas e ativas estão dentro dos padrões de normalidade.

As respostas obtidas na anamnese sobre ter acompanhamento nutricional, receber informações nutricionais sobre alimentos saudáveis e exercícios físicos e usar medicamentos para emagrecer não apresentaram diferenças significativas entre os três grupos (>0,05), ou seja, as informações dadas pelas participantes foram consideradas iguais entre as mulheres ativas, pouco ativas e não ativas. Nenhuma entrevistada tem acompanhamento nutricional ou fez uso de medicamentos para emagrecer nos últimos seis meses. Em relação a informações sobre alimentação saudável, novidades nutricionais ou exercício físico, as respostas apresentaram aleatoriedade entre as participantes, independente do nível de atividade física que praticam.

De acordo com os resultados do IPAQ, as participantes não ativas levam uma vida sedentária, ou seja, sem a prática de nenhum tipo de atividade física ou com prática inferior a dez minutos contínuos. Mesmo realizando alguns afazeres domésticos, estes não foram considerados suficientes para serem classificadas como pouco ativas ou ativas. Muitas não demonstram preocupação com a saúde ou interesse em praticar qualquer tipo de atividade física, alegando também falta de tempo e de vontade.

As participantes pouco ativas praticam exercícios físicos de uma a duas vezes na semana e mais alguns afazeres domésticos, demonstram interesse e preocupação pelo exercício físico, mas pouco interesse por informações nutricionais. Neste grupo, encontrou-se significância ao correlacionar o nível de atividade física, valores de IMC e o comportamento alimentar. Dentre estas, vimos que com o aumento do peso nos voluntários, tem relação com características de fundo psicológico/emocional, como comer quando se está desiludida, assustada, quando as coisas não estão dando certo e quando se está triste ou desanimada. Já com relação aos hábitos alimentares, percebeu-se que ao aumentar o peso, as pessoas passam a ingerir comidas "pouco engordativas" (termo utilizado no QHCA) e também a recusa de comidas e bebidas, pelo motivo de estar preocupada com o peso, na Tabela 2 podemos ver os números expressos.

Tabela 2. Correlação entre valores de IMC e o comportamento alimentar.

IMC relacionado a características psicológica e emocional, comer quando:	
Desiludida	p=0,046 e r = - 0,367
Assustada	p=0,012 e r = - 0,452
Quando as coisas não estão dando certo	p=0,024 e r = - 0,411
Triste ou desanimada	p=0,013 e r = - 0,447

Fonte: os autores (2015)

Já o grupo das ativas praticam exercícios físicos de três a cinco vezes na semana, mais os afazeres domésticos, além de mostrarem-se preocupadas com a alimentação e com a prática da atividade física. Os relatos das participantes deste grupo chamaram a atenção foram os que afirmaram praticar muita atividade física justamente para compensar a quantidade de alimentos ingeridos. Em suas respostas ao Questionário Holandês apontam não se preocuparem caso comam mais do que o necessário em alguma refeição.

Ainda neste grupo encontramos relação entre atividade física e IMC, já que seu IMC está dentro da classificação normal, mostrando que a atividade física realizada mais vezes na semana traz resultados significativos em relação a um melhor IMC, por isso, sabe-se que a quantidade e o tipo da atividade praticada por cada indivíduo influenciam de modo preponderante a saúde e o peso destes sujeitos. No grupo de mulheres não ativas também encontrou-se correlação significativa entre comportamento alimentar e o IMC. Conforme o

peso do sujeito aumenta tenta-se comer menos do que gostaria durante as refeições, recusar comida ou bebida e também evitar comer a noite.

Estas relações podem ser vistas na Tabela 3.

Tabela 3. Comportamento alimentar/IMC

Com aumento do IMC	
Comer menos durante as refeições	p=0,009 e r = - 0,471
Recusa por comida e bebida	p=0,034 e r = - 0,389
Recusa em comer a noite	p=0,035 e r = - 0,385

Fonte: os autores (2015)

4 DISCUSSÃO

A educação nutricional constitui uma estratégia de fundamental importância para o enfrentamento dos problemas alimentares e nutricionais encontrados na atualidade. Estes problemas tendem a agravar-se pela tendência que vem sendo observada nos padrões de consumo de alimentos (BOOG, 1999).

A falta de acompanhamento nutricional certamente interfere no comportamento alimentar de muitas pessoas, mesmo buscando informações na TV e redes sociais de dicas sobre alimentos saudáveis, percebe-se que este acompanhamento é de grande resultado quando aliado ao exercício físico e realizado com acompanhamento de profissionais das duas áreas. Confirma-se, desta forma, que só o exercício físico ou só a alimentação saudável, sozinhos, não nos trazem os melhores resultados. Estudo feito por Monteiro, Riether e Burini (2004), em estudos de intervenções de 40 semanas, conduzido com mulheres em climatério (n=30), verificou redução de peso e da circunferência de cintura entre as participantes, sendo esses valores maiores para o grupo que sofreu intervenção nutricional aliada à prática de atividade física em comparação ao grupo que participou somente da intervenção nutricional. Já Ferreira et al. (2005) avaliaram 64 mulheres, com idade entre 50 e 72 anos, divididas em 4 grupos de acordo com o tipo de intervenção recebida (orientação nutricional; orientação nutricional e atividade física; orientação sobre atividade física e nenhum tipo de orientação) e não encontraram redução na antropometria e adiposidade corporal após 12 semanas de intervenção. Entretanto, segundo o mesmo autor, mesmo não encontrando mudanças nas variáveis antropométricas analisadas, não se pode eliminar a hipótese de que orientações

nutricionais e de atividade física resultem em mudanças voluntárias nos hábitos alimentares e que essas mudanças resultem em alterações positivas na composição corporal. Segundo Nunes e Jesus (2010), a nutrição passa a ter um papel cada vez mais fundamental na prática de exercícios e atividade física.

Em outros estudos, como o de Cervato et al.(2005), Boog (1999), Denadai et al. (1998) e Jaime et al. (2007), encontram-se resultados positivos relacionados à implementação de educação nutricional, principalmente no que se refere à motivação e ao reconhecimento da necessidade de melhora na alimentação. Cervato et al. (2005) observaram que após intervenção nutricional educativa houve melhora na qualidade da alimentação, com redução no consumo de lipídios, de proteínas e de colesterol. Da mesma forma, Denadai et al. (1998) observaram redução dos valores de Índice de Massa Corporal (IMC) e percentual de gordura corporal em adolescentes devido à associação de prática de atividade física com a orientação nutricional.

Vimos nos resultados que, em relação às mulheres ativas, não obteve-se resultados significativos relacionando comportamento alimentar/exercício físico/IMC. Porém, percebe-se que o IMC está dentro de um índice normal mesmo tendo um peso mais elevado quando comparado com as mulheres pouco ativas, onde o peso é menor e o índice do seu IMC é considerado mais adequado, mesmo com o nível de atividade física sendo maior pelas mulheres ativas. Contudo Lopes (2014) nos traz que o grande problema de utilizar essa ferramenta está no fato de ela não considerar a influencia dos tecidos e sua distribuição nos diferentes indivíduos. Isso tem acontecido de maneira recorrente em pessoas que tem composição corporal fora da média populacional, seja ela de tecido adiposo ou de massa muscular.

Fermino et al. (2010) em um estudo realizado com 90 indivíduos adultos de ambos os sexos, reportaram que os principais motivos que levavam à prática de atividade física, foram saúde e aptidão física. O estudo do Ministério da Saúde (2009) que traçou o perfil de saúde da população brasileira demonstrou que as mulheres brasileiras estão mais preocupadas com a própria saúde do que os homens. No que diz respeito ao perfil alimentar, as mulheres comem mais verduras, frutas e hortaliças, dispensam carnes gordurosas e bebem menos refrigerante do que os homens. No entanto, ainda apresentam baixos índices de prática de atividade física. Geralmente indivíduos adultos que procuram programas de atividade física regular são justamente aqueles que apresentam problemas com excesso de peso e/ou com a saúde. O perfil da população do presente estudo vê tal preocupação, mas isto não se repete em relação à

alimentação, visto que nenhuma buscou orientação nutricional especializada, apenas informações em redes sociais, TV etc.

Em relação ao estudo entre o IMC e o comportamento alimentar vimos que as mulheres pouco ativas e as não ativas, demonstram relação com fundo emocional. Travado et al. (2004) afirmam que o IMC correlaciona-se positivamente com as alterações da ansiedade. Segundo estes autores, quanto maior o IMC maior o nível de alteração emocional e psicopatológica. Está mencionado na literatura que a insatisfação feminina com o peso corporal pode ser explicada devido ao fato de que as mulheres têm uma auto percepção corporal maior do que os homens. No entanto, sentir-se fora do peso considerado como ideal está associado à presença de sofrimento psicológico em homens e mulheres (VEGGI, 2001). Pessoas no estado de inatividade física não obtêm êxito em realizar tarefas do cotidiano que necessitem o mínimo de esforço físico, com isso ocorreu a crescente das tecnologias com a função de diminuir os esforços físicos, com isso tornou a sociedade cada vez mais dependente dessas tecnologias. Estudos realizados por Boscolo (2005) nos Estados Unidos, afirmam que a prática sistemática do exercício físico está associada à ausência ou a poucos sintomas depressivos ou de ansiedade, mostrando assim um dos motivos pelo qual a grupo de mulheres ativas não teve nenhuma correlação significativa (RODRIGUES, 2013).

Um dos fatores fortemente influenciadores da imagem corporal é a obesidade. Em comparação com mulheres de peso normal, as mulheres obesas apresentam maior distorção com sua figura real de corpo, podendo ser desencadeado como um efeito em círculo da não mudança dos hábitos alimentares e a idealização de corpo, gerando um processo depressivo e induzido aumento de ingestão energética, ou mesmo, restringindo o consumo alimentar diário pelo medo do ganho de peso, que foi o ocorrido em nosso estudo, a recusa por comidas e bebidas, ou por comer a noite, pelos grupos das mulheres pouco ativas e não ativas (RODRIGUES, 2013).

Segundo Pitanga e Lessa (2005), o sedentarismo é caracterizado pela ausência de atividade física, sendo considerada a doença do século por estar associado ao comportamento cotidiano decorrente dos confortos da vida moderna que através do processo de industrialização provocam a diminuição da prática de atividades. As evidências também indicam que sedentarismo é um grande aliado da mortalidade, obesidade, maior incidência de queda e debilidade física em idosos, dislipidemia, depressão, demência, ansiedade e alterações do humor (RODRIGUES, 2013).

Para Saba (2001) o exercício físico é benéfico tanto no aspecto biológico, como também no nível psicológico. Os efeitos positivos sobre os aspectos psicológicos originam do prazer que se é obtido na atividade realizada. Segundo Peluso (2005), além dos benefícios a prática do exercício físico também está associada a prejuízos para a saúde mental, aparecendo ligada a quadros como “exercício excessivo”. Pessoas que criam relações de dependência e compulsão pela prática destas atividades passam a buscar nelas mais a diminuição de sensações desagradáveis, como ansiedade, irritabilidade e depressão, do que uma boa forma física. Isso talvez explique o porquê de algumas mulheres do grupo das ativas declararem que “comem mais e sem culpa” já que praticam exercícios mais vezes na semana (RODRIGUES, 2013).

Bouchard (2003) ressalta de que, apesar de todas as limitações metodológicas e a qualidade relativamente baixa dos dados disponíveis, há ainda uma situação extraordinária favorável à conclusão de que a atividade física (e especialmente a atividade física preventiva nos períodos de lazer e as recreativas) está fortemente relacionada ao sucesso na manutenção do peso em longo prazo e que os exercícios físicos revelaram-se componentes importantes do comportamento nos programas de controle de peso. Experimentos indicaram que a combinação de dieta mais exercícios acarreta perdas de peso mais eficientes, a curto e longo prazo, do que qualquer destas intervenções aplicadas isoladamente.

5 CONCLUSÃO

Conclui-se que existe relação do comportamento alimentar com os grupos das pouco ativas e não ativas, com características de fundo psicológico/emocional em relação ao aumento do peso, ingerindo comidas "pouco engordativas" (termo utilizado no QHCA) e também a recusa de comidas e bebidas, comer menos do que gostaria durante as refeições e também evitar comer a noite, mostrando que ao perceber o aumento do seu peso tem comportamentos alimentares na maioria das vezes incorretos. Já as ativas, utilizam o fato de praticarem atividade regular para justificar a possibilidade de não cuidarem muito de sua alimentação. Percebendo assim neste estudo que exercício físico aliado a uma alimentação saudável é de extrema importância.

REFERÊNCIAS

BOOG, M. C. F. Dificuldades encontradas por Médicos e Enfermeiros na abordagem de problemas alimentares. *Rev. Nutr.* 1999; 12(3):261-272.

BOUCHARD, Claude. *Atividade física e obesidade*. São Paulo, Manole, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde (MS). *Dia Mundial da Saúde – Perfil da Alimentação e Atividade Física da População Brasileira*. Brasília: MS; 2009.

CERVATO, A. M.; DERNTL, A. M.; LATORRE, M. R. D. O.; MARUCCI, M. F. N. Educação nutricional para adultos e idosos: uma experiência positiva em Universidade Aberta para a Terceira Idade. *Rev. Nutr.* 2005; 18(1):41-52.

DENADAI, R. C.; VITOLLO, M. R.; MACEDO, A. S.; TEIXEIRA, L.; CEZAR, C.; DÂMASO, A. R. Efeitos do exercício moderado e da orientação nutricional sobre a composição corporal de adolescentes obesos avaliados por densitometria óssea (DEXA). *Rev. Paul. Educ. Fís.* 1998; 12(2):210-218.

Diretrizes do ACSM para testes de esforço e sua prescrição / American College of Sports Medicine; (editor sênior Walter R. Thompson; editores associados Neil F. Gordon, Linda S. Pescatello; traduzido por Giuseppe Taranto). – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

FERMINO, R. C.; PEZZINI, M. R.; REIS, R. S. Motivos para prática de atividade física e imagem corporal em frequentadores de academia. *Rev Bras Med Esporte* 2010; 16(1):18-23.

FERREIRA, M; MATSUDO, V; BRAGGION G. Efeitos de um programa de orientação de atividade física e nutricional sobre o nível de atividade física de mulheres fisicamente ativas de 50 a 72 anos de idade. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, v11, n.3 p.172-176, 2005.

GREGG. A atividade física, quedas e fraturas entre idosos: uma revisão das evidências epidemiológicas. *Journal of the American Geriatrics Society*, New York, V.48, n.8, p.883-893, 2000.

HASKELL, W. L.; BLAIR, S. N.; HILL, J.O. Atividade física: resultados de saúde e importância para a política de saúde pública.. *Prev Med* 2009; 49:280-2.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. [site da internet]. [acessado 2012 nov 29]. Disponível em:
http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1648&id_pagina=1.

JAIME, P. C.; MACHADO F.M.S.; WETPHAL M.F.; MONTERO C.A. Educação nutricional e consumo de frutas e hortaliças: ensaio comunitário controlado. *Rev Saude Publica* 2007; 41(1):145-157.

LOPES, Andre L. *Antropometria aplicada à saúde e a desempenho esportivo*. Rio de Janeiro: Rubio, 2014.

MATSUDO, V. K. R. vida ativa para o novo milênio. *Revista de Oxidologia*, p.18-24, set/out. 1999.

NUNES, L. M.; Jesus, L. M. N. Aspectos Nutricionais e Alimentares de Jogadores de Futebol em um Clube Esportivo de Caxias do Sul- RS. Revista Brasileira de Nutrição Esportiva. São Paulo. Vol. 4. Num. 22. p.314-323. 2010.

NUNES, M. A.; OLINTO, M. T.; BARROS, F. C.; CAMEY, S. Influência da percepção o peso e do índice de massa corporal nos comportamentos alimentares anormais. Revista Brasileira de Psiquiatria, 23:21-7, 2001.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Obesidade: prevenção e gerir a epidemia global - relatório de uma consulta da OMS sobre a obesidade. Geneva: WHO, 1997.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Prevenindo doenças crônicas: um investimento vital: relatório global da OMS. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2005.

PHILIPPI, Sonia Tucunduva; ALVARENGA, Marle. Transtornos alimentares, uma visão nutricional. São Paulo, Manole, 2004.

PITANGA, F.J.G; LESSA I. Prevalência e fatores associados ao sedentarismo no lazer em adultos. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.21 n.3, p.870-877, 2005.

RASO, Vagner, GREVE, Julia M. D., POLITO, Marcos Doederlein. POLLOCK, fisiologia clínica do exercício. São Paulo, Manole, 2013.

REITHER, M.; BURINI, R. C. Efeito de um programa misto de intervenção nutricional e exercício físico sobre a composição corporal e os hábitos alimentares de mulheres obesas em climatério. Rev. Nutr. 2004; 17(4):479-489.

RODRIGUES, Anderson J. D. os benefícios da pratica regular de exercícios físicos como contribuição para qualidade de vida. Porto Velho – RO, 2013.

SABA, F. Aderência à prática de exercício físico em academias. São Paulo: Manole, 2001.

SAMULSKI, D; LUSTOSA, L.A. A importância da atividade física para saúde e a qualidade de vida ARTS – Revista educação física e desportos, V. 17, n.1, p.60-70, 1996.

SANTAREM, J. M. Atividade Física e saúde, Acta fisiátrica, V.3, n.1, p. 37-39, 1996.

TAHARA, A. K.; SCHWARTZ G. M.; SILVA K. A. Aderência e manutenção da prática de exercícios em academias. Revista Brasileira Ciência e Movimento, Taguatinga, v. 11, n. 4, p.7-12, 2003. ISSN 0103-1716.

TAYLOR, M. Cooper TL. Tamanho do corpo superestimação e depressão. Brit J Clin Psychol 1986; 25: 153-4.

TRAVADO, L.; PIRES, R.; MARTINS, V.; VENTURA, C., & Cunha, S. Abordagem psicológica da obesidade mórbida: caracterização e apresentação do protocolo de avaliação psicológica. Análise Psicológica, 22 (3), 533-550, 2004.

ANEXOS

Anexo 1

Termo de consentimento livre e esclarecido.

Você está sendo convidado a participar de um estudo que tem como objetivo avaliar O Efeito do nível de atividade física, sobre o comportamento alimentar, em sujeitos ativos, pouco ativos (menos de seis meses) e não ativos.

Devido ao crescente numero de sujeitos sedentários e de haver uma forte relação entre nível de atividade física e obesidade. É de interesse e benefícios dos profissionais da saúde entender como o nível de atividade física pode influenciar no comportamento alimentar de sujeitos com diferentes níveis de condicionamento. Se for possível relacionar o comportamento alimentar conforme o nível de atividade física do sujeito, podemos desenvolver novas estratégias de prevenção, tratamento e manejo da obesidade.

A pesquisa só ocorrerá no momento em que acontecer a aprovação pelo COEP – Comitê de Ética em Pesquisa da Univates. Leia este termo com atenção. Você só participará do estudo se concordar com os procedimentos que serão explicados a seguir. Você tem total liberdade de pedir esclarecimentos para suas dúvidas antes de tomar uma decisão e, se decidir participar, poderá esclarecer quaisquer questões durante o estudo. Você também pode se retirar do estudo a qualquer momento se assim decidir. A participação no estudo é voluntária, e você tem o direito a receber informações dos seus resultados ao longo do estudo em qualquer momento. Os resultados deste estudo serão mantidos confidenciais e, quando divulgados, se garante o anonimato dos participantes. Os riscos do estudo são referentes ao tempo disponibilizado por você a responder os questionários.

Você irá passar por uma avaliação, onde avaliara a quantidade de gordura e músculos que você tem no corpo (antropometria), onde serão medidas a massa corporal e a estatura, para o calculo do Índice de massa corporal (IMC), índices que são relacionados a sua saúde. Também deverá responder a três questionários: 1-Questionário Holandês do Comportamento Alimentar (QHCA), com questões de fácil entendimento e com respostas fechadas (sim ou não); 2- Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), versão curta simplificada, para identificar o nível de atividade física; 3 - Questionário elaborado pela pesquisadora, a fim obter um histórico de vida (anamnese).

Para a realização da avaliação antropométrica você deverá estar usando top e bermuda. Após você receberá os resultados do Índice de massa corporal (IMC) e também de todos os questionários.

A pesquisadora responsável Tatiane Signor se compromete a acompanhar o andamento de sua participação e prestar eventuais informações a qualquer momento do estudo. Também se compromete, caso houver uma nova informação que altere o que foi previsto durante a obtenção deste consentimento informado, a avisar imediatamente aos participantes do estudo e o Comitê de Ética, providenciando uma nova versão deste termo de consentimento.

Qualquer dúvida pode ser resolvida procurando a pesquisadora Tatiane Signor pelo telefone (51) 99301588 ou no endereço Rua expedicionários, 663 Ilópolis RS. Para dúvidas sobre aspectos éticos da pesquisa você pode entrar em contato diretamente com o Comitê de ética e pesquisa, no Centro Universitário UNIVATES, Rua Avelino Tallini, 171, Bairro Universitário – Lajeado/RS, Sala 309 do Prédio 1, Horário de atendimento de Segunda à sexta-feira: 13hs às 19hs, ou pelo telefone (51) 3714-7000 Ramal 5339.

Este termo de consentimento livre e esclarecido deverá ser preenchido em duas vias, sendo uma mantida com o sujeito da pesquisa (você), ou por seu representante legal, e outra mantida arquivada pelo pesquisador.

Nome do pesquisador responsável: _____

Assinatura: _____

Nome do Voluntário do estudo: _____

Assinatura: _____

Ilópolis, de 2015

Anexo 2 – Questionário Holandês do Comportamento Alimentar – QHCA - Tradução e Adaptação: Almeida, Loureiro e Santos (2001)

Responda SIM ou NÃO em cada uma das alternativas descritas abaixo:

- 1- Quando você tem que se pesar, você come menos do que normalmente comeria?
- 2- Você tem vontade de comer quando não tem o que fazer?
- 3- Você tem vontade de comer quando está emocionalmente perturbada?
- 4- Se você vê outros comendo, você também quer comer?
- 5- Você tem vontade de comer quando está desiludida?
- 6- Ao comer muito em um dia, você come menos que o habitual nos dias seguintes?
- 7- Você tenta não comer entre as refeições porque está observando seu peso? Com que frequência?
- 8- Você tem vontade de comer quando está assustada?
- 9- Ao preparar uma refeição, você fica inclinada a comer alguma coisa gostosa?
- 10- Decididamente você come comidas que são pouco “engordativas”?
- 11- Você tem vontade de comer quando está de mau humor?
- 12- Se você tem algo delicioso para comer, você come imediatamente?
- 13- Você considera seu peso de acordo com o que você come?
- 14- Você tem vontade de comer quando está chateada ou impaciente?
- 15- Você consegue deixar de comer alimentos gostosos?
- 16- Você tenta comer menos do que gostaria de comer nos horários de refeição?
- 17- Você tem vontade de comer quando está irritada?
- 18- Você observa (presta atenção) o que você come?
- 19- Ao passar perto de uma lanchonete ou restaurante, você fica com vontade de comprar alguma coisa gostosa?
- 20- Você recusa comida ou bebida oferecidas a você por estar preocupada com seu peso? Com que frequência?
- 21- Você tem vontade de comer quando está ansiosa, preocupada ou tensa?
- 22- Decididamente você come menos com o objetivo de não ficar mais pesada?
- 23- Se a comida cheirar bem e lhe parecer boa, você come mais que o habitual?
- 24- Você tem vontade de comer quando as coisas não estão dando certo?
- 25- Se a comida é saborosa, você come mais que o habitual?
- 26- Você tenta não comer a noite porque está observando seu peso? Com que frequência?
- 27- Você tem vontade de comer quando alguém te deixa triste?

- 28- Se você vê ou sente cheiro de algo delicioso, tem desejo de comê-lo?
- 29- Ao passar perto de uma padaria, você fica com vontade de comprar alguma coisa gostosa para comer?
- 30- Você tem vontade de comer quando está triste ou desanimada?
- 31- Você come mais que o usual quando vê outros comendo?
- 32- Você tem vontade de comer quando está se sentindo sozinha?
- 33- Você tem vontade de comer quando alguma coisa desagradável está prestes a acontecer?

Anexo 3 – Questionário internacional de Atividade Física (IPAC)

- FORMA CURTA-

Nome: _____.

Data: _/_/_

Idade:

Sexo: F () M ()

Você trabalha de forma remunerada: Sim () Não ()

Quantas horas você trabalha por dia:

Quantos anos completos você estudou:

De forma geral sua saúde esta: ()Excelente ()Muito boa ()Boa ()Regular ()Ruim

As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física em uma semana NORMAL, USUAL ou HABITUAL. As perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim. Suas respostas são MUITO importantes. Por favor, responda cada questão mesmo que considere que não seja ativo.

Obrigado pela sua participação!

Para responder as questões lembre que:

- atividades físicas VIGOROSAS são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal.

• atividades físicas MODERADAS são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal.

Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza **por pelo menos 10 minutos contínuos** de cada vez:

1a. Em quantos dias de uma semana normal, você realiza atividades **VIGOROSAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo, correr, fazer ginastica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que faz você suar **BASTANTE** ou aumentem **MUITO** sua respiração ou batimentos do coração.

Dias _____ **por semana** () Nenhum

1b. Nos dias em que você faz essas atividades **vigorosas** por pelo menos 10 minutos contínuos, quanta tempo no total você gasta fazendo essas atividades por dia?

Horas: _____ Minutos: _____.

2a. Em quantos dias de uma semana normal, você realiza atividades **MODERADAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginastica aeróbica leve, jogar volei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que faça você suar leve ou aumentem moderadamente sua respiração ou batimentos do coração (**POR FAVOR NAO INCLUA CAMINHADA**)

Dias _____ **por semana** () Nenhum

2b. Nos dias em que você faz essas atividades **moderadas** por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gasta fazendo essas atividades por dia?

Horas: _____ Minutos: _____.

3a. Em quantos dias de uma semana normal você caminha por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?

Dias _____ **por semana** () Nenhum

3b. Nos dias em que você caminha por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gasta caminhando por dia?

Horas: _____ Minutos: _____.

4a. Estas ultimas perguntas são em relação ao tempo que você gasta sentado ao todo no trabalho, em casa, na escola ou faculdade e durante o tempo livre. Isto inclui o tempo que você gasta sentado no escritório ou estudando, fazendo lição de casa, visitando amigos, lendo e sentado ou deitado assistindo televisão.

Horas: _____ Minutos: _____.

Quanto tempo **por dia** você fica sentado em um dia na semana?

Horas: _____ Minutos: _____.

4b. Quanto tempo **por dia** você fica sentado no final de semana?

Horas: _____ Minutos: _____.

Anexo 4 – Anamnese

- 1- Você tem acompanhamento nutricional ou teve nos últimos seis meses?
- 2- Você procura ficar informado sobre novidade sobre alimentos saudáveis?
- 3- Você recebe informações através de blogs ou redes sociais sobre informações nutricionais ou de exercícios físicos?
- 4- Você já tomou algum medicamento para emagrecer? Se SIM, há quanto tempo?
- 5- Quantas vezes por semana você faz exercícios?
- 6- Se você faz exercícios, quanto tempo por dia?
- 7- Quando você faz exercício você fica:
() pouco cansado () cansado () muito cansado