

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA
CURSO DE LICENCIATURA EM EDUCAÇÃO FÍSICA
UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL – POLO ALTO PARAÍSO**

**ESTUDO ANALÍTICO SOBRE OS HÁBITOS DAS
FUNCIONÁRIAS DO COLÉGIO MUNICIPAL MARIA
AUXILIADORA QUE SE ENCONTRAM EM CONDIÇÃO
DE SOBREPESO EM RELAÇÃO A PRÁTICA DE
ATIVIDADES FÍSICAS**

Glécia Rodrigues da Costa

ALTO PARAÍSO DE GOIÁS

2012

**ESTUDO ANALÍTICO SOBRE OS HÁBITOS DAS
FUNCIONÁRIAS DO COLÉGIO MUNICIPAL MARIA
AUXILIADORA QUE SE ENCONTRAM EM CONDIÇÃO
DE SOBREPESO EM RELAÇÃO A PRÁTICA DE
ATIVIDADES FÍSICAS**

GLÉCIA RODRIGUES DA COSTA

**Monografia apresentada como
requisito parcial para aprovação no
Curso de Licenciatura em Educação
Física do Programa UAB da
Universidade de Brasília – Polo Alto
Paraíso**

ORIENTADOR: THIAGO SANTOS DA SILVA

DEDICATÓRIA

Dedico Este trabalho a meu esposo, meus filhos, familiares e amigos.

A todos os funcionários do Colégio Municipal Maria Auxiliadora, que abriram as portas desta instituição de ensino e abraçaram esta pesquisa colaborando de todas as formas para seu êxito.

AGRADECIMENTOS

A Deus o que seria de mim sem a fé que eu tenho nele.

Ao meu esposo, meus filhos e a toda minha família que, com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida.

À Tutora presencial Simone pelo constante incentivo

Aos amigos e colegas, pelo incentivo e pelo apoio constantes.

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| INTRODUÇÃO | 11 |
| OBJETIVOS | 13 |
| OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 13 |
| JUSTIFICATIVA | 14 |
| REVISÃO DE LITERATURA | 15 |
| 1. CONCEITUANDO O SOBREPESO | 15 |
| 1.1 PROBLEMAS DE SAÚDE RELACIONADOS AO SOBREPESO | 18 |
| 1.2 FORMAS DE MENSURAÇÃO DO SOBREPESO | 19 |
| 2. ATIVIDADE FÍSICA | 22 |
| 3. HÁBITOS ALIMENTARES | 25 |
| 4. METODOLOGIA | 30 |
| 4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO | 30 |
| 4.1.1 Amostra | 30 |
| 4.1.2 Local | 30 |
| 4.1.3 Critérios de Seleção | 31 |
| 4.1.4 Critérios de Exclusão | 31 |
| 4.2. PROCEDIMENTOS | 31 |
| 4.3 AVALIAÇÃO DO PERFIL DOS PARTICIPANTES | 33 |
| 5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DE DADOS | 37 |
| 5.1 ANÁLISE DESCRITIVA DOS DADOS ANTROPOMÉTRICOS DA AMOSTRA | 37 |
| 5.2 ANÁLISE DESCRITIVA DOS HÁBITOS ALIMENTARES | 39 |
| 5.3 ANÁLISE DESCRITIVA DA ATIVIDADE FÍSICA | 42 |
| CONCLUSÃO | 44 |
| REFERÊNCIAS | 46 |
| ANEXOS | 48 |
| CARTA PEDINDO AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR A PESQUISA | 48 |
| PROGRAMA UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL | 49 |
| TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA | 49 |
| QUESTIONÁRIO ADAPTADO | 51 |
| APÊNDICE | 54 |
| FOTOS | 54 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| TABELA 1 – Classificação da obesidade recomendada pela Organização Mundial de Saúde - OMS, (1997), por graus progressivamente maiores de morbimortalidade utilizando o IMC. | 16 |
| TABELA 2 – Distribuição percentual do estado nutricional por sexo e região do Brasil. | 17 |
| TABELA 3 – Resultado do estudo de Prestes <i>et. al.</i> (200?) | 25 |

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1 – Pirâmide alimentar imagem retirada do site: http://www.lactobacilo.com/piramide.htm | 28 |
| Figura 2 – Reunião realizada na escola com as funcionárias para explicação sobre a importância da pesquisa e entrega do TCLE | 32 |
| Figura 3 – Voluntária tendo o peso mensurado pela pesquisadora | 35 |
| Figura 4 – Pesquisadora fazendo a mensuração da altura em voluntária..... | 36 |
| Figura 5 – Mensuração da circunferência abdominal..... | 36 |

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|---|----|
| Grafico 1 – Classificação comparativa do grau obesidade recomendada (OMS) encontrada nas participantes da pesquisa..... | 38 |
| Gráfico 2 - Frequência de refeições diárias | 39 |
| Gráfico 3 - Frequência de refeições semanais realizadas fora de casa..... | 40 |
| Gráfico 4 - Frequência do local de realização das principais refeições diárias da amostra | 41 |
| Gráfico 5 - Questionário semiquantitativo de frequência alimentar - QFCA..... | 42 |
| Gráfico 6 – Frequência da pratica de atividades físicas..... | 43 |

RESUMO

A presente pesquisa tem como objetivo analisar os hábitos de vida relacionados a atividade física nas mulheres funcionárias do Colégio Municipal Maria Auxiliadora com sobrepeso. O sobrepeso conjuntamente com a obesidade tem se alastrado por todo o mundo, transformado num fenômeno epidemiológico, atuando prejudicialmente em aspectos quantitativos, mas principalmente qualitativos na vida de milhões de pessoas, justificando-se assim esta pesquisa. Como metodologia foi usada a revisão de literatura, o estudo de caso tendo como instrumento os testes antropométricos e pesquisa qualitativa para coleta de dados por meio de entrevista semiestruturada. Considerou-se que a aquisição de sobrepeso não está ligada apenas a aspectos fisiológicos, distúrbios alimentares e/ou genéticos, mas também a aspectos sócio culturais.

Palavras-chave: Sobrepeso, Hábitos alimentares, Atividades físicas.

ABSTRACT

This research aims to analyze the habits of life related to physical activity in women employees of the College Municipal Mary Help of overweight. The overweight along with obesity has spread throughout the world, transformed into epidemiological phenomenon, acting detrimentally on quantitative aspects, but primarily qualitative in the lives of millions of people, thus justifying this research. The methodology used was the literature review, case study and as a tool anthropometric tests and qualitative research data collection through semi-structured interview was considered that the acquisition of overweight is linked not only to physiological, eating disorders and / or genetic but also cultural aspects members.

Keywords: Overweight, eating habits, physical activity.

INTRODUÇÃO

A presente pesquisa tem como objetivo analisar os hábitos de vida relacionados a atividade física nas mulheres funcionárias do Colégio Municipal Maria auxiliadora com sobrepeso.

O sobrepeso conjuntamente com a obesidade tem se alastrado por todo o mundo, transformado num fenômeno epidemiológico, atuando prejudicialmente em aspectos quantitativos, mas principalmente qualitativos na vida de milhões de pessoas.

Silva (2010) esclarece que muitos trabalhos realizados sobre o tema, na área médica, vêm tratando sobre os problemas causados pelo sobrepeso/obesidade e que demonstram que este é fator de risco para a maioria das doenças crônicas como diabetes melittus, hipertensão arterial, hipercolesterolemia, doenças cardiovasculares, certos tipos de neoplasias e, ainda, apnéia do sono, distúrbios psicossociais e osteoartrites.

Em relação aos hábitos alimentares, percebe-se que ocorreu uma mudança no período de 50 anos, devido a industrialização que promoveu uma mudança alimentar na sociedade. Com a nova dieta rica em gorduras processadas, açúcares etc, provocando alterações nos hábitos alimentares.

A mídia com a apresentação de propagandas, principalmente na televisão, incentiva o consumo de alimentos que nem sempre são essenciais ou fazem bem para nossa saúde. Um grande problema é que são anunciados muitos alimentos que têm, em excesso, nutrientes que não podem ser consumidos em grande quantidade, como a gordura saturada, a gordura trans, o açúcar e o sódio. Ao contrário disto, tornou-se menos comum vermos propagandas que estimulem o consumo de verduras, legumes, feijão, frutas e outros alimentos saborosos e ricos em nutrientes (VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2008).

Batista (2008) adverte que de acordo com National Institutes of Health indivíduos que apresentam IMC = $25\text{kg}/\text{m}^2$ e/ou circunferência abdominal maior que 102cm (homens) e 88cm (mulheres) recomenda-se que participem de programas de exercícios físicos e dieta, pois estes índices estão associados com fatores de riscos, como diabetes, dislipidemia, hipertensão etc.

Este autor ainda acrescenta que:

A combinação do exercício aeróbio e do exercício resistido (exercício concorrente) vem sendo empregada para aumentar o gasto calórico tanto durante quanto após exercício. A adoção do treinamento resistido de maneira crônica está relacionado com aumento da massa muscular, podendo este refletir sobre o aumento da taxa metabólica durante os períodos de repouso, elevando-a de maneira significativa, induzindo um aumento na quantidade de calorias gasta por dia. BATISTA, 2008, p.p.110, 111)

Como metodologia foi usada à revisão de literatura com o intuito de se organizar o referencial teórico que embasaria a análise e discussões. Em seguida foi realizado o estudo de caso, pois, segundo Gressler (2004), Lima (2009), Ventura (2007) o estudo de caso é uma análise intensiva de uma situação particular, permitindo ao investigador o traçado do diagnóstico, que irá gerar um parecer.

Os instrumentos utilizados neste trabalho foram os teste antropométricos de Índice de massa corpórea – IMC, peso, altura, circunferência abdominal com o intuito de diagnosticar entre as voluntárias, aquelas que se encontram com sobrepeso. De posse desta informação será aplicado questionário semiestruturado apenas para as voluntárias que se encontram com sobrepeso para identificar os hábitos alimentares e se os participantes praticam atividades físicas.

O presente trabalho, portanto estrutura-se da seguinte forma: Introdução trazendo à temática levantada, os objetivos, a metodologia e a justificativa; em seguida o desenvolvimento onde constará a revisão da literatura, nesta parte será tratado temas pertinentes, divididos em itens, a saber: sobrepeso, hábitos alimentares, prática de exercícios físicos; na sequência será apresentada a metodologia escolhida, os principais critérios de inclusão e exclusão, procedimentos, instrumentos etc. Logo após será apresentada os resultados e sua discussão e finalizando a conclusão, referências, anexos e apêndices.

Considerou-se que a aquisição de sobrepeso não está ligada apenas a aspectos fisiológicos, distúrbios alimentares e/ou genéticos, mas também a aspectos sócio culturais.

OBJETIVOS

Identificar os hábitos de vida relacionados a atividade física nas mulheres funcionárias do Colégio Municipal Maria Auxiliadora com sobrepeso.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar o cotidiano das pessoas quanto aos hábitos alimentares;
- Analisar o cotidiano das pessoas quanto a prática de atividade física;

JUSTIFICATIVA

Problemas relacionados ao sobrepeso vêm assolando o mundo todo, a cada dia torna-se necessário diagnosticar e analisar formas de auxiliar na prevenção do ganho de peso.

A prática de exercícios físicos e a mudança de hábitos alimentares podem auxiliar na prevenção do ganho de peso e na melhoria da saúde. Segundo Mediano (2010) “A identificação de indivíduos com maior risco de ganho de peso ou aqueles com maior dificuldade para perda de peso é importante para o desenvolvimento de estratégias de prevenção e/ou tratamento”.

Portanto justifica-se este estudo que procurará analisar esta problemática.

REVISÃO DE LITERATURA

1. CONCEITUANDO O SOBREPESO

Para iniciarmos esta pesquisa se faz necessário estabelecer conceituação sobre o termo sobrepeso diferenciando-o da obesidade.

Segundo os autores pesquisados o sobrepeso pode ser definido como:

O peso corporal que excede o peso normal ou padrão de determinada pessoa, baseando-se na sua altura e constituição física. (Añez e Petroski, 2002)

De acordo com Gahtan et al (1997), Barreto Villela et al., (2004) *apud* Silva (2010) O termo sobrepeso refere-se ao aumento do peso corporal em relação à estatura, quando comparado a algum padrão de peso aceitável ou desejável, podendo resultar do aumento de gordura corporal ou mesmo da massa magra do indivíduo enquanto que o termo obesidade refere-se a uma doença complexa e multifatorial decorrente do armazenamento excessivo de gordura em relação à massa magra do indivíduo.

Rodrigues (2011) em sua monografia cita vários autores também com a intenção de conceituar o sobrepeso diferenciando-o da obesidade:

De acordo com Tavares et al. (2010), a obesidade é doença crônica que se caracteriza por acúmulo de gordura corporal excessivo, o qual decorre de equilíbrio calórico positivo. Howley e Franks (2008) ainda acrescentam que fatores genéticos e de estilo de vida estão relacionados a esse processo. Apesar de muitas vezes serem tidos como sinônimos, sobrepeso e obesidade possuem significados diferentes, mas se relacionam entre si (CAIRES, 2005). Segundo o Consenso Latino Americano de Obesidade (1998) *apud* Caires (2005), o sobrepeso ocorre quando a proporção entre peso e altura é maior que o desejável, sem que haja importantes alterações na composição corporal e, para a Organização Mundial da Saúde (2004), a obesidade é o acúmulo de gordura corporal, generalizado ou focalizado, que traz riscos para a saúde. Classificar o sobrepeso e obesidade é relevante para comparar o status de massa corporal, dentro de uma população e entre populações, e para diferenciar grupos e indivíduos com maior risco de desenvolver fatores associados à morbidade e à mortalidade, além de que permite identificar prioridades na intervenção (OBESIDADE, 2004 CAIRES, 2005, *apud* RODRIGUES, 2011).

Segundo Prati (2002) *apud* Lorenzini (2007) sobrepeso pode ser definido como o “aumento excessivo do peso corporal total”. Esse aumento pode ocorrer em consequência de mudanças em apenas um de seus constituintes:

gordura, músculo, osso, água ou em seu conjunto. Já a obesidade é o “aumento da quantidade de gordura generalizada ou localizada em relação ao peso corporal, associado a elevados riscos para a saúde.”

Confirmando a definição acima temos

O sobrepeso é definido como o peso corporal que excede o peso normal ou padrão de uma determinada pessoa, baseando-se na sua altura e constituição física. Os padrões começaram a ser estabelecidos em 1959 com a proposição de tabelas de peso e estatura, que ainda hoje são amplamente utilizadas. Embora novas tabelas tenham sido introduzidas em 1983, as suas faixas de variação são muito amplas e muitos profissionais recusam-se a aceitá-las. As tabelas de peso padrão baseiam-se em médias populacionais, por isso uma pessoa pode apresentar sobrepeso segundo esses padrões e ainda apresentar um conteúdo de gordura corporal abaixo do normal ou vice-versa. A obesidade refere-se à condição em que o indivíduo apresenta uma quantidade excessiva de gordura corporal avaliada em porcentagem do peso total (%G). Embora ainda não tenham sido estabelecidos valores exatos consideram-se obesos limítrofes homens com 20 a 25% e mulheres com valores de 30 a 35% e obesos propriamente dito homens e mulheres com valores acima de 25% e 35% respectivamente (WILMORE E COSTILL, 2001, APUD, AÑEZ e PETROSKI, 2007, p.2).

De acordo com Gentil (2011) para efetivamente calcular se o sujeito tem sobrepeso ou de obesidade usa-se como parâmetro a classificação de obesidade recomendada pela Organização Mundial de Saúde – OMS (1997) encontrado explicitado na tabela 1.

TABELA 1 – Classificação da obesidade recomendada pela Organização Mundial de Saúde - OMS, (1997), por graus progressivamente maiores de morbimortalidade utilizando o IMC.

| IMC (kg.m ²) | Classificação | Grau de obesidade | Risco de Co-morbidade |
|--------------------------|---------------|-------------------|-----------------------|
| Abaixo de 18,5 | Peso baixo | 0 | Baixo |
| 18,5 - 24,9 | Peso normal | 0 | Médio |
| 25 - 29.9 | Sobrepeso | I | Aumentado |
| 30 - 39,9 | Obeso | II | Moderado a alto |
| Acima de 40 | Obeso grave | III | Altíssimo |

Fonte: Adaptado de Gentil e Oliveira (2011)

Após esta pequena conceituação concluiu-se que existe diferença real entre sobrepeso e obesidade, embora exista um ténue fio que separe os dois termos, pois sua mensuração depende de padrões estabelecidos pela OMS

baseados em medidas populacionais. No entanto tomando de base apenas nosso País, podemos considerar que devido a imensa diversidade socioeconômica e cultural do Brasil, é totalmente plausível que existam variações de padrão de região para região.

Em nosso país a transição nutricional, muda rapidamente de um problema de déficit dietético para um de excesso, (vide tabela 2). De acordo com Batista Filho & Rissin, (2003), *apud* SILVA, (2010) [...] “esta transição pode estar diretamente relacionada com a transição demográfica, acelerada no país nas décadas de 60-80. A população brasileira fundamentalmente rural (66%) nos anos 1950 se torna essencialmente urbano com mais de 80% da população residindo nas cidades.”

As características do mercado brasileiro na época era voltada para o setor primário (agropecuária e extrativismo) e hoje os setores secundário e terciário são os maiores geradores de empregos, modificando a relação de geração de renda, estilos de vida e, especialmente, as demandas nutricionais das populações (BATISTA FILHO & RISSIN, 2003, *apud* SILVA, 2010).

De acordo com Marinho et al. (2003), a obesidade é mais prevalente entre as mulheres de classe socioeconômica baixa do que entre as de condições mais elevada em países desenvolvidos. Parece, no entanto, que nos países em desenvolvimento as pessoas estão mais propensas a se tornar obesas, quanto mais alta for sua situação socioeconômica (LOGUE, 2004)

TABELA 2 – Distribuição percentual do estado nutricional por sexo e região do Brasil.

| Região | Sexo | % Baixo Peso | %Peso normal | % Pré-Obesidade | % Obesos | % Total |
|--------------|--------|--------------|--------------|-----------------|----------|---------|
| Norte | Homem | 2,4 | 61,7 | 28,2 | 7,7 | 35,9 |
| | Mulher | 5,2 | 59,8 | 24,4 | 10,6 | 35,0 |
| Nordeste | Homem | 3,5 | 63,6 | 26,2 | 6,7 | 32,9 |
| | Mulher | 6,2 | 55,0 | 27,1 | 11,7 | 38,8 |
| Sudeste | Homem | 2,8 | 52,8 | 34,1 | 10,0 | 44,4 |
| | Mulher | 5,0 | 54,3 | 26,9 | 13,8 | 40,7 |
| Sul | Homem | 2,0 | 51,8 | 36,1 | 10,1 | 46,2 |
| | Mulher | 3,7 | 52,9 | 28,3 | 15,1 | 43,4 |
| Centro-Oeste | Homem | 2,4 | 54,2 | 34,8 | 8,6 | 43,4 |
| | Mulher | 6,2 | 56,7 | 26,5 | 10,6 | 37,1 |

Segundo Silva (2010) com dados retirados do IBGE (2004)

1.1 PROBLEMAS DE SAÚDE RELACIONADOS AO SOBREPESO

Na história da humanidade por muitas décadas o ganho de peso era considerado sinal de boa saúde e prosperidade, no entanto em nossa atualidade, Silva (2010) afirma ao citar Perl *et. al.* (1998) que o [...] “Sobrepeso/obesidade é considerado uma das doenças crônicas mais comuns, que afeta crianças, adolescentes e adultos, principalmente nos países desenvolvidos, embora sua prevalência possa variar de grupo para grupo.

Silva (2010) ainda adverte sobre as consequências do sobrepeso/obesidade analisadas em diversos trabalhos, os quais demonstram que este é fator de risco para a maioria das doenças crônicas como diabetes melittus, hipertensão arterial, hipercolesterolemia, doenças cardiovasculares, certos tipos de neoplasias e, ainda, apnéia do sono, distúrbios psicossociais e osteoartrites.

Mariath et al. (2007) também confirma a tese de silva(2010) afirmando que a investigação do sobrepeso e suas formas de prevenção se tornou um tema de interesse mundial, tendo em vista não apenas as doenças crônicas associadas a tal condição, mas o aumento dos distúrbios que vem surgindo em grandes escalas nos hospitais públicos e privados.

Segundo a revisão bibliográfica realizada, muitos fatores têm contribuído para a incidência do sobrepeso e da obesidade, na maioria presentes na rotina das pessoas e podem ser divididos em:

- Comportamentais - status econômico, educação, atividade física, nutrição, tabagismo;
- Metabólicos - fatores genéticos, metabólicos e endócrinos; e,
- Biológicos - raça, gênero, idade, gravidez.

Dentre os comportamentais se encontram relacionado ao crescente uso de tecnologias e a comodidade que elas trazem, tendo em vista que as pessoas praticamente não fazem mais atividades simples, como ir a pé até um comércio, ligar e desligar equipamentos eletrônicos sem se levantar do lugar onde estão, e o que é mais grave, a total falta de atividade física que reduz o

gasto calórico e conseqüentemente, ingerem mais calorias do que gastam nas atividades do dia a dia.

Añez e Petroski, (2007) fazem uma reflexão sobre pesquisa de vários autores sobre as doenças causadas pelo excesso de peso.

Inúmeras pesquisas indicam que muitas doenças da “era moderna” estão associadas ao excesso de gordura corporal, como por exemplo, as doenças cardiovasculares, renais, digestivas, diabetes, problemas hepáticos e ortopédicos. A incidência dessas doenças é duas vezes maior entre os homens obesos e quatro vezes maior entre as mulheres obesas, quando comparados à população não obesa (Nahas, 2001; Pollock e Wilmore, 1993; Paffenbarger et al, 1986; Heyward e Stolarczyk, 2000; Nieman, 1999). Sabe-se que o excesso de gordura corporal além de ser fator de risco para diversas doenças prejudica o desempenho físico, pois limita os movimentos e induz à fadiga precoce devido à sobrecarga que impõe ao organismo. A obesidade deve ser considerada como um objetivo para intervenção independente, pois seus efeitos são exercidos através de outros fatores de risco como a hipertensão, a hiperlipidemias e o diabete. (AÑEZ e PETROSKI, 2007, p. 1)

Dietz (1998) e Oliveira *et al.* (2004) *apud* Silva (2010) esclarecem que:

o excesso de peso corporal além de ser um fator de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas o nível elevado de leptina e de ácido úrico tem sido observado em indivíduos com sobrepeso/obesos. O conjunto destas alterações tem sido descrito como “síndrome metabólica” ou “síndrome da resistência à insulina”, já que a hiperinsulinemia tem um papel importante no desenvolvimento de outros componentes da “síndrome metabólica”, e comprovadamente estas alterações já estão presentes em crianças e adolescentes, e que conseqüentemente permanecerão na vida adulta destes. A possibilidade de associação com outras patologias existem, como a síndrome plurimetabólica, com risco elevado de desenvolvimento de hipertensão, dislipidemia e diabetes *mellitus* tipo 2. (DIETZ, 1998 e OLIVEIRA *et al.* 2004 *apud* Silva 2010, p.25)

1.2 FORMAS DE MENSURAÇÃO DO SOBREPESO

Segundo Santos e Fujão (2003) a antropometria é um ramo das ciências biológicas cujo objetivo é o estudo dos caracteres mensuráveis da morfologia humana. Sobral (1985) *apud* Santos e Fujão (2003) "o método antropométrico baseia-se na mensuração sistemática e na análise quantitativa das variações dimensionais do corpo humano".

O tamanho físico de uma população pode ser determinado através da medição de comprimentos, profundidades e circunferências corporais, e os resultados obtidos podem ser utilizados para a concepção de postos de trabalho, equipamentos e produtos que sirvam as dimensões da população utilizadora. A antropometria divide-se em:

(1) somatometria que consiste na avaliação das dimensões corporais do indivíduo- (2) cefalometria que se ocupa do estudo das medidas da cabeça do indivíduo- (3) osteometria que tem como finalidade o estudo dos ossos cranianos- (4) pelvimetria que se ocupa das medidas pélvicas- (5) odontometria que se ocupa do estudo das dimensões dos dentes e das áreas dentárias.(SANTOS e FUJÃO, 2003)

Silva (2010) cita vários autores: Lukasi (1987), Moreno *et al.*, (2003) e Duarte & Castellani (2002) que falam sobre a antropometria:

A Antropometria é importante componente na avaliação do estado nutricional e instrumento para o monitoramento de mudanças e para intervenção dietética por facilitar a avaliação da composição corporal fora dos laboratórios. Como vantagens da utilização da antropometria pode-se destacar o fato de ser um método não-invasivo, possuir equipamentos de mensuração portáteis e de baixo custo, facilitando seu uso em estudos de campo Como limitação do uso da antropometria convém destacar o fato de não detectar deficiências específicas de nutrientes.

As técnicas antropométricas utilizadas na avaliação do sobrepeso e obesidade são o peso corporal, o índice de massa corporal (IMC), a circunferência abdominal e as pregas cutâneas, com as quais se calcula o percentual de gordura do indivíduo (CAIRES, 2005 *apud* RODRIGUES, 2011).

O Índice de Massa Corpórea ou IMC¹ é utilizado para indicar o quanto se deve preocupar com o peso. A fórmula é simples:

$$\text{Peso} = \text{IMC} \times \text{Altura}^2$$

Por exemplo, uma pessoa que pesa 70 kg com altura de 1,60m:

$$\text{IMC} = \frac{70}{1,60 \times 1,60} = 27,34$$

As pessoas são classificadas de acordo com seu IMC:

¹ Fonte: Programa Viva Bem Viva Leve Disponível em: <http://nefroclincasls.com.br/site/>. Acesso em 20/05/2012

| |
|----------------------------------|
| < 18,5 – baixo peso |
| 18,5 a 24,9 – peso normal |
| 25 a 29,9 – sobrepeso |
| > 30 – obeso |

Apesar de ser considerado um bom indicador, A Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia esclarece que o IMC possui algumas limitações, a saber:

Por não distinguir a massa gordurosa da massa magra pode ser pouco estimado em indivíduos velhos que tendem a perder massa magra e diminuição de peso, ao passo que em indivíduos musculosos o IMC pode ser superestimado. Outro ponto é que o IMC não necessariamente reflete o mesmo grau de gordura em diferentes populações, particularmente por causa das diferentes proporções corporais.

O IMC não reflete, necessariamente, a distribuição da gordura corporal. A medida da distribuição de gordura é importante na avaliação de sobrepeso e obesidade porque a gordura visceral (intra-abdominal) é um fator de risco potencial para a doença, independentemente da gordura corporal total. Indivíduos com o mesmo IMC podem ter diferentes níveis de massa gordurosa visceral. Por exemplo, a distribuição de gordura abdominal é claramente influenciada pelo sexo: para algum acúmulo de gordura corporal, o homem tem em média duas vezes a quantidade de gordura abdominal do que a mulher na pré-menopausa. (GODOY-MATOS e OLIVEIRA, 2004, p.4)

É indicado, pois que o IMC não seja usado isolado, mas combinado com outras medidas como a medida da circunferência abdominal. A circunferência abdominal é um indicador antropométrico utilizado para classificar diferentes graus de obesidade abdominal (VELOSO e SILVA, 2010 *apud* RODRIGUES, 2011). O excesso de gordura nessa região é considerado um fator de risco para doenças cardiovasculares, metabólicas e endócrinas (VELOSO e SILVA, 2010 *apud* RODRIGUES, 2011). Para a mensuração da circunferência abdominal é necessária uma fita métrica flexível (GUEDES, 2003 *apud* RODRIGUES, 2011). O ponto anatômico de referência é a cicatriz umbilical e a

fita de ser colocada no plano horizontal sobre a cicatriz (MARINS E GIANNICHI, 2003 *apud* RODRIGUES, 2011).

Atualmente uma das causas do aumento do sobrepeso na população é imputada ao sedentarismo por alguns autores como MCARDLE, et. al. (2008), BOUCHARD, (2003) e GENTIL, (2010) inclusive o sedentarismo é considerado para estes autores como um fator tão comprometedor quanto a ingestão desnecessária de calorias em excesso.

Conforme dito anteriormente as evoluções tecnológicas auxiliaram a redução progressiva da energia gasta pelos indivíduos em atividades de trabalho, domésticas, ocupacionais e mesmos nas de lazer, como é o caso do uso do computador que leva os indivíduos a passarem horas, sentados em quase que total mobilidade. Estes fatores também estão correlacionados segundo estes autores às alterações decorrentes da urbanização, das alterações na alimentação e da automação dos grandes centros urbanos.

2. ATIVIDADE FÍSICA

Ribeiro (2008, p.74) pode-se definir atividade física como qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos resultando no consumo de energias, é um movimento planejado, estruturado e repetitivo com o intuito de melhorar ou manter um ou mais componentes em boa forma física

De acordo com a Organização Mundial de Saúde - OMS, a prática de atividade física regular auxilia na redução de uma série de patologias inclusive o sobrepeso.

A inatividade física é responsável por aproximadamente 2 milhões de mortes no mundo. Anualmente, estima-se que ela seja responsável por 10%–16% dos casos de cânceres de cólon, mama e de diabetes e 22% das doenças isquêmicas do coração. Nos Estados Unidos, o sedentarismo associado a uma dieta inadequada é responsável por aproximadamente 300 mil mortes por ano. A inatividade física não representa apenas um risco de desenvolvimento de doenças crônicas, mas também acarreta um custo econômico para o indivíduo, para a família e para a sociedade. Segundo dados do *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)*, só nos Estados Unidos, em 2000, o sedentarismo foi responsável pelo gasto de 76 bilhões de dólares com custos médicos, mostrando assim que seu combate merece prioridade na agenda de saúde pública. (BRAIL, OMS, 2003, p. 103)

Segundo os autores pesquisados os exercícios aeróbicos são mais seguros e baratos. McARDLE et al., (1998) explica que os exercícios aeróbicos, também chamados de exercícios cíclicos, cuja duração é prolongada e com intensidade baixa, moderada ou alta (50 a 85% do VO₂máx), utilizam grandes massas musculares. Seu treinamento varia de acordo com os objetivos pré-estabelecidos, se estes são meramente estéticos buscando o emagrecimento, ou seja, a diminuição da gordura corporal podem ser realizados exercícios com baixa intensidade, como a caminhada. Segundo Fagundes (2011) “O cálculo do gasto energético depende do peso e da velocidade, porém, o custo energético por distância independe da velocidade, ou seja, andar 2 quilômetros devagar ou rápido dispende quantidades de calorias semelhantes apesar da diferença em custo calórico por minuto.”

(MAYO et al., 2003, citado por CONTE, 2003). De fato, de acordo com a posição oficial do American College of Sports Medicine e do American Dietetic Association, a contribuição das reservas de gordura para a produção de energia, durante a realização do exercício, é maior quando a atividade física é moderada, aproximadamente 50% do consumo máximo de oxigênio (AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE, 2000 apud FAGUNDES, 2011).

CAVALCANTI (et al, 2010) afirma que os exercícios físicos têm sido considerados pelos órgãos internacionais como um componente fundamental na intervenção do controle do peso corporal em virtude do gasto calórico por ele provocado”.

O exercício físico ocupa lugar de destaque no controle do peso corporal, podendo chegar a 30% do gasto energético diário e, conseqüente, controle ao sobrepeso. [...] Os exercícios aeróbicos têm sido largamente difundidos como método eficaz no controle corporal. Eles tendem a diminuir a Massa Corporal (MC) e a Gordura corporal (GP) total. (SABIA; SANTOS; RIBEIRO, 2004, p.2,3)”.

“Para ANTUNES, 2006, a grande vantagem dos exercícios aeróbicos reside no fato de ser o mais simples e barato entre os tipos de exercícios e proporciona bons resultados como, por exemplo, a redução na MC e no IMC”. [...] “Durante o exercício físico, as fontes de energia são mobilizadas e tendem a liberar glucagon, cortisol, testosterona e hormônios de crescimento”. O exercício aeróbico deve ser de longa duração para maximizar o gasto energético durante a atividade (ROCCA et al, 2008; GATELY et al, 2000)”. (P.5)

Neste sentido, os exercícios aeróbicos a exemplo das “caminhadas e corridas leves” são as mais utilizadas em programas para o controle do peso. O exercício aeróbico utiliza predominantemente os lipídios como fonte de energia durante a atividade de 50% a 75% e os carboidratos em intensidades acima de 75%”. (SOUZA E VIRTUOSO, 2005, p.5) “ A eficácia do exercício regular para conseguir redução ponderal está relacionado intimamente ao grau de excesso de gordura corporal”(McArdle, 2008, p.870). Não entendi preciso de ajuda aqui

A estratégia para a prescrição de exercícios físicos requer o conhecimento dos efeitos da duração, intensidade, massa muscular envolvida, além da composição corporal e do gasto energético provocado pelos exercícios que estão sendo propostos. Ainda é muito importante a associação de exercícios com dieta adequadamente orientada. O gasto calórico durante as atividades físicas varia com a dosagem (intensidade e duração) do esforço e do peso do indivíduo, entre outros fatores. Pessoas mais pesadas gastam mais calorias do que as pessoas leves para realizar um mesmo trabalho que envolva deslocamento corporal. A recomendação atual para o controle do peso corporal é de três sessões por semana que represente pelo menos 1000 Kcal/semana com atividades moderadas. Isto pode ser conseguido, por exemplo, com 6 ou 7 caminhadas de 30 minutos durante a semana. O ideal é que um adulto jovem acumule um gasto semanal em atividades físicas de moderada intensidade da ordem de 2000 Kcal/semana, podendo chegar até 3500 kcal/semana. A partir deste ponto os riscos de lesão são maiores do que os benefícios (Nahas, 2001; CPAFLA, 1998; ACSM, 2000 apud, AÑEZ E PETROSKI, 2007, P. 3).

Prestes *et. al.* (200?) em seu estudo sobre os efeitos de um treinamento aeróbio associado ao treinamento de força de 16 semanas de duração sobre a composição corporal de homens e mulheres, verificou que:

No grupo feminino, verificou-se redução de 3% no percentual de gordura após 16 semanas de exercícios ($p < 0,05$). Considerando o padrão de saúde proposto por POLLOCK; WILMORE (1993) que é de 23%, para mulheres, foi observado que as participantes no estudo estavam acima dos valores de normalidade. ESPOSITO *et al.* (2003) demonstraram que mudanças no estilo de vida sedentário auxiliam na redução do peso corporal, redução de inflamação vascular, diminuição da resistência à insulina e prevenção de várias doenças crônicas degenerativas, como diabetes melitos, obesidade e hipertensão em mulheres de 20-46 anos. Nesta linha, MELANSON *et al.* (2003) relataram redução significativa no percentual de gordura e na fração de lipoproteínas de baixa densidade (LDL), em mulheres com sobrepeso. Estes resultados vão de encontro aos observados no presente estudo. (POLLOCK; WILMORE, 1993, ESPOSITO, 2003, MELANSON *et al.* 2003, PRESTES *et al.* 200?)

TABELA 3 – Resultado do estudo de Prestes *et. al.* (200?)

| Indicadores de composição corporal no grupo feminino na avaliação inicial e final. | | | | | | | | |
|--|---------|------|------|---------|------------------------------|-------|------|---------|
| Avaliação inicial | | | | | Avaliação após o treinamento | | | |
| | | | | Relação | | | | Relação |
| | % Gord. | MG | MM | MM/MG | %Gord. | MG | MM | MM/MG |
| Média | 33,108 | 20,9 | 41,5 | 2,06 | 29,675* | 18,2* | 42,1 | 2,93* |
| Desv. Pad. | 3,89 | 6,02 | 6,49 | 0,34 | 4,20 | 6,47 | 5,62 | 1,52 |
| Coef. Var. | 11,746 | 28,8 | 15,6 | 16,61 | 14,153 | 35,5 | 13,4 | 52,02 |

*= diferenças significativas, (n=20),%Gord. – percentual, MG – massa gorda, Relação MM/MG= reação da massa magra com a massa gorda.

Baldissera *et al.* (2004) também realizou pesquisa com a intenção de avaliar os benefícios do treinamento aeróbio submáximo sobre a composição corporal e limiar anaeróbio em mulheres com predominância de sobrepeso e obesidade. Embora sua pesquisa tenha sido focada em critérios diferentes da proposta desse projeto é interessante observar que os resultados obtidos por Baldissera apontam para os benefícios que a prática regular da atividade física aeróbia.

Houve uma redução média significativa no peso corporal (-2%) e no IMC nas mulheres submetidas ao treinamento aeróbio submáximo durante 12 semanas. O exercício físico também reduziu significativamente o tecido adiposo braquial (-18%), tecido adiposo da coxa (-20%), tecido adiposo abdominal (-15%) e a porcentagem de gordura corporal total (-15%). O efeito metabólico do exercício foi observado na redução significativa do lactato sérico (-24%) e aumento do limiar anaeróbio (+19,5%), mostrando aumento da capacidade física das mulheres após o programa de treinamento físico. A interpretação de tais resultados permite concluir que a prática regular de atividade física aeróbia, beneficia a composição corporal e o limiar anaeróbio em mulheres na pré-menopausa com predominância de sobrepeso e obesidade. (BALDISSERA, 2004, p. 230)

3. HÁBITOS ALIMENTARES

Quando se fala em alimentação, o senso comum indica a ação de comer de forma generalista, no entanto a alimentar-se não é apenas comer, mas sim fornecer ao organismo os alimentos obtidos do ambiente que necessita por meio de “produtos alimentares naturais ou modificados ou ainda, em parte, sintéticos Ferreira (1994) e Breda (2003) *apud* Bahut, (2010), seja por via fisiológica (oral) ou por vias alternativas (enterica, parentérica, etc.)”.

Portanto pode-se dizer que uma alimentação saudável seria é aquela que reunisse alimentos que valorizassem a variedade, as preparações alimentares usadas tradicionalmente, é harmônica em quantidade e qualidade, naturalmente colorida e segura sanitariamente.

Caldeira (2008) em seu estudo sobre consumo alimentar conceitua Segurança Alimentar citando o Instituto Brasileiro de Análise Social e Econômica (IBASE):

[...] garantia do direito de todos ao acesso a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente e de modo permanente, com base em práticas alimentares saudáveis e sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, nem sequer o sistema alimentar futuro, devendo se realizar em bases sustentáveis. Todo país deve ser soberano para assegurar sua segurança alimentar, respeitando as características culturais de cada povo, manifestadas no ato de se alimentar. É responsabilidade dos estados nacionais assegurarem este direito e devem fazê-lo em obrigatória articulação com a sociedade civil, cada parte cumprindo suas atribuições específicas (MENEZES, 2001 apud CALDEIRA, 2008, p.25).

Quando se fala em nutrição Bahut (2010) esclarece que esta

[...] consiste no conjunto de processos mediante os quais o ser humano, utiliza, transforma e incorpora nas suas próprias estruturas, uma série de substâncias que recebe através da alimentação, com o objetivo de obter energia, construir e reparar as estruturas orgânicas. (BAHUT, 2010, p. 11)

A autora ainda explica que quando se fala em nutrição estamos falando de fenômenos “físicos, químicos, físico-químicos e fisiológicos dados no interior do organismo e através dos quais este recebera e fara uso dos nutrientes proporcionados pelos gêneros alimentícios, importantes para a formação e manutenção da matéria viva, assim como para a produção de trabalho” (BAHUT, 2010, p.11).

Para Caldeira (2008) o mundo tem passado por uma série de mudanças no decorrer das décadas, como por exemplo, a revolução industrial, a urbanização, a globalização, entre outras. Estas transformações interferem também nos hábitos alimentares da população, afetando inclusive “a qualidade dos alimentos produzidos e industrializados e também a escolha dos consumidores.”

Verifica-se que este novo estilo de vida e o ritmo frenético das grandes cidades, impuseram à sociedade moderna novos hábitos alimentares, muitas vezes até estimulados pela própria indústria alimentícia, que procurou facilitar a vida moderna com alimentos já

prontos ou semiprontos. A escassez de tempo, as longas distâncias entre a casa e o trabalho, levam a uma crescente busca por refeições rápidas e práticas do tipo fast foods. Nesse contexto, surge um novo padrão de alimentação, o padrão das sociedades industrializadas, é a chamada ocidentalização alimentar (FAGANELLO, 2002 apud CALDEIRA, 2008, p. 27).

O consumo dos alimentos prontos, semiprontos e do fast foods, além dos industrializados podem fazer mal a saúde, quando são consumidos diariamente sem critério.

Horta (1996), Monteiro *et al.* (1995), Bastos (2008) e Saldanha (1999) apud Bahut (2010) refere-nos que uma alimentação ruim pode levar a alterações da composição corporal contribuindo para o aparecimento de patologias de comportamento alimentar, Bahut afirma em sua pesquisa que a uma gama variada de doenças do século são causadas em parte por maus hábitos alimentares onde as mais comuns são: obesidade, distúrbios alimentares (anorexia nervosa, bulimia nervosa, comer – compulsivo, depressão), entre outras.

Da mesma forma uma alimentação saudável equilibrada evita ou mesmo erradica boa parte das doenças, pois garante os nutrientes necessários para que o organismo se livre de infecções, lembrando-se que a alimentação precisa ser balanceada pra que isto ocorra, a qualidade dos alimentos ingeridos segundo os autores é o que irá refletir o perfil alimentar.

Segundo os dados do World Health Report (2002), a alimentação esta direta ou indiretamente relacionada com a hipertensão (10,9% do peso da doença), com o colesterol (7,6% do peso da doença), com a obesidade e o excesso de peso (7,4%) e com a baixa ingestão de frutos e vegetais (3,9%), constituindo assim, um importante fator de risco de patologias crônicas, como sejam as doenças do aparelho circulatório, a diabetes *mellitus*, os cancros e a osteoporose (Plano Nacional de Saúde, 2004-2010, apud BAHUT, 2010, p.48).

De acordo com os autores Philippi e Latterza (1999) para que nossa alimentação possa ser considerada saudável é preciso comer alimentos que forneçam energia, reguladores e construtores. Segundo estes autores a pirâmide alimentar adaptada demonstra de forma visual os principais grupos de alimentos.



Figura 1 – Pirâmide alimentar imagem retirada do site: <http://www.lactobacilo.com/piramide.htm>

Na base da pirâmide está o grupo dos Cereais (pães, arroz, batata, mandioca, milho, etc.), alimentos fonte de energia e que devem ser consumidos em maior quantidade - 5 a 9 porções por dia. No 2º nível, estão o grupo das Hortaliças (4 a 5 porções por dia) e o grupo das Frutas (3 a 5 porções por dia), alimentos que existem em abundância no nosso país, ricos em vitaminas e minerais e que, junto com os cereais, devem compor cerca de 55% do valor calórico total da dieta. No 3º nível temos 3 grupos alimentares: grupo do Leite e Produtos Lácteos (3 porções por dia), grupo das Carnes e Ovos (1 a 2 porções por dia), e o grupo das Leguminosas, onde enquadra-se o feijão (1 porção por dia). Os alimentos de origem animal como os derivados do leite e as carnes são ricos em proteínas, mas também contêm grande quantidade de gordura e devem ser consumidos com mais moderação, cobrindo de 10 a 15% do valor calórico total da dieta. O grupo das leguminosas foi criado especialmente para a Pirâmide Alimentar Adaptada, já que faz parte do hábito alimentar do povo brasileiro a ingestão diária de feijão acompanhado de arroz, uma mistura nutricionalmente positiva e que contribui com uma parte importante para o consumo de proteínas. No topo da pirâmide estão os grupos dos Óleos e Gorduras e Açúcares e Doces. Por serem considerados alimentos de alta densidade energética, ou simplesmente muito calóricos, o consumo destes dois grupos alimentares deve ser evitado; ainda lembramos que durante a preparação dos alimentos, produtos como o óleo de soja e o açúcar são acrescentados, fazendo que a ingestão de 1 a 2 porções por dia (recomendado para cada um dos grupos) ocorra sem que percebamos. (PHILIPPI E LATTERZA, 1999, p.75-78).

Para Ribeiro (2012) os alimentos com alto teor de carboidratos são a principal fonte de energia na dieta humana, atuando como combustíveis no organismo, fornecendo a energia utilizada “nos movimentos, na execução de trabalhos e na manutenção de nosso corpo em funcionamento. O ideal é consumir cerca de 50% a 60% de carboidratos, sendo que nosso estudo apresentou somente 29,2 % dentro do normal” (BARBOSA, 2009 apud RIBEIRO, 2012).

Quanto ao consumo das gorduras , estas ao serem ingeridas em grandes quantidades, podem aumentar o risco de doenças cardiovasculares, por meio do aumento de concentração de colesterol (BARBOSA, 2009, apud RIBEIRO, 2012).

As fibras desenvolvem importantes papéis no trato gastrointestinal humano, diminuem a absorção de gorduras, aumentam o peristaltismo intestinal e produzem ácidos graxos de cadeia curta, atuantes no combate ao colesterol, as fibras promovem a regulação no tempo de trânsito intestinal e apresentam um alto poder de saciedade. Estas características fisiológicas são essenciais para o tratamento e prevenção das complicações originárias da obesidade. (RIBEIRO, 2012, [s.p.]

Percebe-se diante dos autores estudados que a nutrição correta auxilia a criação de bons hábitos alimentares mantendo os indivíduos saudáveis.

4. METODOLOGIA

A metodologia a ser usada nesta pesquisa é o estudo de caso. De acordo com Gressler, 2004 o estudo de caso é frequentemente usado para “descrever um processo ou efeito de um evento ou de uma intervenção, ou para explicar um fenômeno complexo”.

Lima (2009) esclarece que o estudo de caso não pode ser considerado uma técnica específica e sim, uma análise intensiva de uma situação partícules, esta metodologia permite ao pesquisador traçar o diagnóstico, dar parecer, tirar conclusões. Representa uma investigação empírica, compreende um método abrangente, com coleta e análise de dados, apresentando abordagens quantitativas ou qualitativas. Yin (2001) *apud* Ventura (2007).

Os instrumentos utilizados nesta pesquisa serão: medidas antropométricas (IMC, altura, Circunferência abdominal) e questionário semiestruturado quantitativo com perguntas fechadas, este questionário foi adaptado de BAHUT (2010)

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

4.1.1 Amostra

A coleta de dados da pesquisa será realizada no Colégio Municipal Maria Auxiliadora. A unidade possui 66 funcionárias que se propuseram a participar voluntariamente da pesquisa.

4.1.2 Local

Unidade Escolar: Colégio Municipal Maria auxiliadora

Endereço: Rua dos Colonizadores nº. 07- centro

Cep: 73740-000 - Colinas do Sul Goiás

E-mail da escola: gi.colinas@hotmail.com

Diretora: Sandra Maria José de Brito da Silva

Vice - diretora: Marízia Pereira Adorno de Deus

Secretária Geral: Gisele Paulino da Silva

4.1.3 Critérios de Seleção

Para realização desta pesquisa foi usado o seguinte critério de seleção

- ✓ Funcionários da Escola Municipal Maria Auxiliadora;
- ✓ Participantes do sexo feminino com disponibilidade para participar do estudo e, que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido - TCLE;
- ✓ Mulheres na faixa etária dos 25 anos até os 40 anos;
- ✓ Amostra total de 13 participantes do sexo feminino.

4.1.4 Critérios de Exclusão

- ✓ Não ter assinado o termo de consentimento livre Esclarecido - TCLE;
- ✓ Ausência na medição do IMC e da circunferência abdominal;
- ✓ Não estar em condição de sobrepeso.

4.2. PROCEDIMENTOS

O primeiro procedimento tomado para iniciar a pesquisa foi entrar em contato com o Diretor da Escola SANDRA MARIA JOSE DE BRITO. Foi entregue carta pedindo autorização para realizar a investigação, a autorização foi prontamente concedida pela diretora. (anexo 1).

Com a autorização concedida foi realizada uma reunião com as funcionárias da referida escola, nesta reunião, a investigadora fez uma rápida explanação sobre os problemas causados na saúde pelo sobrepeso e como os hábitos alimentares e a ausência da prática de exercícios físicos corroboram para que aumente a incidência de casos de sobrepeso.

Foram explicadas também os procedimentos com relação a avaliação antropométrica preliminar (Anexo 2), antes da aplicação dos questionários(anexo 3). Para aquelas funcionárias que demonstraram interesse em participar do estudo foram entregues os termos de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, para que fossem assinados (anexo 4)

Após a finalização dos tramites burocráticos, foi agendado a data e hora para aplicação da avaliação antropométrica, a saber, 8/10/2012 em dois horários às 9h e às 17h em concordância com a disponibilidade dos participantes e também da escola.



Figura 2 – Reunião realizada na escola com as funcionárias para explicação sobre a importância da pesquisa e entrega do TCLE

Após a avaliação antropométrica foi entregue questionário semiestruturado quantitativo² com perguntas fechadas para recolhimento de dados pessoais, frequência das pratica de atividades físicas e perguntas sobre os hábitos alimentares, apenas para as participantes que se encaixavam dentro dos critérios de inclusão e exclusão. (Anexo 3)

É mais adequada para apurar opiniões e atitudes explícitas e conscientes dos entrevistados, pois utiliza instrumentos estruturados (questionários). Deve ser representativa de um determinado universo de modo que seus dados possam ser generalizados e projetados para aquele universo. Seu objetivo é mensurar e permitir o teste de hipóteses, já que os resultados são concretos e menos passíveis de erros de interpretação. Em muitos casos criam-se índices que podem ser comparados ao longo do tempo, permitindo traçar um histórico de informação. Mostra-se apropriada quando existe a possibilidade de medidas quantificáveis de variáveis e inferências a partir de amostras numéricas, ou busca padrões numéricos relacionados a conceitos cotidianos. (DANTAS e CAVALCANTE, 2006, p. 2)

² BAHUT, Lia Flor Melo de Carvalho, Hábitos de Ingestão Nutricional, Índice de Massa Corporal e Níveis de Atividade Física em Adolescentes do Meio Rural - Porto, Setembro de 2010.

Portanto seguindo o raciocínio de Dantas e Cavalcante a aplicação do questionário proposto servirá para traçar o perfil dos participantes da pesquisa.

4.3 AVALIACAO DO PERFIL DOS PARTICIPANTES

Os testes aplicados e a análise dos questionários respondidos permitiu que fosse traçado o perfil da amostra. Os dados pessoais pesquisados foram sexo, idade.

O perfil alimentar foi obtido analisando-se as respostas referentes a frequência do consumo de alimentos. Não se buscou aqui fazer uma tabulação levando-se em conta parâmetros nutricionais, mas, traçar de modo modesto o perfil alimentar, ou seja, se as entrevistadas faziam uso de uma alimentação saudável.

De acordo com os autores Philippi e Latterza (1999) para que nossa alimentação possa ser considerada saudável é preciso comer alimentos que forneçam energia, reguladores e construtores. Segundo estes autores a pirâmide alimentar adaptada demonstra de forma visual os principais grupos de alimentos.

Portanto foram investigados os seguintes quesitos: local das refeições, os grupos alimentares mais consumidos, hábitos tabágicos e consumo de bebidas alcoólicas e as atividades físicas praticadas.

O Questionário de frequência de consumo de alimentos - QFCA³ é composto por uma lista de alimentos e bebidas que variam segundo o objetivo do estudo cuja frequência de consumo é perguntada ao indivíduo.

Segundo Salvo e Gimeno (2002)

Para que a seleção dos itens alimentares seja informativa ela deve ter três características: 1) o alimento deve ser consumido com uma frequência razoável por um número apreciável de indivíduos da população, 2) o alimento deve conter quantidades substanciais do nutriente de interesse, e 3) ter a capacidade de discriminar indivíduos da população com alto e baixo consumo do alimento. (SALVO e GIMENO, 2002, [s.p.])

³ BAHUT, Lia Flor Melo de Carvalho, Hábitos de Ingestão Nutricional, Índice de Massa Corporal e Níveis de Actividade Física em Adolescentes do Meio Rural - Porto, Setembro de 2010.

Ainda segundo Salvo e Gimeno (2002) a vantagem da utilização deste método, além da sua aplicabilidade em grandes populações, é a diminuição da variação “intraindividual observada na ingestão dos alimentos, ao longo dos dias, é minimizada. Sua correlação com outros métodos é boa para alimentos e nutrientes específicos.” Além disso este método permite um ganho de tempo barateando seu custo. Sua maior limitação encontra-se na acurácia da quantificação da ingestão alimentar, pois, as informações sobre o consumo de alguns alimentos podem ser perdidas ou mascaradas por omissão dos participantes.

Para traçar o perfil da prática de atividade física pelas participantes da pesquisa foram realizadas indagações sobre descanso, deslocamento para o trabalho (tempo e meio de transporte), atividades de lazer (ver TV, ler, usar o computador, escrever) e que exercícios e/ou atividades desportivas realiza.

Para avaliação dos dados antropométricos realizou-se o seguinte protocolo de testes⁴

a) IMC – Índice de massa corporal

O IMC é determinado através do cálculo da razão entre a medida de massa corporal em quilogramas pela estatura em metros elevada ao quadrado.

$$\text{IMC} = \text{Massa (Kg)} / \text{estatura (m)}^2$$

Anotação: A medida é anotada com uma casa decimal.

b) Medida da massa corporal (Peso)

Para aplicação deste teste se faz necessário o uso de balança portátil com precisão de até 500 gramas. Os participantes devem ser medidos preferencialmente em trajés de leves e descalços. Deverão manter-se em pé com os cotovelos (braços) estendidos e juntos ao corpo. (Ao utilizar balanças mecânicas o avaliador deverá ter em conta a necessidade de sua frequente calibragem. Recomenda-se verificar a calibragem a cada 8 a 10 medidas através de um peso padrão de referência).

⁴ O protocolo de testes foi adaptado do Manual de testes e avaliação – 2012, do Projeto Esporte Brasil – PROESP – Br, organizado por Gaya *et. al.*, com o objetivo de criar um banco de dados e um material de apoio para o professor de Educação Física.

Anotação: A medida deve ser anotada em quilogramas com a utilização de uma casa após a vírgula.



Figura 3 – Voluntária tendo o peso mensurado pela pesquisadora

c) Medida da estatura (Altura)

Para este teste será usado como material fita métrica presa à parede a 1 metro do solo, estendendo-a de baixo para cima (neste caso o avaliador não poderá esquecer de acrescentar 1m ao resultado aferido pela fita métrica). Para a leitura da estatura deve ser utilizado um dispositivo em forma de esquadro. Um dos lados do esquadro é fixado à parede e o lado perpendicular inferior junto à cabeça do sujeito avaliado. (Este procedimento elimina erros decorrentes das possíveis inclinações de materiais tais como régua ou pranchetas quando livremente apoiados apenas sobre a cabeça do sujeito avaliado).

Anotação: A medida da estatura é anotada em centímetros com uma casa após a vírgula.



Figura 4 – Pesquisadora fazendo a mensuração da altura em voluntária.

d) Medida da circunferência Abdominal

Coloque a fita métrica em volta do seu abdômen nu um pouco acima do osso do quadril. A fita deve estar justa, mas não a ponto de comprimir a pele, e esteja paralela ao solo. A fita métrica deve estar posicionada entre a borda inferior das costelas e a borda superior do osso do quadril na altura do umbigo. Relaxe o abdome e expire no momento de medir.



Figura 5 – Mensuração da circunferência abdominal.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DE DADOS

A análise dos resultados encontrados na pesquisa objetivou caracterizar os hábitos nutricionais das funcionárias do Colégio Municipal Maria Auxiliadora que foram detectadas com sobrepeso após aferição por meio do IMC + Circunferência Abdominal.

Sendo assim, inicialmente serão apresentados os resultados antropométricos encontrados na amostra e, em seguida os hábitos tanto alimentares quanto os relacionados a prática de atividades físicas.

5.1 ANALISE DESCRITIVA DOS DADOS ANTROPOMETRICOS DA AMOSTRA

Foram utilizados os seguintes indicadores antropométricos: peso, altura e Índice de Massa Corporal (IMC). Este foi obtido usando a fórmula valor do Peso em quilogramas (Kg), dividido pelo quadrado da altura (kg/m²).

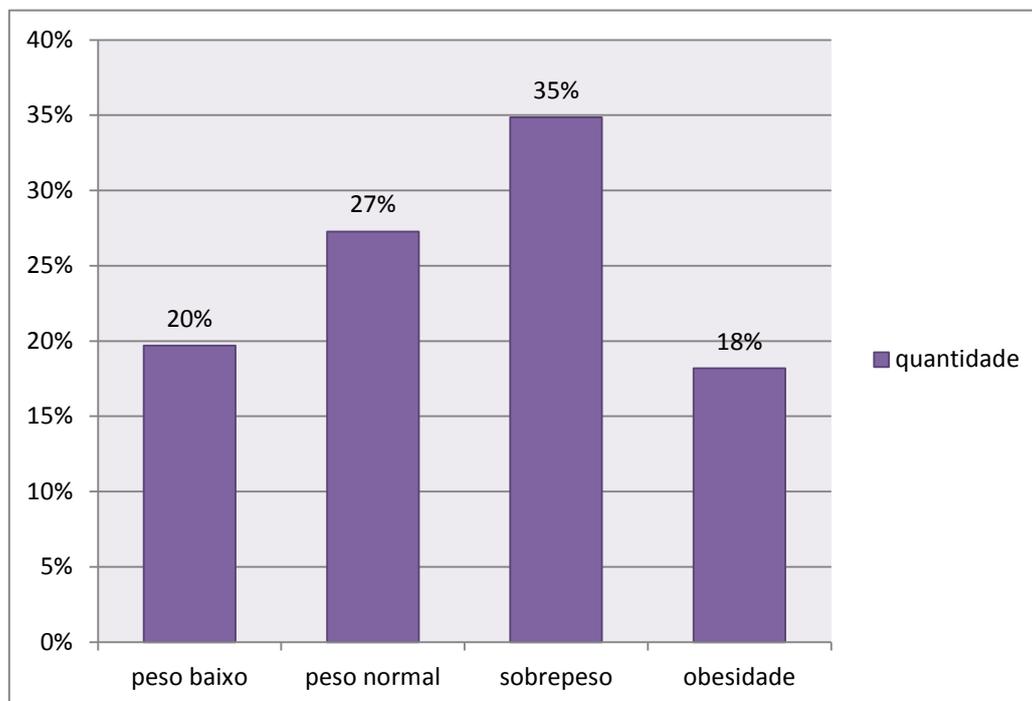
Tabela 4 – Caracterização da Amostra em função dos dados coletados

| | Média | Desvio-Padrão | Mínimo | Máximo |
|--------------------------|-------|---------------|--------|--------|
| Idade (anos) | 33,7 | 4,0 | 25 | 40 |
| Peso (kg) | 68 | 5,7 | 59,00 | 75 |
| Altura (m) | 1,6 | 0,05 | 1,53 | 1,67 |
| IMC (Kg/m ²) | 27,1 | 1,8 | 25,1 | 29,6 |
| Circunferência Abdominal | 93,6 | 8,8 | 75 | 109 |

Das 66 voluntárias, apenas 23 após aferição dos testes antropométricos foram diagnosticadas com sobrepeso e passaram a segunda fase da pesquisa. Esta verificação ocorreu por meio de análise comparativa entre as informações obtidas na coleta de dados realizada e, os valores encontrados na Tabela 1 –

Classificação da obesidade recomendada pela Organização Mundial de Saúde – OMS (1997).

Grafico 1 – Classificação comparativa do grau obesidade recomendada (OMS) encontrada nas participantes da pesquisa.



Tendo em conta o total da amostra verificou-se que 18% estão classificados segundo a OMS, como portadores de obesidade, 20% com peso abaixo que o normal, 27% com peso normal e 25% com sobrepeso. Observou-se que o percentual de funcionárias que se enquadraram na pesquisa, com sobrepeso é bem alto. Contudo mesmo não sendo o foco de nosso estudo não pode se deixar de mencionar que a porcentagem de funcionárias com peso abaixo que o normal também é alta.

Esta constatação confirme a fala Batista Filho & Rissin, (2003), *apud* SILVA, (2010) que diz: “em nosso país a transição nutricional, muda rapidamente de um problema de déficit dietético para um de excesso [...]”.

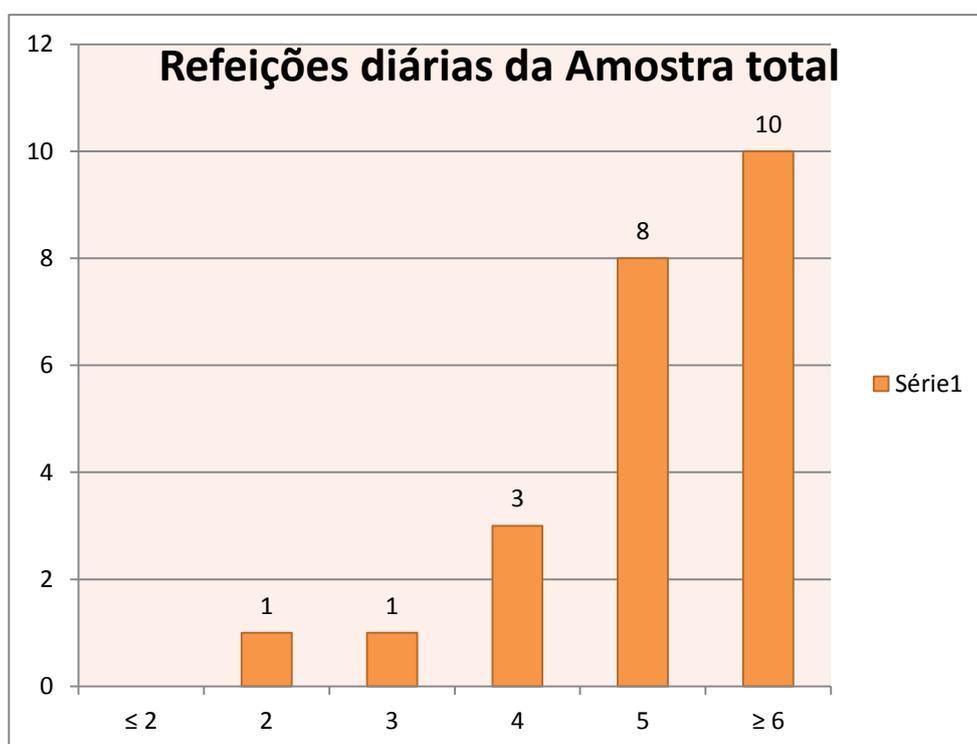
De acordo com a tabela de silva (2010) confeccionada com informações retiradas do banco de dados do IBGE (2004) a Distribuição percentual do estado nutricional por sexo e região do Brasil pode estar relacionada com a transição demográfica ocorrida nas décadas de 60-80 e as mudanças que

ocorreram também nestas décadas no mercado brasileiro que deixou de ser agropecuário e extrativista.

5.2 ANALISE DESCRITIVA DOS HABITOS ALIMENTARES

Avaliar o consumo alimentar de um grupo permite estimar a proporção de sujeitos cujos hábitos alimentares apresentam-se inadequados proporcionando agravos a saúde, no caso deste estudo o enfoque é no sobrepeso.

Gráfico 2 - Frequência de refeições diárias



O gráfico permitiu que se análise a quantidade de refeições diárias dos participantes do estudo. Indagou-se por meio do questionário quais as refeições feitas pelas entrevistadas, foram dadas as seguintes opções: café da manhã, meio da manhã, almoço, lanche, jantar, ceia. Das 23 participantes, 10 assumiram fazer diariamente 6 refeições propostas, 8 afirmaram que faziam apenas 5 refeições diárias; 3 disseram que apenas realizavam quatro refeições

por dia, 1 afirmou fazer apenas 3 refeições diárias e 1 assinalou que fazia apenas 2 refeições por dia.

A avaliação dos hábitos alimentares mostrou-se a mais complexa devido a fatores relativos aos sujeitos da pesquisa como “dificuldade ao nível da memória ou da capacidade de fornecer informações sobre a frequência e tamanho das porções ingeridas, com a tendência para apresentar respostas socialmente desejáveis” (WOLPER, HESHKA & HEYMSFIELD, 1995, *apud* BAHUT, 2010).

Segundo Bahut (2010) o indivíduo que realiza maior número de refeições diárias consegue fracionar a ingestão de alimentos com elevado índice glicêmicos durante o dia, ao evitar maior concentração de alimentos em poucas refeições disponibiliza a glicose de forma “equilibrada quer para o exercício físico, quer para suporte do metabolismo dos órgãos glicose dependentes – cérebro, sistema nervoso, rim, eritrócito.”

Peres (1994) e Edideco (1996) *apud* Bahut (2010) é preciso repartir a a distribuição de comida por várias refeições diárias, aconselhando que estas sigam o “intervalo de 3 a 4 horas entre as refeições e lanches pois mantem constante os níveis de glicemia, permitindo assim, a optimização das funções orgânicas, além de garantir a obtenção de calorias necessárias. ”

Com o metabolismo equilibrado, ha a produção ajustada de neurotransmissores, insulina e lipoproteínas, possibilitando melhor disposição para as atividades diárias, maior capacidade cognitiva, controle da saciedade e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis (VITOLLO, 2002 *apud* BAHUT, 2010, p. 120).

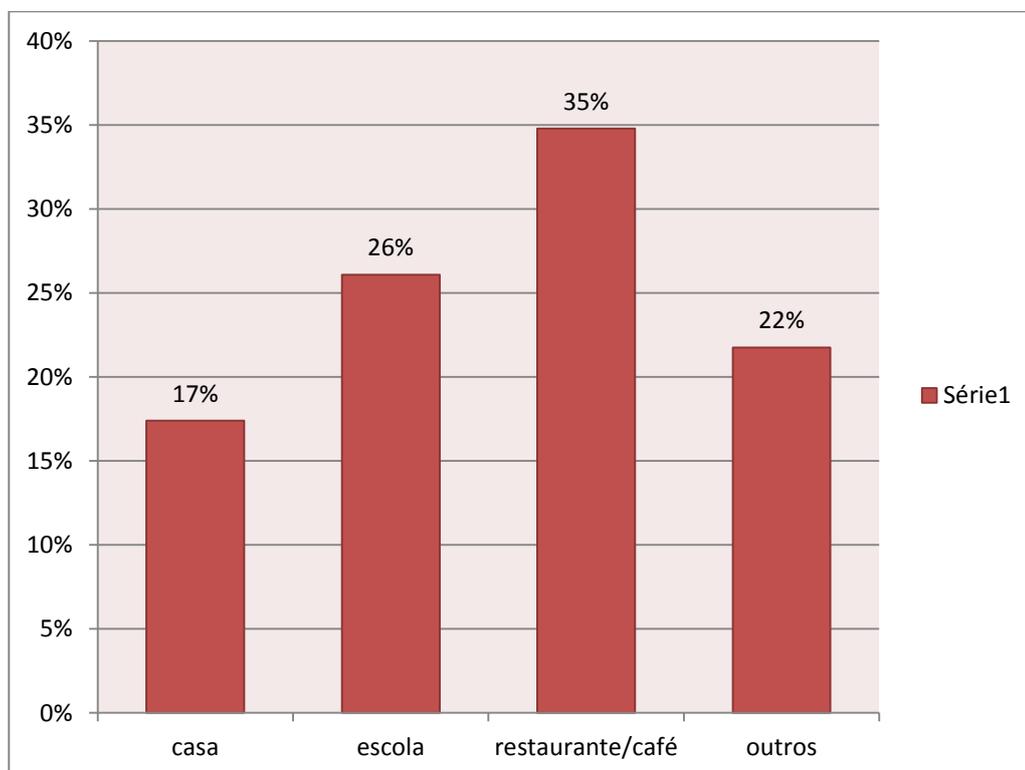
Gráfico 3 - Frequência de refeições semanais realizadas fora de casa



Observou-se que a quantidade de entrevistados que realiza as refeições no ambiente doméstico é muito pequena estes valores são muito negativos, pois ao se realizar um grande número de refeições fora do ambiente doméstico, pressupõe-se que o sujeito não tem tempo para realizar uma refeição equilibrada. 35% das entrevistadas afirmaram que realiza suas refeições em restaurante ou café, 26% na escola, seu ambiente de trabalho, 22% em outros locais, podem ser casa de parentes e amigos, ou ainda em quiosques e bares e apenas 17% realiza as refeições em casa, ou seja, um percentual extremamente baixo.

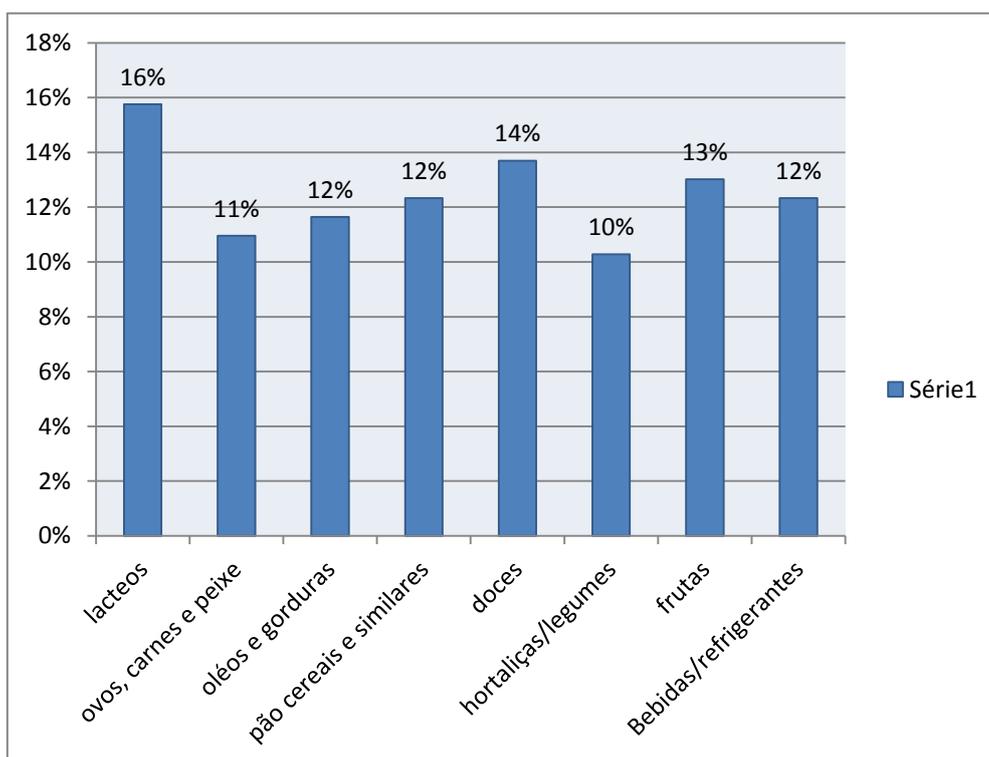
Segundo Boog (2004) apud Bahut (2010) “uma alimentação de má qualidade contribui para o aparecimento de várias doenças. Alimentar-se bem é um fator fundamental na promoção a saúde [...]” Vide gráfico abaixo.

Gráfico 4 - Frequência do local de realização das principais refeições diárias da amostra



Em relação ao questionário semiquantitativo de frequência alimentar, observou-se que a maioria das entrevistas não faz uso de alimentação balanceada. Demonstrando que o sobrepeso esta realmente ligado tanto a alimentação desequilibrada como a falta da pratica de atividades físicas.

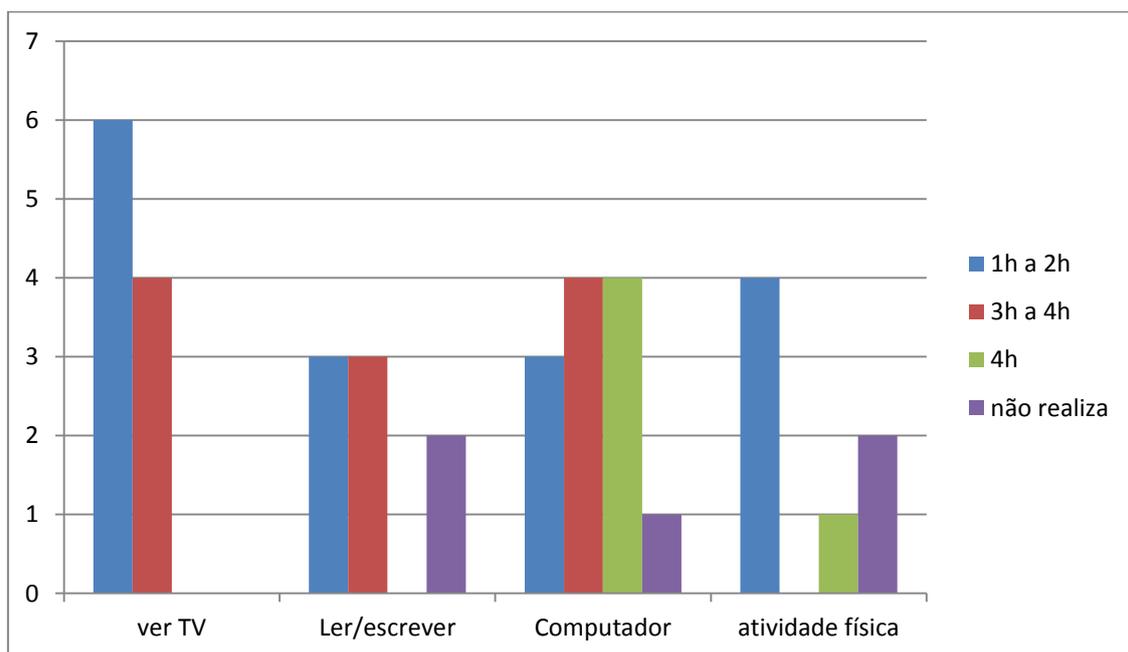
Gráfico 5 - Questionário semiquantitativo de frequência alimentar - QFCA



5.3 ANALISE DESCRITIVA DA ATIVIDADE FISICA

O gráfico 5 delimita a quantidade de horas que os participantes da amostra dedicam a pratica de atividades físicas, é possível observar que apenas um pequeno grupo tem o hábito de realizar atividades físicas, por um período médio de 1 a 2 horas, indagados qual a prática habitual foi eleita a caminhada como a mais frequente seguida do uso da bicicleta ergométrica.

Gráfico 6 – Frequência da pratica de atividades físicas



De acordo com a DGS (2007) apud Bahut (2010) é recomendado para pelo menos 30 minutos de pratica de atividade física, cumulativa, moderada, todos os dias, somente assim será possível observar uma melhoria na qualidade de vida.

Constatou-se que os resultados encontrados estão muito abaixo do desejado. Verificando – se, ainda segundo Bahut (2010) que a “frequência e intensidade das atividades praticadas são, na maioria dos casos inferiores as necessárias para induzir efeitos benéficos para a saúde.

CONCLUSÃO

Ao término desta pesquisa concluiu-se que os hábitos alimentares, a prática de atividade física da amostra são insatisfatórios e influenciam sobremaneira o fato das entrevistadas estarem com incidência de sobrepeso. Ficando claro que as participantes encontram-se em uma área de risco, podendo contrair patologias diversas em decorrência dos maus hábitos alimentares que possuem e de não praticarem exercícios físicos.

Concluiu-se que:

- A população da amostra apresenta IMC médio de 27,1 caracterizando o sobrepeso, mais de 35% da amostra total;
- Em relação ao número de refeições diárias, 48% amostra realiza 6 refeições diárias, o que é recomendado pelos autores como forma de evitar que o organismo sinta necessidade de fazer reservas de gordura, usando o que precisa e eliminando o que não é utilizado;
- Quanto as refeições realizadas fora de casa, concluiu-se que a maioria se utiliza deste artifício, sendo que 35% faz as refeições em restaurantes ou cafés, o que nos leva a supor que não façam uma refeição equilibrada.
- Quanto a alimentação, considerou-se que as entrevistadas não utilizam uma refeição balanceada, com pouco consumo de frutas, verduras, legumes, tendo elevado grau de consumo de açúcar, doces, pães e bebidas.
- Em relação a atividade física, concluiu-se que a maioria das participantes dedica seu tempo livre a prática de assistir televisão, ler/ escrever, usar o computador, no entanto acredita-se que as respostas a esta indagação não foram respondidas com muita sinceridade, pois muito pouco foi o tempo gasto declarado com o uso do computador e na frente da televisão.
- Em relação a qual o exercício mais realizado pelas participantes foi diagnosticado a caminhada livre;

Após o estudo chegou-se a conclusão que qualquer que seja o tipo de atividade física, ela pode ser realizada com o intuito de combater o sobrepeso, pois mesmo quando a atividade física não promove a diminuição do peso ela mesmo assim atua de forma positiva ajustando a composição corporal do indivíduo, seja através do ganho de massa muscular, seja por do aumento da flexibilidade, ou da melhoria na qualidade de vida, permitindo que os indivíduos realizem tarefas cotidianas com vigor e diminuindo o risco de desenvolvimento de doenças.

Em relação ao perfil alimentar das voluntárias pode se concluir que nos dias atuais as questões relacionadas a nutrição estão sendo deixadas de lado devido a sociedade frenética em que vivemos, as voluntárias encontram-se diagnosticadas om sobrepeso, seu perfil alimentar traçado graça ao questionário, não condiz com a realidade, ou seja, se as profissionais se alimentassem de muitas frutas, verduras, e legumes com pouca ingestão e carboidratos e fizessem a prática de atividades físicas mencionadas na pesquisa, elas não estariam na condição de sobrepeso.

O contexto social preconceituosos em que vivemos, faz com que as pessoas consideradas acima do peso sejam discriminadas, outros fatores como o estresse e o pouco tempo livre, devido ao trabalho, mudou os hábitos familiares, hoje poucas famílias conseguem sentar-se a mesa calmamente realizando uma refeição balanceada e saudável, ingerindo frutas e verduras diariamente. A maioria conforme a pesquisa nos mostrou faz refeições em restaurantes e fast foods aumentando assim a predisposição do organismo a acumular gorduras.

REFERÊNCIAS

AÑEZ, Ciro Romelio Rodriguez, PETROSKI, Edio Luiz, **O exercício físico no controle do sobrepeso corporal e da obesidade**, Revista Digital - Buenos Aires - Año 8 - N° 52 - Septiembre de 2002.

BALDISSERA, Vilmar *et. al.* **Benefícios do treinamento aeróbio submáximo sobre a composição corporal e limiar anaeróbio em mulheres com predominância de sobrepeso e obesidade**. Rev. .alim. nutr., araraquara, v. 15, n. 3, p. 227-231, 2004

CIOLAC Gomes Emmanuel; Guimarães Veiga Guilherme. **Exercício Físico e Síndrome metabólica**. Rev. Bras. Med Esporte- vol.10, nº. 4- Jul/Ago, 2004.

FETT, Carlos Alexandre; FETT, Waléria Christiane Rezende; OYAMA, Sandra Regina and MARCHINI, Julio Sérgio. **Composição corporal e somatótipo de mulheres com sobrepeso e obesas pré e pós-treinamento em circuito ou caminhada**. Rev Bras Med Esporte [online]. 2006, vol.12, n.1, pp. 45-50. ISSN 1517-8692.

GIGANTE, Denise Petrucci; MOURA, Eryl Catarina de and SARDINHA, Luciana Monteiro Vasconcelos. **Prevalência de excesso de peso e obesidade e fatores associados, Brasil, 2006**. Rev. Saúde Pública [online]. 2009, vol.43, suppl.2, pp. 83-89. ISSN 0034-8910.

GRESSLER, Lori Alice, **Introdução à pesquisa: Projetos e relatórios**, 2ª ed. Ver. Atual. São Paulo: Loyola, 2004, 295p.

JÚNIOR LORENZINI, Sérgio Rubens, **Atividade física no auxílio da redução da gordura corporal**, ES, 2007, disponível em: < <http://pt.scribd.com/doc/687840/atividade-fisica-no-auxilio-da-reducao-da-gordura-corporal>>. Acesso em 15/06/2012.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 1991.

MCARDLE, Frank I. Katch; Victor L. Katch. **Fisiologia do Exercício: Energia, Nutrição e Desempenho Humano**. 6ª Ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2008. Cap. 28 e 30.

MEDIANO, Mauro Felipe Felix, **Programa de exercícios físicos domiciliares na modificação do peso corporal e fatores metabólicos em mulheres não obesas**, RJ. 2010

MIQUELETO, Bruno César. **Métodos e Controle da Composição Corporal por Meio de Exercícios Resistidos e Aeróbios**: Monografia apresentada ao Departamento de Educação Física da Faculdade de Ciências da UEP "Julio de Mesquita Filho", (Licenciado em Educação Física) Campus de Bauru, 2006.

NIEMAN, Dr. PH. David C. **Exercício e Saúde- como se prevenir de doenças usando exercício como seu medicamento-** 1º edição brasileira-1999, Editora Manole Ltda. cap. 15-17 e 22.

PHILIPPI, Sonia Tucunduva; LATTERZA, Andrea Romero; CRUZ, Ana Teresa Rodrigues e RIBEIRO, Luciana Cisotto. **Pirâmide alimentar adaptada: guia para escolha dos alimentos**. *Rev. Nutr.* [online]. 1999, vol.12, n.1, pp. 65-80.

PREISINNG A. Bonifácio; Thais Borges César; Vilmar Baldissera. **Benefícios do Treinamento Aeróbio Submáximo sobre a Composição Corporal e limiar Anaeróbio em mulheres com predominância de sobrepeso e obesidade**. *Alim. Nutri*; Araraguara, v.15, n.3, p.227-231, 2004.

PRESTES, Jonato, **Efeitos de um treinamento de 16 semanas sobre a composição corporal de homens e mulheres**. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*

RIBEIRO, Andrea. J. Prates *et. al.*, **nfluência do estilo de vida e hábitos alimentares no desenvolvimento do sobrepeso e obesidade em escolares do município de São Miguel do Oeste, Santa Catarina**, EFDeportes.com, Revista Digital. Buenos Aires, Año 17, Nº 172, Septiembre de 2012

SALVO, Vera Lúcia Moraes Antonio; GIMENO, Suely Godoy Agostinho Reprodutibilidade e validade do questionário de frequência de consumo de alimentos. **Rev. Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p. 505-512, ago. 2002.

SILVA, VLADIMIR SCHUINDT DA, **Prevalência de sobrepeso/obesidade e fatores associados em adultos no brasil**, Dissertação de Mestrado, Florianópolis, 2010. Disponível em: <http://nucidh.ufsc.br/files/2011/09/dissertacao_vladimir.pdf>. Acesso em 10/06/2012

VENTURA, Magda Maria, **O Estudo de Caso como Modalidade de Pesquisa**, *Rev SOCERJ*. 2007; 20(5):383-386 setembro/outubro.

ANEXOS

CARTA PEDINDO AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR A PESQUISA

Glecia Rodrigues Da Costa
E-mail: rodriguespoeck@yahoo.com.br

Colinas, 20 de setembro de 2012

Sr^a. Diretora da Escola Estadual Maria Auxiliadora

Como estudante de Licenciatura do curso de Educação física da UnB, venho por meio deste pedir autorização para a aplicação de questionário e tomada de medidas nas funcionárias que desejarem participar do projeto de “investigação analítica sobre os hábitos alimentares e a prática de atividades físicas das funcionárias do Colégio Municipal Maria Auxiliadora - C.M.M.A. que se encontra em condição de sobrepeso” orientado pelo Especialista em Fisiologia do Exercício, Professor Thiago Santos da Silva.

O objetivo deste estudo é conhecer e analisar os hábitos alimentares e de prática de atividades físicas do universo feminino delimitado na faixa etária de 25 a 40 anos, funcionárias da C.M.M.A. contribuindo assim para uma melhor compreensão sobre estes hábitos e práticas afim de aumentar o número de dados existentes sobre o tema, diagnosticando possíveis casos de sobrepeso e obesidade, para melhor poder auxiliar futuramente na correção de maus hábitos nutricionais e da importância da prática de atividades físicas para a saúde.

Serão recolhidos dados antropométricos como critério de exclusão para seleção das participantes no estudo e, aplicação de questionário semi-estruturado, validado, adaptado. Os dados recolhidos são considerados confidenciais e somente terá acesso a eles equipe investigadora. .

Grata pela atenção, atenciosamente ao seu dispor para maiores explicações.

Glecia Rodrigues Da Costa



Universidade de Brasília
PROGRAMA UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL
LICENCIATURA EM EDUCAÇÃO FÍSICA
PÓLO _____

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE PARTICIPAÇÃO
NA PESQUISA**

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine o documento de consentimento de sua participação, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado de forma alguma. Em caso de dúvida você pode procurar o Pólo _____ do Programa UAB da Universidade de Brasília pelo telefone (XX____) ____-____.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: Estudo analítico sobre os hábitos das funcionárias do Colégio Municipal Maria Auxiliadora que se encontram em condição de sobrepeso em relação a prática de atividades físicas

Responsável: THIAGO SANTOS DA SILVA

Descrição da pesquisa:

A presente pesquisa tem como objetivo analisar os hábitos de vida relacionados a atividade física nas mulheres funcionárias do Colégio Municipal Maria Auxiliadora com sobrepeso. O sobrepeso conjuntamente com a obesidade tem se alastrado por todo o mundo, transformado num fenômeno epidemiológico, atuando prejudicialmente em aspectos quantitativos, mas principalmente qualitativos na vida de milhões de pessoas, justificando-se assim esta pesquisa.

Observações importantes:

A pesquisa não envolve riscos à saúde, integridade física ou moral daquele que será sujeito da pesquisa. Não será fornecido nenhum auxílio financeiro, por parte dos pesquisadores, seja para transporte ou gastos de qualquer outra natureza. A coleta de dados deverá ser autorizada e poderá ser acompanhada por terceiros. O resultado obtido com os dados coletados, bem como possíveis imagens, serão sistematizados e posteriormente divulgado na forma de um texto monográfico, que será apresentado

em sessão pública de avaliação disponibilizado para consulta através da Biblioteca Digital de Monografias da UnB.

TERMO DE CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

Eu, _____,
RG _____, CPF _____, abaixo assinado,
autorizo a utilização para fins acadêmico científicos do conteúdo do (teste, questionário, entrevista concedida e imagens registradas – o que for o caso) para a pesquisa: _____ (título do projeto de pesquisa).
Fui _____ devidamente esclarecido pelo _____ (a) aluno(a): _____ sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os seus objetivos e finalidades. Foi-me garantido que poderei desistir de participar em qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade. Também fui informado que os dados coletados durante a pesquisa, e também imagens, serão divulgados para fins acadêmicos e científicos, através de Trabalho Monográfico que será apresentado em sessão pública de avaliação e posteriormente disponibilizado para consulta através da Biblioteca Digital de Monografias da UnB.

Local e data

Nome e Assinatura

QUESTIONÁRIO ADAPTADO⁵

Atividade Física e Saúde

1. ID |__|__|__|__|__|__|

CARACTERÍSTICAS PESSOAIS

1. Sexo () Feminino () Masculino
2. Idade |__|__| anos completos (até a data da entrevista)

HABITOS ALIMENTARES

| 3. Onde realiza a maioria das refeições? | | Casa | Escola | Restaurante/ Café | Outros | Não faço |
|--|---------------|------|--------|----------------------|--------|----------|
| Refeição: | Café da manhã | | | | | |
| | Meio da manhã | | | | | |
| | Almoço | | | | | |
| | Lanche | | | | | |
| | Jantar | | | | | |
| | Ceia | | | | | |

ATIVIDADE FÍSICA ATUAL

4. Quantas horas dorme em media por dia? $\geq 5h$ () 6 a 7h () 8 a 9h () $\geq 10h$ ()
5. Como se desloca para o trabalho? A pé () Carro () Transportes públicos () Outro (qual?)
- 5.1. Quanto tempo demora? $\geq 10min$ () 10 a 30min () 30 a 59min () $\geq 60min$ ()
6. Nos tempos livres com qual a frequência realiza as atividades

| Tempo | Ver TV | Ler/escrever | Computador | Pratica de atividade física. Qual? Especifique e coloque também a duração da atividade em minutos |
|------------------------|--------|--------------|------------|---|
| 1h a 2h por dia/semana | | | | |
| 3h a 4h por dia/semana | | | | |
| 4h por dia/semana | | | | |
| Não realiza | | | | |

⁵ BAHUT, Lia Flor Melo de Carvalho, Hábitos de Ingestão Nutricional, Índice de Massa Corporal e Níveis de Actividade Física em Adolescentes do Meio Rural - Porto, Setembro de 2010.

QUESTIONÁRIO SEMIQUANTITATIVO DE FREQUÊNCIA ALIMENTAR

Responda sobre os alimentos que costuma consumir. Pense durante o último ano quantas vezes por dia, semana ou mês em média consumiu cada um dos alimentos encontrados na tabela:

| | Nunca ou <1 mês | 1-3 por mês | 1 por sem | 2-4 por sem | 5-6 por sem | 1 por dia | 2-3 por dia | 4-5 por dia | 6 + por dia | Sazonal |
|--|-----------------------|-------------------|-----------------|-------------------|-------------------|-----------------|-------------------|-------------------|-------------------|---------|
| I. P. LÁCTEOS | | | | | | | | | | |
| 1. Leite gordo (1 chávena, 250 ml) | | | s | | | d | | | | |
| 2. Leite meio-gordo (1 chávena, 250 ml) | | | s | | | d | | | | |
| 3. Leite magro (1 chávena, 250 ml) | | | s | | | d | | | | |
| 4. Iogurte (Um, 125 g) | | | s | | | d | | | | |
| 5. Queijo curado,semi-curado ou cremoso (Uma fatia, 30g) | | | s | | | d | | | | |
| 6. Sobremesas lácteas: pudim flan, pudim de chocolate,etc (Um) | | | s | | | d | | | | |
| 7. Gelados (Um, 2 bolas ou copo) | | | s | | | d | | | | |
| II. OVOS, CARNES E PEIXES | | | | | | | | | | |
| 8. Ovos (Um) | | | s | | | d | | | | |
| 9. Frango (1 porção ou 2 peças,150g) | | | s | | | d | | | | |
| 10. Peru,coelho (1 porção ou 2 peças,150g) | | | s | | | d | | | | |
| 11. Carne vaca, porco, cabrito como prato principal (1 porção,120g) | | | s | | | d | | | | |
| 12. Fígado de vaca, porco, frango (1 porção, 130g) | | | s | | | d | | | | |
| 13. Língua,mão de vaca,tripas,chispe,coração,rim (1 porção,100g) | | | s | | | d | | | | |
| 14. Fiambre, chouriço, salpicão, presunto,etc (1 porção, 20g) | | | s | | | d | | | | |
| 15. Salsichas (3 médias) | | | s | | | d | | | | |
| 16. Toucinho, bacon (2 fatias, 50g) | | | s | | | d | | | | |
| 17. Peixe gordo: sardinha, cavala, carapau,etc (1 porção, 125g) | | | s | | | d | | | | |
| 18. Peixe magro: pescada, faneca, linguado, etc (1 porção, 125g) | | | s | | | d | | | | |
| 19. Bacalhau (1 porção, 125g) | | | s | | | d | | | | |
| 20. Peixe conserva: atum, sardinhas,etc (1 lata) | | | s | | | d | | | | |
| 21. Lulas, polvo (1 porção, 100g) | | | s | | | d | | | | |
| 22. Camarão (1 porção,100g) ameijoas, mexilhão,etc. (1/2 chávena) | | | s | | | d | | | | |
| III.ÓLEOS E GORDURAS | | | | | | | | | | |
| 23. Azeite (1 colher sopa) | | | s | | | d | | | | |
| 24. Óleos: girassol, milho, soja (1 colher sopa) | | | s | | | d | | | | |
| 25. Margarina (1 colher chá) | | | s | | | d | | | | |
| 26. Manteiga (1 colher chá) | | | s | | | d | | | | |
| IV. PÃO, CEREAIS E SIMILARES | | | | | | | | | | |
| 27. Pão branco ou tostas (Um ou 2 fatias forma, 40g) | | | s | | | d | | | | |
| 28. Pão (tostas) integral, centeio, mistura (1 ou 2 fatias forma, 50g) | | | s | | | d | | | | |
| 29. Broa, broa de avintes (1 fatia, 80g) | | | s | | | d | | | | |
| 30. Arroz cozinhado (Meio prato, 100g) | | | s | | | d | | | | |
| 31. Massas: esparguete, macarrão cozinhadas (Meio prato, 100g) | | | s | | | d | | | | |
| 32. Batatas fritas (1 porção, 100g) | | | s | | | d | | | | |
| 33. Batatas cozidas, assadas, estufadas (2 batatas médias, 160 g) | | | s | | | d | | | | |
| V. DOCES E PASTEIS | | | | | | | | | | |
| 34. Bolachas tipo maria, água e sal ou integrais (3 bolachas) | | | s | | | d | | | | |
| 35. Outras bolachas ou biscoitos (3 bolachas) | | | s | | | d | | | | |
| 36. Croissant, pasteis (Um) ou bolos caseiros (uma fatia) | | | s | | | d | | | | |
| 37. Chocolate barra (3 quadrados) ou em pó (1 colher sopa) | | | s | | | d | | | | |
| 38. Marmelada,compota,geleia,mel (1 colher sobremesa) | | | s | | | d | | | | |
| 39. Açúcar (1 colher sobremesa ou 1 pacote) | | | s | | | d | | | | |

| V. HORTALIÇAS E LEGUMES | Nunca ou <1 mês | 1-3 por mês | 1 por sem | 2-4 por sem | 5-6 por sem | 1 por dia | 2-3 por dia | 4-5 por dia | 6+ por dia | Sazonal |
|---|-----------------|-------------|-----------|-------------|-------------|-----------|-------------|-------------|------------|---------|
| 40. Couve branca, c. lombarda cozinhadas (1/2 chávena, 75g) | | | s | | | d | | | | |
| 41. Penca, tronchuda cozinhadas (1/2 chávena, 65g) | | | s | | | d | | | | |
| 42. Couve galega cozinhada (1/2 chávena, 65g) | | | s | | | d | | | | |
| 43. Bróculos cozinhados (1/2 chávena, 85g) | | | s | | | d | | | | |
| 44. Couve-flor, couve-bruxelas cozinhada (1 chávena, 135g) | | | s | | | d | | | | |
| 45. Grelas, nabiças, espinafres cozinhados (1/2 chávena, 72g) | | | s | | | d | | | | |
| 46. Feijão verde cozinhado (1/2 chávena, 65g) | | | s | | | d | | | | |
| 47. Alface, agrião (1/2 chávena, 15g) | | | s | | | d | | | | |
| 48. Cebola (uma média) | | | s | | | d | | | | |
| 49. Cenoura (uma média) | | | s | | | d | | | | |
| 50. Nabo (um médio) | | | s | | | d | | | | |
| 51. Tomate fresco (1/2 médio, 63g) | | | s | | | d | | | | |
| 52. Pimento (1/2 médio, 68g) | | | s | | | d | | | | |
| 53. Pepino (1/4 médio, 50g) | | | s | | | d | | | | |
| 54. Leguminosas cozinhadas: feijão, grão de bico (1 chávena) | | | s | | | d | | | | |
| 55. Ervilha grão, fava cozinhadas (1/2 chávena) | | | s | | | d | | | | |
| VI. FRUTOS | Nunca ou <1 mês | 1-3 por mês | 1 por sem | 2-4 por sem | 5-6 por sem | 1 por dia | 2-3 por dia | 4-5 por dia | 6+ por dia | Sazonal |
| 56. Maça, pêra (uma média) | | | s | | | d | | | | |
| 57. Laranjas (1 média) tangerinas (2 médias) | | | s | | | d | | | | |
| 58. Banana (uma média) | | | s | | | d | | | | |
| 59. Kiwi (um médio) | | | s | | | d | | | | |
| 60. Morangos (1 chávena) | | | s | | | d | | | | |
| 61. Cerejas (1 chávena) | | | s | | | d | | | | |
| 62. Pêssego (1 médio), ameixa (3 médios) | | | s | | | d | | | | |
| 63. Melão, melancia (1 fatia média, 150g) | | | s | | | d | | | | |
| 64. Diospiro (1 médio) | | | s | | | d | | | | |
| 65. Figo fresco, nêspersas, damascos (3 médios) | | | s | | | d | | | | |
| 66. Uvas (1 cacho médio) | | | s | | | d | | | | |
| 67. Frutos conserva: pêssego, ananás (2 metades ou rodela) | | | s | | | d | | | | |
| 68. Frutos secos: amêndoas, avelãs, amendoins, etc (meia-chávena) | | | s | | | d | | | | |
| 69. Azeitonas (6 unidades) | | | s | | | d | | | | |
| VII. BEBIDAS E MISCELANEAS | Nunca ou <1 mês | 1-3 por mês | 1 por sem | 2-4 por sem | 5-6 por sem | 1 por dia | 2-3 por dia | 4-5 por dia | 6+ por dia | Sazonal |
| 70. Vinho (1 copo, 125 ml) | | | s | | | d | | | | |
| 71. Cerveja (1 garrafa ou 1 copo, 330 ml) | | | s | | | d | | | | |
| 72. Bebidas brancas: aguardente, whisky, brandy, etc. (1 cálice, 40 ml) | | | s | | | d | | | | |
| 73. Refrigerantes: sumol, laranjada, etc (1 garrafa ou 1 copo, 330 ml) | | | s | | | d | | | | |
| 74. Coca-cola (1 garrafa ou 1 copo, 330 ml) | | | s | | | d | | | | |
| 75. Café (1 chávena café) | | | s | | | d | | | | |
| 76. Chá preto (1 chávena) | | | s | | | d | | | | |
| 77. Croquetes, rissois, bolinhos de bacalhau, etc (3 unidades) | | | s | | | d | | | | |
| 78. Maionese (1 colher sobremesa) | | | s | | | d | | | | |
| 79. Molho de tomate, ketchup (1 colher sopa) | | | s | | | d | | | | |
| 80. Pizza (meia pizza-tamanho normal) | | | s | | | d | | | | |
| 81. Hamburger (Um médio) | | | s | | | d | | | | |
| 82. Sopa de legumes (1 prato) | | | s | | | d | | | | |

Existe algum alimento ou bebida que eu não tenha mencionado e que tenha consumido pelo menos 1 vez por semana mesmo em pequenas quantidades, ou numa época em particular. Por ex: flocos de cereais, frutas exóticas, farinha de pau, canja, alheiras, farinheiras, produtos dietéticos, rebuçados, cevada, ice-tea, bebidas espirituosas, etc.

| ALIMENTOS | Nunca ou <1 mês | 1-3 por mês | 1 por sem | 2-4 por sem | 5-6 por sem | 1 por dia | 2-3 por dia | 4-5 por dia | 6+ por dia | Sazonal |
|------------------|-----------------|-------------|-----------|-------------|-------------|-----------|-------------|-------------|------------|---------|
| | | | s | | | d | | | | |
| | | | s | | | d | | | | |
| | | | s | | | d | | | | |

APENDICE

FOTOS

