

Impacto na qualidade de vida com mudanças de hábitos alimentares em mulheres de um grupo de apoio à saúde

Impact on quality of life with changes in eating habits in women from a health support group

Nednir Araujo de Oliveira¹; Luciene Rabelo Pereira²; Miriam Aparecida Ignácio de Almeida³

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.

³ Professora Colaboradora do Curso de Estatística do Centro Universitário Salesiano, Vitória/ES.

Resumo

O presente artigo teve como objetivo averiguar como a mudança nos hábitos e comportamentos alimentares impactaram na qualidade de vida de um grupo de mulheres, acompanhadas em um programa de emagrecimento sem contagem de calorias, realizado na cidade de Vitória/ES. Considerada pela OMS como problema de saúde pública, a obesidade tomou proporções epidêmicas no mundo, afetando tanto crianças, como adolescentes e adultos. Sobrepeso e obesidade são as maiores causas mundiais de doenças crônicas e incapacidade para o trabalho, com índices alarmantes do surgimento de muitas doenças a partir dos quadros de obesidade, acarretando, também, graves problemas de natureza social e psicológica. O comportamento alimentar envolve diversos fatores individuais, sendo necessárias ações múltiplas para atacar as condições de sobrepeso e obesidade a fim de adotar um estilo de vida mais saudável. O estudo é caracterizado como de abordagem Quanti e qualitativo, descritiva, observacional e de corte transversal. A amostra do estudo foi composta por 24 mulheres, acompanhadas semanalmente, em um total de oito encontros. A coleta de dados foi realizada através da aplicação de um questionário, sendo a Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida – SF 36. Orientadas desde o primeiro encontro quanto a composição nutricional dos alimentos, às participantes foi sugerido a mudança comportamental que incluía a mudança dos alimentos considerados mais calóricos por alimentos mais saudáveis. O IMC médio inicial no grupo estudado foi de 31,41 Kg/m², sendo que a intervenção resultou em um IMC médio final de 28,65 Kg/m². Além do IMC, todas as medidas antropométricas avaliadas foram reduzidas, o que demonstra que a reeducação alimentar provoca profundas mudanças na qualidade de vida das pessoas, que pode ser mais facilmente conseguida se aliada a uma rotina de exercícios físicos.

Palavras-chave: Mudança de Hábitos Alimentares. Qualidade de Vida. Educação Alimentar e Nutricional.

Introdução

A obesidade vem tomando proporções alarmantes em nível mundial. Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2020), em 2016 cerca de 39% dos adultos de dezoito anos acima apresentavam sobrepeso e 13% eram considerados obesos. Além do surgimento de muitas doenças a partir de um quadro de obesidade, a doença também causa graves problemas de natureza social e psicológica.

Múltiplos fatores contribuem para o desenvolvimento da obesidade, como uma alimentação rica em alimentos com pouca energia e maior densidade de

nutrientes, altos níveis de açúcar e de gorduras saturadas, e a manutenção de hábitos sedentários com a diminuição das atividades físicas (WHO, 2020).

No caso das mulheres, além dos fatores ambientais e comportamentais, há o desequilíbrio hormonal, causado pelo surgimento de algumas doenças ou mesmo pelo amadurecimento natural, levando a uma diminuição do gasto energético e, conseqüentemente, colaborando para o aumento do peso. Além da necessidade de manter um corpo saudável, tendo em vista as inúmeras doenças provindas de um comportamento alimentar abusivo ou mesmo do sobrepeso, as mulheres em geral ainda estão submetidas no dia a dia a um maior controle social sobre sua apresentação estética, levando-as a buscar meios de conquistar um melhor shape, e assim, atender aos padrões de beleza impostos pela sociedade, onde em geral prevalecem os corpos magros. (GONÇALVES et al., 2016).

Além dos padrões estéticos, há a necessidade de adequar os comportamentos à uma maior promoção da saúde e da qualidade de vida. Em ambos os casos, as mulheres procuram organizar suas rotinas em torno do ambiente onde estão expostas, mudando hábitos e comportamentos alimentares, aumentando a quantidade de atividades físicas e aderindo às dietas, que muitas vezes pelo baixo resultado que apresentam ou por particular inadequação, acarretam maior estresse emocional, deixando-as vulneráveis neste sentido (SCAGLIUSI et al., 2012).

O comportamento alimentar é multideterminado e envolve a junção de fatores fisiológicos, psicológicos, genéticos, além das condições ambientais em que o indivíduo está inserido (QUAIOTI; ALMEIDA, 2006). Conforme os autores, o comportamento alimentar humano é determinado pelas interações dos estados fisiológico e psicológico e as condições do ambiente onde o indivíduo convive. Esta multiplicidade de fatores ambientais que acarretam as condições de obesidade requer ações igualmente múltiplas para atacar o problema, considerando nesta questão a mudança de hábitos alimentares prejudiciais, a adoção de um estilo de vida mais saudável e a prática rotineira de níveis de atividades físicas (BROWN; KUK, 2015).

O estudo teve por objetivo averiguar como a mudança nos hábitos e comportamentos alimentares impactaram na qualidade de vida de um grupo de mulheres, acompanhadas em um programa de emagrecimento “Sem Contagem de Calorias”. Já, os objetivos específicos do estudo foram: a) descrever como os maus

hábitos alimentares interferem fisiologicamente na qualidade de vida do ser humano; b) identificar através da literatura, os conceitos sobre qualidade de vida; e c) identificar e analisar os comportamentos e hábitos alimentares que provavelmente infligiam na qualidade de vida das mulheres que participaram do grupo de apoio à saúde.

Metodologia

O estudo compreende uma pesquisa de abordagem Quanti e qualitativo, descritiva, observacional e de corte transversal, realizada na cidade de Vitória, ES. A amostra inicial do estudo era composta por 30 mulheres, na faixa etária entre 20 e 59 anos, porém, durante a pesquisa houve a desistência de seis mulheres, restando 24 que completaram a participação no programa de emagrecimento “Sem Contagem de Calorias”.

Considerou-se como critério de exclusão a não aceitação ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo que nele foi garantido às participantes do estudo a ausência de riscos e desconfortos durante a realização do mesmo, sigilo de identificação e de informações geradas na pesquisa, além da possibilidade da não continuação na pesquisa, caso esta fosse a decisão individual. A partir da apresentação do Termo no primeiro encontro, deu-se continuidade com as mulheres que concordaram em participar da pesquisa.

O estudo foi realizado em oito encontros semanais, sempre aos domingos à tarde, na sede da Igreja Adventista do Sétimo Dia, com início em 05/01/2020 e término em 08/03/2020. No primeiro encontro foram expostas as ideias e os planos do estudo a serem desenvolvidos, bem como colhidos os seguintes dados antropométricos: peso, altura, percentual de gordura, circunferência da cintura (CC), circunferência do braço (CB), prega cutânea supra ilíaca (PCSI), prega cutânea sub escapular (PCSE), prega cutânea tricipital (PCT), e prega cutânea bicipital (PCB). Nos encontros subsequentes foram novamente colhidos os dados de peso, circunferência da cintura e braço, sendo que as instruções foram repassadas a cada encontro e os relatos colhidos e avaliados.

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um questionário, aplicado às participantes no primeiro encontro. Tratou-se da Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida – SF 36 (BRAZIER et al., 1998), que visa

levantar dados genéricos sobre a qualidade de vida das pessoas. O questionário é dividido em escalas que consideram: a capacidade funcional, os aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, bem como aspectos de vitalidade, sociais, emocionais e de saúde mental, também foi utilizado o Questionário de Frequência Alimentar (QFA). Os demais materiais utilizados para coletar os 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.

Quanto aos aspectos éticos da pesquisa, foi encaminhado um ofício do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa para apreciação. Após aprovação, sob o número do CAAE 39622820.6.0000.5068, deu-se início à coleta dos dados e o acompanhamento das mulheres participantes do grupo de intervenção. levantar dados genéricos sobre a qualidade de vida das pessoas. O questionário é dividido em escalas que consideram: a capacidade funcional, os aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, bem como aspectos de vitalidade, sociais, emocionais e de saúde mental. Outros materiais utilizados para coletar os dados antropométricos foram: uma fita métrica para medir a circunferência do braço e da cintura; uma balança da marca Tanita BC 730 One Size Digital, com suporte para até 150 kg, além de um estadiômetro portátil da marca Welmy.

Com relação à Estatística Inferencial, realizou-se a descrição e avaliação da normalidade das variáveis pela aplicação do teste Shapiro-Wilk. Adicionalmente, realizou-se a comparação dos grupos com aplicação do Teste de Mann-Whitney para Amostras Independentes e o Teste dos postos Assinalados de Wilcoxon, para as variáveis cujas distribuições não assumem o padrão da distribuição normal gaussiana. Foi utilizado o programa computacional SPSS 23.0 for Windows.

Resultados

A amostra do estudo comportou 24 mulheres na faixa etária de 20 a 59 anos. Para o cálculo do IMC foi utilizado a classificação preconizada pela OMS, conforme a Tabela 1.

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

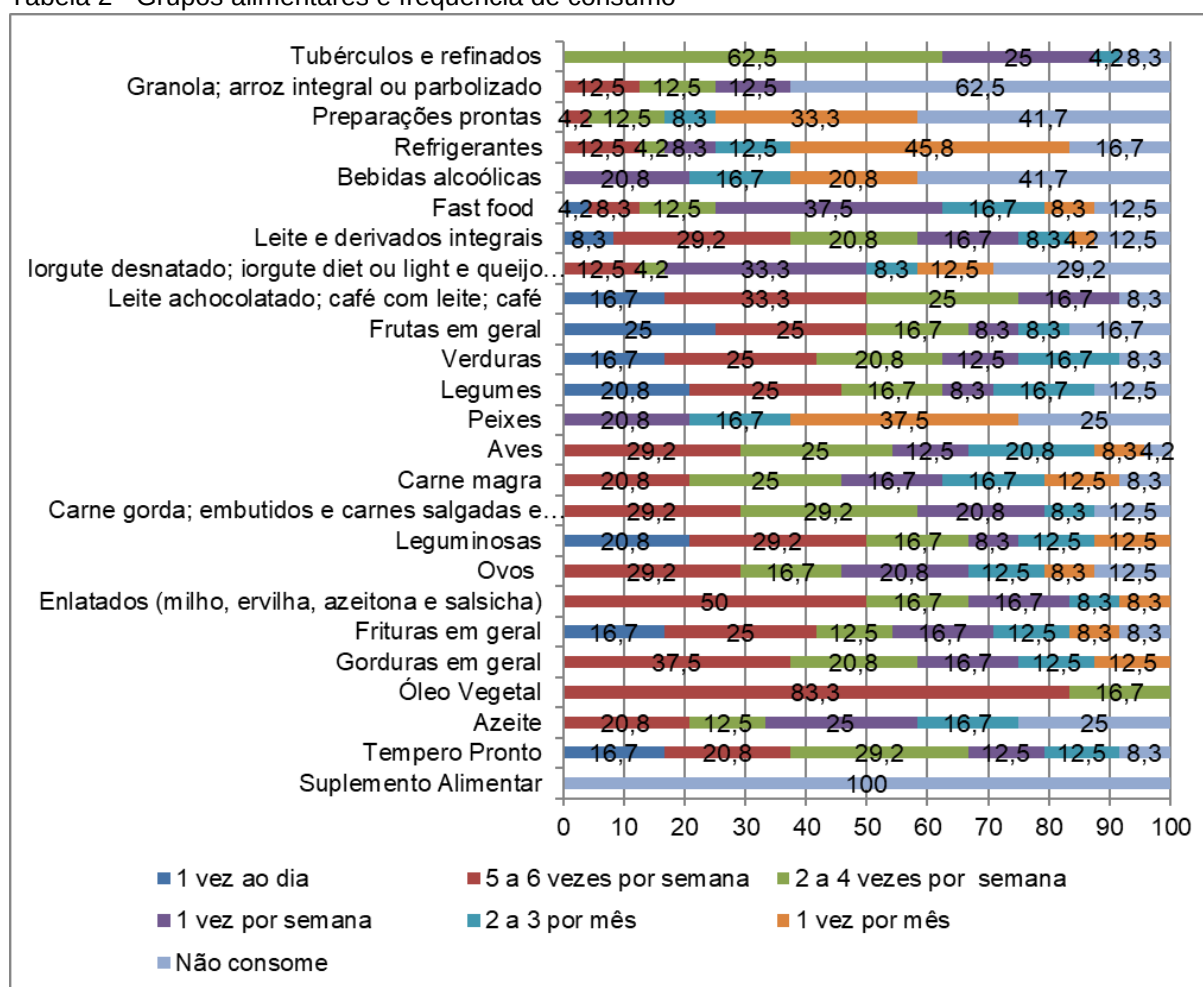
Classificação	IMC (Kg/m ²)	Risco de co-morbidades
Baixo Peso	< 15,5	Baixo (porém com aumento de outros problemas)

		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)

Para a avaliação antropométrica, as mulheres que participaram da pesquisa forneceram a periodicidade de consumo dos alimentos. Assim, a Tabela 2 demonstra os dados obtidos referentes à frequência de consumo das pesquisadas quanto aos alimentos listados em 25 grupos alimentares.

Tabela 2 - Grupos alimentares e frequência de consumo



Fonte: dados da pesquisa

Quanto ao consumo alimentar das pesquisadas, a Tabela 2 demonstra que o grupo dos tubérculos e refinados são consumidos de duas a quatro vezes na semana por 62,5% (n=15) das mulheres, ou seja, pela maioria das mulheres. Cerca de 62,5% (n=15) não consome alimentos como arroz integral e granola. Na Tabela é

possível observar que 41,7% (n=10) das mulheres não tem o hábito de consumir sopas ou preparações prontas, enquanto que 33,33% (n=8) consome estes produtos de uma vez ao mês. O grupo dos refrigerantes é consumido uma vez ao mês por 45,8% (n=11) das mulheres, de duas a três vezes ao mês por 12,5% (n=3) das pesquisadas, enquanto 16,7% (n=4) não consome o produto. Quanto as bebidas alcóolicas, 41,7% (n=10) das pesquisadas relatou não consumir produtos deste grupo, enquanto 20,8% (n=5) relatou o consumo uma vez ao mês, 20,8% (n=5) relatou o consumo uma vez na semana e 16,7% (n=4) consome bebidas alcóolicas de duas a três vezes ao mês.

Quanto aos produtos do tipo *fast food*, pode-se observar o seguinte comportamento das pesquisadas: 37,5% (n=9) consome uma vez na semana, 16,7% (n=4) consome de duas a três vezes não mês, 12,5% (n=3) consome de duas a quatro vezes na semana, 8,3% (n=2) consome uma vez no mês, 8,3% (n=2) consome de cinco a seis vezes na semana e 4,2% (n=1) consome uma vez ao dia. Este grupo de alimentos não é consumido por 12,5% (n=3) do total das pesquisadas.

O grupo de leite achocolatado e café com leite é consumido de cinco a seis vezes na semana por 33,3% (n=8) das mulheres, de duas a quatro vezes na semana por 25% (n=6), de duas a três vezes no mês por 16,7% (n=4) das mulheres e uma vez na semana por 16,7% (n=4) das participantes. Cerca de 8,3% (n=2) relatou não consumir este grupo de alimentos,

O consumo de leite e derivados integrais é apresentado da seguinte nas maiores frequências observadas: de cinco a seis vezes na semana por 29,2% (n=7), de duas a quatro vezes na semana por 20,8% (n=5) e uma vez na semana por 16,7% (n=4) das pesquisadas. Cerca de 12,5% (n=3) relatou não consumir este grupo de alimentos.

A pesquisa levantou que o consumo de frutas é feito de cinco a seis vezes na semana por 25% (n=6), uma vez ao dia por 25% (n=6), de duas a quatro vezes na semana por 16,7% (n=4), uma vez na semana por 8,3% (n=2) e de duas a três vezes no mês por 8,3% (n=2) do total das participantes. A porcentagem de pesquisadas que relatou não consumir frutas foi de 16,7% (n=4),

Em relação ao consumo de verduras, a pesquisa demonstrou que 25% (n=6) das pesquisadas consome de cinco a seis vezes na semana, 20,8% (n=5) de duas a quatro vezes na semana, 16,7% (n=4) uma vez ao dia, 16,7% (n=4) de duas a três

vezes ao mês e 12,5% (n=3) consome uma vez na semana. Cerca de 8,3% (n=2) das pesquisadas não consome verduras.

Os legumes são consumidos de cinco a seis vezes na semana por 25% (n=6) das mulheres, uma vez ao dia por 20,8% (n=5) das pesquisadas, de duas a quatro vezes na semana por 16,7% (n=4), de duas a três vezes ao mês por 16,7% (n=4) e uma vez na semana por 8,3% (n=2) das participantes. As mulheres que não consomem legumes foram 12,5% (n=3).

Com relação ao consumo de peixes, 37,5% (n=9) das pesquisadas relatou comer uma vez ao mês, 25% (n=6) relatou não consumir, 20,8% (n=5) consome uma vez na semana e 16,7% (n=4) do total das mulheres consome de duas a três vezes no mês.

O consumo de aves se dá na seguinte frequência: 29,2% (n=7) de cinco a seis vezes na semana, 25% (n=6) consome de duas a quatro vezes na semana, 20,8% (n=5) de duas a três vezes ao mês, 12,5% (n=3) consome uma vez na semana, 8,3% (n=2) consome uma vez ao mês e 4,2% (n=1) relatou não consumir o produto.

As carnes magras são consumidas por 25% (n=6) de duas a quatro vezes na semana, por 20,8% (n=5) de cinco a seis vezes na semana e por 16,7% (n=4) uma vez na semana. O consumo de duas a três vezes ao mês é feito por 16,7% (n=4) das mulheres, uma vez ao mês por 12,5% (n=3) e não consome cerca de 8,3% (n=2) das pesquisadas.

Carne seca, embutidos e vísceras são consumidos de cinco a seis vezes na semana por 29,2% (n=7) das pesquisadas, de duas a quatro vezes na semana por 29,2% (n=7), uma vez na semana por 20,8% (n=5) e de duas a três vezes no mês por 8,3% (n=2). A porcentagem de mulheres que relatou não consumir alimentos deste grupo foi de 12,5% (n=3).

As leguminosas são consumidas de 5 a 6 vezes na semana por 29,2% (n=7) das pesquisadas, uma vez ao dia por 20,8% (n=5), de duas a quatro vezes na semana por 16,7% (n=4), de duas a três no mês por 12,5% (n=3), uma vez ao mês por 12,5% (n=3) e uma vez na semana por 8,3% (n=2).

Ovos são consumidos de 5 a 6 vezes na semana por 29,2% (n=7), uma vez na semana por 20,8% (n=5) e de duas a quatro vezes na semana por 16,7% (n=4) das participantes. O grupo dos enlatados é consumido de 5 a 6 vezes na semana

por 50% (n=12) das mulheres e 33,4% (n=8) consome de uma a quatro vezes na semana.

As frituras são consumidas de cinco a seis vezes na semana por 25% (n=6) das pesquisadas. São consumidas pelo menos uma vez ao dia por 16,7% (n=4) e uma vez na semana por 16,7% (n=4).

O grupo das gorduras em geral é consumido de cinco a seis vezes na semana por 37,5% (n=9) das entrevistadas, de duas a quatro vezes na semana por 20,8% (n=5), uma vez na semana por 16,7% (n=4), de duas a três vezes no mês por 12,5% (n=3) e uma vez ao mês por 12,5% (n=3).

O óleo de soja é consumido de cinco a seis vezes por 83,3% (n=20), enquanto 16,7% (n=4) consome de duas a quatro vezes na semana. O azeite é consumido uma vez na semana por 25% (n=6) das mulheres, de cinco a seis vezes na semana por 20,8% (n=5), uma vez na semana por 16,7% (n=4) e 25% (n=6) relatou não consumir o produto.

Os temperos prontos são consumidos de duas a quatro vezes na semana por 29,2% (n=7), de cinco a seis vezes na semana por 20,8% (n=5), uma vez ao dia por 16,7% (n=4), uma vez na semana por 12,5% (n=3), de duas a três vezes ao mês por 12,5% (n=3) e 8,3% (n=2) relatou não consumir. Quanto aos suplementos alimentares, 100% (n=24) das pesquisadas relatou não consumir produtos deste grupo de alimentos.

Com relação às medidas antropométricas coletadas durante a pesquisa, a Tabela 3 apresenta as variáveis antropométricas avaliadas no estudo.

Tabela 3 - Estatística Descritiva das variáveis Antropométricas

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 3, a idade média das mulheres que participaram do estudo foi de 41 anos, enquanto a altura média foi de 158 cm, sendo que a menor altura foi 147 cm e a maior 165 cm. O peso médio inicial das participantes foi de 75,03 kg, sendo 51,9 Kg o menor peso e 109 Kg o maior peso.

Com relação ao IMC, a Tabela 3 mostra que o IMC inicial médio do grupo foi de 31,41 kg/m², sendo que os valores mínimo e máximo de IMC observados na pesquisa foram de 23,06 kg/m² e 56,79 kg/m², respectivamente.

Também, é possível observar os resultados da intervenção após os oito encontros realizados, onde: a média do peso ideal foi de 58,09 Kg, ou seja, cerca de 16,94 Kg a menos do que apresentou o peso médio inicial. O IMC médio final foi de 28,65 kg/m², sendo 2,76 pontos a menor que o IMC médio do início da pesquisa. Quanto ao IMC final, ressalta-se que o IMC mínimo observado foi de 22,80 kg/m² e o máximo foi de 52,75 kg/m².

A pesquisa evidenciou a classificação das mulheres segundo a gordura corporal estimado em Média, Acima da Média e Risco de doenças associadas à Obesidade. O Gráfico 1 apresenta os dados.

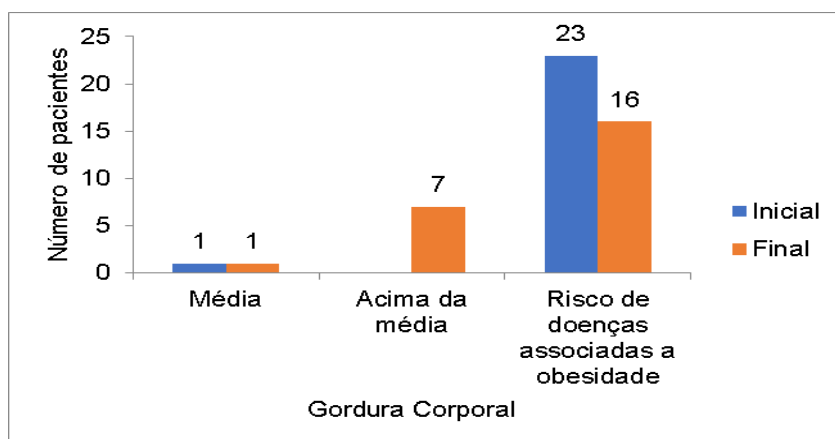


Gráfico 1 - Gordura corporal inicial e final no grupo estudado

Fonte: dados da pesquisa

Conforme o Gráfico 1, tanto no início, quanto no final da pesquisa, 4,2% (n=1) das participantes apresentava Gordura Corporal Média. Acima da média, no início da pesquisa nenhuma mulher se encaixava nesta classificação, mas ao final da pesquisa, cerca de 29,2% (n=7) das mulheres, tiveram esta classificação. Com Risco de doenças associadas à Obesidade, no início da pesquisa eram 95,8% das mulheres, que representavam 23 das 24 participantes da pesquisa, mas no final, a quantidade de mulheres nesta classificação decresceu para 66,6%, o que equivale a 16 participantes, de todas as participantes da pesquisa.

O Gráfico 2 possibilita uma melhor observação quanto ao peso das participantes da pesquisa. Observa-se no gráfico que semanalmente o peso médio das participantes decresceu, sendo que no final da pesquisa, o peso médio foi de 5,1 Kg a menor do que no início da coleta de dados.

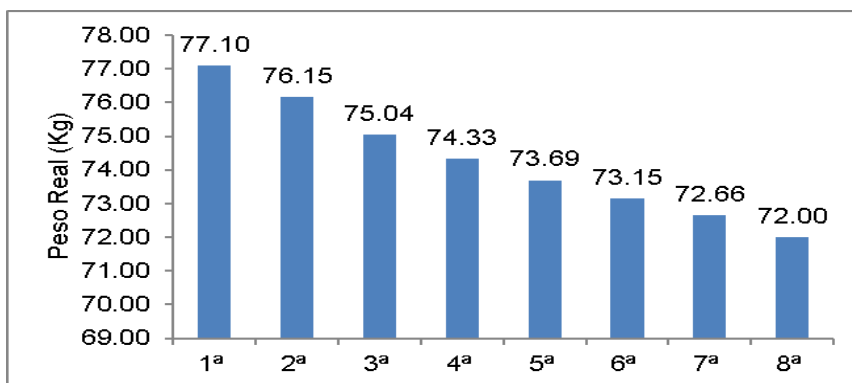


Gráfico 2 – Peso médio real das pacientes da 1ª a 8ª semana de acompanhamento

Fonte: dados da pesquisa

Os dados levantados no início da pesquisa permitiram classificar o estado nutricional das mulheres, levando em conta o Índice de Massa Corporal (IMC), conforme apresenta o Gráfico 3.

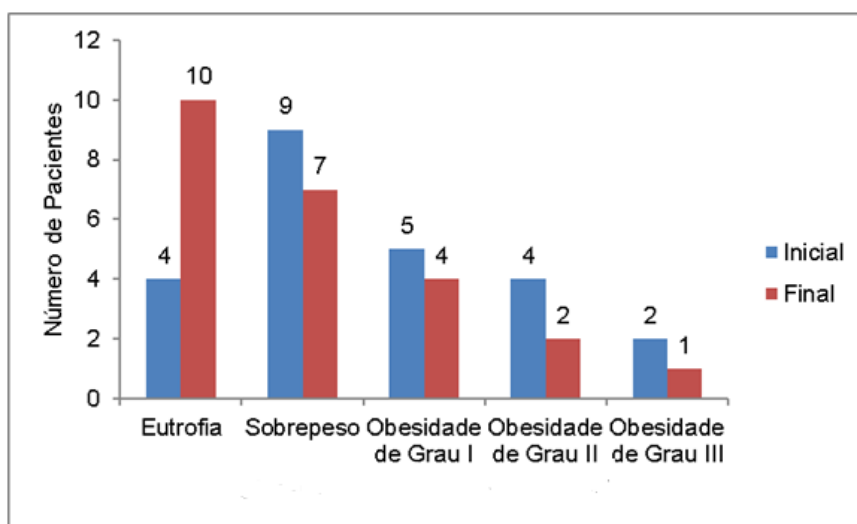


Gráfico 3 - Classificação do Estado Nutricional de acordo com o IMC Índice de Massa Corporal (IMC)

Fonte: dados da pesquisa

No Gráfico 3 é possível comparar o resultado dos dados iniciais com os dados finais da pesquisa, quanto ao estado nutricional de acordo com o IMC. Assim, como Eutróficas, foram classificadas no início da pesquisa 16,7% (n=4) das mulheres, no final da pesquisa 41,7% (n=10) estavam nesta classificação. Com Sobrepeso, no início da pesquisa eram 37,5% (n=9) e no final, 29,2% (n=7). Com Obesidade de Grau I, no início da pesquisa eram 20,8% (n=5), enquanto no final eram 16,7% (n=4) do total das participantes. Classificadas como Obesas de Grau II, no início eram 16,7% (n=4) e no final 8,3% (n=2) do total. Como Obesidade de Grau III, no início da

pesquisa eram 8,3% (n=2), enquanto que no final da pesquisa, 4,1% (n=1) pertencia a esta classificação.

O levantamento de dados permitiu estimar o risco de complicações metabólicas associadas à obesidade, segundo a Circunferência de Cintura (CC). Os resultados do levantamento dos dados semanais são apresentados no Gráfico 4.

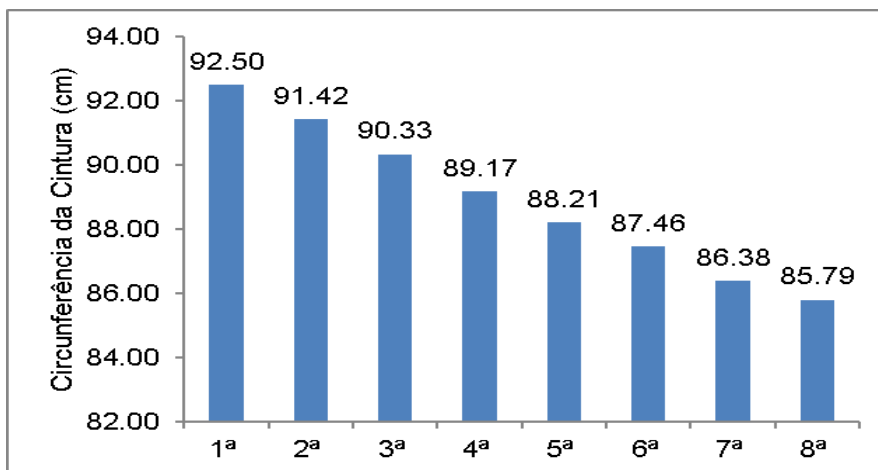


Gráfico 4 - Circunferência média da cintura das mulheres da 1ª a 8ª semana de acompanhamento

Fonte: dados da pesquisa

Conforme o gráfico 4, a mediação da circunferência média de cintura na primeira semana foi de 92,5 cm, sendo que a medição final, ou seja, na oitava semana, foi de 85,79 cm, o que representou uma diminuição média na circunferência de cintura das pacientes de 6,71 cm.

Já, o Gráfico 5 apresenta a média de todas as variáveis antropométricas pesquisadas da 1ª à 8ª semana, durante o acompanhamento das mulheres que participaram da pesquisa.

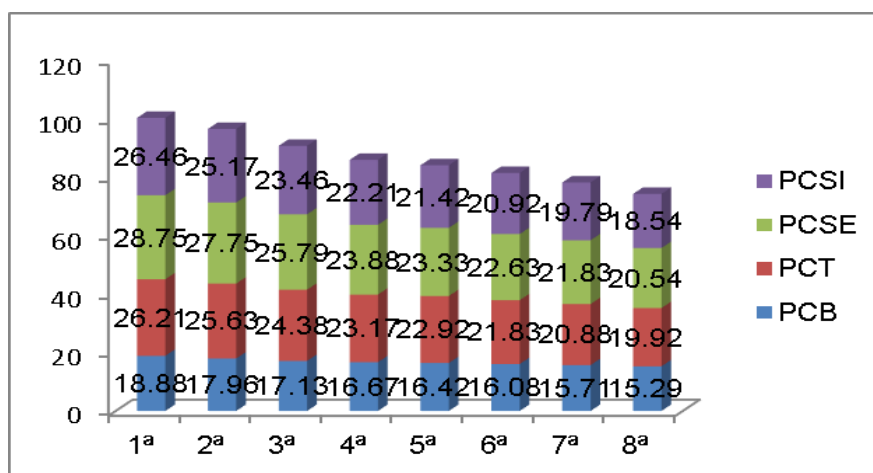


Gráfico 5 - Valores médios das variáveis antropométricas da 1ª a 8ª semana de acompanhamento

Fonte: dados da pesquisa

No Gráfico 5, pode ser observado a média para as seguintes variáveis: a) Prega Cutânea Supra Ilíaca (PCSI) inicial de 26,46 cm e final de 18,54 cm; b) Prega Cutânea Sub Escapular (PCSE) inicial de 28,75 cm e final de 20,74 cm; c) Prega Cutânea Tricipital (PCT) inicial de 26,21 cm e final de 19,92 cm; e Prega Cutânea Bicipital (PCB) inicial de 18,88 cm e final de 15,29 cm.

A Tabela 4 apresenta a distribuição de frequência para os domínios relacionados à qualidade de vida, levantados durante a aplicação do Questionário.

Tabela 4 - Estatística Descritiva dos domínios do SF 36

Domínios	Mínimo	Média	Mediana	Máximo	Desvio Padrão	Coeficiente de Variação (%)
Capacidade Funcional	15,00	47,29	42,50	95,00	26,62	56,29
Limitação por Aspectos Físicos	0,00	39,58	37,50	100,00	33,72	85,19
Dor	0,00	48,75	51,00	100,00	30,50	62,56
Estado Geral de Saúde	20,00	52,38	52,50	95,00	25,84	49,33
Vitalidade	10,00	43,54	40,00	85,00	23,89	54,87
Aspectos Sociais	0,00	56,35	50,00	100,00	30,11	53,43
Limitação por Aspectos Emocionais	0,00	37,50	33,30	100,00	39,71	105,89
Saúde Mental	20,00	51,67	44,00	96,00	23,71	45,89

Fonte: dados da pesquisa

A Tabela fornece a média para os 8 domínios sobre a qualidade de vida, que variam de 0 (zero) a 100 (cem), onde 0 = pior e 100 = melhor para cada domínio. Assim, na avaliação, as médias dos domínios foram: capacidade funcional = 47,29; limitação por aspectos físicos = 39,58; dor = 48,75; Estado Geral de saúde = 52,38; vitalidade = 43,54; aspectos sociais = 56,35; limitação por aspectos emocionais = 37,50; e saúde mental = 51,67.

Sendo a média dos domínios = 50, os resultados mostram que os domínios que permaneceram acima desta média foram: estado geral de saúde = 52,38; aspectos sociais = 56,35; e saúde mental = 51,67. Os demais permaneceram com valores abaixo da média. Neste caso, quanto mais acima da média, melhor o domínio naquele aspecto da qualidade de vida, ou seja quanto mais próximo ao 100 melhor qualidade de vida, sendo assim, o score ideal seria a amostra alcançar o 100%, mas dos oito domínios pesquisados, somente três permaneceram acima da média e os outros cinco domínios permaneceram abaixo da média.

Discussão

A aplicação do questionário de frequência alimentar junto às mulheres da pesquisa permite observar a frequência com que os alimentos são consumidos, podendo realizar uma comparação entre este consumo e os hábitos alimentares das pesquisadas. Utiliza-se a pesquisa via questionário de frequência alimentar para obter uma retrospectiva da frequência (diária, semanal ou mensal) com que os indivíduos mantêm com determinado alimento. Normalmente, os alimentos são dispostos no questionário em grupos alimentares que mantêm nutrientes em comum, para facilitar a coleta de informações (MAHAN; SCOTT-STUMP; RAYMOND, 2013).

Conforme Alvarenga et al. (2015), os hábitos são comportamentos aprendidos e repetidos pelas pessoas que não dependem de parar para tomar uma decisão. No caso dos hábitos alimentares, o consumo de alimentos depende dos estímulos sociais e culturais a partir dos alimentos disponíveis aos indivíduos. No Guia Alimentar para a População Brasileira, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014), as orientações alimentares são baseadas no comportamento alimentar que envolvem a dimensão cultural, social, econômica e ambiental, determinando assim, quais alimentos serão consumidos.

Entre as pesquisadas, observa-se o alto consumo de produtos como carboidratos, embutidos e gorduras em geral, como frituras e óleos, produtos estes com alto valor calórico, que consumidos de forma periódica tendem a resultar em um balanço energético positivo, o que pode contribuir para o aumento de peso (WHO, 2020).

Na avaliação da frequência alimentar, os alimentos processados e ultra processados aparecem inseridos na dieta das pesquisadas, sendo que no grupo dos *fast food*, 37,5% das pesquisadas, representando cerca de 9 mulheres, têm o hábito de consumir os produtos do grupo uma vez na semana. Os enlatados são consumidos de cinco a seis vezes na semana por 50% das mulheres pesquisadas. Os temperos prontos também são bastante consumidos, cerca da metade das pesquisadas utilizam de duas a seis vezes na semana. maiores emissoras de televisão de canal aberto do Brasil, com o intuito de avaliar como essas emissoras veiculavam produtos alimentares nos horários considerados de maior audiência. O resultado revelou que na grande maioria eram veiculados produtos alimentícios

baseados em doces, gorduras e produtos processados, como os *fast foods*, sendo que 58% dos produtos divulgados eram do grupo das gorduras e doces. Foi total a ausência de propagandas de frutas e vegetais, configurando que há uma maior divulgação de alimentos de baixo teor nutricional, o que pode influenciar negativamente o comportamento alimentar das pessoas.

A pesquisa realizada, demonstrou ser baixo o consumo de alimentos integrais, como granola e arroz integral, cerca de 62,5%, ou 15 mulheres, informou não consumir, aparentemente, em detrimento ao maior consumo dos alimentos processados e ultra processados. O consumo destes produtos é de grande importância, pois, conforme cita Palermo (2014), uma dieta rica em fibra é fator de prevenção contra o câncer do cólon. O autor cita que as fibras e alimentos de origem vegetais e integrais reduzem o tempo do trânsito intestinal, evitando assim, contato com carcinogênicos, sendo que o consumo destes produtos é alto entre populações com baixa prevalência deste tipo de câncer,

Como as doenças cardiovasculares são agravadas pela elevada ingestão de gordura e sódio, causam motivo de preocupação na literatura médica (KASSEBAUM et al., 2016). A OMS, em sua Estratégia Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde (WHO, 2004), destaca a importância de reduzir o consumo de alimentos de alto teor energético e sódio, as gorduras saturadas e trans, bem como os carboidratos refinados, pela pobreza de nutrientes que apresentam e os riscos consideráveis à saúde humana.

A pesquisa permitiu observar a inserção rotineira na dieta das participantes de alimentos como as verduras (45,8% das pesquisadas consomem de duas a seis vezes na semana), os legumes (25% consome de cinco a seis vezes na semana) e as frutas (25% das pesquisadas consome uma vez ao dia e 25% de cinco a seis vezes na semana). Este estudo se equipara ao estudo de Damiani, Pereira e Ferreira (2017), no qual em uma avaliação com 6.696 indivíduos quanto ao consumo recomendado pela OMS de frutas, verduras e legumes, cerca de $\frac{3}{4}$ da população estudada não atendeu a recomendação mínima diária de 5 ou mais porções de frutas, legumes e verduras no ano de 2012, na região Centro-Oeste do Brasil.

O IMC médio obtido no início da pesquisa foi de 31,41 Kg/m², o que corresponde a classificação de Obesidade de Grau I, com risco moderado para o surgimento de co-morbidades. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo feito por Martinazzo et al., em 2012, no norte do Rio Grande do Sul, Brasil,

através de uma avaliação nutricional, foram avaliadas trinta mulheres no climatério entre 40 e 65 anos, sendo que o método utilizado foi o Recordatório Alimentar de 24 horas (R24h), observou-se que o resultado médio encontrado para o Índice de Massa Corporal (IMC) entre as mulheres é considerado elevado, caracterizando excesso de peso. Na avaliação clínica, utiliza-se o IMC para analisar o estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos. O cálculo que divide a massa corporal pela estatura ao quadrado facilita a obtenção de informações sobre a massa corporal com relação a estatura, sem, contudo, representar a composição corporal dos indivíduos (ANJOS, 2006)

A utilização do IMC para estabelecer o estado nutricional das pessoas vem da relação entre o resultado do IMC e as chances de adoecer de determinadas patologias (ANJOS, 2006). Segundo o autor, a OMS estabeleceu, a partir de 1998, os seguintes valores para o IMC conforme sua relação com os riscos de comorbidades: entre 20 e 25 Kg/m² denota um risco menor, entre 24 e 29 Kg/m² os riscos são aumentados, sendo que acima de 30 Kg/m² a 34,9 Kg/m² os riscos são moderados, de 35 Kg/m² a 39,9 Kg/m² os riscos são considerados graves e acima de 40 Kg/m² tem-se um quadro muito grave para a ocorrência de co-morbidades relacionadas à obesidade.

A obesidade tomou proporções epidêmicas no mundo, alcançando grande número de pessoas de ambos os sexos, faixas etárias e das mais diferentes classes sociais, sendo, portanto, considerada como um problema de saúde pública (FRANCISCHI et al., 2000; BROWN; KUK, 2015). Segundo a OMS (WHO, 2020), em 2016, o índice de pessoas acima do peso praticamente triplicou com relação a 1975, atingindo cerca de 1,9 bilhão de pessoas com estas características no mundo.

Entre as doenças relacionadas à Obesidade e ao aumento de peso, estão: diabetes tipo 2, doenças cardiovasculares, doenças endócrinas e uma variedade de cânceres, sendo que na mulher as maiores chances são para câncer de colo uterino, ovário e de mama (FRANCISCHI et al., 2000).

No caso das mulheres, múltiplos fatores contribuem para o aumento de peso, entre eles o envelhecimento, condição natural para os seres vivos, que implica em alterações fisiológicas, dificultando a perda de peso, além da manutenção de hábitos pouco saudáveis, como o consumo de alimentos de alto valor energético associado à diminuição das atividades físicas (GONÇALVES et al., 2016).

Para Gonçalves et al. (2016), o período do envelhecimento também acarreta determinados problemas hormonais nas mulheres, e tendo em vista que a queda hormonal causa diminuição do gasto energético, favorece, assim, quadros de sobrepeso e obesidade. Este fator, associado a eventos externos condizentes com uma alimentação pouco saudável e sedentarismo, tende a agravar os níveis de obesidade, implicando no surgimento de co-morbidades, como as acima citadas e elevando os índices de mortes prematuras, principalmente decorrentes de causas cardiovasculares.

Considerando uma abordagem ampla, o termo comportamento alimentar envolve diversos aspectos que se comunicam entre si, como o consumo em si, o modo e maneiras de proceder com os alimentos (onde, o que, quando, como), a estrutura e os comportamentos diante da comida. Assim, o comportamento alimentar reflete as interações humanas dos estados fisiológico, psicológico e o ambiente onde as pessoas estão inseridas (ALVARENGA et al., 2015).

Já, o hábito alimentar difere do comportamento alimentar, pois está relacionado à percepção que as pessoas têm sobre a comida, em dado contexto social, referindo-se a uma repetição de experiência, independentemente de ser uma escolha automatizada ou mecanizada, mas contextualizada e repetida ao longo do tempo. Embora os hábitos alimentares se desenvolvam nos indivíduos desde muito cedo, eles sofrem influências ao longo da vida, ocorrendo mudanças e alterações conforme ocorram os processos de socialização (KLOTZ-SILVA; PRADO; SEIXAS, 2016). Segundo Alvarenga et al. (2015), o hábito alimentar seria a melhor forma de exprimir a relação do indivíduo com os alimentos e sua rotina de dietas.

Nas mulheres, como no climatério e no envelhecimento prevalecem os quadros de sobrepeso e obesidade, estes ainda são mais influenciados pela alimentação e pelo estilo de vida priorizados. Nestas fases, a compulsão por alimentos pode ser derivada de problemas de ordem emocional, como a ansiedade e o estresse, já que o climatério provoca o aumento da labilidade emocional como causa do desequilíbrio hormonal. Na maioria das vezes, há um maior consumo de alimentos como um meio para diminuir tanto a ansiedade, quanto o estresse, presentes nesta fase (CONTE; FRANZ; IDALÊNCIO, 2014).

Não obstante, as mulheres são, na maioria, influenciadas pelos apelos da indústria de alimentos, moda, beleza e cosméticos que, ou incitam para o consumo de novos alimentos, mais fáceis e rápidos ao preparo e facilmente disponíveis, ou

apelam para a cultura da magreza e a necessidade de atender aos padrões sociais e culturais. Tais cobranças tendem a causar nas mulheres insatisfação com o próprio corpo, desajustando ainda mais o comportamento com os alimentos, aumentando a compulsão por comida e as crises de depressão (SCAGLIUSI et al., 2012).

Na tentativa de reduzir o peso e controlar a obesidade, a adoção de dietas como práticas de controle alimentar tem surgido cada vez com mais intensidade, ocasionando padrões de comportamento alimentar temporários (BETONI; ZANARDO; CENI, 2010). Essas dietas, de diferentes nomes e abordagens, nem sempre funcionam, pois para que surtam efeitos precisam ser combinadas com mudanças, tanto comportamentais, quanto nos hábitos alimentares (ALVARENGA et al., 2015).

Neste sentido, o Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014) sugere a inserção na dieta diária de mais alimentos *in natura* e diminuição dos processados e ultra processados. Na preparação dos alimentos, a sugestão é utilizar baixas quantidades de gorduras e óleos, de sal e açúcar, o que pode ser conseguido ao se criar diferentes preparações com estes condimentos e as diversas possibilidades de mistura com outros alimentos.

Durante a realização da pesquisa, as mulheres foram motivadas a mudar seu comportamento alimentar, inserindo novas preparações e alimentos naturais em substituição aos alimentos que representam um comportamento prejudicial à sua saúde, como no caso de alimentos *in natura*, menos calóricos e pouco processados, em substituição aos alimentos prontos e super calóricos, respectivamente.

Como resultado do acompanhamento, objeto deste estudo, obteve-se a diminuição da média de todas as medidas antropométricas coletadas durante a realização do estudo. Assim, o peso real médio das participantes teve uma diminuição de 5,1 kg entre a primeira avaliação, cujo peso médio inicial foi de 77,10 kg e a última avaliação, que mostrou um peso médio final de 72 kg. A medida de CC teve uma diminuição de 6,71 cm entre a primeira semana e a última semana em que os dados foram levantados. E assim as demais medidas também apresentaram redução entre a primeira coleta e a última coleta, ao final do programa (PCSI diminuição de 7,92 cm; PCSE diminuição de 8,21 cm; PCT menos 6,29 cm; PCB menos 3,59 cm; e CB diminuição de 5,79 cm).

A mudança de hábitos alimentares depende de as pessoas criarem consciência dos comportamentos inadequados com relação aos alimentos, como exemplo, comer até acabar determinado alimento, ou em horários errados. Muitas vezes é preciso o auxílio de terceiros para que os indivíduos percebam comportamentos não saudáveis, dado que como visto, o hábito é um comportamento automático, que acontece de forma inconsciente (ALVARENGA et al., 2015).

Com relação aos domínios relacionados à qualidade de vida, que considera a percepção das pesquisadas com relação ao seu estado de saúde (SEIDI; ZANNON, 2004), dos oito domínios pesquisados no grupo, somente três atingiram a média, estimada em 50 (considerando que 0 = pior e 100 = melhor). Assim, os domínios: estado geral de saúde, aspectos sociais e saúde mental receberam as seguintes notas: 52.38, 56.35 e 51.67, respectivamente.

Os demais domínios: capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, vitalidade e limitação por aspectos emocionais obtiveram valores abaixo da média.

O conceito de qualidade de vida (QV) tem um consenso de multidimensionalidade, sendo um constructo de diversas dimensões. Envolve condições que afetam a percepção da pessoa quanto a sua condição de saúde e eventualmente, às intervenções médicas, abrangendo sentimentos e comportamentos com relação aos objetivos pessoais e às expectativas, padrões e preocupações que afetam, ou não, o desenvolvimento de suas atividades diárias (SEIDI; ZANNON, 2004).

Conclusão

O estudo teve como objetivo averiguar como a mudança nos hábitos e comportamentos alimentares impactaram na qualidade de vida de um grupo de mulheres, acompanhadas em um programa de emagrecimento sem contagem de calorias. No programa, foram acompanhadas 24 mulheres entre 20 e 59 anos, em encontros semanais, que totalizaram oito encontros, nos quais foram coletadas medidas antropométricas e as mulheres orientadas às mudanças necessárias com relação aos comportamentos alimentares.

No levantamento de dados, obtido através da aplicação de um questionário, foi possível avaliar os hábitos alimentares das participantes, sendo fornecido os grupos alimentares e sua frequência de consumo. Nos resultados, foi observado o consumo de alimentos a base de carboidratos, gorduras, óleos, além de alimentos processados e ultra processados, em detrimento do consumo de alimentos mais saudáveis, como os integrais. A literatura demonstrou que o consumo de alimentos com alto teor calórico, gorduras e sódio influencia fortemente para os quadros de sobrepeso e obesidade na população a nível mundial, já que o consumo destes alimentos tem sido uma tendência global, fruto das mudanças ocasionadas, tanto pela indústria de alimentos que prioriza a produção e venda de alimentos prontos, quanto pelos novos comportamentos adotados pelos consumidores, quanto a forma de consumir, os tipos de produtos que são consumidos, a frequência e quantidade dos mesmos.

No caso das mulheres, além dos apelos das indústrias como citado acima, elas enfrentam condições fisiológicas próprias, como os problemas hormonais enfrentados no período do amadurecimento que, além de dificultar a perda de peso, ainda interfere na labilidade emocional, causando estresse e depressão.

Com relação aos quadros de estresse e depressão, a literatura demonstrou que estes acabam influenciando na ingestão descontrolada de alimentos, já que algumas mulheres buscam no alimento uma forma de compensar os distúrbios emocionais, o que provoca mais sobrepeso e agravamento da obesidade.

A alta interferência da publicidade no incentivo ao consumo de alimentos ultra processados, sem, contudo, apresentar as informações necessárias sobre o seu consumo e qualidade alimentar, acaba por não ajudar as pessoas a criarem hábitos alimentares mais saudáveis.

O resultado da intervenção demonstrou que, da primeira à última semana houve redução em todas as medidas antropométricas avaliadas, sendo iniciado no grupo uma reeducação alimentar na busca pela melhor qualidade de vida das participantes, o que foi demonstrado um impacto positivo.

Para melhorar a qualidade de vida faz-se necessário a mudança dos hábitos e dos comportamentos alimentares a fim de que as pessoas consigam um melhor controle sobre o peso corporal, o que pode ser conseguido mais facilmente se estas mudanças vierem acompanhadas da adoção de uma rotina de exercícios físicos rotineiros.

Referências

- Alvarenga M, et al. *Nutrição Comportamental*. Editora Manole Ltda, 2015.
- Anjos, LA. *Obesidade e Saúde Pública*. (Coleção Temas em Saúde). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.
- Betoni F, Zanardo VPS, Ceni GC. Avaliação de utilização de dietas da moda por pacientes de um ambulatório de especialidades em nutrição e suas implicações no metabolismo. *ConScientia e Saúde*. 2010; 9(3): 430-440.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia alimentar para a população brasileira / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica*. 2. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 156 p.
- Brazier J, et al. Deriving a Preference-Based Single Index from the UK SF-36 Health Survey. *Journal of Clinical Epidemiology*. 1998; 51(11): 115-1128.
- Brown RE, Kuk JL. Consequences of obesity and weight loss: a devil's advocate position. *Obesity Reviews*. 2015; 16(1): 77-87.
- Conte FA, Franz LBB, Idalêncio VH. Compulsão alimentar e obesidade no climatério: uma revisão de literatura. *ABCS Health Sciences*. 2014; 39(3):199-203.
- Damiani TF, Pereira LP, Ferreira MG. Consumo de frutas, legumes e verduras na Região Centro-Oeste do Brasil: prevalência e fatores associados. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017; 22(2): 369-382.
- Francischi, RPP, et al. Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. *Rev. Nutr., Campinas*. 2000; 13(1): 17-28.
- Gonçalves JTT, et al. Sobrepeso e obesidade e fatores associados ao climatério. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 2016; 21(4): 1145-1155.
- Kassebaum NJ, et al. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 315 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE), 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*. 2016; 388(10053): 1603-1658.
- Klotz-Silva J, Prado SD, Seixas CM. Comportamento alimentar no campo da Alimentação e Nutrição: do que estamos falando? *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2016; 26(4): 1103-1123.
- Mahan LK, Scott-Stump S, Raymond JL. *Krauze, Alimentos, Nutrição e Dietoterapia*. 13ª ed. 2013.
- Martinazzo J, et al. Avaliação nutricional de mulheres no climatério atendidas em ambulatório de nutrição no norte do Rio Grande do Sul, Brasil. *Revista Ciência e saúde Coletiva*. 2012; 23(4): 1102-1122.

Palermo JR. Bioquímica da nutrição. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2014.

Quaioti TCB, Almeida SS. Determinantes psicobiológicos do comportamento alimentar: uma ênfase em fatores ambientais que contribuem para a obesidade. Revista Psicologia USP. 2006; 17(4): 193-211.

Santos CC, et al. A influência da televisão nos hábitos, costumes e comportamento alimentar. Cogitare Enfermagem. 2012; 17(1): 65,71.

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.

Seidi EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Cadernos de Saúde Pública. 2004; 20(2): 580-588.

WHO. World Health Organization. Global strategy on diet, physical activity and health. Geneva: WHO, 2004. Disponível em <https://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2020.

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: 09 nov. 2020.