

IDENTIFICAÇÃO DO TRANSTORNO DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM PRATICANTES DE ATIVIDADE FÍSICA RELACIONADOS AO PERFIL NUTRICIONAL

IDENTIFICATION OF ANXIETY AND DEPRESSION DISORDERS IN PHYSICAL ACTIVITY PRACTITIONERS RELATED TO NUTRITIONAL PROFILE

Natalia Cares Trindade¹

Polyana Romano Oliosia²

RESUMO: A atividade física pode promover benefícios para a saúde mental. Entretanto, estudos recentes apontam que mesmo indivíduos fisicamente ativos podem apresentar sintomas clínicos de transtornos ansiosos e depressivos. O presente estudo teve como objetivo identificar a presença do transtorno de ansiedade e depressão em praticantes de atividade física relacionados ao perfil nutricional. Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva, exploratória e transversal, de abordagem quanti-qualitativa, realizada com uma amostra de 37 mulheres, com idade entre 20 e 59 anos, frequentadoras de uma academia em Vila Velha - ES. A coleta de dados ocorreu por meio de um questionário online estruturado, avaliando fatores antropométricos, consumo alimentar, aplicação da Escala de Ansiedade, Depressão e Stress e do Questionário Internacional de Atividade Física. Os dados quantitativos foram descritos em média, desvio padrão, mediana, máximo e mínimo, e as qualitativas a partir de frequência absoluta e relativa. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética do Centro Universitário Salesiano, participando somente voluntárias que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os resultados apontaram predominância de excesso de peso 92% (n=34), alimentação inadequada 89% (n=33) e níveis moderados a severos de ansiedade 51,3% (n=19) e depressão 45,9% (n=17), mesmo entre mulheres classificadas como muito ativas fisicamente. Conclui-se que o perfil nutricional desequilibrado apresentou associação à piora dos sintomas emocionais, fortalecendo a importância da associação entre alimentação saudável e atividade física.

Palavras chaves: Saúde Mental; Ansiedade; Depressão; Atividade física; Nutrição.

ABSTRACT: Physical activity can promote mental health benefits. However, recent studies indicate that even physically active individuals may present clinical symptoms of anxiety and depressive disorders. The present study aimed to identify the presence of anxiety and depression disorders in individuals who engage in physical activity, in relation to their nutritional profile. This is a descriptive, exploratory, cross-sectional field study with a quantitative-qualitative approach, conducted with a sample of 37 women aged between 20 and 59 years who attend a gym in Vila Velha, Espírito Santo. Data collection was performed using a structured online questionnaire, assessing anthropometric factors, food consumption, application of the Anxiety, Depression, and Stress Scale, and the International Physical Activity Questionnaire. Quantitative data were described in terms of mean, standard deviation, median, maximum, and minimum, and qualitative data were described in terms of absolute and relative frequency. The study was submitted to the Ethics Committee of the Salesian University

¹ Centro Universitário Salesiano. Vitória/ES. natali.cares.t@gmail.com

² Centro Universitário Salesiano. Vitória/ES. polyanaromano@hotmail.com

Center, with only volunteers who signed the Free and Informed Consent Form participating. The results showed a predominance of overweight 92% (n=34), inadequate diet 89% (n=33), and moderate to severe levels of anxiety 51.3% (n=19) and depression 45.9% (n=17), even among women classified as very physically active. It was concluded that an unbalanced nutritional profile was associated with worsening emotional symptoms, reinforcing the importance of the association between healthy eating and physical activity.

Keywords: Mental Health; Anxiety; Depression; Physical Activity; Nutrition.

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a presença de transtornos de ansiedade e depressão tem sido um desafio considerado para as políticas públicas de saúde, pois afetam milhares de pessoas. Essa realidade tornou-se uma preocupação significativa, pois influencia diretamente a vida do indivíduo, afetando de maneira negativa a rotina diária, principalmente na qualidade de vida, no trabalho e na saúde. Estudos atualizados demonstram uma prevalência elevada desses transtornos, tornando esse assunto um tema importante de debate para verificar os fatores que contribuem para a sua manifestação (Freitas *et al.*, 2024).

Para Rós, Ferreira e Garcia (2020), a ansiedade pode ser descrita como uma condição emocional que, embora frequentemente seja reconhecida como uma emoção natural do homem, em ocasiões de manifestações contínuas e exacerbadas, ela pode avançar para um transtorno psiquiátrico e passa a ter um impacto clínico relevante. Seus sintomas envolvem taquicardia, sudorese, tensão muscular e empecilhos para realizar atividades do cotidiano. Já a depressão, se destaca por afetar tanto o estado emocional quanto o funcionamento físico do indivíduo. É bastante recorrente que pacientes com diagnóstico confirmado apresentem desânimo intenso e anedonia, desde que esses sintomas persistam com duração mínima de duas semanas. Entretanto, tais sinais clínicos não ocorrem isoladamente, eventualmente acompanhados também por sentimento de desesperança, tristeza intensa, irritabilidade constante e dificuldade em experimentar prazer. Em fases mais avançadas, outros sinais clínicos podem estar relacionados, como comportamentos suicidas.

De acordo com Felício *et al.* (2024), na pandemia da COVID-19, marcada pelo isolamento social, houve diminuição do tráfego de pessoas nas ruas e acréscimo da permanência nos lares. Esse cenário contribuiu para o crescimento de transtornos mentais, como ansiedade e depressão, que juntos somaram em torno de 130 milhões de casos. Já em 2022, ocorreu uma expansão desses mesmos transtornos em nível global, registrando um crescimento aproximado de 25%. No ranking mundial de acordo com Da Silva Liberal, De Paula e Salomão (2022), conforme os dados da OMS, o Brasil apresenta um dos maiores índices de depressão nas Américas, ocupando a segunda posição com cerca de 5,8% da população afetada, ficando atrás apenas dos Estados Unidos, com 5,9%. No que diz respeito à ansiedade, o país lidera em proporção de casos, destacando a necessidade da assistência à saúde mental no contexto nacional.

Atualmente, a realização constante de exercícios físicos tem sido aconselhada como abordagem terapêutica para os transtornos psicológicos, como ansiedade e depressão. Entre os principais benefícios está a atenuação dos sintomas emocionais,

a regulação da sobrecarga psicofisiológica, fortalecimento da autoestima e no estímulo ao convívio social, contribuindo com uma melhor qualidade de vida. Essas melhorias observadas decorrem pelo fato de a prática constante de atividade física estimular a produção de neurotransmissores como a endorfina, que atuam na fenda sináptica, facilitando a conexão neural que regula as emoções (Freire, 2022).

No entanto, o número de brasileiros que não alcançaram as recomendações da Organização Mundial de Saúde é de aproximadamente 45%. Ademais, pesquisas que acompanham os níveis de atividade física entre adultos indicam que o sexo, a faixa etária e o nível de escolaridade podem modificar o acesso e adesão à prática de atividade física, demonstrando significativa desigualdade entre indivíduos fisicamente ativos (Benedetti *et al.*, 2021).

Além da atividade física contribuir para a atenuação das doenças mentais, a sua associação com os hábitos alimentares saudáveis é fundamental para promover, de forma complementar, a saúde física e mental (Lebre *et al.*, 2025). Essa relação se deve ao fato do modelo alimentar atual da população ser constituído por produtos alimentares com alto grau de processamento, ricos em açúcares e aditivos químicos, no qual, somado ao estilo de vida sedentário, está classificado como os principais fatores que influenciam o aparecimento de sinais e sintomas de doenças neuropsiquiátricas. Isso acontece devido ao processo de alterações metabólicas que o padrão alimentar ocidental gera, responsável por desencadear a neuroinflamação, que representa um aspecto importante dessas condições mentais, afetando tanto a função neural quanto os processos inflamatórios sistêmicos. Entre os alimentos em destaque para manifestação de sinais e sintomas de transtornos psicológicos, como a ansiedade por exemplo, destacam-se o açúcar, os óleos vegetais processados ricos em ácidos graxos ômega-6, adoçantes artificiais como sucralose, aspartame e sacarina além do glúten, sendo todos relacionados a reações negativas sobre a saúde mental (Dos Santos Fontinele *et al.*, 2022).

Com isso, fica claro a associação entre nutrição e a prática de atividade física, especialmente para a saúde corporal e mental. No entanto, vale ressaltar que muitos indivíduos fisicamente ativos, principalmente de musculação, não seguem uma alimentação adequada. Essa condição pode favorecer o surgimento de deficiências nutricionais, impactando diretamente na qualidade de vida. Esses hábitos alimentares são, em grande parte, devido às crenças ideológicas equivocadas, que influenciam escolhas alimentares incorretas, como a ingestão proteica excessiva associada ao consumo reduzido de nutrientes fundamentais. Nesse sentido, uma ampliação de conhecimento científico acerca da alimentação adequada é capaz de contribuir na realização de escolhas alimentares saudáveis (Yano *et al.*, 2021).

Cabe destacar ainda que, mesmo com alimentação adequada e prática regular de exercícios, a composição corporal desses indivíduos ainda podem sofrer alterações. Em pacientes com transtornos psicológicos, a relação entre nutrição, saúde mental e alimentação se torna inseparável, pois as emoções tendem a influenciar o consumo alimentar, seja por excesso ou por escassez, o que justifica a prevalência de estados nutricionais inadequados nessa população (De Souza Melo; Lisboa; Xavier, 2024).

Com isso, este trabalho tem como objetivo identificar sinais e sintomas de ansiedade e depressão em praticantes de atividade física, relacionando esses dados ao perfil nutricional a fim de compreender de que maneira os hábitos alimentares, o estado nutricional e a composição corporal influenciam a saúde mental dessa população.

2 METODOLOGIA

2.1 Desenho de estudo

Pesquisa de campo descritiva e exploratória, sendo de natureza transversal. Este estudo é caracterizado como quanti-qualitativo, pois envolve mensuração de variáveis pré-determinadas e análise objetiva de dados coletados. A amostra foi selecionada por conveniência, sendo os indivíduos convidados a participar da pesquisa. Embora o estudo estivesse aberto a todos os gêneros, apenas 37 mulheres aceitaram participar, o que reflete a disponibilidade e adesão dos voluntários durante o período de coleta, devendo ser considerada como limitação do estudo ao interpretar os resultados e suas possíveis generalizações. Ademais, a amostra final e a coleta de dados foram realizadas entre setembro e novembro de 2025

As voluntárias foram selecionadas de uma academia localizada no bairro Barramares, em Vila Velha, no Espírito Santo. Após o convite para participar da pesquisa, foram informados do objetivo deste estudo. A coleta de dados foi realizada nas dependências da academia, contemplando a análise do estado nutricional, dos hábitos alimentares, da prática de atividade física e da prevalência de transtornos de ansiedade e depressão. Como benefício, foi entregue uma avaliação completa individualizada acerca dos dados coletados, a fim de contribuir para a compreensão do próprio estado de saúde.

Os critérios de inclusão deste estudo compreendem indivíduos adultos, com idade entre 20 e 59 anos do sexo feminino e que praticam atividade física. Já o critério de exclusão voltado para as participantes, inclui a gestação no período da coleta.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do UniSales e apresentado aos voluntários. Participaram do estudo aqueles que, após serem orientados sobre os objetivos, concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCE).

2.2 Aspectos éticos

O estudo foi submetido ao comitê de ética em pesquisa com humanos do Centro Universitário Salesiano (UNISALES) e teve parecer favorável sob o número 7.799.292. Após a aprovação, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aos participantes, que puderam aceitar voluntariamente a participação na pesquisa. A pesquisadora comprometeu-se a garantir o sigilo das informações obtidas, utilizando os dados exclusivamente para fins científicos. Os voluntários foram devidamente informados sobre os procedimentos, bem como sobre os possíveis desconfortos, riscos e benefícios envolvidos, antes da assinatura do TCLE, conforme previsto na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

2.3 Coleta de dados

2.3.1 Caracterização sociodemográfica e de saúde

A obtenção de dados foi realizada por meio de um questionário online (Apêndice A) disponibilizado para os frequentadores da academia. Esse instrumento de coleta foi elaborado com o objetivo de reunir informações relevantes para o estudo, abordando

aspectos sociodemográficos, como idade, nível de escolaridade e renda bruta. Além disso, fatores relacionados à saúde mental também foram incluídos e divididos em dois eixos: ansiedade e depressão, abordando sintomas como agitação, dificuldade de relaxar, preocupação excessiva, desânimo, sentimentos de desvalorização pessoal e falta de prazer nas atividades.

Em relação a idade dos participantes, foi descrita e avaliada em quatro intervalos, sendo: 20-30; 30-40; 40-50 e 50-59. Dessa forma, os dados serão apresentados nesse modelo.

2.3.2 Avaliação do perfil antropométrico

Para a avaliação antropométrica da população estudada, foram realizadas medições específicas que visam obter dados fundamentais sobre o estado nutricional dos participantes. As variáveis aferidas abrangeram: peso, altura, circunferência da cintura, circunferência do quadril, circunferência do braço e prega cutânea tricipital. Durante a realização dessas medidas, os participantes relataram sentir um leve desconforto físico ou constrangimento, o que se minimizou com a adoção de procedimentos éticos. As técnicas adotadas para peso, altura e circunferência da cintura seguiram os protocolos estabelecidos pelo Manual de Avaliação Nutricional para garantir uma coleta de forma clara e segura (BRASIL, 2011).

Em relação à altura dos participantes, sua coleta se deu por meio de informações fornecidas pelo próprio indivíduo. Já para a aferição do peso, utilizou-se uma balança eletrônica devidamente calibrada. Durante o procedimento, o participante permaneceu com os pés descalços, sem objetos pesados, e posicionado em pé sobre o aparelho, com os braços estendidos ao longo do corpo e com ele relaxado, para garantir a precisão da medida.

Por fim, com os valores de peso e altura obtidos, foi calculado o Índice de Massa Corporal (IMC), utilizando a fórmula peso (kg) dividido pela altura (m) ao quadrado. Para diagnosticar o estado nutricional de adultos, utilizou-se o manual de avaliação, que recomenda o uso da classificação do IMC como:

Tabela 1 - Classificação do estado nutricional segundo o IMC

Índice de massa corporal (kg/m ²)	CLASSIFICAÇÃO
< 18,5	Baixo Peso
18,5 - 24,9	Eutrofia
25 - 29,9	Sobrepeso
30,0 - 34,9	Obesidade grau I
35,0 - 39,9	Obesidade grau II
≥ 40,0	Obesidade grau III

Fonte: Adaptado de WHO (1995), conforme Da Paz (2020).

Para análise dos dados caracterizou-se o IMC em três categorias, sendo eutrofia, sobrepeso e obesidade, dessa forma, as participantes que apresentaram grau I, II ou III, foram classificadas com obesidade.

A distribuição de gordura na região abdominal foi avaliada por meio da Razão Cintura/Quadril (RCQ), um indicador de risco para o desenvolvimento de doenças metabólicas. Para o cálculo, foram aferidas as circunferências da cintura e do quadril com uma fita métrica inelástica da marca (MD®). A cintura foi aferida no ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca e o quadril na região de maior proeminência dos glúteos. Adicionalmente, para verificar a presença de massa muscular dos participantes, aferiu-se a circunferência do braço e da prega cutânea tricipital, ambas as medidas foram realizadas no mesmo ponto médio entre o acrômio (ombro) e o olécrano (cotovelo). A circunferência foi realizada com o uso da mesma fita métrica inextensível, com o membro superior relaxado. Já a aferição da prega cutânea tricipital foi feita utilizando um adipômetro da marca (SANNY®), aplicada na parte posterior do braço (Castañeda *et al.*, 2022).

Após a aferição da antropometria, foi aplicado o Manual de Avaliação Nutricional (Da Paz, 2020). A partir desse referencial, foi utilizado a Razão Cintura/Quadril (RQC) para determinar o risco de doenças metabólicas, já a prega cutânea tricipital e a circunferência do braço foram usadas para verificar a composição corporal dos participantes, avaliando a presença de massa muscular ou gordura subcutânea.

Tabela 2 – Percentis da Dobra cutânea tricipital (mm) de acordo com a idade para mulheres

Idade	Percentis								
	5	10	15	25	50	75	85	90	95
18,0 a 24,9	9,0	11,0	12,0	14,0	18,5	24,5	28,5	31,0	36,0
25,0 a 29,9	10,0	12,0	13,0	15,0	20,0	26,5	31,0	34,0	38,0
30,0 a 34,9	10,5	13,0	15,0	17,0	22,5	29,5	33,0	35,5	41,5
35,0 a 39,9	11,0	13,0	15,5	18,0	23,5	30,0	35,0	37,0	41,0
40,0 a 44,9	12,0	14,0	16,0	19,0	24,5	30,5	35,0	37,0	41,0
45,0 a 49,9	12,0	14,5	16,5	19,5	25,5	32,0	35,5	38,0	42,5
50,0 a 54,9	12,0	15,0	17,5	20,5	25,5	32,0	36,0	38,5	42,0
55,0 a 59,9	12,0	15,0	17,0	20,5	26,0	32,0	36,0	39,0	42,5

Fonte: Adaptado de Frisancho (1990), conforme Da Paz (2020).

Tabela 3 - Classificação de risco para desenvolvimento de doenças metabólicas segundo a relação cintura quadril

Sexo	CLASSIFICAÇÃO DE RISCO				
	Idade	Baixo	Moderado	Alto	Muito alto
Homens	20 a 29	< 0,83	0,83-0,88	0,89-0,94	> 0,94
	30 a 39	< 0,84	0,84-0,91	0,92-0,96	> 0,96
	40 a 49	< 0,88	0,88-0,95	0,96-1,00	> 1,00
	50 a 59	< 0,90	0,90-0,96	0,97-1,02	> 1,02
	60 a 69	< 0,91	0,91-0,98	0,99-1,03	> 1,03
Mulheres	20 a 29	< 0,71	0,71-0,77	0,78-0,82	> 0,82
	30 a 39	< 0,72	0,72-0,78	0,79-0,84	> 0,84
	40 a 49	< 0,73	0,73-0,79	0,80-0,87	> 0,87
	50 a 59	< 0,74	0,74-0,81	0,82-0,88	> 0,88
	60 a 69	< 0,76	0,76-0,83	0,84-0,90	> 0,90

Fonte: Adaptado de Frisancho (1990), conforme Da Paz (2020).

2.3.3 Avaliação de hábitos alimentares

Para a avaliação do consumo alimentar utilizou-se como base o Guia Alimentar para a População Brasileira, por meio da aplicação do questionário "Como está sua alimentação?" (Anexo A). Esse instrumento foi devidamente adaptado, sem alteração do conteúdo, para melhor compreensão do público-alvo e adaptação da plataforma de pesquisa utilizada, o Google Forms. Esse questionário é composto por 18 perguntas, no qual as questões abordam o consumo de alimentos como frutas, legumes, verduras, carnes, laticínios e produtos ultraprocessados. Além disso, incluem aspectos relacionados à forma de preparo das refeições, ingestão de água e prática de atividade física.

A análise do questionário foi feita por meio de um sistema de pontuação. Resultados com 28 pontos ou menos indicaram uma situação crítica, sugerindo a necessidade urgente de mudanças nos hábitos de vida. Pontuações entre 29 e 42 pontos representaram sinal de alerta, evidenciando a importância de maior atenção à alimentação. Já os indivíduos que alcançaram 43 pontos ou mais foram classificados com uma alimentação saudável, estando no caminho certo para o bem-estar e a promoção da saúde (BRASIL, 2013).

Para fins de análise, a classificação dos hábitos alimentares deu-se da seguinte forma: menor ou igual a 28 pontos, foi categorizada como alimentação não saudável, de 29 a 42 pontos, foi qualificada como precisa melhorar, e de 43 pontos acima, foi classificada como alimentação saudável.

2.3.4 Avaliação da qualidade de vida

Para avaliar os sintomas emocionais, foi aplicada a Escala de Ansiedade, Depressão e Estresse (EADS-21) de 21 itens no total (Anexo B) em uma versão adaptada de sua estrutura e vocabulário, com ajustes mínimos em palavras para melhor compreensão dos participantes, porém não houve nenhuma modificação para interpretação dos dados. O modelo utilizou a versão brasileira do Projeto GAIPA UFC, (2024). Trata-se de um instrumento dividido em três subescalas, porém, no presente estudo, optou-se por utilizar apenas as duas que seguem: depressão (itens 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21) e ansiedade (itens 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20).

Cada item foi pontuado numa escala Likert de 0 (não se aplicou de maneira alguma) a 3 (aplicou-se muito, ou na maioria do tempo) conforme os sintomas relatados. A pontuação final de cada subescala foi obtida somando os itens correspondentes e multiplicando o resultado por dois. Os níveis de gravidade são classificados conforme a tabela a seguir:

Tabela 4- Interpretação da soma de itens da escala de ansiedade e depressão segundo a EADS-21

Subescala	Normal	Leve	Moderado	Severo	Extremamente severo
Depressão	0-9	10-13	14-20	21-27	28-42
Ansiedade	0-7	8-9	10-14	15-19	20-42

Fonte: Tabela elaborada pela autora com base na Escala EADS-21 (Projeto GAIPA UFC, 2024).

Para fins de análise, foram criadas as classificações a seguir: nível de gravidade normal e leve, foi considerado como baixa gravidade, nível moderado, manteve-se como gravidade moderada e nível severo e extremamente severo, foi considerado como nível severo.

2.3.5 Avaliação do nível de atividade física

Para avaliar a frequência de atividade física dos participantes, foi aplicado o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) na versão curta (Anexo C) que tem por objetivo avaliar os níveis de atividade física da população. Esse questionário é composto por quatro perguntas, subdivididas em “a” e “b”, que investigam a frequência e a duração das atividades físicas praticadas nos últimos sete dias, categorizando-as em atividades vigorosas, moderadas, caminhadas e tempo sentado (Matsudo *et al.*, 2001).

Para análise de dados, a classificação do nível de atividade física dos participantes foi descrita como ativo ou muito ativo baseado na multiplicação do tempo de prática diário pelo número de dias de atividade por semana (minutos/dia × dias/semana). O cálculo de MET não foi realizado devido a caracterização desse estudo, visto que a categorização foi eficiente para investigação da relação entre atividade física e saúde mental, já que o objetivo deste estudo não envolvia a mensuração do gasto energético

total, mas sim a identificação dos níveis de atividade física conforme frequência e duração relatadas.

De acordo com Matsudo *et al.* (2001), os critérios estabelecidos para classificar os participantes como ativos foi baseado no acúmulo de 150 minutos semanais de atividades de intensidade moderada. Já aqueles que realizaram atividades vigorosas por, pelo menos, 20 minutos em três ou mais dias da semana minutos, foram categorizados como muito ativos. O estudo em questão não realiza a divisão entre um indivíduo ativo ou muito ativo, porém essa pesquisa considerou como critério de separação o esforço físico e respiração durante a prática de atividade física, no qual as atividade vigorosas possuem maior esforço e aumentam a necessidade de oxigênio comparado as demais.

2.4 Análise de dados

Os dados serão apresentados a partir de estatísticas descritivas com auxílio do Excel versão 16.0, de 2016. Todos serão descritos em forma de tabelas e gráficos.

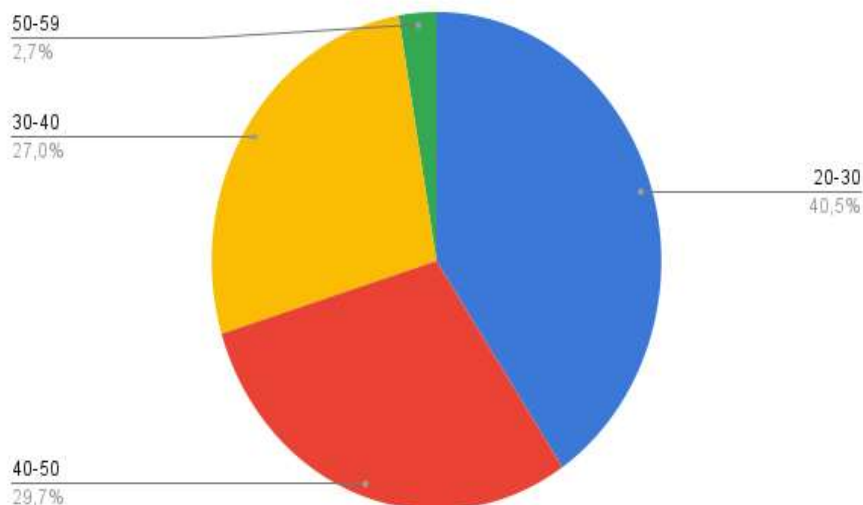
3 RESULTADOS

3.1 Dados socioeconômicos

A amostra deste estudo foi composta por 37 participantes do sexo feminino praticantes de atividade física e frequentadoras de uma academia localizada em Barramares, Vila Velha, no Estado do Espírito Santo. A distribuição da faixa etária ocorreu da seguinte forma: 40,5% (n=15) tinham entre 20 e 30 anos, 27% (n=10) correspondiam entre 30 a 40 anos, 29,7% (n=11) possuíam entre 40 a 50 anos e 2,7% (n=1) apresentavam entre de 50 a 59 anos. Quanto ao nível de escolaridade, 13,5% (n=5) apresentaram ensino fundamental incompleto, 24,3% (n=9) ensino fundamental completo, 45,9% (n=17) ensino médio completo, 8,1 % (n=3) ensino superior incompleto e 5,4% (n=2) ensino superior completo. Atentando para o fato de uma das participantes não ter respondido a questão acerca da escolaridade, o que justifica a soma de 36 pessoas nessa categoria, no demais dados permanece normal. Além disso, foi avaliado também a renda bruta mensal, no qual a estimativa foi que 2,7% (n=1) possuíam por mês uma renda menor que 1 salário-mínimo, 32,4% (n=12) recebiam 1 salário-mínimo, 43,2% (n=16) auferiram 2 salários mínimos e 21,6% (n=8) tinham renda de 2 ou mais salários mínimos.

Gráfico 1: Distribuição da amostra em percentual, segundo a idade

Estratificação da idade



Fonte: dados da pesquisa (2025).

Com isso, o perfil prevalente dessa pesquisa foi de mulheres com menos de 40 anos, conforme distribuição de idade demonstrada no gráfico abaixo (Gráfico 1), em maior parte com renda mensal de 2 salários mínimos e ensino médio completo, sugerindo-se que grande parte das participantes possuía um nível educacional suficiente para compreensão das orientações propostas, não sendo consideradas leigas em relação às informações fornecidas.

Em relação ao estado nutricional das participantes, os resultados indicaram que a maior parte da amostra está com excesso de peso, no qual 32,4% (n=12) foram classificadas com sobrepeso. Por outro lado, uma parcela das participantes ainda foram identificadas com obesidade grau I, com 32,4% (n=12), obesidade grau II, equivalente a 16,2% (n=6), obesidade grau III, proporcional a 10,8% (n=4) e peso normal com 8,1% (n=3). No total, a soma de mulheres que apresentaram peso acima do normal foi de 92%(n=34).

A distribuição da gordura abdominal, analisada pela RCQ, demonstrou que a maioria das participantes, 40,5% (n=15), foram classificadas com risco de nível alto. Além disso, a proporção de mulheres com risco muito alto e moderado foi de 35,1% (n=13) e 24,3% (n=9) respectivamente. No total 75,6 % (28) da amostra apresentou uma RCQ elevada. Esse fato é crucial na avaliação do perfil nutricional, pois indica um acúmulo de gordura central que está diretamente ligado a um risco elevado para o desenvolvimento de doenças metabólicas.

Em relação à prega cutânea tricípital, a maioria das participantes, 81,1% (n=30), apresentou valores de PCT dentro da faixa de Eutrofia (P15 - P85). Entretanto, uma proporção de 5,4% (n=2) foi classificada com Obesidade (> P85), sugerindo excesso de gordura subcutânea, o que reforça os achados de excesso de peso observados no IMC. Além disso, 13,5% (n=5) das mulheres se enquadram nas categorias de desnutrição ou risco para desnutrição. Estes dados complementam a avaliação do estado nutricional, destacando a importância da mensuração da composição corporal na identificação de desequilíbrios que podem comprometer a saúde física e mental.

Tabela 5 - Classificação da circunferência do braço

Classificação	Frequência absoluta (n)	Porcentagem (%)
Eutrofia	17	45,9
Obesidade ou musculatura desenvolvida	20	54,1

Fonte: dados da pesquisa (2025).

Referente a circunferência do braço, percebeu-se que a 54,1% (n=20) estava com obesidade ou musculatura desenvolvida e 45,9% (n=17) com eutrofia, podendo ser diagnosticada em uma das duas classificações de acordo com outros parâmetros. Nesse contexto, pelos resultados obtidos pela PCT para a verificação de gordura subcutânea, pode-se categorizar o grupo avaliado como musculatura desenvolvida, visto que a maior parte das participantes foram diagnosticadas com eutrofia na prega cutânea tricipital.

Na tabela a seguir (tabela 6), foi descrita a associação entre o perfil alimentar e padrões antropométricos.

Tabela 6: Associação entre a classificação dos hábitos alimentares com os padrões antropométricos de mulheres, praticantes de atividade física em uma academia do Município de Vila Velha/ES.

Dados antropométricos	Classificação dos hábitos alimentares		
	Alimentação não saudável n=9 (24,0%)	Precisa melhorar n=24 (65,0%)	Alimentação saudável n=4 (11,0%)
Índice de massa corporal			
Eutrofia	0 (0,0%)	2 (5,0%)	1 (3,0%)
Sobrepeso	3 (8,0%)	8 (22,0%)	1 (3,0%)
Obesidade	6 (16,0%)	14 (38,0%)	2 (5,0%)
Relação cintura/quadril			
Moderado	3 (8,0%)	4 (11,0%)	2 (5,5%)
Alto	3 (8,0%)	10 (27,0%)	2 (5,5%)
Muito alto	3 (8,0%)	10 (27,0%)	0
Classificação da prega tricipital			
Desnutrição (<p5)	0 (0,0%)	1 (3,0%)	0 (0,0%)
Risco para desnutrição (p5 - p15)	0 (0,0%)	3 (8,0%)	1 (3,0%)
Eutrofia (p15 - p85)	7 (19,0%)	20 (54,0%)	3 (8,0%)
Obesidade (p>85)	2 (5,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Classificação da circunferência do braço			
Eutrofia	2 (5,0%)	14 (38,0%)	1 (3,0%)
Obesidade ou musculatura desenvolvida	7(19,0%)	10 (27,0%)	3 (8,0%)

Fonte: dados da pesquisa (2025).

Com base nas respostas obtidas a partir do questionário "Como está sua alimentação?", retirado do Guia Alimentar para a População Brasileira, foi possível analisar os hábitos alimentares do grupo avaliado. Como demonstrado acima (tabela

6) foi realçado que a maioria dos participantes, correspondendo a 65,0% (n=24) do grupo analisado, alcançou entre 29 a 42 pontos, considerado como sinal de alerta, mostrando que seus hábitos alimentares necessitam de maior atenção. Outro grupo, de 24% (n=9), obteve uma pontuação de até 28 pontos, que os enquadra na colocação de indivíduos que necessitam de mudanças mais significativas para alcançar uma alimentação mais saudável. Entretanto, somente uma parcela pequena de 11% (n=4) dos participantes atingiu a pontuação para ser classificada com uma alimentação saudável (43 pontos ou mais). Ao unir todas as classificações da amostra que indicavam sinais de atenção aos hábitos alimentares, observou-se que 89,0% (n=33) dos participantes não apresentavam um padrão alimentar considerado adequado.

Ademais, observou-se, entre os participantes que foram classificados como alimentação não saudável e precisa melhorar, representando 89% (n=33) da pesquisa, a prevalência de mulheres que apresentaram sobrepeso e obesidade, somando no total 31 pessoas (93,9%), evidenciando uma forte relação entre o padrão alimentar e o excesso de peso. Além disso, a relação cintura quadril desse mesmo público apresentou, em sua grande maioria, risco aumentado para doenças metabólicas, fortalecendo que a má alimentação possui impacto significativo na composição corporal, mesmo em indivíduos fisicamente ativos.

A análise da saúde mental, por meio da escala EADS-21, indicou uma quantidade significativa de mulheres com sintomas de ansiedade ou depressão. Os resultados detalhados para cada subescala são apresentados a seguir.

Tabela 7 - Classificação dos Níveis de Gravidade de Ansiedade, Depressão e Estresse (EADS-21) das Participantes

Nível de gravidade	Ansiedade	Depressão
Normal	43,2% (n=16)	40,5% (n=15)
Leve	5,4% (n=2)	13,5%(n=5)
Moderado	16,2% (n=6)	16,2%(n=6)
Severo	2,7% (n=1)	5,4%(n=2)
Extremamente severo	32,4 % (n=12)	24,3%(n=9)

Fonte: dados da pesquisa (2025).

Tabela 8: Associação dos sintomas da ansiedade com os parâmetros antropométricos

Dados antropométricos	Classificação dos níveis de ansiedade		
	Nível baixo n=18 (49,0%)	Nível moderado n=6 (16,0%)	Nível severo n=13 (35,0%)
Níveis de gravidade			
Índice de massa corporal			
Eutrofia	1 (3,0%)	2 (5,0%)	0 (0,0%)
Sobrepeso	8 (22,0%)	1 (3,0%)	3 (8,0%)
Obesidade	9 (24,0%)	3 (8,0%)	10 (27,0%)
Relação cintura/quadril			

Moderado	4 (11,0%)	2 (5,0%)	3 (8,0%)
Alto	9 (24,0%)	3 (8,0%)	3 (8,0%)
muito alto	5 (14,0%)	1 (3,0%)	7 (19,0%)
Classificação da prega tricipital			
Desnutrição (<p5)	1 (3,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Risco para desnutrição (p5 -p15)	2 (5,0%)	1 (3,0%)	1 (3,0%)
Eutrofia (p15 - p85)	15 (41,0%)	5 (13,0%)	10 (27,0%)
Obesidade (p>85)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (5,0%)
Classificação da circunferência do braço			
Eutrofia	10 (27,2%)	3 (8,0%)	4 (11,0%)
Obesidade ou musculatura desenvolvida	8 (22,0%)	3 (8,0%)	9 (24,0%)

Fonte: dados da pesquisa (2025).

Tabela 9: Associação dos sintomas de depressão com os parâmetros antropométricos

Dados antropométricos	Classificação dos níveis de depressão		
	Nível baixo n=20 (54,0%)	Nível moderado n=6 (16,0%)	Nível severo n=11 (30,0%)
Níveis de gravidade			
Índice de massa corporal			
Eutrofia	2 (5,0%)	1(3,0%)	0 (0,0%)
Sobrepeso	8 (22,0%)	2 (5,0%)	2 (5,4%)
Obesidade	10 (27,0%)	3 (8,0%)	9 (24,5%)
Relação cintura/quadril			
Moderado	7(19,0%)	1 (3,0%)	1 (3,0%)
Alto	9 (24,0%)	3 (8,0%)	3 (8,0%)
muito alto	4 (11,0%)	2 (5,0%)	7 (19,0%)
Classificação da prega tricipital			
Desnutrição (<p5)	0 (0,0%)	1 (3,0%)	0 (0,0%)
Risco para desnutrição (p5 -p15)	3 (8,0%)	0 (0,0%)	1 (3,0%)
Eutrofia (p15 - p85)	17(46,0%)	5 (13,0%)	8 (22,0%)
Obesidade (p>85)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (5,0%)
Classificação da circunferência do braço			
Eutrofia	8 (22,0%)	4 (11,0%)	5 (13,0%)
Obesidade ou musculatura desenvolvida	12 (32,0%)	2 (5,0%)	6 (16,0%)

Fonte: Dados da pesquisa (2025).

Na análise do nível de ansiedade, notou-se que 57% (n=19) da amostra apresentou algum nível de sintoma, enquanto 43% (n=16) dos participantes foram classificados dentro da normalidade. As manifestações clínicas foram classificadas e analisadas da seguinte forma: 5,4 % (n=2) com sintomas de nível leve, 16,2% (n=6) moderado, 2,7% (n=1) severo e um percentual significativo de 32,4% (n=12) classificado com sintomas de nível extremamente Severo.

Em relação à depressão, os resultados demonstraram que 59,4% (n=22) dos participantes informaram sentir sintomas depressivos, porém, de maneira oposta, 40,5% (n=15) apresentaram indícios normais da doença. Assim, a fim de avaliar os níveis de gravidade, os dados foram distribuídos da seguinte forma: 13,2% (n=5)

classificados como leve, 16,2% (n=6) como moderado, 5,4% (n=2) como Severo e 24,3% (n=9) como Extremamente Severo.

Ao relacionar os sintomas de ansiedade e depressão com o estado nutricional, observou-se que a maior parte das participantes com excesso de peso e alimentação inadequada também apresentou níveis moderados a severos (severo e extremamente severo) de ansiedade 51,0% (n=19) e depressão 46% (n=17). Verificou-se que essas classificações mais elevadas estavam concentradas principalmente entre as mulheres com IMC elevado e risco aumentado pela relação cintura/quadril, indicando uma possível associação entre desequilíbrio nutricional e comprometimento da saúde mental. Esses resultados sugerem que, embora a maioria pratique atividade física regularmente, a alimentação inadequada e o excesso de peso podem reduzir o efeito protetor do exercício sobre o bem-estar psicológico.

A avaliação do nível de atividade física foi realizada por meio do questionário IPAQ (versão curta), conforme o exemplo a seguir:

Tabela 10 - Classificação do Nível de Atividade Física (IPAQ, Versão Curta) das Participantes

Nível de atividade física	Frequência (n=)	Porcentagem (%)
Muito ativo	32	86,4
Ativo	3	8,1
Insuficientemente ativo	1	2,7
Sedentário	1	2,7

Fonte: dados da pesquisa (2025).

Segundo a tabela, 86,4% das participantes femininas foram classificadas como muito ativo, enquanto as demais entrevistas foram categorizadas da seguinte forma: 8,1% como ativo, 2,7% como sedentário e 2,7% como insuficientemente ativo. No total, a soma de mulheres que foram qualificadas como ativas fisicamente (ativo e muito ativo) é de 94,5%. Esse resultado demonstra grande significância para o estudo, visto que, apesar do alto engajamento na prática de atividade física, ainda prevalece a quantidade de mulheres com excesso de peso e sintomas de ansiedade e depressão, supondo que, a atividade física, de forma isolada, pode não ser suficiente para o bem-estar nutricional e mental.

4 DISCUSSÃO

O perfil antropométrico avaliado neste estudo revelou aspectos relevantes, uma vez que a avaliação da PCT resultou em eutrofia para a maior parte das avaliadas, enquanto a RCQ indicou risco alto ou muito alto para o desenvolvimento de doenças metabólicas e cardiovasculares, sinalizando acúmulo significativo de gordura visceral abdominal. Esse achado destaca que outros fatores, além do exercício, estão contribuindo para mudanças no estado nutricional dessas mulheres.

Esses resultados vão ao encontro de estudos prévios que apontam a relação entre a distribuição da gordura corporal e o desenvolvimento fisiológico das mulheres. Para Loro e Ostolin (2024), o acúmulo de gordura corporal nesse público é influenciado pelas características hormonais e fisiológicas que as envolvem, diferenciando-as dos homens. Essa distinção se inicia após a puberdade, onde a proporção de massa muscular diminui ao paralelo que o tecido adiposo se acumula devido a predominância de hormônios que favorecem esse cenário, aumentando também, a concentração de gordura na região glúteo femoral e, posteriormente, na região abdominal. Complementarmente, o estudo realizado por Araújo *et al.* (2020), constituído em sua maioria por mulheres na faixa de 30 anos, observou que fatores como idade, escolaridade e renda familiar são parcialmente responsáveis pela adiposidade em excesso no corpo humano. Tais questões estão relacionadas ao fato de mulheres com baixa renda priorizarem alimentos baratos e pobres nutricionalmente, com altos índices de açúcares e gorduras, favorecendo assim o acúmulo da adiposidade no abdômen. De forma complementar, o histórico familiar de doenças metabólicas, o tabagismo, o etilismo e a falta de atividade física configuram fatores adicionais que potencializam o acúmulo de gordura corporal.

Em relação a outro aspecto analisado, observou-se o predomínio de mulheres que praticam atividade física regularmente, no qual pode estar associada a fatores motivacionais femininos que auxiliam na adesão à atividade corporal. De acordo com Freire (2022), a motivação se deve a busca pelo vigor, dismorfia, saúde mental, disposição ou aptidão física. Além disso, o estudo destaca que maior será a capacidade das mulheres permanecerem e progredirem ao longo do tempo na prática de atividade física de acordo com a localização e a acessibilidade ao benefício, no âmbito da rotina diária e que satisfação a fisionomia corporal almejada, fatores esses que reforçam o valor do comportamento ativo tanto para a prevenção de doenças, quanto para a socialização e o enfrentamento emocional.

Entretanto, os resultados alcançados neste estudo destacam que apesar do grupo participante ser composto por mulheres ativas fisicamente, ainda é encontrado a prevalência de alterações no perfil nutricional, em destaque ao peso acima do ideal, risco elevado de doenças metabólicas pela relação cintura/quadril e maior proporção de hábitos alimentares inadequados. Todos esses fatores foram associados à presença de sintomas de ansiedade e depressão, reforçando que a prática de atividade física de forma isolada não é suficiente para promover saúde mental plena.

Esses achados estão de acordo com Lebre *et al.* (2025), que ao avaliar adultos praticantes de atividade física, sendo a maioria mulheres, percebeu que embora a maior parte se encontrava em eutrofia associados ao IMC, fatores como a irregularidade na prática de exercícios físicos e insatisfação com alimentação é capaz de maximizar os sintomas de ansiedade encontrados na amostra, demonstrando que esse estilo de tratamento deve ser acompanhado de estratégias complementares, como o cuidado nutricional, a fim de promover benefícios mais amplos ao bem-estar psicológico. De forma semelhante, o realizado por Brisotto, Silva e Andretta (2022), que avaliou 209 indivíduos, também majoritariamente por mulheres, confirma essas evidências ao verificar a inter-relação entre os sintomas de ansiedade, depressão e comportamento alimentar, cujo aqueles indivíduos que apresentaram maiores índices depressivos tendem a descontar suas emoções na alimentação, evidenciando assim a utilização de estratégias alimentares para minimizar sentimentos como tristeza e apatia.

Além disso, o perfil nutricional das participantes, com sobrepeso e obesidade, demonstrou relação com os sintomas de ansiedade e depressão, visto que a maior parcela de pessoas com nível moderado ou severo estava alocada nessa classificação de peso. Esses achados reforçam a ideia de Prando *et al.* (2023), que verificaram prevalência de aproximadamente 50% de sintomas depressivos em pacientes com obesidade, com destaque para mulheres e pessoas com idade inferior a 30 anos. Os autores relatam a existência de uma relação bilateral entre o excesso de peso e os transtornos psicológicos, sendo a obesidade responsável por promover a discriminação social, que estabelece estigmas em relação a pessoa obesa, muitas vezes caracterizada como preguiçosa, além de afetar a autovalorização, estimulando o surgimento de sinais e sintomas ansiosos e depreciativos. Com isso, gera-se um ciclo vicioso de retroalimentação, sendo o alimento usado como válvula de escape emocional, resultando em escolhas e hábitos alimentares inapropriados que agravam o ganho de peso e, conseqüentemente, os transtornos mentais. Tais resultados validam os achados desses estudos, tendo em vista que as mulheres classificadas como ativas fisicamente apresentaram sintomas de ansiedade e depressão, ainda que a atividade física tenha sido de forma preventiva a essas manifestações. Assim, destaca-se a importância de estratégias que integrem a alimentação, a composição corporal e bem-estar psicológico para a promoção da saúde global.

Em relação ao consumo alimentar das participantes, nota-se uma predominância de mulheres que não seguem as recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2013) sobre alimentação saudável, composta por alimentos in natura ou minimamente processados, como frutas, legumes, cereais integrais e feijões. Pelo contrário, prevaleceu o consumo de alimentos não saudáveis, ricos em açúcares, gorduras e aditivos, encontrados em produtos ultraprocessados. Evidências como essas comprovam o perfil nutricional do público avaliado, marcado por indivíduos acima do peso, com aumento de gordura na região abdominal e a presença de sinais e sintomas de ansiedade e depressão. Resultados semelhantes foram encontrados por De Farias Xavier *et al.* (2024), que ao analisar a conexão entre hábitos alimentares e sintomas de ansiedade, depressão e estresse em mulheres adultas brasileiras, constatou que aquelas diagnosticadas com depressão apresentaram em maior quantidade a ingestão pobre em alimentos in natura e minimamente processados, em contrapartida com o maior consumo de alimentos ultraprocessados. O estudo define que existe uma relação inversa entre os transtornos mentais destacados e uma alimentação saudável, rico em in natura e minimamente processados.

Assim, uma alimentação equilibrada, contendo todos os macros e micronutrientes essenciais, exerce papel fundamental na manutenção da regulação das funções metabólicas e o equilíbrio fisiológico do organismo. Nesse contexto, a prática profissional do nutricionista torna-se indispensável, principalmente por meio da avaliação do consumo alimentar, ferramenta que permite estimar a adequação energética da dieta, além da distribuição correta de nutrientes (Da Silva *et al.*, 2020). Essa análise torna-se ainda mais relevante diante das implicações que a alimentação exerce sobre a saúde mental, especialmente em indivíduos que apresentem quadros de ansiedade e depressão. A literatura evidencia que padrões alimentares saudáveis baseados em alimentos de origem vegetal, proteínas magras, laticínios com baixo teor de gordura e fontes de gorduras insaturadas estão associados à atenuação de sintomas psicológicos e à redução de marcadores inflamatórios, enquanto dietas

baseadas em alimentos ultraprocessados tendem a agravar tais condições (De cunha Goes; De Sales Ferreira; Figueiredo, 2022).

Portanto, a realização da avaliação nutricional em indivíduos com transtornos mentais é de extrema relevância, uma vez que possibilita identificar desequilíbrios que podem comprometer tanto a saúde física quanto mental. Segundo Rossi e Simas (2024), essa relação só é possível quando interliga a ingestão dietética, composição corporal e exames clínicos e bioquímicos. Através da avaliação do perfil nutricional, é possível prevenir os riscos para o desenvolvimento de doenças crônicas por meio da investigação da composição corporal, como a massa corpórea e percentual de gordura. Assim, a antropometria se destaca como um dos principais indicadores diretos do estado nutricional, abrangendo medidas como estatura, pregas cutâneas, perímetros corporais e massa corporal, podendo ser combinada com outros métodos mais complexos ou de forma isolada.

Portanto, novas rotas de atendimento psiquiátrico já estão sendo aplicadas em nações desenvolvidas e têm se mostrado essenciais no enfrentamento de transtornos mentais como a ansiedade e a depressão. A integração de abordagens complementares, como a nutrição, tem se destacado como estratégia eficaz na promoção do bem-estar, por auxiliar diretamente a saúde do trato gastrointestinal e, conseqüentemente, para o equilíbrio emocional. O profissional nutricionista poderá contribuir no manejo alimentar por meio de prescrição de alimentos anti-inflamatórios, tornando o trato gastrointestinal um ambiente saudável. Ademais, a ingestão de suplementos alimentares, como pré e probióticos, têm sido relacionadas a uma forma complementar à terapia tradicional. Essas intervenções nutricionais contribuem tanto para a saúde física, bem como para o suporte das funções mentais, reforçando a importância de uma abordagem integrativa no cuidado à saúde mental para esse público (De Souza *et al.*, 2021).

Considerando o exposto, este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas para a compreensão dos resultados. Embora o recrutamento tenha sido realizado por conveniência e aberto a todos os gêneros, a amostra final foi composta majoritariamente por mulheres e o tamanho amostral reduzido (n=37), limitando os resultados encontrados nessa pesquisa a outros públicos, não sendo passível de generalização.

Outra variável refere-se à avaliação dos hábitos alimentares e dos sintomas de ansiedade e depressão autodeclarados, no qual estão sujeitos a falhas no momento da resposta devido a memória limitada. Além disso, a ausência de avaliações mais precisas da composição corporal, como exames bioquímicos e bioimpedância, tornaram esse estudo restringido a análise do perfil nutricional.

Em relação aos dados de atividade física, a ausência de informações específicas sobre o tempo de prática do exercício físico limitou a interpretação dos resultados. Embora a maioria tenha sido classificada como ativa ou muito ativa, não foi possível determinar se esse nível de atividade era recente ou habitual, o que poderia influenciar diretamente o perfil nutricional e as medidas antropométricas, como a relação cintura-quadril, que apresentou valores elevados na amostra. Dessa forma, a falta desse aprofundamento restringe a capacidade de estabelecer relações causais mais precisas entre prática de atividade física, padrão alimentar e os achados antropométricos observados.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos nesta pesquisa demonstraram que, mesmo o público estudado sendo composto por mulheres ativas fisicamente, houve a prevalência de sobrepeso, obesidade e alimentação não saudável, impactando de maneira negativa a saúde mental. Essa associação contribuiu para a conclusão desse estudo, demonstrando que a prática de atividade física realizada de forma isolada não é suficiente para amenizar sintomas de ansiedade e depressão. Assim, se faz necessário a necessidade de estudos futuros que incluam ambos os sexos para uma compreensão mais abrangente da relação entre atividade física, perfil nutricional e saúde mental.

Portanto, a adoção de abordagens que integrem a área da psicologia, da atividade física e da nutrição pode ser fundamental para romper o ciclo vicioso entre o desequilíbrio mental, hábitos alimentares, ganho de peso e a piora do estado psicológico.

6 REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Tainara Pereira de *et al.* Fatores sociodemográficos e comportamentais associados à adiposidade corporal em adultos. **Revista Desafios**, v. 7, n. 2, 2020. DOI: 10.20873/uftv7-7713.

BENEDETTI, Tânia *et al.* Validade e clareza dos conceitos e terminologias do Guia de Atividade Física para a População Brasileira. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 26, p. e0212, 2021. DOI: 10.12820/rbafs.26e0212.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de bolso alimentar para a população brasileira: como ter uma alimentação saudável**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.
BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: **Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRISOTTO, Marina; SILVA, Myllena Diessy; ANDRETTA, Ilana. Depressão, ansiedade e estresse e o comportamento alimentar. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 18, n. 2, p. 153-160, 2022. DOI: 10.5935/1808-5687.20220013.

CASTAÑEDA, Santiago Duque *et al.* Valoración del estado nutricional por antropometria y bioimpedancia en el ámbito de la fisioterapia. **Cuaderno de investigaciones: semilleros andina**, n. 15, p. 43-69, 2022. DOI: 10.33132/26196301.2244.

DA CUNHA GOES, Samara Julia; DE SALES FERREIRA, José Carlos; FIGUEIREDO, Rebeca Sakamoto. Alta ingestão de alimentos ultra processados durante a pandemia

em pessoas com ansiedade e depressão. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 14, p. e548111436900, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i14.36900.

DA PAZ, Ramyne de Castro. **Manual de avaliação nutricional**. Portal de Livros Abertos da Editora JRG, v. 4, n. 4, p. 01-152, 2020.

DA SILVA LIBERAL, Andressa; DE PAULA, Giulia Marchetti; SALOMÃO, Ana Lúcia Ribeiro. O tratamento da depressão através da alimentação e fitoterápicos. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, v. 11, n. 9, p. e47211932224, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i9.32224.

DA SILVA, Ianne Fernandes *et al.* Perfil antropométrico, dislipidemia e consumo alimentar de mulheres praticantes de treinamento resistido de força. **RBONE - Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 14, n. 86, p. 422-435, 2020. Disponível em: <https://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/1289>.

DE FARIAS XAVIER, Daniel Emiliano *et al.* Consumo alimentar de acordo com a classificação alimentar NOVA e sua relação com sintomas de depressão, ansiedade e estresse em mulheres. **Nutrients**, v. 16, n. 21, p. 3734, 2024. DOI: 10.3390/nu16213734.

DE SOUZA, Beatriz Oliveira *et al.* A importância da abordagem nutricional no tratamento da depressão. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 8, p. 75964-75983, 2021. DOI: 10.34117/bjdv7n8-020.

DE SOUZA MELO, Larissa; LISBOA, Cinthia Soares; XAVIER, Crisia Cerqueira. A relação entre o comportamento alimentar em indivíduos com transtorno de ansiedade. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 10, n. 11, p. 6163-6177, 2024. DOI: 10.51891/rease.v10i11.16989.

DOS SANTOS FONTINELE, Layne *et al.* Influência dos padrões dietéticos no transtorno de ansiedade. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 15, p. e423111537446, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i15.37446.

FELÍCIO, Felipe De Almeida *et al.* Avaliação dos níveis de ansiedade e depressão em universitários de acordo com a frequência da prática de atividade física durante a pandemia de covid-19. **Revista Movimenta**, v. 17, p. 1-11, 2024. Disponível em: <https://www.revista.ueg.br/index.php/movimenta/article/view/15722>.

FREITAS, André Alves da Silva *et al.* Compreendendo a prevalência de ansiedade e depressão na sociedade brasileira. **Periódicos Brasil: Pesquisa Científica**, v. 3, n. 2, p. 647-657, 2024. DOI: 10.36557/pbpc.v3i2.78.

FREIRE, Karina Cherbaty. Inter-relação da saúde mental das mulheres na prática regular de atividade física. **Revista Interdisciplinar da FARESE**, v. 4, p. 209-214, 2022. Disponível em: <https://revista.grupofaveni.com.br/index.php/revistainterdisciplinardafarese/article/view/957>.

FRISANCHO, A. Roberto. Anthropometric standards for the assessment of growth and nutritional status. Ann Arbor: **University of Michigan Press**, 189 p. 1990.

LEBRE, André Luís Fernandes *et al.* Relação entre consumo alimentar, composição corporal e ansiedade em praticantes de exercício físico. **RBNE-Revista Brasileira de Nutrição Esportiva**, v. 19, n. 115, p. 159-166, 2025. Disponível em: <https://www.rbne.com.br/index.php/rbne/article/view/2427>.

LORO, Fernanda Laís; OSTOLIN, Thatiane Lopes Valentim Di Paschoale. Atividade física, comportamento sedentário e saúde da mulher: um mapa de evidências. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 28, p. 1-29, 2024. DOI: 10.12820/rbafs.28e0318.

MATSUDO, Sandra *et al.* Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 6, n. 2, p. 5-18, 2001. DOI: 10.12820/rbafs.v.6n2p5-18.

PRANDO, Caio Badiani *et al.* Desenvolvimento de ansiedade e depressão a partir do sobrepeso e da obesidade. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 6, n. 2, p. 5656-5665, 2023. DOI: 10.34119/bjhrv6n2-096.

PROJETO GAIPA UFC. DASS-21. Fortaleza: UFC, 2024.

RÓS, Isadora Augusto; FERREIRA, Cristina Aparecida de Carvalho; GARCIA, Clerison Stelvio. Avaliação da psicoterapia de grupo em pacientes com ansiedade e depressão. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 12, n. 1, p. 75-86, 2020. DOI: 10.20435/pssa.v12i1.830.

ROSSI, Luciana; SIMAS, Luisa Amábile Wolpe. **Protocolo de avaliação antropométrica em Nutrição Estética e Saúde da Mulher**. Research, Society and Development, v. 13, n. 1, p. e13613144907, 2024. DOI: 10.33448/rsd-v13i1.44907.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: WHO, 1995. (WHO Technical Report Series, n. 854).

YANO, Alberto Mitsuo; ESTUQUI, Amanda Fontes; ROZA JUNIOR, Reginaldo da; TOMIO, Camila. Avaliação do consumo alimentar, uso de suplementos e o conhecimento acerca da alimentação adequada por praticantes de atividade física de uma academia em Joinville-SC. **RBNE - Revista Brasileira de Nutrição Esportiva**, v. 15, n. 91, p. 128-140, 17 jul. 2021. Disponível em: <https://www.rbne.com.br/index.php/rbne/article/view/1844>.

APÊNDICE A – Questionário de dados socioeconômicos

Fonte: elaborado pela autora.

1. Nome: _____

2. Idade:

() Entre 20 e 30 anos

- Entre 30 e 40 anos
- Entre 40 e 50 anos
- Entre 50 e 59 anos

3. Telefone de contato: _____

4. Email de contato: _____

5. Nível de escolaridade

- Ensino fundamental incompleto
- Ensino fundamental completo
- Ensino médio completo
- Ensino superior incompleto
- Ensino superior completo

6. Renda familiar bruta mensal

- Menor que 1 salário
- 1 salário mínimo
- 2 salários mínimos
- Maior que 2 salários

ANEXO A – Questionário de avaliação do consumo alimentar

Fonte: versão adaptada de (Brasil, 2013).

1. Quantidade de frutas (unidade/fatia/pedaço/copo de suco) consumidas por dia:

- Não como frutas nem tomo suco de frutas natural
- 1 unidade/fatia/pedaço/copo de suco natural
- 2 unidades/fatias/pedaços/copos de suco natural
- 3 ou mais unidades/fatias/pedaços/copos de suco natural

2. Quantidade de legumes e verduras por dia:

- Não como legumes, nem verduras todo dia
- 3 ou menos colheres de sopa
- 4 a 5 colheres de sopa
- 6 a 7 colheres de sopa
- 8 ou mais colheres de sopa

3. Consumo de leguminosas (feijão, lentilha, grão de bico, soja) ou sementes (chia, linhaça, de abóbora, de girassol) ou castanhas por dia:

- Não consumo
- 1 colher de sopa ou menos
- Consumo menos de 5 vezes por semana
- 2 ou mais colheres de sopa por dia

4. Consumo diário de cereais, raízes e massas (em unidades/fatias ou colheres de sopa)

Informe as quantidades diárias aproximadas de:

- a. Arroz, massas, batatas etc.: _____ colheres de sopa
- b. Pães: _____ unidades/fatias
- c. Bolo sem cobertura: _____ fatias
- d. Biscoitos sem recheio: _____ unidades

5. Consumo de carnes ou ovos por dia:

- Não consumo
- 1 pedaço/fatia ou 1 ovo
- 2 pedaços/fatias ou 2 ovos
- Mais de 2 pedaços/fatias ou mais de 2 ovos

6. Retira a gordura aparente das carnes e pele do frango?

- Sim
- Não
- Não consumo carne ou frango

7. Consumo de peixe:

- Não consumo
- Algumas vezes por ano
- De 1 a 4 vezes por ano
- 2 ou mais vezes por semana

8. Quantidade de leite e derivados consumida por dia:

- Não consumo
- 1 ou menos porções
- 2 porções
- 3 ou mais porções

9. Tipo de leite e derivados consumidos com mais frequência:

- Integral
- Com baixo teor de gordura (semidesnatado, desnatado, light)

10. Frequência de consumo de frituras, salgadinhos e embutidos:

- Raramente ou nunca
- Menos de 2 vezes por semana
- De 2 a 3 vezes por semana
- De 4 a 5 vezes por semana
- Todos os dias

11. Frequência de consumo de doces e refrigerantes:

- Raramente ou nunca
- Menos de 2 vezes por semana
- De 2 vezes por semana
- De 4 a 5 vezes por semana
- Todos os dias

12. Tipo de gordura usada para cozinhar na sua casa:

- Banha animal ou manteiga
- Óleo vegetal (soja, girassol, milho etc.)
- Margarina ou gordura vegetal

13. Coloca sal nos alimentos já servidos no prato?

- Sim
- Não

14. Refeições realizadas por dia (café da manhã, almoço, café da tarde, jantar e ceia):

15. Quantidade de água ingerida por dia (inclua chás e sucos naturais):

- Menos de 4 copos
- 4 a 5 copos
- 6 a 8 copos
- 8 copos ou mais

16. Frequência de consumo de bebidas alcoólicas:

- Não consumo
- Eventualmente (menos de 4 vezes por mês)
- De 1 a 6 vezes por semana
- Todos os dias

17. Faz atividade física regularmente (30 minutos por dia)?

- Não
- 2 a 4 vezes por semana
- Sim, todos os dias

18. Costuma ler os rótulos nutricionais dos alimentos?

- Nunca
- Quase sempre
- Sempre ou quase sempre

ANEXO B – EADS-21 (versão GAIPA/UFC)

Instruções:

Abaixo encontram-se afirmações que podem ou não descrever como você se sentiu durante a última semana. Leia cada uma cuidadosamente e marque a opção que melhor te descreve.

Use a seguinte escala:

0 – Não se aplicou de maneira alguma

1 – Aplicou-se em algum grau ou por pouco tempo

2 – Aplicou-se a um grau considerável ou por boa parte do tempo

3 – Aplicou-se muito ou na maioria do tempo

Nº	Afirmativa	0	1	2	3
1	Achei difícil me acalmar	0	1	2	3
2	Senti a boca seca	0	1	2	3
3	Não consegui vivenciar nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4	Tive dificuldade em respirar em alguns momentos (ex: respiração ofegante, falta de ar, sem ter feito nenhum esforço físico)	0	1	2	3
5	Achei difícil ter iniciativa para fazer as coisas	0	1	2	3
6	Tive tendência a reagir de forma exagerada às situações	0	1	2	3
7	Senti tremores (ex: nas mãos)	0	1	2	3
8	Senti que estava sempre nervoso	0	1	2	3
9	Preocupe-me com situações em que pudesse entrar em pânico e parecesse ridículo (a)	0	1	2	3
10	Senti que não tinha nada a desejar	0	1	2	3
11	Senti-me agitado	0	1	2	3
12	Achei difícil relaxar	0	1	2	3
13	Senti-me deprimido (a) e sem ânimo	0	1	2	3
14	Fui intolerante com as coisas que me impedia de continuar o que estava fazendo	0	1	2	3
15	Senti que ia entrar em pânico	0	1	2	3

16	Não consegui me entusiasmar com nada	0	1	2	3
17	Senti que não tinha valor como pessoa	0	1	2	3
18	Senti que estava um pouco emotivo/sensível demais	0	1	2	3
19	Sabia que meu coração estava alterado mesmo não tendo feito nenhum esforço físico (ex. aumento da frequência cardíaca, disritmia cardíaca)	0	1	2	3
20	Senti medo sem motivo	0	1	2	3
21	Senti que a vida não tinha motivo	0	1	2	3

Fonte: elaborado pela autora, adaptado do questionário EADS-21 (Projeto GAIPA UFC, 2024).

ANEXO C – Questionário Internacional de Atividade física (IPAQ) versão curta

Fonte: elaborado pela autora, adaptado de MATSUDO *et al.*, (2001).

1. Atividade vigorosa

a. Em quantos dias de uma semana normal você realiza atividades vigorosas (ex.: correr, futebol, pedalar rápido, carregar peso) por pelo menos 10 minutos contínuos?
_____ dias

b. Em um dia típico com atividade vigorosa, qual o tempo total que você gasta (horas e minutos)?
_____ horas e _____ minutos

2. Atividade moderada

a. Em quantos dias de uma semana normal você realiza atividades moderadas (ex.: caminhada, bicicleta leve, natação, dança, faxina leve) por pelo menos 10 minutos contínuos?
_____ dias

b. Em um dia típico com atividade moderada, qual o tempo total que você gasta (horas e minutos)?
_____ horas e _____ minutos

3. Caminhada

a. Em quantos dias de uma semana normal você caminha (como transporte ou lazer) por pelo menos 10 minutos contínuos?
_____ dias

b. Em um dia típico com caminhada, qual o tempo total que você gasta (horas e minutos)?

_____ horas e _____ minutos

4. Tempo sentado

Durante os dias úteis dos últimos 7 dias, quanto tempo, em média, você passou sentado por dia (horas e minutos)?

_____ horas e _____ minutos