

Acompanhamento de Mulheres em Programa de Emagrecimento sem Contagem de Calorias

Monitoring Women in Weight Loss Program without Calorie Counting

Mônica de Souza Machado¹; Luciane Rabelo Pereira²

¹ Aluna do Curso de Nutrição do Centro Universitário Salesiano, Vitória/ES.

² Professora Orientadora do Curso de Nutrição do Centro Universitário Salesiano, Vitória/ES.

Resumo

O presente artigo teve como objetivo acompanhar um grupo de mulheres em um programa de emagrecimento sem contagem de calorias, realizado na cidade de Vitória/ES. Sobrepeso e obesidade são definidos como acúmulo anormal ou excessivo de gordura que pode prejudicar a saúde, representando o ponto onde há maior risco para a saúde devido às doenças e morbidades que ocorrem nos mais diferentes limiares a partir de causas associadas aos índices de peso e sobrepeso mantidos acima do limite. O aumento da incidência de obesidade na população em geral tem sido preocupação a nível mundial, já que condições de sobrepeso e obesidade são causas de doenças crônicas como o diabetes tipo 2, doenças cardíacas, osteoartrite, hipertensão e acidente vascular cerebral, além de acarretarem o aumento de ocorrências de câncer de mama, ovário, próstata, fígado, vesícula, rim e cólon. O estudo é caracterizado como Descritivo, de corte transversal e abordagem Quantitativa. A amostra do estudo foi composta por 24 mulheres. A coleta de dados foi realizada através da aplicação de um Questionário Holandês do Comportamento Alimentar. No grupo estudado, o IMC inicial médio foi de 31,41 Kg/m² e a prevalência da medida do perímetro de Cintura (CC) para Aumentado e Muito Aumentado foi de 70,8%. A pesquisa também revelou que em vigência de labilidade emocional as mulheres sentem mais vontade de comer.

Palavras chaves: Nutrição Comportamental. Obesidade. Gasto Energético. Emagrecimento sem Contagem de Calorias.

Introdução

A obesidade é considerada por uma grande maioria de pesquisadores como um problema de saúde pública, dadas as proporções epidêmicas da mesma no mundo, que tem alcançado grande número de pessoas de ambos os sexos, faixas etárias e classes sociais (RUIZ *et al.*, 2014; CUNHA *et al.*, 2015). A obesidade desencadeia inúmeras preocupações, dentre elas o aparecimento de diversas doenças correlacionadas como o diabetes tipo 2, as doenças cardíacas, a hipertensão e o acidente vascular cerebral (WHO, 2020), além de cânceres de próstata, de mama e cólon (CAMPBELL, 2003).

A obesidade ou sobrepeso acontecem no corpo quando o estoque de energia é maior do que o consumo diário desta energia, sendo que um equilíbrio entre a

ingesta de alimentos e o consumo de energia determina o armazenamento de energia no corpo (LEVINE, 2002). Inúmeros fatores influenciam a capacidade de uma pessoa ganhar ou perder peso, podendo ser citado, a composição genética, o estilo de vida, as condições ambientais, as circunstâncias sociais e comportamentais, estágio de crescimento, bem como os hábitos na alimentação e a prática de atividades físicas (CABALLERO, 2012).

Não bastasse as co-morbididades relacionadas ao sobrepeso e à obesidade, que levam milhões à óbito todos os anos, há a pressão por parte da sociedade quanto à manutenção de uma aparência mais saudável, privilegiando os corpos magros, embora este fator não necessariamente corresponda a uma melhor saúde. Indivíduos obesos estão propensos a sofrer de estigmatização social e discriminação (CAMPBELL, 2003).

Sabemos que somos diferentes um do outro e que nosso comportamento alimentar é influenciado por escolhas que fizemos e faremos durante nossa vida e por isso os alimentos que escolhemos são frutos do meio em que vivemos e das informações que obtivemos (QUAIOTI; ALMEIDA, 2006). Um dado importante trazido por Bernardi, Cichelero e Vitolo (2005) é que as mulheres comumente apresentam um comportamento de sub-relato alimentar, em parte devido à pressão cultural e social que exige padrões corporais mais esguios.

A restrição alimentar surge, dentro deste contexto, como uma maneira de proporcionar uma melhor qualidade de vida às pessoas, tanto em virtude da necessidade em manter uma vida mais saudável, evitando as inúmeras doenças desencadeadas pela obesidade e sobrepeso, quanto para obter uma aparência mais magra e atender aos padrões de beleza sugeridos (BERNARDI; CICHELERO; VITOLO, 2005).

Inseridas no cotidiano das pessoas visando adequar o comportamento alimentar e o estilo de vida às necessidades alimentares restritivas, as dietas por vezes acabam não funcionando, justamente pelo caráter restritivo e auto-impositor que, alinhado aos gostos e preferências particulares, acarretam compulsão alimentar, perda de auto estima e mudanças de humor, afetando ainda mais a qualidade de vida das pessoas.

Este estudo teve como principal objetivo, acompanhar um grupo de mulheres em um programa de emagrecimento sem contagem de calorias. Foram delimitados os objetivos específicos para a pesquisa: a) recolher e avaliar os dados

antropométricos das participantes, bem como analisar o comportamento alimentar no grupo de estudo, a fim de entender e compreender a sua relação com o alimento e as mudanças necessárias para ter uma qualidade de vida melhor; e b) identificar e discutir os efeitos positivos da intervenção nutricional, descrevendo como a inserção das mudanças alimentares podem beneficiar a melhoria no sistema muscular, cognitivo e demais aspectos relevantes à saúde e bem-estar das mulheres participantes do grupo de estudos.

Metodologia

Este estudo foi aprovado pelo CEP conforme nº CAAE: 37929920.0.0000.5068.

É um estudo Descritivo, de corte transversal e sua abordagem é Quantitativa, amostra composta por 24 mulheres, na faixa etária entre 20 e 60 anos, que foram reunidas na Igreja Adventista do Sétimo Dia, no Bairro de Lourdes, na cidade de Vitória/ES. O estudo foi iniciado com uma amostra de 30 mulheres, porém, 6 mulheres desistiram durante a pesquisa, permanecendo, portanto, 24 mulheres que completaram a pesquisa.

Como critério de exclusão foi considerado a não aceitação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A), que garantia às mulheres que participariam do estudo a ausência de riscos e desconfortos durante a realização do mesmo, o sigilo de identificação e das informações geradas durante a pesquisa, além do respeito à livre escolha em continuar ou não participando do estudo. O Termo foi apresentado no primeiro encontro e dado continuidade somente a partir de sua aceitação.

O estudo foi realizado em oito encontros semanais, no período entre 09/08/2020 a 27/09/2020, sendo que no primeiro encontro foram colhidos os seguintes dados antropométricos: altura, peso, percentual de gordura, circunferências da cintura e braço. Nos encontros subsequentes foram novamente colhidos os dados acima citados com exceção da altura..

No primeiro encontro foi apresentada palestra participativa de 90 minutos, com explicação do objetivo do programa e ensino de educação nutricional com foco na explanação do que são macronutrientes e da função de cada macronutriente no organismo, bem como suas fontes. Foi ainda demonstrado as diferenças existentes entre os alimentos in natura e os alimentos processados e ultra processados.

A partir da educação nutricional foi proposto às participantes que a no dia seguinte iniciassem uma alimentação baseada em escolhas conscientes, levando em conta a função de cada alimento. Também, foi proposto a troca de receitas caseiras entre as participantes, sendo que na produção das mesmas contivesse apenas alimentos in natura, incentivando o consumo de alimentos crus e foi solicitado que as participantes observassem o comer emocional, movido por sentimentos de ansiedade, tristeza ou outros.

Foi solicitado as participantes a elaboração de seu próprio cardápio diário conforme as orientações recebidas, porém, sem interferência direta de um profissional. Também não foi informada nenhuma quantidade específica de alimento a ser ingerido. Foram orientadas a ingerir no mínimo 1,5L de água diariamente. A cada encontro semanal eram auferidas novamente as medidas antropométricas de cada participante.

Foi utilizado para a coleta de dados, o Questionário Holandês do Comportamento Alimentar – QHCA (ALMEIDA; LOUREIRO; SANTOS, 2001) (Anexo B), aplicado às participantes no primeiro encontro, composto por 33 questões fechadas, sendo que algumas ainda solicitavam informar a frequência com que a resposta dada podia ser considerada. O Questionário Holandês é composto por três subescalas que avaliam os seguintes estilos alimentares: a) alimentação restrita, relacionada ao conhecimento dos melhores hábitos nutricionais; b) alimentação emocional, que é o estilo alimentar relacionado ao estado psicológico; e c) alimentação externa, que leva em consideração o aroma e sabor dos alimentos, bem como à alimentação associada às situações sociais.

Os demais materiais utilizados para obtenção dos dados antropométricos foram: uma balança Tanita BC 730 One Size Digital, com suporte para até 150 kg; uma fita métrica para medir a circunferência do braço e da cintura, além de um estadiômetro portátil marca Welmy.

A análise dos resultados realizada neste trabalho consiste na exploração dos dados utilizando a Estatística de Distribuição de Frequências e Inferencial (Teste não paramétrico qui-quadrado).

Nas Tabelas 2 a 11 foi utilizado o teste não paramétrico qui-quadrado (χ^2), para verificar uma possível associação entre as variáveis sob estudo. O nível de

relevância(significação) foi de 5%, assim “valor-p” menor que 0,05, indica que existe uma associação entre as variáveis.

Resultados

Para o cálculo do IMC apurado, foi classificado conforme a Tabela 1, preconizada pela OMS.

Tabela 1 – Classificação do índice de Massa Corporal (IMC)

Classificação	IMC (Kg/m²)	Risco de co-morbidades
Baixo Peso	< 15,5	Baixo (porém com aumento de outros problemas clínicos)
Peso Normal	18,5 – 24,9	Médio
Sobrepeso	24 – 29,9	Ligeiramente aumentado
Obeso	≥30	
Grau I	30 – 34,9	Moderado
Grau II	35 – 39,9	Grave
Grau III	≥40	Muito Grave

Fonte: Organização Mundial da Saúde (OMS, 1998).

Segundo a OMS, a classificação do IMC relatada na Tabela 1 é utilizada como critério para estimar a gravidade da obesidade e para realizar o tratamento da sua ocorrência em adultos. Valores de IMC menores que 15,5 kg/m² são considerados Baixo Peso; IMC de 18,5 kg/m² e 24,9 kg/m², é considerado de Peso Normal; IMC entre 24 kg/m² e 29,9 kg/m², passa a ser considerado Sobrepeso. A Obesidade tem três classificações: de Grau I, quando o valor do IMC fica entre 30 e 34,9 kg/m²; de Grau II, quando o IMC se encontra entre 35 e 39,9 kg/m²; e de Grau III, para valores de IMC acima de 40 kg/m² (ANJOS, 2006).

As medidas antropométricas coletadas durante a pesquisa são demonstradas na Tabela 2.

Tabela 2 - Variáveis Antropométricas obtidas durante a pesquisa

Medidas	Mínimo	Média	Mediana	Máximo	Desvio Padrão
Idade (anos)	20,00	41,08	40,50	59,00	11,11
Altura (m)	1,47	1,58	1,60	1,65	0,05
Peso Inicial (kg)	51,90	75,03	74,35	109,00	15,20
Peso ideal (kg)	50,40	58,09	56,00	67,72	4,67
IMC Inicial (kg/m ²)	23,06	31,41	29,37	56,79	7,51
IMC Final (kg/m ²)	22,80	28,65	25,82	52,75	6,65

Fonte: dados da pesquisa

Conforme a Tabela 2, a média de idade entre as participantes do estudo foi de 41 anos, a altura média foi de 158 cm e o peso médio inicial das participantes foi de 75,03 kg, sendo 51,9 Kg o menor peso e 109 Kg o maior peso. Quanto ao IMC, a média obtida no início da pesquisa foi de 31,41 kg/m², enquanto que no último encontro, o IMC médio ficou em 28,65 kg/m².

O Gráfico 1 apresenta os dados levantados na pesquisa que relacionam a vontade de comer com o estado emocional das mulheres. Assim, algumas perguntas no questionário tensionavam saber se, em vigência de determinado sentimento as entrevistadas sentiam vontade de comer, sendo contabilizadas as respostas positivas.

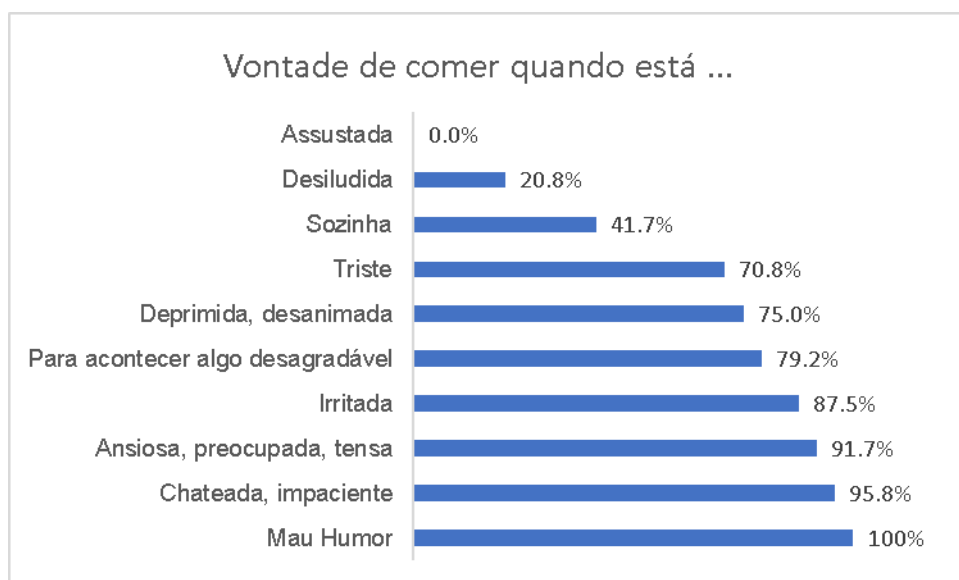


Gráfico 1 - Estado emocional e vontade de comer

Fonte: dados da pesquisa

Conforme o Gráfico 1, 100% (n=24) das mulheres que participaram da pesquisa sentem vontade de comer quando estão com mau humor; 95,8% (n=23) sentem vontade de comer quando estão chateadas ou impacientes. Quando estão ansiosas, preocupadas ou tensas, cerca de 91,7% (n=22) das participantes sentem vontade de comer. Já, quando irritadas, cerca de 87,5% (n=21) sente vontade de comer. Ao sentir que algo desagradável está para acontecer, 79,2% (n=19) das mulheres pesquisadas sentem vontade de comer, o que acontece com 75% (n=18) das pesquisadas quando deprimidas ou desanimadas. Quando estão tristes, cerca de 70,8% (n=17) das mulheres sentem vontade de comer. Já, se sentindo sozinhas, sentem vontade de comer cerca de 41,7% (n=10) das pesquisadas. O sentimento de

desilusão causa vontade de comer em 20,8% (n=5) das pesquisadas, enquanto que se sentindo assustadas, nenhuma entrevistada informou sentir vontade de comer.

A pesquisa revelou também que 100% (n=24) das mulheres pesquisadas costumam comer mais quando estão sem nada para fazer e quando estão emocionalmente perturbadas. Em contrapartida, 100% das mulheres disse prestar atenção ao que come. Já, 95,8% (n=23) das participantes comem menos antes de se pesarem.

Perguntado se depois de um dia em que comeram muito, as participantes comem menos do que o habitual nos dias seguintes, cerca de 19 participantes responderam “sim”, representando 79,2% do total da amostra, enquanto 5 mulheres, ou 20,8% responderam “não”. À esta questão, a Tabela 3 mostra a distribuição de frequências segundo o IMC das participantes.

Tabela 3 - Distribuição de Frequências segundo IMC e “Ao comer muito em um dia, você come menos do que o habitual nos dias seguintes”

			Ao comer muito em um dia, você come menos do que o habitual nos dias seguintes		
			Sim	Não	Total
IMC	Eutrofia	Frequência	8	2	10
		% do Total	33,3%	8,3%	41,7%
	Sobrepeso	Frequência	6	1	7
		% do Total	25,0%	4,2%	29,2%
	Obesidade de Grau I	Frequência	4	0	4
		% do Total	16,7%	0,0%	16,7%
	Obesidade de Grau II	Frequência	1	1	2
		% do Total	4,2%	4,2%	8,3%
	Obesidade de Grau III	Frequência	0	1	1
		% do Total	0,0%	4,2%	4,2%
	Total	Frequência	19	5	24
		% do Total	79,2%	20,8%	100,0%

Fonte: dados da pesquisa

Conforme a Tabela 3, das 19 respondentes que comem menos nos dias subsequentes ao um dia em que comeram muito, 33,3% (n=8) foram classificadas com Eutrofia, 25% (n=6) com Sobrepeso, 16,7% (n=4) com Obesidade de Grau I e 4,2% (n=1) com Obesidade de Grau II. Das cinco mulheres que responderam que não costumam comer menos nos dias subsequentes ao dia em que comeram muito, duas foram classificadas como Eutrofia, uma como Sobrepeso, uma com Obesidade de Grau II e uma com Obesidade de Grau III.

Com relação ao mesmo questionamento, observou-se a Circunferência de Cintura (CC) com o comportamento de “ao comer muito em um dia, come menos do que o habitual nos dias seguintes”, sendo os dados apresentados na Tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição de Frequências segundo e Ao comer muito em um dia, você come menos do que o habitual nos dias seguintes

			Ao comer muito em um dia, você come menos do que o habitual nos dias seguintes		
			Sim	Não	Total
Circunferência de Cintura	Normal	Frequência	7	0	7
		% do Total	29,2%	0,0%	29,2%
	Aumentado	Frequência	6	2	8
		% do Total	25,0%	8,3%	33,3%
	Muito Aumentado	Frequência	6	3	9
		% do Total	25,0%	12,5%	37,5%
	Total	Frequência	19	5	24
		% do Total	79,2%	20,8%	100,0%

Fonte: dados da pesquisa

Na Tabela 4, das 19 mulheres que responderam “sim”, sete mulheres, ou 29,2% do total apresentavam CC Normal, seis mulheres ou 25% apresentavam CC Aumentado e outras seis, também representando 25% das respondentes, apresentavam CC Muito Aumentado. As mulheres que responderam “não” corresponderam a 20,8% (n=5) do total da amostra pesquisada, sendo que destas, duas ou 8,3% apresentavam CC Aumentado e três, ou 12,5%, apresentavam CC Muito Aumentado.

As mulheres foram perguntadas se costumam **não** comer entre uma refeição e outra porque estão observando o peso. Nas respostas, 75% (n=18) das mulheres responderam “sim”, enquanto 25% (n=6) responderam “não”. Ao serem questionadas sobre se, tendo algo delicioso para comer, elas comem imediatamente, 87,5% respondeu que “não”, contra 12,5% que respondeu “sim”.

Ao preparar uma refeição, 87,5% (n=21) das mulheres relataram que não ficam inclinadas a comer alguma coisa gostosa, contra 12,5% (n=3) que diz ficar inclinada a comer. Porém, ao serem perguntadas se conseguiam deixar de comer esses alimentos “gostosos”, 54,2% (n=13) do total das respondentes disse que não consegue deixar de comer, contra 45,8% (n=11) que disse conseguir deixar.

A pesquisa também revelou que 54,2% (n=13) das mulheres pesquisadas comem menos com o objetivo de não ficarem mais pesadas e 75% (n=18) diz não se alimentar a noite porque está cuidando do peso. Já, perguntado sobre se ao passar

perto de uma padaria, as entrevistadas ficavam com vontade de comprar alguma guloseima, cerca de 87,5% (n=21) respondeu que não.

As participantes foram questionadas sobre se, decididamente, elas comem comidas que são pouco “engordativas”, sendo que três mulheres, ou 12,5%, responderam “sim” e 21 mulheres, ou 87,5%, responderam “não”. A Tabela 5 apresenta esses dados, considerando a classificação do IMC das respondentes.

Tabela 5 - Distribuição de Frequências segundo IMC e Decididamente você ingere alimentos com baixo teor “engordativo”

			Decididamente você come comidas que são pouco “engordativas”		Total
			Sim	Não	
IMC	Eutrofia	Frequência	2	8	10
		% do Total	8,3%	33,3%	41,7%
	Sobrepeso	Frequência	0	7	7
		% do Total	0,0%	29,2%	29,2%
	Obesidade de Grau I	Frequência	1	3	4
		% do Total	4,2%	12,5%	16,7%
	Obesidade de Grau II	Frequência	0	2	2
		% do Total	0,0%	8,3%	8,3%
	Obesidade de Grau III	Frequência	0	1	1
		% do Total	0,0%	4,2%	4,2%
	Total	Frequência	3	21	24
		% do Total	12,5%	87,5%	100,0%

Fonte: dados da pesquisa

Conforme a Tabela 5, das três mulheres que comem comidas que são pouco engordativas, apenas uma foi classificada com Obesidade de Grau I, enquanto as outras duas foram classificadas com Eutrofia. Das que, decididamente, não comem comidas pouco engordativas, 33,3% (n=8) foram classificadas com Eutrofia, 29,2% (n=7) com Sobrepeso, 12,5% (n=3) com Obesidade de Grau I, 8,3% (n=2) com Obesidade Grau II e apenas 4,2% (n=1) com Obesidade de Grau III.

Com relação ao mesmo questionamento anterior, a Tabela 6 apresenta uma relação com a CC das participantes.

Tabela 6 - Distribuição de Frequências segundo “Decididamente você come comidas que são pouco ‘engordativas’”

			Decididamente você come comidas que são pouco “engordativas”		
			Sim	Não	Total
Circunferência de Cintura	Normal	Frequência	2	5	7
		% do Total	8,3%	20,8%	29,2%
	Aumentado	Frequência	0	8	8
		% do Total	0,0%	33,3%	33,3%
	Muito Aumentado	Frequência	1	8	9
		% do Total	4,2%	33,3%	37,5%
Total	Frequência	3	21	24	
	% do Total	12,5%	87,5%	100,0%	

Fonte: dados da pesquisa

Ao analisar a Tabela 6, observa-se que das três mulheres que responderam “sim” à pergunta, duas delas, ou 8,3% apresentavam CC Normal, enquanto que uma, ou 4,2%, apresentava CC Muito Aumentado. Das 21 mulheres que responderam “não”, 33,3% (n=8) apresentavam CC Aumentado e outras 33,3% (n=8) apresentavam CC Muito aumentado, correspondendo a 16 mulheres nestas duas classificações, enquanto que 20,8% (n=5) o mulheres apresentavam CC Normal.

Foi perguntado às participantes se as mesmas consideram o seu peso de acordo com o que comem, ao que 100% (n=24) das respondentes concordaram.

Na pesquisa, também foi perguntado se as mulheres entrevistadas costumavam recusar comida ou bebida oferecidas por estarem preocupadas com o peso. 11 mulheres, ou 45,8% do total respondeu “sim”, enquanto 13 mulheres, ou 54,2% do total respondeu “não” recusar. A Tabela 7 apresenta os dados levantados correlacionando à classificação do IMC das pesquisadas.

Tabela 7 - Distribuição de Frequências segundo IMC e Recusa comida ou bebida oferecidas a você por estar preocupada com seu peso

			Recusa comida ou bebida oferecidas a você por estar preocupada com seu peso		
			Sim	Não	Total
IMC	Eutrofia	Frequência	2	8	10
		% do Total	8,3%	33,3%	41,7%
	Sobrepeso	Frequência	3	4	7
		% do Total	12,5%	16,7%	29,2%
	Obesidade de Grau I	Frequência	3	1	4
		% do Total	12,5%	4,2%	16,7%
	Obesidade de Grau II	Frequência	2	0	2
		% do Total	8,3%	0,0%	8,3%
	Obesidade de Grau III	Frequência	1	0	1
		% do Total	4,2%	0,0%	4,2%
	Total	Frequência	11	13	24
		% do Total	45,8%	54,2%	100,0%

Fonte: dados da pesquisa

A Tabela 7 mostra que das 13 mulheres que responderam “não” recusar comida ou bebida oferecidas por estarem preocupadas com o peso, 33,3% (n=8) foram classificadas como tendo Eutrofia, 16,7% (n=4) delas apresentavam Sobrepeso, enquanto 4,2% (n=1) estavam com Obesidade de Grau I. Já, das onze mulheres que responderam positivamente à recusa de alimentos e bebidas por se preocuparem com o peso, 12,5% (n=3) foram classificadas como Sobrepeso, outras 12,5% (n=3) com Obesidade de Grau I, 8,3% (n=2) com Obesidade de Grau II e outras 8,3% (n=2) com Eutrofia, e somente 4,2% (n=1) apresentavam Obesidade de Grau III.

Com relação à mesma pergunta “você recusa comida ou bebida oferecidas a você por estar preocupada com seu peso?” foi relacionado à medição da CC, sendo os dados apresentados na Tabela 8.

Tabela 8 - Distribuição de Frequências segundo e Recusa comida ou bebida oferecidas a você por estar preocupada com seu peso com relação à CC

			Recusa comida ou bebida oferecidas a você por estar preocupada com seu peso		
			Sim	Não	Total
Circunferência de Cintura	Normal	Frequência	3	4	7
		% do Total	12,5%	16,7%	29,2%
	Aumentado	Frequência	2	6	8
		% do Total	8,3%	25,0%	33,3%
	Muito Aumentado	Frequência	6	3	9
		% do Total	25,0%	12,5%	37,5%
Total	Frequência	11	13	24	
	% do Total	45,8%	54,2%	100,0%	

Fonte: dados da pesquisa

A Tabela 8 mostra que das 13 mulheres que responderam “não” recusar alimentos e bebidas por preocupação com o peso, 25% (n=6) foi classificada com CC Aumentado, 16,7% com CC Normal e 12,5% (n=3) com CC Muito Aumentado. Das onze que recusam alimentos e bebidas devido à preocupação com o peso, 25% (n=6) foram classificadas com CC Muito Aumentado, 12,5% (n=3) com CC Normal e 8,3% (n=2) com CC Aumentado.

Perguntado se, decididamente, as entrevistadas comem menos com o objetivo de não ficar mais pesadas, 54,2% (n=13) das mulheres responderam que “sim”, enquanto 45,8%, (n=11) das mulheres responderam que “não” ao questionamento. A Tabela 9 apresenta a distribuição de frequências segundo o IMC das mulheres com relação às respostas ao questionamento.

Tabela 9 - Distribuição de Frequências segundo IMC e Decididamente você come menos com o objetivo de não ficar mais pesada

			Decididamente você come menos com o objetivo de não ficar mais pesada(o)		Total
			Sim	Não	
IMC	Eutrofia	Frequência	4	6	10
		% do Total	16,7%	25,0%	41,7%
	Sobrepeso	Frequência	5	2	7
		% do Total	20,8%	8,3%	29,2%
	Obesidade de Grau I	Frequência	2	2	4
		% do Total	8,3%	8,3%	16,7%
	Obesidade de Grau II	Frequência	2	0	2
		% do Total	8,3%	0,0%	8,3%
	Obesidade de Grau III	Frequência	0	1	1
		% do Total	0,0%	4,2%	4,2%
	Total	Frequência	13	11	24
		% do Total	54,2%	45,8%	100,0%

Fonte: dados da pesquisa

Com relação as respostas do questionamento se, decididamente, as entrevistadas comem menos tendo o objetivo de não ficar mais pesadas, das 13, ou 54,2% das mulheres que responderam “sim”, 20,8% (n=5) foram classificadas com Sobrepeso, 16,7% (n=4) foram classificadas com Eutrofia, 8,3% (n=2) com Obesidade de Grau II e outras 8,3% (n=2) com Obesidade de Grau I. Já, das 11 mulheres que responderam “não”, 25% (n=6) foram classificadas como Eutrofia, 8,3% (n=2) com Sobrepeso e outras 8,3% (n=2) com Obesidade de Grau I. As restantes 4,2% (n=1) foram classificadas com Obesidade de Grau III.

Nesta questão, as mulheres também foram relacionadas com a CC. Os dados são apresentados na Tabela 10.

Tabela 10 - Distribuição de Frequências segundo Decididamente você come menos com o objetivo de não ficar mais pesada

			Decididamente você come menos com o objetivo de não ficar mais pesada(o)		Total
			Sim	Não	
Circunferência de Cintura	Normal	Frequência	4	3	7
		% do Total	16,7%	12,5%	29,2%
	Aumentado	Frequência	4	4	8
		% do Total	16,7%	16,7%	33,3%
	Muito Aumentado	Frequência	3	6	9
		% do Total	12,5%	25,0%	37,5%
	Total	Frequência	13	11	24
		% do Total	45,8%	54,2%	100,0%

Fonte: dados da pesquisa

Com relação as 11 mulheres que responderam “não”, 25% (n=6) foram classificadas com CC Muito Aumentado, 16,7% (n=4) com CC Aumentado e 12,5% (n=3) com CC Normal. Já, das 13 respondentes que disseram “sim”, cerca de 16,7% (n=4) foram classificadas com CC Normal e outras 16,7% (n=4) com CC Aumentado. O restante 12,5% (n=3) apresentava CC Muito Aumentado.

Discussão

Estudos demonstram que o índice de obesidade e sobrepeso vem aumentando na população, de forma em geral (WHO, 2020; ABESO, s.d.; SOUZA, 2016; GONÇALVES et al., 2016). Nesta pesquisa, a frequência de Obesidade e Sobrepeso na população estudada foi de 58,3%. Com relação à população feminina brasileira, estudos anteriores mostraram uma prevalência de sobrepeso, considerando a faixa etária de 20 a 59 anos, de 53,9% (ABESO, s.d.) e de 52% (SOUZA, 2016). Segundo a OMS (WHO, 2020), entre as causas que levam ao sobrepeso e à obesidade estão o desequilíbrio energético entre as calorias consumidas e a quantidade gasta.

O aumento da ingestão de alimentos industrializados ricos em gorduras e açúcares, aliado a um perfil mais sedentário, tendo em vista a diminuição das atividades físicas, acarretadas em parte pelas mudanças com relação aos meios de transporte e urbanização que diminuíram a necessidade de movimentação, bem como a prevalência de um menor poder sócio econômico das pessoas, a nível mundial, têm contribuído para os alarmantes índices observados (QUAIOTI; ALMEIDA, 2006; WHO, 2020).

Os estilos de vida relacionados à escolha dos alimentos consumidos e a prática ou não de atividades físicas regulares têm grande peso para estimar a qualidade de vida e o bem-estar das pessoas. As práticas que levam ao bem-estar têm forte influência sobre as taxas de morbidade e mortalidade em muitos países. Muitas doenças crônicas como as cardíacas, acidente vascular encefálico, doença pulmonar crônica, certos cânceres e diabetes melitus têm sua origem a partir dos quadros de sobrepeso e obesidade (MAHAN; SCOTT-STUMP; RAYMOND, 2013).

O sobrepeso e a obesidade, por sua vez, “estão diretamente ligados ao desequilíbrio calórico” (MAHAN; SCOTT-STUMP; RAYMOND, 2013, p. 801). O desequilíbrio energético se dá quando a ingestão energética é maior do que o gasto

energético, ou seja, resulta em balanço energético positivo, gerando os quadros de obesidade (ANJOS, 2006) .

Conforme explica Anjos (2006), o gasto energético corresponde à taxa metabólica basal, que seria em torno de 50% a 70% do valor total, pela ação dinâmica específica de cada tipo de alimento consumido, além dos gastos proporcionados pela atividade física. Esta última, por sinal, compreende os movimentos corporais que envolvem a contração da musculatura esquelética de forma voluntária, sugerindo um aumento do gasto energético acima do gasto basal e compreende as atividades de lazer, cotidianas e laborais. Para Mahan, Scott-Stump e Raymond (2013), uma boa saúde é a combinação de atividades físicas regulares com escolhas alimentares adequadas às necessidades de equilíbrio energético e nutricional.

O IMC médio no grupo estudado foi de $31,41\text{kg/m}^2$, além, portanto, do que a OMS considerada como IMC normal, estimado entre 18,5 e $24,9\text{kg/m}^2$. IMC acima de 25kg/m^2 apresenta riscos à saúde da mulher, com prevalência de doenças fatais, como infarto, AVC, doença da vesícula biliar, diabetes tipo 2, problemas respiratórios e endometriais, cânceres de mama e de cólon (FRANCISCHI et al., 2000; CAMPBELL, 2003; ANJOS, 2006; ABESO, s.d.).

Na pesquisa também foi observado a prevalência da medida do perímetro de cintura (CC), sendo que o resultado para Aumentado e Muito Aumentado foi de 70,8%. A OMS estabelece os valores para as mulheres de 80 cm para risco aumentado e de 88 cm como risco muito aumentado. Segundo Anjos (2006), às mulheres com valores de CC de 80 a 88 cm deve ser dada orientação sobre a importância de manter sob controle o valor da massa corporal, mudando os estilos de vida e incorporando atividades físicas regulares. Para valores acima de 88 cm, além das orientações anteriores, se torna oportuno investigar a existência de outros fatores que estejam contribuindo para o aumento de peso.

O valor da circunferência de cintura, juntamente com o IMC, servem para orientar e tratar a população quanto aos problemas oriundos do sobrepeso e obesidade (ANJOS, 2006). A redução da massa corporal, por sua vez, em especial de gordura corporal, tende a melhorar a qualidade de vida e diminuir os riscos de morbidade e mortalidade entre os pacientes obesos (FRANCISCHI et al., 2000).

A pesquisa revelou que em vigência de alguns sentimentos e labilidade emocional, as pacientes sentem mais vontade de comer. Na pesquisa, sentimentos

como mau humor, estar chateada ou impaciente, ansiosas ou tensas e irritadas, aumentam consideravelmente a vontade de comer. Outros sentimentos como a percepção de que algo desagradável vai acontecer, depressão e tristeza, também foram mensurados no grupo pesquisado, quanto a ter a vontade de comer aumentada. Em situação de estresse emocional, indivíduos que já apresentam excesso de peso tendem a ingerir mais alimentos mais vezes durante o dia, comportamento observado principalmente no gênero feminino, no qual o ato de comer excessivamente é visto como um mecanismo compensatório para situações de depressão, ansiedade, tristeza, dentre outros (BERNARDI; CICHELERO; VITOLO, 2005).

A pesquisa levantou que, a fim de evitar o ganho de peso, as mulheres estudadas, na sua totalidade, costumam prestar atenção ao que comem, enquanto que mais da metade come menos com o intenção de não ganhar peso. Outros comportamentos foram observados, como o fato de não comer a noite, tendo em vista o cuidado com o aumento de peso e o fato de não comprar alguma coisa gostosa ao passar por uma padaria, por exemplo. Neste último caso, 87,5%, correspondendo a 21 mulheres do total de entrevistadas, referiu o fato de não comprar algo gostoso quando passa por uma padaria. Segundo Alvarenga et al. (2015), o comportamento alimentar diz respeito às reações e maneiras das pessoas procederem com o alimento, relacionando o ato de comer e envolve ações relacionadas ao ato em si, como o que comer, quando, com quem, onde e quando comer.

Apesar da manutenção dos comportamentos acima, que evitam o fato de ficar mais pesadas, a pesquisa revelou que, decididamente, no grupo estudado muitas mulheres não deixam de comer comida pouco engordativa. Nos dados levantados, 54,2% (n=16) das mulheres com este comportamento, foram classificadas com Sobrepeso e Obesidade. Com relação a circunferência de cintura, a mesma quantidade de mulheres (n=16) aparece com os valores Aumentado e Muito Aumentado para esta variável.

“A conexão entre comida, emoções e comportamentos é, em geral, muito forte e complexa” (ALVARENGA et al., 2015, p. 619). Muitas pessoas veem a possibilidade de usar a comida como recompensa, para chamar a atenção, para agradar e quando o alimento precisa deixar de ser consumido, pode gerar sentimento de privação. É observado que tanto na cessação ou redução das

emoções negativas bem como no prolongamento das positivas, a comida é usada apenas como pretexto, pois, para alguns, em face de determinadas emoções, o desejo de comer pode diminuir, em outros, aumentar.

Nos humanos, o comportamento alimentar reflete as interações entre os estados fisiológico, psicológico e o ambiente onde os indivíduos estão inseridos, sendo que o controle sobre a ingestão de alimentos requer um controle interno, referente as informações fisiológicas representadas pelos neurotransmissores, hormônios, metabolismo, sistema gastrointestinal e receptores sensoriais, e conhecimento de informações nutricionais propiciadas de forma externa, correspondentes às características dos alimentos como, textura, cheiro, sabor, composição nutricional, e às peculiaridades do ambiente, como a temperatura, o excesso ou escassez de alimentos, as crenças culturais, religiosas e sociais, dentre outras (QUAIOTI; ALMEIDA, 2006).

A fase do climatério, período natural na vida da mulher, também acarreta mudanças comportamentais e provoca alterações psíquicas, sendo que o ganho de peso é outro fator presente nesta fase, tendo como principal causa o descontrole e a inadequação alimentar (CONTE; FRANZ; IDALÊNCIO, 2014; GONÇALVES et al., 2016).

Com relação ao comportamento alimentar restritivo que leva a métodos inadequados de controle ou perda de peso, Scagliusi et al. (2012) chamam a atenção para o “comer transtornado”, proveniente da prática de dietas inadequadas e de sentimentos de insatisfação corporal. Os autores citam que o termo “prática de dietas” é bastante vago e abrange comportamentos distintos. Segundo os autores, há existência de evidências de que a prática de dietas é um método ineficaz no controle do peso corporal, sendo relacionadas à compulsão alimentar e ao efeito sanfona. Já a insatisfação corporal tem sido relacionada a comportamentos de risco para transtornos alimentares, segundo os autores.

Na ânsia em atender tais padrões requeridos, os indivíduos, principalmente as mulheres, nesta questão, travam verdadeiras batalhas a fim de evitar atender a fome e o apetite que apresentam, que segundo Lipovetsky (2000 apud SANTOS, 2010), são verdadeiras ações beligerantes. Ao vislumbrar o primeiro sinal de insucesso por não conseguirem controlar e manter o regime de emagrecimento, os indivíduos começam a apresentar sentimento de culpa, seguido de vergonha, autodesprezo e frustração.

Porém, excetuando-se comportamentos que levem em conta tão somente o fato de ser aceita aos padrões culturais, a imagem corporal positiva dá às mulheres maior satisfação quanto à sua aparência, provoca menos estresse com relação à imagem, favorecendo uma melhor qualidade do bem-estar da pessoa. Segundo Alvarenga et al. (2015), as mulheres nesta situação são mais otimistas com relação à vida, mantêm uma autoestima elevada, são menos perfeccionistas e mais receptivas a lidar com a aparência, além de praticarem uma maior aceitação das adversidades.

Sousa (2010), por sua vez, cita como abordagem eficiente para o processo de mudança comportamental, o fato de as pessoas se convencerem do quanto sua alimentação é precária e com isso mudarem os hábitos e consequentemente, o estilo de vida. Segundo a autora, a mudança ocorre quando as pessoas de fato querem mudar, sendo este um passo fundamental na mudança de comportamento.

A recuperação do peso perdido normalmente vem acompanhada de frustração. Sousa (2010) cita que os resultados positivos para a manutenção de peso estão associados a fatores como a motivação intrínseca para a perda de peso, relacionando ainda o fato das pessoas contarem com apoio social, o ato de traçar estratégias para alcançar os objetivos de perda de peso, além da capacidade de lidar com o estresse que o processo de diminuir peso gera.

Por outro lado, Sousa (2010) refere que os fatores que aumentam os riscos de adquirir o peso perdido estão relacionados ao histórico de flutuação de peso, a desinibição quanto à ingestão de alimentos, a sensação de fome que depende de características particulares de pessoa para pessoa, a capacidade de lidar com o estresse, as emoções negativas e a passividade para enfrentar os problemas.

Conclusão

Este estudo teve como objetivo acompanhar um grupo de mulheres em um programa de emagrecimento sem contagem de calorias. O grupo, formado por uma amostra de 24 mulheres, foi submetido a orientações sobre a função dos macronutrientes no organismo, bem como sobre as fontes de alimentos para cada macronutriente. Foi ainda demonstrado as diferenças de alimentos *in natura*, processados e ultra processados. Este grupo foi acompanhado por oito semanas,

tendo encontros semanais, e as mulheres componentes deste grupo foram submetidas a cada encontro a avaliações das medidas antropométricas.

A pesquisa demonstrou que, assim como prevê a literatura, o comportamento alimentar deste grupo de mulheres é influenciado por questões fisiológicas, psicológicas e ambientais, nas quais os alimentos são utilizados não só para a manutenção da vida, mas têm funções estabelecidas com relação a alguns processos emocionais e comportamentais.

Muitos comportamentos, e neste caso também o alimentar, são difíceis de mudar, envolvendo esforço pessoal e muita vontade de querer mudar uma situação que tende a piorar, como é o caso da obesidade diante dos prejuízos para a saúde que causa.

A redução de peso e de gordura passa pela necessidade de manter um balanço energético negativo, no qual o gasto supera o consumo de energia. Neste caso, os estoques de energia são consumidos para manter os processos metabólicos do organismo, levando à perda de peso.

A atitude alimentar envolve o ser humano como um todo, os pensamentos, as crenças, os sentimentos e o relacionamento com os alimentos, sendo uma das melhores formas de entender o envolvimento que as pessoas mantêm com o alimento e como se dá o seu comportamento diante das necessidades de restrição e mudança comportamental alimentar.

Na atitude alimentar estão envolvidos componentes relacionados à afetividade, às crenças e conhecimento, além da vontade relacionada à predisposição de agir, com base nas questões favoráveis e desfavoráveis para a manutenção dos comportamentos alimentares. Diferenciar a sensação de fome diante de outras sensações é importante para o fato de entender se a fome que se está sentindo é fisiológica ou apresenta componentes emocionais, e no caso deste último, aprender a encontrar substitutos para o alimento, deixando este para a sua devida função no organismo humano.

Para que o ser humano possa manter uma qualidade de vida e elevar o seu bem-estar, a oportunidade de escolher alimentos corretos deve estar ligada ao desenvolvimento físico e psicológico que valorize o ato de escolher os alimentos adequados, buscando uma alimentação equilibrada. A prática rotineira de exercícios físicos ajuda a gastar mais energia, sendo uma excelente aliada para os hábitos alimentares saudáveis.

Referências

- Abeso. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Mapa da obesidade. Disponível em: <https://abeso.org.br/obesidade-e-sindrome-metabolica/mapa-da-obesidade/>. Acesso em: 20 out. 2020.
- Almeida GAN, Loureiro SR, Santos JE. Obesidade mórbida em mulheres: estilos alimentares e qualidade de vida. *Arch Latinoam Nutr*. 2001; 51(4): 359-365.
- Alvarenga, M, et al. *Nutrição Comportamental*. Org.: Alvarenga M, Figueiredo M, Timerman F, Antonaccio C. Editora Manole Ltda, 2015.
- Anjos, LA. *Obesidade e Saúde Pública*. (Coleção Temas em Saúde). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.
- Bernardi F, Cichelero C, Vitolo MR. Comportamento de restrição alimentar e obesidade. *Revista de Nutrição*. 2005; 18(1): 85-93.
- Caballero, BH. *Encyclopedia of Human Nutrition*. Elsevier: 2012.
- Campbell, I. The obesity epidemic: can we turn the tide?. *Heart*. 2003; 89(2) suppl: ii22-ii24.
- Conte FA, Franz LBB, Idalêncio VH. Compulsão alimentar e obesidade no climatério: uma revisão de literatura. *ABCS Health Sciences*. 2014; 39(3):199-203.
- Cunha KA, et al. Ingestão de cálcio, níveis séricos de vitamina D e obesidade infantil: existe associação? *Rev. Paulista de Pediatria*. 2015; 33(2): 222-229.
- Francischi, RPP, et al. Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. *Rev. Nutr., Campinas*. 2000; 13(1): 17-28.
- Gonçalves, JTT, et al. Sobrepresso e obesidade e fatores associados ao climatério. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. 2016; 21(4): 1145-1155.
- Levine, JA, Kotz, CM. NEAT—non-exercise activity thermogenesis—egocentric & geocentric environmental factors vs. biological regulation. *Acta Physiologica Scandinavica*. 2005; 184(4): 309-318.
- Mahan LK, Scott-Stump S, Raymond JL. *Krauze, Alimentos, Nutrição e Dietoterapia*. 13ª ed. 2013.
- Quaioti TCB, Almeida SdeS. Determinantes psicobiológicos do comportamento alimentar: uma ênfase em fatores ambientais que contribuem para a obesidade. *Revista Psicologia USP*. 2006; 17(4): 193-211.
- Ruiz FS, et al. Associação entre deficiência de vitamina D, adiposidade e exposição solar em participantes do sistema de hipertensão arterial e diabetes melito. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*. 2014; 35(2): 103-114.

Santos, LAS. Da dieta à reeducação alimentar: algumas notas sobre o comer contemporâneo a partir dos programas de emagrecimento na Internet. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 20 [2]: 459-474, 2010.

Scagliusi, FB, et al. Insatisfação corporal, prática de dietas e comportamentos de risco para transtornos alimentares em mães residentes em Santos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2012; 61(3):159-167.

Sousa CAM. O papel da mudança comportamental no tratamento da Obesidade. Monografia (Curso de Nutrição) – Universidade do Porto, Porto: 2010.

Souza MN. Um panorama do sobrepeso e obesidade adulta – perspectivas para o conjunto das capitais estaduais até 2030. Dissertação (Mestrado em Demografia) - Faculdade de Ciências Econômicas. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2016.

WHO. World Health Organization. Obesity and Overweight. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. Acesso em: 20 out. 2020.