

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EDUCAÇÃO FÍSICA

WAGNER SILVA CABRAL

**Análise da prevalência da obesidade em
praticantes de futebol**

JOÃO PESSOA-PB
2010

WAGNER SILVA CABRAL

Análise da prevalência da obesidade em praticantes de futebol

Monografia apresentada à Universidade Federal da Paraíba como requisito para obtenção do título de graduado em Educação Física.

Orientador: Prof. Ms. Eugênio Pacelli do Nascimento.

JOÃO PESSOA-PB
2010

C117a CABRAL, Wagner Silva.

Análise da prevalência da obesidade em praticantes de futebol / Wagner Silva Cabral. –
João Pessoa : [s.n.], 2010.

44 f. : il.

Orientador: Eugênio Pacelli do Nascimento.

Monografia (Graduação) – UFPB/CCS.

1. Atividade física. 2. Saúde. 3. Obesidade.

BS/CCS/UFPB

CDU: 796-056.257(043.2)

SUMÁRIO

| | |
|-----------------------------------------------------------------|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 9 |
| 2 REVISÃO DE LITERATURA | 11 |
| 2.1 Atividade Física: a importância da prática..... | 11 |
| 2.2 Benefícios da Atividade Física | 12 |
| 2.3 Exercício Físico | 13 |
| 2.4 Obesidade..... | 13 |
| 2.4.1 Diagnóstico e classificação | 15 |
| 2.4.2 Epidemiologia..... | 17 |
| 2.4.3 Etiopatogenia da obesidade..... | 18 |
| 2.4.4 Tratamento | 19 |
| 2.5 Índice de Massa Corporal (IMC) | 21 |
| 2.6 Prescrição de Exercício Físico..... | 23 |
| 2.7 Futebol..... | 24 |
| 3 METODOLOGIA DA PESQUISA | 26 |
| 3.1 Caracterização da pesquisa | 26 |
| 3.2 População e Amostra | 26 |
| 3.3 Instrumentos de Coleta de Dados | 27 |
| 3.4 Procedimentos da Coleta de Dados..... | 27 |
| 3.5 Tratamento e Análise dos Dados | 28 |
| 3.6 Considerações Éticas..... | 28 |
| 4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS | 29 |
| 4.1 Faixa etária dos participantes do estudo..... | 29 |
| 4.2 Nível de obesidade em relação ao IMC dos participantes..... | 30 |

| | |
|---------------------------------------------------------|----|
| 4.3 Motivação e objetivos dos praticantes | 31 |
| 4.4 Mudanças físicas dos participantes | 31 |
| 4.5 Grau de consciência dos participantes | 32 |
| 4.6 Praticar mais atividade física..... | 33 |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 34 |
| REFERENCIAS | 35 |
| APÊNDICES | 9 |
| APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido | |
| APÊNDICE B – Questionário da Pesquisa | |

Ao meu filho (Cauã) e a minha esposa, Savana, que sempre acreditou em mim e que me proporcionou muitas alegrias e bem estar.

Dedico!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a DEUS por tudo o que acontece em minha vida, especialmente neste momento de conclusão do curso de graduação em Licenciatura em Educação Física depois de tantas dificuldades.

Externo a minha gratidão aos meus familiares que me apoiaram na minha qualificação profissional, meus pais, Benélio e Lúcia, em particular minha esposa Savana, por todas as lágrimas e suor que ela gastou comigo nesse meu período de conclusão, minha irmã Ana Cláudia que me orientou e ajudou em tantos momentos, meu irmão Wendel Cabral que me deu confiança e principalmente ao meu filho Cauã, por ele existir e ser minha inspiração para viver.

Agradeço ao professor Eugênio Pacelli do Nascimento por ter sempre acreditado em mim e sempre me apoiar em todas as horas.

Aos meus amigos Diego de Assis, Francisco Fidelis, João Paulo Ribeiro, Rafael Melo, Nádja Leite, Alenilda e Talita Pâmela pela imensurável paciência e companheirismo que eles tiveram durante a minha história acadêmica.

A todos os meus amigos, que de uma forma ou de outra colaboraram para a conclusão desta etapa da minha vida.

CABRAL, Wagner Silva. A análise da prevalência da obesidade em praticantes de futebol. 2010. Monografia. (Licenciatura em Educação Física) Universidade Federal da Paraíba - UFPB.

RESUMO

Este trabalho tem por objetivo maior analisar a prevalência da obesidade em praticantes de futebol, sendo esta como sendo a única atividade física praticada na semana, este estudo foi realizado. Contando com uma amostra de vinte (20) participantes, onde são todos trabalhadores do comércio e que praticam o futebol a pelo menos seis meses. O instrumento utilizado foi o questionário e as observações. Neste se observou que os praticantes estão acima do peso ideal de acordo com o IMC e que eles tem consciência de que praticando atividade física vão melhorar suas vidas, e conseqüentemente combatem os sintomas da obesidade. Enfim, conclui-se que a prática regular de atividade física é benéfica ao organismo.

Palavras-chave: Atividade Física. Saúde. Obesidade.

CABRAL, Wagner Silva. A análise da prevalência da obesidade em praticantes de futebol. 2010. Monografia. (Licenciatura em Educação Física) Universidade Federal da Paraíba - UFPB.

ABSTRACT

This study aims to examine the larger prevalence of obesity in playing football, and this as the only physical activity practiced in weeks, this study was conducted. With a sample of twenty (20) participants, which are all workers of trade and practicing football at least six months. The instrument used was a questionnaire and observations. This has been observed that the practitioners are overweight according to BMI and they are aware that practicing physical activity will improve their lives, and therefore combat the symptoms of obesity. Finally, it is concluded that regular physical activity is beneficial to the body.

Keywords: Physical Activity. Health. Obesity.

1 INTRODUÇÃO

Hoje em dia fala-se muito em qualidade de vida relacionada à prática de atividade física, porém sabe-se que estas atividades devem ser orientadas por um profissional qualificado, de modo que essas atividades venham proporcionar bem-estar para quem os praticam.

A atividade física é um comportamento importante na promoção de saúde e na prevenção de doenças. É fundamental para um bom funcionamento do nosso organismo, combatendo o sedentarismo e conseqüentemente a obesidade. Atualmente um dos maiores problemas que envolvem a saúde pública do nosso país, e do restante do mundo, Infelizmente a falta de uma atividade física constante associada a ingestão de alimentos calóricos contribuem para aumentar o peso do indivíduo, que devido a modernidade e comodidade fazem pouco gasto das calorias ingeridas.

Hoje em dia a atividade física mais praticada no Brasil é o futebol, cerca de 30 milhões de praticantes, entre regulares e ocasionais, estes dados estão em uma pesquisa que foi produzida por mais de 400 pesquisadores e coordenado pelo professor de educação física Lamartine Pereira da Costa, da Universidade Gama Filho, do Rio de Janeiro, e está publicada no livro O Atlas do Esporte no Brasil seja ele profissional ou não. O futebol é um desporto com esforços próprios (FLORIDA-JAMES, REILLY, 1995), tendo fundamentos que são realizados com os pés e/ou mãos (BANGSBO, 1994). O futebol é uma construção histórica não foi criado de repente, por alguma entidade que reuniu pessoas e combinou a estrutura e regras, ele é dinâmico e continua sendo construído nos jogos/brincadeiras. Ou melhor, o futebol, hoje emancipado como esporte, não foi inventado ao acaso, da vontade de alguns jovens ingleses chutarem uma bola de couro inflada com ar, mas surgiu por influência e evolução de inúmeros jogos e brincadeiras de bola com os pés construídos em meio a cultura lúdica.(SCAGLIA,2003).

Veremos uma inter-relação de pessoas que praticam o futebol com a obesidade, esta doença já é um dos mais antigos distúrbios metabólicos. Atualmente há mais de

um bilhão de adultos com sobrepesos em todo mundo, e pelo menos trezentos milhões desses são obesos.(NAVARRO, 2007) Assim que as conseqüências da obesidade para a saúde foram demonstradas, muitos estudos têm sido realizados com o objetivo de identificar os principais fatores que contribuem para o seu desenvolvimento. Evidências experimentais recentes assinalam que 35% da população brasileira tem sobrepeso (TIRAPÉGUI, 2003).

Considerada à doença do século, a obesidade está associado ao comportamento cotidiano decorrente dos confortos da vida moderna, pessoas pouco ativas e que perdem poucas calorias durante a semana são consideradas sedentárias ou com hábitos sedentários. A atividade física é capaz de evitar doenças e promover a saúde dos praticantes (KATER,1999).

Considerando a relevância da temática para o exercício profissional da educação física, é de suma importância a contribuição deste trabalho para ampliação dos conhecimentos dos leitores sobre a referida temática, de modo que através desta poderá analisar a relação que existe entre a obesidade e a pratica do futebol como atividade física.

Tendo como objetivo principal analisar a prevalência da obesidade em praticantes de futebol que praticam apenas um jogo por semana, tentando mostrar se existe relação entre ambas.

Veremos se a prática desta atividade, uma vez por semana, influencia ou não no estilo de vida dos praticantes obesos, e se esta prática ajuda a combater os sintomas da doença em geral e se os praticantes acreditam que possam se curar através da atividade física.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Atividade Física: a importância da prática

A prática regular de atividade física sempre esteve ligada à imagem de pessoas saudáveis (MONTTI, 2005).

Ainda sobre atividade física, Marcello Montti (2005, p20) define como sendo:

Um conjunto de ações que um indivíduo ou grupo de pessoas pratica envolvendo gasto de energia e alterações do organismo, por meio de exercícios que envolvam movimentos corporais, com aplicação de uma ou mais aptidões físicas, além de atividades mental e social, de modo que terá como resultados os benefícios à saúde.

É importante considerar que atividade física é qualquer movimento corporal produzido por músculos esqueléticos que resulta em gasto energético e que exercício é uma atividade física planejada e estruturada com o propósito de melhorar ou manter o condicionamento físico (CZEPIELEWSKI, 2001).

A prática regular de atividade física tem sido recomendada para a prevenção e reabilitação de doenças (CIOLAC, GUIMARÃES, 2004). Partindo desse pré-suposto os especialistas entendem que a prática regular de exercício físico apresenta efeitos benéficos na prevenção e tratamento de diversas doenças, tais como; obesidade e estresse.

A prática de exercícios físicos tem sido recomendada nos últimos anos como uma maneira preventiva para doenças degenerativas. Estudos vêm demonstrando que o engajamento em programas regulares de exercícios físicos promove a diminuição significativa nos riscos de mortalidade na população sedentária (LEE et al. 1995; ARAÚJO, 1998; SILVEIRA et al., 1999). Atualmente são muitos os praticantes que realizam exercícios físicos sem a devida orientação de um profissional habilitado. O que passa a ser um fator de risco para esta prática (TÚLIO et al., 2000).

Percebe-se a importância da estimulação à melhora do condicionamento físico das pessoas, desde que possuam condições de praticar um programa de treinamento físico. Existem inúmeras evidências que indicam os efeitos benéficos do exercício físico sobre a saúde em geral. Nos últimos 20 anos, diversos trabalhos científicos têm avaliado o papel da prática de atividade física em pacientes com transtornos psiquiátricos, sugerindo um efeito positivo do exercício físico tanto no tratamento quanto na melhora da qualidade de vida e bem-estar desses indivíduos (ARIDA; CAVALHEIRO; SCORZA,1998).

2.2 Benefícios da Atividade Física

A prática regular de exercícios físicos acompanha-se de benefícios que se manifestam sob todos os aspectos do organismo (MONTTI, 2005). Além de melhoras na parte física do indivíduo a atividade física também exercer efeitos no convívio social do indivíduo, tanto no ambiente de trabalho quanto no familiar (MONTTI, 2005).

A escolha da atividade física a ser realizada é individualizada e depende de alguns fatores como; Preferência pessoal, onde o benefício da atividade só é conseguido com a prática regular da mesma, e a continuidade depende do prazer que a pessoa sente em realizá-la. Assim, não adianta indicar uma atividade que a pessoa não se sinta bem praticando (MONTTI, 2005).

O exercício apresenta uma série de benefícios para o paciente obeso, melhorando o rendimento do tratamento com dieta. Entre os diversos efeitos se incluem: a diminuição do apetite, o aumento da ação da insulina, a melhora do perfil de gorduras e a melhora da sensação de bem-estar e auto-estima (CZEPIELEWSKI, 2001).

Os benefícios não precisam vir necessariamente de exercícios físicos rigorosos, bastando serem moderados, contanto que praticados de maneira regular (ALVES, 2003). Essas atividades devem acontecer desde de cedo, pois segundo o American College of Sports Medicine (ACMS) e o Center for Disease Control (CDC), todas os

indivíduos, a partir da idade dos dois anos, devem desenvolver 30 minutos de atividade física de moderada a intensa atividade, durante a maioria (cinco dias) ou, preferencialmente, todos os dias da semana. Os indivíduos que não se enquadram dentro desse conceito são considerados sedentários (ALVES, 2003).

É de conhecimento de todos que a prática de atividades físicas regulares durante a vida de um indivíduo pode prolongar a vida, torná-la mais saudável e alegre (ALVES, 2003). Ser fisicamente ativo desde a infância, apresenta muitos benefícios, não só na área física, mas também nas esferas social e emocional, e pode levar a um melhor controle das doenças crônicas da vida adulta (ALVES, 2003).

2.3 Exercício Físico

Exercício físico é qualquer atividade física que mantém ou aumenta a aptidão física em geral e tem o objetivo de alcançar a saúde e também a recreação. A razão da prática de exercícios inclui: o reforço da musculatura e do sistema cardiovascular; o aperfeiçoamento das habilidades atléticas; a perda de peso e/ou a manutenção de alguma parte do corpo. Os exercícios físicos também podem ser encarados como atividades recreativas, realizados em momentos de lazer ou de tempo livre. É também a ação ou série de ações corporais com o fim de desenvolver a aptidão física, prescritas para prática regular ou repetida como meio de ganhar força, destreza, agilidade ou competência geral em algum campo de atividade, habilidades motoras ou reabilitação orgânico-funcional, definido de acordo com diagnóstico de necessidade ou carências específicas de seus praticantes, em contextos sociais diferenciados.

2.4 Obesidade

Denomina-se obesidade uma enfermidade caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal, associada a problemas de saúde, ou seja, que traz prejuízos à saúde do indivíduo (CZEPIELEWSKI, 2001).

A obesidade é considerada hoje uma doença crônica, que provoca ou acelera o desenvolvimento de muitas doenças e que causa a morte precoce (HALPERN, 2000). A obesidade é causada por um desbalanço, entre as calorias que são consumidas sob a forma de alimentos e as calorias que são gastas pelo indivíduo para o organismo funcionar, mesmo em repouso, realizar as atividades físicas e digerir os alimentos consumidos (HALPERN, 2000).

A obesidade, segundo a Organização Mundial da Saúde, já constitui uma epidemia mundial, atinge a todas as camadas sociais, tanto nos países desenvolvidos como nos denominados em desenvolvimento (ANGELIS, 2003). Nos últimos anos tem havido rápido e crescente aumento no número de pessoas obesas (CIOLAC; GUIMARÃES, 2004).

São propensos à obesidade aqueles indivíduos que apresentam uma tendência genética a ser obeso (HALPERN, 2000).

De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS /OMS, 2000, sp):

A obesidade é a doença na qual o excesso de gordura acumulada nos tecidos adiposos chegou a um nível que pode ser prejudicial à saúde. Os obesos diferem entre si pelo teor do excesso de gordura acumulada, bem como pela distribuição da gordura pelo corpo. A distribuição da gordura também vai determinar os riscos à saúde associados à obesidade e o tipo de doença que o obeso pode vir a sofrer.

Pacientes obesos apresentam limitações de movimento, tendem a ser contaminados com fungos e outras infecções de pele em suas dobras de gordura, com diversas complicações, podendo ser algumas vezes graves (CZEPIELEWSKI, 2001)

Pessoas obesas, principalmente aquelas que possuem acúmulo de gordura na região abdominal, tem risco elevado de desenvolver doenças cardiovasculares, pois com freqüência está associada a condições como resistência a insulina, hipertensão arterial e diabetes, que também favorecem ocorrência de eventos cardiovasculares, (OMS, apud MEDEIROS, 2008).

No Brasil, de acordo com os dados da primeira pesquisa de padrão de vida (PPV), divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2002), enquanto existem 8,7% de nordestinos obesos, na Região Sudeste o índice é de 10,5%. No total das duas regiões, os obesos somam 9,8% (FERNANDEZ, et, al, 2004). Essa doença tem sido classificada como uma desordem primariamente de alta ingestão energética. No entanto, evidências sugerem que grande parte da obesidade é mais devida ao baixo gasto energético, indicando que a manutenção de um estilo de vida ativo, independente de qual atividade praticada, pode evitar o desenvolvimento dessa doença (CIOLAC, GUIMARÃES, 2004).

É fato conhecido que uma nutrição equilibrada e a prática regular de atividade física são fatores fundamentais para se ter uma boa qualidade de vida e combater a obesidade, a obesidade e um estilo de vida fisicamente inativo são dois dos fatores de risco mais prevalentes das doenças crônicas comuns do mundo ocidental. (BOUCHARD, 2003).

2.4.1 Diagnóstico e classificação

A obesidade refere-se à condição em que o indivíduo apresenta uma quantidade excessiva de gordura corporal avaliada em porcentagem do peso total (%G). Embora ainda não tenham sido estabelecidos valores exatos consideram-se obesos limítrofes homens com 20 a 25% e mulheres com valores de 30 a 35% e obesos propriamente dito homens e mulheres com valores acima de 25% e 35% respectivamente (WILMORE E COSTILL, 2001).

Heyward e Stolarczyk (2000), sugerem que o valor médio de gordura relativa para homens e mulheres é de 15% e 23%, considerando valores de 25% para os homens e 32% para as mulheres como sendo valores de risco para doenças associadas à obesidade.

George et. al. (1996), apresentam uma outra classificação por faixa etária em 5 categorias que são: ideal, bom, médio, gordo e obeso.

Tabela 1 - Classificação da composição corporal pelo percentual de gordura por idade.

| Idade | Ideal | Bom | Médio | Gordo | Obeso |
|---------|-------|-------------|-------------|-------------|--------|
| < 19 | 12 | 12,5 - 17,0 | 17,5 - 22,0 | 22,5 - 27,0 | > 27,5 |
| 20 – 29 | 13 | 13,5 - 18,0 | 18,5 - 23,0 | 23,5 - 28,0 | > 28,5 |
| 30 – 39 | 14 | 14,5 - 19,0 | 19,5 - 24,0 | 24,5 - 29,0 | > 29,5 |
| 40 – 49 | 15 | 15,5 - 20,0 | 20,5 - 25,0 | 25,5 - 30,0 | > 30,5 |
| > 50 | 16 | 16,5 - 21,5 | 22,0 - 26,0 | 26,5 - 31,0 | > 31,5 |

Através de uma vasta gama de técnicas podemos diagnosticar, avaliar e classificar a composição corporal humana. A avaliação da composição corporal pode ser realizada através de métodos diretos, feito através da dissecação de cadáveres; método indireto, que pode incluir a radiologia, ultra-sonografia, ressonância magnética e pesagem hidrostática; e do método duplamente indireto, através da impedância bioelétrica e a antropometria. As técnicas duplamente indiretas são menos rigorosas, têm uma melhor aplicação prática e um menor custo financeiro, podendo ser aplicadas em ambiente de campo e clínico, (Castro, 2006).

Segundo Castro (2006), a antropometria é a técnica mais usada na determinação da composição corporal, pois, as medidas de circunferências, diâmetros e espessuras de dobras cutâneas, pelo seu baixo custo operacional e facilidade de seus procedimentos, possibilita o levantamento de grande número de sujeitos em estudos de campo.

A utilização de perímetros para a análise de composição corporal é recomendada em dois momentos, quando o avaliado apresentar gordura corporal excessivamente elevada, o que faz a espessura de dobras cutâneas ultrapassarem os limites para assegurar medidas de boa qualidade, ou quando os objetivos são reunir informações sobre a distribuição regional de gordura (Guedes, 2006).

2.4.2 Epidemiologia

A obesidade, até 1997, era ignorada em ações nacionais e internacionais de saúde, pois não era considerada como doença. Após a reunião, que aconteceu em Genebra em 1997, onde um comitê de especialistas em obesidade discutiu as dimensões do problema, ela passou a ser considerada doença com alarmante crescimento nos países desenvolvidos e em subdesenvolvimento. As projeções para uma epidemia global de obesidade na próxima década são tão graves, segundo o comitê, que é preciso adotar, com urgência, estratégias nacionais e internacionais de saúde pública para combatê-la, (OPAS/OMS, 2000).

De acordo com o Consenso Latino Americano sobre Obesidade (1998), os estudos epidemiológicos feitos em populações latino-americanas têm demonstrado dados alarmantes, onde a obesidade se apresenta como um problema mais grave que a subnutrição, pois à medida que se consegue erradicar a miséria entre as camadas mais pobres da população, a obesidade surge como um problema mais freqüente.

Segundo o IBGE, na Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF, 2002-2003), em 2003, no Brasil, o excesso de peso afetava 41,1% dos homens e 40% das mulheres, e a obesidade afetava 8,9% dos homens e 13,1% das mulheres adultas no país, ou seja, obesos representavam 20% do total de homens e um terço do total de mulheres. A pesquisa do IBGE ainda constatou o crescimento significativo do excesso de peso e da obesidade em homens. Em 1974, o problema da obesidade era praticamente inexistente na população masculina. Em 2003, duplicou o percentual de homens com excesso de peso (de 18,6% para 41%) e triplicou o de obesos (de 2,8 para 8,8%). Até 1989, os percentuais de excesso de peso e obesidade, entre os homens, eram bastante inferiores àqueles observados para as mulheres. Em 2003, estes percentuais praticamente se igualaram.

Segundo a VIGITEL BRASIL 2008 (2009), para a obesidade, a freqüência de adultos variou entre 9,5% em São Luis e 15,9% em Porto Alegre. Diferentemente do excesso de peso, sempre mais freqüente entre homens, a obesidade se apresenta ora

mais freqüente no sexo masculino, ora no sexo feminino. As maiores freqüências de obesidade foram observadas, no caso de homens, em Boa Vista e João Pessoa (16,6%), Porto Alegre (15,6%) e Recife (15,4%) e, no caso de mulheres, em Macapá (17,1%), Aracaju (16,3%) e Porto Alegre (16,0%). As menores freqüências de obesidade ocorreram, entre homens, em São Luís (8,1%), Salvador (9,2%) e Goiânia (9,6%) e, entre mulheres, em Teresina (9,3%), Palmas (10,2%) e Vitória (10,3%). No conjunto da população adulta das 27 cidades, a freqüência de adultos obesos foi de 13%, sendo ligeiramente menor entre homens (12,4%) do que entre mulheres (13,6%).

2.4.3 Etiopatogenia da obesidade

A palavra etiopatogenia significa origem e forma de desenvolvimento de uma doença. A obesidade é uma doença crônica que é acompanhada de diversas complicações, como por exemplo, diabetes Mellitus, hipertensão arterial, dislipidemias, câncer e resistência à insulina, entre outros. Ela é definida como excesso de gordura de uma magnitude tal que compromete a saúde, (ABESO, 1998).

A etiologia da obesidade não é fácil de identificar, pois ela se apresenta como uma doença multifatorial, ou seja, resultado de uma interação entre fatores genéticos, comportamentais, culturais, fisiológicos, psicológicos e sociais, (ROMERO; ANGELIS, 2006).

a) Fatores Genéticos

Segundo Marques Lopes (2004, 328):

Os genes intervêm na manutenção de peso e gordura corporal estável ao longo do tempo, através da sua participação no controle de vias eferentes (leptina, nutrientes, sinais nervosos, entre outros), de mecanismos centrais (neurotransmissores hipotalâmicos) e de vias aferentes (insulina, catecolaminas, sistema nervoso autônomo (SNA)). Assim, o balanço energético, do qual participam a energia ingerida e a energia gasta, parece depender cerca de 40% da herança genética, podendo afetar ambas as partes da equação energética (apetite e gasto).

b) Hábitos Nutricionais

Nas sociedades de hábitos ocidentais, o consumo calórico tem derivado predominantemente de alimentos processados, de alta densidade energética, com elevados teores de lipídios e carboidratos. Nos Estados Unidos, por exemplo, estima-se que nos últimos 100 anos o consumo de gorduras tenha aumentado em 67% e o de açúcar em 64%. Já o consumo de verduras e legumes diminuiu 26% e o de fibras 18%, (COUTINHO, 2007).

c) Nível de Atividade Física e Sedentarismo

Os níveis de atividade física reduziram-se drasticamente nos países desenvolvidos e esta redução começa a observar-se, de forma ainda mais intensa, entre as populações de mais baixa renda. Com um modelo urbano favorecendo principalmente o tráfego de automóveis, aliado à falta de segurança dos bairros de subúrbio, as populações de mais baixa renda estariam mais vulneráveis ao sedentarismo e à obesidade, (EWING; CERVERO, Apud COUTINHO, 2007).

d) Aspectos psicológicos

Segundo Azevedo e Spadotto (2004), do ponto de vista psicológico têm-se duas visões distintas para a obesidade, a psicossomática, que considera a hiperfagia como um sintoma determinado por causas psicológicas e emocionais inconscientes; e a comportamental, que vê a hiperfagia do obeso como um comportamento aprendido, na linha dos reflexos condicionados e controlado por fatores externos do meio ambiente do sujeito.

2.4.4 Tratamento

O tratamento da obesidade envolve necessariamente a reeducação alimentar, o aumento da atividade física e, eventualmente, o uso de algumas medicações auxiliares (CZEPIELEWSKI, 2001).

Segundo Francischi *et al* (2000), uma redução na quantidade de massa corporal, especialmente de gordura corporal, melhora a qualidade de vida e diminui a mortalidade de pacientes obesos.

No planejamento de um programa de atividade física em um paciente obeso inclui diversas variáveis, entre elas o American College of Sports Medicine (1991) apud Consenso Latino Americano de Obesidade (1998), cita que o paciente deve passar por um teste ergométrico antes de iniciar qualquer programa, independente da idade, por possuir dois fatores para risco coronariano, a obesidade e o sedentarismo. O tipo de exercício, a duração, a frequência e a intensidade devem ser supervisionados, levando em consideração a presença de outras síndromes, para não ter risco de lesões articulares, morte súbita em obesos com doenças cardíacas e hipoglicemia. (FRANCISCHI *et al* , 2000).

O fator comportamental também deve ser compreendido dentro de um programa de tratamento de obesidade. A Psicoterapia Cognitivo-Comportamental tem como objetivo a modificação dos comportamentos inadequados do indivíduo, como os hábitos alimentares, e do meio que ele está inserido para que se torne um facilitador da perda de peso. (FRANCISCHI *et al* , 2000).

O programa visa à identificação de fatores que influenciam na alimentação inadequada (ex: ansiedade, tristeza, conflitos interpessoais, etc.) e o planejamento de comportamentos alternativos que possam ser utilizados nessas situações.

Terapia Hormonal: São comuns na obesidade alterações endócrinas devido à quantidade de gordura. A gordura abdominal está associada a níveis aumentados de ácidos graxos livres e resistência à insulina. Diversos estudos mostram que tratamentos hormonais podem em casos especiais diminuir a quantidade de tecido adiposo e resultar em benefícios metabólicos, porém não tem resultados efetivos a longo prazo. (FRANCISCHI *et al* , 2000).

Tratamento Medicamentoso: O uso do medicamento no tratamento da obesidade deve sempre visar auxiliar o processo de mudança de estilo de vida e facilitar a adaptação às mudanças dietéticas. Assim a farmacoterapia deve servir apenas como

auxílio ao tratamento dietético e não como estrutura fundamental do tratamento da obesidade. (BORGES, 2006).

Cirurgia bariátrica : São candidatos para o tratamento cirúrgico (cirurgia bariátrica) os pacientes com IMC maior que 40 Kg/m^2 ou com IMC maior que 35 Kg/m^2 associado a comorbidades (hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes tipo 2, apnéia do sono, entre outras). A seleção de pacientes requer um tempo mínimo de 5 anos de evolução da obesidade e história de falência do tratamento convencional realizado por profissionais qualificados³. A cirurgia estaria contra-indicada em pacientes com pneumopatias graves, insuficiência renal, lesão acentuada do miocárdio e cirrose hepática. A obesidade grau III é uma condição clínica grave associada a uma alta morbidade e mortalidade, devido a várias complicações clínicas associadas. Seguindo-se critérios de avaliação adequados, a cirurgia bariátrica passa a ser a única intervenção eficaz, a longo prazo, no tratamento da obesidade grau III. Pacientes com obesidade grave podem apresentar um aumento de psicopatologia associada. Sendo assim, é de extrema importância uma avaliação clínica e psiquiátrica criteriosa, visando a uma redução de possíveis complicações pós-operatórias.(FANDIÑO. J. *et al* , 2004).

2.5 Índice de Massa Corporal (IMC)

O índice de Massa Corporal (IMC) é uma fórmula que indica se um indivíduo está acima do peso, se está obeso ou abaixo do peso ideal considerado saudável. O índice aceito universalmente para a classificação da obesidade é o de massa corpórea (IMC) proposto por Quetelej, em 1835, e é expresso pelo peso em quilogramas do indivíduo dividido pelo quadrado da altura em metros (PUGLIA, 2004). Em 1997 a Organização Mundial de Saúde estabeleceu esse índice como referência e dividiu a obesidade em tres níveis, sendo grau I com IMC entre 30 e $34,9 \text{ Kg/m}^2$, grau II entre 35 e $39,9 \text{ Kg/m}^2$ e grau III ou obesidade mórbida com IMC acima de 40 Kg/m^2 . (PUGLIA, 2004).

Tabela com significado do índice de massa corpórea (IMC):

| IMC em adultos | Condição | Risco de doença associada |
|-------------------|-------------------------------|---------------------------|
| entre 18,5 e 24,9 | peso normal | Normal |
| entre 25 e 29,9 | acima do peso | Elevado |
| entre 30 e 34,9 | Obesidade grau I | Muito Elevado |
| entre 35 e 39,9 | Obesidade grau II | Muitíssimo Elevado |
| acima de 40 | Obesidade grau III ou mórbida | Doença presente |

Através do índice de massa corporal (IMC), pode-se estimar a adiposidade e conseqüentemente, se uma pessoa está acima do peso ideal (obesa). A gordura corporal pode ser estimada também a partir da medida de pregas cutâneas, principalmente ao nível do cotovelo, ou a partir de equipamentos como a Bioimpedância, a Tomografia Computadorizada, o Ultra-som e a Ressonância Magnética (CZEPIELEWSKI, 2001).

Estudos epidemiológicos e de coorte têm demonstrado forte associação entre obesidade e inatividade física, assim como tem sido relatada associação inversa entre atividade física, índice de massa corpórea (CIOLAC, GUIMARÃES, 2004). Alguns estudos demonstram que os benefícios da atividade física sobre a obesidade podem ser alcançados com intensidade baixa, moderada ou alta, indicando que a manutenção de um estilo de vida ativo, independente de qual atividade praticada, pode evitar o desenvolvimento dessa doença (CIOLAC, GUIMARÃES, 2004).

A obesidade também pode ser definida como a acumulação excessiva de gordura corporal derivada de um desequilíbrio crônico entre a energia ingerida e a energia gasta. Neste desequilíbrio podem estar implicados diversos fatores relacionados com o estilo de vida (MARTINEZ, 2004). O componente genético constitui um fator determinante de algumas doenças congênitas e um elemento de risco para

diversas doenças (MARTINEZ, 2004). Existem estudos que provam que o aumento da prevalência da obesidade em quase todos os países durante os últimos anos, parece indicar que existe uma predisposição ou susceptibilidade genética para a obesidade, sobre a qual atuam os fatores ambientais relacionados com os estilos de vida, em que se incluem principalmente os hábitos alimentares e a atividade física (MARTINEZ, 2004).

2.6 Prescrição de Exercício Físico

Contudo, a melhor opção para o emagrecimento é praticar o maior número de atividades possíveis, sem sobrecarregar o seu corpo, para não gerar overtraining. E associado a isso iniciar uma reeducação alimentar, melhorando a qualidade e a quantidade dos alimentos ingeridos. (LORETTI, 2009).

A utilização do exercício físico tem sido um dos procedimentos mais empregados para o tratamento da obesidade (FERNANDEZ, et. al, 2004). Em uma prática ou prescrição de treinamento físico com finalidade de obter algum ganho fisiológico de treinamento, seja ela na melhoria do condicionamento físico ou ainda na prevenção e tratamento de doenças, é preciso observar quatro princípios básicos; sobrecarga que se faz necessário uma sobrecarga maior do que a que se está habituado. O segundo princípio é o da especificidade, onde adaptações específicas promovem respostas fisiológicas específicas. O terceiro é o princípio da individualidade, onde deve-se respeitar a individualidade biológica de cada indivíduo. Estudos comprovam a eficácia do exercício para aumento de queima de gordura e diminuição da massa corporal (FERNANDEZ, et. al, 2004).

De maneira lógica praticar uma atividade física por mais que não seja de grande intensidade pode alcançar melhores resultados na perda de massa corporal do que os que não realizam nenhum tipo de atividade física. Embora o exercício não seja hábil em proteger o organismo da redução da taxa metabólica de repouso, causada pela utilização de uma dieta de baixas calorias (um procedimento comum quando se visa à

perda de massa corporal), ele é muito eficaz para promover uma maior queima de gordura corporal (FERNANDEZ, et. al, 2004).

2.7 Futebol

Aprender a jogar futebol no Brasil sempre esteve respaldado no significado cultural de sua prática. Desde a infância os brasileiros são influenciados por esse significado. Recebem bolas e uniformes dos clubes preferidos dos pais ou parentes (GIGLIO; et. al, 2008). DAMATTA (1982) afirma que “o futebol é um objeto social complexo que pode ser socialmente apropriado de vários modos em diferentes nações”, e defende que cada sociedade tem o futebol que merece.

O futebol envolve exercícios intermitentes e a intensidade do esforço físico, depende do posicionamento do atleta, qualidade do adversário e importância do jogo, aproximadamente, 88% de uma partida de futebol envolvem atividades aeróbias e, os 12% restantes atividades anaeróbias de alta intensidade (GUERRA; SOARES; BURINI, 2001). O futebol é o esporte mais popular do mundo, possui papel fundamental na sociedade capitalista onde vivemos, movimentando trilhões de dólares por ano. Cada vez mais, esse esporte internacional ganha novos adeptos, aumentando a atenção da mídia e o interesse de uma infinidade de pessoas no mundo todo (WAHL, 1997).

Sabe-se que a prática do futebol independente da intensidade tem papel importante na luta contra a obesidade. A quantidade e a qualidade do treinamento são fatores que influenciam no gasto energético do jogador (GUERRA; SOARES; BURINI, 2001). O futebol é um ritual performático que, assim como os demais esportes, põem em ação diferentes atores sociais e pode ser interpretado desde o ponto de vista da atuação de atletas, torcedores, mídias, cartolas, etc. Sendo uma prática corporal, revela, pela arte de jogar – do uso de técnicas específicas e do treinamento para produzir a eficácia – diferentes estilos que variam no tempo e no espaço (DAMO, 2001).

Uma partida de futebol pode ser apreciada simplesmente pelo espetáculo que os jogadores proporcionam. Mas será mais espetacular ainda se puder identificar a trajetória dos atletas, a importância do jogo e a história dos clubes (DAMO, 2001).

3 METODOLOGIA DA PESQUISA

Segundo Lakatos e Marcone (1996, p. 151) “a monografia consiste em “um estudo sobre um tema específico ou particular de suficiente valor representativo e que obedece a rigorosa metodologia”, nesta pesquisa utilizamos uma metodologia que facilitasse um estudo através de informações a fim de chegar a uma conclusão de êxito enfático e de contribuição científica.

3.1 Caracterização da pesquisa

O estudo aqui apresentado é uma análise exploratória que segundo Baptista e Campos (2007, p. 168) “é utilizada para organizar, medir, analisar e apresentar os dados referentes às variáveis de uma pesquisa, informando sobre sua distribuição, tendências, variabilidade e explicando informações subjacentes ao fenômeno estudado”

3.2 População e Amostra

A população foi composta por todos os indivíduos do sexo masculino, na faixa etária de 20 à 40 anos, que participam do jogo de futebol aos domingos na localidade do SEST SENAT, localizada no bairro do Distrito Industrial na cidade de João Pessoa na Paraíba. Devido ao grande número de participantes do futebol naquela localidade, a amostra compreenderá em 20 participantes selecionados de maneira intencional, onde todos os participantes são trabalhadores comerciários, e que gozam apenas desta atividade física por semana.

3.3 Critérios de Seleção da Amostra

A seleção da amostra será pelo método não-probabilístico de caráter intencional, no qual um elemento é escolhido pelo investigador de acordo com determinado critério (MATTOS et al., 2004). Os critérios foram os seguintes:

- Sexo masculino;
- Faixa etária: 20 à 40 anos;
- Pratique apenas um atividade física por semana.

3.4 Instrumentos de Coleta de Dados

Nesta pesquisa, os instrumentos utilizados na coleta de dados foram: o questionário composto por 08 questões objetivas, e ainda a observação participante. O questionário, segundo Cervo e Bervian (2006, p. 99) “é a forma mais usada para coletar dados, pois, possibilita medir com exatidão o que se deseja”.

Já segundo Roesch (1999, p. 142):

O questionário não é apenas um formulário, ou um conjunto de questões listadas sem muita reflexão. O questionário é um instrumento de coleta de dados que busca mensurar alguma coisa. Para tanto, requer esforço intelectual anterior de planejamento, com base na conceituação do problema de pesquisa e do plano da pesquisa, e algumas entrevistas exploratórias preliminares. Com base nestes elementos, o passo seguinte é elaborar uma lista abrangente de cada variável a ser medida [...].

3.5 Variáveis utilizadas

As variáveis utilizadas serão:

As variáveis do estudo serão: idade, massa corporal, estatura, índice de massa corporal ($IMC=kg/m^2$).

3.6 Procedimentos da Coleta de Dados

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética, foi feita a seleção das pessoas que se enquadraram no perfil exigido para o estudo, as mesmas foram convidadas para tomar parte da pesquisa. Posteriormente foram reunidas para que fossem transmitidas todas as informações sobre os objetivos, procedimentos e

instrumentos utilizados para o estudo. Aquelas que se dispuseram a participar da pesquisa assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (apêndice A). Após a autorização foram entregues respondidos e entregues nos dias das praticas (aos domingos). Foi feito as avaliações físicas no local das práticas, utilizando uma balança digital, e fita métrica. Por fim os dados foram digitados em uma tabela onde constava as informações pessoais e a classificação de cada individuo de acordo com o grau de obesidade. Todos estes procedimentos se deram no período de 18 de outubro a 22 de novembro do presente ano.

3.7 Tratamento e Análise dos Dados

Os dados foram analisados através de uma abordagem qualitativa, e interpretados de acordo com a literatura específica sobre o assunto. Foi utilizado ainda um programa estatístico para facilitar o cálculo das porcentagens nos quadros e gráficos da pesquisa.

3.8 Considerações Éticas

A participação dos sujeitos foi de forma voluntária, mediante o termo de consentimento livre e esclarecido. Foi concebida uma autorização do local onde aconteceu as praticas esportivas e as coletas dos dados. Foram mantidos em sigilo, todas as informações referentes aos participantes da pesquisa, e os dados coletados serão divulgados apenas neste presente estudo.

4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

A descrição dos dados se fará de forma analítica, de modo a facilitar a compreensão do foco do estudo, para isto subdividimos os pontos temáticos abordados em: Faixa etária dos participantes, nível de obesidade, motivação e objetivos para a prática, mudanças físicas nos praticantes e grau de consciência.

4.1 Faixa etária dos participantes do estudo

Quadro 1: Faixa etária dos participantes.

| Faixa etária | Quantidades | Percentual (%) |
|---------------------|--------------------|-----------------------|
| 20 a 25 | 6 | 30% |
| 26 a 30 | 7 | 35% |
| 31 a 35 | 5 | 25% |
| 36 a 40 | 2 | 10% |
| Total | 20 | 100% |

Fonte: Questionário

Através da amostra percebe-se que pela pesquisa aplicada tem uma maioria dos participantes na faixa etária de 26 a 30 anos, (35%), e a menor faixa é de 36 a 40 anos com apenas dois participantes ou 10% por cento do total da amostra.

4.2 Nível de obesidade em relação ao IMC dos participantes

Quadro 2: Nível de obesidade em relação ao IMC.

| IMC dos participantes | Condição | Quantidades | Percentual (%) |
|------------------------------|-------------------------------|--------------------|-----------------------|
| Entre 18,5 e 24,9 | Peso normal | 4 | 20% |
| Entre 25 e 29,9 | Acima do peso | 8 | 40% |
| Entre 30 e 34,9 | Obesidade grau I | 7 | 35% |
| Entre 35 e 39,9 | Obesidade grau II | 1 | 5% |
| Acima de 40 | Obesidade grau III ou mórbida | - | - |
| | Total | 20 | 100% |

Fonte: Questionário

- 40% dos participantes estão acima do peso ideal.
- De acordo com o IBGE, o excesso de peso afetava 41,1% dos homens no Brasil. Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF, 2002-2003).

De acordo com os dados apresentados pela amostra, pôde-se realizar cálculos que representaram os índices de massa corporal dos participantes, tendo os resultados demonstrados na tabela acima, onde percebe-se que 80 por cento dos participantes estão acima do peso ideal tomando como referência o IMC.

4.3 Motivação e objetivos dos praticantes

Quadro 3: Os objetivos dos praticantes

| Objetivos dos participantes | Quantidades | Percentual (%) |
|------------------------------------|--------------------|-----------------------|
| Lazer/Diversão | 10 | 50% |
| Saúde/Emagrecer | 6 | 30% |
| Outros | 4 | 20% |
| Total | 20 | 100% |

Fonte: Questionário

- Sabe-se que a prática do futebol independente da intensidade tem papel importante na luta contra a obesidade. (GUERRA; SOARES; BURINI, 2001).
- Apenas trinta por cento (30%) dos participantes demonstraram ter essa intenção.

Sobre os fatores motivacionais e quanto aos objetivos, (50%) por cento dos participantes mencionaram a razão para realizar o futebol com atividade física foi o fator lazer/diversão, em seguida, com (30%) por cento aparece a saúde/emagrecimento, como objetivo dos praticantes.

4.4 Mudanças físicas dos participantes

Quadro 4: Mudanças Físicas dos participantes.

| Mudanças Físicas nos participantes | Quantidades | Percentual (%) |
|-------------------------------------------|--------------------|-----------------------|
| SIM | 13 | 65% |
| NÃO | 7 | 35% |
| Total | 20 | 100% |

Fonte: Questionário

- Os benefícios não precisam vir necessariamente de exercícios físicos rigorosos. (ALVES, 2003).
- Sessenta e cinco por cento (65%) dos participantes sofreram variações em seus pesos após terem iniciados a prática do futebol.

A grande maioria dos questionados, (65%), responderam que notou mudanças em seus corpos em relação ao peso, de acordo com os participantes eles se sentem mais leves e adquiriram mais resistência, contribuindo para uma melhora em suas qualidades de vida, desenvolvendo melhores as atividades rotineiras.

4.5 Grau de consciência dos participantes

Quadro 4: Mudanças Físicas dos participantes.

| Consciência dos participantes | Quantidades | Percentual (%) |
|--------------------------------------|--------------------|-----------------------|
| SIM | 16 | 80% |
| NÃO | 4 | 20% |
| TOTAL | 20 | 100% |

Fonte: Questionário

- O tratamento da obesidade envolve necessariamente a reeducação alimentar, o aumento da atividade física e, eventualmente, o uso de algumas medicações auxiliares. (CZEPIELEWSKI, 2001).
- Oitenta por cento (80%) dos participantes sabem que a atividade física é agente de combate de doenças.

De acordo com as respostas obtidas através dos questionários pode-se notar que os praticantes têm consciência de que a atividade física praticada com frequência traz benefícios para a saúde como diz a literatura.

4.6 Praticar mais atividade física

Quadro 5: Praticar mais atividade física

| Desejo de praticar mais atividade física | Quantidades | Percentual (%) |
|-------------------------------------------------|--------------------|-----------------------|
| SIM | 18 | 90% |
| NÃO | 2 | 10% |
| TOTAL | 20 | 100% |

Fonte: Questionário

- A escolha da atividade física a ser realizada é individualizada e depende de alguns fatores como; Preferência pessoal, onde o benefício da atividade só é conseguido com a prática regular da mesma, (MONTTI, 2005).

Foi quase uma unanimidade quando os praticantes foram questionados sobre se gostariam de praticar o futebol ou outra atividade física com mais freqüência, noventa por cento responderam que gostariam, porem por fatores diversos não os possibilitariam de praticá-los.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando iniciamos este trabalho, apresentamos como objetivo principal analisar a prevalência da obesidade em praticantes de futebol de campo que praticam apenas um jogo por semana, tentando mostrar se existe relação entre ambas. Felizmente nossa meta foi alcançada, porque foi apresentado pontos essenciais para confirmar o pressuposto.

Dentre os fatores levantados estão: a influencia ou não no estilo de vida dos praticantes obesos; se esta prática ajuda a combater os sintomas da doença em geral; se os praticantes acreditam que possam se curar através da atividade física.

Concluimos que de acordo com os participantes deste estudo, (20 no total) onde oitenta por cento deles, (16 praticantes) estão acima do peso ideal tomando como referencia o IMC, e que oitenta por cento da amostra (16 participantes), praticam o futebol por opção de lazer ou saúde. Dentro desta amostra, sessenta e cinco por cento (65%), responderam que notou mudanças em seus corpos em relação ao peso, depois que começaram a praticar o futebol e que eles tem consciência de que a atividade física praticada com freqüência traz benefícios para a saúde como diz a literatura. Portanto este estudo corrobora com a literatura que diz que a prática regular de atividade física tem sido recomendada para a prevenção e reabilitação de doenças (CIOLAC, GUIMARÃES, 2004), e que além de melhoras na parte física do indivíduo a atividade física também exercer efeitos no convívio social do indivíduo, tanto no ambiente de trabalho quanto no familiar (MONTTI, 2005).

REFERENCIAS

ABESO. **Documento do Consenso Latino Americano sobre obesidade**. Outubro de 1998, Rio de Janeiro. Disponível em: www.abeso.org.br acesso em 20 de maio de 2009.

ALVES, João Guilherme Bezerra. **Atividade física em crianças: promovendo a saúde do adulto**. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. [online]. 2003, vol.3, n.1, pp. 5-6.

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. **Diretrizes do ACSM para os testes de esforço e sua prescrição**. Traduzido por Giuseppe Taranto, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. 7^o edição.

ANGELIS, R. C. de. **Riscos da Obesidade: Fundamentos Fisiológicos e Nutricionais para tratamento**. São Paulo, Ed. Ateneu, 2006.

ANGELIS, R.C. **Riscos e prevenção da obesidade**. São Paulo: Atheneu, 2003.

BANGSBO J. The physiology of soccer. Acta Physiol Scand 1994; S151: 5-155.

BARBOSA F.P. **Prescrição de exercícios físicos por meio da equação de frequência cardíaca de reserva**. Revista Digital - Buenos Aires - Ano 8 - Nº 54 - Novembro de 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2008: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico/ Ministério da Saúde**, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BAPTISTA, Makilim Nunes e CAMPOS, Dinael Corrêa de. **Metodologias de pesquisa em ciências: análise quantitativa e qualitativa**. Rio de Janeiro: LTC, 2007.

BOUCHARD, C. **Atividade física e obesidade**. São Paulo: Manole, 2003.

BORGES, N.B.C; BORGES, M.R; SANTOS, J.E. **Tratamentos Clínicos da Obesidade**, 2006.

CASTRO, Luciano. **Medidas e Avaliação em Educação Física**. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2006. Disponível em: <http://www.scribd.com/doc/7268520/Medidas-e-Avaliacao-Em-Educacao-Fisica>. acesso em 05 de maio de 2009.

CIOLAC, Emmanuel Gomes; GUIMARÃES, Guilherme Veiga. **Exercício Físico e Síndrome metabólica**. Revista brasileira de medicina do esporte. Vol. 10, nº.4, Julho/agosto 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php> acesso em 20 de maio de 2009.

COUTINHO, W. **Etiologia da Obesidade**. Revista ABESO. [online] Ed.nº.30, ano XII, maio de 2007. Disponível em: <http://www.abeso.org.br>. Acesso em: 29 de abril de 2009.

CZEPIELEWSKI M. A.. **Obesidade**, 2001.

DAMATTA, R. (Org.). **Universo do futebol: esporte e sociedade brasileira**. Rio de Janeiro: Pinakotheke, 1982. p. 19-42.

DAMO, ARLEI SANDER. **Futebol e estética**. *São Paulo Perspec.* [online]. 2001, vol.15, n.3, pp. 82-91.

FANDIÑO, J; BENCHIMO, K. A.; COUTINHO, F.W.; APPOLINÁRIO, J.C. **Cirurgia bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos**. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 2004.

FLORIDA-JAMES G, REILLY T. **The physiological demands of Gaelic football**. Br J Sports Med 1995; 29: 41-45.

FRANCISCHI, Rachel Pamfilio; PEREIRA, Luciana Oquendo; LANCHÁ JUNIOR, Antonio Herbert. **Exercício, comportamento alimentar e obesidade: revisão dos efeitos sobre a composição corporal e parâmetros metabólicos**. São Paulo.

GIGLIO, Sérgio Settani; MORATO, Márcio Pereira; STUCCHI, Sérgio and ALMEIDA, José Julio Gavião de. **O dom de jogar bola**. Horiz. antropol. [online]. 2008, vol.14, n.30, pp. 67-84

GUEDES, Dartagnan Pinto. **Recursos antropométricos para análise da composição corporal**. XI Congresso Ciências do Desporto e Educação Física dos países de língua

portuguesa, Universidade Estadual de Londrina, Paraná. Rev. bras. Educ. Fís. Esp., São Paulo, v.20, p.115-19, set. 2006.

GUERRA, I.; SOARES, E. de A.; BURIN, I. R. C. Aspectos nutricionais do futebol de competição, **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, 2001.

HALPERN, Alfredo. **Obesidade**. Artigos médicos. EMEDIX. s/ data. Disponível em: http://emedix.uol.com.br/doi/end001_1f_obesidade.php acesso em: 20 de maio de 2009.

IBGE. **Pesquisa de Orçamentos Familiares/POF 2002-2003**. dezembro de 2004. disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impresao.php?id_noticia=278 acesso em 20 de maio de 2009.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Atlas, 1996.

LORETE R. **Musculação no processo de emagrecimento - aliado ou não a ginástica ou exercício aeróbio, 2009**. Disponível em www.saudeforum.com.br.

MARQUES-LOPES, Iva; MARTI, Amelia; MORENO-ALIAGA, María Jesús e MARTINEZ, Alfredo. **Aspectos genéticos da obesidade**. *Rev. Nutr.* [online]. 2004, vol.17, n.3, pp. 327-338.

MONTTI M. **Importância da atividade física**, 2005.

NAVARRO F.; CRISÓSTOMO N. L.; MONTE R.; SOARES NETO J. **Relação da obesidade e cálcio: uma abordagem de estudos realizados**. Revista brasileira de obesidade, Nutrição e Emagrecimento, 2007.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS/OMS) BRASIL. **Informativo**. 2000. Disponível em: www.opas.org/sistemas/fotos/nutricao.htm acesso em: 29 de abril de 2009.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS/OMS) BRASIL. **Doenças Crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde**. Brasília, 2003

PUGLIA, C. R. Indicações para o tratamento operatório da obesidade mórbida. 2004.

ROESCH, Sylvia Maria Azevedo. **Projeto de estágio e de pesquisa em Administração**: guia para estágios, trabalhos de conclusão, dissertações e estudos de caso. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

ROMERO, Carla Eduarda Machado; ZANESCO, Angelina. **O papel dos hormônios leptina e grelina na gênese da obesidade**. Revista Nutrição [online]. vol. 19, nº. 1, p 85 -91, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732006000100009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 20 de abril de 2009.

SCAGLIA, A. **Os jogos/brincadeiras de bola com os pés e o futebol**: o início de uma profícua historia sistêmica/complexa. **Movimento e percepção**, Espírito Santo do Espinhal, 2005.

WAHL, A. (1997). **Historias del fútbol, del juego al deporte**. Barcelona: Ediciones.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido.

APÊNDICE B – Questionário da Pesquisa.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre a análise da prevalência da obesidade em praticantes de futebol que praticam apenas um jogo por semana e está sendo desenvolvida por Wagner Silva Cabral, alunos do Curso de Educação Física da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação do(a) Prof(a) Eugênio Pacelli do Nascimento.

Os objetivos do estudo são:

- Verificar a influencia ou não no estilo de vida dos praticantes obesos.
- Analisar se esta prática ajuda a combater os sintomas da doença em geral.
- Observar se os praticantes acreditam que possam se curar através da atividade física.

A finalidade deste trabalho é contribuir para ampliação dos conhecimentos dos leitores sobre a referida temática, de modo que através desta poderá analisar a relação que existe entre a obesidade e a pratica do futebol como atividade física.

Solicitamos a sua colaboração para responder este questionário, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição *(se for o caso)*.

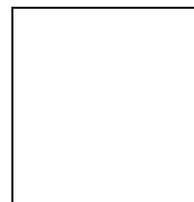
Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa
ou Responsável Legal

OBERVAÇÃO: (em caso de analfabeto - acrescentar)

Espaço para impressão dactiloscópica



Assinatura da Testemunha

Contato com o Pesquisador (a) Responsável:

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Pesquisador Participante

QUESTIONÁRIO DA PESQUISA

1 – Há quanto tempo o senhor pratica esta atividade física?

() Menos de seis meses

() Mais de seis meses e menos de um ano.

() Mais de um ano.

2 – O senhor pratica outro tipo de exercício físico?

() Sim

() Não

3 – Qual o motivo para escolher esta atividade física?

() Lazer

() Saúde

() Outros

4 – Qual o principal objetivo o senhor busca nesta atividade física?

() Diversão

() Emagrecimento

() Outros

5 – O senhor crer que com esta atividade física vai conseguir perder peso?

() Sim

() Não

6 – O senhor consegue notar alguma mudança em seu peso depois que começou a praticar esta atividade?

() Sim

() Não

7 – O senhor acredita que se perdesse peso com esta atividade, melhoraria sua qualidade de vida e conseqüentemente combateria a obesidade?

() Sim

() Não

8 – Gostaria de praticar esta atividade física com mais freqüência?

() Sim

() Não