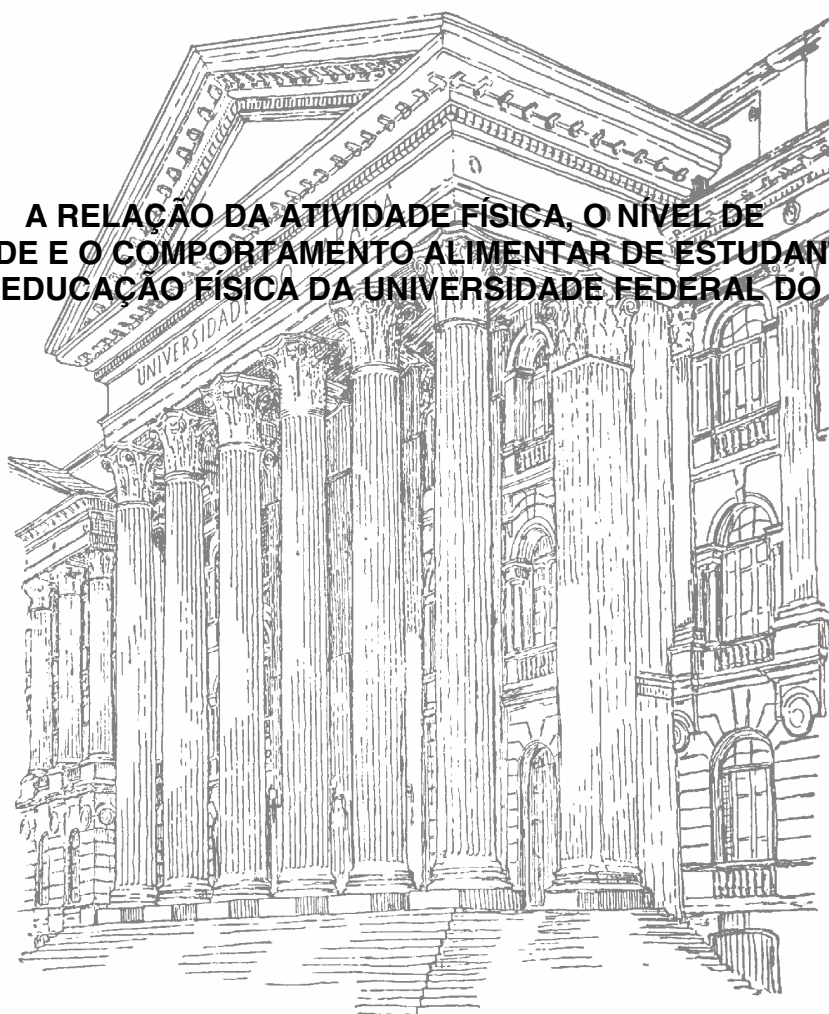


LUCIANA DIONYSIO

**A RELAÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA, O NÍVEL DE
ANSIEDADE E O COMPORTAMENTO ALIMENTAR DE ESTUDANTES DO
CURSO DE EDUCAÇÃO FÍSICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ**



**CURITIBA
2005**

LUCIANA DIONYSIO

**A RELAÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA, O NÍVEL DE
ANSIEDADE E O COMPORTAMENTO ALIMENTAR DE ESTUDANTES DO
CURSO DE EDUCAÇÃO FÍSICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ**

Trabalho apresentado à disciplina de
Seminário de Monografia A, Curso de
Graduação em Educação Física, Setor
de Ciências Biológicas, da Universidade
Federal do Paraná.

Orientadora: Prof. Msd Birgit Keller

**CURITIBA
2005**

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que em todos os momentos esteve ao meu lado, me iluminando e me guiando para que eu optasse pelos melhores caminhos na minha vida.

Aos meus pais, Luiz e Lucila que me deram o direito de estudar e possibilitaram a minha entrada na Universidade; e que junto com minhas irmãs Lúcia e Luana estiveram sempre presentes em minha vida, sempre me apoiando e me dando a maior força em todos os momentos alegres ou tristes pelos quais passei. Obrigada por tudo...amo vocês!

À minha querida orientadora Birgit Keller, que sempre me incentivou e se propôs a me ajudar em todos os momentos, e ajudou mesmo...valeu Birgit!

A todos os meus amigos e colegas que muitas vezes tiveram que agüentar o meu stress durante estes quatro anos...

Aos meus amigos... amigos de verdade, que não somente dividiram comigo grandes momentos de prazer e alegria, mas que em muitos momentos de angústias e tristezas estavam ao meu lado...especialmente a Maira e a Viviane, com as quais aprendi muito.

A uma pessoa muito especial para mim, que apesar de nossos desentendimentos, me acompanhou durante bastante tempo, me auxiliando nos momentos difíceis e me dando muito amor e carinho.

A todos os estudantes do Curso de Educação Física da UFPR, matriculados no ano de 2005, que colaboraram para o desenvolvimento desta pesquisa, respondendo voluntariamente os questionários.

A todas as pessoas que de alguma forma fazem parte de minha história, pois com certeza cada uma teve um papel fundamental na minha vida...

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	ii
LISTA DE TABELAS	iv
RESUMO	v
1.0 INTRODUÇÃO	1
1.1 Apresentação do problema.....	1
1.2 Justificativa.....	2
1.3 Objetivo Geral	3
1.4 Objetivos Específicos.....	3
1.5 Hipóteses.....	3
2.0 REVISÃO DA LITERATURA	4
2.1 Atividade Física.....	5
2.2 Ansiedade.....	9
2.3 Comportamento Alimentar.....	13
3.0 METODOLOGIA	16
3.1 Delineamento da Pesquisa.....	16
3.2 Caracterização da Amostra.....	16
3.3 Procedimentos e Instrumentos.....	16
3.4 Tratamento Estatístico.....	17
4.0 RESULTADOS E DISCUSSÕES	18
5.0 CONCLUSÃO	20
REFERÊNCIAS	21
ANEXOS	24

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Perfil de quem é mais ou menos ativo durante o tempo livre.....	8
TABELA 2: Análise de Freqüência do Nível de Ansiedade.....	18
TABELA 3: Análise de Freqüência do Nível de Atividade Física.....	18
TABELA 4: Análise de Freqüência do Consumo Alimentar.....	19
TABELA 5: Análise de Regressão Linear.....	19

RESUMO

O objetivo deste estudo é verificar a relação do nível de ansiedade com o nível de atividade física e o consumo alimentar em estudantes do Curso de Educação Física da Universidade Federal do Paraná. A amostra foi constituída de 353 alunos, de ambos os sexos, com idade média de 21,36 anos e d.p.=3,07 anos. Para a coleta de dados foi utilizado o questionário de Spielberger, para avaliar o nível de ansiedade-traço; o nível de atividade física foi identificado através do questionário de Atividades Físicas Habituais e o consumo alimentar através de um diagnóstico. O tratamento estatístico empregado foi descritivo e uma regressão linear. Observou-se nos resultados que 69,4% dos alunos apresentam um nível médio de ansiedade, que 38,3% tem um nível de atividade física ativo e que 33,8% consomem mais doces e chocolates durante uma crise de ansiedade. Houve uma diferença significativa entre a ansiedade e o nível de atividade física e o consumo alimentar. Conclui-se que existe uma associação entre as variáveis estudadas.

Palavras-chaves: ansiedade, atividade física e consumo alimentar.

1.0 INTRODUÇÃO

1.0 APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA

Com o passar dos anos houve grandes revoluções tecnológicas, o que contribuiu para o desenvolvimento da sociedade e para a modernização do homem. Tudo isso, fez com que este tivesse que aumentar suas responsabilidades, e conseqüentemente suas horas de trabalho, sobrando cada vez menos tempo para a prática de atividade física. A atividade física, segundo Caspersen, Powell & Christensen (1985), pode ser definida como qualquer movimento corporal produzido pela musculatura esquelética, portanto voluntário e que resulte num gasto energético acima dos níveis de repouso. Este comportamento inclui as atividades ocupacionais, atividades da vida diária, o deslocamento, e as atividades de lazer, incluindo exercícios físicos, esportes, dança, artes marciais, etc.

A falta de tempo para estas atividades é um grande problema da sociedade atual, visto que existem muitos estudos que comprovam a relação direta existente entre a prática de atividade física e a melhora na qualidade de vida dos indivíduos. Segundo Gill & Feinstein (1994), a qualidade de vida refere-se a uma percepção individual relativa às condições de saúde e a outros aspectos gerais da vida pessoal. Em outras palavras, para Berger & Macinman (1993), a qualidade de vida é o resultado das condições subjetivas de um indivíduo nos vários subdomínios que compõem a vida, como por exemplo, o trabalho, a vida social, a saúde física, o humor, etc.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), “a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade”.

Stephens (1998) utiliza o termo saúde mental ou psicológica, que pode ser definido como um bem-estar geral, como humor positivo e conseqüentemente com sintomas infreqüentes de ansiedade e depressão. Os problemas de saúde mental respondem por aproximadamente 30% dos dias totais de hospitalização nos Estados Unidos; sendo a ansiedade e a depressão os problemas que tem recebido mais atenção (WEINBERG. & GOULD, 2001).

Os mesmos autores definem a ansiedade como um estado emocional negativo caracterizado por nervosismo, preocupação e apreensão, e associado com ativação ou agitação do corpo. Sendo assim, a ansiedade tem um componente de pensamento (preocupação e apreensão) chamado de *ansiedade cognitiva*, e um componente de *ansiedade somática*, que é o grau de ativação física percebida. Além disso, a ansiedade é diferenciada entre ansiedade-estado e ansiedade-traço. A ansiedade-estado é um estado emocional temporário, em constante variação, com sentimentos de apreensão e tensão conscientemente percebidos, associados com a ativação do sistema nervoso autônomo. E a ansiedade-traço, é a tendência comportamental de perceber como ameaçadoras circunstâncias que objetivamente não são perigosas, e de responder a elas com ansiedade-estado desproporcional.

“Embora uma relação de causa-efeito não tenha sido estabelecida, a prática regular de atividades físicas está associada com reduções na ansiedade e depressão” (WEINBERG & GOULD, 2001). Samulski (2002), cita a redução do estado atual de ansiedade e a redução da instabilidade emocional e da ansiedade, como benefícios psicológicos da atividade física.

A ansiedade é um estado psicológico que pode despertar inúmeras conseqüências. Segundo Davidoff (2001), elas podem ser cognitivas (como por exemplo, a alteração da capacidade de processamento de informações) ou sobre a saúde física. Uma outra conseqüência advinda da ansiedade, que é muito relatada popularmente, é em relação à alimentação. Muitas pessoas afirmam que quando encontram-se neste estado, tendem a ingerir alimentos em maior quantidade, ou seja, experimentam uma vontade compulsiva de comer. Será que esta tendência está relacionada cientificamente com o estado de ansiedade?

Portanto, o propósito deste estudo é descobrir se os indivíduos com maior nível de atividade física são menos ansiosos e, conseqüentemente apresentam um menor consumo alimentar.

1.2 JUSTIFICATIVA

Cada vez mais as pessoas queixam-se da falta de tempo para a prática de atividade física e acabam deixando-a em segundo plano. E apesar de ter aumentado a preocupação com a saúde nos últimos anos, elas ainda não estão totalmente

conscientes em relação ao tamanho da importância da atividade física para a saúde, não só física mas mental também. Portanto, um dos propósitos deste trabalho é conscientizar as pessoas sobre os benefícios da atividade física na melhora da saúde, principalmente mental, e conseqüentemente da qualidade de vida.

A possível relação existente entre o nível de ansiedade e o consumo alimentar é um outro foco estudado, que justifica-se pela falta de estudos científicos que correlacionem estas duas variáveis, que são tão relacionadas popularmente.

1.3 OBJETIVO GERAL

- Analisar e correlacionar o nível de atividade física de estudantes do Curso de Educação Física da Universidade Federal do Paraná, com a ansiedade e esta com o consumo alimentar.

1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar o nível de atividade física dos estudantes.
- Identificar em que nível de ansiedade os estudantes se encontram.
- Verificar o consumo alimentar dos estudantes.
- Correlacionar o nível de atividade física com a ansiedade.
- Correlacionar a ansiedade com o consumo alimentar.

1.5 HIPÓTESES

- Quanto maior o nível de atividade física, menor o nível de ansiedade.
- Quanto maior o nível de ansiedade, maior o consumo alimentar.

2.0 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ATIVIDADE FÍSICA

A atividade física surgiu como um aspecto rudimentar e utilitário. Correr, trepar, lançar pedras, saltar, nadar eram meios de sobrevivência. Após isso, quando o homem se fixou à terra, surgiu a necessidade de defesa de seus bens, baseada na habilidade física do arremesso da flecha e lança, corrida, manejo da espada, resistência nas marchas e outras condições exigidas para defender-se dos animais ou abatê-los para alimentar-se (ORREDA, 1971).

Com o advento da Revolução Industrial, temos toda uma alteração das condições de vida do mundo ocidental, e esta nova situação abalou fortemente toda a estrutura social dos diferentes países em que foi surgindo (MACHADO, 1997).

O organismo humano foi construído para ser ativo, já que nossos ancestrais eram muito ativos por necessidade; e com o desenvolvimento da sociedade, a automação e a tecnologia nos têm eximido, em grande parte, de tarefas físicas mais intensas. Mas isto não diminui a necessidade de exercitarmos regularmente nosso organismo para que as chamadas “doenças hipocinéticas”, derivadas da inatividade física, não prejudiquem nosso estado geral de saúde física e mental (NAHAS, 1989).

Atualmente, a atividade física, segundo Carpersen, Powell & Christensen, (1985), é definida como “qualquer movimento corporal produzido pela musculatura esquelética, que resulte em gasto energético”. Os mesmos autores definem exercício físico como uma “atividade repetitiva, planejada e estruturada, que tem como objetivo a manutenção e melhoria de um ou mais componentes da aptidão física”.

Para Pitanga (2004, p. 14), a atividade física pode ser entendida como “um comportamento humano complexo, com componentes e determinantes de ordem biológica e psicossociocultural, podendo ser exemplificada por esportes, exercícios físicos, danças e outras atividades de lazer, locomoção e ocupação profissional”.

Nahas (2001, p. 30 e 31), considera as atividades ocupacionais (trabalho), as atividades da vida diária (vestir-se, banhar-se, comer), o deslocamento (transporte), e as atividades de lazer, incluindo exercícios físicos, esportes, dança, artes marciais, etc., como sendo todas atividades físicas. Mas esclarece, que apesar da atividade

física e exercício físico estarem relacionados, não devem ser entendidos como sinônimos, definindo-se exercício como “uma das formas de atividade física planejada, estruturada, repetitiva, que objetiva o desenvolvimento da aptidão física, de habilidades motoras ou a reabilitação orgânico-funcional. Os exercícios físicos incluem, geralmente, atividades de níveis moderados ou intensos, tanto de natureza dinâmica como estática”.

Nahas (2001, p. 31) afirma ainda, que “a atividade física tem sido associada ao bem-estar, à saúde e a qualidade de vida das pessoas em todas as faixas etárias, principalmente na meia idade e na velhice, quando os riscos potenciais da inatividade se materializam, levando a perda precoce de vidas e de muitos anos de vida útil”.

Sharkey (1998, p. 28), afirma que “o risco de doença cardíaca é inversamente relacionado à quantidade de atividade física”. Além disso, o autor cita vários outros efeitos da atividade física moderada regular, como: melhora da eficiência e aumento do tamanho do coração, aumento da circulação sanguínea, aumento da capacidade de dissolver coágulos indesejáveis, reduz a pressão arterial em indivíduos de mais idade ou mais velhos, melhora a distribuição do sangue para os músculos durante o exercício, auxilia na perda de peso, além de reduzir o risco de doenças crônicas, como hipertensão, AVC, câncer, diabetes, obesidade, artrite, osteoporose e algumas lesões ortopédicas.

Segundo Cooper (1983), a atividade física melhora a condição geral do organismo, especialmente de seus órgãos mais importantes como: pulmões, coração, vasos capilares e tecido corporal, formando uma defesa do organismo contra muitos tipos de moléstias e doenças.

Samulski (2002), aponta a redução dos níveis de ansiedade, estresse e depressão, melhoras no humor, aumento do bem-estar físico e psicológico, melhor funcionamento orgânico geral, maior rendimento no trabalho, disposição física e mental, como resultados benéficos da prática correta e programada de exercícios físicos. Sendo assim, acredita que o exercício físico influencia diretamente a saúde física e o humor, e indiretamente sua vida social. Mas uma característica considerada imprescindível para que isso ocorra, é que a atividade realizada deve ser prazerosa.

Quanto a intensidade do exercício realizado com objetivo de melhorar a saúde psicológica do indivíduo, esta deve ser de nível moderado; sendo esta recomendação como medida de segurança, uma vez que alguns pesquisadores recomendam o exercício em intensidade alta, outros em média e outros ainda em baixa intensidade. Quanto à duração da atividade, esta pode ser realizada em torno de 20 a 60 minutos, devendo ser regulada juntamente com a intensidade, tendo em vista o nível de condicionamento físico do indivíduo (SAMULSKI, 2002).

Machado (1997), acredita na existência de possíveis elos entre o exercício e bem-estar mental, afirmando que a atividade física produz um efeito favorável no processo de desenvolvimento social, promovendo benefícios psicológicos positivos tanto em indivíduos sadios, quanto em indivíduos com os mais variados tipos de patologias, pois proporciona ao organismo vivências de prazer, dor, ou, muitas vezes, euforia.

Niemam (1999), relata que através do exercício físico podem ser reduzidos os quadros de depressão, tensão, ansiedade, e melhorar a saúde psíquica.

Os efeitos da atividade física sobre a ansiedade e sobre a depressão, segundo Weinberg & Gould (2001), podem ser classificados como agudos ou crônicos. Os agudos são efeitos imediatos e provavelmente temporários, surgindo de uma única rodada de exercícios. Os crônicos são os efeitos de longo prazo, focalizado em mudanças temporais na ansiedade e depressão.

Segundo Sharkey (1998), a atividade e o treinamento podem influenciar o metabolismo e a quantidade de liberação de vários hormônios. A atividade física eleva temporariamente a temperatura do corpo e induz o relaxamento e a fadiga leve, fatores estes relacionados ao efeito tranqüilizante do exercício. O autor cita um estudo que mostra que uma simples sessão de exercício de caminhada, foi tão eficaz na redução da tensão, quanto um tranqüilizante, sendo o efeito do exercício mais duradouro. Além disso, alguns pesquisadores acreditam que a atividade física aumenta os níveis de substâncias de alteração de humor chamadas endorfinas, que podem reduzir a dor e provocar uma sensação de euforia.

Em estudo realizado por Fecho & Brandão (1997), com o propósito de avaliar o perfil dos estados de humor de alunos de natação, e comparar este perfil antes e após a aula, conclui-se que a atividade física, no caso a natação, possui influência positiva nos estados de humor, promovendo um bem-estar psicológico.

A maioria dos estudos da relação entre exercício e redução de ansiedade e depressão foi correlacional; portanto, não podemos afirmar conclusivamente que foi o exercício que causou a mudança no estado de humor. A grande maioria das pesquisas que investigaram esta relação utilizou exercícios aeróbios. Mas de fato, atividades como exercícios de peso ou resistência, ioga e outros exercícios anaeróbios têm produzido efeitos positivos sobre o bem-estar psicológico; entretanto, o exercício aeróbio parece potencializar esses efeitos positivos sobre o estado psicológico (WEINBERG & GOULD, 2001).

Diante de tantos estudos que comprovam a importância da atividade física para a melhora da saúde física e mental, o grande problema está relacionado com enorme quantidade de indivíduos que encontram-se inativos ou sedentários. Nahas (2001, p. 26), considera sedentário “um indivíduo que tenha um estilo de vida com um mínimo de atividade física, equivalente a um gasto energético (trabalho + lazer + atividades domésticas + locomoção) inferior a 500 kcal por semana”. Se um indivíduo apresentar um gasto energético semanal de, pelo menos, 1000kcal, pode ser considerado como uma pessoa moderadamente ativa; o que corresponde, aproximadamente a caminhar a passos rápidos por 30 minutos, cinco vezes por semana.

A inatividade física representa uma causa importante na redução da qualidade de vida e morte prematura nas sociedades contemporâneas, principalmente nos países industrializados. Com a revolução tecnológica e a urbanização acelerada, o sedentarismo cresceu muito, sendo responsável por 23% das mortes nos Estados Unidos, o que faz deste comportamento uma das principais causas-morte, significando que a inatividade deve receber a mesma atenção que outros fatores como fumo (33%), colesterol elevado (23%) e obesidade (24%). Nos países desenvolvidos, cerca de 30% da população adulta é sedentária e apenas 10% a 15% realizam atividades físicas vigorosas (exercícios físicos). O restante, 50% a 60%, realizam atividades de forma irregular ou insuficiente para promover a saúde (NAHAS, 2001).

Em um estudo realizado por Matsudo e colegas (2002), para avaliar o nível de atividade física da população do estado de São Paulo, pôde-se concluir que o sedentarismo foi maior nas classes A (mais ricas) e E (mais pobres); que indivíduos jovens são mais ativos; e que indivíduos que moram no litoral são mais ativos que os

que moram no interior e nas regiões metropolitanas; e quanto ao gênero, os resultados demonstram similaridade.

Nahas (2001, p. 29) cita diversos estudos realizados no Brasil para avaliar o nível de atividade física dos brasileiros, mas critica os instrumentos utilizados para a realização destas pesquisas, pois estes não levam em conta as diferenças entre os diversos grupos populacionais, como idade, sexo, origem étnica, nível social e educacional. A maioria dos instrumentos é direcionada a homens, medindo atividades ocupacionais e de lazer mais formais (esporte e exercícios físicos), deixando de registrar muitas vezes, atividades leves e moderadas, como certas tarefas domésticas, atividades de locomoção e inúmeras atividades da vida diária. Sendo assim, sugere “a necessidade de padronização na metodologia das pesquisas, na definição operacional de atividade física e nos instrumentos de medida utilizados, que devem ser simples e abrangentes mas, ao mesmo tempo, válidos e fidedignos”.

Mas, apesar destes problemas, convém apresentar algumas pesquisas, citadas por Nahas (2001), sobre a atividade física do brasileiro. Em 1997, o jornal Folha de São Paulo publicou uma pesquisa indicando que 60% dos indivíduos avaliados, com idade entre 18 e 60 anos, de diferentes regiões do país, afirmavam não realizar atividades físicas regulares (70% entre as mulheres e 50% entre os homens). Com base nesses dados, foi possível definir o perfil de quem é mais e menos ativo durante o tempo livre, o que pode ser observado na tabela 1 abaixo.

TABELA 1: Perfil de quem é mais ou menos ativo durante o tempo livre.

Perfil de quem mais se exercita	Perfil de quem menos se exercita
<ul style="list-style-type: none"> • Homem • Curso Superior • Renda superior a 20 S.M. • Residente da região Sul • 18 a 24 anos 	<ul style="list-style-type: none"> • Mulher • Baixo grau de instrução • Renda inferior a 10 S.M. • Residente da Região Nordeste • 45 a 60 anos

Fonte: Instituto Datafolha, 1997; S.M. – salário mínimo vigente na época.

O estudo mais recente citado por Nahas (2001), foi realizado em 1999, no estado de Santa Catarina, revelando que 46,4% dos trabalhadores avaliados não realizavam atividades físicas no lazer, sendo que este percentual era maior entre as mulheres (67%) do que entre os homens (34,8%).

Portanto, apesar da grande importância que a atividade física apresenta para a melhora da saúde dos indivíduos, estes ainda necessitam de maiores informações, que possam conscientizá-los dos benefícios da atividade física, principalmente quanto ao bem-estar psicológico, que ainda é pouco conhecido pela população em geral.

2.2 ANSIEDADE

A sociedade atual está vivendo em constantes conflitos internos e externos, a rapidez com que estão ocorrendo as transformações do dia-dia está fazendo com que o homem abandone parcialmente seus valores familiares e religiosos, criando assim um surto invasor de ansiedade (KAPLAN & SADOCK, 1990).

Davidoff (2001, p. 390) define a ansiedade como “uma emoção caracterizada por sentimentos de antecipação de perigo, tensão e sofrimento e por tendências de esquiva ou fuga”. Como o medo poderia ser definido da mesma forma, convém distinguir os dois, observando outras propriedades: o medo é fácil de identificar, enquanto o objeto da ansiedade geralmente não é bem claro. Uma pessoa pode sentir-se ansiosa e não saber o porquê. Além disso, a intensidade do medo é proporcional à magnitude do perigo, enquanto a intensidade da ansiedade é supostamente maior que o perigo.

Para Kaplan & Sadock (1990, p. 328), a ansiedade “é um sentimento de apreensão difuso, altamente desagradável que vem junto com uma ou mais sensações físicas e psicológicas. É um sinal de alerta, que adverte sobre perigos que podem ou não existir (real ou imaginário) e capacita a pessoa a tomar medidas para enfrentar esta ameaça”.

Os mesmos autores definem medo como “um sinal de alerta, diferenciado da ansiedade por ser uma resposta a uma ameaça conhecida, externa, definida ou de origem não conflitante, enquanto que a ansiedade é uma resposta a uma ameaça desconhecida, intensa, vaga ou de origem conflitante” (Ibid, p. 328).

Segundo Cratty (1984), alguns psicanalistas empregam o termo ansiedade somente para denotar um grau anormal de apreensão. E a palavra medo, refere-se a uma avaliação racional de uma verdadeira situação ameaçadora.

Para Machado (1997, p. 111), a ansiedade é “um sentimento de insegurança causado por uma expectativa de algum perigo, ameaça ou desafio existente”. A ansiedade acompanha permanentemente o desenvolvimento humano, e é uma vivência especificamente humana, podendo ser natural e até útil, se pensarmos como forma de defesa. Porém, pode assumir um nível patológico, pela predominância que invade o indivíduo; a ponto de mascarar outras doenças e se constituir no que se denomina “neurose de angústia”, em psicopatologia.

A ansiedade é a resposta emocional determinada de um acontecimento, que pode ser agradável, frustrante, ameaçador, entristecedor, e cuja realização ou resultado depende não apenas da própria pessoa, mas também de outros. Ela inclui manifestações somáticas e fisiológicas, que alteram nosso metabolismo, interferindo em nossa respiração, sudorese e taquicardia, além de criar um sentimento de apreensão, nem sempre suscetível de descrição (MACHADO, 1997).

Para Sharkey (1998), a ansiedade é considerada uma apreensão difusa de alguma ameaça indefinida, caracterizada por sentimentos de incerteza e desamparo. Ela pode ser percebida como uma ameaça à auto-estima da pessoa.

Segundo Grunspun (1986), logo ao nascer o indivíduo já vivência uma forma de ansiedade, pois a brusca eliminação de tóxicos na primeira distensão da caixa torácica, que muitos médicos consideram dolorosa, é a primeira manifestação de ansiedade que o indivíduo sente. Após o nascimento, o recém-nascido passa por um batalhão inevitável de ansiedade, a sensação dolorosa de fome, o funcionamento intestinal e visceral, a imaturidade do sistema nervoso, são alguns dos itens que levam a criança a sofrer de ansiedade. O autor acredita que esta sensação inevitável que a criança vivência nos primeiros anos de vida, é capaz de preparar o indivíduo para suportar a ansiedade comum que a vida lhe causará nos anos subseqüentes.

A ansiedade pode apresentar duas formas distintas e complementares: ansiedade-traço e ansiedade-estado. A ansiedade-traço é uma característica relativamente permanente da personalidade do indivíduo. A ansiedade-estado é o conjunto de reações que variam nas diversas situações de acordo com as condições do próprio organismo. Ela ocorre durante situações temporárias (MACHADO, 1997).

De acordo com Sharkey (1998, p. 40), a ansiedade-estado “é uma fase emocional transitória caracterizada por sentimentos de tensão, apreensão e nervosismo”. E a ansiedade-traço, “é considerada um nível relativamente estável de

propensão à ansiedade, uma predisposição para responder a ameaças com ansiedade elevada”.

Segundo Magill (2002), uma pessoa com um nível elevado de ansiedade-traço irá responder com alto nível de ansiedade-estado a um número maior de situações, do que uma pessoa com um baixo nível de ansiedade-traço. Porém, isso não significa que níveis baixos de ansiedade-traço acompanharão sempre níveis baixos de ansiedade-estado, pois o nível de ansiedade-estado não está ligado somente ao nível de ansiedade-traço do indivíduo. Existem outras variáveis importantes que interagem com a ansiedade-traço, como a importância da situação para o indivíduo ou a incerteza do resultado da situação, ao relacionar a ansiedade com o desempenho motor.

A seqüência da ansiedade inicia-se com uma “mensagem” de perigo emitida pelo ambiente, que é processada pelo sistema nervoso central. O córtex cerebral está envolvido na identificação, avaliação e tomada de decisões sobre os dados sensoriais e o comportamento subsequente. As pessoas, quando estão ansiosas, geralmente se sentem fora do controle. Mas seus pensamentos que surgem no córtex estão sob o controle do indivíduo e desempenham papel fundamental na manutenção ou dissolução da ansiedade. Ao processar informações sobre perigo, o córtex comunica-se com o hipotálamo, que é o principal centro do sistema límbico, responsável por regular as emoções e as motivações. Um de seus mensageiros químicos parece exercer papel fundamental na mediação e integração das respostas endócrinas, viscerais e comportamentais relacionadas ao estresse, através da estimulação do sistema nervoso autônomo e do córtex, da hipófise e dos órgãos do corpo (DAVIDOFF, 2001).

Durante a ansiedade, as pessoas geralmente estão cientes das reações internas: coração disparado, dores no estômago, músculos contraídos, transpiração e temor; que são as reações autônomas, pois são organizadas pelo sistema nervoso autônomo (DAVIDOFF, 2001).

Os sintomas da ansiedade variam conforme o indivíduo, podendo apresentar, desde sintomas cardiovasculares e gastrointestinais, até urgência miccional e dificuldade para respirar. Ou ainda, em alguns indivíduos predominam a tensão muscular, dor de cabeça e torcicolo (KAPLAN & SADOCK, 1990).

Os mesmos autores dividem os sintomas mais freqüentes em três classes: fisiológicos, psicológicos (emocionais e cognitivos) e comportamentais. Os efeitos fisiológicos são: alterações na freqüência cardíaca (taquicardia ou bradicardia); alterações na freqüência respiratória (taquipnéia ou bradipnéia); aumento da pressão arterial; maior ativação cerebral; aumento ou diminuição da tensão muscular; freqüente necessidade de evacuar ou urinar; aumento no consumo de oxigênio; aumento dos níveis de açúcar e adrenalina no sangue; sensação de vazio no estômago; transpiração intensa; inquietação e dor de cabeça. Os efeitos psicológicos emocionais são: labilidade e exagero do humor; agressividade; indiferença; passividade; insatisfação e choro. Enquanto os psicológicos cognitivos são: dificuldade de compreensão das instruções; confusão mental; problemas de tomada de decisões; limitação da visão periférica e perturbação de direção da atenção; esquecimento; pensamento negativo e ruminação. E por fim, os efeitos comportamentais são os seguintes: aumento ou diminuição no número de movimentos; diminuição na coordenação ou precisão dos movimentos; voz quebrada; tiques nervosos, letargia; problemas alimentares; náuseas e diminuição da performance (KAPLAN & SADOCK, 1990).

Segundo Batista (1995), há uma grande variação com relação à expressão da ansiedade. Em algumas culturas a ansiedade é expressada prevalecendo os sintomas somáticos; já em outras, prevalece sintomas cognitivos. Sendo assim, deve-se levar em conta o contexto cultural, quando se pretende determinar o porquê de preocupações excessivas em certas circunstâncias.

Davidoff (2001), aponta alguns fatores causadores de ansiedade: perigos, problemas crônicos, mudanças de vida e transtornos. Os perigos, reais ou imaginários, geralmente estão próximos quando os medos são condicionados. Os problemas crônicos que contribuem para a ansiedade podem ser exemplificados pelo fato de ser pobre, ter histórico de memória racial, estar desempregado, viver em um lar conturbado, entre outros. Situações tais como: morte do cônjuge, divórcio, doença, gravidez, início das aulas na escola, são situações que requerem mudanças de vida. E os transtornos, referem-se: à administração doméstica, à saúde, às pressões do tempo (coisas demais à fazer), às preocupações íntimas, entre tantos outros transtornos que tendem à surgir na vida cotidiana. Os conflitos pessoais também são considerados como fatores causadores da ansiedade. Se forem de

curta duração, podem ser considerados transtornos, e se prolongados, são considerados cargas crônicas.

Braghirolli (1990), aponta as circunstâncias externas (por exemplo: enfermidades, dor pela morte de um ente querido), os estados emocionais (como medo, vergonha e ridículo, derivadas de experiências cotidianas), os conflitos e as frustrações, como fontes causadoras de ansiedade. Porém, as principais fontes são: impulsos, tendências ou desejos que surgem dentro do sujeito, e que não podem ser manejadas por serem perigosas ou ameaçadoras para suas próprias normas morais. Geralmente, são impulsos relacionados à sexualidade e à agressividade.

2.3 COMPORTAMENTO ALIMENTAR

Segundo Nahas (2001, p. 168), “vivemos a era do estilo de vida e, sem dúvida, o que comemos e o que fazemos têm efeito direto em nossa saúde”.

Sendo assim, um comportamento alimentar saudável é de extrema importância para uma boa saúde e qualidade de vida. Segundo Bernardi, Cichelero e Vitolo (2005), o comportamento alimentar tem bases biológicas e sociais, além dos aspectos psicológicos envolvidos, principalmente quando associados à obesidade. Estes se expressam por meio de humor depressivo, ansiedade e sentimento de culpa. Há ainda os mecanismos fisiológicos, como a resistência ao jejum na vigência de dietas restritivas. Francischi et alli (2002), também apontam os aspectos psicológicos, como estresse, ansiedade e depressão como fatores influenciadores do comportamento alimentar.

O mau comportamento alimentar e os fatores psicológicos podem refletir em diversas doenças como os distúrbios alimentares: bulimia e anorexia nervosa (FIATES e SALLES, 2001) e principalmente a obesidade (BERNARDI, CICHELERO e VITOLO, 2005), além de influenciar em grande parte no desenvolvimento da chamada “tríade da atleta feminina”, o que pode desencadear a amenorréia, a osteoporose precoce e os distúrbios alimentares (VILARDI, RIBEIRO e SOARES, 2001).

A obesidade, que é uma das principais doenças decorrentes do mau comportamento alimentar, é considerada fator de risco para várias outras doenças como diabetes tipo II, hipertensão, doenças cardiovasculares, cálculo na vesícula

biliar, entre outras, além das conseqüências psicológicas que pode desencadear, como diminuição da auto-estima, por exemplo. Esta doença apresenta múltiplas causas, as quais são resultados da interação entre os fatores genéticos, psicológicos, socioeconômicos, culturais e ambientais. O controle do apetite e o comportamento alimentar sofrem influência da genética, assim como o gasto energético, já que este está relacionado com a taxa metabólica basal, que é determinada pela quantidade de massa magra. Mas o que realmente determina o aparecimento da obesidade são os fatores nutricionais (dieta) e o exercício físico (FRANCISCHI et alli, 2000).

A dieta para tratamento da obesidade pode ser o início de um ciclo vicioso, que apenas atrapalha a recuperação dos indivíduos obesos. Pois o fato destes não conseguirem realizá-la de maneira correta, deixa-os angustiados e ansiosos, o que pode gerar uma compulsão alimentar, seguida do aumento de peso e uma nova procura por dietas, e assim sucessivamente, sem proporcionar resultados positivos. Por isso, o tratamento da obesidade deve-se iniciar com a diminuição da freqüência das compulsões alimentares, que pode ser combatida evitando suas possíveis causas. Como as reações psicológicas constituem uma forte causa para este comportamento alimentar, convém tratá-las primeiramente, para que aí então realize-se um trabalho de emagrecimento com dietas (BERNARDI, CICHELERO e VITOLO, 2005).

Segundo Bernardi, Cichelero e Vitolo (2005), dois terços dos obesos consomem carboidratos não só para aliviar a fome, mas para combater tensões, ansiedade, fadiga mental e depressão. Ou seja, estes indivíduos consomem mais alimentos em situações de estresse emocional, o que caracteriza uma teoria chamada de Modelo Psicossomático da Obesidade, que afirma que as pessoas obesas, principalmente do sexo feminino, comem excessivamente como mecanismo compensatório em situações de ansiedade, depressão, tristeza e raiva, experimentando uma compulsão alimentar.

De acordo com o Manual Diagnóstico de Transtornos Mentais (1995), a compulsão alimentar é um transtorno que inclui indivíduos que comem descontroladamente, em um intervalo de tempo máximo de duas horas, devido ao estresse ou a sentimentos negativos, uma quantidade maior de comida que a

maioria das pessoas comeria em um período de tempo semelhante. Durante o episódio, fica evidente o sentimento de perda do controle do próprio comportamento.

Apesar deste comportamento ser mais comumente associado à obesidade, existem alguns estudos que o relacionam com idosos e com mulheres em determinadas etapas do ciclo menstrual.

Campos, Monteiro e Ornelas (2000), em estudo de revisão sobre os fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso, afirmam que diante de fatores psicossociais, tais como a perda do cônjuge e depressão, os idosos tendem à perder o apetite ou a recusar alimentos. Mas já ao se depararem com a ansiedade, podem experimentar um sentimento de compulsão alimentar, desencadeando muitas vezes o aumento excessivo de peso.

Já Sampaio (2002), ao realizar uma revisão sobre os aspectos nutricionais relacionados ao ciclo menstrual, afirma que é principalmente na fase lútea do ciclo, que ocorrem mais alterações no organismo da mulher. Dentre estas alterações, estão a mudança do comportamento alimentar e as alterações de humor, tão evidentes durante a “famosa” TPM. Estas alterações de humor podem ser uma das causas da compulsão alimentar, que pode ocorrer também devido às oscilações hormonais nesta fase.

Há ainda muitas controvérsias em relação aos tipos de alimentos que são mais consumidos durante estes ataques compulsivos. De acordo com Sampaio (2002), apesar das controvérsias, o chocolate é o alimento mais relatado diante das crises de ansiedade, além do sal e outros doces.

Mesmo assim, existem ainda poucos estudos científicos que relacionem distúrbios psicológicos, como a ansiedade, com o comportamento alimentar, necessitando mais pesquisas na área.

3.0 METODOLOGIA

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

O estudo se caracteriza em uma pesquisa descritiva, que é considerada um estudo de *status* e é amplamente utilizada na educação e nas ciências comportamentais, com delineamento transversal (*ex-post-facto*), onde o pesquisador faz uma análise de diferentes variáveis em um único momento (THOMAS e NELSON, 2002).

3.2 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A população do estudo é de 560 alunos matriculados no ano de 2005. A amostra foi constituída por 353 alunos do Curso de Educação Física da Universidade Federal do Paraná, de ambos os sexos, com idade média de 21,36 anos e desvio padrão de 3,07 anos, que responderam aos questionários voluntariamente. Sendo assim uma amostra representativa.

3.3 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS

A coleta de dados foi realizada no mês de agosto e setembro de 2005, no Departamento de Educação Física da Universidade Federal do Paraná. Foram utilizados três instrumentos distintos.

Para a análise da ansiedade-traço, o instrumento utilizado foi o questionário de Spielberger (1968), que consiste em 20 questões, de uma escala Likert (nunca, às vezes, freqüentemente, sempre). Através deste instrumento (anexo 1), o nível de ansiedade-traço do indivíduo é classificado em baixo, médio e alto.

O nível de atividade física foi verificado a partir do Questionário de Atividades Físicas Habituais, desenvolvido originalmente por Russel R. Patê – University of South Carolina/EUA, e traduzido e modificado por Nahas (2001) – NuPAF/UFSC. Este questionário (anexo 2) é utilizado para estimar o nível de atividade física habitual de adolescentes e adultos jovens. Ele consiste em 11 questões, sendo 3 relacionadas às atividades ocupacionais diárias e 8 relacionadas às atividades de

lazer. Cada questão contém uma pontuação, que deverá ser somada quando a resposta for “sim”. A partir desta soma o indivíduo é classificado em inativo, moderadamente ativo, ativo e muito ativo, sendo que a faixa ideal para a saúde da maioria das pessoas é a de ativo.

E por fim, para a análise de comportamento alimentar, foi desenvolvido e validado um diagnóstico de consumo alimentar, que consiste em uma questão, onde os indivíduos deverão marcar as opções que indicarem suas reações durante uma crise de ansiedade e nervosismo (anexo 3).

3.4 TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Para a análise estatística a ansiedade foi a variável dependente, enquanto os níveis de atividade física e o comportamento alimentar representaram as variáveis independentes. E o sexo e a idade foram estabelecidos como variáveis de controle.

Para o tratamento estatístico das variáveis estudadas foi realizada uma análise descritiva (média, desvio padrão e frequência) e uma regressão linear, para determinar o grau de associação entre a ansiedade, o consumo alimentar e o nível de atividade física, a um nível preditivo de $p < 0,05$.

4.0 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Com a coleta de dados concluída, foi realizada primeiramente uma análise de frequência para cada variável estudada. A partir desta foi possível visualizar em que nível de ansiedade (anexo 1) e de atividade física (anexo 2) encontram-se os indivíduos da amostra, além de detectar os alimentos mais consumidos (anexo 3) por esta população durante uma crise de ansiedade.

Sendo assim, em relação ao nível de ansiedade, 11,3% da amostra apresentaram um nível baixo, 69,4% nível médio e 19,3% nível alto; indicando uma população relativamente ansiosa, conforme mostra a tabela 2.

TABELA 2: Análise de Frequência do Nível de Ansiedade.

PONTUAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO	PERCENTUAL
Até 32 pontos	Nível Baixo	11,3%
33 – 45 pontos	Nível Médio	69,4%
> 46 pontos	Nível Alto	19,3%

Para o nível de atividade física, 7,9% da amostra foram classificados como inativos, 26,9% moderadamente ativos, 38,3% ativos e 26,9% muito ativos (tabela 3), representando uma população consideravelmente ativa, o que já era esperado, por se tratar de uma população jovem e de estudantes do curso de educação física.

TABELA 3: Análise de Frequência do Nível de Atividade Física.

PONTUAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO	PERCENTUAL
0 – 5 pontos	Inativo	7,9%
6 – 11 pontos	Moderadamente Ativo	26,9%
12 – 20 pontos	Ativo	38,3%
21 ou + pontos	Muito Ativo	26,9%

E por fim, a partir da análise de frequência do consumo alimentar, foi possível descobrir quais foram os alimentos mais citados durante a pesquisa, já que esta variável foi analisada a partir de uma questão aberta, onde os indivíduos podiam marcar mais de uma alternativa. Sendo assim, os doces e chocolates obtiveram a maior frequência, já que 33,8% da amostra afirmaram consumir quantidades acima do costume destes alimentos durante uma crise de ansiedade, seguida de pães e massas com 22%. As outras frequências estão indicadas na tabela 4:

TABELA 4: Análise de Freqüência do Consumo Alimentar.

	FREQUENCIA	PERCENTUAL
1- Doces e Chocolates	166	33,8%
2- Cafés e Chás	32	6,5%
3- Pães e Massas	108	22%
4- Bebidas Alcoólicas	22	4,5%
5- Cigarros	70	14,3%
6- Dificuldade para ingerir qualquer tipo de alimento	68	13,8%
7- Outra	25	5,1%

Após a realização da análise de freqüência, foi realizada uma análise de regressão linear, possibilitando visualizar a associação do nível de ansiedade com o nível de atividade física e o comportamento alimentar dos indivíduos.

O nível de ansiedade foi considerado a variável dependente do estudo, que apresentou um valor de $p=0.000$, o que indica um elevado grau de associação entre as variáveis, e que pode ser conferido na tabela 5.

TABELA 5: Análise de Regressão Linear.

MODELO	SOMA DOS QUADRADOS	GL	F	SIG
Regressão	1521,714	2	17,292	0,000
Residual	15400,162	350		
Total	16921,875	352		

A relação entre o nível de ansiedade e o nível de atividade física demonstrou significância ($R^2=0,90$; $p=0,000$; $\beta=-0,145$) considerada uma relação inversa, ou seja, quanto maior o nível de atividade física, menor o nível de ansiedade. Em relação a ansiedade e o consumo alimentar a pesquisa também apresentou significância ($R^2=0,90$; $p=0,005$; $\beta=0,243$), e uma relação inversa, ou seja, quanto maior o nível de ansiedade, maior o consumo alimentar, principalmente de doces e chocolates.

5.0 CONCLUSÃO

A partir dos resultados obtidos percebe-se que as hipóteses da pesquisa foram comprovadas; e que assim como cita Samulski (2002), a prática correta e programada de atividade física, pode reduzir os níveis de ansiedade e ocasionar uma série de outros resultados benéficos para a saúde, como redução do estresse e depressão, melhoras no humor, aumento do bem-estar físico e psicológico, melhor funcionamento orgânico geral, maior rendimento no trabalho e maior disposição física e mental.

Sendo assim, esta pesquisa veio de encontro com a necessidade de conscientizar a população da importância da atividade física para o bem-estar geral e para a melhoria da qualidade de vida, pois apesar do grande número de estudos que comprovam esta importância, ainda encontra-se uma enorme quantidade de indivíduos inativos ou sedentários. E segundo Nahas (2001), a inatividade física representa uma causa importante na morte prematura, principalmente nos países industrializados.

Em relação ao outro foco do estudo da ansiedade, a hipótese também foi comprovada, afirmando haver grande relação da ansiedade com o consumo alimentar, principalmente de doces e chocolates.

Sampaio (2002), também cita o chocolate como o alimento mais comumente consumido diante das crises de ansiedade.

Bernardi, Cichelero e Vitolo (2005), concordam que os indivíduos acabam consumindo carboidratos não só para aliviarem a fome, mas para combaterem tensões, ansiedade, fadiga mental e depressão; o que prova mais uma vez a relação direta entre os fatores psicológicos e o comportamento alimentar.

Este foco estudado comprova cientificamente a relação entre o nível de ansiedade e o consumo alimentar, já que estas variáveis são tão relacionadas popularmente. Mas, apesar da comprovação desta relação neste estudo, sugere-se ainda a realização de outras pesquisas que estudem estas duas variáveis interrelacionadas.

REFERÊNCIAS

- BATISTA, D. **DSM-IV – Manual Diagnóstico de Transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- BERGER, B. ; MACINMAM, A. **Exercise and the quality of life**. Macmillan Publishing Company, 1993.
- BERNARDI, F.; CICHELERO, C.; VITOLO, M. R. Comportamento de restrição alimentar e obesidade. **Revista de Nutrição**. Campinas, vol 18. n° 1, jan. / fev. 2005.
- BRAGHIROLI, E. N. **Psicologia Geral**. 9 ed. Porto Alegre: Artes Lúdicas, 1990.
- CAMPOS, M. T. F. de S.; MONTEIRO, J. B. R.; ORNELAS, A. P. R. de C. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. **Revista de Nutrição**. Campinas, vol 13, n° 3, set. / dez. 2000.
- CASPERSEN, C. J. ; POWELL, K. E. & CHRISTENSEN, G. M. **Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research**. Public Health Reports, 1985.
- COOPER, K. H. **Método Cooper – aptidão física em qualquer idade**. 9 ed. Rio de Janeiro: Unilivros, 1983.
- CRATTY, B. J. **Psicologia no Esporte**. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Prentice – Hall do Brasil Ltda, 1984
- DAVIDOFF, L. L. **Introdução à Psicologia**. 3 ed. São Paulo: Makron Books, 2001.
- FECHIO, J. J.; BRANDÃO, M. R. F. A influência da atividade física nos estados de humor. **Revista da APEF**. Londrina, vol 12, n° 2, p. 21-27, 1997.
- FIATES, G. M. R.; SALLES, R. K. de. Fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares: um estudo em universitárias. **Revista de Nutrição**. Campinas, vol 14, 2001.
- FRANCISCHI, R. P. P. de. et alli. Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. **Revista de Nutrição**. Campinas, vol 13, n° 1, jan. / abr. 2000.
- GILL T. M. & FEINSTEN A. R. **A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements**. Jama, 1994.
- GRUNSPUN, H. **Distúrbios Neurológicos da criança**. 2 ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1996.
- KAPLAN & SADOCK. **Compêndio de Psiquiatria**. 2 ed. Porto Alegre: Artes Lúdicas, 1990.

MACHADO, A. A. **Psicologia do Esporte: temas emergentes I**. Jundiaí: Ápice Editora, 1997.

MAGILL, R. A. **Aprendizagem Motora – Conceitos e Aplicações**. 5 ed. São Paulo: Editora Edgard Blüncher Ltda, 2002

MATSUDO, S. M. et alli. **Nível de atividade física da população do Estado de São Paulo: análise de acordo com o gênero, idade, nível socioeconômico, distribuição geográfica e de conhecimento**. [on line] disponível na Internet via <http://www.saudeemmovimento.com.br>. Arquivo capturado em 23/04/05.

NAHAS, M. V. **Fundamentos da Aptidão Física relacionada à Saúde**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1989.

NAHAS, M. V. **Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. Londrina: Midiograf, 2001.

NIEMAN, D. C. **Exercício e saúde: como se prevenir de doenças usando o exercício como medicamento**. São Paulo: Manole Ltda, 1999.

ORREDA, J. M. **Jogos Desportivos: Educação integral para todos**. Irati: Ed. O Debate, 1971.

PITANGA, F. J. G. **Testes, Medidas e Avaliação em Educação Física e Esportes**. 3 ed. São Paulo: Phorte Editora, 2004.

SAMPAIO, H. A. de C. Aspectos nutricionais relacionados ao ciclo menstrual. **Revista de Nutrição**. Campinas, vol 15, nº 3, set. 2002.

SAMULSKI, D. **Psicologia do Esporte**. Barueri – SP: Editora Manole Ltda, 2002.

SHARKEY, B. J. **Condicionamento Físico e Saúde**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 1998.

SPIELBERGER, C. D.; GORSUCH, R. L.; LUSHENE, R. **Self-evaluation questionnaire**. Califórnia: Consulting Psychologistis press, 1968.

THOMAS, J. R.; NELSON, J. K. **Métodos de pesquisa em atividade física**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2002

VILARDI, T. C. C.; RIBEIRO, B. G., SOARES, E. de A. Distúrbios nutricionais em atletas femininas e suas inter-relações. **Revista de Nutrição**. Campinas, vol 14, nº 1, jan. / abr. 2001.

WEINBERG, R. S.; GOULD, D. **Fundamentos da Psicologia do Esporte e do Exercício**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.

ANEXO 1

QUESTIONÁRIO ANSIEDADE-TRAÇO

Leia atentamente cada questão e marque com um “X” a alternativa que melhor indicar como você geralmente se sente. Não há respostas certas ou erradas, portanto não gaste muito tempo nas questões.

- 1)Eu me sinto confortável.....
- 2)Eu me canso facilmente.....
- 3)Eu sinto vontade de chorar.....
- 4)Eu gostaria de ser tão feliz quanto as outras pessoas.....
- 5)Eu me sinto confuso porque demoro a decidir as coisas.....
- 6)Eu me sinto relaxado.....
- 7)Eu sou calmo, frio e tranquilo.....
- 8)Eu sinto que as dificuldades vão se acumulando e não consigo superá-las.....
- 9)Eu me preocupo muito com coisas irrelevantes.....
- 10)Eu sou feliz.....
- 11)Eu tenho tendência a dificultar as coisas.....
- 12)Eu sinto falta de autoconfiança.....
- 13)Eu me sinto seguro.....
- 14)Eu tento evitar crises e problemas.....
- 15)Eu me sinto nervoso.....
- 16)Eu estou contente.....
- 17)Pensamentos negativos me incomodam.....
- 18)Eu não supero facilmente os meus desapontamentos.....
- 19)Eu sou uma pessoa estável.....
- 20)Eu fico tenso quando penso em meus problemas recentes.....

	NUNCA	AS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
1)Eu me sinto confortável.....	4	3	2	1
2)Eu me canso facilmente.....	1	2	3	4
3)Eu sinto vontade de chorar.....	1	2	3	4
4)Eu gostaria de ser tão feliz quanto as outras pessoas.....	1	2	3	4
5)Eu me sinto confuso porque demoro a decidir as coisas.....	1	2	3	4
6)Eu me sinto relaxado.....	4	3	2	1
7)Eu sou calmo, frio e tranquilo.....	4	3	2	1

1	2	3	4
1	2	3	4
4	3	2	1
1	2	3	4
1	2	3	4
4	3	2	1
4	3	2	1
1	2	3	4
1	2	3	4
4	3	2	1
4	3	2	1
1	2	3	4
1	2	3	4
4	3	2	1
1	2	3	4

Classificação: até 32 : nível baixo
33 – 45: nível médio
maior 46: nível alto

ANEXO 2

QUESTIONÁRIO DE ATIVIDADES FÍSICAS HABITUAIS

Leia atentamente cada questão antes de respondê-las e marque as questões que apresentam suas atividades habituais.

Atividades Ocupacionais Diárias

- | | |
|---|---|
| 1)Eu geralmente vou e volto do trabalho (ou escola) caminhando ou de bicicleta (ao menos 800 metros cada percurso). | 3 |
| 2)Eu geralmente uso as escadas ao invés do elevador. | 1 |
| 3)Minhas atividades diárias podem ser descritas como: | |
| a. Passo a maior parte do tempo sentado e, quando muito, caminho distancias curtas. | 0 |
| b. Na maior parte do dia realizo atividades moderadas, como caminhar rápido ou executar tarefas manuais. | 4 |
| c. Diariamente realizo atividades físicas intensas (trabalho pesado). | 9 |

Atividades de Lazer

- | | |
|---|---|
| 4)Meu lazer inclui atividades físicas leves, como passear de bicicleta ou caminhar (duas ou mais vezes por semana). | 2 |
| 5)Ao menos uma vez por semana participo de algum tipo de dança. | 2 |
| 6)Quando sob tensão, faço exercícios para relaxar. | 1 |
| 7)Ao menos duas vezes por semana faço ginástica localizada. | 3 |
| 8)Participo de aulas de ioga ou tai-chi-chuan regularmente. | 2 |
| 9)Faço musculação duas ou mais vezes por semana. | 4 |
| 10)Jogo tênis, basquete, futebol ou outro esporte recreacional, 30 minutos ou mais por jogo: | |
| a. uma vez por semana | 2 |
| b. duas vezes por semana | 4 |
| c. três ou mais vezes por semana | 7 |

11) Participo de exercícios aeróbicos fortes (correr, pedalar, remar, nadar), 20 minutos ou mais por sessão:

- | | |
|----------------------------------|----|
| a. uma vez por semana | 3 |
| b. duas vezes por semana | 6 |
| c. três ou mais vezes por semana | 10 |

TOTAL DE PONTOS ()

Classificação: 0 – 5 pontos: Inativo
 6 – 11 pontos: Moderadamente Ativo
 12 – 20 pontos: Ativo
 21 ou + pontos: Muito Ativo

ANEXO 3**DIAGNÓSTICO DE CONSUMO ALIMENTAR**

Quando você se sente ansioso, você costuma: (marque a(s) alternativa(s) que representam suas reações durante uma crise de ansiedade)

- () Consumir grandes quantidades de doces e chocolates;
- () Consumir grandes quantidades de café e chás;
- () Consumir grandes quantidades de pães e massas;
- () Consumir grandes quantidades de bebidas alcoólicas;
- () Consumir grandes quantidades de cigarros;
- () Têm dificuldade para ingerir qualquer tipo de alimento;
- () Outra: _____.