

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE DESPORTOS  
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO FÍSICA  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA**

**BEATRIZ SCHUELTER**

**ESTUDO SOBRE GRUPOS DE EMAGRECIMENTO DO NÚCLEO DE APOIO À  
SAÚDE DA FAMÍLIA DO DISTRITO SANITÁRIO NORTE DE FLORIANÓPOLIS/SC**

**FLORIANÓPOLIS  
2012**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA**

**BEATRIZ SCHUELTER**

**ESTUDO SOBRE GRUPOS DE EMAGRECIMENTO DO NÚCLEO DE APOIO À  
SAÚDE DA FAMÍLIA DO DISTRITO SANITÁRIO NORTE DE FLORIANÓPOLIS/SC**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Educação Física, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Educação Física. Departamento de Educação Física, Centro de Desportos, Universidade Federal de Santa Catarina.

Campo de Intervenção: Atividade Física na Promoção da Saúde

Orientadora: Cintia de la Rocha Freitas  
Coorientadora: Sueyla Ferreira da Silva dos Santos

**FLORIANÓPOLIS**

**2012**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE DESPORTOS  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA



**ESTUDO SOBRE GRUPOS DE EMAGRECIMENTO DO NÚCLEO DE APOIO À  
SAÚDE DA FAMÍLIA DO DISTRITO SANITÁRIO NORTE DE FLORIANÓPOLIS/SC**

**ELABORADO POR:**

**Beatriz Schuelter**

**BANCA EXAMINADORA:**

---

**Prof. Dra. Cintia de la Rocha Freitas – CDS/UFSC**

Orientadora

---

**Prof. Mrs. Sueyla Ferreira da Silva dos Santos**

Coorientadora

---

**Prof. Mrs. Karine Elmisan Zolet**

Membro

---

**Prof. Mrs. Andrea Ferreira Cardoso**

Membro

Florianópolis, 05 de dezembro de 2012

Dedico este trabalho aos meus pais  
Bernardo e Tânia, que sempre forneceram  
suporte e incentivo em minha vida.

## AGRADECIMENTOS

Quero agradecer primeiramente a Deus, que está presente em todos os momentos da minha vida. Em seguida aos meus pais Bernardo Schuelter e Tânia Lemke Schuelter, que me deram a vida e me ensinaram a ter respeito pelas pessoas, deram-me força para buscar aquilo que quero, a ter foco nos estudos e me deixaram livre com minhas escolhas.

Agradeço também aos meus irmãos Tiago, Thomson, Túlio e Bárbara pelo carinho e apoio que sempre me deram e por terem me ensinado muitas coisas ao longo da minha caminhada.

Ao meu namorado Leandro Borges Resende, que desde o começo me deu conselhos, ouviu o que tinha para dizer em todos os momentos, apoiou-me e forneceu carinho nas horas em que precisei.

À Florianópolis que me acolheu em sua cidade maravilhosa; à Universidade Federal de Santa Catarina e ao Centro de Desportos que me ensinaram muito através da enorme diversidade de cursos e disciplinas. Aos meus colegas de sala e professores que me ajudaram no meu crescimento profissional e deram motivação neste período da graduação.

Outra pessoa muito especial que gosto de agradecer é a Cintia de la Rocha Freitas, pois a admiro muito como professora, orientadora e amiga. Desde que a conheci estava preocupada com o aprendizado de todos os alunos; almeja nosso entendimento dos conteúdos e acredita que podemos realizar até as atividades mais difíceis.

À Sueyla Ferreira da Silva dos Santos, que se preocupou com o meu trabalho e aceitou ser a minha coorientadora para contribuir com o que sabe sobre o assunto. Mostrou idéias maravilhosas e estava sempre disposta a me ajudar quando possível.

À Karine Elmisan Zolet e à Andrea Ferreira Cardoso que me mostraram os grupos de emagrecimento, e assim comecei a ter interesse no grupo e no que era feito nele. Demonstraram todo o carinho e preocupação com as pessoas que iam ao Centro de Saúde e despertaram esta vontade de contribuir com os participantes naquilo que sei. A Andrea deu abertura para conversarmos sobre o projeto de pesquisa e buscou entendê-lo para poder contribuir com ele, e buscou informações com outras preceptoras, o que foi muito importante para o início do trabalho.

Quero agradecer também a Gabriele Candido Chiodelli e a Anastasia Staack Camargo Vieira por terem disponibilizado os grupos de emagrecimento que coordenavam e auxiliado na organização da coleta dos dados.

Agradeço também à Josefina Bértoli, à Vandrize Meneghini, à Sueyla F. da S dos Santos, à Fabiana Cristina Scherer e ao Alysson Belmonte por terem colaborado com a pesquisa ajudando a coletar os dados

A todos, muito obrigada!

SCHUELTER, Beatriz. **Estudo sobre Grupos de Emagrecimento do Núcleo de Apoio a Saúde da Família do Distrito Sanitário Norte de Florianópolis-SC.** Monografia, Centro de Desportos, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, 2012.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Cintia de La Rocha Freitas

Co-Orientadora: Prof<sup>a</sup> Mrs. Sueyla Ferreira da Silva dos Santos

## **RESUMO**

As doenças não transmissíveis, como a obesidade, vêm aumentando em todo o mundo e, no Brasil, é a principal causa de mortes em adultos. Para reverter esta situação o estilo de vida passou a ser considerado fundamental na promoção da saúde e na redução de mortes por todas as causas. O objetivo deste estudo foi analisar o Programa de Emagrecimento do Núcleo de Apoio a Saúde da Família de duas Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário Norte na cidade de Florianópolis-SC, a partir do estilo de vida e composição corporal dos participantes. A amostra foi constituída por 24 mulheres adultas e idosas com excesso de peso e obesidade participantes destes programas. Foi aplicado um questionário, com perguntas objetivas, sobre o estilo de vida destas participantes. Os dados do estudo indicaram resultados positivos em alguns aspectos da vida diária, como em hábitos alimentares, autoestima e percepção do bem estar, disposição para realizar as atividades diárias, atividade física habitual, satisfação com os relacionamentos, facilidade para dormir, autoconfiança e facilidade para manter a atenção. Porém, averiguou-se que os componentes da Atividade Física e Controle do Estresse apresentaram maior predomínio de comportamentos negativos, em relação aos Hábitos Alimentares, Controle Preventivo e Relacionamentos. Em relação à composição corporal, as variáveis Peso e Índice de Massa Corporal demonstraram redução significativa após a participação no Grupo de Emagrecimento. Já a Circunferência de Cintura, a Relação Cintura-Quadril, a Relação Cintura-Estatura e o Percentual de Gordura não apresentaram diferenças significantes entre as avaliações. Este estudo poderá contribuir com profissionais da área da saúde, visando um melhor atendimento para indivíduos com excesso de peso que utilizam as Unidades Básicas de Saúde.

**Palavras-chave:** Estilo de Vida. Grupo de Emagrecimento. Obesidade.

SCHUELTER, Beatriz. **Study about Groups of Weigh Loss at Center for Family Health Support of the North Sanitary District in Florianópolis-SC.** Monograph, Sports Center, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, 2012.

Advisor: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Cintia de La Rocha Freitas

Co-Advisor: Prof<sup>a</sup> Mrs. Sueyla Ferreira da Silva dos Santos

### **ABSTRACT**

Diseases that are not transmitted, like obesity, are increasing worldwide, and in Brazil, is the principal cause of death among adults. To reverse this situation the lifestyle has been considered fundamental in promoting health and reducing deaths from all causes. The aim of this study was to analyze the Weight Loss Program from *Núcleo de Apoio a Saúde da Família* of two Basic Health Units of the sanitary district in North of Florianópolis city, through lifestyle and body composition of overweight adult and elderly participants. The sample was consisted of 24 overweight or obese women, participants of these programs. It was used a questionnaire with objective questions, about the lifestyle of these participants. Data of the study indicated positive results in some aspects of daily life, such as eating habits, self-esteem and sense of well being, disposition to perform daily activities, physical activity, satisfaction with relationships, ease of sleep, self-confidence and ease to maintain attention. However, it was figured out that the components Physical Activity and Stress Control had higher prevalence of negative behaviors compared with Food Habits, Preventive Control and Relationships. In relation to body composition variables Weight and Body Mass Index showed a significant reduction after their Group Slimming. Already Waist Circumference, Waist-Hip Ratio, Waist-Height relation and Fat Percentage did not show significant differences between evaluations. This study may contribute to healthcare professionals in order to better care for individuals with excess weight who use Basic Health Units.

**Keywords:** Lifestyle. Weight Loss Groups. Obesity.



## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 4.1</b> Percepção de saúde atual dos participantes dos Grupos de Emagrecimento, 2012. ....	53
<b>Figura 4.2</b> Percepção da Aptidão física comparada a pessoas da mesma idade e sexo, dos participantes dos Grupos de Emagrecimento, 2012. ....	54
<b>Figura 4.3</b> Estratégias para redução de peso utilizadas pelos participantes dos Grupos de Emagrecimento, 2012.....	55
<b>Figura 4.4</b> Perfil do Estilo de Vida das Participantes dos Grupos de Emagrecimento, 2012. ....	56

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 4.1</b> Caracterização dos participantes dos Grupos de Emagrecimento da região norte do município de Florianópolis-SC, 2012.....	41
<b>Tabela 4.2</b> Comportamentos Relacionados à Prática de Atividade Física no Lazer e Hábitos Alimentares entre as mulheres dos Grupos de Emagrecimento, 2012. ....	45
<b>Tabela 4.3</b> Comportamentos Relacionados ao Controle do Estresse, Comportamento Preventivo e Relacionamentos entre as mulheres dos Grupos de Emagrecimento, 2012. ....	47
<b>Tabela 4.4</b> Comparação das variáveis antropométricas pré e pós intervenção, 2012. ....	51

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**AB:** Atenção Básica

**AF:** Atividade Física

**AFL:** Atividade Física no Lazer

**AVDs:** Atividades da Vida Diária

**AIVDs:** Atividades Instrumentais da Vida Diária

**CC:** Circunferência de Cintura

**CE:** Controle do Estresse

**CEPSH:** Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

**CP:** Comportamento Preventivo

**CS:** Centro de Saúde

**DC:** Dobra Cutânea

**EPOC:** Consumo de Oxigênio Pós Exercício

**ESF:** Estratégia de Saúde da Família

**GE:** Grupos de emagrecimento

**HA:** Hábitos Alimentares

**IBGE:** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**IC:** Intervalo de Confiança

**IMC:** Índice de Massa Corporal

**NASF:** Núcleo de Apoio à Saúde da Família

**OMS:** Organização Mundial da Saúde

**PNAD:** Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

**POF:** Pesquisa de Orçamentos Familiares

**RCE:** Relação Cintura-Estatura

**RCQ:** Relação Cintura-Quadril

**REL:** Relacionamentos

**SUS:** Sistema Único de Saúde

**TCLE:** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**VIGITEL:** Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

**WHO:** World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>14</b>
1.1 Problema	14
1.2 Justificativa	15
1.3 Objetivos	16
1.3.1 Objetivo Geral	16
1.3.2 Objetivos Específicos	16
1.4 Delimitação do Estudo	17
<b>2. REVISÃO DA LITERATURA</b>	<b>18</b>
2.1 Excesso de peso: obesidade e sobrepeso	18
2.2 Estilo de vida e obesidade	21
2.2.1 Nutrição	22
2.2.2 Atividade Física	24
2.3 Grupos de Emagrecimento	26
<b>3. METODOLOGIA</b>	<b>30</b>
3.1 Caracterização da Pesquisa	30
3.2 Questões Éticas	30
3.3 Amostra	31
3.4 Instrumento de Coleta de Dados	31
3.5 Variáveis do estudo	31
3.5.1 Condições Sociodemográficas	31
3.5.2 Histórico de Saúde	32
3.5.3 Grupo de Emagrecimento	32
3.5.4 Atividade Física	32
3.5.5 Hábitos Alimentares	32
3.5.6 Controle do Estresse	33
3.5.7 Comportamento Preventivo	33
3.5.8 Relacionamentos	34
3.5.9 Controle da Massa Corporal	34
3.5.10 Composição Corporal	35
3.6 Procedimentos de Coleta de dados	36
3.7 Análise Estatística	37
3.8 Limitações do estudo	37
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>39</b>
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>59</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>61</b>

<b>ANEXO.....</b>	<b>66</b>
<b>APÉNDICE 1.....</b>	<b>72</b>
<b>APÉNDICE 2.....</b>	<b>73</b>
<b>APÉNDICE 3.....</b>	<b>74</b>

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1 Problema

As doenças não transmissíveis vêm aumentando no mundo todo e, no Brasil, esta é a principal causa de mortes em adultos, sendo a obesidade um dos fatores de maior risco. O estilo de vida da sociedade moderna tem estabelecido um padrão alimentar que, unido ao sedentarismo, geralmente não é apropriado para a saúde da população (BRASIL, 2006).

Segundo Nahas (2010), a saúde é um bem precioso, porém a maioria das pessoas busca melhorá-la somente quando percebe evidências dos sintomas de doenças. No século XX, as mortes eram ocasionadas principalmente por doenças infectocontagiosas, e agora, devido o aumento de doenças crônicas, o estilo de vida passou a ser considerado fundamental na promoção da saúde e na redução de mortes por todas as causas. Mas, apesar de atualmente haver mais recursos da medicina e melhores condições de vida, ainda está distante das pessoas serem tão saudáveis quanto poderiam. Isto se deve pelo estilo de vida impróprio que se leva, com estresse, alimentação inadequada, sedentarismo, tabagismo, isolamento social, álcool e outras drogas e ao padrão de vida de regiões mais pobres (NAHAS, 2010).

Em geral, a população apresenta comportamentos nocivos relacionados à prevalência da obesidade, como o excesso de tempo na frente de computador e televisão combinados a uma alimentação industrializada (FARIAS et al., 2005; NUNES et al., 2007). E quando a obesidade ocorre na adolescência, a tendência é perdurar durante a fase adulta. Além disso, torna-se um fator de risco para o desenvolvimento de outras doenças como, por exemplo, as cardiovasculares (OLIVEIRA et al., 2004).

Além de estar relacionada à incidência de outras comorbidades, a obesidade é um fator que pode interferir na qualidade de vida de indivíduos. Então, observa-se a importância de uma alimentação adequada e a prática regular de exercícios para perder peso, melhorar a autoconfiança, o bem estar físico e emocional e a disposição nas atividades do cotidiano (CAVALCANTI et al., 2011). O Ministério da Saúde acrescenta, além dos fatores relatados anteriormente, que a prevenção e o diagnóstico precoce da obesidade também são importantes, pois têm ligações

diretas na aceitação social dos indivíduos, não sendo excluídos da estética propagada pela população da época atual (BRASIL, 2006).

No estudo de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) de 2011, é demonstrado que, em média, 48,5% dos adultos estavam com excesso de peso no Brasil e 15,8% com obesidade. Especificamente em Florianópolis, 48,2% dos adultos estavam com excesso de peso e 14,9% estavam obesos (BRASIL, 2012a).

Estes dados revelam que a obesidade na população brasileira está sendo um fator alarmante. Esta doença crônica caracterizada pelo acúmulo de gordura pode comprometer a saúde, por isto, a Atenção Básica (AB), parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), procura desenvolver para a saúde da comunidade, ações que abrangem promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação para melhorar este caso (BRASIL, 2006).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS, introduzindo a prática da atenção à saúde em novas bases, atuando mais perto das famílias (BRASIL, 2009). Nestas bases, o trabalho em grupo com indivíduos com sobrepeso ou obesidade exige uma formação qualificada do profissional e, devido à complexidade do problema, os resultados são adquiridos a partir de um cuidado regular e contínuo (BRASIL, 2006).

Considerando os aspectos acima descritos, nota-se a preocupação com a obesidade e percebe-se a importância de uma investigação do estilo de vida e composição corporal dos indivíduos participantes dos Grupos de Emagrecimento (GE) do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

## **1.2 Justificativa**

Durante a quarta fase do Curso de Educação Física (Bacharelado) tive a oportunidade de desenvolver um trabalho em equipe no Centro de Saúde (CS) do Bairro Saco Grande, na cidade de Florianópolis-SC. A participação ocorreu no Grupo de Emagrecimento (GE) onde se aplicou o Pentágulo do Bem Estar com as participantes. Esta experiência foi interdisciplinar, pois neste grupo havia estudantes de diversas áreas, como Nutrição, Psicologia e Odontologia. As diferentes atividades desenvolvidas me motivaram a me envolver em outras atividades direcionadas aos serviços de AB. No ano seguinte, participei como voluntária do PET Saúde da

Família do curso de Educação Física e, na sétima fase, dei início como estagiária neste mesmo programa. Estas oportunidades me aproximaram de variados grupos nos Centros de Saúde da Prefeitura de Florianópolis.

Dentre os grupos dos quais participei, estava o GE. Através da minha experiência neste grupo, percebi que muitos participantes têm hábitos que prejudicam a saúde, e os consideram difíceis de modificar. Para iniciar, então, um estilo de vida saudável é importante o acompanhamento de profissionais capacitados que demonstrem os benefícios destas novas atitudes.

Com isto, é percebida que a implantação deste estudo é relevante para que pessoas com excesso de peso e obesidade compreendam o motivo de ter um estilo de vida mais ativo e saudável. É um momento oportuno para o estudo, visto que o Profissional de Educação Física em Florianópolis foi recentemente inserido (ano de 2008) no NASF (BRASIL, 2009).

### **1.3 Objetivos**

#### **1.3.1 Objetivo Geral**

Analisar o Programa de Emagrecimento do Núcleo de Apoio à Saúde da Família de duas Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário Norte em Florianópolis-SC, a partir do estilo de vida e composição corporal dos participantes adultos e idosos com excesso de peso.

#### **1.3.2 Objetivos Específicos**

Verificar o perfil dos participantes dos grupos de emagrecimento, quanto à idade, sexo, renda, estado civil e presença de comorbidades.

Averiguar as mudanças percebidas pelos participantes dos grupos de emagrecimento em relação aos benefícios para sua saúde.

Caracterizar os componentes do estilo de vida dos participantes dos grupos de emagrecimento.

Comparar a composição corporal dos participantes do grupo de emagrecimento, antes e após a intervenção.



#### **1.4 Delimitação do Estudo**

Fizeram parte desta pesquisa usuários cadastrados no SUS, atendidos pelo NASF e integrantes de grupos com o objetivo de emagrecer. O presente estudo foi desenvolvido pela aplicação de questionários e mensuração de medidas antropométricas durante o segundo semestre de 2012.

## 2. REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 Excesso de peso: obesidade e sobrepeso

Ao iniciar este estudo sobre participantes que querem emagrecer, é interessante ressaltar a definição de alguns termos, no caso, “excesso de peso” e “obesidade” não são sinônimos. O excesso de peso se refere àquele que possui peso corporal acima da média populacional, sendo que pode ser peso elevado de: massa corporal magra, quantidade de gordura corporal ou até estes dois fatores juntos. Já a obesidade está relacionada a pessoas que têm elevadas taxas de gordura corporal (RAMOS, 1997). A obesidade caracteriza-se pelo consumo de energia cumulativamente maior do que o necessário para as atividades diárias, podendo acontecer em qualquer idade (BRAY; BOUCHARD, 2008). Ela é uma doença crônica multifatorial, que resulta da interação de fatores genéticos e ambientais, sendo resultado de maior consumo do que gasto de calorias (NUNES et al., 2002).

Estudiosos destacaram que a obesidade aumentou devido a um maior consumo de lipídios na alimentação, mesmo sem o aumento da ingesta calórica total. Porém, essa explicação não foi totalmente válida, pois nos Estados Unidos a prevalência de obesidade continuou a crescer apesar da ingesta lipídica ter sido reduzida nas duas últimas décadas. A partir de estudos sobre o gasto calórico por meio das atividades físicas, chegou-se a conclusão que os mecanismos de automação, os quais fazem as pessoas pouparem energia, como escadas rolantes, controles remotos e telefones sem fio, estavam (e ainda estão) contribuindo para uma redução do gasto calórico nas atividades da vida diária (AVDs) e, em consequência, conduzindo ao crescimento do sobrepeso e obesidade no mundo contemporâneo (NUNES et al., 2002).

Segundo Nahas (2010), a obesidade pode ocorrer por fatores biológicos, ambientais e comportamentais. As principais causas do aumento de massa corporal são: alimentação muito calórica, falta de exercícios físicos, problemas psiquiátricos que podem levar a uma compulsão por comida, hipotireoidismo, Síndrome de Cushing (produção de cortisona em excesso), disfunções genéticas, vírus ou micróbios e noites mal dormidas. Contudo, menos de 5% dos indivíduos apresentam

problemas hormonais, a maioria tem sobrepeso ou obesidade devido a maus hábitos alimentares (HA) e baixo nível de AF.

Já Bray e Bouchard (2008) citam de outra forma as etiologias que podem causar a obesidade, como: a obesidade hipotalâmica, síndrome de Cushing, hipotireoidismo, síndrome dos ovários policísticos, deficiência do hormônio de crescimento, droga induzida ao ganho de peso, cessação do tabagismo, estilo de vida sedentário, alimentação, fatores psicológicos e sociais, fatores socioeconômicos e étnicos, doenças genéticas e congênitas. E ainda acrescenta que o excesso de peso é mais prevalente em pessoas com menor nível de escolaridade.

De acordo com Stettler et al. (2012), num estudo com adultos afro-americanos acompanhados desde o nascimento; ser do sexo feminino, filho primogênito e possuir Índice de Massa Corporal (IMC) materno elevado, foram fatores de risco precoces encontrados para aumento da adiposidade. Contudo, não foi encontrada associação significativa entre as seguintes variáveis e a adiposidade na vida jovem adulta: peso placentário, ganho de peso na gravidez, educação materna, presença do pai na casa, ou o número de adultos no domicílio e peso ao nascer.

Outro aspecto importante, refere-se a maioria das mulheres obesas ganharem peso depois da puberdade, podendo ser precipitado por alguns fatores, como a gravidez, o contraceptivo oral e a menopausa (BRAY; BOUCHARD, 2008).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera a obesidade um problema mundial, predispondo indivíduos a diversas doenças e morte prematura. De acordo com estudos, no mesmo grupo etário, a mortalidade é maior entre obesos, e a qualidade de vida dos mesmos é bastante reduzida (NAHAS, 2010). Devido a este preocupante quadro, a obesidade vem sendo tratada atualmente como um problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Ao mesmo tempo em que a ocorrência de desnutrição em adultos e crianças declina de maneira acelerada, a prevalência de sobrepeso e obesidade aumenta na população brasileira (FILHO; RISSIN, 2003).

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostram que, no Brasil, um em cada dez adultos é denominado obeso e acredita-se que esta proporção deva aumentar. Já nos Estados Unidos, três em cada dez adultos são obesos, sendo ainda mais preocupante (NAHAS, 2010).

Na fase adulta aumenta-se o peso de gordura, refletindo mudança na alimentação e na atividade física. Já depois dos 50 anos de idade o corpo perde

osso e músculo, porém a gordura corporal continua a ser elevada (HAYWOO; GETCHELL, 2010).

Em relação à velhice, existem poucos idosos que sejam obesos, isto leva a crer que indivíduos obesos tendem a viver menos (NAHAS, 2010). Pícoli, Figueiredo e Patrizzi (2011) obtiveram outra percepção: a massa e a força muscular do abdômen, de membros superiores e inferiores diminuem a partir dos sessenta anos de idade, ocorrendo alterações profundas na composição corporal de cada indivíduo. Há uma redistribuição da gordura, com maior concentração no abdômen que nos membros (HAYWOO; GETCHELL, 2010).

A obesidade reduz a capacidade física e a potência aeróbia. Este fato pode também condicionar o indivíduo obeso a adquirir doenças cardiovasculares, digestivas, renais, diabetes, problemas ortopédicos, hepáticos, entre outros. Dessa forma, é muito comum serem portadores de fatores de risco coronariano, como a hipertensão arterial sistêmica, o diabetes mellitus e os níveis elevados de colesterol e triglicerídeos séricos (SILVA, 1995). Quando um indivíduo se torna obeso, pode apresentar sinais clínicos de diabetes, hipertensão, doença da vesícula biliar ou dislipidemia (BRAY; BOUCHARD, 2008).

Investigações recentes confirmaram que o IMC elevado é um fator de risco para incapacidade física entre os idosos (REJESKI et al., 2010). De acordo com Nahas (2010), o IMC é uma maneira simples e rápida de se determinar se a massa corporal de uma pessoa está dentro do recomendado para a saúde. Porém, não serve para todos os casos, pois o IMC representa uma estimativa da composição corporal para indivíduos de 18 a 65 anos e não atletas, pois neste caso, a musculatura desenvolvida pode ser confundida como excesso de gordura. Por isso, seria interessante o profissional de educação física combinar mais de um método de avaliação, como por exemplo: IMC e medidas de dobras cutâneas (DC).

O IMC é calculado através da razão entre a massa corporal (em quilogramas) pela estatura (em metros) ao quadrado. A OMS propôs uma classificação para os indivíduos adultos: quando o resultado do IMC for inferior a 18,4 o indivíduo está com baixo peso, se for de 18,5 até 24,9 está na faixa recomendável, de 25 até 29,9 está com sobrepeso, de 30 até 34,9 está com obesidade I, de 35 até 39,9 está com obesidade II, e quando o resultado for 40 ou mais, o indivíduo está com a obesidade III, também chamada obesidade mórbida (NAHAS, 2010).

Quanto às medidas de DC, é uma maneira prática e barata de realizar a mensuração e identificar o percentual de gordura corporal de um sujeito. As dobras são pinçadas em pontos pré-determinados (medidas em milímetros), posteriormente os valores obtidos são repassados para equações, as quais irão trazer através dos resultados o percentual de gordura. Segundo Nahas (2010), a faixa de gordura recomendável para homens é de 10 a 18% e 16 a 25% para mulheres. Considera-se risco para a saúde, o homem que tenha percentual de gordura igual ou superior a 25% e a mulher igual ou superior a 32%.

## **2.2 Estilo de vida e obesidade**

No país a maioria dos casos de mortalidade em adultos ocorre através de doenças não transmissíveis, sendo que a obesidade é a que traz maior risco para o adoecimento deste grupo. Para promover a saúde e reduzir a morbimortalidade é importante prevenir e obter o diagnóstico precoce da obesidade, não só por ser um fator de risco para outras doenças, mas também por interferir na duração e na qualidade de vida de indivíduos (BRASIL, 2006).

Para a promoção da saúde da população merece destaque comportamentos como alimentação saudável, prática regular de atividades físicas e suspensão do hábito de fumar (BRASIL, 2006). Nahas (2010) também comenta que o melhor método para manter ou reduzir a gordura corporal é através de uma dieta balanceada e um estilo de vida mais ativo, porém estas alterações de comportamentos devem ser permanentes. Mudar comportamentos e hábitos prejudiciais à saúde não é tão simples, precisa-se de disciplina, persistência, determinação e equilíbrio entre os estados físico, funcional, psicológico, social e fatores econômicos (CAVALCANTI et al., 2011).

Um estilo de vida mais ativo pode trazer vários benefícios, como a diminuição dos riscos de morte por doenças cardíacas, morte prematura por todas as causas, desenvolver casos de diabetes e a hipertensão; contribuir no controle da pressão arterial em indivíduos hipertensos e no desenvolvimento e manutenção de ossos, músculos e articulações saudáveis, reduzir a sensação de depressão e ansiedade, auxiliar no controle da massa corporal, promover a autoestima e o bem-estar psicológico, auxiliar na manutenção da força muscular e do equilíbrio de idosos e na autonomia e independência dos mesmos. Mas, para uma pessoa considerada

sedentária ou irregularmente ativa seguir um estilo de vida mais ativo é de extrema importância o apoio dos familiares e amigos (NAHAS, 2010).

Já um estilo de vida sedentário diminui gastos de energia podendo ocorrer o aumento do peso. Nos Estados Unidos, e em outros países também, o tempo gasto na frente da televisão está relacionado com o grau de obesidade em crianças e o número de automóveis com o grau de obesidade em adultos (BRAY; BOUCHARD, 2008).

Para o tratamento da obesidade há influências culturais que vão além da imagem corporal ou variáveis de AF, mas também percepções e prioridades no domínio da saúde em geral, como através da alimentação e mudanças de comportamentos. As condições de vida, recursos sociais e econômicos, alimentação e prática de AF e algumas atitudes variam entre grupos étnicos, levando a possíveis diferenças nas motivações de perda de peso e na forma que programas de tratamento da obesidade serão recebidos e aderidos. É relevante a receptividade psicossocial à restrição alimentar, questões de imagem corporal, a congruência entre as recomendações de mudança de comportamento e hábitos costumeiros, viabilidade de alterações recomendadas, e o suporte da comunidade para comer menos calorias ou aumentar a AF (BRAY; BOUCHARD, 2008).

A intervenção comportamental em combinação com dieta e exercício físico produz moderadamente, em longo prazo, a manutenção da perda de peso e melhora da qualidade física e mental da vida. Então, é possível melhorar a saúde relacionada à qualidade de vida através de intervenções comportamentais (BLISSMER et al., 2006).

### **2.2.1 Nutrição**

No Brasil o Ministério da Saúde está buscando estimular uma alimentação saudável, pois a população está consumindo excessivamente açúcar, sódio e gorduras saturadas, seguindo uma dieta com alimentos de baixo teor de nutrientes e com muitas calorias tanto dentro como fora de casa. Há um aumento no consumo de refrigerantes e refrescos, e uma diminuição de frutas, verduras, legumes e fibras. Estes fatores foram demonstrados através da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) de 2008-2009, financiada pelo Ministério da Saúde e conduzida pelo IBGE (MUNIZ; GARCIA, 2011).

Este tipo de alimentação pode provocar excesso de peso e obesidade e a distribuição de gordura no corpo pode levar o indivíduo ao risco de adoecer e morrer. Com o tempo, podem ocorrer alterações ósseas, redução da massa corporal magra e estatura, modificação na quantidade e distribuição do tecido adiposo (BRASIL, 2006).

Foi descoberto que o conhecimento nutricional oferece esperança na redução dos riscos de muitos tipos de incapacitação e de mortes por doenças crônicas para aqueles que seguem uma dieta prudente. Este conhecimento, com seu potencial para melhorar a saúde humana, tornou-se conhecido para o público através da cobertura da mídia. A nutrição, então, tornou-se um assunto interessante para o público em geral e para discussão (BRAY; BOUCHARD, 2008).

Caso haja a presença de alguma doença como diabetes, hipertensão, colesterol alto ou se o indivíduo precisa de orientação nutricional específica, o ideal é procurar por um nutricionista. Em geral, para pessoas saudáveis acima de dois anos existem algumas orientações básicas sobre alimentação que podem ser seguidas. Seriam estas: fazer três refeições (café da manhã, almoço e jantar), e dois lanches por dia sem pular as refeições e escolhendo alimentos mais saudáveis. Incluir todos os dias seis porções de cereais, tubérculos e raízes, três porções de legumes e verduras nas refeições e três porções ou mais de frutas em sobremesas e lanches (BRASIL, 2012b).

O arroz e o feijão formam uma combinação completa de proteínas, então o recomendado é comer estes alimentos pelo menos cinco vezes por semana. Ingerir três porções de leite e derivados e uma porção de carnes, aves, peixes ou ovos diariamente, sendo importante retirar a gordura aparente das carnes e a pele das aves até mesmo antes de serem preparados, se possível. Consumir no máximo uma porção de óleos vegetais, azeite, manteiga ou margarina por dia (BRASIL, 2012b).

Evitar a ingestão de bolos, biscoitos doces e recheados, sobremesas doces e alguma outra guloseima, refrigerantes e sucos industrializados. Diminuir a quantidade de sal na comida e o consumo de alimentos industrializados que contêm muito sódio, como hambúrguer, presunto, linguiça, salgadinhos, molhos e temperos prontos, por exemplo. Beber no mínimo dois litros de água diariamente, principalmente nos intervalos das refeições (BRASIL, 2012b).

É importantíssimo ter atenção quanto aos rótulos dos alimentos para escolher os que têm menores quantidades de gorduras trans. De modo geral, torna-se a vida

mais saudável, mantendo o peso dentro do recomendado, praticando exercícios por pelo menos trinta minutos todos os dias e evitando bebidas alcoólicas e o fumo (BRASIL, 2012b).

Há vários fatores associados à dieta que poderiam contribuir para o aumento do sobrepeso e obesidade dos brasileiros, como visto na análise de Mendonça e Anjos (2004): migração interna, alimentação fora de casa, aumento na oferta de refeições rápidas (*fast food*), maior uso de alimentos industrializados e processados. Estes aspectos estão diretamente relacionados à renda das famílias e ao valor sociocultural que os alimentos vão apresentando para a sociedade.

Como resultados de industrialização, o alimento torna-se cada vez mais disponível, enquanto a necessidade calórica do indivíduo diminui. Durante grande parte desta era da industrialização, no século XX, as políticas governamentais estavam mais preocupadas com questões econômicas do que problemas nutricionais. A escolha da população quanto à comida industrializada foi ditada por fatores de mercado tradicionais, como sabor, preço e conveniência; mas as questões nutricionais não eram um fator determinante, além da subsistência (BRAY; BOUCHARD, 2008).

### **2.2.2 Atividade Física**

Para abordar o conteúdo sobre a AF, é interessante compreender seu conceito. A AF se caracteriza por um movimento corporal voluntário com um gasto de energia acima dos níveis de repouso, incluindo atividades domésticas, de trabalho, de deslocamento e de lazer. Ela reduz o risco de o indivíduo desenvolver doenças crônicas, principalmente as cardiovasculares (NAHAS, 2010).

Antes de iniciar um programa de atividades físicas, o indivíduo obeso deve fazer um exame médico para saber como está sua saúde, pois geralmente sua doença está relacionada com outros problemas, como diabetes, hipertensão, doenças cardíacas e problemas osteoarticulares (NAHAS, 1999).

A maioria destes sujeitos adquiriu o excesso de peso após um longo período de sedentarismo e alimentação inadequada, fazendo com que a massa corporal não seja reduzida tão rapidamente. Sendo assim, a motivação para que eles não desistam é essencial (NAHAS, 2010).



Uma questão epidemiológica relevante é o papel importante que a AF parece ter frente os efeitos deletérios que a obesidade e o ganho de peso em curto prazo têm sobre a incapacidade física (REJESKI et al., 2010).

É importante observarmos que produtos tecnológicos, mecanismos poupadores de energia, são necessários para o nosso conforto, segurança e agilidade em alguns processos que não aconteceriam sem eles. Porém, a dificuldade está em aproveitar esses avanços sem perder a qualidade de vida que podemos conseguir e sem nos tornarmos menos ativos favorecendo a obesidade (NAHAS, 2010). Então, é essencial fazer exercícios físicos, pois eles podem modificar a composição corporal, aumentar a densidade óssea e a massa muscular e diminuir os depósitos de gordura (NAHAS, 1999).

A influência da mídia, que expõe corpos esbeltos e define padrões de beleza, faz com que muitas pessoas busquem programas de exercícios para atingir metas impossíveis para a maioria. Dentre os motivos mais citados para se exercitar, são: controle da massa corporal, estética, diversão, melhora da autoestima, socialização e prevenção ou controle de hipertensão e doenças cardiovasculares (NAHAS, 2010). Mas, conforme o indivíduo vai envelhecendo, a AF habitual tende a diminuir. Muitos não têm a oportunidade de fazer as aulas de Educação Física na escola, não recebendo orientações suficientes que possam orientá-los a uma vida mais saudável e ativa (NAHAS, 2010).

Ao prescrever exercícios físicos para pessoas obesas, devemos tomar cuidados, pois geralmente são sedentárias há muito tempo, podendo ocorrer lesões ortopédicas durante o exercício. Desta forma, a progressão da intensidade, duração e frequência das atividades deve ser lenta e gradual, dando menos ênfase ao primeiro item - pelo menos na etapa inicial do programa de exercícios (SILVA, 1995).

O programa de exercícios deve respeitar a individualidade biológica, e para a utilização da gordura como substrato energético, as atividades devem ser preferencialmente aeróbicas com longa duração (acima de 30 minutos) e intensidade moderada ou vigorosa (estando abaixo do limiar anaeróbio), como por exemplo: hidroginástica, caminhada e a ginástica aeróbica de baixo impacto (NAHAS, 1999 e SILVA, 1995).

Exercícios moderados tendem a diminuir a fome e a manter o metabolismo elevado por várias horas após o exercício. O imprescindível é que o indivíduo dê regularidade a estas atividades semanalmente (de 5 a 7 vezes semanais). Um ponto

importante para ressaltar é que os exercícios localizados não são indicados para perder peso (NAHAS, 2010).

Tanto exercícios aeróbios como exercícios com pesos parecem aumentar a demanda energética depois do exercício. Os exercícios com pesos contribuem para o controle do peso corporal pelo: aumento do gasto calórico, da massa magra, da taxa metabólica de repouso, e pelo consumo de oxigênio pós exercício (EPOC). Dessa forma, há a redução do percentual de gordura corporal, auxiliando em um emagrecimento seguro e saudável (HAUSER; BENETTI; REBELO, 2004).

A execução de exercícios realizados em intensidades maiores parece ser tão ou mais eficiente para a perda de peso do que exercícios de baixa intensidade, já que garante um considerável gasto calórico durante o exercício, adaptações cardiovasculares e metabólicas mais eficientes, trazendo benefícios à saúde do indivíduo. Então, nota-se ser interessante aumentar progressivamente a intensidade e/ou a duração do exercício, tornando o exercício intermitente (HAUSER; BENETTI; REBELO, 2004).

Embora seja bem reconhecido que a AF é um elemento importante para perda de peso devido ao gasto de energia, raramente os cientistas defendem o papel protetor que o aumento da AF tem para neutralizar os efeitos negativos que o aumento do IMC têm sobre a mobilidade, AVDs e atividades instrumentais da vida diária (AIVDs). Em grande parte, essa falta de reconhecimento é mais provável, devido ao fato de que muito pouca atenção tem sido dada às intervenções de perda de peso para tratar a incapacidade física em idosos (REJESKI et al., 2010).

No estudo de Rejeski et al. (2011) e de Villareal et al. (2011) foi mostrado que para obter um efeito favorável sobre a mobilidade e o comprometimento funcional de idosos obesos que estão em risco de ter ou tenham doença cardiovascular ou disfunção cardiometabólico, a AF deve ser conjugada com perda de peso. Outro dado interessante é que os idosos com várias comorbidades existentes respondem favoravelmente às intervenções de AF (REJESKI et al., 2011).

### **2.3 Grupos de Emagrecimento**

A ESF é a porta de entrada de um sistema de saúde responsável por um determinado território e uma população delimitada, oferece atenção integral e de qualidade, já que conhece o perfil epidemiológico e demográfico das pessoas de sua

área de atuação. Portanto, pode intervir sobre os fatores de risco expostos à comunidade (BRASIL, 2009).

Tais equipes atuam nas Unidades Básicas de Saúde da Família, nas residências ou nos espaços comunitários, que são referentes ao território que ficaram responsáveis. Quanto à população, cada equipe se encarrega de acompanhar até quatro mil pessoas de uma determinada área. As equipes são formadas geralmente, por no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo ser ampliadas com a equipe de Saúde Bucal (BRASIL, 2009).

A Portaria GM/MS nº 154, criada em 2008, integra políticas nacionais que são desenvolvidas pelo NASF, como: de AB, de Promoção da Saúde, de Integração da Pessoa com Deficiência, de Alimentação e Nutrição, de Saúde da Criança e do Adolescente, de Atenção Integral à Saúde da Mulher, de Práticas Integrativas e Complementares, de Assistência Farmacêutica, da Pessoa Idosa, de Saúde Mental, de Humanização em Saúde e da Política Nacional de Assistência Social. Estes profissionais do NASF devem trabalhar de forma multidisciplinar e integrada às equipes de SF (BRASIL, 2009).

É fundamental para os profissionais do NASF, conhecer os fatores de morbimortalidade do território, conhecer quais as dificuldades e as facilidades de atuação da equipe da Saúde da Família, atividades desenvolvidas na comunidade. Devem ser apoiados os grupos existentes na unidade, como o de caminhada, dança ou ginástica e procurar também informações sobre outras iniciativas nesse âmbito (BRASIL, 2009).

Existem dois modelos de grupo de educação em saúde, o grupo fechado e o grupo aberto. O modelo de grupo fechado delimita os participantes e o tempo que o grupo vai existir, mas com certa flexibilidade, dependendo do interesse do grupo. Com isto, pode haver um vínculo de confiança por causa do convívio, reforçando maiores trocas de experiências e as informações não ficam se repetindo por serem os mesmos participantes. Já o modelo de grupo aberto há a variabilidade do tempo e rotatividade dos participantes, podendo impedir o aprofundamento de alguns temas, pois as informações são repetidas em função dos novos indivíduos que aparecem no grupo. Todavia, facilita um contato com novas vivências (BRASIL, 2006).

Mesmo contendo diferenças nos modelos de grupo, existem algumas questões que devem ser inseridas, como cidadania, autonomia e liberdade, para que os participantes dos grupos se vejam como atuantes, e não só como ouvintes. Os temas e as questões devem ser transmitidos de forma simples, favorecendo a aprendizagem, fazendo com que o grupo reflita e avalie de acordo com suas experiências. Desta forma, as informações são exploradas conforme o profissional vai percebendo as necessidades do grupo. As propostas de intervenção desenvolvidas pela AB para a perda de peso devem ser guiadas através dos conhecimentos presentes na sociedade sobre os fatores alimentação, corpo, AF e saúde (BRASIL, 2006).

No estudo de Wadden et al. (2011), os participantes que receberam aconselhamento sobre estilo de vida tiveram melhorias na circunferência da cintura e nos níveis do colesterol HDL e triglicérides em uma ou mais avaliações. A pesquisa mostrou também que a combinação de visitas trimestrais de prestadores de cuidados primários com ensinamentos sobre o estilo de vida mensal fornecidos por médicos assistentes não aumentou significativamente a perda de peso, em comparação com as visitas individuais dos prestadores de cuidados primários.

Sobre a obesidade e a AB à saúde, percebe-se que a acessibilidade para ir ao escritório do médico, já começa sendo um aspecto crítico para o paciente obeso. Limitações de instalações incluem difícil acesso para estacionamentos ou escadas, portas estreitas e corredores, e banheiros apertados. Cadeiras de largura padrão e apoios para os braços não acomodam confortavelmente pacientes moderadamente ou severamente obesos (BRAY; BOUCHARD, 2008).

Orsi et al. (2008) demonstraram através do questionário HAQ-20, como a obesidade prejudica a autonomia das pessoas de outra forma. Relataram que mulheres obesas tinham maior dificuldade em realizar tarefas cotidianas que envolviam a movimentação da região abdominal, como por exemplo: vestir-se, amarrar os sapatos, curvar-se para pegar roupas no chão, varrer, deitar-se e levantar-se da cama, tomar banho e enxugar-se.

Desde que a obesidade está associada com um aumento do risco de vários problemas de saúde, pacientes obesos também são mais propensos a apresentar doenças silenciosas, como hipertensão, dislipidemia, diabetes tipo 2, síndrome metabólica, ou com muitas reclamações que requerem maior atenção médica. Para

iniciar um tratamento então, quem coordena deve estar consciente destes aspectos (BRAY; BOUCHARD, 2008).

O nível de AF atual do paciente é importante para determinar o ponto de partida para as recomendações de exercícios. Alguns indivíduos podem ser completamente sedentários, enquanto outros vigorosamente ativos. Fornecer a mesma recomendação para ambos (sedentário e ativo) seria inapropriado. Da mesma forma, o nível de compreensão do paciente de nutrição irá determinar se a educação nutricional deve ser ensinada de maneira básica ou mais sofisticada. Isto é crucial para ajudar o paciente a obter o máximo de cada sessão, pois o material avançado demais não será retido pelo paciente, e o material muito básico será desestimulante (BRAY; BOUCHARD, 2008).

O tratamento da obesidade é contraindicado para mulheres grávidas, pessoas com anorexia nervosa ou com alguma doença terminal. A decisão de tentar um tratamento para perder peso deve considerar se o paciente está preparado para fazer mudanças no estilo de vida, pois tem que se esforçar para perder peso. O interessante é que até uma pequena perda de peso já pode reduzir a gordura visceral e melhorar as condições de comorbidades. A manutenção do peso, conseguida através de mudanças na dieta, AF e comportamento, deve ser prioridade após os seis primeiros meses da perda de peso (BRAY; BOUCHARD, 2008).

### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1 Caracterização da Pesquisa**

Segundo Silva (2011), quanto à natureza, a pesquisa é aplicada, tendo o objetivo de gerar conhecimentos para a aplicação prática. Em relação à abordagem do problema, trata-se de uma pesquisa quantitativa, pois utiliza de técnicas estatísticas para análise das coletas de dados.

Quanto aos objetivos, é uma pesquisa descritiva, em que foram observados, registrados e analisados fatos ou variáveis sem alterá-los, ou seja, foi feita a descrição das características dos participantes dos GE. No que se refere aos procedimentos técnicos, é uma pesquisa empírica, de caráter exploratório, para proporcionar maior familiaridade com a pesquisa (SILVA, 2011).

#### **3.2 Questões Éticas**

Primeiramente, foi enviada uma declaração de concordância com o estudo (Apêndice 1, na página 71) para a Secretária da Rede Municipal de Saúde de Florianópolis, Santa Catarina. Em seguida, o projeto foi encaminhado para aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina, atendendo a Resolução CNS 196/96<sup>o</sup>, e posteriormente a aprovação do CEPSH (Protocolo 128.528).

Encaminhou-se o instrumento para as preceptoras dos Centros de Saúde analisarem e autorizarem a aplicação do questionário. Aos participantes dos GE foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para após leitura e esclarecimentos informarem se concordariam ou não em participar do estudo (Apêndice 2, na página 72).

### **3.3 Amostra**

A amostra foi constituída por indivíduos com sobrepeso ou obesidade, participantes dos GE de dois CS, nos quais foram autorizados a realização do estudo, localizados no Distrito Sanitário Norte de Florianópolis-SC. Os grupos eram do tipo fechado e coordenados pela equipe do NASF, uma nutricionista e uma profissional de Educação Física. Composto por três encontros quinzenais, em que abordavam temas de alimentação e atividade física, e os coordenadores responsáveis aceitaram contribuir com a pesquisa.

### **3.4 Instrumento de Coleta de Dados**

Foi utilizado um questionário (Anexo 1, na página 65) composto por 50 questões, com respostas objetivas, sobre o estilo de vida das pessoas que participaram dos GE do NASF.

O questionário foi construído a partir de outros instrumentos previamente utilizados em população adulta, sendo estes: Perfil do estilo de vida individual (NAHAS; BARROS; FRANCALACCI, 2000); Estilo de vida e hábitos de lazer dos trabalhadores da indústria (NAHAS, 2009); Questionário do estudo Perfil da aptidão física e dos indicadores de saúde e qualidade de vida de estudantes de Educação Física – PAFIS (SOUSA et al., 2009).

A percepção dos participantes sobre o programa de emagrecimento foi analisado, após a intervenção, por meio de um questionário composto por questões subjetivas (Apêndice 3, na página 73).

### **3.5 Variáveis do estudo**

#### **3.5.1 Condições Sociodemográficas**

Este item contém os dados de identificação do participante, em que foi questionado o sexo, a idade, o estado civil, sendo categorizado por com companheiro (casado) e sem companheiro (viúvo, divorciado e solteiro), e a renda familiar bruta, que teve como base o salário de R\$ 622,00.

### **3.5.2 Histórico de Saúde**

Foram identificadas as principais patologias e há quanto tempo o entrevistado recebeu o diagnóstico (em anos).

### **3.5.3 Grupo de Emagrecimento**

Esta variável apresenta questões subjetivas para que o indivíduo possa esclarecer, como por exemplo: como ele soube deste grupo, se acredita que o grupo pode ajudar pessoas com sobrepeso, se contribuirá para sua saúde e se acredita ser importante a prática de exercícios físicos dentro do grupo. Informações semelhantes foram averiguadas antes e após a intervenção.

### **3.5.4 Atividade Física**

A variável Atividade Física foi dividida em dois componentes: Atividade Física no Lazer e Determinantes da Atividade Física.

Na Atividade Física no Lazer (AFL), tem questionamentos sobre a frequência semanal e o tipo de atividade que o indivíduo tem realizado nas duas últimas semanas.

No componente de Determinantes da Atividade Física, aborda quanto a dificuldade que a pessoa encontra para a prática de atividades físicas no lazer e se está realizando as atividades acompanhada ou não nas duas últimas semanas; como gostaria de estar realizando (sozinha, com parceiro ou em grupo, por exemplo) e qual o local mais frequentado para realizar as atividades físicas de lazer.

Para definição do comportamento saudável para este componente foi utilizada a questão sobre a frequência semanal de AF, partindo da recomendação mínima de três vezes por semana (HASKELL et al., 2007).

### **3.5.5 Hábitos Alimentares**

Esta variável determina como o indivíduo costuma se alimentar. Para isso foram realizadas perguntas como, em quantos dias da semana: toma café da manhã, consome frutas ou toma sucos naturais, verduras ou saladas verdes, sendo considerado como comportamento positivo o consumo mínimo de três vezes por semana. A ingestão de carne vermelha gordurosa ou frango com pele, salgadinhos



ou doces, e toma refrigerante também foi averiguada. Para estes itens o consumo considerado como positivo foi até duas vezes na semana.

As recomendações foram baseadas nos 10 passos para uma alimentação saudável, disponível no Guia Alimentar cedido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012b). A combinação de quatro ou mais questões com resultados positivos referentes aos HA, indicaram um comportamento saudável.

### **3.5.6 Controle do Estresse**

Este item refere-se ao controle que a pessoa tem sobre ela mesma. Será considerado o tempo reservado para relaxar todos os dias, capacidade de manter a calma durante uma discussão, equilíbrio do tempo para o trabalho/estudo e para o seu lazer, caso evita reduzir o horário de almoço/lanche para realizar tarefas de estudo/trabalho, caso evita comer demasiadamente por razões emocionais e se busca organizar-se e priorizar suas tarefas. Por fim, é questionado como o participante classificaria o nível de estresse na sua vida.

As respostas equivalentes às categorias “quase sempre” e “sempre” nestas questões indicaram comportamentos positivos, entretanto as opções “nunca/raramente” e “às vezes” representam comportamentos negativos. As pessoas que responderam de forma positiva para quatro ou mais questões, indicaram um comportamento saudável.

### **3.5.7 Comportamento Preventivo**

Quanto aos comportamentos preventivos, a intenção foi verificar o quanto a pessoa se previne contra possíveis doenças e comportamentos. Foram investigados comportamentos como o hábito de fumar, doses de bebidas alcoólicas ingeridas em uma semana normal e nos últimos trinta dias, se frequentemente usa protetor solar, boné ou chapéu ou alguma outra proteção contra o sol e a frequência que considera dormir bem. Para estas questões foram considerados como comportamento positivo para a saúde a pessoa nunca ter fumado ou ter parado há mais de dois anos; a ingestão de até sete doses de bebidas alcólicas na semana, não ingerir mais de

cinco doses numa mesma ocasião; o uso de proteção ao sol e a frequência que dorme bem como sempre ou quase sempre.

Foi questionado também se alguém da área da saúde já disse que tem pressão alta, colesterol alto ou diabetes, ou se sofreu algum tipo de lesão que possa interferir na prática de exercícios, bem como com que frequência a pessoa sente dores de cabeça. Para a última questão foi considerado como comportamento de saúde positivo às respostas “às vezes” e “nunca/raramente” e como comportamento negativo as opções “sempre” e “quase sempre”.

Definiram-se como comportamentos saudáveis neste componente as respostas positivas em três ou mais questões referentes ao comportamento positivo, sendo que foram desconsideradas para classificação aquelas referentes a doenças e lesões.

### **3.5.8 Relacionamentos**

Esta variável abrange relacionamentos (REL) não só com pessoas, mas com tudo que existe no ambiente ao redor do ser humano. Para saber mais sobre isso, houve questionamentos, como: se o participante busca estar em contato com a natureza, cultivar amizades e se está satisfeito com seus REL. Se procura ser ativo em sua comunidade, sentindo-se útil no ambiente social, e busca cultivar bons REL com colegas de turma/trabalho; se aprecia as pequenas coisas da vida e sente satisfação com a vida que leva.

Para todas as questões as opções “sempre” ou “quase sempre” foram consideradas como comportamentos de saúde positivos e as opções “nunca” e “às vezes” foram definidas como negativas. O comportamento saudável para este componente foi indicado pela resposta positiva para três ou mais questões deste componente, REL.

### **3.5.9 Controle da Massa Corporal**

Medidas adotadas pelo participante para a perda de peso foi um aspecto importante para ser analisado, bem como a percepção de saúde atual. Também foi analisado como o participante classifica sua aptidão física comparado com outras

pessoas de sua idade e sexo. Estas informações foram averiguadas antes e após a intervenção.

### **3.5.10 Composição Corporal**

Todas as seguintes informações foram averiguadas antes e após a intervenção. Algumas variáveis da composição corporal foram medidas, como o peso aferido, por meio da Balança G-Tech; a estatura aferida pelo Estadiômetro com escala de 0,1 cm; as circunferências da cintura e do quadril por uma fita métrica de marca Butterfly, com escala de 0,1 cm, e as DC tricipital e subescapular medidas através do Adipômetro Mitutoyo.

O peso foi medido apenas uma vez com o avaliado na posição ortostática em cima da plataforma, sendo que ele deve subir colocando um pé de cada vez e estar com a menor quantia de roupa possível. Já a estatura foi medida com o avaliado de pés descalços e unidos, na posição ortostática. O cursor tocou o ponto mais alto de sua cabeça e a mensuração foi realizada no final de uma inspiração. Foram feitas três medidas, considerando a média das mesmas; para cada medida, o avaliado precisou sair e retornar à posição (PETROSKI, 2007).

As circunferências podem fornecer estimativas indiretas de estado nutricional e níveis de gordura e facilita o estudo da composição corporal (PETROSKI, 2007). Para mensurar a circunferência da cintura, a fita métrica deve envolver a região abdominal do avaliado o ponto médio entre a última costela e a borda superior da crista ilíaca (TAYLOR et al., 2000). A leitura foi feita após uma expiração normal. Enquanto que a medida da circunferência do quadril foi realizada na porção mais volumosa da região glútea. O avaliado permaneceu em pé, na posição ereta e com os braços relaxados ou com as mãos apoiadas na cintura; e o avaliador posicionou-se à direita do indivíduo que foi avaliado (PETROSKI, 2007).

As DC foram medidas com os participantes em posição ereta e os braços estendidos e relaxados. O avaliador separou o tecido adiposo ou subcutâneo do muscular através dos dedos polegar e indicador da mão esquerda (o avaliador era destro), e assim que posicionou o adipômetro na posição correta, foi aguardado dois segundos para fazer a leitura. As dobras foram medidas no lado direito, por três vezes, e sendo feito o cálculo da média.

A dobra tricipital foi medida na parte posterior do braço no ponto médio entre o processo acromial da escápula e o processo do olécrano da ulna; foi pinçada a

dobra verticalmente ao eixo longitudinal. A dobra subescapular foi medida dois centímetros abaixo do ângulo inferior da escápula e pinçada diagonalmente em ângulo de 45° (PETROSKI, 2007).

O percentual de gordura foi estimado pela equação antropométrica sugerida por Slaughter et al. (1988), específicas para o sexo e a idade. Em relação à sua classificação: para mulheres de 18 a 25 anos, é considerado nível abaixo da média de 26 a 28% de gordura, ruim de 29 a 31% e muito ruim de 33 a 43%. Para mulheres de 26 a 35 anos, é considerado abaixo da média de 27 a 29%, ruim de 31 a 33% e muito ruim de 36 a 49%. Mulheres com idade de 36 a 45 anos é considerado abaixo da média 30 a 32%, ruim de 33 a 36% e muito ruim de 38 a 48%. De 46 a 55 anos, é considerado abaixo da média de 32 a 34%, ruim de 35 a 38% e muito ruim de 39 a 50%. De 56 a 65 anos é considerado abaixo da média de 33 a 35%, ruim de 36 a 38% e muito ruim de 39 a 49% (POLLOCK; WILMORE, 1993).

### **3.6 Procedimentos de Coleta de dados**

Foram coletados os dados do questionário pré intervenção no segundo semestre de 2012, no primeiro dia de cada grupo. Após orientação sobre cada seção do instrumento, o mesmo foi entregue a todos os participantes para ser preenchido em sua residência, sendo agendada a última reunião para a entrega do questionário. Durante este período foi realizado o contato telefônico com os sujeitos da pesquisa para esclarecimentos de dúvidas quanto às questões, caso houvesse.

As mensurações antropométricas foram realizadas no primeiro e no último dia do grupo, sendo que normalmente houve um avaliador para aferir o peso e a estatura e outro para aferir as circunferências de cintura e quadril e mensurar as DC tricipital e subescapular. No último encontro os participantes além das medidas, respondiam ao questionário pós-intervenção (Apêndice 3, na página 73) para identificar as mudanças percebidas.

Todos os procedimentos foram realizados nas dependências dos CS, autorizado previamente pelos profissionais de saúde responsáveis. Os materiais e instrumentos foram cedidos pelo Núcleo de Cineantropometria e Desempenho Humano (NuCiDH), da UFSC.

### 3.7 Análise Estatística

Para caracterizar o perfil dos participantes de GE do NASF, foram utilizadas medidas descritivas de frequência absoluta e relativa. Para as questões qualitativas investigadas antes e após a intervenção foi realizada a comparação das proporções para identificar as possíveis mudanças proporcionadas pela intervenção na percepção de saúde, na aptidão física e nas estratégias adotadas para controle e redução de peso, utilizando-se o Programa MedCalc.

As variáveis antropométricas investigadas, antes e após a intervenção, foram medidas a partir do Teste T de *Student*, por meio do Programa *Statistical Package of Social Sciences*, versão 15.0. O teste de Normalidade dos dados utilizados foi o *Shapiro Wilk*, tendo em vista que o número de participantes do grupo foi inferior a 50 sujeitos. Cabe ressaltar que todos os dados apresentaram distribuição normal. Destaca-se que para todas as análises foi adotando o nível de significância de 5%.

### 3.8 Limitações do estudo

As principais limitações do estudo referem-se ao modo de preenchimento do questionário, pois devido ao tempo disponível, o mesmo era entregue para preenchimento no domicílio. Mesmo sendo realizadas ligações após a entrega, alguns indivíduos responderam de maneira inapropriada algumas questões ou as deixaram em branco. Acredita-se que esta falha ocorreu pelo fato do questionário conter muitas questões ou pelo entrevistado ter dificuldade na compreensão das perguntas. Em menor parcela, ocorreram casos de alguns esquecerem o questionário no domicílio, contudo mesmo após agendamento em dias e horários diferentes, não foi possível recolher o material. Como não conhecemos os integrantes do grupo, pode ser que o analfabetismo possa ter colaborado para a não entrega dos questionários.

Outro fator a ser destacado é o horário em que um dos grupos acontecia, que era das 9 horas até às 11 horas. Logo depois deste horário, período em que eram realizadas as medidas antropométricas e entrega do questionário da pesquisa, muitos já se ausentavam justificando ser próximo ao horário de preparo do almoço ou de buscar os filhos na escola. Enfim, como os participantes não sabiam que

haveria a pesquisa, muitos já tinham marcado outros compromissos, diminuindo o número de participantes no estudo.

Quanto aos resultados, podem mudar conforme a região ou CS, e como houve tempo curto entre a coleta pré e pós intervenção, pode ser que não possibilite encontrar resultados diferentes.

#### 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa 24 pessoas integrantes dos GE de duas Unidades Básicas de Saúde do distrito sanitário norte de Florianópolis, sendo todas do sexo feminino. No estudo de Silva, Pereira e Costa (2011) foi observada uma diferença entre os gêneros quanto à procura por serviços de saúde. As mulheres buscaram mais por serviços preventivos do que os homens que, por sua vez, procuraram os mesmos por motivo de doença.

A média de idade foi de 46,2 ( $\pm 9,9$ ) anos, a maioria tinha companheiros (73,9%) e possuía renda familiar bruta de até três salários mínimos (64,7%).

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2008, conforme as classes de rendimento mensal da população aumentavam, diminuía o número de pessoas que procuravam o serviço público de saúde e aumentava a procura por consultório particular. Observou-se que 77,2% das pessoas com rendimento mensal de até  $\frac{1}{4}$  do salário mínimo procuraram o serviço público de saúde, enquanto que entre as pessoas com rendimento superior a 5 salários mínimos este percentual foi de 4,8% (IBGE, 2010).

De acordo com a pesquisa da Confederação Nacional da Indústria de 2012, feita nas regiões Norte/Centro-Oeste, Nordeste, Sudeste e Sul, entre as pessoas que recebem até um salário mínimo, 80% utilizam somente o serviço público. A maioria das pessoas que recebe até cinco salários mínimos usam somente o serviço público. Já entre aqueles que recebem de cinco a dez salários, 27% utilizam somente o serviço público, 23% igualmente o serviço público e privado e 26% somente o serviço privado. A maioria dos que recebem mais de 10 salários mínimos usa somente o serviço privado (39%) (BRASIL, 2012c).

Ao saber que o grupo tem maior participação de adultos, pode-se planejar reuniões para esta faixa etária, sabendo os principais interesses, patologias e objetivos para atingir este público e elaborar estratégias de permanência das pessoas até o final dos encontros.

No estudo foi avaliado que a maioria das participantes possui renda mensal de até três salários mínimos, este é um retrato observado também na população em geral que utiliza somente o serviço público (BRASIL, 2012c).

Nota-se a necessidade de ampliação dos serviços de saúde pública, bem como sua qualificação, para não restringir seu acesso a uma determinada classe social, garantindo assim o direito constitucional da saúde. Seria interessante elaborar mais planos de prevenção em todas as Unidades Básicas de Saúde e meios de divulgação, para reduzir os índices de hospitalizações e conscientizar a população sobre os tipos de assistência oferecida em cada nível de atenção em saúde.

Por causa da renda familiar dos GE, é importante que os coordenadores não incentivem práticas que requeiram altos custos, tanto para compra de materiais, como para a utilização do serviço, incentivando principalmente atividades que possam ser realizadas em locais públicos.

No mundo e no Brasil as doenças crônicas não transmissíveis têm sido um desafio para a saúde pública e carece definitivamente de ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento. A obesidade destaca-se por ser uma das doenças e um fator de risco para outras, como a hipertensão e o diabetes, também com taxas de prevalência em elevação no país (BRASIL, 2006).

Em relação às patologias do presente estudo, 41,7% das participantes relataram ter de duas a cinco doenças. Porém, foi também verificado que 29,2% das mulheres não referiram ter doenças (Tabela 4.1). Dentre as patologias, as mais citadas foram: Hipertensão (n=11) e Dores na coluna (n=8), mas tiveram participantes também com Artrose/Artrite (n=6), Doença Depressiva (n=6), Doença Ortopédica (n=5), Doença Respiratória (n=5), Diabetes (n=3), Doença Cardiovascular (n=1), Incontinência urinária (n=1), Doença Pulmonar Crônica (n=1), Osteoporose (n=1), Refluxo (n=1) e Aneurisma Cerebral (n=1).

Segundo a PNAD (2008), existe relação positiva entre rendimento mensal e a prevalência de doença crônica. Quanto maior o rendimento, maior é o percentual de indivíduos que responderam ter ao menos uma doença. As pessoas que tinham rendimento de até  $\frac{1}{4}$  do salário mínimo, 20,8% tinham ao menos uma doença, e quem tinha mais de 5 salários mínimos, o percentual alcançava 38,5%. As doenças crônicas, diagnosticadas por algum profissional de saúde, mais citadas foram: hipertensão (14%) e doença de coluna ou costas (13,5%). Quanto à outras doenças foram: artrite ou reumatismo (5,7%), bronquite ou asma (5%), depressão (4,1%), doença de coração (4%) e diabetes (3,6%); lembrando que estes percentuais apresentaram diferenças de acordo com a faixa etária analisada (IBGE, 2010).



No presente estudo não foi encontrada a mesma relação da PNAD (2008) entre a renda mensal com a prevalência de doenças. Isto pode ser devido ao fato de que esta pesquisa contém uma amostra reduzida, tendo uma população com características diferentes do nível nacional.

Em relação às doenças mais citadas, houve semelhança nos dois estudos: hipertensão e dores de coluna. Este dado revela a importância do estilo de vida das pessoas em geral, do cuidado que deve ser tomado em relação à saúde tanto na prevenção, como no tratamento.

**Tabela 4.1** Caracterização dos participantes dos Grupos de Emagrecimento da região norte do município de Florianópolis-SC, 2012.

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sexo	24		
Masculino		0	0
Feminino		24	100
Estado Civil	23		
Sem companheiro		6	26,1
Com companheiro		17	73,9
Renda Familiar Bruta	17		
Até R\$ 1866,00 reais		11	64,7
Acima de R\$ 1866,00 reais		6	35,3
Doenças referidas	24		
Nenhuma		7	29,2
1		4	16,7
2 a 5		10	41,7
6 ou mais		3	12,5

N= número total de participantes que responderam a pergunta; n= quantidade de mulheres que assinalaram a questão; %= percentual de cada resposta.

Quando questionadas sobre como obtiveram conhecimento a respeito dos GE, a maioria das pessoas (n=18) foi informada pela Equipe de Saúde do local, cinco souberam por familiares e amigos, e uma pessoa soube através de um desconhecido.

A Tabela 4.2 apresenta os resultados de alguns itens das variáveis: AFL e HA. Na AFL foi visto que a maioria faz exercício em três ou mais dias da semana (n=10). Segundo Prochaska e Marcus (1994), este comportamento poderia ser considerado, dentro da Teoria dos Estágios de Mudança, o estágio de ação ou manutenção. A ação refere-se à fase em que a pessoa pratica seu plano de mudança de comportamento e começa a agir consistentemente nesta direção. A

manutenção, por sua vez, refere-se ao comportamento incorporado à rotina do indivíduo.

Aqueles que referiram não realizar AFL indicaram ter o interesse em iniciar uma prática de exercícios (n=6). Neste caso, ocorre o estágio de contemplação, em que o indivíduo considera necessário mudar o comportamento num futuro próximo. Normalmente as pessoas que estão neste estágio tendem a permanecer por um longo período por ficarem avaliando o custo-benefício da mudança de comportamento (PROCHASKA; MARCUS, 1994).

É importante ressaltar que a AF pode ajudar na melhora da aptidão física e na prevenção e auxílio no tratamento de algumas doenças. Quando se trata da população como um todo, percebe-se que os maiores benefícios para a saúde aparecem quando o indivíduo deixa de ser sedentário e passa a ser moderadamente ativo (NAHAS, 2010).

De forma contrária à questão anterior, 39,1% (n=9) das entrevistadas respondeu que não têm praticado AFL ao serem questionadas sobre as condições para esta prática. Apesar de oito pessoas terem respondido que realizam atividades sozinhas, somente três têm preferência a esta situação. A realização da AFL com companheiro não teve dados tão discrepantes, pois de três pessoas que a realizam dessa forma, quatro têm esta preferência. Onze pessoas gostam mais de fazer AFL em grupo, porém somente três praticam nesta condição.

Quando a formação de grupos é heterogênea, com pessoas de diversas idades, doenças e necessidades, acaba favorecendo reflexões, conhecimento, debate, troca de experiências, cuidado entre todos e pode proporcionar outras formas de se pensar sobre as práticas corporais no âmbito da saúde (WARSCHAUER; D'URSO, 2009).

Por intermédio da equipe de saúde podem ser promovidas atividades coletivas que propiciem a AF nas Unidades Básicas de Saúde e na comunidade. Para o grupo aderir a um modo de viver ativo, devem ser incentivadas atividades rotineiras, em casa e em seu entorno, de exercícios de baixa a moderada intensidade, como caminhadas de forma solitária ou em grupos, dança, andar ou pedalar para ir à praça, à padaria, à feira e outros locais (BRASIL, 2006).

As intervenções comunitárias envolvem mudanças em redes sociais, normas organizacionais e no próprio ambiente físico para elevar os níveis de AF (NAHAS, 2010). O sucesso destas intervenções depende de líderes para o planejamento de

estratégias para atingir as pessoas, bem como elaborar intervenções para adesão do grupo e debater em conjunto suas vantagens (NAHAS, 2010; BRASIL, 2006).

A principal AFL realizada pelas mulheres dos GE, durante as duas semanas anteriores, foi caminhada (n=7), seguida da ginástica e/ou musculação, natação e/ou hidroginástica, dança e/ou atividades rítmicas, corrida e alongamento. Das 24 pessoas, oito não têm praticado AFL. O estudo de Silva, Pereira e Costa (2011) verificou que as principais atividades realizadas no lazer, entre as mulheres residentes no Rio de Janeiro, foram caminhada, andar de bicicleta e ginástica. Dentre os locais frequentados para a prática da AFL foram citados clubes/academias (n=6), ruas e parques (n=5), praias e trilhas (n=1), CS (n=1) e em casa (n=1). No entanto, dez pessoas não têm praticado AFL.

Segundo um estudo desenvolvido em São Paulo (WARSCHAUER; D'URSO, 2009), a caminhada realizada em parques arborizados, cercados e seguros propicia conforto e segurança para os praticantes.

Apesar da caminhada ser a principal atividade realizada no estudo, existem variadas alternativas de exercícios físicos que favorecem o emagrecimento e a melhora da saúde. É relevante destacar que o indivíduo busca fazer o que gosta para praticar a AFL e a torná-la regular.

Na pesquisa de Silva, Pereira e Costa (2011) os homens tiveram preferência por AFL coletivas e/ou competitivas e as condições sociais desfavoráveis podem ter limitado a prática de AFL entre as mulheres, por existir poucos espaços públicos para realização de exercícios, e quando existem são limitados a quadras e campos de futebol, incentivando um modelo masculino para a prática esportiva.

Logo, observa-se a necessidade de planejamento urbano no incentivo à prática de atividades físicas e esportivas em locais públicos, respeitando as diferenças entre sexos quanto às suas preferências. Importante também ressaltar políticas públicas voltadas para a promoção de AFL aliadas às desigualdades sociais (SILVA; PEREIRA; COSTA, 2011).

Algumas dificuldades para a prática de AFL foram citadas nesta pesquisa, como falta de condição física, falta de dinheiro, cansaço, unha encravada, obrigações familiares, excesso de trabalho, e a mais citada, falta de vontade. Oito pessoas, no entanto, não perceberam dificuldades para a prática.

Nahas (2010) afirma que a falta de vontade realmente é um dos motivos mais relatados por pessoas que não conseguem ou não querem manter um programa de

exercícios. As razões para não se exercitar variam dependendo do grupo investigado, além da falta de vontade, as outras mais citadas são falta de tempo, falta de informação sobre os exercícios e como se exercitar, falta de instalações adequadas, falta de recursos financeiros e fadiga geral.

Na variável HA, em todos os quesitos, as integrantes demonstraram comportamentos positivos. O consumo de refrigerantes, doces e salgadinhos foi a questão em que a proporção de pessoas que mostraram comportamento positivo foi menor, entretanto com maior prevalência que os comportamentos negativos. Dois fatores podem estar relacionados a estes resultados, como um desequilíbrio entre o nível de AF insuficiente e uma alimentação balanceada. Nesta pesquisa não foi questionada a quantidade de alimentos. Sendo assim, apesar de escolherem alimentos adequados, não se pode ratificar sobre a quantidade consumida.

O HA saudável melhora o bem-estar, previne e controla comorbidades e permite o alcance do peso adequado. Muitos indivíduos com excesso de peso ficam motivados para manter seus planos de alimentação mais saudável através do apoio de outros que estão na mesma situação. O apoio do grupo é uma das mais eficazes e terapêuticas formas de ajuda. Devem-se aceitar as diferenças individuais, pois a perda de peso, as mudanças no HA e no estilo de vida acontecem em tempos diferentes para cada um, por isso, é importante não ter expectativa de resultados imediatos para evitar frustrações (BRASIL, 2006).

Os indivíduos com excesso de peso parecem selecionar alimentos com alto teor de gordura e açúcar, como salgados, frituras, bolos e doces. Assim, a reeducação alimentar deve ser gradativa, negociando as substituições dos alimentos. Para uma alimentação saudável não é preciso deixar de comer tais alimentos, mas é necessário saber equilibrar evitando os exageros e o consumo frequente de alimentos altamente calóricos (BRASIL, 2006).

**Tabela 4.2** Comportamentos Relacionados à Prática de Atividade Física no Lazer e Hábitos Alimentares entre as mulheres dos Grupos de Emagrecimento, 2012.

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Atividade física no Lazer (AFL)</b>			
Dias da semana	24		
1 a 2 dias da semana		8	33,8
3 ou mais dias da semana		10	41,7
Não faz, mas tem intenção		6	25
Condições para prática de AFL	23		
Sozinho		8	34,8
Com companheiro		3	13
Em grupo		3	13
Não têm praticado		9	39,1
Preferência para prática de AFL	23		
Sozinho		3	13
Com companheiro		4	17,4
Em grupo		11	47,8
Não têm praticado		5	21,7
<b>Hábitos alimentares</b>			
Café da Manhã	23		
Comportamento positivo		22	95,7
Comportamento negativo		1	4,3
Frutas e suco natural	24		
Comportamento positivo		21	85,7
Comportamento negativo		3	12,5
Verduras e saladas verdes	24		
Comportamento positivo		22	91,7
Comportamento negativo		2	8,3
Carne vermelha ou frango com pele	24		
Comportamento positivo		15	62,5
Comportamento negativo		9	37,5
Salgadinhos	21		
Comportamento positivo		19	90,5
Comportamento negativo		2	9,5
Doces	23		
Comportamento positivo		17	73,9
Comportamento negativo		6	26,1
Refrigerantes	23		
Comportamento positivo		16	69,6
Comportamento negativo		7	30,4

N= número total de participantes que responderam a pergunta; n= quantidade de mulheres que assinalaram a questão; %= percentual de cada resposta.

A Tabela 4.3 apresenta comportamentos das participantes em relação ao Controle do Estresse (CE), Comportamento Preventivo (CP) e REL. O CE apresentou em grande parte, comportamentos negativos. Mais da metade das investigadas (54%) dificilmente reserva pelo menos cinco minutos para relaxar por dia. De 24 pessoas, 19 (79,6%) se alteram com facilidade em uma discussão. As participantes não costumam equilibrar o tempo dedicado ao trabalho com o tempo dedicado ao lazer (65,2%). A maioria (66,7%) reduz o horário de almoço ou lanche por causa do trabalho e não evita comer exageradamente por motivos emocionais, como ansiedade ou tristeza.

Quando o estresse está fora de controle pode interferir nas atividades do dia a dia, diminuindo a produtividade e afetando os REL. Outros sintomas também podem ocorrer como insônia, irritabilidade, perda de memória, mau humor, dores no corpo, dores de cabeça, problemas no estômago, irregularidade menstrual, sistema imunológico afetado, ansiedade e depressão (NAHAS, 2010).

O único fator em que foi encontrado comportamento positivo em relação ao CE foi a organização e priorização de suas tarefas (62,5%). Apesar de apresentarem um comportamento adequado neste item, a falta de organização e planejamento em casa e no trabalho pode ser o principal motivo de distress em indivíduos, afirma Nahas (2010), por causa do mau uso do tempo e pelas pessoas acharem que não conseguirão cumprir suas tarefas.

Cabe ressaltar, que apesar das participantes apresentarem comportamentos negativos, 66,7% (n=16) classificaram o nível de estresse como baixo (raramente estressado ou às vezes estressado).

No estudo de Luft et al. (2007) foi mensurado o estresse percebido em idosos e verificou-se associação com diferentes indicadores de saúde: os idosos que indicaram ter problemas de saúde obtiveram a média de estresse percebido superior aos que não indicaram; quanto mais a percepção da saúde é classificada como boa ou ótima, apresentava-se menor estresse. Destacou-se também que os idosos que estavam satisfeitos com a vida tinham uma percepção menor de estresse do que os que não estavam tão satisfeitos ou permaneciam insatisfeitos. Naqueles que relataram um acontecimento que ainda os deixam tristes, a média de estresse percebido foi significativamente superior àqueles que não indicaram a presença de tais eventos.

**Tabela 4.3** Comportamentos Relacionados ao Controle do Estresse, Comportamento Preventivo e Relacionamentos entre as mulheres dos Grupos de Emagrecimento, 2012.

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Controle do Estresse</b>			
Relaxa pelo menos 5 min/dia	24		
Comportamento positivo		11	45,8
Comportamento negativo		13	54,2
Altera-se em discussão	24		
Comportamento positivo		5	20,8
Comportamento negativo		19	79,6
Equilíbrio entre tempo de trabalho e lazer	23		
Comportamento positivo		8	34,8
Comportamento negativo		15	65,2
Reduz horário de lanche por trabalho	24		
Comportamento positivo		8	33,3
Comportamento negativo		16	66,7
Evita comer por motivos emocionais	24		
Comportamento positivo		8	33,3
Comportamento negativo		16	66,7
Organiza e prioriza tarefas	24		
Comportamento positivo		15	62,5
Comportamento negativo		9	37,5
Percepção do nível de estresse	24		
Comportamento positivo		16	66,7
Comportamento negativo		8	33,3
<b>Comportamento Preventivo</b>			
Hábito de fumar	24		
Comportamento positivo		20	83,3
Comportamento negativo		4	16,7
Ingestão de bebidas alcóolicas	23		
Comportamento positivo		23	100
Comportamento negativo		0	0
Cinco ou mais doses de bebidas alcóolicas numa mesma ocasião	22		
Comportamento positivo		20	90,9
Comportamento negativo		2	9,1
Proteção contra o sol	24		
Comportamento positivo		14	58,3
Comportamento negativo		10	41,7

Continuação tabela 4.3 na próxima página

N= número total; n= número parcial; %= percentual.

Continuação Tabela 4.3		
Comportamento positivo		14 58,3
Comportamento negativo		10 41,7
Pressão arterial elevada	23	
Não		8 34,8
Sim		15 65,2
Colesterol elevado	24	
Não		14 58,3
Sim		9 37,5
Nunca fiz exame		1 4,2
Diabetes	23	
Não		16 69,6
Sim		4 17,4
Nunca fiz exame		3 13,0
Lesão que interfira na prática de exercícios	24	
Não		12 50,0
Sim		9 37,5
Não lembro		3 12,5
Dores de cabeça	24	
Comportamento positivo		12 50,0
Comportamento negativo		12 50,0
<b>Relacionamentos</b>		
Contato com a natureza	24	
Comportamento positivo		14 58,3
Comportamento negativo		10 41,7
Satisfação com relacionamentos	23	
Comportamento positivo		17 73,9
Comportamento negativo		6 26,1
Sentir ativo na comunidade	24	
Comportamento positivo		9 37,5
Comportamento negativo		15 62,5
Bom relacionamento com colegas	21	
Comportamento positivo		19 90,5
Comportamento negativo		2 9,5
Apreciar pequenas coisas da vida	24	
Comportamento positivo		19 79,2
Comportamento negativo		5 20,8
Satisfação com a vida	24	
Comportamento positivo		16 66,7
Comportamento negativo		8 33,3

N= número total; n= número parcial; %= percentual.



Ainda na Tabela 4.3, nos itens do CP, como o hábito de fumar, a ingestão de bebidas alcoólicas, a proteção contra o sol e dormir bem obtiveram comportamentos positivos. A conscientização sobre a manutenção de hábitos saudáveis é fundamental para a prevenção e o combate dos malefícios causados pelo fumo, como as doenças cardiovasculares e muitos tipos de cânceres (BATISTA et al, 2009).

Como forma de tratamento, o SUS oferece atendimento para quem pretende parar de fumar, até mesmo com uso de medicamentos na forma de adesivos e gomas de mascar com nicotina. Esta iniciativa torna-se importante, visto que o tabagismo pode causar impotência sexual no homem, complicações na gravidez, aneurismas arteriais, úlcera do aparelho digestivo, infecções respiratórias e trombose vascular (BRASIL, 2005).

O baixo consumo de álcool entre as participantes pode ser destacado como um fator protetor, pois segundo a *World Health Organization* (WHO) (2004), o álcool provoca o aparecimento de câncer, doenças cardiovasculares, cirrose hepática, efeitos sobre o período pré-natal (durante a gravidez há vários riscos que podem ocorrer sobre o feto), condições mentais (principalmente depressão) e outras doenças crônicas. No Brasil há Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPS), integrados ao SUS, que são especializados no atendimento ao dependente, sendo oferecido atendimento psicológico, e quando necessário, a terapia medicamentosa (BRASIL, 2005).

Em relação às patologias, algum médico já diagnosticou pressão alta em 65,2% dos casos da pesquisa; colesterol elevado em 37,5% dos casos (sendo que uma participante nunca fez o exame) e diabetes em 17,4% dos casos (sendo que três nunca realizaram o exame). Estes são fatores de risco para doenças cardiovasculares, juntamente com tabagismo, obesidade, sedentarismo, fatores genéticos que possam influenciar, estresse, ansiedade, e outros. As cardiopatias ocorrem comumente a partir dos 45 anos, apesar de atingir pessoas de todas as idades. A AF regular é uma forma de prevenção, porque contribui para a redução do colesterol e da pressão arterial e, conseqüentemente, para a saúde cardiovascular (BRASIL, 2005).

Em 37,5% das pessoas do presente estudo, algum médico afirmou que há alguma lesão que interfira na prática de exercícios, sendo que três não se lembram de terem sido diagnosticadas. Dentre os tipos de lesão, a lesão no joelho foi a mais

apresentada (n=3), posteriormente a artrose (n=2), cirurgia na cabeça (n=1), tendinite e bursite (n=1), perna quebrada (n=1) e incapacidade respiratória (n=1).

A incapacidade respiratória relatada na entrevista não se tem conhecimento se trata de uma Lesão Pulmonar Aguda ou alguma outra lesão que impeça a prática de exercícios. Nestes casos, a prática supervisionada e regular de exercício físico é importante tanto na redução de comorbidades como na prevenção das complicações pós-cirúrgicas associadas ao processo de isquemia ou reperfusão pulmonar (DELBIN; ANTUNES; ZANESCO, 2009).

Apesar de algumas participantes citarem que a artrose interfere na prática de exercícios, esta é muito importante para o seu tratamento. No estudo de Neto e Gonçalves (2009) sobre o tratamento da osteoartrite, observou-se que exercícios resistidos isométricos, isocinéticos e isotônicos, quando acompanhado, orientado e adequado a cada fase e realizados três vezes por semana, são benéficos à articulação. Este tratamento propicia o aumento da força muscular, o endurance, a mobilidade e a estabilidade articular, reduzindo o estresse e a dor.

O profissional da saúde deve ficar atento aos sinais de excesso de atividade, como o surgimento de dor e edema. Ressaltam ainda que o repouso prolongado provoca debilidade articular, e mesmo em situações severas com indicação cirúrgica, um exercício físico apropriado traz benefícios ao paciente para uma posterior recuperação. Entretanto, os exercícios não são a cura da patologia, e sim um ótimo tratamento paleativo no controle da doença (NETO; GONÇALVES, 2009).

Existem evidências de que as mulheres têm diferenças biomecânicas do padrão de movimento do membro inferior, comparadas aos homens. Este fato pode contribuir para maiores incidências de lesões no joelho observadas nesse gênero. O treino neuromuscular pode melhorar o alinhamento dinâmico do membro inferior, reduzindo a incidência desta lesão (BALDON et al., 2011).

Em relação à dores de cabeça, 50% das mulheres entrevistadas indicaram comportamento negativo. A enxaqueca tem sido uma doença de elevada prevalência, principalmente no sexo feminino e traz consequências nas atividades diárias dos indivíduos. Quem possui esta doença apresenta dor do tipo latejante ou pulsátil e dificuldade de executar as atividades da vida diária. A dor acaba piorando com ruídos, presença de luz ou atividades físicas (PAHIM; MENEZES; LIMA, 2006).

No componente REL (Tabela 4.3), houve maior número de comportamentos negativos quando foi questionado se o indivíduo procura ser ativo em sua

comunidade, sentindo-se útil no seu ambiente social. Nos outros quesitos a proporção de comportamentos positivos foi maior, principalmente a questão referente a cultivar o bom relacionamento com os colegas (90,5%).

No estudo de Souza e Hutz (2008) sobre relacionamentos entre adultos foi relatado que a amizade é importante para o desenvolvimento social, emocional e cognitivo. Algumas características da amizade a serem destacadas são troca afetiva, ajuda, companheirismo, diversão em certas atividades e intimidade. Em relação aos benefícios, os relacionamentos aliviam a solidão e propiciam um bem-estar subjetivo, tendo papel importante na felicidade pessoal e na promoção da saúde do indivíduo.

Entre as entrevistadas nos GE, 16 mulheres permaneceram e foram avaliadas desde o início até o final da intervenção. A tabela 4.4 apresenta a média das variáveis antropométricas das participantes.

**Tabela 4.4** Comparação das variáveis antropométricas pré e pós intervenção, 2012.

<b>Variáveis Antropométricas</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>	<b>IC (95%)</b>	<b>p-valor</b>
Peso pré	79,91	15,60	71,60-88,22	0,040*
Peso pós	79,14	15,17	71,06-87,23	
IMC pré	30,63	5,69	27,59-33,66	0,034*
IMC pós	30,32	5,44	27,42-33,22	
CC pré	97,81	11,73	91,56-104,06	0,435
CC pós	97,24	11,29	91,22-103,26	
RCQ pré	0,89	0,06	0,86-0,93	0,302
RCQ pós	0,90	0,06	0,87-0,93	
RCE pré	0,61	0,08	0,56-0,65	0,539
RCE pós	0,60	0,07	0,56-0,64	
% Gordura pré	45,33	14,22	37,76-52,91	0,291
% Gordura pós	47,24	11,97	40,86-53,62	

\* p < 0,05

Conforme a Tabela 4.4, em relação ao peso das participantes, a média anteriormente era de 79,91 Kg, e depois da participação no GE foi para 79,14 Kg. Estes dados revelam que houve uma perda de peso significativa entre o grupo (p=0,04) e esta redução é importante para a saúde, porque torna possível atenuar problemas como dores na coluna, no quadril, nos joelhos e nas pernas, melhorando a movimentação do indivíduo e tornando mais fácil a prática exercícios (BRASIL, 2006). Comparando o peso com as outras variáveis antropométricas mensuradas,

percebe-se que foi o que obteve um desvio padrão maior, pois variou muito entre as mulheres da amostra.

Quanto ao IMC, também percebemos uma significativa redução ( $p= 0,03$ ), a média do IMC das participantes foi aproximadamente  $30 \text{ kg/m}^2$ , caracterizando então o grupo como obeso. Através do intervalo de confiança (IC) (95%), percebe-se que a maioria está entre o sobrepeso e a obesidade.

O excesso de gordura está relacionado a problemas de saúde, como a hipertensão, doenças do coração e diabetes. A obesidade é um problema de saúde pública e para ter uma abordagem preventiva e terapêutica deve passar por muitas intervenções: na família, na escola e no consultório médico com ações de vários profissionais como médico, agente de saúde, profissional de Educação Física, nutricionista e psicólogo (NAHAS, 2010).

Já em relação à Circunferência de Cintura (CC), a média foi em torno de 97 cm, indicando risco para a saúde das mulheres investigadas tanto antes quanto após a participação no grupo (WHO, 1997). A obesidade central traz chances de se obter diversas doenças crônicas não transmissíveis, principalmente as cardiovasculares (PEREIRA; BARRETO; PASSOS, 2009).

Nota-se na Tabela 4.4, pelo IC (95%), que a Relação Cintura-Quadril (RCQ) foi de 0,86 a 0,93, indicando também risco à saúde entre as participantes, pois a deposição central de gordura é um indicador importante do risco de doenças crônicas, entre elas a mais relatada é a hipertensão (PEREIRA; SICHIERI; MARINS, 1999).

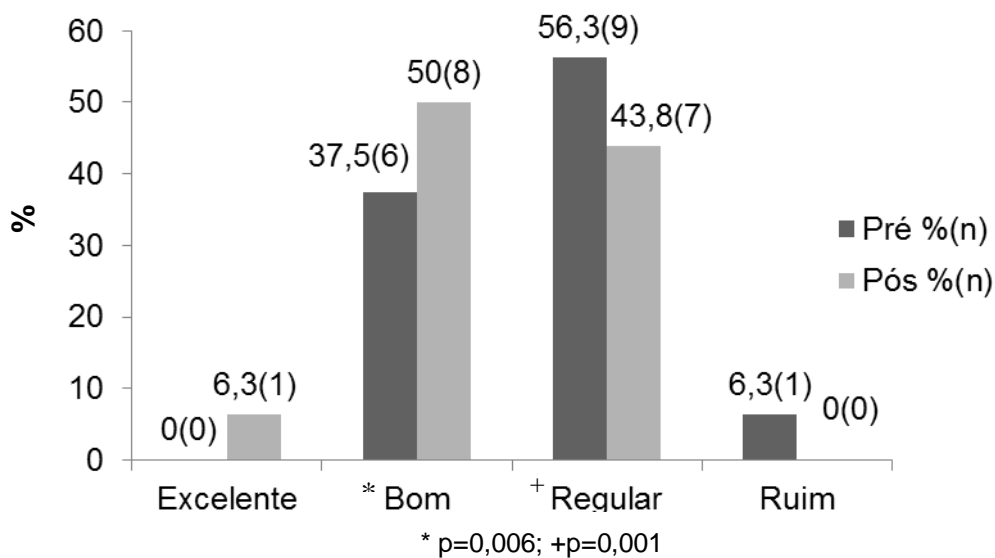
Quanto à Relação Cintura-Estatura (RCE), a média foi de 0,60, mantendo valores altos e com indicação à risco coronariano elevado, diabetes e mortalidade. A mensagem sugerida para a população é que a CC deve ser menor que a metade da sua altura (HAUN; PITANGA; LESSA, 2009).

O Percentual de gordura foi de 45,33 ( $\pm 14,22$ ) no início e 47,24 ( $\pm 11,97$ ) no final da participação no grupo. Como a média de idade foi de 46,2 anos, o grupo está dentro do nível muito ruim, segundo as categorias de Pollock e Wilmore (1993).

As medidas antropométricas mostram uma redução de peso, exceto o percentual de gordura, revelando que a perda de peso corporal, não significou necessariamente a perda de gordura corporal. Portanto, percebe-se a necessidade não só de um hábito alimentar saudável, mas também de praticar exercícios regularmente para reduzir a gordura e manter ou aumentar a massa muscular.

Como as mulheres investigadas responderam positivamente ao programa por terem reduzido o peso, seria interessante os grupos serem sistematizados em mais encontros para favorecer a manutenção dos hábitos e comportamentos adquiridos durante a intervenção, para depois então iniciar a prática do acompanhamento mensal, que já faz parte da programação do GE.

Outro item relevante seria a realização periódica de avaliações antropométricas para acompanhamento da redução de peso dos participantes dos GE. Para isto, os coordenadores poderiam sistematizar as avaliações com uma periodicidade regular e que evidencie as mudanças mais sensíveis.

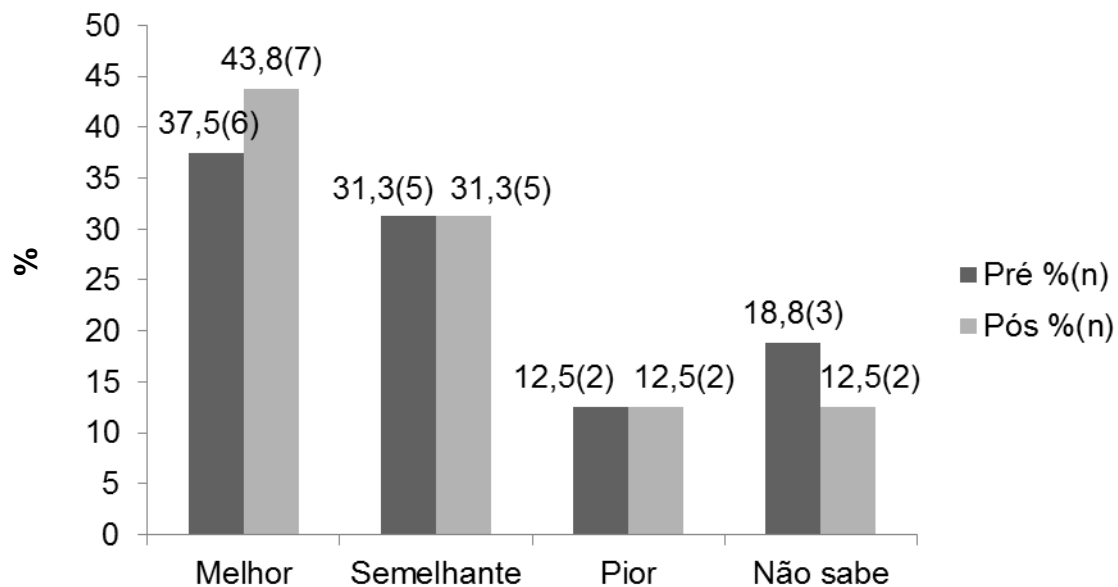


**Figura 4.1** Percepção de saúde atual dos participantes dos Grupos de Emagrecimento, 2012.

A Figura 4.1 demonstra as proporções para a classificação da percepção de saúde, antes e após intervenção nos GE. No período pré-intervenção houve percepção de saúde ruim, já no período pós-intervenção não houve resposta para esta alternativa. Em relação ao “regular”, 56,3% das participantes classificaram-se desta forma, e posteriormente, o percentual reduziu para 43,8%, apresentando diferença significativa ( $p=0,001$ ). Inicialmente, 37,5% das participantes consideraram o estado de saúde “bom”, e este dado foi para 50% no período pós, mostrando que elas perceberam melhorar o estado de saúde, sendo uma diferença também significativa ( $p=0,006$ ). O estado de saúde “excelente” foi percebido por uma participante no período pós-intervenção.

Para demonstrar a percepção de saúde de uma maneira mais abrangente, a PNAD fez uma pesquisa sobre este item em 2008. Foi estimado cerca de 190 milhões de pessoas residentes no Brasil e destas, 77,3% avaliaram o seu estado de saúde como “muito bom ou bom”; 18,9% como “regular” e 3,8% como “ruim ou muito ruim” (IBGE, 2010).

O que se observou é que conforme a idade aumentava, as pessoas que avaliaram seu estado de saúde como “muito bom ou bom” diminuía. Enquanto para os grupos etários até 19 anos de idade, as avaliações nestas condições foram de aproximadamente 90%, pessoas com 50 anos ou mais, o percentual foi inferior a 60%. É importante ressaltar que 14,8% dos indivíduos com 65 anos ou mais consideravam seu estado de saúde como “ruim ou muito ruim” (IBGE, 2010).



**Figura 4.2** Percepção da Aptidão física comparada a pessoas da mesma idade e sexo, dos participantes dos Grupos de Emagrecimento, 2012.

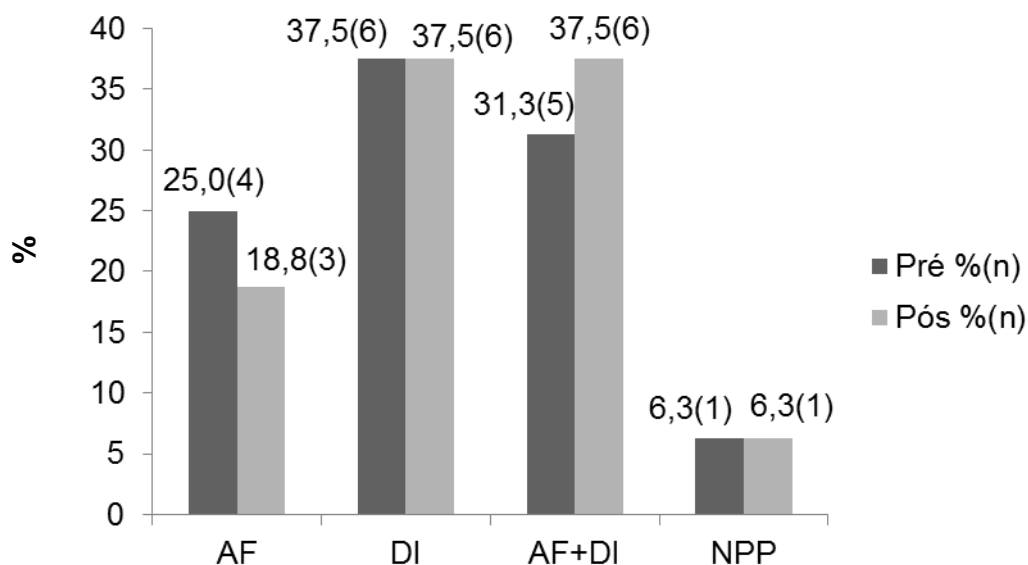
Foi questionado nos dois momentos da pesquisa sobre a percepção da aptidão física comparado a outras pessoas da mesma idade e sexo. Enquanto “semelhante” e “pior” tiveram o mesmo número de respostas (cinco e duas) no período pré e pós, na afirmativa “não sei responder” de três, passou para duas pessoas. Em relação a opção melhor, de seis, passou para sete o número de pessoas que se consideraram melhor do que outras mulheres da mesma idade, na fase pós intervenção.

É interessante observar que mesmo a maioria das participantes se considerarem melhor ou semelhante aos outros, elas foram buscar orientações de

profissionais da saúde. Isto indica que mesmo notando estarem mais aptas, buscaram um aprimoramento na aptidão física.

Em relação à autopercepção da aptidão física, o estudo de Pain et al. (2001), com duração de 22 semanas de intervenção de AF, verificou uma correlação significativa das variáveis adiposidade (autopercepção quantitativa e qualitativa), IMC, endurance cardiorespiratória, agilidade e mobilidade (autopercepção quantitativa) com a autopercepção da aptidão física. Vale ressaltar que duas estratégias foram utilizadas para averiguar a autopercepção da aptidão física, de forma quantitativa; avaliando por uma escala de zero a 10, sendo zero o pior e 10 o melhor resultado; e qualitativa pelas opções de resposta pior, melhor ou igual a seus pares. (PAIN et al., 2001).

Diante tais considerações, sugere-se uma intervenção de AF entre as participantes para que a autopercepção em relação à aptidão física melhore. Principalmente, por este componente estar relacionado às capacidades físicas destacadas acima.



AF: Atividade Física; DI: Dieta; AF+DI: Atividade Física e Dieta; NPP: Não está tentando perder peso.

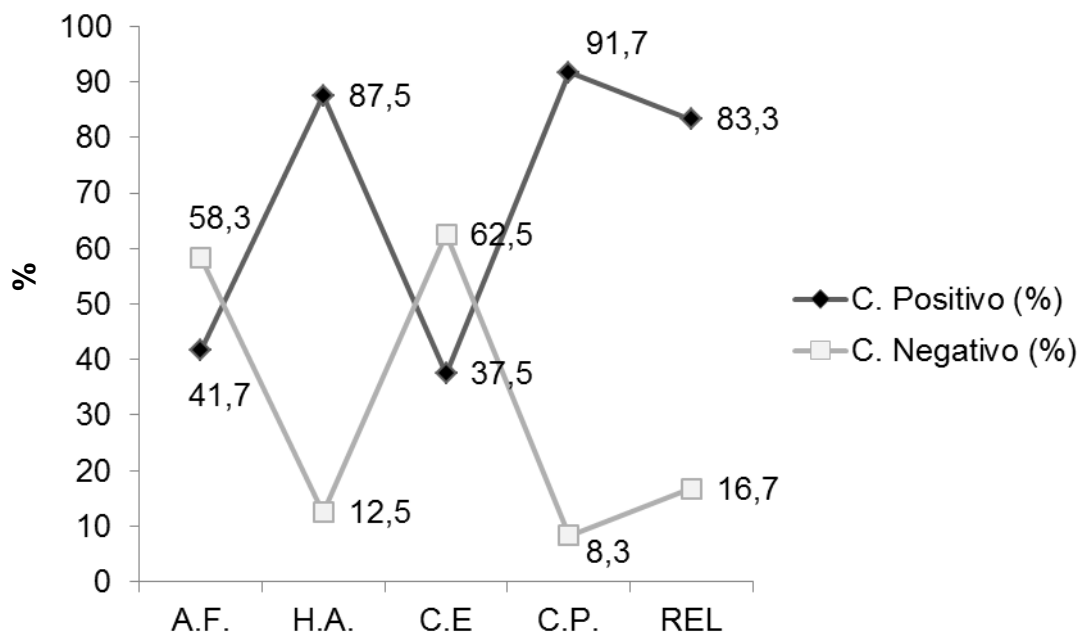
**Figura 4.3** Estratégias para redução de peso utilizadas pelos participantes dos Grupos de Emagrecimento, 2012.

Existem diversas estratégias que podem ser seguidas para uma redução de peso eficiente. Quando o grupo começou, quatro pessoas praticavam somente AF, seis pessoas estavam fazendo dieta, cinco pessoas estavam realizando exercícios juntamente com uma mudança na alimentação e uma pessoa respondeu não estar

tentando perder peso. Ao final dos GE, houve uma pequena mudança em duas das estratégias: três pessoas estavam fazendo somente AF e seis pessoas passaram a unir AF e HA mais saudável.

Parte da população vem procurando dietas milagrosas, que priorizam um nutriente em detrimento de outros, que restringem demasiadamente o consumo energético, assim como jejuns prolongados. Estas dietas representam riscos para a saúde, como a perda de massa muscular, água, eletrólitos, minerais e perda de peso com pouca gordura, justamente por não serem elaboradas com um cardápio balanceado. A esperança de perda de peso em pouco tempo faz muitas pessoas recorrerem a estes tipos de procedimentos, sendo que muitos são veiculados pela mídia (BRASIL, 2006).

Para reduzir o peso saudavelmente, a união da AF e alimentação saudável é fundamental para a busca pela qualidade de vida. A AF é um fator determinante do gasto de energia, e mesmo que inicialmente o indivíduo alcance um nível de AF leve, deixar de ser sedentário já traz resultados positivos, como a melhora da qualidade de vida, do bem estar geral, diminuição dos riscos à saúde e controle das comorbidades (BRASIL 2006).



A.F.: Atividade Física; H.A.: Hábitos Alimentares; C.E.: Controle do Estresse; C.P.: Comportamento Preventivo; REL: Relacionamentos

**Figura 4.4** Perfil do Estilo de Vida das Participantes dos Grupos de Emagrecimento, 2012.



Na Figura 4.4 está demarcado sobre os comportamentos positivos e negativos de cada aspecto do estilo de vida. Consegue-se perceber que no item AF e CE, as participantes estão, a maioria, com os comportamentos negativos prevalecendo. Isto nos leva a crer que necessita-se de um melhor preparo nestes quesitos durante os GE. Já em relação aos itens HA, CP e REL, conseguimos perceber uma característica notável, pois em vários itens o comportamento positivo prevaleceu.

Excesso de peso, obesidade central ou abdominal, ganho de peso após a idade de 20 anos, e um estilo de vida sedentário aumenta os riscos para a saúde e também os custos econômicos. Por outro lado, a perda de peso intencional por indivíduos com excesso de peso reduz estes riscos. Pesquisadores acreditam que, a longo prazo, a perda de peso intencional diminui a mortalidade, particularmente em função da diabetes, hipertensão, doenças cardíacas e alguns tipos de câncer (BRAY; BOUCHARD, 2008).

Existe o impacto dos hábitos pessoais e do estilo de vida em nossa saúde. Estas mudanças comportamentais podem ser muito benéficas na prevenção e controle de doenças associadas à inatividade, pois o organismo humano foi construído para ser ativo (NAHAS, 2010). Como intervenções nos HA e AF implicam em mudanças de comportamento, somente a informação não é o bastante, é necessário estimular ações e proporcionar condições sociais e materiais para que estas mudanças no estilo de vida pessoal possam ocorrer de fato (NAHAS, 2010).

No segundo questionário foi perguntado quais foram as melhoras do cotidiano mais notadas pelas participantes. Foram citados HA saudáveis por 15 pessoas; autoestima e percepção do bem estar foram percebidas por 14 participantes; dez pessoas citaram uma maior disposição e conseguiram realizar melhor as atividades diárias; nove delas citaram a AF habitual; sete responderam maior satisfação com os REL, facilidade para dormir e autoconfiança. O CE foi percebido por seis pessoas e quatro sentiram uma maior facilidade para manter a atenção.

As pessoas com bons hábitos de saúde podem ter uma expectativa de vida mais longa; mais onze anos entre os homens e mais sete anos entre as mulheres (NAHAS, 2010). Para a maior parte da população a saúde e a longevidade dependem dos comportamentos relacionados à saúde.

Como limitação do estudo está a veracidade dos resultados, pois o primeiro questionário foi entregue para que as participantes trouxessem no último encontro

do GE. Entretanto, não se tem certeza se as respostas foram feitas realmente logo após o primeiro encontro, em que eram analisadas as duas últimas semanas, ou se responderam alguns dias antes de entregar, já tendo algumas orientações e modificações no estilo de vida.

Destaca-se, por fim, que ao profissional da saúde que conduz as propostas do grupo, cabe conhecer melhor os participantes, e elaborar estratégias que visem à saúde e qualidade de vida dos mesmos. Contudo, ao ser considerado o tipo de intervenção adequado nos encontros, os profissionais precisam definir estratégias para cumprimento dos objetivos propostos para determinada ação, sendo no caso o emagrecimento.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do estudo indicaram que a média de idade das participantes foi de 46,2 anos, tinham companheiro e a renda familiar mensal era de até três salários mínimos. As comorbidades mais relatadas foram Hipertensão e Dores na Coluna.

Em relação às mudanças percebidas pelas participantes dos Grupos de Emagrecimento, foram citadas: aquisição de hábitos alimentares mais saudáveis, melhora da autoestima e percepção do bem estar, maior disposição para realizar as atividades diárias, aumento da prática da atividade física habitual, maior satisfação com os relacionamentos, mais facilidade para dormir e aumento da autoconfiança, além de uma maior facilidade para manter a atenção.

A partir da caracterização dos componentes do estilo de vida dos participantes ingressantes dos Grupos de Emagrecimento, averiguou-se que a Atividade Física e o Controle do Estresse apresentaram maior predomínio de comportamentos negativos, enquanto nos Hábitos Alimentares, Controle Preventivo e Relacionamentos foi verificada predominância de comportamentos positivos em relação aos negativos.

Quanto à composição corporal, as variáveis, Peso e Índice de Massa Corporal, demonstraram redução significativa após a participação no Grupo de Emagrecimento. Já a Circunferência de Cintura, a Relação Cintura-Quadril, a Relação Cintura-Estatura e o Percentual de Gordura não apresentaram diferenças significantes entre as avaliações.

Tendo em vista os resultados obtidos no presente estudo, ressalta-se a relevância dos Grupos de Emagrecimento para pessoas com sobrepeso e obesidade, que muitas vezes têm precário acesso à políticas públicas sociais.

Sugere-se que, além de nutricionista e profissional de Educação Física, o psicólogo também seja inserido no grupo. Este profissional poderá contribuir com aspectos relacionados ao estresse e problemas familiares constatados pelas participantes de acordo as avaliações realizadas.

Ainda que sejam desenvolvidas orientações sobre exercícios, percebe-se a necessidade da prática frequente. Neste sentido, é relevante a inserção das pessoas dos grupos de emagrecimento em alguma atividade física orientada nas mesmas

Unidades Básicas de Saúde. Desta forma, a mudança de hábitos alimentares associada à prática de atividade física habitual resultaria em uma maior eficácia para o emagrecimento.

Sugere-se que estes grupos tenham um número adequado de participantes para um melhor atendimento. Além disso, torna-se importante que os coordenadores dos grupos conscientizem os indivíduos de sua participação em todos os encontros para um melhor aproveitamento e obtenção de melhores resultados.

O conhecimento destes poderá gerar benefícios para os atuais e futuros coordenadores de grupos que obtêm o objetivo de emagrecer e profissionais em formação, visando o melhor atendimento aos indivíduos com excesso de peso.

## REFERÊNCIAS

- BATISTA E. da S. et al. Hábito alimentar, níveis de lipídios sanguíneos e o status antioxidante de adultos jovens fumantes e não fumantes. **Revista de Nutrição**, Campinas, 22(3):377-388, 2009.
- BALBON R. de M. et al. Diferenças biomecânicas entre os gêneros e sua importância nas lesões do joelho. **Fisioterapia em Movimento**, v.24, n.1. Curitiba, 2011.
- BLISSMER B. et al. Health-related quality of life following a clinical weight loss intervention among overweight and obese adults: intervention and 24 month follow-up effects. **Health and Quality of Life Outcomes**, 4:43 doi: 10.1186/1477-7525-4-43, 2006.
- BRASIL. **Especial cidadania**: dicas de saúde publicadas no Jornal do Senado. Brasília: Senado Federal, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadernos De Atenção Básica; n.12. **Obesidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadernos De Atenção Básica; n.27. **Diretrizes do NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2011**: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema único de Saúde. **Guia Alimentar**: Como ter uma alimentação saudável. Disponível em: [http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/guia\\_alimentar\\_bolso.pdf](http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/guia_alimentar_bolso.pdf). Acessado em: 30 de abril de 2012b.
- BRASIL. **Pesquisa CNI – IBOPE**: retratos da sociedade brasileira: saúde pública – (janeiro 2012) – Brasília: CNI, 2012c. 67 p.
- BRAY G., BOUCHARD C. **Handbook of Obesity**: clinical applications. 3rd ed. New York: Informa Healthcare USA, Inc. 2008.
- CAVALVANTI C.L. et al. Programa de intervenção nutricional associado à atividade física: discurso de idosas obesas. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.5, Rio de Janeiro, 2011.
- DELBIN M.A., ANTUNES E., ZANESCO A. Papel do exercício físico na isquemia/reperfusão pulmonar e resposta inflamatória. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, v.24 n.4. São José do Rio Preto, 2009.

FARIAS E. dos S., SALVADOR M.R.D. Antropometria, Composição Corporal e Atividade Física de Escolares. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, 2005;7(1):21-29.

FILHO, M.B., RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(Sup. 1):S181-S191, 2003.

HASKELL W.L. et al. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, 2007;39(8):1423–34.

HAUN D.R., PITANGA F.J.G., LESSA I. Razão cintura/estatura comparado a outros indicadores antropométricos de obesidade como preditor de risco coronariano elevado. **Revista da Associação Médica Brasileira**, 2009; 55(6): 705-11.

HAUSER C., BENETTI M., REBELO F.P.V. Estratégias para o emagrecimento. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**, v.6, n.1, p.72-81, 2004.

HAYWOO, M.K., GETCHELL, N. **Desenvolvimento Motor ao Longo da Vida**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. 408p.

IBGE. **Um Panorama da saúde no Brasil**: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde: 2008 / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro, 2010. 256 p.

LUFT C.D.B. et al. Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. **Revista de Saúde Pública**, v.41, n.4. São Paulo, 2007.

MENDONÇA, C.P., ANJOS, L.A. dos. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(3):698-709, 2004.

MUNIZ A., GARCIA N. **Pesquisa revela baixo teor de nutrientes na alimentação do brasileiro**. Ascom/MS, 2011. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id\\_area=124&CO\\_NOTICIA=13055](http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=13055). Acessado em 1 de maio de 2012.

NAHAS, M.V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida**: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 5. ed Londrina: Midiograf, 2010. 318p.

NAHAS, M. V. **Estilo de vida e hábitos de lazer dos trabalhadores das indústrias brasileiras**. Relatório Geral. SESI, 2009.

NAHAS, M.V. **Obesidade, controle de peso e atividade física**. Londrina: Midiograf, 1999. 84p.

NAHAS, M. V.; BARROS, M. V. G.; FRANCALACCI, V. O pentágulo do bem-estar – base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupos. **Revista**

**Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Pelotas, Rio Grande do Sul, v. 5, n. 2, p. 48-59, 2000.

NETO P.T. de S., GONÇALVES A. Os benefícios dos exercícios resistidos em sujeitos com osteoartrite femoro tibial: uma breve revisão. **Revista Digital**, Buenos Aires - Año 14 - Nº 133, 2009.

NUNES, M.A.A. et al. **Transtornos alimentares e obesidade**. Porto Alegre: Artmed, 2002. 215p.

NUNES M.M. de A., FIGUEIROA J.N., ALVES J.G.B. Excesso de peso, atividade física e hábitos alimentares entre adolescentes de diferentes classes econômicas em Campina Grande (PB). **Revista da Associação Médica Brasileira**, 2007; 53(2):130-4.

OLIVEIRA C.L. et al. Obesidade e síndrome metabólica na infância e adolescência. **Revista de Nutrição**, Campinas, 17(2):237-245, 2004.

ORSI J.V de A. et al. Impacto da obesidade na capacidade funcional de mulheres. **Revista da Associação Médica Brasileira** v.54 n.2 São Paulo, 2008.

PAHIM L.S., MENEZES A.M.B., LIMA R. Prevalência e fatores associados à enxaqueca na população adulta de Pelotas, RS. **Revista de Saúde Pública**, v.40, n.4. São Paulo, 2006.

PAIN, B.M., MATSUDO, S.M.M, BRAGGION, G.F., MATSUDO, V.K.R. Efeito de um programa de atividade física e na auto-percepção da aptidão física em mulheres acima de 50 anos de idade. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**. 6(3):50-64, 2001.

PEREIRA R.A., SICHIERI R., MARINS V.M.R. Razão cintura/quadril como preditor de hipertensão arterial. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 15(2):333-344, 1999.

PETROSKI, E.L. **Antropometria: técnicas e padronizações**. 3.ed.rev. e ampl. - Blumenau: Nova Letra, 2007, 182p.

PÍCOLI, T. da S., FIGUEIREDO L.L. de, PATRIZZI L.J. Sarcopenia e envelhecimento. **Fisioterapia em Movimento**, v.24, n.3. Curitiba, 2011.

PITANGA, F. J. G., LESSA, I. Indicadores antropométricos de obesidade como instrumento de triagem para risco coronariano elevado em adultos na cidade de Salvador – Bahia. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 85, n. 1, p. 26-31, 2005.

POLLOCK, M.L., WILMORE, J.H. **Exercícios na Saúde e na Doença: Avaliação e Prescrição para Prevenção e Reabilitação**. MEDSI Editora Médica e Científica Ltda., 233-362, 1993.

PROCHASKA, J.O., MARCUS, B.M. The trans-theoretical model: applications to exercise. In: DISHMAN, R.K. **Advances in Exercise Adherence**. Champaign, Illinois: Human Kinetics, 1994.

RAMOS, A.T. **Atividade física: Diabéticos, gestante, 3ª idade, crianças, obesos**. Rio de Janeiro: SPRINT, 1997; 119p.

REJESKI W.J. et al. Obesity, Intentional Weight Loss, and Physical Disability in Older Adults. **Obesity Reviews**, 11(9):671-685, 2010.

REJESKI W.J. et al. Translating Weight Loss and Physical Activity Programs Into the Community to Preserve Mobility in Older, Obese Adults in Poor Cardiovascular Health. **Archives of Internal Medicine**, 171(10):880-886, 2011.

SILVA, O.J. da; SILVA, T.J.C. da. **Exercício e saúde: fatos e mitos**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1995. 102p.

SILVA, S.G. da. et al. Caracterização da Pesquisa (tipos de pesquisa). In: SANTOS, S.G. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Quantitativa Aplicada à Educação Física**. 1ª edição. Florianópolis: Tribo da Ilha, 2011, p.67 a 70.

SILVA S.P. de S., PEREIRA G.S., COSTA R.S. Fatores sociodemográficos e atividade física de lazer entre homens e mulheres de Duque de Caxias/RJ. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.11. Rio de Janeiro, 2011.

SOUSA, T.F. et al. Associação entre indicadores de prática de atividades físicas na adolescência com o nível atual de prática de atividades físicas no lazer em acadêmicos de um curso de Educação Física no Nordeste do Brasil. **Revista Pensar a Prática**, v. 12, p. 1-12, 2009.

SOUZA L.K. de, HUTZ, C.S. Relacionamentos pessoais e sociais: amizade em adultos. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 2, p. 257-265, 2008.

STETTLER N. et al. Early risk factors for increased adiposity: a cohort study of African American subjects followed from birth to young adulthood. **The American Journal of Clinical Nutrition**, 72: 378-83, 2000.

TAYLOR R.W. et al. Evaluation of waist circumference, waist-to-hip ratio, and the conicity index as screening tools for high trunk fat mass, as measured by dual-energy X-ray absorptiometry, in children aged 3-19 y. **American Journal of Clinical Nutrition**, 72 (2): 490-5, 2000.

VILLAREAL D.T. et al. Weight Loss, Exercise, or Both and Physical Function in Obese Older Adults. **The New England Journal of Medicine**, 364(13):1218-1229, 2011.

WADDEN T.A. et al. A Two-Year Randomized Trial of Obesity Treatment in Primary Care Practice. **The New England Journal of Medicine**, 365(21):1969-1979, 2011.



WARSCHAUER M., D'URSO, L. Ambiência e formação de grupo em programas de caminhada. **Revista Saúde e Sociedade**. v.18, supl.2. São Paulo, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic**. Report. Geneva; 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Global Status Report on Alcohol**. Department of Mental Health and Substance Abuse. Geneva: World Health Organization; 2004.

SLAUGHTER M.H. et al. Skinfold equations for estimation of body fatness in children and youth. **Human Biology**, 1988;60:709-23.

## ANEXO

Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC  
Centro de Desportos - CDS  
Departamento de Educação Física

**GRUPOS DE EMAGRECIMENTO**  
**NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA - FLORIANÓPOLIS**

Identificação:

--	--	--	--

**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

Sexo: <sup>1</sup>[ ] Masculino <sup>2</sup>[ ] Feminino      Idade:                      anos.  
Estado Civil: <sup>1</sup>[ ] Sem companheiro (solteiro, viúvo, divorciado) <sup>2</sup>[ ] Com companheiro  
Telefone: (    )                      -                      E-mail:  
Renda familiar bruta: <sup>1</sup>[ ] até 622,00 reais <sup>2</sup>[ ] 623,00 a 1.244,00 reais <sup>3</sup>[ ] 1.245,00 a 1.866,00  
reais <sup>4</sup>[ ] 1.867,00 reais a 2.488,00 reais <sup>5</sup>[ ] 2.489,00 reais a 3.110,00 reais <sup>6</sup>[ ] Acima de  
3.111,00 reais

**GRUPO DE EMAGRECIMENTO**

1. Como você soube do grupo de Emagrecimento do Centro de Saúde?

<sup>1</sup>[ ] Equipe de Saúde do local (médico, enfermeiro, dentista, agente comunitário de saúde)<sup>2</sup>[ ] Familiares ou Amigos<sup>3</sup>[ ] Internet<sup>4</sup>[ ] Outros. Qual?

2. Algum médico já disse que você possui alguma das doenças abaixo:

Patologia	Quantos anos?	Patologia	Quantos anos?
Diabetes		Dores na coluna	
Hipertensão		Doenças cardiovasculares (AVC, Infarto)	
Artrose/Artrite		Incontinência Urinária	
Osteoporose		Doença Crônica Pulmonar	
Doença Ortopédica		Doença Neurológica (Parkinson ou Alzheimer)	
Doença Respiratória		Doença Depressiva	
Doença Coronariana (aterosclerose)		Síndrome Metabólica	

3. Você acredita que este grupo pode ajudar as pessoas com sobrepeso?

<sup>1</sup>[ ] Sim<sup>2</sup>[ ] Não

4. Você acredita que a participação no grupo de emagrecimento contribuirá para sua saúde?

<sup>1</sup>[ ] Sim<sup>2</sup>[ ] Não

5. Você acredita que é importante praticar exercícios físicos nos grupos de emagrecimento?

<sup>1</sup>[ ] Sim<sup>2</sup>[ ] Não

## ESTILO DE VIDA

---

### Atividade Física

#### *Atividade física de lazer*

6. Considerando as **duas últimas semanas**, você tem realizado algum tipo de ATIVIDADE FÍSICA NO SEU LAZER, como ginástica, caminhada, corrida, esportes, danças ou artes marciais, por exemplo? **ATENÇÃO: Não considere as atividades físicas que você faz durante o grupo de emagrecimento ou seu trabalho.**

<sup>1</sup>  Sim, 1 ou 2 vezes por semana

<sup>2</sup>  Sim, 3 ou 4 vezes por semana

<sup>3</sup>  Sim, 5 ou mais vezes por semana

<sup>4</sup>  Não, mas estou interessado (a) em realizar atividade física no meu lazer num futuro próximo

<sup>5</sup>  Não estou interessado (a) em realizar atividades físicas no meu lazer num futuro próximo

7. Considerando as **duas últimas semanas**, qual o TIPO PRINCIPAL DE ATIVIDADE FÍSICA que você pratica no seu lazer? (Marque somente uma opção) **ATENÇÃO: Não considere as atividades físicas que você faz durante o grupo de emagrecimento ou seu trabalho.** (marque somente uma opção)

<sup>1</sup>  Esportes coletivos

<sup>2</sup>  Caminhada

<sup>3</sup>  Corrida

<sup>4</sup>  Ciclismo

<sup>5</sup>  Ginástica / musculação

<sup>6</sup>  Natação / hidroginástica

<sup>7</sup>  Dança / atividades rítmicas

<sup>8</sup>  Yoga / tai-chi-chuan / alongamentos

<sup>9</sup>  Artes marciais / lutas

<sup>10</sup>  Outra. Qual?

<sup>11</sup>  Não tenho praticado atividade físicas de

lazer

#### *Determinantes da atividade física*

8. Considerando as **duas últimas semanas**, qual a maior dificuldade que você tem percebido para a prática de ATIVIDADES FÍSICAS NO SEU LAZER? (marque somente uma opção)

<sup>1</sup>  Cansaço

<sup>2</sup>  Clima desconfortável

<sup>3</sup>  Excesso de trabalho

<sup>4</sup>  Falta de vontade

<sup>5</sup>  Obrigações de estudos

<sup>6</sup>  Obrigações familiares

<sup>7</sup>  Distância até o local de prática

<sup>8</sup>  Falta de habilidade motora

<sup>9</sup>  Falta de condições físicas (aptidão, disposição)

<sup>10</sup>  Falta de instalações

<sup>11</sup>  Falta de dinheiro

<sup>12</sup>  Condições de segurança

<sup>13</sup>  Outra

<sup>14</sup>  Não tenho percebido dificuldades

9. Considerando as **duas últimas semanas**, em qual condição você tem **praticado** atividades físicas no lazer?

<sup>1</sup>  Sozinho (a) <sup>2</sup>  Com parceiro (a) <sup>3</sup>  Em grupo <sup>4</sup>  Não tenho praticado atividades físicas de lazer

10. COMO você **prefere** praticar atividades físicas no lazer?

<sup>1</sup>  Sozinho (a) <sup>2</sup>  Com parceiro (a) <sup>3</sup>  Em grupo <sup>4</sup>  Não tenho praticado atividades físicas de lazer

11. ONDE (em que local) você MAIS FREQUENTEMENTE pratica as suas atividades físicas de lazer? **ATENÇÃO: Não considere as atividades físicas que você faz durante o grupo de emagrecimento.** (marque somente uma opção)

<sup>1</sup>  Centro de Saúde

<sup>2</sup>  Clubes / academias

<sup>3</sup>  Praias e trilhas

<sup>4</sup>  Nas ruas / parques

<sup>5</sup>  Outro. Qual:

<sup>6</sup>  Não tenho praticado atividades físicas de lazer

#### *História pregressa da atividade física*

As próximas três questões se referem a sua **história progressa relativa à prática de atividades físicas**. Favor ler as três questões antes de dar início às respostas.

12. Em relação ao contexto da sua **Educação Física (EF) escolar**, qual alternativa que melhor descreveria seu comportamento e/ou oportunidades: (marque somente uma opção)

- <sup>1</sup>[ ] Freqüentei, regularmente, as aulas de EF no Ensino Fundamental e Médio  
<sup>2</sup>[ ] Freqüentei, regularmente, **somente** as aulas de EF no **Ensino Fundamental**, porque eu **não tive EF** no Ens. Médio  
<sup>3</sup>[ ] Freqüentei, regularmente, **somente** as aulas de EF no **Ensino Fundamental**, porque eu **não gostava da EF** Ens. Médio  
<sup>4</sup>[ ] Freqüentei, regularmente, **somente** as aulas de EF no **Ensino Médio**, porque eu **não tive EF** no Ens. Fundamental  
<sup>5</sup>[ ] Freqüentei, regularmente, **somente** as aulas de EF no **Ensino Médio**, porque eu **não gostava da EF** no Ens. Fundamental  
<sup>6</sup>[ ] Raramente ou nunca freqüentei as aulas de EF porque eu **não gostava**, mesmo tendo oportunidades de participar  
<sup>7</sup>[ ] Nunca freqüentei as aulas de EF porque **não tive** EF no Ensino Fundamental e Médio.

13. Em relação ao contexto da sua prática de **esportes, dança ou lutas** em níveis competitivos e/ou de apresentação, qual alternativa que melhor descreveria seu nível de envolvimento: (marque somente uma opção)

- <sup>1</sup>[ ] Frequentei escolinhas ou equipes de esporte, dança ou lutas e cheguei a competir / apresentar em nível nacional  
<sup>2</sup>[ ] Frequentei escolinhas ou equipes de esporte, dança ou lutas e cheguei a competir / apresentar em nível estadual  
<sup>3</sup>[ ] Frequentei escolinhas ou equipes de esporte, dança ou lutas e cheguei a competir / apresentar em nível municipal  
<sup>4</sup>[ ] Frequentei escolinhas ou equipes esporte, dança ou lutas, mas nunca cheguei a competir ou apresentar.  
<sup>5</sup>[ ] Nunca frequentei escolinhas ou equipes esporte, dança ou lutas.

### Hábitos Alimentares

14. Em quantos dias de uma semana normal você toma CAFÉ DA MANHÃ? (Desjejum)

- <sup>1</sup>[ ] Nenhum dia    <sup>2</sup>[ ] 1 dia    <sup>3</sup>[ ] 2 dias    <sup>4</sup>[ ] 3 dias    <sup>5</sup>[ ] 4 dias    <sup>6</sup>[ ] 5 dias  
<sup>7</sup>[ ] 6 dias    <sup>8</sup>[ ] 7 dias

15. Em quantos dias de uma semana normal você COME FRUTAS ou TOMA SUCOS NATURAIS?

- <sup>1</sup>[ ] Nenhum dia    <sup>2</sup>[ ] 1 dia    <sup>3</sup>[ ] 2 dias    <sup>4</sup>[ ] 3 dias    <sup>5</sup>[ ] 4 dias    <sup>6</sup>[ ] 5 dias  
<sup>7</sup>[ ] 6 dias    <sup>8</sup>[ ] 7 dias

16. Em quantos dias de uma semana normal você COME VERDURAS ou SALADAS VERDES?

- <sup>1</sup>[ ] Nenhum dia    <sup>2</sup>[ ] 1 dia    <sup>3</sup>[ ] 2 dias    <sup>4</sup>[ ] 3 dias    <sup>5</sup>[ ] 4 dias    <sup>6</sup>[ ] 5 dias  
<sup>7</sup>[ ] 6 dias    <sup>8</sup>[ ] 7 dias

17. Em quantos dias de uma semana normal você come CARNE VERMELHA gordurosa ou FRANGO COM PELE sem remover a gordura visível?

- <sup>1</sup>[ ] Nenhum dia    <sup>2</sup>[ ] 1 dia    <sup>3</sup>[ ] 2 dias    <sup>4</sup>[ ] 3 dias    <sup>5</sup>[ ] 4 dias    <sup>6</sup>[ ] 5 dias  
<sup>7</sup>[ ] 6 dias    <sup>8</sup>[ ] 7 dias

18. Em quantos dias de uma semana normal você come "SALGADINHOS" (coxinhas, pastéis, empanados, acarajé e outras frituras)?

- <sup>1</sup>[ ] Nenhum dia    <sup>2</sup>[ ] 1 dia    <sup>3</sup>[ ] 2 dias    <sup>4</sup>[ ] 3 dias    <sup>5</sup>[ ] 4 dias    <sup>6</sup>[ ] 5 dias  
<sup>7</sup>[ ] 6 dias    <sup>8</sup>[ ] 7 dias

19. Em quantos dias de uma semana normal você come "DOCES" (bolos, tortas, sonhos, sorvetes)?

- <sup>1</sup>[ ] Nenhum dia    <sup>2</sup>[ ] 1 dia    <sup>3</sup>[ ] 2 dias    <sup>4</sup>[ ] 3 dias    <sup>5</sup>[ ] 4 dias    <sup>6</sup>[ ] 5 dias  
<sup>7</sup>[ ] 6 dias    <sup>8</sup>[ ] 7 dias

20. Em quantos dias de uma semana normal você toma REFRIGERANTES?

- <sup>1</sup>[ ] Nenhum dia    <sup>2</sup>[ ] 1 dia    <sup>3</sup>[ ] 2 dias    <sup>4</sup>[ ] 3 dias    <sup>5</sup>[ ] 4 dias    <sup>6</sup>[ ] 5 dias  
<sup>7</sup>[ ] 6 dias    <sup>8</sup>[ ] 7 dias

21. QUE TIPO de REFRIGERANTE você geralmente toma?

- <sup>1</sup>[ ] Não tomo refrigerante    <sup>2</sup>[ ] Normal    <sup>3</sup>[ ] Diet/ Light  
<sup>4</sup>[ ] Os dois tipos

### Controle do Stress

22. Você reserva tempo para relaxar (pelo menos 5 minutos todos os dias)?

- <sup>1</sup>[ ] nunca    <sup>2</sup>[ ] às vezes    <sup>3</sup>[ ] quase sempre    <sup>4</sup>[ ] sempre

23. Você mantém uma discussão sem alterar-se, mesmo quando contrariado?

- <sup>1</sup>[ ] nunca    <sup>2</sup>[ ] às vezes    <sup>3</sup>[ ] quase sempre    <sup>4</sup>[ ] sempre

24. Você equilibra o tempo dedicado ao trabalho / estudos com o tempo dedicado ao lazer?

- <sup>1</sup>[ ] nunca    <sup>2</sup>[ ] às vezes    <sup>3</sup>[ ] quase sempre    <sup>4</sup>[ ] sempre

25. Você evita reduzir o horário de almoço e / ou lanche para executar tarefas de estudo ou trabalho?

- <sup>1</sup>[ ] nunca    <sup>2</sup>[ ] às vezes    <sup>3</sup>[ ] quase sempre    <sup>4</sup>[ ] sempre

26. Você evita comer exageradamente por motivos emocionais, como ansiedade ou tristeza?

- <sup>1</sup>[ ] nunca    <sup>2</sup>[ ] às vezes    <sup>3</sup>[ ] quase sempre    <sup>4</sup>[ ] sempre

27. Você procura organizar-se e priorizar suas tarefas?

- <sup>1</sup>[ ] nunca    <sup>2</sup>[ ] às vezes    <sup>3</sup>[ ] quase sempre    <sup>4</sup>[ ] sempre

28. Como você classifica o NÍVEL DE STRESS na sua vida?

- <sup>1</sup>[ ] Raramente estressado  
<sup>2</sup>[ ] Às vezes estressado, vivendo razoavelmente bem  
<sup>3</sup>[ ] Quase sempre estressado  
<sup>4</sup>[ ] Sempre estressado, com dificuldade para enfrentar a vida diária.

### Comportamento preventivo

29. Com relação ao hábito de FUMAR, qual a sua situação?

- <sup>1</sup>[ ] Nunca fumei    <sup>4</sup>[ ] FUMO até 10 cigarros / dia  
<sup>2</sup>[ ] Parei de fumar há mais de 2 anos    <sup>5</sup>[ ] FUMO de 10 a 20 cigarros / dia  
<sup>3</sup>[ ] Parei de fumar há menos de 2 anos    <sup>6</sup>[ ] FUMO mais de 20 cigarros / dia

30. Quantas DOSES DE BEBIDAS ALCOÓLICAS você toma em uma semana normal?

(1 dose =  $\frac{1}{2}$  garrafa de cerveja, 1 copo de vinho ou 1 dose de uísque / conhaque / cachaça / vodka)

- <sup>1</sup>[ ] Nenhuma    <sup>2</sup>[ ] 1 a 7 doses    <sup>3</sup>[ ] 8 a 14 doses    <sup>4</sup>[ ] 15 doses  
ou mais

31. Nos ÚLTIMOS TRINTA DIAS, você tomou 5 ou mais DOSES DE BEBIDA ALCOÓLICA numa mesma ocasião?

(1 dose =  $\frac{1}{2}$  garrafa de cerveja, 1 copo de vinho ou 1 dose de uísque / conhaque / cachaça / vodka)

- <sup>1</sup>[ ] Não    <sup>2</sup>[ ] Sim

32. Quando você está em ambiente ensolarado, por mais de 30 minutos, COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ USA PROTETOR SOLAR, BONE OU CHAPÉU, OU OUTRO TIPO DE PROTEÇÃO CONTRA O SOL?

- <sup>1</sup>[ ] Sempre    <sup>2</sup>[ ] Quase sempre    <sup>3</sup>[ ] Às vezes    <sup>4</sup>[ ] Nunca / raramente

33. Com que frequência você considera que DORME BEM?

<sup>1</sup>[ ] Sempre raramente      <sup>2</sup>[ ] Quase sempre      <sup>3</sup>[ ] Às vezes      <sup>4</sup>[ ] Nunca /

34. Algum médico, enfermeiro ou agente comunitário de saúde já lhe disse que você tem PRESSÃO ALTA?

<sup>1</sup>[ ] Não      <sup>2</sup>[ ] Sim      <sup>3</sup>[ ] Não lembro      <sup>4</sup>[ ] Nunca medi minha pressão sangüínea

35. Algum médico, enfermeiro ou nutricionista já lhe disse que você tem COLESTEROL ALTO?

<sup>1</sup>[ ] Não      <sup>2</sup>[ ] Sim      <sup>3</sup>[ ] Não lembro      <sup>4</sup>[ ] Nunca fiz exame para medir colesterol

36. Algum médico já lhe disse que você tem DIABETES (açúcar no sangue acima do normal)?

<sup>1</sup>[ ] Não      <sup>2</sup>[ ] Sim      <sup>3</sup>[ ] Não lembro      <sup>4</sup>[ ] Nunca fiz exame para medir açúcar no sangue

37. Algum médico já lhe disse que você sofreu algum tipo de LESÃO que interfira na prática de atividades físicas?

<sup>1</sup>[ ] Não      <sup>2</sup>[ ] Sim. Qual? \_\_\_\_\_      <sup>3</sup>[ ] Não lembro

38. Com que frequência você sente dores de cabeça?

<sup>1</sup>[ ] Sempre raramente      <sup>2</sup>[ ] Quase sempre      <sup>3</sup>[ ] Às vezes      <sup>4</sup>[ ] Nunca /

### Relacionamentos

39. Você respeita e busca estar em contato com a natureza?

<sup>1</sup>[ ] nunca      <sup>2</sup>[ ] às vezes      <sup>3</sup>[ ] quase sempre      <sup>4</sup>[ ] sempre

40. Você procura cultivar amigos e está satisfeito com seus relacionamentos?

<sup>1</sup>[ ] nunca      <sup>2</sup>[ ] às vezes      <sup>3</sup>[ ] quase sempre      <sup>4</sup>[ ] sempre

41. Você procura ser ativo em sua comunidade, sentindo-se útil no seu ambiente social?

<sup>1</sup>[ ] nunca      <sup>2</sup>[ ] às vezes      <sup>3</sup>[ ] quase sempre      <sup>4</sup>[ ] sempre

42. Você tem procurado cultivar o bom relacionamento com os colegas de turma?

<sup>1</sup>[ ] nunca      <sup>2</sup>[ ] às vezes      <sup>3</sup>[ ] quase sempre      <sup>4</sup>[ ] sempre

43. Você é capaz de apreciar as pequenas coisas da vida?

<sup>1</sup>[ ] nunca      <sup>2</sup>[ ] às vezes      <sup>3</sup>[ ] quase sempre      <sup>4</sup>[ ] sempre

44. Você está satisfeito com a vida que leva?

<sup>1</sup>[ ] nunca      <sup>2</sup>[ ] às vezes      <sup>3</sup>[ ] quase sempre      <sup>4</sup>[ ] sempre

## SATISFAÇÃO E CONTROLE DA MASSA CORPORAL

### Percepção da auto-imagem

(Marque o n° que corresponde com a sua opção)

45. Na sua opinião, qual classificação que melhor corresponde a sua **silhueta corporal atual**? <sup>1</sup>[ ]



46. Na sua opinião, qual classificação que melhor corresponde a **silhueta corporal que você gostaria de ter**? <sup>2</sup>[ ]



47. Na sua opinião, qual classificação que melhor corresponde ao padrão de **silhueta corporal “ideal” para o sexo oposto?**

<sup>3</sup>[ ]

48. O que você está fazendo para perder peso?

<sup>1</sup>[ ] Atividade física

<sup>5</sup>[ ] Dieta e tomando remédios

<sup>2</sup>[ ] Dieta

<sup>6</sup>[ ] Tomando remédios / chás para emagrecimento

<sup>3</sup>[ ] Dieta e atividade física

<sup>7</sup>[ ] Atividade Física, dieta e remédios

<sup>4</sup>[ ] Atividade física e tomando remédios

<sup>8</sup>[ ] Não estou tentando perder peso

### Percepção de Saúde

49. Como você classifica o seu **estado de saúde atual?**

<sup>1</sup>[ ] Excelente

<sup>2</sup>[ ] Bom

<sup>3</sup>[ ] Regular

<sup>4</sup>[ ] Ruim

### COMPOSIÇÃO CORPORAL

50. Comparando com pessoas da sua idade e sexo, como você considera a **sua aptidão física?**

<sup>1</sup>[ ] Melhor

<sup>2</sup>[ ] Semelhante

<sup>3</sup>[ ] Pior

<sup>4</sup>[ ] Não sei responder

Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC  
Centro de Desportos - CDS  
Departamento de Educação Física

### GRUPOS DE EMAGRECIMENTO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA - FLORIANÓPOLIS

Identificação:

**Composição Corporal**

--	--	--

Peso Aferido:

Estatura Aferida:

Circunferência da Cintura (ponto médio):

Circunferência do Quadril:

Dobra Cutânea Tricipital:

Dobra Cutânea Subescapular:

## APÊNDICE 1



**Prefeitura Municipal de Florianópolis**  
**Secretaria Municipal de Saúde**  
**Comissão de Acompanhamento de Projetos de Pesquisa em**  
**Saúde**

### DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEPESH, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: "Estudo sobre Grupos de Emagrecimento do Núcleo de Apoio a Saúde da Família de Florianópolis" da pesquisadora responsável Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Cíntia de la Rocha Freitas e cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos, condicionando seu início à apresentação do parecer favorável do CEPESH.

Florianópolis, 30/07/2012

---

**Maria Francisca dos Santos Daussy**  
Membro da Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em  
**Saúde**

Dep. de Educação, Saúde e Serviços  
Município 159409  
SMS - PMF



## APÊNDICE 2



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE DESPORTOS



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

Prezado(a) Senhor(a),

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “Estudo sobre Grupos de Emagrecimento no Núcleo de Apoio à Saúde da Família de Florianópolis/SC”. Esta pesquisa está vinculada ao Departamento de Educação Física da Universidade Federal de Santa Catarina.

Antes de concordar em participar desta pesquisa, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes de você decidir participar.

**OBJETIVOS:** Analisar o estilo de vida dos indivíduos com excesso de peso e obesidade que participam dos grupos de emagrecimento.

**PROCEDIMENTOS:** Para sua participação voluntária na pesquisa, o(a) senhor(a) deverá preencher o questionário que constará de informações sobre condições sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, telefone, e-mail e renda familiar bruta), grupo de emagrecimento (como o indivíduo soube do grupo, se algum médico já disse que apresenta alguma patologia, se acredita que o grupo pode ajudar pessoas com sobrepeso, que pode contribuir para sua saúde e se pensa ser importante praticar exercícios no grupo), estilo de vida (atividade física, hábitos alimentares, controle do stress, comportamento preventivo e relacionamentos), satisfação e controle da massa corporal (percepção da auto-imagem e percepção de saúde), composição corporal (peso, estatura, circunferência de cintura e quadril, dobras cutâneas tricipital e subescapular).

**RISCO E DESCONFORTO:** Os procedimentos referentes a essa pesquisa serão cercados de cuidados para garantir a total segurança dos voluntários, não apresentando nenhum risco à integridade física dos participantes. Se, porventura, o(a) senhor(a) sofrer algum prejuízo físico ou moral por causa do estudo, informo que nos responsabilizaremos em indenizá-lo.

**BENEFÍCIOS:** As informações levantadas possibilitarão elaborar recomendações que poderão trazer benefícios à saúde dos indivíduos analisados, como conhecer o perfil de saúde dos participantes dos grupos de emagrecimento das unidades de saúde de Florianópolis e motivar a mudança de comportamento para um estilo de vida saudável.

**Fica antecipadamente garantido que:**

- Somente participarão as pessoas que, após serem esclarecidas sobre todos os procedimentos, aceitarem participar do estudo, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido;
- Não haverá nenhum custo aos participantes do estudo;
- Os nomes dos participantes do estudo não serão divulgados, assegurando-se o caráter confidencial das informações obtidas para essa pesquisa;
- Os participantes dessa pesquisa poderão desistir a qualquer momento;
- Os participantes do estudo terão acesso aos seus resultados individuais.

Expresso meus sinceros agradecimentos por sua participação. Para maiores esclarecimentos e dúvidas, realize contato através do telefone (48) 3721-9462 ou do e-mail [cintiadelarocha@gmail.com](mailto:cintiadelarocha@gmail.com) para falar com a coordenadora da Pesquisa Cintia de La Rocha Freitas, ou pelo celular (48) 9948-6352 e/ou e-mail [beatriz.schuelter@gmail.com](mailto:beatriz.schuelter@gmail.com) para falar com a pesquisadora Beatriz Schuelter.

Eu, \_\_\_\_\_, li e entendi todas as informações contidas nesse termo de consentimento e, assino abaixo, confirmando através deste documento meu consentimento para participação na coleta de dados referente ao preenchimento dos questionários e da avaliação da composição corporal.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Florianópolis, \_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012.

## APÊNDICE 3

Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC  
 Centro de Desportos - CDS  
 Departamento de Educação Física

### GRUPOS DE EMAGRECIMENTO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA - FLORIANÓPOLIS

Identificação: 

--	--	--

#### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Sexo: <sup>1</sup>[ ] Masculino <sup>2</sup>[ ] Feminino      Idade:      *anos*.  
 Estado Civil: <sup>1</sup>[ ] Sem companheiro (solteiro, viúvo, divorciado) <sup>2</sup>[ ] Com companheiro  
 Telefone: (    )      -      E-mail:  
 Renda familiar bruta: <sup>1</sup>[ ] até 622,00 reais <sup>2</sup>[ ] 623,00 a 1.244,00 reais <sup>3</sup>[ ] 1.245,00 a 1.866,00 reais <sup>4</sup>[ ] 1.867,00  
 reais a 2.488,00 reais <sup>5</sup>[ ] 2.489,00 reais a 3.110,00 reais <sup>6</sup>[ ] Acima de 3.111,00 reais

#### GRUPO DE EMAGRECIMENTO

6. Você participou de todos os encontros do grupo?

<sup>1</sup>[ ] Sim      <sup>2</sup>[ ] Não

7. Você acredita que este grupo tem ajudado as pessoas com sobrepeso?

<sup>1</sup>[ ] Sim  
<sup>2</sup>[ ] Não

8. Você acha que a participação no grupo de emagrecimento contribuiu para sua saúde?

<sup>1</sup>[ ] Sim  
<sup>2</sup>[ ] Não

9. Você já perdeu peso desde que iniciou no grupo?

<sup>1</sup>[ ] Sim. Quantos:  
<sup>2</sup>[ ] Não

10. O que está percebendo melhorar no seu cotidiano desde que começou a participar do grupo? (Pode assinalar mais de uma opção)

- ( ) Auto-estima e Percepção de Bem-estar
- ( ) Hábitos Alimentares saudáveis
- ( ) Controle do Estresse
- ( ) Atividade Física Habitual
- ( ) Maior satisfação com seus relacionamentos
- ( ) Disposição, consegue realizar melhor as atividades diárias
- ( ) Facilidade para dormir
- ( ) Facilidade para manter a atenção
- ( ) Autoconfiança
- ( ) Outros. O que?.....

11. Você acredita que é importante a prática de exercícios nos grupos de emagrecimento?

<sup>1</sup>[ ] Sim  
<sup>2</sup>[ ] Não

---

**SATISFAÇÃO E CONTROLE DA MASSA CORPORAL**


---

HOMEM

**Percepção da auto-imagem**

(Marque o nº que corresponde com a sua opção)

7. Na sua opinião, qual classificação que melhor corresponde a sua **silhueta corporal atual**? <sup>1</sup>[ ]



I11 I21 I31 I41 I51 I61 I71 I81 I91

8. Na sua opinião, qual classificação que melhor corresponde a **silhueta corporal que você gostaria de ter**? <sup>2</sup>[ ]



MULHER

9. Na sua opinião, qual classificação que melhor corresponde ao padrão de **silhueta corporal “ideal” para o sexo oposto**? <sup>3</sup>[ ]

10. O que você está fazendo para perder peso?

<sup>1</sup>[ ] Atividade física<sup>2</sup>[ ] Dieta<sup>3</sup>[ ] Dieta e atividade física<sup>4</sup>[ ] Atividade física e tomando remédios<sup>5</sup>[ ] Dieta e tomando remédios<sup>6</sup>[ ] Tomando remédios / chás para emagrecimento<sup>7</sup>[ ] Atividade Física, dieta e remédios<sup>8</sup>[ ] Não estou tentando perder peso**Percepção de Saúde**

11. Como você classifica o seu **estado de saúde atual**?

<sup>1</sup>[ ] Excelente<sup>2</sup>[ ] Bom<sup>3</sup>[ ] Regular<sup>4</sup>[ ] Ruim

---

**APTIDÃO FÍSICA**


---

12. Comparando com pessoas da sua idade e sexo, como você considera a **sua aptidão física**?

<sup>1</sup>[ ] Melhor<sup>2</sup>[ ] Semelhante<sup>3</sup>[ ] Pior<sup>4</sup>[ ] Não sei responder