

PERFIL DE IMAGEM CORPORAL E EXERCÍCIO FÍSICO DE PACIENTES COM SOBREPESO E OBESIDADE DE UMA CLÍNICA DE NUTRIÇÃO DE BRASÍLIA

**Eline Heringer Werner Bertolossi^{1,2}, Raquel Rosas de Oliveira Sifuentes^{1,3},
 Lúcio Alberto Salgado Gomes^{1,4}, Antônio Coppi Navarro¹**

RESUMO

Introdução: Os padrões de alimentação humana passaram por várias mudanças durante a evolução do homem. Objetivo: Verificar o perfil da imagem corporal e do exercício físico de pacientes adultos com sobrepeso e obesidade de uma clínica de nutrição de Brasília. Materiais e Métodos: Foram analisadas as variáveis: gênero, idade, peso, estatura, Índice de Massa Corporal (IMC), perfil de exercício físico e de imagem corporal de 65 prontuários (17 homens e 48 mulheres). Resultados: A média de IMC entre os homens foi de 30,2 kg/m² e entre as mulheres de 29,9 kg/m². Do total, 60% praticam exercício físico, enquanto 40% não praticam. Entre os inativos 53,8% apresentaram imagem corporal inferior ao real, enquanto que nos ativos, foi de apenas 41%. A maior compatibilidade de imagem corporal e IMC real ocorreu entre os mais jovens (61,1%). Nos homens, o percentual de compatibilidade foi menor (47,1%) do que nas mulheres (54,2%). Discussão: Metade do total de pacientes demonstrou distorção da imagem corporal, sendo esta maior entre os inativos e entre os homens, confirmando resultados encontrados em outros estudos e apontando uma insatisfação corporal. Sugerem-se novos estudos com escalas de silhuetas mais adequadas à população brasileira. Conclusão: A amostra apresentou baixo nível de atividade física e distorção da imagem corporal, com subestimação desta em relação ao IMC.

Palavras-chave: Obesidade, Imagem corporal, Atividade física, Perfil.

1 – Programa de Pós-Graduação Lato-Sensu em Obesidade e Emagrecimento da Universidade Gama Filho – UGF.

2 – Nutricionista graduada pela Universidade de Brasília; Psicóloga graduada pelo UniCeub.

3 – Educadora física graduada pela Faculdade Alvorada.

4 – Educador físico graduado pela Universidade Católica de Brasília.

ABSTRACT

Body image profile and physical activity in overweight and obese patients from a Brasilia's nutrition clinic

Introduction: The food Human feeding pattern has gone through many changes during evolution. Objective: Check adults overweight and obesity profile considering body image and physical activity from a nutrition clinic in Brasilia. Materials and Methods: The analysis was based on: gender, age, weight, height, Body mass index (BMI), exercise profile and body image in 65 records (17 men and 48 women). The analysis was performed using the SPSS 15.0. Results: The average BMI among men was 30.2 kg/m² and among women 29.9 kg/m². Considering all patients, 60% do some physical exercise, while 40% do not. Among the inactive, body image showed 53.8% lower than the real, while in assets, was only 41%. The greater body image compatibility with actual BMI occurred between the younger (61.1%). In men, the compatibility percentage was lower (47.1%) than women (54.2%). Discussion: Half of all patients showed distortion of body image, being higher among inactive and men, confirming other studies findings, and pointing a body dissatisfaction. Further studies are suggested with Brazilian population more appropriate shapes scales. Conclusion: The sample showed low level of physical activity and body image distortion with underestimation it in BMI relation.

Key words: Obesity, Body image, Physical activity, Profile.

Endereço para correspondência:
 elinewerner@hotmail.com
 SQN 415 Bloco K Apt. 106
 Brasília – DF CEP: 70878-110

INTRODUÇÃO

A alimentação passou por diversas mudanças durante a evolução do homem, assim como a estrutura corporal predominante em cada época da humanidade. Com a evolução da medicina e o estudo aprofundado dos problemas que podem ocorrer devido ao excesso de peso, juntamente com a cultura atual que exalta a magreza como ideal de beleza, pessoas que possuem o peso acima dos “padrões” estipulados sofrem com a discriminação e com uma grande cobrança pessoal e social.

Além disso, a oferta de alimentos calóricos e ricos em gordura está se tornando cada vez maior, enquanto que a exigência da sociedade é por um corpo mais magro e esguio, situação que se agrava com a diminuição da atividade física diária praticada por essas pessoas, pois o mundo atual tornou-se o mundo das comodidades (mecanização das atividades) com conseqüente diminuição do gasto energético (Matsudo e Matsudo, 2006). Sem contar com a vida estressante e agitada, que muitas vezes não permite um tempo diário para a prática de exercícios físicos direcionados.

Sobrepeso e Obesidade

O excesso de peso e em especial a obesidade é atualmente considerada uma doença crônica, de etiologia multifatorial, caracterizada pelo acúmulo excessivo de tecido adiposo no organismo. Além disso, é fator de risco para patologias graves, como diabetes, doenças cardiovasculares, hipertensão, distúrbios reprodutivos em mulheres, alguns tipos de câncer e problemas respiratórios, podendo causar também sofrimento, depressão e comportamentos de esquivia social, que prejudicam a qualidade de vida (Ades e Kerbauy, 2002).

Aspectos genéticos, familiares e biológicos interagem e determinam uma predisposição individual que aguarda a relação com outros fatores que funcionariam como gatilho no seu surgimento, além da contribuição de fatores ambientais e sociais (Cordás e Azevedo, 2005).

De acordo com os parâmetros da Organização Mundial de Saúde – World Health Organization - WHO (1997) o Índice de Massa Corporal (IMC) é o indicador do estado

nutricional mais utilizado atualmente em estudos populacionais no intuito de identificar e classificar os graus de obesidade e considera as variáveis: peso e altura.

No Brasil, entre os anos de 1975 e 1989 ficou demonstrado um incremento da obesidade na população em geral. Já entre 1989 e 1997, houve um aumento maior da obesidade entre os homens do que entre as mulheres. Levantamento epidemiológico realizado pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) de 2002-2003 a 2004-2005 em 17 capitais brasileiras, evidenciou que a prevalência de sobrepeso variou de 23% a 33,5% e a de obesidade de 6,7% a 12,9% na população como um todo. Esses dados também mostraram maior excesso de peso (sobrepeso e obesidade) em homens e em pessoas acima dos 50 anos do que em mulheres e entre os mais jovens (Ministério da Saúde, 2007).

Atividade Física

Na prática diária dos educadores físicos, termos como atividade física, exercício e aptidão física são considerados fenômenos distintos. A atividade física é definida como um movimento corporal que é produzido pela contração do músculo esquelético e que eleva substancialmente o dispêndio de energia, como por exemplo, andar, dançar, subir escadas, jardinar (American College of Sports Medicine, 2007).

O exercício físico, que é um tipo de atividade física, pode ser definido como o movimento corporal planejado, estruturado e repetitivo realizado com o intuito de melhorar ou manter um ou mais componentes da aptidão física. Por exemplo: andar, dançar, correr, pedalar ou nadar a uma determinada intensidade e duração (American College of Sports Medicine, 2007).

A aptidão física é o conjunto de atributos pessoais, genéticos e adquiridos, que viabilizam a pessoa a realizar as tarefas cotidianas sem prejuízo de seu equilíbrio biológico, psicológico e social (Matsudo e colaboradores, 2005).

Além dessas definições, existe uma necessidade de padronizar a utilização de termos relacionados com a intensidade, a duração e a frequência do exercício físico. A intensidade dita as mudanças fisiológicas e metabólicas específicas no corpo durante o

treinamento. A duração do exercício não depende apenas da sua intensidade, mas também do estado de saúde do indivíduo, do nível inicial de aptidão física, da capacidade funcional e dos objetivos do programa (Heyward, 2004).

O *American College of Sports Medicine* (ACSM) e os Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) recomendam a cada indivíduo o acúmulo de 30 minutos ou mais de exercício físico moderado, preferivelmente todos os dias da semana. Essa quantidade pode ser alcançada em um período contínuo de exercício, dependendo da capacidade funcional do indivíduo e das restrições de tempo, sendo que a frequência é o número total de sessões de exercícios semanais e está relacionada à duração e à intensidade, variando de acordo com os objetivos do programa (Pate e colaboradores, 1995 citado por Heyward, 2004).

A participação em exercício físico de intensidade moderada diária produz benefícios significativos à saúde, ainda que os níveis de aptidão física não aumentem, constituindo melhor defesa contra o desenvolvimento de muitas doenças, distúrbios e indisposições (Heyward, 2004).

A prática de exercício físico diminui o risco de morrer prematuramente de cardiopatia, desenvolver diabetes, hipertensão e câncer de colo. Promove a redução da pressão arterial, depressão e ansiedade, além de auxiliar no controle do peso corporal, desenvolver e manter ossos, músculos e articulações saudáveis, aumentar a força e a agilidade em idosos, de maneira que se sintam mais capazes de se mover sem quedas e criar uma sensação de bem-estar psicológico (United States Department of Health and Human Services, 1996 citado por Heyward, 2004).

Imagem Corporal

Schilder (1950) citado por Castilho (2001) foi o primeiro a instituir uma abordagem multidimensional ao fenômeno da imagem corporal e, segundo este autor, a imagem corporal é a figura do próprio corpo que aparece em nossa mente a partir das partes que vemos e das impressões que temos por meio das sensações, além da experiência da existência de uma unidade corporal. A partir desta unidade percebida, forma-se um modelo

postural deste corpo (esquema), sendo caracterizado por uma imagem tridimensional que todos possuem de si mesmos e que pode ser designada de imagem corporal.

Outra definição foi dada também por Slade (1988) citado por Almeida e colaboradores (2005), que afirma que a imagem corporal, além de ser uma ilustração formada na mente acerca do tamanho, forma e imagem do corpo, também está relacionada aos sentimentos intrínsecos a tais características. Dessa forma, a imagem corporal envolve fatores inter-relacionais, como os emocionais, de atitude e os perceptuais.

A aparência física é parte importante do homem, tanto de forma individual quanto social. E o padrão estético socialmente adotado é muito relevante, pois definições culturais sobre o que vem a ser belo influenciam o modo como o homem se avalia fisicamente, podendo até mesmo determinar comportamentos, posturas e atitudes (Castilho, 2001).

A extrema magreza considerada o ideal de beleza da atualidade nem sempre foi almejada. A história da arte revela que em determinadas épocas valorizava-se mais as mulheres de corpo cheio, com quadril grande e abdômen avantajado. Porém, os padrões de beleza mudaram progressivamente de uma figura do tipo violão em direção a uma figura marcadamente mais magra (Morgan e Azevedo, 1998).

Mas ao mesmo tempo em que os padrões foram mudando, foi observado que a média de peso aumentava. Assim, percebe-se que o excesso de peso está se tornando cada vez mais comum, assumindo um papel importante em uma sociedade que culturalmente preza pela beleza (que tem como padrão um corpo cada vez mais magro). E essa discrepância entre o peso real e o ideal acaba levando a um estado de constante insatisfação com o próprio corpo (Morgan e Azevedo, 1998).

Os padrões culturais fazem até com que indivíduos dentro dos parâmetros de normalidade possam sentir-se acima do peso desejado, ou seja, com uma imagem corporal distorcida. Dessa forma, existe para a pessoa com excesso de peso ou não, sempre uma pressão cultural para emagrecer (Vasques e colaboradores, 2004).

Segundo Carvalho e Martins (2004), a modernidade tende a distanciar o homem de sua capacidade criativa e singular, na medida em que submete a mobilidade da vida a formas estáticas, assim como a de uma capa de revista. O padrão corporal imposto não é o corpo na realidade, mas uma reprodução deste em um corpo universalmente idealizado, provocando um julgamento e uma desqualificação dos demais.

Assim, vários são os fatores que podem influenciar o surgimento de transtorno da imagem corporal, especialmente em pessoas obesas. Além dos fatores já citados, inclui-se a idade de surgimento da obesidade, transtorno emocional associado, influência social relacionada à depreciação do corpo e histórico de flutuações constantes de peso. A insatisfação desse indivíduo com o próprio corpo tem sido relacionada à discrepância entre a percepção e o desejo relativo a um tamanho e uma forma corporal (Almeida e colaboradores, 2005).

A imagem corporal pode ser avaliada por diferentes instrumentos, como desenhos, escalas e questionários. Os instrumentos que objetivam avaliar os aspectos perceptuais da imagem corporal são compostos, principalmente, pelas escalas de silhuetas ou fotografias, como a desenvolvida por Stunkard e colaboradores (1983), citado por Almeida e colaboradores (2005) e utilizada no presente estudo.

Diante de toda essa mudança ocorrida através dos tempos e que nos últimos anos tem se apresentado de forma rápida e radical, inquieta-nos em particular, como profissionais nutricionistas e educadores físicos, qual tem sido a imagem que as pessoas consideradas acima do peso têm a respeito de seu corpo e de que forma a prática de exercícios físicos regulares interfere neste quadro.

Portanto, o objetivo deste trabalho foi verificar o perfil da imagem corporal e do exercício físico de pacientes adultos com sobrepeso e obesidade de uma clínica de nutrição de Brasília, atendidos no ano de 2006.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foi solicitada autorização às nutricionistas de uma clínica de nutrição de Brasília para a utilização das informações contidas nos prontuários dos pacientes para

fins de pesquisa e com a preservação da identidade destes. Os dados obtidos dos prontuários foram: gênero, idade, peso, estatura, IMC, perfil de exercício físico e de imagem corporal.

Foram analisados 65 prontuários de pacientes que realizaram sua primeira consulta no ano de 2006. Dentre estes, 48 eram mulheres com idades entre 19 e 71 anos (média de 40,8 anos e desvio padrão de 13,15 anos) e 17 homens com idades entre 22 e 58 anos (média de 36,5 anos e desvio padrão de 11,56 anos).

O peso foi aferido por uma balança eletrônica digital da marca Filizola modelo personal com capacidade para 180 kg, sendo este obtido em quilogramas com aproximação da primeira casa decimal. Os indivíduos foram pesados com roupas íntimas e sem os sapatos e foram orientados a permanecer no centro da balança com postura ereta e braços estendidos ao longo do corpo.

Para a aferição da estatura foi utilizado o estadiômetro de parede da marca Seca, sendo esta obtida em metros com aproximação da primeira casa decimal. A medida foi obtida com o indivíduo em pé, encostado em uma parede, com os pés unidos, a coluna ereta, os braços estendidos ao longo do corpo e a cabeça posicionada perpendicularmente em relação ao pescoço.

O IMC foi obtido por meio do cálculo matemático $IMC (Kg/m^2) = peso (Kg) / altura (m)^2$. Assim, o excesso de peso pode ser classificado em sobrepeso (IMC entre 25 e 29,9 kg/m²), obesidade grau I (IMC entre 30 e 34,9 kg/m²), obesidade grau II (IMC entre 35 e 39,9 kg/m²) e obesidade grau III (IMC maior ou igual a 40 kg/m²). A faixa de normalidade é considerada quando o IMC encontra-se entre 18,5 e 24,9 kg/m² (WHO, 1997).

O perfil do exercício físico foi obtido por pergunta oral e classificado em: inativo fisicamente, pratica 1 vez por semana, 2 vezes por semana e assim por diante até a prática diária de exercício físico. Não foi analisada a intensidade do exercício, mas somente a sua frequência.

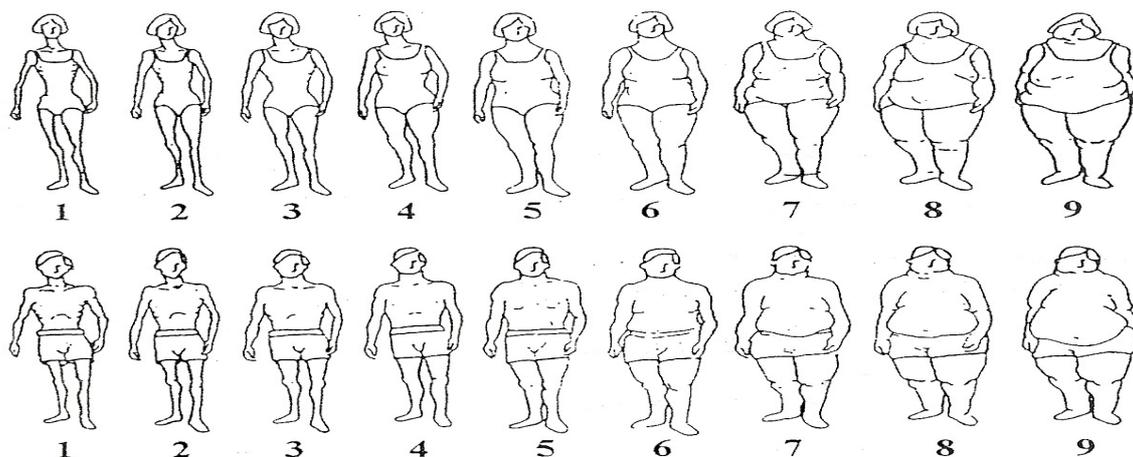
O perfil de imagem corporal foi mensurado por meio da Escala de Desenhos de Silhuetas (Stunkard e colaboradores, 1983 citado por Almeida e colaboradores, 2005), que tem como finalidade avaliar a percepção de tamanho e forma corporal que o paciente tem de si (Figura 1). A escala é composta de

nove desenhos de silhuetas femininas e nove masculinas que representam figuras humanas com variações em ordem crescente de tamanho corporal. Cada figura corresponde a uma classe de IMC: as duas primeiras definem não-obesidade, a terceira define sobrepeso, a quarta e a quinta obesidade grau I, a sexta e a

sétima obesidade grau II e a oitava e a nona obesidade grau III.

Para a análise dos dados foi utilizado o programa SPSS 15.0, em que foram digitadas as informações contidas nos prontuários e realizada a análise por meio do cruzamento das variáveis em questão (IMC, exercício físico e imagem corporal).

Figura 1 - Escala de Desenhos de Silhuetas



Fonte: Stunkard e colaboradores, 1983 citado por Almeida e colaboradores, 2005.

RESULTADOS

Na amostra estudada o IMC dos homens variou entre 25 kg/m² e 37,8 kg/m², sendo que a média ficou em 30,2 kg/m² (desvio padrão de 3,17 Kg/m²). Já entre as mulheres o IMC variou entre 25,2 kg/m² e 40,0 kg/m², sendo a média 29,9 kg/m² (desvio padrão de 3,8 Kg/m²).

A distribuição da amostra segundo o IMC e o gênero pode ser observada na tabela 1.

Tabela 1. Estado nutricional da amostra segundo o gênero. Brasília, 2006.

Estado Nutricional	Gênero			
	Masculino		Feminino	
	N	%	N	%
Sobrepeso	08	47,1	29	60,4
Obesidade grau I	08	47,1	14	29,2
Obesidade grau II	01	5,9	04	8,3
Obesidade grau III	--	--	01	2,1
Total	17	26,1	48	73,9

Pode-se observar que a concentração de mulheres diminuiu à medida que aumentou a classificação do IMC, enquanto que nos homens, a quantidade destes com sobrepeso é a mesma que a dos com obesidade grau I. Percebe-se também que a maior parte da amostra encontra-se nas classificações de sobrepeso e obesidade grau I.

Tabela 2. Freqüência de exercício físico dos pacientes da Clínica de Nutrição. Brasília, 2006.

Exercício Físico	Pacientes	
	N	%
Nenhum	26	40,0
1 vez por semana	01	1,5
2 vezes por semana	04	6,2
3 vezes por semana	15	23,1
4 vezes por semana	03	4,6
5 vezes por semana	09	13,9
6 vezes por semana	06	9,2
7 vezes por semana	01	1,5
Total	65	100,0

Do total de pacientes consultados, 39 (60%) disseram praticar exercício físico,

enquanto o restante (40%) disse levar uma vida inativa, como observado na tabela 2, que mostra a frequência semanal de exercício.

Quando cruzadas as informações da imagem corporal dos indivíduos com o IMC real, observou-se que pouco mais da metade dos pacientes (52,3%) apresentou uma imagem compatível com seu IMC (Tabela 3).

Tabela 3. Perfil da imagem corporal segundo o IMC real dos pacientes da Clínica de Nutrição. Brasília, 2006.

	Pacientes	
	N	%
Imagem compatível ao IMC real	34	52,3
Imagem maior que o IMC real	01	1,5
Imagem menor que o IMC real	30	46,2
Total	65	100,0

Na tabela 3 pode ser observado que, dos 31 indivíduos que não apresentaram uma imagem corporal compatível com seu IMC, 30 (46,2%) deles acreditavam ter uma massa corporal inferior ao que efetivamente tinham.

Tabela 4. Perfil da imagem corporal segundo o IMC real dos pacientes inativos. Brasília, 2006.

	Pacientes	
	N	%
Imagem compatível ao IMC real	11	42,3
Imagem maior que o IMC real	01	3,8
Imagem menor que o IMC real	14	53,8
Total	26	100,0

Quando se desagrega a informação da tabela 3 para os pacientes inativos e os que praticam exercício físico, o cenário muda. Na tabela 4, observa-se a distribuição da relação imagem corporal e IMC real dos indivíduos inativos e constata-se que a maioria dos pacientes pesquisados (53,8%) acredita ter sua imagem corporal inferior ao que efetivamente apresenta.

Já entre os praticantes de exercício físico (tabela 5), o índice de compatibilidade entre a imagem corporal e o IMC real foi maior: 59,0%. Porém, a proporção de pacientes que apresentou uma imagem corporal inferior ao que efetivamente possuem também foi relevante (41,0%).

Os pacientes foram divididos por faixa etária (definidas a partir dos quartis apresentados pelos pacientes). Na tabela 6 pode-se observar a proporção de compatibilidade nas diferentes faixas etárias. Verifica-se que o maior índice de compatibilidade de imagem corporal e IMC real se encontram na faixa etária mais baixa (de 19 a 28 anos), onde 61,1% dos pacientes apresentaram a visão adequada.

Tabela 5. Perfil da imagem corporal segundo o IMC real dos pacientes que praticam exercício físico. Brasília, 2006.

	Pacientes	
	N	%
Imagem compatível ao IMC real	23	59
Imagem maior que o IMC real	-	-
Imagem menor que o IMC real	16	41
Total	39	100

Tabela 6. Frequência de compatibilidade de imagem corporal e IMC real segundo a faixa etária dos pacientes. Brasília, 2006.

Idade	Imagem corporal x IMC Real					
	Incompatível		Compatível		Total	
	N	%	N	%	N	%
19 a 28 anos	07	38,9	11	61,1	18	100
29 a 37 anos	08	53,3	07	46,7	15	100
38 a 50 anos	09	52,9	08	47,1	17	100
51 ou mais anos	07	46,7	08	53,3	15	100

Já na avaliação da compatibilidade da imagem corporal e do IMC real, cruzados com o gênero, os resultados apresentaram-se com pouca diferença entre homens e mulheres.

Entre os homens, o percentual de compatibilidade foi ligeiramente menor que entre as mulheres: 47,1% deles contra 54,2% delas (tabela 7).

Tabela 7. Frequência de compatibilidade de imagem corporal e IMC real segundo o gênero. Brasília, 2006.

Gênero	Imagem corporal x IMC Real					
	Incompatível		Compatível		Total	
	N	%	N	%	N	%
Masculino	09	52,9	08	47,1	31	100
Feminino	22	45,8	26	54,2	34	100

DISCUSSÃO

No presente estudo, a amostra analisada foi de pessoas que procuraram atendimento nutricional pela primeira vez em uma clínica no decorrer de um ano, portanto não foi uma amostra direcionada ou definida previamente. Assim, observou-se que houve uma maior frequência de mulheres interessadas neste tipo de atendimento e estas se encontravam em todas as faixas de IMC, ao contrário dos homens (apenas homens com sobrepeso e obesidade grau I procuraram por atendimento nutricional).

Esta constatação induz várias possibilidades de explicação. Uma das razões pode ser pelo fato de as mulheres se preocuparem mais com as conseqüências que o excesso de peso pode trazer à sua saúde e também à sua estética ou pode demonstrar que os homens ainda não estão afeiçoados a procurar tal ajuda profissional, seja por medo, por falta de costume ou até por ainda não se sentirem pressionados com a cultura da estética na mesma magnitude que as mulheres.

Dessa forma, apesar de haver um número maior de mulheres na amostra estudada, percebeu-se que a média de IMC nos dois gêneros foi bem próxima – 29,9Kg/m² entre as mulheres e 30,2kg/m² entre os homens, sendo que a distribuição destes na amostra foi diferenciada, como destacado acima.

Deve-se observar também que, no geral, não houve uma grande frequência de indivíduos que apresentaram graus de obesidade II e III na presente amostra. Isto pode ser explicado pelo fato de que estas pessoas estão optando por outros tipos de tratamento, especialmente os tratamentos cirúrgicos para a obesidade em detrimento de um acompanhamento nutricional.

Segal e Fandiño (2002) enfatizam que a orientação nutricional e o planejamento da atividade física são os pilares principais do

tratamento para a obesidade. Entretanto, o tratamento convencional continua produzindo resultados insatisfatórios. Além disso, Ades e Kerbauy (2002) afirmam que esgotados ou não os recursos comportamentais para perder peso e tendo em vista o reconhecimento das dificuldades envolvidas, soluções são procuradas via medicação ou outros procedimentos, sendo que o uso de remédios e operações bariátricas vem crescendo nos dias atuais.

Os indivíduos que apresentam um grau maior de obesidade normalmente já experimentaram várias tentativas de dietas e outras formas para emagrecer sem sucesso e acabam mais propensas a um tratamento incisivo e radical na tentativa de melhorar seu estado geral de saúde, visto que muitas complicações já estão instaladas em decorrência da própria obesidade.

Em relação à prática regular de exercícios físicos, 60% dos pacientes que relataram praticá-lo, apenas 23% deles disseram fazê-lo três vezes por semana. Pesquisas mostram que se exercitar nesta frequência, em dias alternados, é suficiente para melhorar vários componentes da aptidão física (Heyward, 2004). Segundo Sánchez e colaboradores (2002), citado por Sáenz-Soto e Gallegos (2004), o exercício físico praticado de forma moderada aumenta o gasto energético, a sensibilidade à insulina e a condição física das pessoas, além de melhorar a resistência aeróbica, a força e flexibilidade muscular e diminuir os fatores de risco de enfermidade cardiovascular e metabólica.

Além desses benefícios, pode-se citar também uma melhora no perfil de lipídeos plasmáticos e lipoproteínas, diminuição da pressão arterial e aumento do condicionamento físico e efeitos psicológicos, melhorando a auto-estima, auto-imagem, auto-conceito e diminuindo a ansiedade e a depressão (Matsudo e Matsudo, 2006).

Porém, ficou demonstrado que uma grande porção da amostra (40%) relatou ser

inativa, ou seja, não realizavam exercícios físicos regulares durante a semana. Este número é compatível com o obtido pelo Ministério da Saúde (2007), que revelou uma porcentagem entre 28,2% e 54,5% de indivíduos insuficientemente ativos nas diversas capitais do país considerando todas as faixas de IMC. Outro estudo que avaliou o nível de atividade física entre doutorandos de Pernambuco, constatou-se uma prevalência de 77,4% de sedentarismo (Alves e colaboradores, 2005).

Já entre os indivíduos com excesso de peso, foi demonstrado em estudo realizado por Adams e colaboradores (2003), citado por Matsudo e Matsudo (2006) que o nível de atividade física diminuiu com o aumento do IMC, independentemente do gênero: homens e mulheres com sobrepeso e obesidade eram menos ativos do que aqueles que estavam com o peso normal.

Esta inatividade é preocupante, pois alguns autores concluem que existe uma relação direta entre IMC e morbidade e mortalidade, especialmente por doenças cardiovasculares e diabetes, além do sedentarismo ser preditor de várias outras doenças, como hipertensão, doenças metabólicas e alguns tipos de câncer. Assim, eles afirmam que o problema fundamental é que a inatividade física leva à alta incidência de doenças e também ao ganho de peso, que por sua vez pode exacerbar o processo da enfermidade (Brodney e colaboradores, 2000 citado por Matsudo e Matsudo, 2006), o que acaba por transformar-se em um ciclo vicioso.

Quando analisada a amostra levando em consideração a variável imagem corporal, percebeu-se que quase a metade do total de pacientes (46,2%) se considerou com uma imagem corporal menor do que seu IMC real, o que demonstra distorção dessa imagem. Além disso, tal distorção apresentou-se ainda mais freqüente entre os indivíduos inativos (53,8% com imagem menor que o IMC real) em comparação com aqueles que praticam exercício físico com alguma regularidade (41% com imagem menor que o IMC real).

Analisando segundo a faixa etária, os pacientes com excesso de peso mais jovens (abaixo de 28 anos) demonstraram possuir uma imagem corporal mais compatível com seu IMC real se comparado aos pacientes mais velhos (acima de 29 anos). Diversos estudos enfatizam que a atividade física

decrece com o aumento da idade (Berkey e colaboradores, 2000; McMurray e colaboradores, 2000 citados por Sáenz-Soto e Gallegos, 2004), o que pode também interferir na imagem corporal, visto que os resultados obtidos mostram a menor incidência de distorção da imagem corporal naqueles que praticam exercícios físicos regulares.

Nos dois aspectos relacionados acima, tanto em relação aos praticantes de exercício físico quanto à faixa etária da amostra, a incompatibilidade da imagem corporal com o IMC real foi sempre relacionada a uma imagem menor do que o IMC real (um percentual muito pequeno ou inexistente afirmou possuir uma imagem maior do que o IMC real). Em estudo que analisou a imagem corporal de adultos universitários de ambos os gêneros, Kakeshita e Almeida (2006) destacaram que há uma tendência das pessoas em estimarem um valor de IMC menor do que o IMC real, o que foi confirmado no presente estudo.

Levando em consideração o gênero, observou-se que os homens apresentaram uma maior incompatibilidade entre sua imagem corporal e o IMC real (52,9% deles apresentaram distorção contra 45,8% das mulheres). O estudo realizado em Ribeirão Preto por Kakeshita e Almeida (2006), mostra que esta discrepância também foi observada, confirmando que parece haver uma maior dificuldade dos homens em perceber o seu próprio estado nutricional.

Porém, quando analisadas as mulheres, o estudo de Ribeirão Preto (Kakeshita e Almeida, 2006) destaca que entre as eutróficas e aquelas com sobrepeso houve uma superestimação da imagem em relação ao IMC real, enquanto que as obesas subestimavam sua imagem, o que pôde ser observado no presente estudo, com a diferença que a amostra analisada aqui foi tanto de mulheres com sobrepeso e obesidade e em ambos os casos, houve subestimação da imagem em relação ao IMC.

Outra pesquisa realizada com mulheres de todas as faixas de IMC utilizando a mesma escala de desenhos de silhuetas do presente estudo observou-se, ao contrário, que houve compatibilidade entre a imagem corporal e o IMC real da amostra. Apenas as mulheres com sobrepeso apresentaram distorção da imagem corporal (Almeida e colaboradores, 2005).

Esta subestimação do IMC, observada aqui, sugere uma insatisfação com a imagem corporal, no sentido de que homens e mulheres valorizam os modelos de magreza, tão exaltados na sociedade contemporânea, deflagrando uma permanente insatisfação com o próprio corpo. Castilho (2001) já afirmava que as conseqüências de uma imagem corporal distorcida podem estar diretamente relacionadas à pressão exercida pela sociedade e os padrões de beleza (mais exigentes para as mulheres), mas pode-se dizer também que há uma ligação com uma baixa auto-estima do indivíduo e a um sentimento de inadequação como pessoa.

Além disso, a imagem corporal também integra os sentimentos de feminilidade e masculinidade, sendo muito importante na formação da identidade sexual. Outro aspecto a ser destacado é que uma imagem corporal negativa pode provocar ansiedade e sentimentos de inadequação em algumas interações sociais, pois se a pessoa não aceita sua aparência, ela pode concluir que os outros também não a apreciam (Castilho, 2001).

Por fim, faz-se válido deixar registrado que esta subestimação na imagem corporal pode ter sido influenciada pela escala de desenhos de silhuetas utilizada, que foi construída segundo padrões corporais internacionais, não exprimindo as características próprias e o biotipo da população brasileira. Por esta razão, infere-se que os estudos realizados até o momento demonstram uma fragilidade na fidedignidade dos resultados e sugere-se que novos estudos sejam realizados com escalas mais compatíveis com nossa realidade.

CONCLUSÃO

Ficou demonstrado que indivíduos mais jovens e aqueles praticantes de exercícios físicos regulares com sobrepeso e obesidade apresentaram menor distorção de sua imagem corporal do que aqueles inativos fisicamente e que são mais velhos. Em relação ao gênero, conclui-se que os homens possuem maior distorção da imagem corporal do que as mulheres e que em ambos os casos esta distorção esteve relacionada a uma subestimação da imagem em relação ao IMC real. A amostra como um todo apresentou baixo nível de atividade física.

REFERÊNCIAS

- 1- Ades, L.; Kerbauy, R.R. Obesidade: realidades e indagações. Psicologia. São Paulo. Vol. 13. Num. 1. 2002. p. 197-216.
- 2- Almeida, G.A.N.; Santos, J.E.; Pasian, S.R.; Loureiro, S.R. Percepção de tamanho e forma corporal de mulheres: estudo exploratório. Psicologia em Estudo. Maringá. Vol. 10. Num. 1. 2005. p. 27-35.
- 3- Alves, J.G.B.; Montenegro, F.M.U.; Oliveira, F.A.; Alves, R.V. Prática de esportes durante a adolescência e atividade física de lazer na vida adulta. Revista Brasileira de Medicina do Esporte. São Paulo. Vol. 11. Num. 5. 2005. p. 291-294.
- 4- American College of Sports Medicine. Diretrizes para os testes de esforço e sua prescrição. Tradução: Giuseppe Taranto. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan. 2007.
- 5- Carvalho, M.C.; Martins, A. A obesidade como objeto complexo: uma abordagem filosófico-conceitual. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. Vol. 9. Num. 4. 2004. p. 1003-1012.
- 6- Castilho, S.M. A imagem corporal. Santo André. ESETec Editores Associados. 2001.
- 7- Cordás, T.A.; Azevedo, A.P. Contra os estigmas da balança. Viver Mente & Cérebro. São Paulo. Num. 11. 2005. p. 56-61.
- 8- Heyward, V.H. Avaliação física e prescrição de exercícios: técnicas avançadas. Tradução: Márcia Dornelles. 4ª ed. Porto Alegre. ArtMed Editora. 2004.
- 9- Kakeshita, I.S.; Almeida, S. de S. Relação entre índice de massa corporal e a percepção da auto-imagem em universitários. Revista de Saúde Pública. São Paulo. Vol. 40. Num. 3. 2006. p. 497-504.
- 10- Matsudo, V.K.R.; Matsudo, S.M.M. Atividade física no tratamento da obesidade. Einstein. São Paulo. Vol. 4. Supl. 1. 2006. p. S29-S43.
- 11- Matsudo, V.K.R.; Matsudo, S.M.M.; Araújo, T.L.; Ribeiro, M.A. Dislipidemias e a promoção

Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento.
ISSN 1981-9919 versão eletrônica

Periódico do Instituto Brasileiro de Pesquisa e Ensino em Fisiologia do Exercício

w w w . i b p e f e x . c o m . b r - w w w . r b o n e . c o m . b r

da atividade física: uma revisão na perspectiva de mensagens de inclusão. Revista Brasileira de Ciência e Movimento. Brasília. Vol. 13. Num. 2. 2005. p. 161-170.

12- Ministério da Saúde. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 17 capitais e Distrito Federal 2002-2003; 2004-2005. Rio de Janeiro. INCA. 2007.

13- Morgan, C.M.; Azevedo, A. de M.C. Transtornos alimentares e obesidade: aspectos socioculturais. Porto Alegre. Artmed. 1998.

14- Sáenz-Soto, N.E.; Gallegos, E.C. Efecto de intervención física sobre alimentación e actividad física em adolescentes mexicanos com obesidad. Texto & contexto-enfermagem. Florianópolis. Vol. 13. Num. 1. 2004. p. 17-25.

15- Segal, A.; Fandiño J. Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas. Revista Brasileira de Psiquiatria. São Paulo. Vol. 24. Supl. 3. 2002. p. 68-72.

16- Vasques, F.; Martins, F.C.; Azevedo, A.P. Aspectos psiquiátricos do tratamento da obesidade. Revista de Psiquiatria Clínica. São Paulo. Vol. 31. Num. 4. 2004. p. 195-198.

17- World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva. 1997.

Recebido para publicação em 16/08/2008
Aceito em 30/09/2008