

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Estado nutricional, satisfação e percepção corporal em funcionários do *Campus*
de Ribeirão Preto - USP

Júlia Macedo Bueno

Ribeirão Preto

2008

JÚLIA MACEDO BUENO

Estado nutricional, satisfação e percepção corporal em funcionários do *Campus*
de Ribeirão Preto - USP

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre junto ao Programa de Pós-
Graduação Enfermagem em Saúde pública.

Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública.
Inserida na linha de pesquisa: Processo Saúde-Doença e
Epidemiologia

Orientador: Profa. Dra. Rosane Pilot Pessa Ribeiro

Ribeirão Preto

2008

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL E PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

BUENO, Júlia Macedo

Estado nutricional, percepção e satisfação corporal em funcionários do *Campus* de Ribeirão Preto - USP.

100 p; 30cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientadora: Profa. Dra. Rosane Pilot Pessa Ribeiro

1. Palavras-Chaves: estado nutricional, sobrepeso, obesidade, imagem corporal.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Júlia Macedo Bueno

Estado nutricional, percepção e satisfação corporal em funcionários do *Campus* de Ribeirão Preto – USP.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre junto ao Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovado em: _____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Dedico esta dissertação ao meu marido, **Hélder**,
que está sempre presente ao meu lado,
compartilhando comigo todos os momentos.

Aos meus pais, **Magda e Rubens**,
e à minha irmã, **Claudia**, que também
se fazem sempre presentes.

AGRADECIMENTOS

Ao meu marido, **Hélder**, meu amor e eterno amigo; pelo apoio, incentivo, carinho e companheirismo sempre, inclusive durante a coleta de dados desta dissertação, na qual ofereceu sua valiosa ajuda como meu auxiliar de pesquisa.

Aos meus pais, **Magda** e **Rubens**, companheiros desta e de todas as outras trajetórias, por mim percorridas, pelo incentivo, apoio e afeto incondicionais.

A minha irmã, **Claudia**, por mesmo estando distante, se fazer sempre tão presente em minha vida.

A **Profa. Dra. Rosane Pilot Pessa Ribeiro**, por ter me acolhido e acreditado em mim, por me incentivar a crescer, pessoal e intelectualmente, pela maneira humana, carinhosa, gentil e competente com que me orientou durante esta caminhada.

A **Profa. Dra. Claudia Benedita dos Santos**, pelo apoio estatístico e pelo esforço em me ensinar cada dia um pouco mais.

Ao **Prof. Dr. Sebastião de Sousa Almeida** e à **Profa. Dra. Maria Helena Larcher Caliri**, pelas relevantes considerações e sugestões realizadas durante o exame de qualificação.

Aos **professores da Pós-Graduação** da Escola de Enfermagem, que me ensinaram muito sobre a Saúde Pública, a estatística e o trabalho humanizado em saúde, com ricas discussões em sala de aula e com seu exemplo pessoal.

A **Profa. Dra. Isis do Carmo Kettelhut**, professora da Pós-Graduação da Bioquímica, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, por ter me acolhido com tanto carinho e, posteriormente, me incentivado a buscar um novo caminho acadêmico, que me trouxesse mais realização profissional.

Aos **amigos da Pós-Graduação** por estarem presentes, sempre me incentivando e compartilhando os momentos bons e outros difíceis, no decorrer destes dois anos.

Aos **novos amigos de Ribeirão Preto**, pelos momentos de distração e amizade que guardarei com muito carinho para sempre.

Ao **CNPQ**, pelo apoio financeiro, sem o qual este caminho teria sido muito mais árduo.

À **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto**, em especial ao Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública, não só pela excelência de seus professores, mas também pela confiança em mim depositada. A todos os funcionários, que me auxiliaram sempre nos momentos que precisei de sua ajuda.

À **Prefeitura do Campus de Ribeirão Preto** e aos **chefes das seções** por autorizarem a coleta de dados junto aos seus funcionários, sem a qual esta pesquisa seria impossível.

Aos **sujeitos desta pesquisa** por terem se mostrado tão acessíveis e carismáticos, abrindo mão de alguns minutos da sua, já tão atribulada rotina de trabalho, para que eu realizasse a coleta de dados. Sem eles esta pesquisa não existiria.

A **todas as pessoas** que, direta ou indiretamente, tornaram esta pesquisa possível.

AS CONTRADIÇÕES DO CORPO

Meu corpo não é meu corpo,
é ilusão de outro ser.
Sabe a arte de esconder-me
e é de tal modo sagaz
que a mim de mim ele oculta

Meu corpo, não meu agente,
meu envelope selado,
meu revólver de assustar,
tornou-se meu carcereiro,
me sabe mais que me sei.

Meu corpo apaga a lembrança
que eu tinha de minha mente,
Inocula-me seus patos,
me ataca, fere e condena
por crimes não cometidos.

O seu ardil mais diabólico
está em fazer-se doente.
Joga-me o peso dos males
que ele tece a cada instante
e me passa em revulsão.

Meu corpo inventou a dor
a fim de torná-la interna,
integrante do meu Id,
ofuscadora da luz
que aí tentava espalhar-se.

Outras vezes se diverte
sem que eu saiba ou que deseje,
e nesse prazer maligno,
que suas células impregna,
do meu mutismo escarnece.

Meu corpo ordena que eu saia
em busca do que não quero,
e me nega, ao se afirmar
como senhor do meu Eu
convertido em cão servil.

Meu prazer mais refinado
não sou eu quem vai sentí-lo.
É ele, por mim, rapace,
e dá mastigados restos
à minha fome absoluta.

Se tento dele afastar-me,
por abstração ignorá-lo,
volto a mim, com todo o peso
de sua carne poluída,
seu tédio, seu desconforto.

Quero romper com meu corpo,
quero enfrentá-lo, acusá-lo,
por abolir minha essência,
mas ele sequer me escuta
e vai pelo rumo oposto.

Já premiado por seu pulso
De inquebrantável rigor,
Não sou mais quem dantes era:
Com volúpia dirigida,
saio a bailar com meu corpo.

Carlos Drummond de Andrade

RESUMO

BUENO, J. M. Estado nutricional, satisfação e percepção corporal em funcionários do *Campus* de Ribeirão Preto – USP. 2008. 100f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

A obesidade é considerada uma doença crônica cujo aumento da prevalência nas últimas décadas tem determinado importantes implicações para a definição de prioridades e estratégias de ação na área de saúde pública. Sua abordagem deve incluir não somente os aspectos orgânicos relacionados à etiologia e terapêutica, como também os fatores psicológicos principalmente aqueles relacionados à imagem corporal. Desta forma, o objetivo deste estudo foi avaliar o estado nutricional e investigar a percepção e satisfação corporal em funcionários da Prefeitura do *Campus* Administrativo de Ribeirão Preto-USP. Para tanto, foram avaliados 209 sujeitos de ambos os sexos, que responderam a um questionário auto-aplicável com questões sócio-demográficas, de auto-avaliação corporal, sobre a necessidade e desejo de perder peso, além de outras relacionadas ao conhecimento e interesse por um programa de reeducação alimentar (PRAUSP-EERP). Foram coletadas medidas de peso, estatura e circunferência da cintura, além da utilização da Escala de Figuras de Silhuetas para avaliação da imagem corporal. Como resultados, em médias, encontrou-se que a idade dos participantes era de 45 anos, com predominância do sexo masculino (75,6%). A maioria deles era casada ou tinha união estável e o ensino médio completo como escolaridade mínima. Quase metade deles tinha renda familiar mensal de cinco salários mínimos. O IMC Real, calculado pelo peso e estatura, foi 27,7 Kg/m², sendo que 44,5% dos sujeitos apresentavam sobrepeso e 27,2% obesidade. A circunferência da cintura foi de 97,1cm, sendo que apenas um terço dos indivíduos encontrava-se com valores aceitáveis desse parâmetro. Essa mesma proporção da amostra se sentia gordo e com algum grau de insatisfação com o peso atual. No entanto, a maioria gostaria de pesar menos do que pesava na época do estudo; 70,8% achavam que tinha a necessidade de perder peso e 73,2% apresentavam vontade para isso. O IMC relativo à escolha da silhueta atual foi 28,6 Kg/m² e o da silhueta escolhida como desejada foi 23,4 Kg/m². Em

relação à percepção corporal, existiu diferença significativa entre as médias de IMC Real e Atual, sugerindo uma possível distorção da imagem corporal nesses indivíduos, principalmente nas mulheres. Os mesmos resultados foram encontrados em relação à satisfação corporal quando comparados o IMC Atual e Desejado, porém com diferença para ambos os sexos. Mais da metade dos sujeitos já tinha ouvido falar do PRAUSP-EERP e demonstraram interesse em participar do mesmo (67,9% e 61,2%, respectivamente). Concluiu-se que esta população apresentou alta prevalência de excesso de peso e risco de complicações metabólicas associadas à obesidade e, além disso, superestimaram o peso corporal e mostraram-se insatisfeitos com a imagem que tinham de si mesmos. Esses resultados apontam para uma situação bastante preocupante, tornando-se de fundamental importância o planejamento de estratégias de ação relacionadas à prevenção e tratamento da obesidade.

Palavras-chave: estado nutricional, sobrepeso, obesidade, imagem corporal.

ABSTRACT

BUENO, J. M. **Body nutritional state, satisfaction and perception of employees from the University of São Paulo (USP) in Ribeirão Preto Campus.** 2008. 100f. Master's Dissertation – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

Obesity is considered a chronic disease in which the rise of the prevalence in the last decades has determined important implications for the definition of priorities and action strategies in the public health area. Its approach must include, not only the organic aspects related to etiology and therapeutic, but also the psychological factors, mainly the ones related to body image. Because of this, the objective of this study was to evaluate the nutritional state and investigate the body perception and satisfaction on the City Hall employees from the Administrative Campus in the University of São Paulo in Ribeirão Preto. For this, two hundred and nine (209) people of both genders were evaluated and answered a self-applicable questionnaire with socio demographic questions, self body evaluation, the necessity and wish of losing weight among other questions related to the knowledge and interest for a program of alimentary re-education of the Nursing School of University of São Paulo in Ribeirão Preto (PRAUSP-EERP). Measures of weight, height and waist circumference were collected together with the use of the Figure Scale of the Silhouette for the evaluation of the body image. As a result, the average age of the participants was of 45 years-old, in which 75,6% were male and most of them were married or had a stable relationship and had the average education and almost half of them had a monthly income of five minimum wages. The real BMI, calculated by the weight and height, was of 27,7 Kg/m² and 44,5% of the people was overweight and 27,2% was obese. The waist circumference was of 97,1 cm in which only a third of the people were found with acceptable values on this parameter. This group felt fat and with a considered level of dissatisfaction with their current weight. Therefore, most of them would like to weigh less than they had in the time of the study; 70,8%

thought that they needed to lose weight and 73,2% presented the will to do so. The BMI related to the current silhouette choice was 28.6 Kg/m² and the one chosen as the wished silhouette was 23,4 Kg/m². In relation to the body perception there was a difference between the real and current BMI suggesting a possible distortion of the body image on these people, mainly on the women. The same results were found in relation to the body satisfaction when compared with the current and wished BMI, however, with a difference between the genders. More than half of them had heard about the PRAUSP-EERP and demonstrated interest in taking part in the program (67,9% and 61,2%, respectively). In conclusion this population presented a high prevalence of weigh excess and metabolic risks related to obesity and moreover, overestimated the body weight and presented discontented with the image they had of themselves. These results led to a worrying situation making the planning of strategies related to the prevention and treatment of obesity of fundamental importance.

Key words: nutritional state, overweight, obesity, body image.

RESUMEN

BUENO, J. M. Estado nutricional, satisfacción y percepción corporal en funcionarios del *Campus* de Ribeirão Preto – USP. 2008. 100f. Disertación (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

La obesidad es considerada una enfermedad crónica cuyo aumento de la prevalencia en las últimas décadas ha determinado importantes implicaciones para la definición de prioridades y estrategias de acción en el área de la salud pública. Su abordaje debe incluir no solo aspectos orgánicos relacionados con la etiología y terapéutica, sino también, factores psicológicos principalmente aquellos relacionados a la imagen corporal. De esta forma, el objetivo de este estudio fue evaluar el estado nutricional e investigar la percepción y satisfacción corporal en funcionarios de la Prefectura del campus Administrativo de Ribeirão Preto-USP. Para eso fueron evaluados 209 sujetos de ambos sexos, que respondieron a un cuestionario auto-aplicable con preguntas socio-demográficas, de autoevaluación corporal, sobre la necesidad y deseo de perder peso, además de otras relacionadas al conocimiento e interés por un programa de reeducación alimentar (PRAUSP-EERP). Fueron colectadas medidas de peso, estatura y circunferencia de la cintura, además de la utilización de la Escala de Figuras de Siluetas para evaluación de la imagen corporal. Como resultados, en media, fue verificada que la edad de los participantes era de 45 años, con predominio del sexo masculino (75,6%). La mayoría de ellos eran casados o tenían unión estable y formación secundaria completa como escolaridad mínima. Aproximadamente 50% tenía renta familiar mensual de cinco salários mínimos. El Índice de Masa Corporal (IMC) Real, calculado por peso y estatura, fue de 27,7 Kg/m², siendo que 44,5% de los sujetos presentaban sobrepeso y 27,2% obesidad. La circunferencia de la cintura fue de 97,1cm, siendo que apenas una tercera parte de los individuos se encontraba con valores aceptables de ese parámetro. Esa misma proporción de la muestra se sentía gordo y com algún grado de insatisfacción con el peso actual. Sin embargo, a la mayoría le gustaría pesar menos de lo que pesaba en el momento del estudio; 70,8% consideraron que tenían necesidad de perder peso y 73,2% mostraron interés de

perder peso. El IMC relativo a la elección de la silueta actual fue 28,6 Kg/m² y de la silueta escogida como deseada fue 23,4 Kg/m². En relación a la percepción corporal, existió diferencia significativa entre las medias de IMC Real y Actual, sugiriendo una posible distorsión de la imagen corporal en esos individuos, principalmente en las mujeres. Los mismos resultados fueron encontrados en relación a la satisfacción corporal al compararlos con el IMC Actual y Deseado, sin embargo, con diferencia para ambos sexos. Más de 50% de los sujetos ya había escuchado sobre PRAUSP-EERP y demostraron interés en participar del mismo (67,9% y 61,2%, respectivamente). Fue concluido que esta población presentó alta prevalencia de exceso de peso y riesgo de complicaciones metabólicas asociadas a la obesidad y, además de eso, sobreestimación del peso corporal y manifestación de insatisfacción con la imagen que tenían de si mismos. Esos resultados apuntan para una situación bastante preocupante, tornándose de fundamental importancia el planeamiento de estrategias de acción relacionadas a la prevención y tratamiento de la obesidad.

Palabras claves: estado nutricional, sobrepeso, obesidad, imagen corporal.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** - Distribuição dos funcionários da PCARP-USP, segundo faixa etária, Ribeirão Preto, 2008 51
- Figura 2** – Distribuição dos funcionários da PCARP-USP, segundo estado nutricional, Ribeirão Preto, 200853
- Figura 3** - Distribuição dos funcionários da PCARP-USP, segundo estado nutricional e sexo, Ribeirão Preto, 2008 54
- Figura 4** – Distribuição dos funcionários da PCARP-USP, segundo o risco de complicações metabólicas relacionado à medida da circunferência da cintura, Ribeirão Preto, 2008 55
- Figura 5** – Distribuição dos funcionários da PCARP-USP, segundo as categorias do Índice de Massa Corporal Atual, Ribeirão Preto, 2008 62
- Figura 6** – Distribuição dos funcionários da PCARP-USP, segundo as categorias do Índice de Massa Corporal Desejado, Ribeirão Preto, 2008 63
- Figura 7** – Distribuição dos Índices de Massa Corporal Real, Atual e Desejado, segundo amostra total, sexo feminino e masculino, Ribeirão Preto, 2008 65

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** – Sistema de pontuação relativo à posse de itens, segundo o Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil, 2008 45
- Quadro 2** – Sistema de pontuação relativo ao grau de escolaridade do chefe da família, segundo o Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil, 2008..... 45
- Quadro 3** – Pontos de corte para as classes econômicas, segundo o Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil, 2008 46
- Quadro 4** – Distribuição dos funcionários da PCARP-USP, segundo as variáveis socioeconômicas e demográficas, Ribeirão Preto, 2008 52
- Quadro 5** – Distribuição dos funcionários da PCARP-USP, segundo sua auto-avaliação do peso corporal, Ribeirão Preto, 2008 56

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Classificação do estado nutricional, segundo o Índice de Massa Corporal	46
Tabela 2 – Pontos de corte da medida da circunferência da cintura relativos ao risco de complicações metabólicas associadas à obesidade, segundo sexo	47
Tabela 3 - Distribuição dos funcionários da PCARP-USP, segundo estado nutricional e risco para complicações metabólicas relacionado à medida da circunferência da cintura, em Ribeirão Preto, 2008	55
Tabela 4 – Distribuição dos funcionários da PCARP-USP, segundo estado nutricional e autopercepção do peso corporal, Ribeirão Preto, 2008	57
Tabela 5 – Distribuição dos funcionários da PCARP-USP, segundo estado nutricional e grau de satisfação com o peso corporal, Ribeirão Preto, 2008	57
Tabela 6 – Distribuição dos funcionários da PCARP-USP, segundo estado nutricional e medida indireta de percepção do peso corporal, Ribeirão Preto, 2008.....	58
Tabela 7 – Distribuição dos funcionários da PCARP-USP, segundo autopercepção e medida indireta de percepção do peso corporal, Ribeirão Preto, 2008	58
Tabela 8 – Distribuição dos funcionários da PCARP-USP, segundo grau de satisfação e medida indireta de percepção do peso corporal, Ribeirão Preto, 2008	59
Tabela 9 – Distribuição dos funcionários da PCARP-USP, segundo grau de satisfação e autopercepção do peso corporal, Ribeirão Preto, 2008	60

Tabela 10 - Distribuição dos funcionários da PCARP-USP, segundo estado nutricional e necessidade de perda de peso, Ribeirão Preto, 2008	60
Tabela 11 - Distribuição dos funcionários da PCARP-USP, segundo estado nutricional e vontade de perder peso, Ribeirão Preto, 2008	61
Tabela 12 - Distribuição dos funcionários da PCARP-USP, segundo necessidade e vontade de perder peso, Ribeirão Preto, 2008	61
Tabela 13 - Distribuição dos funcionários da PCARP-USP, segundo estado nutricional e interesse em participar do PRAUSP-EERP, Ribeirão Preto, 2008.....	65

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 Etiologia e fatores de risco para o excesso de peso	18
1.2 Comorbidades e excesso de peso	21
1.3 Epidemiologia do problema	22
1.4 Diagnóstico do excesso de peso	25
1.5 Imagem corporal	26
1.6 Alimentação como prática sociocultural e reeducação alimentar	29
1.7 Justificativa do estudo	33
2 OBJETIVOS	35
2.1 Objetivo Geral	36
2.2 Objetivos Específicos	36
3 METODOLOGIA	37
3.1 Delineamento e local do estudo	38
3.2 Sujeitos	38
3.3 Materiais e procedimentos	39
3.4 Estudo Piloto	44
3.5 Aspectos éticos	44
3.6 Análise dos resultados	44
4 RESULTADOS	50
5 DISCUSSÃO	67
6 CONCLUSÕES	80
REFERÊNCIAS	82
APÊNDICES	92
Apêndice A	93
Apêndice B	94
Apêndice C	96
ANEXOS	97
Anexo A	98
Anexo B	99
Anexo C	100

1 INTRODUÇÃO

Durante muito tempo na história da humanidade, o ganho de peso e o acúmulo de gordura foram vistos como sinais de saúde e prosperidade. Hoje, contudo, a obesidade é considerada uma doença crônica, que afeta todas as faixas etárias, presente tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1997).

A obesidade, distúrbio nutricional que nas últimas décadas vem aumentando sua incidência tanto nas sociedades afluentes como nos países em desenvolvimento, integra o grupo de Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Estas se caracterizam por serem doenças com história natural prolongada, múltiplos fatores de risco, interação de fatores etiológicos, especificidade de causa desconhecida, além de longo período de latência e curso assintomático. Têm evolução clínica, em geral, lenta, prolongada e permanente, sinais e sintomas com períodos de remissão e de exacerbação, possuem múltiplas determinações com forte componente ambiental, causam lesões celulares irreversíveis e evolução para diferentes graus de incapacidade ou para a morte (MARIATH et al., 2007; PINHEIRO; FREITAS; CORSO, 2004).

A obesidade pode ser definida como o grau de armazenamento de gordura no organismo associado a riscos para a saúde devido à sua associação com várias complicações metabólicas, sendo considerada uma doença com graves reflexos sobre a saúde da população mundial (MARQUES-LOPES et al., 2004, WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995).

Além do grau de excesso de gordura, a sua distribuição regional no corpo interfere nos riscos associados ao excesso de peso. A obesidade andróide, que é definida como o excesso de gordura abdominal, representa maior risco do que a

distribuição ginecóide, com menos complicações à saúde do indivíduo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998).

Já o sobrepeso, que significa um aumento exclusivo de peso, por si só não tem efeito imediato no desenvolvimento de doenças crônicas, porém a história de excesso de peso pode contribuir para variações nos riscos à saúde (BRASIL, 2006).

1.1 Etiologia e fatores de risco para o excesso de peso

O excesso de peso (sobrepeso e obesidade) se instala quando ocorre um balanço energético positivo, ou seja, aporte calórico excessivo e crônico de substratos combustíveis presentes nos alimentos e bebidas, em relação ao gasto energético do indivíduo. O desenvolvimento do excesso de peso possui múltiplas causas e é resultado de complexas interações entre fatores genéticos, psicológicos, socioeconômicos, culturais, ambientais, alterações metabólicas e neuroendócrinas (MARQUES-LOPES et al., 2004).

Os fatores que levam o indivíduo ao balanço energético positivo variam de pessoa para pessoa. Acredita-se que os fatores genéticos possam estar relacionados à eficiência no aproveitamento, armazenamento e mobilização dos nutrientes ingeridos; ao gasto energético, em especial à taxa metabólica basal (TMB); ao controle do apetite e ao comportamento alimentar. Embora os fatores genéticos possam contribuir para a ocorrência da obesidade, estima-se que somente pequena parcela dos casos de obesidade, na atualidade, possam ser atribuídos a estes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998; FRANCISCHI et al., 2000; SICHIERI, 1998).

Diversos estudos evidenciaram a contribuição das desordens endócrinas na gênese da obesidade. Ressalta-se dentre estas, o hipotireoidismo e problemas no hipotálamo, porém estas causas representam menos de 1% dos casos (FRANCISCHI et al., 2000).

Existem evidências que comprovam a associação entre a ocorrência de obesidade entre membros de uma mesma família, acreditando-se que isso possa ser devido tanto a fatores genéticos quanto aos hábitos de vida. A ocorrência de obesidade dos pais leva ao risco aumentado de ocorrência de obesidade nos filhos, chegando a ser quase duas vezes maior para os indivíduos com pai e mãe obesos (GIGANTE et al., 2004).

Sob o olhar da epidemiologia, o crescimento acelerado da obesidade nas populações é derivado da modernização das sociedades, a qual, entre outras coisas, provocou maior oferta de alimentos aliada à melhoria dos instrumentos de trabalho, como a mecanização e automação. A economia de gasto de energia humana no trabalho e a maior oferta de alimentos mudaram radicalmente o modo de viver (MARINHO et al., 2003).

A obesidade, focalizada pelos aspectos vinculados a alterações na alimentação, indica o aumento da ingestão energética decorrente tanto da elevação quantitativa do consumo de alimentos como de mudanças na dieta que se caracterizam pela ingestão de alimentos com maior densidade energética, ou pela combinação dos dois. O processo de industrialização dos alimentos tem sido apontado como um dos principais responsáveis pelo aumento energético da dieta da maioria das populações do Ocidente (MENDONÇA; ANJOS, 2004).

As tendências de transição nutricional decorrentes da urbanização e industrialização ocorridas no último século direcionam para uma dieta mais

ocidentalizada, destacando-se o aumento da densidade energética, maior consumo de carnes, leite e derivados ricos em gorduras e redução do consumo de frutas, cereais, verduras e legumes, a qual, aliada à diminuição progressiva da atividade física, converge para o aumento no número de casos de obesidade em todo o mundo. No caso do Brasil, estudos comprovam essa transição nos padrões nutricionais, relacionando-os com mudanças demográficas, socioeconômicas e epidemiológicas que, ao longo do tempo, estão refletindo na diminuição progressiva da desnutrição e no aumento da obesidade (MARIATH et al., 2007; FRANCISCHI et al., 2000).

A redução do nível de atividade física e sua relação com a ascensão na prevalência da obesidade referem-se às mudanças na distribuição das ocupações por setores e nos processos de trabalho com redução do esforço físico ocupacional; das alterações nas atividades de lazer, que passam de atividades de gasto acentuado, para longas horas diante da televisão ou do computador e do uso crescente de equipamentos domésticos com redução do gasto energético da atividade (MENDONÇA; ANJOS, 2004).

Atualmente, níveis socioeconômicos mais baixos e falta de atividade física são importantes determinantes do sobrepeso e da obesidade. Alguns estudiosos também relacionam problemas psicológicos ao ganho de peso, sendo assim, estresse, ansiedade e depressão influenciam principalmente o comportamento alimentar (DOBROW; KAMENETZ; DEVLIN, 2002; FRANCISCHI et al., 2000).

1.2 Comorbidades e excesso de peso

O aumento da prevalência e a evolução da obesidade ao longo dos anos determinam importantes implicações para a definição de prioridades e estratégias de ação em Saúde Pública. Isto se deve ao fato de que, embora a obesidade deva ser considerada como doença em si mesma, ela representa também um dos principais fatores de risco de outras doenças crônicas, paralelamente ao fumo, hipertensão e hipercolesterolemia (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2003).

Existe uma grande associação entre o excesso de gordura corporal e o aumento de morbimortalidade relacionada às doenças cardiovasculares, agravos associados à resistência insulínica, hipercolesterolemia, hipertensão arterial, acidente vascular cerebral, diabetes mellitus tipo II, doença pulmonar obstrutiva, apnéia do sono, problemas musculares e esqueléticos crônicos, doenças de pele, infertilidade, doenças da vesícula biliar, certos tipos de neoplasias (especialmente hormônio-dependentes: mama, próstata, endométrio, rins, vesícula biliar e cólon) e morte súbita (HALPERN; RODRIGUES; COSTA, 2004; CARNEIRO et al., 2003; NAVARRO et al., 2001).

A combinação do Índice de Massa Corporal (IMC) acima de 30,0 Kg/m², com outros fatores, como por exemplo, tabagismo, hipertensão, dislipidemia, diabetes mellitus, pode levar a riscos diferentes de adoecer. Da mesma forma, o excesso de peso, resultante da combinação do baixo consumo de frutas, legumes e verduras, fonte de fibras e substâncias antioxidantes, alto consumo de gorduras saturadas, açúcares e álcool, associado a pouca atividade física, pode apresentar diferentes conseqüências em relação ao desenvolvimento de dislipidemias e doença coronariana, em virtude da pré-disposição genética (FRANCISCHI et al., 2000).

De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (2003), o IMC está aumentando em muitas populações. Diversos estudos mostram que as pessoas que foram subnutridas na infância e se tornaram obesas quando adultas tendem a desenvolver doenças como hipertensão, cardiopatias e diabetes, com complicações mais severas para a saúde do que com as que nunca foram subnutridas.

Da mesma forma que o excesso de massa corporal traz riscos, o padrão de distribuição da gordura tem implicações diferenciadas à saúde. Indivíduos com circunferência abdominal aumentada apresentam aumento de tecido adiposo visceral, que confere risco para distúrbios metabólicos e cardiovasculares como dislipidemias, hipertensão arterial e diabetes mellitus, independentemente do IMC. A obesidade abdominal pode elevar o risco da ocorrência de diabetes tipo II em dez vezes, fato este que tem aumentado de forma exponencial em vários países, inclusive no Brasil (MARIATH et al., 2007; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995).

O excesso de peso produz efeitos metabólicos adversos sobre a pressão arterial, níveis de colesterol, triglicérides e a resistência à insulina. Segundo estimativas, aproximadamente 85,0% das pessoas com diabetes são do tipo 2 e destas, 90,0% têm excesso de peso (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2003).

1.3 Epidemiologia do problema

A Transição Nutricional é um processo de modificações seqüenciais no padrão de nutrição e consumo, que acompanham mudanças econômicas, sociais e demográficas, e do perfil de saúde das populações. Desta forma, a algumas

décadas atrás, a desnutrição era assumida como um agravo nutricional relevante para os países em desenvolvimento, e a obesidade, para os países desenvolvidos. Na atualidade, tanto os países desenvolvidos como os aqueles em desenvolvimento não se apresentam como unidades homogêneas, quer para a prevalência da desnutrição, quer para a da obesidade. Ao contrário, podem ser caracterizados em uma fórmula mista tanto de excesso de peso quanto de déficit nutricional (PINHEIRO; FREITAS; CORSO, 2004).

A obesidade é reconhecidamente um problema de saúde que afeta as sociedades em diversas partes do mundo, caracterizando-se na atualidade como uma epidemia com tendência a pandemia, não apenas em países industrializados, como também em países em desenvolvimento. Existe mais de um bilhão de adultos com excesso de peso, desse grupo, 300 milhões apresentam obesidade clínica. Trata-se do principal componente de incidência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis e incapacidade (PITANGA; LESSA, 2006; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2003).

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis vêm aumentando no Brasil e são a principal causa de óbitos em adultos; sendo a obesidade um dos fatores de maior risco para o adoecimento neste grupo. A prevenção e o diagnóstico precoce da obesidade são importantes aspectos para a promoção da saúde e a redução da morbimortalidade, não somente por ser um fator de risco para outras doenças, mas também por interferir na duração e qualidade de vida (BRASIL, 2006).

De acordo com os dados da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN), 1989, cerca de 32,0% dos adultos brasileiros têm algum grau de excesso de peso. Destes, 6,8 milhões de indivíduos (8,0%) apresentam obesidade, com predomínio entre as mulheres (70,0%). A prevalência ainda se acentua com a idade,

atingindo valor maior na faixa etária de 45–54 anos, 37,0% entre homens e 55,0% entre mulheres (PINHEIRO; FREITAS; CORSO, 2004).

A partir de três inquéritos comparáveis, realizados no último quarto do século vinte, nas duas mais populosas regiões brasileiras, evidenciou-se mudança substancial na tendência secular da obesidade segundo níveis de escolaridade da população. Enquanto no primeiro período (1975-1989), o risco de obesidade foi ascendente em todos os níveis de escolaridade, tendendo a ascensão ser máxima para homens e mulheres com maior escolaridade; no segundo período (1989-1997), o aumento da obesidade foi máximo para indivíduos sem escolaridade, registrando-se estabilidade ou mesmo diminuição da enfermidade nos estratos femininos de média ou alta escolaridade (MONTEIRO; CONDE; CASTRO, 2003).

Trabalhos relacionando o excesso de peso com níveis socioeconômicos, geralmente definidos pelos indicadores escolaridade, renda e ocupação, têm revelado nas sociedades afluentes, correlação negativa dessas morbidades com o *status* social, principalmente entre as mulheres. De acordo o Estudo Nacional da Despesa Familiar (ENDEF), realizado em 1975, e a PNSN, em 1989, no intervalo de tempo entre o primeiro e o segundo levantamento, o sobrepeso aumentou na proporção de 58,0% para os homens e 42,0% para as mulheres e o aumento da obesidade foi de 100,0% para o sexo masculino e 70,0% para o feminino (MARINHO et al., 2003).

1.4 Diagnóstico do excesso de peso

As condições nutricionais podem ser expressas pela medida das dimensões corporais, sendo a antropometria um dos métodos mais utilizados para a avaliação do estado nutricional. A antropometria é indicada como método mais útil para identificar pessoas obesas, pois tem baixo custo, é um método não-invasivo e de fácil utilização, universalmente aplicável e com boa aceitação pela população (BRASIL, 2006).

O IMC é um dos indicadores antropométricos mais utilizados na identificação de indivíduos em risco nutricional. Isso ocorre em virtude da sua facilidade de aplicação, seu baixo custo e pequena variação intra ou intermedidor, sendo recomendado para a medida em nível populacional e na prática clínica. A World Health Organization (1998) diferencia o sobrepeso da obesidade, que são definidos em termos de excesso de peso, pelo ponto de corte adotado para cada um: $IMC > 25,0 \text{ Kg/m}^2$ para sobrepeso e $IMC > 30,0 \text{ Kg/m}^2$ para obesidade. Todavia, em razão de não refletir a distribuição regional da gordura corporal, deve ser utilizado em combinação com outros indicadores de localização dos depósitos adiposos (BRASIL, 2006; BRASIL, 2004; SAMPAIO; FIGUEIREDO, 2005; ABRANTES; LAMOUNIER; COLOSIMO, 2003).

Medidas regionais de obesidade, entre as quais a circunferência da cintura, são capazes de fornecer estimativas de gordura centralizada que, por sua vez, está relacionada à quantidade de tecido adiposo visceral. Assim, essa medida vem sendo largamente utilizada em estudos de base populacional como indicador da gordura abdominal, seja pela sua associação com a ocorrência de doenças cardiovasculares

como, por exemplo, a hipertensão arterial, seja pela alta correlação que possui com métodos laboratoriais de avaliação da composição corporal (MARIATH et al., 2007).

1.5 Imagem corporal

A preocupação com os prejuízos relacionados à obesidade inclui também os aspectos psicológicos, como, por exemplo, aqueles relacionados à imagem corporal. Sendo o corpo o instrumento natural do homem, cada grupo social imprime uma expectativa em torno dele. É através do corpo que os indivíduos se manifestam no mundo e revelam sua posição na sociedade. Dentro dessa perspectiva, o corpo se sobrepõe aos limites do biológico, às condições materiais de vida, assumindo também dimensões socioculturais fundamentais (FERREIRA; MAGALHÃES, 2005).

Os valores simbólicos relacionados à obesidade podem variar entre sistemas e grupos sociais em diferentes contextos históricos. Assim, ao longo do tempo, o conceito de corpo saudável ou bonito tem sofrido transformações. Em dados períodos históricos, os corpos grandes e arredondados foram considerados sinais de opulência, saúde e poder, tendo uma valorização positiva no imaginário coletivo. Em contraste, nas últimas décadas, prevaleceu a valorização de corpos esbeltos e esguios, considerados situação ideal de aceitação, êxito, poder, beleza e mobilidade social (ALMEIDA et al., 2005; FERREIRA; MAGALHÃES, 2005).

Neste sentido, a percepção do tamanho corporal é associada a fortes valores culturais, pois historicamente, as culturas tendem a estigmatizar traços ou comportamentos que sejam considerados negativos ou desviantes. Desta forma, a obesidade tem sido considerada uma condição estigmatizada pela sociedade e associada a características negativas, favorecendo discriminações e sentimento de

insatisfação. Sendo assim, um dos aspectos importantes para a compreensão da obesidade é a imagem corporal, que, segundo Gardner (1996), é definida como a figura mental que se tem das medidas, dos contornos e da forma do próprio corpo, além dos sentimentos concernentes a essas características e às partes deste (FERREIRA; MAGALHÃES, 2006; NUNES et al., 2001).

De acordo com Schilder (1999), a imagem corporal só adquire suas possibilidades e existência porque o corpo não é isolado e a estruturação da imagem corporal se dá no contato e na troca contínua com outras imagens corporais. A formação de uma identidade corporal nasce da intercomunicação e das trocas sociais entre os indivíduos. Na construção da auto-imagem corporal, onde o objeto em foco é o próprio sujeito, outras referências exteriores também são apropriadas pelo indivíduo para serem incorporadas. Sendo o corpo a parte da pessoa que é inicialmente apresentada para o mundo em interações sociais, o modo como o sujeito pensa que os outros vêem o seu corpo é refletido em no auto-retrato e auto-imagem. A imagem corporal nunca permanece fixa ou uniforme, mas deriva de um esforço permanente do sujeito para transpor essa identidade corporal (GIORDANI, 2006; FERRIANI et al., 2005; JOSEPH, 2000).

O processo de formação da imagem corporal pode ser influenciado pelo sexo, idade, meios de comunicação, bem como pela relação do corpo com os processos cognitivos como crença, valores e atitudes inseridos em uma cultura. A insatisfação com o corpo tem sido associada à discrepância entre a percepção e o desejo relativo ao tamanho e a forma corporal. A cultura da magreza determina valores e normas que, por sua vez, condicionam atitudes e comportamentos relacionados ao tamanho do corpo, à aparência e ao peso (DAMASCENO et al., 2005; NUNES et al., 2001).

Ao mesmo tempo em que o estilo de vida contemporâneo está alicerçado nos avanços tecnológicos, que contribuem para a diminuição dos níveis de atividade física laborais e de lazer, associado ao aumento do consumo de alimentos hipercalóricos, os padrões de beleza exigem perfis antropométricos cada vez mais magros. É cada vez maior a exigência de aparência magra, sendo crescente a insatisfação das pessoas com a própria aparência (BRANCO; HILÁRIO; CINTRA, 2006; BOSI et al., 2006).

Existe um conflito entre o ideal de beleza prescrito pela sociedade atual e o somatotipo da maioria da população. Este conflito pode levar à comportamentos alimentares anormais e práticas inadequadas de controle de peso que estão associadas à insatisfação pessoal e à baixa auto-estima, sendo comumente expressos pela insatisfação com o peso corporal. Para o indivíduo obeso, a pressão é ainda maior, pois estes se caracterizam por depreciarem a própria imagem física, sentindo-se inseguros em relação aos outros e imaginando que estes os vêem com hostilidade e desprezo (KAKESHITA; ALMEIDA, 2006; FERRIANI et al., 2005; NUNES et al., 2001).

A insatisfação relacionada ao peso, muitas vezes, leva a uma imagem corporal negativa, reforçada pela ênfase cultural na magreza e estigma social da obesidade. De uma forma geral, os estudos sobre imagem corporal apontam para prejuízos relacionados à insatisfação, depreciação, distorção e preocupação com a auto-imagem, todos eles sendo fortemente influenciados por fatores sócio-culturais (ALMEIDA et al., 2002).

Vale ressaltar ainda, a influência negativa que exercem os meios de comunicação de massa, que se são objetos complexos para investigações. Assim, existem evidências que apontam para a influência da mídia sobre os distúrbios

alimentares e de imagem corporal, pois ao mesmo tempo em que exhibe corpos perfeitos e esguios, estimula práticas alimentares não-saudáveis. O desfile de figuras jovens, com corpos esqueléticos ou musculosos, torna muito difícil, principalmente para os jovens, considerar a beleza em sua diversidade e singularidade, ou seja, como componente individual, sem se prender a padrões estéticos cada vez mais inatingíveis (BOSI et al., 2006; SAIKALI et al., 2004).

A insatisfação com a imagem corporal é mais prevalente nas culturas industriais e, em geral, ocidentais, sendo mais comum entre as mulheres do que entre os homens, espelhando assim, diferenças transculturais na importância da magreza para cada sexo. Apesar de existirem valores de IMC recomendados pela Organização Mundial de Saúde para a adequada manutenção da saúde, o tipo físico idealizado ou peso “ideal”, é determinado socioculturalmente. Este peso “ideal”, sendo muito menor que o peso médio da população, em especial das mulheres, faz com que, a maioria delas, quando comparadas a esse padrão rigoroso, se sintam acima do peso. Esta pressão social pelo corpo ideal constitui uma fonte significativa de sofrimento (SAUR, 2007; VEGGI et al., 2004).

Para Nunes et al. (2001), olhar-se como obeso sem ser, implica uma distorção cognitiva que pode ser explicada por algum tipo de aprendizado imposto a um grupo por pressão psicossocial e cultural.

1.6 Alimentação como prática sociocultural e reeducação alimentar

A nutrição, a alimentação e o alimento foram pensados durante muito tempo apenas através da ótica biológica, metabólica e fisiológica, negligenciando outras formas de análise das práticas alimentares. Quando estas são compreendidas como

práticas sociais, passa-se a ter uma compreensão antropológica e social, pois, o homem biológico, o social, o ser psíquico, afetivo e cultural são indissociáveis (ROTENBERG; VARGAS, 2004).

Para um verdadeiro cuidado à saúde, deve-se levar em consideração que a alimentação é um aspecto fundamental. Para tanto, é necessário que se entenda a nutrição e o comportamento alimentar como práticas sociais, não podendo ser abordados por uma única perspectiva disciplinar. Para um melhor entendimento do assunto, faz-se necessário uma abordagem interdisciplinar, envolvendo noções de várias áreas, pois o significado do ato de nutrir, de comer, ultrapassa o mero ato biológico (SAUR, 2007; ROTENBERG; VARGAS, 2004).

Desta forma, tanto o que é permitido consumir como o que é proibido, constitui uma linguagem de classificação social da alimentação. A comida simboliza o contato diário com a vida, não apenas na dimensão da necessidade orgânica, sobretudo no sentido de continuar a participar socialmente do mundo (FREITAS, 1996).

O apego exclusivo aos aspectos técnicos, negando expressões que ficam no domínio do popular e do empírico, desconsidera a comida para quem come. Não se deve perder de vista que, independentemente do nosso interesse pelos princípios teóricos construídos pela ciência, nós comemos comida e não nutrientes. Muitas vezes, a visão biológica, científica, transforma a comida em nutrientes, mas comer é mais que a ingestão destes (GARCIA, 1997; GARCIA, 1992).

A procura por aconselhamento nutricional insere-se numa busca de âmbito maior por qualidade de vida. O aconselhamento dietético pode e deve se constituir numa oportunidade para a busca ativa de uma vida mais prazerosa e plena (RODRIGUES; SOARES; BOOG, 2005).

Sendo assim, há de se reservar lugar de destaque para ações de educação em nutrição e alimentação, onde a mudança nos hábitos de vida e, conseqüentemente, alimentares não deve advir de um processo de normatização e muito menos de culpabilização do indivíduo, pois as mudanças não se restringem apenas à mudança no consumo de alimentos, de atividade física, mas tem influência sobre toda a constelação de significados ligados ao comer, ao corpo e ao viver (GARCIA, 1992).

O ser humano é, a um só tempo, físico, biológico, psíquico, cultural, social e histórico, dessa forma, a condição humana deve ser o objeto essencial de todo o ensino e também de toda prática profissional, inclusive no campo da nutrição. São essenciais o diálogo entre educador e educando (nutricionista-cliente) e a problematização do comportamento alimentar, atentando-se aos aspectos inerentes à realidade de vida do educando. Torna-se imprescindível, ainda que a ciência e a técnica se submetam às necessidades, tais quais sentidas e percebidas pelos indivíduos na concretude de sua existência (MORIN, 2001; FREIRE, 1998).

Nessa perspectiva, uma abordagem pragmática que apenas instrui sobre como proceder, ignorando conflitos e contradições, reduzindo o ato de se alimentar ao que comer, o que comprar e como preparar não será eficaz, à medida que leva o educando (cliente/paciente) a proceder segundo o pensar do educador, e destituindo o “seu comer” dos significados culturais a ele inerentes, pois pela alimentação o homem expressa-se psicológica e culturalmente (BOOG, 1999).

Nesse sentido, a reeducação alimentar tem um papel importante em relação ao processo de transformação, recuperação e promoção de hábitos alimentares saudáveis, já que proporciona os conhecimentos necessários à auto tomada de decisão, formando atitudes, hábitos e práticas alimentares sadias e variadas.

Contudo, vale ressaltar que não é um processo fácil, já que exige um alto comprometimento e disciplina por parte do sujeito (ROTENBERG; VARGAS, 2004).

Como proposta dietética, no tratamento da obesidade, esta abordagem defende que é possível emagrecer e manter o peso comendo diversos alimentos sem restrição calórica importante. Além de ser um método saudável, sensato e seguro, não provoca sensação de fome e sofrimento, pois nada é proibido desde que, respeitadas as quantidades estabelecidas previamente. É um programa que deve ser seguido para sempre já que prevê a aquisição de novos hábitos e comportamentos frente à alimentação. Devido a isso, o emagrecimento é mais lento quando comparado a outras dietas altamente restritivas, porém, o resultado é mais duradouro (STURMER, 2001).

A prevenção, a manutenção do peso ou uma dieta para perdê-lo fazem parte das principais estratégias, a longo prazo, para o gerenciamento eficaz do peso nas pessoas e em grupos em risco de obesidade. Esse trabalho deve envolver ações multisetoriais e integradas, visando mudanças nos hábitos cotidianos, com redução moderada na ingestão de energia, associada à prática de exercícios físicos. Estas estratégias devem ser desenvolvidas, de tal forma, que alcance todas as camadas sociais da população. Não só como prevenção, mas estas, também correspondem às principais formas de tratamento não-farmacológico da obesidade (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2003; FRANCISCHI; PEREIRA; LANCHETA JÚNIOR, 2001; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998).

Para que esse processo de mudança de hábitos alimentares seja efetivo, é necessário que o indivíduo esteja motivado para tal envolvimento. Para Holli e Calabrese (1991), a motivação pode ser conceituada como alguma coisa que faz uma pessoa agir, ou o processo de estimular uma pessoa a agir. A motivação é

freqüentemente utilizada para descrever os processos que instigam, fornecem direção e propósito a um comportamento, permitindo a persistência deste e conduzindo às escolhas ou preferências de uma determinada ação.

A motivação, sendo um processo complexo é influenciada por muitas variáveis intrínsecas e extrínsecas. Sendo assim, as influências motivacionais de hoje podem ser diferentes de amanhã, e metas a curto prazo podem preceder sobre as de longo prazo (ASSIS; NAHAS, 1999).

Desta forma, a motivação intrínseca surge do indivíduo e pertence aos seus desejos, necessidades, direções ou metas. Fatores externos ou extrínsecos podem suplementar positiva ou negativamente esta motivação, sendo eles: suporte familiar, prazer ou até mesmo recompensas materiais. A motivação pessoal em seguir as recomendações dietéticas, pode ser influenciada positivamente pelo suporte profissional ou prejudicada, por exemplo, em ocasiões sociais, ou devido à falta de suporte familiar e de amigos (HORN et al., 1997).

1.7 Justificativa do estudo

Acreditando na reeducação alimentar como a modalidade de abordagem dietética mais adequada para o tratamento nutricional da obesidade, foi criado em 1998 pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, o Programa de Reeducação Alimentar (PRAUSP – EERP) para orientação nutricional de indivíduos com excesso de peso.

O Programa passou a ser desenvolvido, a partir de 2005, no Centro Multidisciplinar de Promoção à Saúde e Prevenção de Doenças, da Prefeitura do *Campus* Administrativo de Ribeirão Preto - USP (PCARP-USP). Este programa

conta com uma equipe multidisciplinar composta por nutricionistas, psicóloga, educador físico e uma aluna do curso de graduação em Enfermagem.

A população atendida inicialmente foi originária das diversas seções e serviços da PCARP-USP. Porém, com o passar do tempo, a demanda diminuiu gradativamente, enquanto pessoas de outras instituições se interessaram pela estratégia e foram inseridas no programa, sendo aberto para toda a comunidade do *Campus* a partir de 2006. Desde então, onze grupos de pessoas com excesso de peso participaram do programa, totalizando cerca de 165 indivíduos. Ele é desenvolvido ao longo de 10 semanas com um encontro semanal para orientação alimentar e apoio psicológico e três encontros semanais para realização de atividade física adaptada no Centro de Educação Física, Esportes e Recreação (CEFER).

Sendo a obesidade um problema relevante para a Saúde Coletiva sob o ponto de vista epidemiológico-nutricional, o conhecimento de seus efeitos na saúde e bem estar dos indivíduos torna-se relevante cientificamente. Desta forma, diante da situação epidemiológica nacional e local, entende-se que seja necessário realizar um levantamento do estado nutricional da população-alvo do PRAUSP-EERP, a fim de estimar a prevalência de excesso de peso, além de avaliar a percepção e a satisfação corporal, para o planejamento de ações preventivas e curativas voltadas para estes indivíduos.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar o estado nutricional e investigar a percepção e satisfação corporal em funcionários da Prefeitura do *Campus* Administrativo de Ribeirão Preto-USP.

2.2 Objetivos Específicos

- Conhecer as condições socioeconômicas e demográficas da população-alvo;
- Verificar a adequação pômdero-estatural e medida de depósito de gordura abdominal, relacionando-a ao risco de comorbidades;
- Investigar a necessidade e desejo de perda de peso;
- Avaliar a percepção e a satisfação corporal dos sujeitos;
- Avaliar se os indivíduos sabem da existência do Programa de Reeducação Alimentar (PRAUSP-EERP) e se interessam em participar do mesmo.

3 METODOLOGIA

3.1 Delineamento e local do estudo

O estudo, do tipo transversal, descritivo e quantitativo, foi realizado no *Campus* da Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto.

3.2 Sujeitos

Participaram da investigação uma amostra de funcionários da Prefeitura do *Campus* Administrativo de Ribeirão Preto-USP (PCARP-USP), de ambos os sexos, na faixa etária entre 19 e 59 anos, durante o período de maio à julho de 2008.

Nessa época, a PCARP – USP contava com um quadro de 478 funcionários, sendo que 26 deles tinham 60 anos ou mais e não existia nenhum indivíduo com menos de 19 anos, resultando assim, um total de 452 adultos. Destes, 124 (27,4%) eram do sexo feminino e 328 (72,6%) do sexo masculino.

A amostra foi calculada a partir de uma fórmula utilizada para estimar o tamanho da amostra para populações finitas, em estudos de prevalência (SILVA, 1998). A fórmula utilizada segue-se abaixo:

$$n = \frac{n^*}{1 + (n^*/N)}$$

Onde: n= tamanho da amostra; n*= tamanho da amostra para estimar proporções (nível de confiança de 95%) e N= tamanho da população.

Desta forma, inicialmente obteve-se uma amostra de 208 indivíduos, a qual foi adicionada uma correção de 10,0% como percentual de perda, perfazendo, assim, um total de 231 pessoas. Para refletir de maneira mais fidedigna as

características populacionais, optou-se por seguir, na amostra, a proporção entre homens e mulheres da população.

Para o sorteio dos participantes utilizou-se a amostragem aleatória estratificada (SILVA, 1998), com sorteio dos indivíduos em cada uma das seções da PCARP-USP, de acordo com o número total e sexo dos funcionários daquela seção. Quando o indivíduo sorteado foi enquadrado em algum dos critérios de exclusão, este foi substituído pelo próximo sujeito da listagem de funcionários. Já em caso de recusa, optou-se por não realizar a substituição do participante, a fim de garantir a aleatoriedade da amostra.

Os critérios de exclusão de participantes foram os seguintes: gravidez, deficiência física apresentada na direta observação pela pesquisadora, além de férias ou licença médica durante o período de coleta dos dados.

3.3 Materiais e procedimentos

Os sujeitos que aceitaram participar do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), dando início à coleta de dados, que foi realizada em seu local de trabalho, em salas cedidas pela chefia para este fim. Toda a coleta de dados foi realizada pela pesquisadora anteriormente treinada e capacitada para tal, sendo em alguns momentos auxiliada por um auxiliar de pesquisa, também devidamente treinado.

3.3.1 Dados sócio-demográficos

Os indivíduos responderam a um questionário auto-aplicável, construído para este estudo, com dados referentes à idade, sexo, estado civil e nível de escolaridade. Este questionário ainda continha questões relacionadas à percepção do peso corporal, ao desejo e necessidade de perda ponderal e sobre o conhecimento e vontade de participar do PRAUSP - EERP (Apêndice B).

Para classificação econômica dos sujeitos, utilizou-se o Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil - CCEB (Anexo A). Este instrumento foi elaborado pela Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP) para estimar o poder de compra dos indivíduos e famílias urbanas, com base no Levantamento Socioeconômico do IBOPE (Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística), classificando-os por classes econômicas (CCEB, 2008).

3.3.2 Dados antropométricos

Para determinação do diagnóstico nutricional, foram realizadas medidas antropométricas de peso e estatura, além da circunferência da cintura. As medidas foram realizadas de acordo com as orientações contidas no Manual do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004).

3.3.2.1 Peso

O peso foi aferido utilizando-se a balança portátil digital eletrônica Plenna, de capacidade máxima de 150 Kg, mínima de 2 Kg e precisão de 50g. O indivíduo manteve-se em cima da balança, sem calçados e com roupas leves, posicionando-se no centro da plataforma da balança com os braços estendidos ao longo do corpo. Os sujeitos foram orientados a retirarem objetos tais como chaves, cintos, óculos, telefones celulares e quaisquer outros que poderiam interferir no peso total (BRASIL, 2004).

3.3.2.2 Estatura

Para medir a estatura foi utilizado o antropômetro portátil Alturaexata, de altura máxima de 2,13 m e precisão de 0,1cm. O indivíduo permaneceu descalço, com os pés formando um ângulo de 45° e com os calcanhares encostados na barra da escala de medida, permaneceu em pé, ereto, olhando para frente, sem fletir ou estender a cabeça e sem adornos (chapéus, arcos, prendedores, etc.). A barra horizontal foi abaixada até repousar no topo da cabeça. A leitura foi feita o mais próximo de 0,5 cm (BRASIL, 2004).

3.3.2.3 Cálculo do Índice de Massa Corporal - IMC

O peso e a estatura foram utilizados para cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), utilizado para verificar a adequação do peso pela altura, cuja fórmula está representada abaixo (WHO, 1998).

$$\text{IMC} = \text{peso atual} / (\text{altura})^2$$

Este IMC calculado no momento da entrevista, a partir do peso e altura aferidos, foi chamado de IMC Real para diferenciá-lo do IMC referente às silhuetas escolhidas pelo indivíduo na Escala de Figuras de Silhuetas.

3.3.2.4 Circunferência da cintura

A medida da circunferência da cintura foi utilizada como preditora de risco de complicações metabólicas associadas à obesidade. Com uma fita métrica inextensível, mediu-se a circunferência da menor curvatura localizada entre o último arco costal e a crista ilíaca, sendo que o indivíduo permaneceu em pé, ereto, com os músculos abdominais relaxados, braços estendidos ao longo do corpo e com os pés afastados numa distância de 25 a 30 cm. A roupa foi afastada, de forma que a região da cintura ficasse despida (BRASIL, 2004).

Imediatamente após a coleta de dados, como forma de oferecer retorno dos resultados antropométricos aos participantes da pesquisa, foi emitida uma avaliação (Apêndice C) com o cálculo do IMC e circunferência da cintura, com a interpretação dos resultados e sua relação com fatores de risco à saúde, além da entrega de

folder educativo sobre alimentação saudável e convite para participação no PRAUSP - EERP.

3.3.3 Dados sobre percepção e satisfação corporal

A percepção e a satisfação corporal foram investigadas utilizando-se a Escala de Figuras de Silhuetas – Contour Drawing Rating Scale (Anexo B). Esta escala foi desenvolvida e validada por Thompson e Gray (1995) e recentemente, adaptada e validada para adultos brasileiros por Kakeshita (2008). A escala consiste em 30 silhuetas, sendo 15 de cada gênero, apresentadas em cartões individuais, com variações progressivas na escala de medidas, da figura mais magra à mais larga, considerando-se inclusive a relação cintura-quadril. O IMC das silhuetas varia de 12,5 Kg/m² até 47,5 Kg/m², com intervalos constantes de 2,5 Kg/m² entre silhuetas seguidas.

O indivíduo foi solicitado a escolher um cartão, dentre os dispostos sobre uma superfície plana, em série ordenada ascendente, com a silhueta que mais se aproximava da imagem que tinha de seu próprio corpo no momento da entrevista, gerando, assim, a variável Silhueta Atual com seu respectivo IMC Atual. Após anotar esta primeira escolha, solicitou-se que o sujeito indicasse qual cartão continha a silhueta que mais se aproximava daquela que gostaria de ter, gerando novamente uma variável, denominada Silhueta Desejada, com seu respectivo IMC Desejado e tomou-se nota desta nova escolha.

3.4 Estudo Piloto

Anteriormente à coleta de dados propriamente dita, realizou-se um estudo piloto para teste e avaliação dos instrumentos e procedimentos utilizados, com uma amostra composta por 22 funcionários da PCARP-USP, de 25 a 52 anos, provenientes de diversas seções, sendo 81,8% (n=18) do sexo feminino e 18,2% (n=4) do sexo masculino. Esta etapa foi importante para adequação do método de aplicação do questionário e das questões e instrumentos utilizados, contudo os dados oriundos do piloto não foram utilizados neste estudo.

3.5 Aspectos éticos

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, protocolo n°. 0820/2007 (Anexo C).

3.6 Análise dos dados

3.6.1 Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil

A análise dos resultados referentes à classificação econômica dos indivíduos seguiu as orientações do documento Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil/ 2008 – O novo critério de classificação econômica Brasil (CCEB, 2008). Os valores correspondentes às alternativas escolhidas pelos indivíduos, quando questionados sobre a quantidade de itens que possuíam em sua casa, encontram-se no Quadro abaixo.

Quadro 1 – Sistema de pontuação relativo à posse de itens, segundo o Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil, 2008.

Posse de itens	Não tem (Pontuação)	Tem (Quantidade) (Pontuação)			
		1	2	3	4
Televisores em cores	0	1	2	3	4
Videocassete/ DVD	0	2	2	2	2
Rádios	0	1	2	3	4
Banheiros	0	4	5	6	7
Automóveis	0	4	7	9	9
Empregadas mensalistas	0	3	4	4	4
Máquinas de lavar	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer(*)	0	2	2	2	2

(*) Independente ou 2ª porta da geladeira

Fonte: Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil (2008)

Para a classificação econômica da família, levou-se em consideração, ainda, a escolaridade do chefe da família. No Quadro 2, encontram-se os valores de pontuação referentes a esta variável.

Quadro 2 – Sistema de pontuação relativo ao grau de escolaridade do chefe da família, segundo o Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil, 2008.

Grau de instrução do chefe da família	Pontuação
Analfabeto/ até 3ª série fundamental	0 pontos
4ª série fundamental	1 pontos
Fundamental completo	2 pontos
Médio completo	4 pontos
Superior completo	8 pontos

Fonte: Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil (2008)

A seguir, são apresentados os pontos de corte das classes econômicas, de acordo com a pontuação obtida pela somatória das respostas dadas pelos indivíduos nas questões posse de itens e escolaridade do chefe da família (Quadro 3).

Quadro 3 – Pontos de corte para as classes econômicas, segundo o Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil, 2008.

Classes Econômicas	Pontuação
A1 - *RFM= R\$9733,47	42 a 46 pontos
A2 - RFM= R\$6563,73	35 a 41 pontos
B1 - RFM= R\$3479,36	29 a 34 pontos
B2 - RFM= R\$2012,67	23 a 28 pontos
C1 - RFM= R\$1194,53	18 a 22 pontos
C2 - RFM= R\$726,26	14 a 17 pontos
D - RFM= R\$484,97	8 a 13 pontos
E – RFM = R\$276,70	0 a 7 pontos

*RFM – Renda Familiar Mensal

Fonte: Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil (2008)

3.6.2 Referenciais antropométricos

3.6.2.1 Índice de Massa Corporal

Os valores encontrados de IMC foram categorizados segundo os referenciais propostos pela WHO (1998), porém agrupando-se as os vários graus de obesidade (Tabela 1).

Tabela 1 – Classificação do estado nutricional, segundo o Índice de Massa Corporal.

Estado nutricional	*IMC (Kg/m²)
Baixo peso	< 18,5
Eutrofia	18,5 ≤ IMC ≤ 24,9
Sobrepeso	25,0 ≤ IMC ≤ 29,9
Obesidade	≥30,0

*IMC – Índice de Massa Corporal

Fonte: Modificado de WHO (1998).

3.6.2.2. Circunferência da cintura

Os dados obtidos em relação à circunferência da cintura foram categorizados segundo pontos de corte propostos pela WHO (1998), expostos na tabela abaixo.

Tabela 2 – Pontos de corte da medida da circunferência da cintura relativos ao risco de complicações metabólicas associadas à obesidade, segundo sexo.

	Risco	Sem alteração	Elevado	Muito elevado
Sexo				
Masculino		<94 cm	$94 \leq CC < 102$	≥ 102
Feminino		<80 cm	$80 \leq CC < 88$	≥ 88

Fonte: WHO (1998).

3.6.3 Medida indireta de percepção do peso corporal

Esta variável foi construída pela diferença do peso que os indivíduos referiram como o peso que gostariam de ter e o peso aferido no momento da entrevista. Seguindo a metodologia proposta por Nunes et al. (2001), esta diferença resultou em uma variável de três categorias: (1) peso que gostaria de ter menor do que o peso aferido – considerado como desejo de pesar menos; (2) peso que gostaria de ter igual (± 2 Kg) ao peso aferido – considerado como desejo de permanecer com o mesmo peso; e (3) peso que gostaria de ter maior do que o peso aferido – considerado como desejo de pesar mais.

3.6.4 Autopercepção do peso corporal e grau de satisfação

A autopercepção e o grau de satisfação com o peso atual foram avaliados por duas questões objetivas, cujas respostas foram graduadas de acordo com uma escala.

Quando questionados sobre a autopercepção do peso corporal, os indivíduos optaram por uma resposta, entre três possíveis, que retratava como eles viam o próprio corpo: magro (a); nem gordo (a), nem magro (a) ou gordo (a). Na questão sobre grau de satisfação com o peso corporal, a pessoa indicou como se sentia em relação à seu peso atual, escolhendo novamente uma, entre três respostas: satisfeito (a); nem satisfeito (a), nem insatisfeito (a) ou insatisfeito (a).

3.6.5 Análise estatística

Os dados obtidos foram organizados em um banco de dados utilizando-se a técnica da dupla verificação. No programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 10.0, os dados foram processados e analisados de forma descritiva (valores médios e desvios-padrão) e inferencial.

As associações entre categorias de IMC e sexo, faixa etária, circunferência da cintura, auto-avaliação do peso corporal, necessidade e vontade de perder peso, além das variáveis conhecimento e vontade de participar do PRAUSP-EERP foram verificadas por meio do teste Qui-Quadrado. A associação entre circunferência da cintura e sexo também foi verificada através deste teste.

Para avaliar uma possível diferença entre as médias de IMC Real e Atual e IMC Atual e Desejado, foi utilizado o Teste t de “Student” pareado, tanto para a amostra geral, quanto dividida por sexo.

4 RESULTADOS

A partir do cálculo da amostra, foram convidados a participar do estudo 236 indivíduos, entretanto 19 (8,05%) se recusaram e 08 (3,39%) questionários foram perdidos por apresentarem preenchimento incompleto. Desta forma, a amostra em estudo foi composta por 209 funcionários da Prefeitura do *Campus* Administrativo de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (PCARP – USP), com idade média de 45 anos (desvio-padrão: \pm 8,7 anos), variando de 21 a 59 anos, dentro da faixa etária inicialmente proposta de adultos. A distribuição dessa variável revelou que aproximadamente metade dos indivíduos encontrava-se na faixa etária de 40 a 49 anos (Figura 1), sendo que 24,4% (n=51) eram do sexo feminino e 75,6% (n=158) do sexo masculino.

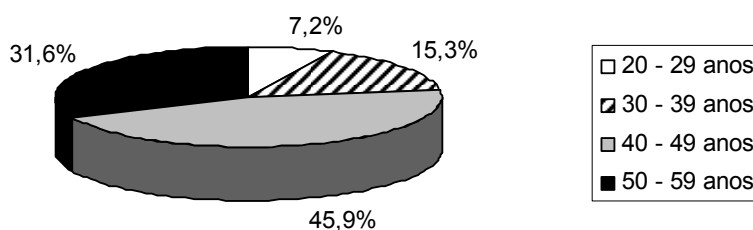


Figura 1 - Distribuição dos funcionários da PCARP-USP, segundo faixa etária, Ribeirão Preto, 2008.

No quadro abaixo, encontram-se os dados socioeconômicos e demográficos da amostra. Pôde-se perceber que a maioria dos indivíduos era casada ou tinha uma união estável e o ensino médio completo como escolaridade mínima. Em relação à classificação econômica das famílias, quase metade foi classificada na classe B2, o que correspondia a uma renda familiar mensal de aproximadamente R\$ 2012,67, ou seja, em torno de cinco salários mínimos.

Quadro 4 – Distribuição dos funcionários da PCARP-USP, segundo as variáveis socioeconômicas e demográficas, Ribeirão Preto, 2008.

Variáveis socioeconômicas e demográficas		
Estado Civil	n	%
Solteiro (a)	30	14,4
Viúvo (a)	03	1,4
Divorciado (a)	24	11,5
Casado (a) ou união estável	152	72,7
Nível de Escolaridade	n	%
Ensino Fundamental Incompleto	30	14,4
Ensino Fundamental Completo	20	9,6
Ensino Médio Incompleto	22	10,5
Ensino Médio Completo	82	39,2
Ensino Superior Incompleto	18	8,6
Ensino Superior Completo	37	17,7
Classificação Econômica	n	%
Classe A1 – *RFM= R\$9733,47	04	1,9
Classe A2 – RFM= R\$6563,73	13	6,2
Classe B1 – RFM= R\$3479,36	44	21,1
Classe B2 – RFM= R\$2012,67	89	42,6
Classe C1 – RFM= R\$1194,53	47	22,5
Classe C2 – RFM= R\$726,26	10	4,8
Classe D – RFM= R\$484,97	02	1,0

*RFM – Renda Familiar Mensal

Com base nos dados antropométricos, observou-se em relação ao estado nutricional, que a média de IMC Real foi 27,7 Kg/m² (desvio-padrão: ± 5,1Kg/m²), o que caracteriza uma condição de sobrepeso. Percebeu-se ainda, que aproximadamente a metade dos sujeitos (44,5%) encontrava-se na categoria de sobrepeso e proporções semelhantes, nas categorias eutrofia (26,3%) e obesidade (27,2%) (Figura 2). Observou-se ainda que a prevalência de excesso de peso atingiu um nível de 71,7% (n=150).

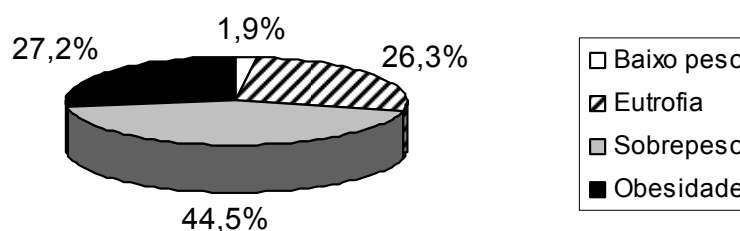


Figura 2 – Distribuição dos funcionários da PCARP-USP, segundo estado nutricional, Ribeirão Preto, 2008.

Pelo fato da prevalência de baixo peso ter sido muito baixa (1,9%), optou-se por agrupar, para as análises seguintes, esta categoria com a eutrofia.

Para avaliar se existia influência da idade no estado nutricional, realizou-se uma correlação entre esses dois parâmetros, cujo resultado não apresentou diferença estatisticamente significativa ($p=0,37$). No entanto, quando analisou-se este parâmetro por sexo, observou-se maior proporção de mulheres com peso adequado e homens com sobrepeso e obesidade. A média de IMC Real para as mulheres foi de $26,4 \text{ Kg/m}^2$ (desvio-padrão: $\pm 6,1 \text{ Kg/m}^2$) e para os homens $28,2 \text{ Kg/m}^2$ (desvio-padrão: $\pm 4,7 \text{ Kg/m}^2$). A prevalência de excesso de peso foi estatisticamente maior ($p=0,00$) em homens (77,8%) do que em mulheres (52,9%) (Figura 3).

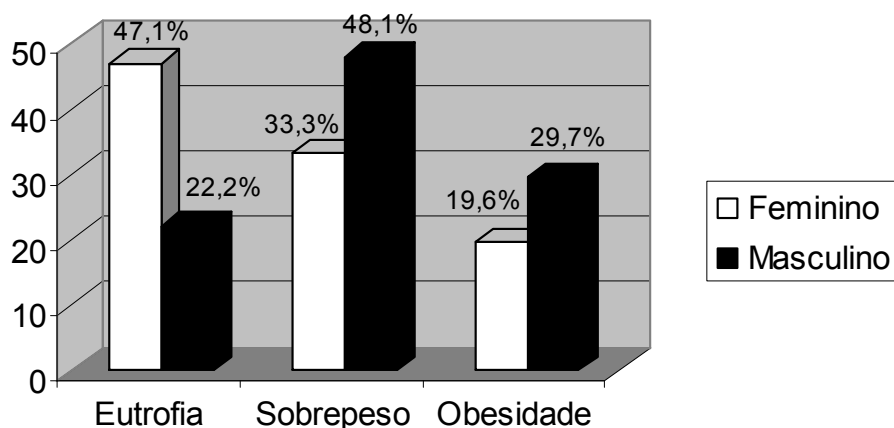


Figura 3 - Distribuição dos funcionários da PCARP-USP, segundo estado nutricional e sexo, Ribeirão Preto, 2008.

Investigou-se também o risco de complicações metabólicas relacionado à medida da circunferência da cintura. Como pode ser visto na figura 4, apenas um terço dos indivíduos encontravam-se com valores aceitáveis desse parâmetro, ou seja, até 94 cm para os homens e 80 cm para as mulheres. O restante da amostra (70,0%) apresentava risco elevado ou muito elevado. A circunferência da cintura média da população foi de 97,1 cm (desvio-padrão: $\pm 13,4$ cm). Os homens apresentaram circunferência da cintura média de 100,1 cm (desvio-padrão: $\pm 11,5$ cm) e as mulheres 87,9 cm (desvio-padrão: $\pm 14,7$ cm), o que caracteriza risco elevado para ambos.

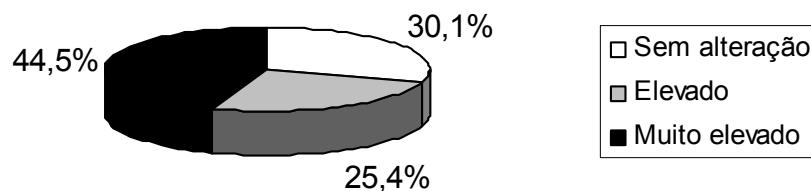


Figura 4 – Distribuição dos funcionários da PCARP-USP, segundo o risco de complicações metabólicas relacionado à medida da circunferência da cintura, Ribeirão Preto, 2008.

Para garantir a confiabilidade da interpretação dos dados referentes à medida da circunferência da cintura, realizou-se a análise do risco de complicações metabólicas relacionado a esta medida por sexo dos entrevistados. Esta análise permitiu descartar, neste estudo, a influência do sexo no risco ($p=0,55$).

O risco para alterações metabólicas relacionado a medidas aumentadas da circunferência da cintura, segundo estado nutricional, revelou que existe uma correlação estatisticamente positiva ($p= 0,00$) entre o aumento do IMC Real e do risco (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição dos funcionários da PCARP-USP, segundo estado nutricional e risco para complicações metabólicas relacionado à medida da circunferência da cintura, em Ribeirão Preto, 2008.

**Est. Nutric.	*Risco met.		Sem alteração		Elevado		Muito elevado		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Eutrofia	47	79,7	10	16,9	02	3,4	59	100,0		
Sobrepeso	16	17,2	40	43,0	37	39,8	93	100,0		
Obesidade	-	-	03	5,3	54	94,7	57	100,0		
Total	63	30,1	53	25,4	93	44,5	209	100,0		

*Risco met. – Risco metabólico

** Est. Nutric. – Estado nutricional

$X^2_{(4; 0,05)} = 147,691$ ($p=0,00$)

Quando questionados sobre a autopercepção do peso corporal, aproximadamente um terço dos indivíduos se sentia gordo. Corroborando este achado, observou-se que mais de um terço deles apresentava algum grau de insatisfação com seu peso atual. Porém, em relação à medida indireta de percepção de peso corporal, a maioria gostaria de pesar menos do que pesava na época do estudo (Quadro 5).

Quadro 5 – Distribuição dos funcionários da PCARP-USP, segundo sua auto-avaliação do peso corporal, Ribeirão Preto, 2008.

Auto-avaliação do peso corporal		
Autopercepção	n	%
Magro	18	8,6
Nem gordo, nem magro	117	56,0
Gordo	74	35,4
Grau de satisfação	n	%
Satisfeito	83	39,7
Nem satisfeito, nem insatisfeito	50	23,9
Insatisfeito	76	36,4
Medida indireta de percepção	n	%
Desejo de pesar menos	143	68,4
Desejo de permanecer com o mesmo peso	44	21,1
Desejo de pesar mais	22	10,5

Quando se categorizou a autopercepção do peso corporal pelo estado nutricional, foi possível perceber que existia uma forte correlação estatística ($p=0,00$) entre estas variáveis, sendo assim, quanto maior o IMC Real, maior o sentimento de estar gordo entre os sujeitos (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição dos funcionários da PCARP-USP, segundo estado nutricional e autopercepção do peso corporal, Ribeirão Preto, 2008.

*Autoperc. **Est. Nutric.	Magro		°N. gord., n. mag.		Gordo		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Eutrofia	16	27,1	35	59,3	08	13,6	59	100,0
Sobrepeso	02	2,1	65	69,9	26	28,0	93	100,0
Obesidade	-	-	17	29,8	40	70,2	57	100,0
Total	18	8,6	117	56,0	74	35,4	209	100,0

*Autoperc. – Autopercepção

** Est. Nutric. – Estado nutricional

° N. gord., n. mag. – nem gordo, nem magro

$X^a_{(4; 0,05)} = 72,051$ ($p=0,00$)

De acordo com os dados da Tabela 5, onde se categorizou o grau de satisfação com o peso corporal pelo estado nutricional, pôde-se perceber uma associação ($p=0,00$) entre estas variáveis, quanto maior o IMC Real, maior a proporção de indivíduos insatisfeitos.

Tabela 5 – Distribuição dos funcionários da PCARP-USP, segundo estado nutricional e grau de satisfação com o peso corporal, Ribeirão Preto, 2008.

*G. satisf. **Est. Nutric.	Satisfeito		°N. sat., n. insat.		Insatisfeito		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Eutrofia	37	62,7	9	15,3	13	22,0	59	100,0
Sobrepeso	38	40,9	26	28,0	29	31,1	93	100,0
Obesidade	08	14,0	15	26,3	34	59,7	57	100,0
Total	83	39,7	50	23,9	76	36,4	209	100,0

*G. satisf. – Grau de satisfação

** Est. Nutric. – Estado nutricional

° N. sat., n. insat. – nem satisfeito, nem insatisfeito

$X^a_{(4; 0,05)} = 32,493$ ($p=0,00$)

A associação da medida indireta de percepção do peso corporal pelo estado nutricional, demonstrou que entre os indivíduos com eutrofia existia uma maior proporção de pessoas que queriam permanecer com o mesmo peso ou pesar mais do que na época do estudo. Entre os obesos e sujeitos com sobrepeso existia uma

proporção maior que a esperada de sujeitos que queriam pesar menos do que pesavam ($p=0,00$) (Tabela 6).

Tabela 6 – Distribuição dos funcionários da PCARP-USP, segundo estado nutricional e medida indireta de percepção do peso corporal, Ribeirão Preto, 2008.

*Med. Indir. / **Est. Nutric.	Pesar menos		Mesmo peso		Pesar mais		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Eutrofia	17	28,8	23	39,0	19	32,2	59	100,0
Sobrepeso	71	76,4	19	20,4	03	3,2	93	100,0
Obesidade	55	96,5	02	3,5	-	0,0	57	100,0
Total	143	68,4	44	21,1	22	10,5	209	100,0

*Med. Indir. – Medida indireta

** Est. Nutric. – Estado nutricional

$X^2_{(4; 0,05)} = 75,352$ ($p=0,00$)

Pôde-se perceber que houve coerência nas respostas em relação à autopercepção e a medida indireta de percepção do peso corporal. Desta forma, entre aqueles que se sentiam gordos, quase a totalidade (95,9%) queria pesar menos do que pesava na época do estudo. Por conseguinte, aqueles que se sentiam magros, gostariam de permanecer com o mesmo peso ou pesar mais do que pesavam na época do estudo. Estes resultados foram estatisticamente significativos ($p=0,00$) (Tabela 7).

Tabela 7 – Distribuição dos funcionários da PCARP-USP, segundo autopercepção e medida indireta de percepção do peso corporal, Ribeirão Preto, 2008.

*Med. Indir. / **Autoperc.	Pesar menos		Mesmo peso		Pesar mais		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Magro	02	11,1	07	38,9	09	50,0	18	100,0
°N. gordo, n. magro	70	59,8	34	29,1	13	11,1	117	100,0
Gordo	71	95,9	03	4,1	-	0,0	74	100,0
Total	143	68,4	44	21,1	22	10,5	209	100,0

*Med. Indir. – Medida indireta

**Autoperc. – Autopercepção

° N. gordo, n. magro – nem gordo, nem magro

$X^2_{(4; 0,05)} = 69,009$ ($p=0,00$)

As respostas para grau de satisfação e medida indireta de percepção do peso corporal também tiveram a mesma tendência. Sendo assim, uma proporção maior que a esperada de pessoas que responderam estar satisfeita com seu peso, gostaria de permanecer com o mesmo peso da época do estudo ou pesar mais. Já entre aqueles nem satisfeitos, nem insatisfeitos e com algum grau de insatisfação, existia maior proporção de pessoas que gostariam de pesar menos do que pesavam ($p=0,00$) (Tabela 8).

Tabela 8 – Distribuição dos funcionários da PCARP-USP, segundo grau de satisfação e medida indireta de percepção do peso corporal, Ribeirão Preto, 2008.

*Med. Indir.	Pesar menos		Mesmo peso		Pesar mais		Total	
**G. satisf.	n	%	n	%	n	%	n	%
Satisfeito	35	42,2	32	38,6	16	19,3	83	100,0
°N. sat., n. insat.	42	84,0	07	14,0	01	2,0	50	100,0
Insatisfeito	66	86,8	05	6,6	05	6,6	76	100,0
Total	143	68,4	44	21,1	22	10,5	209	100,0

*Med. Indir. – Medida indireta

**G. satisf. – Grau de satisfação

° N sat., n. insat. – nem satisfeito, nem insatisfeito

$X^2_{(4; 0,05)} = 45,339$ ($p=0,00$)

Quando associou-se o grau de satisfação com o peso e o sentimento relacionado a este, percebeu-se que existia uma maior proporção de sujeitos satisfeitos entre aqueles que se sentiam magros ou nem gordos, nem magros. Por conseguinte, encontrou-se maior proporção de indivíduos insatisfeitos entre aqueles que se sentiam gordos ($p=0,00$) (Tabela 9).

Tabela 9 – Distribuição dos funcionários da PCARP-USP, segundo grau de satisfação e autopercepção do peso corporal, Ribeirão Preto, 2008.

*G. satisf. **Autoperc.	Satisfeito		N. sat., n. insat.		Insatisfeito		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Magro	12	66,7	02	11,1	04	22,2	18	100,0
°N. go., n. mag.	70	59,8	37	31,6	10	8,6	117	100,0
Gordo	01	1,3	11	14,9	62	83,8	74	100,0
Total	83	39,7	50	23,9	76	36,4	209	100,0

*G. satisf. – Grau de satisfação

**Autoperc. – Autopercepção

° N. go., n. mag. – nem gordo, nem magro

$X^a_{(4; 0,05)} = 120,956$ ($p=0,00$)

Ao investigar-se, na amostra total, a opinião dos sujeitos sobre a necessidade de perda de peso, foi possível perceber que 70,8% ($n=148$) responderam que sim, enquanto 25,8% ($n=54$) achavam que não e somente 3,3% ($n=7$) responderam que não sabiam.

Quando se categorizou a necessidade de perda ponderal pelo estado nutricional, foi possível perceber que os indivíduos eutróficos, na sua maioria, não achavam que precisavam perder peso, já entre os obesos e pessoas com sobrepeso a maioria achava que sim (Tabela 10) ($p=0,00$).

Tabela 10 - Distribuição dos funcionários da PCARP-USP, segundo estado nutricional e necessidade de perda de peso, Ribeirão Preto, 2008.

*Est. Nutric.	Necessidade		Total	
	Sim	Não	n	%
Eutrofia	23	36	59	100,0
Sobrepeso	70	16	86	100,0
Obesidade	55	02	57	100,0
Total	148	54	202	100,0

* Est. Nutric. – Estado nutricional

$X^a_{(4; 0,05)} = 54,004$ ($p=0,00$)

Quando questionados sobre a vontade de perder peso, grande porcentagem de pessoas tinha este desejo (73,2%, $n=153$) e porcentagem bem menor 25,8% ($n=$

54) não queria uma redução ponderal. Foi interessante notar que praticamente a totalidade dos indivíduos, tinha uma opinião formada a este respeito, com apenas 1,0% (n=2) dos sujeitos sem saber se queriam ou não perder peso.

Analisando-se as variáveis vontade de perder peso e estado nutricional, pôde-se concluir que a maioria das pessoas com eutrofia não queria perder peso, em contrapartida, a maioria dos indivíduos com sobrepeso e obesidade queriam reduzir seu peso (p=0,00) (Tabela 11).

Tabela 11 - Distribuição dos funcionários da PCARP-USP, segundo estado nutricional e vontade de perder peso, Ribeirão Preto, 2008.

*Est. Nutric.	Vontade				Total	
	Sim	Não				
	n	%	n	%	n	%
Eutrofia	25	43,1	33	56,9	58	100,0
Sobrepeso	73	79,3	19	20,7	92	100,0
Obesidade	55	96,5	02	3,5	57	100,0
Total	153	73,9	54	26,1	207	100,0

* Est. Nutric. – Estado nutricional

$X^2_{(4; 0,05)} = 45,032$ (p=0,00)

As respostas para as perguntas relacionadas à necessidade e vontade de perder peso seguiram uma lógica de cuidado de saúde, pois houve uma correlação estatística entre achar que precisa perder peso e quer reduzi-lo (p=0,00) (Tabela 12).

Tabela 12 - Distribuição dos funcionários da PCARP-USP, segundo necessidade e vontade de perder peso, Ribeirão Preto, 2008.

Necessidade	Vontade				Total	
	Sim	Não				
	n	%	n	%	n	%
Sim	147	99,3	01	0,7	148	100,0
Não	03	5,7	50	94,3	53	100,0
Total	150	74,6	51	25,4	201	100,0

$X^2_{(1; 0,05)} = 180,808$ (p=0,00)

O IMC médio da figura escolhida como aquela que o indivíduo achava que possuía no momento da entrevista (Silhueta Atual) foi 28,6 Kg/m² (desvio-padrão: ± 7,3 Kg/m²), o que caracteriza sobrepeso. Pôde-se perceber, ainda, que aproximadamente metade dos indivíduos (51,2%, n= 107) se achava obeso, porcentagem esta, bem superior aos 27,2% de obesos existentes. O percentual de pessoas que se viam com eutrofia (22,5%, n=47) foi semelhante à prevalência desta na população. Já o número de sujeitos que se achavam com sobrepeso (20,1%, n=42) foi inferior ao que realmente existia. Isto pode ser indicativo de que aquelas pessoas com sobrepeso, mesmo não estando obesas, já se viam com tal (Figura 5).

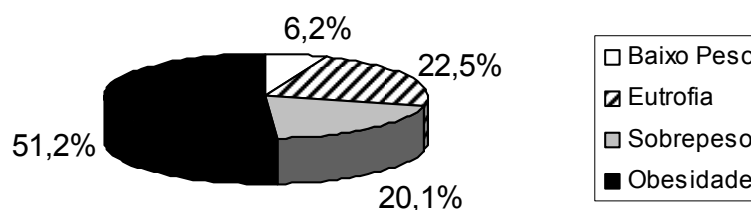


Figura 5 – Distribuição dos funcionários da PCARP-USP, segundo as categorias do Índice de Massa Corporal Atual, Ribeirão Preto, 2008.

O universo feminino da amostra apresentou média de IMC Atual de 30,4 Kg/m² (desvio-padrão: ± 6,7 Kg/m²), característico de obesidade e o masculino de 28,0 Kg/m² (desvio-padrão: ± 7,4 Kg/m²), classificado como sobrepeso.

Já em relação ao IMC médio da silhueta escolhida como aquela que o indivíduo gostaria de ter (Silhueta Desejada) foi 23,4 Kg/m² (desvio-padrão: ± 4,7 Kg/m²), caracterizando o estado de eutrofia. Constatou-se que metade dos sujeitos (48,8%, n = 102) escolheu silhuetas que correspondiam a eutrofia. Pôde-se notar também, que 53 funcionários (25,3%) optaram por silhuetas que apresentavam

sobrepeso e proporções semelhantes escolheram silhuetas com obesidade (13,9%, n = 29) e baixo peso (12,0%, n = 25) (Figura 6).

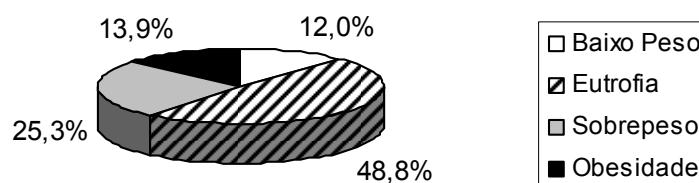


Figura 6 – Distribuição dos funcionários da PCARP-USP, segundo as categorias do Índice de Massa Corporal Desejado, Ribeirão Preto, 2008.

A média do IMC Desejado, para as mulheres foi de 24,5 Kg/m² (desvio-padrão: ± 4,4 Kg/m²) e para os homens, de 23,0 Kg/m² (desvio-padrão: ± 4,8 Kg/m²), ambos classificados como eutrofia.

Desta forma, utilizando-se a Escala de Figuras de silhuetas foi possível avaliar a imagem corporal dos sujeitos, pelas variáveis percepção e satisfação corporal.

A percepção corporal foi avaliada comparando-se as médias de IMC Atual (28,6 Kg/m²) e Real (27,7 Kg/m²) pelo do Teste t de “Student” pareado. Constatou-se a diferença estatisticamente significativa entre as médias (p=0,01), indicando uma possível imagem corporal distorcida, com tendência à superestimação do tamanho corporal.

Em relação à satisfação corporal, realizou-se um Teste t de “Student” pareado as médias de IMC Atual (28,6 Kg/m²) e Desejado (23,4 Kg/m²) para avaliar uma possível diferença estatística entre estas duas variáveis. Pôde-se constatar

estatisticamente ($p=0,00$), que os indivíduos estavam insatisfeitos com seu peso e gostariam de pesar menos, deixando de estar acima do peso.

Analisando-se o IMC Real ($26,4 \text{ Kg/m}^2$) e Atual ($30,4 \text{ Kg/m}^2$) das mulheres, notou-se que houve uma superestimação do tamanho corporal ($p=0,00$), desta forma, elas se achavam obesas sem o ser. Já para os homens, não houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,62$) entre estas variáveis (IMC Real = $28,2 \text{ Kg/m}^2$ e IMC Atual = $28,0 \text{ Kg/m}^2$), sendo assim, estes apresentavam uma percepção adequada de seu corpo.

Investigando-se uma possível diferença estatística entre o IMC Atual e Desejado, de homens ($28,0 \text{ Kg/m}^2$ e $23,0 \text{ Kg/m}^2$, respectivamente) e mulheres ($30,4 \text{ Kg/m}^2$ e $24,5 \text{ Kg/m}^2$, respectivamente), obteve-se diferença estatisticamente significante destas variáveis, para ambos os sexos ($p=0,00$). Assim, tanto homens quanto mulheres gostariam de ser eutróficos, ou seja, menor que seu Atual, o que é indicativo de insatisfação corporal.

Na figura 7, encontra-se a distribuição do IMC Real, Atual e Desejado, na amostra total e dividida por sexo. Pôde-se notar que os maiores valores de IMC são aqueles referentes à Silhueta Atual e os menores à Silhueta Desejada, ilustrando o exposto anteriormente.

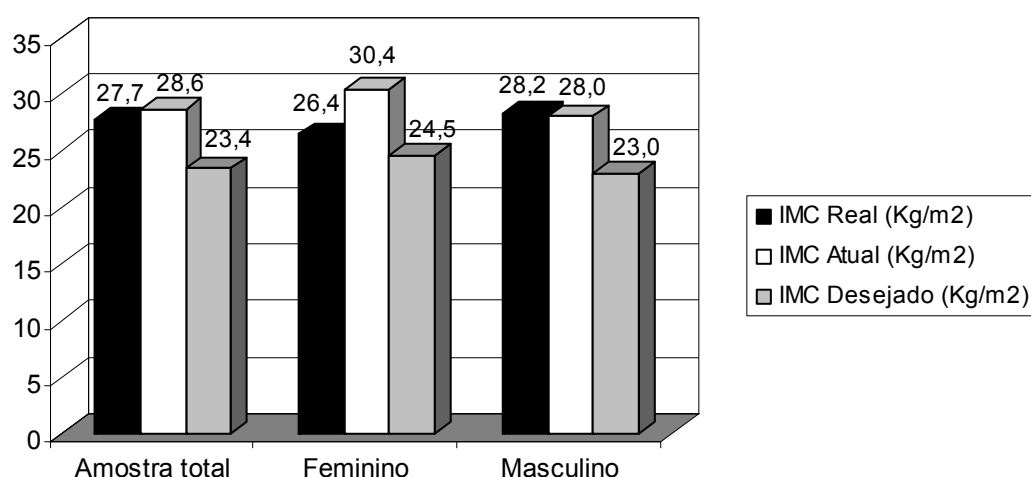


Figura 7 – Distribuição dos Índices de Massa Corporal Real, Atual e Desejado, segundo amostra total, sexo feminino e masculino, Ribeirão Preto, 2008.

Em relação ao conhecimento dos sujeitos sobre a existência do PRAUSP-EERP, 67,9% (n=142) da população já tinham ouvido falar desta estratégia. Quando questionados sobre o interesse em participar do mesmo, 61,2% (n=128) dos entrevistados deram resposta positiva. Porém, entre aqueles que tinham indicação para participar do programa (sobrepeso e obesidade) maior proporção que a esperada estatisticamente (p=0,04), não expressou uma opinião formada sobre o assunto (Tabela 13).

Tabela 13 - Distribuição dos funcionários da PCARP-USP, segundo estado nutricional e interesse em participar do PRAUSP-EERP, Ribeirão Preto, 2008.

*Est. Nutric.	Interesse		Sim		Não		Não sei		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Eutrofia	33	55,9	20	33,9 ^a	06	10,2	59	100,0		
Sobrepeso	55	59,1	22	23,7	16	17,2 ^a	93	100,0		
Obesidade	40	70,2 ^a	06	10,5	11	19,3 ^a	57	100,0		
Total	128	61,2	48	23,0	33	15,8	209	100,0		

* Est. Nutric. – Estado nutricional

$X^a_{(4; 0,05)} = 9,754$ (p=0,00)

O fato de o indivíduo ter conhecimento da existência ou não do PRAUSP-EERP, não se correlaciona estatisticamente ao interesse em participar do mesmo. Sendo assim, ter ouvido falar do programa não garante seu interesse pela estratégia ($p= 0,83$).

5 DISCUSSÃO

A avaliação do estado nutricional, com base nos parâmetros antropométricos, revelou que 1,9% dos sujeitos apresentavam baixo peso, 26,3% eutrofia, 44,5% sobrepeso e 27,2% obesidade. Em contraposição a estes achados, Gigante et al. (2006), encontraram resultados inferiores em relação ao excesso de peso na população adulta de Pelotas, Rio Grande do Sul, 33,7% de sujeitos com sobrepeso e 19,4% obesos.

No presente estudo a prevalência de excesso de peso foi 71,7%, sendo maior quando comparada com outros estudos como os de Sabry, Sampaio e Silva (2002), que avaliou funcionários de uma instituição de ensino superior do nordeste do Brasil (59,9%), e Feijão et al. (2005), que estudou uma comunidade urbana de baixa renda (51,26%). Mariath et al. (2007), avaliando funcionários de uma indústria do Sul do Brasil e Marinho et al. (2003), que investigaram populações pauperizadas do estado de São Paulo, também obtiveram prevalências menores, sendo 45,0% e 25,0% de sobrepeso e 9,6% e 6,0%, de obesidade, respectivamente.

A alta prevalência de excesso de peso observada nos funcionários do *Campus* da USP Ribeirão Preto pode ter relação com o modo de vida da população, caracterizando um perfil epidemiológico de transição nutricional e das atividades laborais (PINHEIRO; FREITAS; CORSO, 2004).

Considerando-se que os obesos estão mais expostos aos riscos para o desenvolvimento de comorbidades, ou seja, para o desenvolvimento de outras doenças crônicas, este dado pode ser considerado alarmante, sendo assim, estratégias de intervenção são necessárias nesta população, pois é largamente documentado na literatura que o aumento de apenas 20% do peso corpóreo eleva significativamente o risco de hipertensão arterial, doença coronariana, dislipidemias e diabetes mellitus tipo 2 (LIMA; SAMPAIO, 2007).

Na presente investigação, ao contrário do constatado por grande parte literatura, a prevalência de excesso de peso foi proporcionalmente maior em homens (77,8%) do que em mulheres (52,9%). Ilustrando esta contradição, Coitinho e cols. (1991) fizeram comparações entre o estado nutricional de adultos, avaliado pelo Estudo Nacional da Despesa Familiar (ENDEF) e pela Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN). Nestes estudos o excesso de peso afetou mais mulheres (38,0%) do que homens (27,0%), sendo que a região Sul apresentou a situação mais crítica, com 34,0% dos homens e 43,0% das mulheres apresentando IMC maior que 24,99 Kg/m².

Porém, os achados do presente trabalho, corroboram os resultados de uma pesquisa recente realizada por Mariath et al. (2007), na qual os homens apresentaram 2,76 vezes mais chances de apresentarem excesso de peso em comparação às mulheres.

Outro estudo que foi parcialmente semelhante a estes achados é o de Castanheira, Olinto e Gigante (2003), avaliando adultos de Pelotas, Rio Grande do Sul, que encontrou 40,2% e 30,5% de homens e mulheres com sobrepeso, respectivamente. No entanto, a obesidade foi mais prevalente em mulheres do Sul do Brasil, pois estava presente em 18,4% e 19,6% dos homens e mulheres, respectivamente, contra 29,7% e 19,6% no presente estudo.

A idade é citada por alguns autores, como Rosa et al. (2005) e Teichmann et al. (2006) como sendo um fator que predispõe o indivíduo ao excesso de peso, porém, no presente trabalho, não encontrou-se correlação estatisticamente significativa entre estas duas variáveis.

No que tange a avaliação da circunferência da cintura, a prevalência de obesidade abdominal foi de 70,0%. Este achado foi muito superior aos valores

encontrados por Mariath et al. (2007) e Souza et al. (2003), ao estudarem a prevalência de obesidade em Campos, Rio de Janeiro, obtendo uma prevalência de 33,0% e 35,1% da população com circunferência da cintura elevada, respectivamente. No primeiro trabalho, houve diferença estatística entre homens (26,0%) e mulheres (49,0%), o que não aconteceu na presente investigação.

Os valores médios da circunferência da cintura de homens e mulheres, encontrados na presente investigação, foram de 100,1cm e 87,9cm, respectivamente, ambos característicos de risco elevado. Contrariando estes achados, Castanheira, Olinto e Gigante (2003) encontraram como média de circunferência da cintura dos homens 92,8cm e das mulheres 91,3cm; o primeiro, característico de ausência de alteração de risco e o segundo, risco muito elevado. Este resultado é relativamente menor para os homens e maior para as mulheres.

Esta alta prevalência de obesidade abdominal é preocupante, pois o aumento da gordura nesta região leva à exacerbação de alterações metabólicas, com estímulo da produção de VLDL (lipoproteínas de muito baixa densidade), indiretamente do LDL (lipoproteínas de baixa densidade), estimulação da glicogênese, redução da captação de glicose pelo músculo, resultando em hiperglicemia, hiperlipidemia e hiperinsulinemia, que são distúrbios metabólicos potencialmente aterogênicos (CUPPARI, 2005).

Contrariando a premissa de que a obesidade andróide, ou seja, quando o tecido adiposo está concentrado na região abdominal, é mais prevalente em homens do que em mulheres, não encontrou-se correlação entre sexo e aumento na medida da circunferência da cintura (CHAMPE; HARVEY; FERRIER, 2006).

A medida da circunferência da cintura isolada tem sido um bom indicador, tendo em vista que sua medida independe da altura e correlaciona-se fortemente

com o IMC, além de predizer melhor o tecido adiposo visceral do que a relação cintura-quadril (CUPPARI, 2005). Nesta pesquisa foi possível perceber esta associação, pois entre os indivíduos eutróficos, aproximadamente 80,0% não apresentavam alteração do risco metabólico relacionada a esta medida. Já entre aqueles com obesidade, a totalidade deles apresentava alteração desse parâmetro.

Em relação à autopercepção do peso corporal, Nunes et al. (2001), ao estudarem a influência da percepção do peso e do IMC nos comportamentos alimentares anormais em mulheres de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, verificaram que 37,8% delas se sentiam gordas, 48,9% normais e 13,3% magras. Na presente investigação, obteve-se percentuais próximos a estes, com 35,4% de respostas relativas a sentirem-se gordos, 56,0% nem gordo, nem magro e 8,6% sentindo-se magros. Sendo a autopercepção do peso corporal um aspecto importante da imagem corporal, ela provavelmente reflete a satisfação e as preocupações sobre o peso corporal e pode ser influenciada por normas e padrões sociais da cultura dominante (VEGGI et al., 2004).

Neste estudo, quando questionados acerca do grau de satisfação com o peso corporal, constatou-se que 39,7% dos entrevistados estavam satisfeitos com seu peso atual, 23,9% não estavam nem satisfeitos, nem insatisfeitos e 36,4% sentiam-se insatisfeitos.

Levando-se em consideração as afirmações de Ogden e Evans (1996) e Paul e Brownell (2001), torna-se possível uma melhor compreensão dos resultados relacionados à autopercepção e ao grau de satisfação com o peso corporal. Para estes autores, as normas sociais de magreza são responsáveis pela associação entre gordura e atributos negativos como preguiça, auto-indulgência e lentidão. Refletindo-se ainda sobre a insatisfação com o corpo, pode-se associá-la à

manifestação do desejo de alcançar um peso corporal mais aceitável para si e para os outros já que o corpo magro, em geral, está associado a atributos positivos como sucesso, atratividade, autocontrole, entre outros.

Estudando a medida indireta de percepção do peso corporal, Nunes et al. (2001), constataram que 45,8% dos sujeitos desejavam pesar menos do que na época do estudo, 40,9% queriam permanecer com o mesmo peso e 13,3% gostariam de pesar mais do que pesavam. Em contraposição a estes achados, o presente estudo obteve porcentagens de 68,4%, 21,1% e 10,5%, respectivamente, denotando, neste caso, maior porcentagem de pessoas com desejo por pesos menores.

Esta alta porcentagem de sujeitos com desejo de pesar menos do que pesavam, remete as reflexões de alguns autores que apontam uma forte tendência cultural em considerar a magreza como uma situação ideal de aceitação social. Encontram-se também, fortes correlações entre a pressão social de ser magro, a insatisfação corporal e a vontade de pesar menos (CATTARIN et al. 2000; PARHAM 1999; SMOLAK, LEVINE, SCHERMER, 1999; THOMPSON, COOVERT, STORMER, 1999).

Na presente investigação, a autopercepção, o grau de satisfação e a medida indireta de percepção do peso corporal se correlacionaram estatisticamente com o IMC dos sujeitos. Desta forma, aqueles com IMC adequado se sentiam magros, estavam mais satisfeitos e gostariam de manter seu peso ou pesar mais do que pesavam. Já aqueles com sobrepeso, se sentiam nem gordos, nem magros, não estavam nem satisfeitos, nem insatisfeitos, mas queriam pesar menos que pesavam. E por último, os obesos se sentiam mais gordos que os outros, estavam mais insatisfeitos com seu corpo e queriam pesar menos.

Sendo a obesidade um importante problema de saúde pública, considerado epidemia pela Organização Mundial da Saúde, com graves repercussões para a saúde do indivíduo, o fato dos obesos terem consciência de sua condição, estarem insatisfeitos e desejarem pesar menos, pode ser o primeiro passo para a mudança do comportamento alimentar e conseqüentemente, do seu estado nutricional. Assim, faz-se necessário realizar um trabalho de conscientização nesta população, pois muitas vezes o indivíduo identifica essa necessidade, porém ainda não está preparado para a ação imediata de mudança de comportamento (FISBERG et al., 2005).

Ao investigar a opinião dos sujeitos em relação à necessidade de perda de peso, pôde-se notar que 70,8% responderam positivamente e 25,8% negativamente. Ainda, os eutróficos pensavam que não era necessário perder peso, enquanto os com sobrepeso e obesidade reconheciam essa necessidade. Questionados sobre a vontade de perder peso, 73,2% expressaram essa vontade e 25,8% não. Em relação à vontade de perder peso, os indivíduos com eutrofia não queriam perder peso e aqueles com sobrepeso e obesidade sim. As respostas para necessidade e vontade de perder peso foram muito coerentes, pois entre aqueles que necessitavam a maioria queria reduzir seu peso.

Curiosamente, apesar dos indivíduos com excesso de peso terem vontade e acharem que precisam disso, parece que não tem havido uma ação efetiva por parte deles nesse sentido, dada a baixa demanda que o PRAUSP-EERP tem recebido nos últimos anos. Para Chapman *et al.* (1995), a relação entre o que as pessoas sabem e o que elas fazem, tem sido considerada como “altamente tênue”, pois o conhecimento não instiga a mudança, mas pode funcionar como um instrumento quando os sujeitos desejam mudar.

De acordo com Fisberg et al. (2005), isso acontece pelo fato de que a maioria da população encontra-se nos estágios iniciais de mudança e, portanto, não está preparada ou motivada para a ação. Estas fases constam do modelo transteorético, no qual são descritos cinco estágios de mudança de comportamento dos indivíduos: a) pré-contemplação, no qual não há a intenção de mudança; b) contemplação, na qual já existe a intenção de mudança nos próximos seis meses; c) decisão ou preparação, quando o sujeito pretende agir nos próximos 30 dias e já fez algo nesta direção; d) ação, na qual a pessoa já mudou seu comportamento e, e) manutenção, quando houve a incorporação das mudanças desejadas por mais de seis meses.

Um fator importante a ser considerado é que a obesidade é percebida, interpretada e influenciada pelo sistema social. Assim, os valores associados a ela podem variar de uma sociedade para outra, nos diferentes contextos históricos. Conseqüentemente, a percepção da obesidade como doença pode estar prejudicada, pois as perspectivas acerca do que seja uma doença ou que aspectos levam à sua ocorrência, transformando-a em um problema a ser prevenido e/ou tratado, variam de acordo com as visões de mundo, crenças, comportamentos, percepções e atitudes diante da doença, do mal-estar, da dor e de outras formas de sofrimentos (BRASIL, 2006). Desta forma, muitas vezes, o indivíduo não consegue perceber a obesidade como doença e que pode ser prevenida e tratada.

A utilização da Escala de Figuras de Silhuetas se prestou a identificar o IMC Atual, ou seja, aquele relacionado ao corpo que o sujeito achava que tinha no momento da entrevista. Enquanto, no IMC Real prevaleceu a classe de sobrepeso (44,5%), seguida de obesidade (27,2%) e eutrofia (26,3%); no IMC Atual houve a prevalência de obesidade (51,2%), seguida de proporções muito próximas de eutrofia (22,5%) e sobrepeso (20,1%). Sendo assim, houve superestimação do

próprio tamanho corporal pelos indivíduos, que se acharam mais gordos do que realmente eram. Esta afirmação é validada quando se analisa as médias de IMC Real e Atual cujos valores foram 27,7 Kg/m² e 28,6 Kg/m², respectivamente, que foram estatisticamente diferentes e mesmo não diferindo de categoria de IMC, pode ser indicativo de superestimação da imagem corporal.

Com a utilização da Escala de Figuras de Silhuetas também foi possível avaliar o IMC Desejado, definido a partir da figura que representou o corpo que o indivíduo gostaria de ter. Desta forma, mais da metade dos participantes desejavam ter um IMC adequado (60,8%), um quarto deles sobrepeso e 13,9% obesidade. Comparadas as médias dos IMCs indicados como Atual (28,6 Kg/m²) e Desejado (23,4 Kg/m²), encontrou-se diferença estatisticamente significativa entre estes valores, o que pode ser sugestivo de insatisfação com a imagem corporal.

À luz dos conhecimentos atuais, essa possível insatisfação é explicada, de certa forma, pelos fatores sociais, influências socioculturais, pressões da mídia e a busca incessante por um padrão de corpo ideal associado a ideais de realização pessoal e felicidade, que estão entre as causas das alterações da percepção da imagem corporal, gerando insatisfação (CONTI, FRUTUOSO, GAMBARDELLA, 2005).

Refletindo ainda sobre os dados encontrados, é preciso atentar-se para o fato de que o processo de formação da imagem corporal sofre influência dos meios de comunicação, da relação do corpo com os processos cognitivos como crença, valores e atitudes inseridos em uma cultura (BLOWERS et al., 2003; RICCIARDELLI; MCCABE; BANFIELD, 2000).

No presente estudo, houve tendência das mulheres em superestimar suas medidas corporais, pois a média de IMC correspondente a silhueta atual

correspondia a obesidade (30,4 Kg/m²), enquanto a média de IMC Real a sobrepeso (26,4 Kg/m²). Em relação à escolha da silhueta desejada, o IMC médio foi de 24,5 Kg/m², característico de eutrofia. Estes resultados sugerem uma possível distorção e insatisfação corporal no sexo feminino.

O fato de a população feminina ser a mais afetada pela distorção e insatisfação corporal sublinha a influência da cultura da magreza a ponto de encorajar e, provavelmente, manter comportamentos alimentares anormais e práticas inadequadas de controle de peso (NUNES et al., 2001).

Cabe lembrar ainda, que o ideal de corpo feminino sofreu modificações com o passar do tempo, pois até o início do século XX, a mulher era desejada quando tinha o corpo roliço, com deposição de gordura nos quadris, coxas, barriga e mamas. Isto acontecia, porque na época pré-industrial, os períodos de carência alimentar eram freqüentes e a mulher com peso excessivo simbolizava uma mulher forte, com energia suficiente para enfrentar esses períodos e proteger sua família. Porém, sobretudo a partir da década de 1960, esse ideal de corpo vem se modificando, com a busca pelo corpo magro, atlético e com formas definidas, que passa a constituir o objeto de desejo, tendo em vista a oferta de produtos e serviços em um mercado que cresce a cada dia (FERRIANI *et al.*, 2005; ALMEIDA *et al.*, 2005; OLIVEIRA *et al.*, 2003; ANDRADE, BOSI, 2003).

Para os homens, deste estudo, não houve diferença estatística entre o IMC Real médio (28,2 Kg/m²) e o Atual (28,0 Kg/m²), ambos característicos de sobrepeso, o que indica boa percepção corporal por parte destes. Já no diz respeito à silhueta desejada, assim como as mulheres, os homens gostariam de ter um IMC de eutrofia (23,0 Kg/m²), resultados, esses, indicativos de insatisfação corporal por parte dos homens da amostra.

Estes dados estão em concordância com os achados de outros autores para o sexo feminino, pois as mulheres superestimaram seu tamanho corporal. Porém, em relação ao sexo masculino, alguns estudos encontraram-se indícios de subestimação do tamanho corporal (ZIEBLAND; ROBERTSON, NEIL, 2002; MADRIGAL et al., 2000; GARDNER et al., 1999).

Acompanhando a tendência do ideal de magreza feminina, Voracek e Fisher (2002), mostraram que os padrões antropométricos de mulheres fotografadas por revistas vem se modificando com tendência de redução nos valores do IMC e aumento da relação cintura/quadril, demonstrando uma perspectiva de linearidade corporal. Por outro lado, Pope Junior. et al. (2000), constataram que para os homens, ocorre tendência de se acatar, como ideal, um corpo mais forte e volumoso. Sendo assim, homens e mulheres direcionam suas atitudes em relação a seus corpos no sentido de atender às pressões culturais da sociedade na qual estão inseridos (SABINO, 2000).

Neste estudo, foi possível constatar que os sujeitos, em geral, já ouviram falar do PRAUSP – EERP e tem interesse por esta estratégia, porém, na prática, nota-se uma baixa demanda por esta estratégia. Além disso, entre aqueles que teriam indicação para participar do programa, ou seja, os portadores de sobrepeso e obesidade, existe alta proporção de pessoas que não expressaram opinião formada sobre o assunto.

Desta forma, intervenções para evitar o excesso de peso e suas comorbidades devem focalizar o controle dos fatores de risco de forma integrada, interdisciplinar e abrangendo o nível familiar e comunitário, pois os fatores de risco estão profundamente interligados na estrutura sociocultural da sociedade (GIBNEY; VORSTER; KOK, 2005).

Outro aspecto pertinente a esta discussão diz respeito ao conceito de risco, que é construído socioculturalmente, nas diversas sociedades e grupos sociais. O que é considerado risco é variável, diferenciando-se de acordo com a idade, o gênero, a profissão e a condição socioeconômica (MENDONÇA, 2005).

Desta forma, em relação ao excesso de peso, destaca-se que a idéia de risco nem sempre relaciona-se a um balanço entre saúde e doença, pois para algumas pessoas o risco de engordar não consiste em se tornar obeso, mas sim em deixar de ter um corpo socialmente aceitável, deixar de ser magro. Muitas vezes, mesmo que o sujeito tenha excesso de peso, pode não haver comprometimento das atividades cotidianas, e assim, esta situação pode não ser identificada como risco (ARNAIZ, 2004).

Como a população estudada constituiu-se de funcionários da Prefeitura do Campus Administrativo de Ribeirão Preto, a representação do estado de saúde/doença pode ser influenciada pela idéia de capacitação/ incapacitação para o trabalho, que é tradicional nas classes trabalhadoras. Para eles, a doença é percebida por meio da dor ou outro sintoma que possa impedir as atividades laborais cotidianas (LUZ, 1998).

Vale ressaltar ainda, que o comportamento do indivíduo se torna fator determinante de sua condição de saúde, bem como do nível de saúde da comunidade na qual ele está inserido. Deve-se atentar ao fato de que somente colocar serviços de saúde ao alcance da população, não assegura níveis desejáveis de higidez. A saúde decorre, de uma decisão pessoal, que se baseia em conhecimentos e valores socioculturais, onde interfere, de maneira decisiva, o complexo família-sociedade, por meio de fatores restritivos ou impulsionadores. Por

outro lado, depende de medidas facilitadoras por parte dos prestadores de serviços da saúde (TEMPORINI, 1984).

De acordo com Acurcio e Guimarães (1996), a necessidade, juntamente a predisposição e a capacidade são as características da população em situação de risco. Para estes autores, a necessidade se refere ao nível de enfermidade, que é a causa mais imediata da utilização dos serviços de saúde; enquanto, a predisposição compreende as variáveis que descrevem a propensão dos indivíduos a utilizarem os serviços e a capacidade se refere aos meios com que os indivíduos contam para utilizar os serviços.

Por fim, vale ressaltar a possível interferência de fatores relacionados à rotina laboral dos sujeitos na demanda do PRAUSP-EERP, já que este programa é desenvolvido durante o horário comercial e, muitas vezes, os funcionários dependem da disponibilidade de horário e liberação por parte da chefia para poderem freqüentá-lo. Sendo assim, deve-se atentar aos aspectos relacionados à acessibilidade dos indivíduos ao programa, como local e horário, a fim de solucionar essa influência.

6 CONCLUSÕES

A população em estudo apresentou:

- alta prevalência de sobrepeso e obesidade, além de risco aumentado de complicações metabólicas associadas a esses quadros;
- alta porcentagem de pessoas que acham que precisam e querem perder peso;
- uma possível distorção e insatisfação corporal, principalmente nas mulheres, com maior superestimação do tamanho corporal do que os homens;
- alto percentual de indivíduos que já tinham ouvido falar e demonstraram interesse em participar do programa de reeducação alimentar oferecido para a comunidade (PRAUSP-EERP).

Esses resultados apontam para uma situação bastante preocupante, devido aos conhecidos agravos à saúde relacionados à obesidade. Apesar dos sujeitos estarem inseridos em uma comunidade universitária com grande tradição e importância na área da saúde, se mostram pouco sensibilizados aos cuidados com seu próprio corpo. No entanto, este estudo pode ter colaborado para uma maior conscientização do estado nutricional dessa população, sendo que a vontade e o reconhecimento da necessidade de perda de peso apresentados devem ser incentivados para uma possível mudança da sua condição nutricional.

Além disso, outros estudos devem ser desenvolvidos para maior compreensão dos aspectos relacionados à imagem corporal e motivação desta população no sentido de adequar o programa de reeducação alimentar oferecido (PRAUSP-EERP) às suas necessidades.

REFERÊNCIAS

ABRANTES, M. M.; LAMOUNIER, J. A.; COLOSIMO, E. A. Prevalência de sobrepeso e obesidade nas regiões nordeste e sudeste do Brasil. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 162-6, abr./ jun. 2003.

ACURCIO, F. A.; GUIMARÃES, M. D. C. Acessibilidade de indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde: uma revisão de literatura. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 233-242, abr./jun. 1996.

ALMEIDA, G. A. N. et al. Percepção de tamanho e forma corporal de mulheres: estudo exploratório. **Psicol. em estudo**, Maringá, v. 10, n. 1, p. 27-35, jan./abr. 2005.

ALMEIDA, G. A. N. et. al. A imagem corporal de mulheres morbidamente obesas, avaliada através do Desenho da Figura Humana. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 283-292, 2002.

ANDRADE, A.; BOSI, M. L. M. Mídia e subjetividade: impacto no comportamento alimentar feminino. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 16, n.1, p. 117-25, jan./mar.2003.

ARNAIZ, M. G. Pensando sobre el riesgo alimentario y su aceptabilidad: el caso de los alimentos transgenicos. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 17, n. 2, p. 125-149, abr./jun. 2004.

ASSIS, M. A. A.; NAHAS, M. V. Aspectos motivacionais em programas de mudança de comportamento alimentar. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 12, n. 1, p. 33-41, jan./abr. 1999.

BLOWERS, L. C. et al. The relationship between sociocultural pressure to be thin and body dissatisfaction in preadolescent girls. **Eating Behaviors** ,v. 4, p.. 229-44, 2003.

BOSI, M. L. M. Autopercepção da imagem corporal entre estudantes de nutrição: um estudo no município do Rio de Janeiro. **J. Bras. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 2, p. 108-113, 2006.

BOOG, M. C. F. Dificuldades encontradas por médicos e enfermeiros na abordagem de problemas alimentares. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 12, n. 3, p. 261-272, set./dez. 1999.

BRANCO, L. M.; HILÁRIO, M. O. E.; CINTRA, I. P. Percepção e satisfação corporal em adolescentes e a relação com seu estado nutricional. **Rev. Psiq. Clín.**, São Paulo, v. 33, n. 6, p. 292-296, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Obesidade. **Cadernos de Atenção Básica**, n.12. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 108p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância Alimentar e Nutricional. **Sisvan: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 118p.

CARNEIRO, G. et al. Influência da distribuição da gordura corporal sobre a prevalência de hipertensão arterial e outros fatores de risco cardiovascular em indivíduos obesos. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 49, n. 3, p. 306-11, jul./set. 2003.

CASTANHEIRA, M.; OLINTO, M. T. A.; GIGANTE, D. P. Associação de variáveis sócio-demográficas e comportamentais com a gordura abdominal em adultos: estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, s. 1, p. S55-S65, 2003.

CATTARIN, J. et al. Body image, mood, and televised images of attractiveness: The role of social comparison. **Br. J. Clin. Psychol.**, v. 19, p. 220-39, 2000.

CHAMPE, P. C.; HARVEY, R. A.; FERRIER, D. R. **Bioquímica ilustrada**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. 533 p.

CHAPMAN, K. M. et al. Appying behavioral models to dietary education of elderly diabetic patients. **Journal of Nutrition Education**, Berkeley, v. 27, n. 2, p. 75-79, 1995.

COITINHO, D. C. et al. **Condições nutricionais da população brasileira: adultos e idosos**. Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição. Brasília: INAN, Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, 1991.

CONTI, M. A.; FRUTUOSO, M. F. P.; GAMBARDELLA, A. M. D. Excesso de peso e insatisfação corporal em adolescentes. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 18, n. 4, p. 491-497, jul./ago. 2005.

CCEB, Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil: O Novo Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil, 2008. Disponível em: http://www.abep.org/codigosguias/Criterio_Brasil_2008.pdf. Acesso em: 22-06-2008

CUPPARI, L. **Guia de nutrição: nutrição clínica no adulto**. 2. ed. Barueri, SP: Manole, 2005. 474p.

DAMASCENO, V. O. et. al. Tipo físico ideal e satisfação com a imagem corporal de praticantes de caminhada. **Rev. Bras. Med. Esporte**, Niterói, v. 11, n. 3, p. 181-186, mai./jun., 2005.

DOBROW, I.; KAMENETZ, C.; DEVLIN, M. J. Aspectos psiquiátricos da obesidade. **Rev. Bras. Psiquiatr.**; São Paulo, v. 24, s. III, p. 63-7, 2002.

FEIJÃO, A. M. M. et al. Prevalência de excesso de peso e hipertensão arterial, em população urbana de baixa renda. **Arq. Bras. Cardiol.**, Rio de Janeiro, v. 84, n. 1, jan. 2005.

FERREIRA, V. A.; MAGALHÃES, R. O corpo cúmplice da vida: considerações a partir dos depoimentos de mulheres obesas de uma favela carioca. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 483-490, abr./jun. 2006.

FERREIRA, V. A.; MAGALHÃES, R. Obesidade e pobreza: o aparente paradoxo. Um estudo com mulheres da Favela da Rocinha, Rio de Janeiro, Brasil **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1792-1800, nov./dez. 2005.

FERRIANI, M. G. C. et al. Auto-imagem corporal de adolescentes atendidos em um programa Multidisciplinar de assistência ao adolescente obeso. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 5, n. 1, p. 27-33, jan./mar 2005.

FISBERG, R. M. et al. **Inquéritos alimentares: métodos e bases científicas**. Barueri: Manole, 2005. 334p.

FRANCISCHI, R. P. P.; PEREIRA, L. O.; LANCHÁ JÚNIOR, A. H. Exercício, comportamento alimentar e obesidade: revisão dos efeitos sobre a composição corporal e parâmetros metabólicos. **Rev. Paul. Educ. Fís.**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 117-40, jul./dez. 2001.

FRANCISCHI, R. P. P. et al. Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 13, n. 1, p. 17-28, jan./abr. 2000.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** São Paulo: Editora Paz e Terra; 1998.

FREITAS, M. C. S. **Educação nutricional: aspectos socioculturais.** In: CONGRESSO BRASILEIRO DE NUTRIÇÃO; XIV, 1996, Belo Horizonte, Minas Gerais, Belo Horizonte: Associação Brasileira de Nutrição; 1996.

GARCIA, R. W. D. Representações sociais da alimentação e saúde e suas repercussões no comportamento alimentar. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 51-68, 1997.

GARCIA, R. W. D. Um enfoque simbólico do comer e da comida nas doenças. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 5, n. 1, p. 70-80, jan./abr. 1992.

GARDNER, R. M. et al. Development and validation of two new scales for assessment of body image. **Percept. Mot. Sk.**, v. 89, p. 981-993, 1999.

GARDNER, R. M. Methodological issues in assessment of the perceptual component of body image disturbance. **Br. J Psychol.**, São Paulo, v. 87, p. 327-37, 1996.

GIBNEY, M. J.; VORSTER, H. H.; KOK, F. J. **Introdução à nutrição humana.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 317p.

GIGANTE, D. P. et al. Obesidade da população adulta de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil e associação com nível sócio-econômico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1873-1879, set. 2006.

GIGANTE, D. et al. Consumo alimentar de família de baixa renda no município de Piracicaba/SP. **Saúde em revista: Segurança Alimentar e Nutricional**, São Paulo, v.6, n. 13, mai./ago. 2004.

GIORDANI, R. C. F. A auto-imagem corporal na anorexia nervosa: uma abordagem sociológica. **Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 81-88; mai./ago. 2006.

HALPERN, Z. S. C.; RODRIGUES, M. D. B.; COSTA, R. F. Determinantes fisiológicos do controle do peso e apetite. **Rev. Psiq. Clín.**, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 150-153, 2004.

HOLLI, B. B., CALABRESE, R. J. **Communication and education skills: the dietitian guide**. 2. ed. Pennsylvania : Lea & Febiger, 1991.

HORN, L. V. V. et al. Adherence to dietary recommendations in the special intervention group in the Multiple Risk Factor Intervention Trial. **Am. Jour. Clin. Nut.**, Bethesda. v. 65, p. 289S-304S, 1997.

JOSEPH, I. **Erving Goffman e a microssociologia**. Rio de Janeiro: Editora da Faculdade Getúlio Vargas, 2000.

KAKESHITA, I. S. **Adaptação e validação de Escalas de Silhuetas para crianças e adultos brasileiros**. 2008. 96 p. Tese Doutorado – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

KAKESHITA, I. S.; ALMEIDA, S. S. Relação entre índice de massa corporal e a percepção da auto-imagem em universitários. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 497-504, jun. 2006.

LIMA, L. P.; SAMPAIO, H. A. C. Caracterização socioeconômica, antropométrica e alimentar de obesos graves. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 1011-1020, jul./ago. 2007.

LUZ, M. **Comparação de representações de corpo, saúde, doença e tratamento em pacientes e terapeutas de homeopatia, acupuntura e biomedicina**. Série Estudos em Saúde Coletiva, n. 167. Rio de Janeiro: UERJ, 1998.

MADRIGAL, H. et al. Underestimation of body mass index through perceived body image as compared self-reported body mass index in the European Union. **Public Health.**, v. 114, n. 6, p. 468-73, 2000.

MARINHO, S. P. et al. Obesidade em adultos de segmentos pauperizados da sociedade. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 16, n. 2, p. 195-201, abr./jun. 2003.

MARIATH, A. B. et al. Obesidade e fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis entre usuários de uma unidade de alimentação e nutrição. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 879-905, abr. 2007.

MARQUES-LOPES, I. et al. Aspectos genéticos da obesidade. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 17, n. 3, p. 327-338, jul./set. 2004.

MENDONÇA, C. **Práticas alimentares e de atividade física de mulheres obesas atendidas em unidades de saúde pública do município de Niterói: trajetórias e narrativas**. 2005. Tese Doutorado – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.

MENDONÇA, C. P.; ANJOS, L. A. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 698-709, maio/jun. 2004.

MONTEIRO, C. A.; CONDE, W. L.; CASTRO, I. R. R. A tendência cambiante da relação entre escolaridade e risco de obesidade no Brasil (1975-1997). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, s. 1, p. S67-S75, 2003.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 3.ed. São Paulo: Cortez; 2001.

NAVARRO, A. M. et al. Distribuição da gordura corporal em pacientes com e sem doenças crônicas: uso da relação cintura-quadril e do índice de gordura do braço. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 14, n. 1, p. 37-41, jan./abr. 2001.

NUNES, M. A. et al. Influência da percepção do peso e do índice de massa corporal nos comportamentos alimentares anormais. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 21-7, mar. 2001.

OGDEN, J.; EVANS, C. The problem with weighing: effects on mood, self-esteem and body image. **Intern. Journ. Ob. Relat. Metab. Disod.**, v. 20, n. 3, p. 272-7, 1996.

OLIVEIRA, F. P. et al. Eating behavior and body image in athletes. **Rev. Bras. Med. Esporte**, Niterói, v. 9, n. 6, p. 357-64, nov./dez. 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2003. 60p.

PARHAM, E. S. Promoting body size acceptance in weight management counseling. **J. Am. Diet. Assoc.**, v. 99, p. 920-25, 1999.

PAUL, R; BROWNELL, K. D. B. Discrimination and Obesity. **Obesity Research**, v. 9, n. 12, p. 788-805, 2001.

PINHEIRO, A. R. O.; FREITAS, S. F. T.; CORSO, A. C. T. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 17, n. 4, p. 523-533, out./dez. 2004.

PITANGA, F. J. G.; LESSA, I. Razão cintura-estatura como discriminador do risco coronariano de adultos. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 52, n. 3, p. 157-61, maio/ jun. 2006.

POPE JR, H. G. et al. Body image perception among men in three countries. **Am J Psychiatry**, v. 157, p. 1297-30, 2000.

RICCIARDELLI, L. A.; MCCABE, M. P.; BANFIELD, S. Body image and body change methods in adolescent boys. Role of parents, friends, and the media. **J. Psychosom. Res.**, v. 49, p. 189-90, 2000.

RODRIGUES, E. M.; SOARES, F. P. T.P.; BOOG, M. C. F. Resgate do conceito de aconselhamento no contexto de atendimento nutricional. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 18, n. 1, p. 119-128, jan./fev. 2005.

ROSA, E. C. et al. Obesidade visceral, hipertensão arterial e risco cárdio-renal: uma revisão. **Arq Bras Endocrinol Metab.**, São Paulo, v. 49, n. 2, abril 2005.

ROTENBERG S, VARGAS S. Práticas alimentares e o cuidado da saúde: da alimentação da criança à alimentação da família. **Rev. Bras Saúde Mater Infant.**, Recife, v. 4, n. 1, p. 85-94, jan./ mar. 2004.

SABINO, C. **Os marombeiros: construção social de corpo e gênero em academias de musculação** 2000. Dissertação Mestrado – Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais Rio de Janeiro, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

SABRY, M. O. D.; SAMPAIO, H. A. C.; SILVA, M. G. C. Hipertensão e obesidade em um grupo populacional no Nordeste do Brasil. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 15, n. 2. p. 139-147, mai./ago. 2002.

SAIKALI, C. J. Imagem corporal nos transtornos alimentares. **Rev. Psiq. Clin.** São Paulo, v. 31, n. 4; p. 164-166, 2004.

SAMPAIO, L. R.; FIGUEIREDO, V. C. Correlação entre o índice de massa corporal e os indicadores antropométricos de distribuição de gordura corporal em adultos e idosos. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 18, n. 1, p. 53-61, jan./fev. 2005.

SAUR Imagem corporal: auto satisfação e representação psíquica em desenhos da figura humana. 2007. Dissertação Mestrado – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

SCHILDER, P. A. **Imagem do corpo: as energias construtivas da psique**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

SICHERI, R. **Epidemiologia da obesidade**. Rio de Janeiro: Editora UERJ, 1998.

SILVA, N. N. **Amostragem probabilística**: um curso introdutório. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1998. 124 p.

SMOLAK, L.; LEVINE, M. P.; SCHERMER, F. Parental input and weight concerns among elementary school children. **Int. J. Eat. Disord.**, v. 25, p. 263-71, 1999.

SOUZA, L. J. et al. Prevalência de obesidade e fatores de risco cardiovascular em Campos, Rio de Janeiro. **Arq Bras Endocrinol Metab.**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 669- 76, dez. 2003.

STURMER, J. S. **Reeducação alimentar: qualidade de vida, emagrecimento e manutenção da saúde**. Petrópolis: Editora Vozes, 2001.

TEICHMANN, L. et al. Fatores de risco associados ao sobrepeso e a obesidade em mulheres de São Leopoldo, RS. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 360-73, set. 2006.

TEMPORINI, E. R. Ação preventiva em problemas visuais de escolares. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 259 - 62, jun. 1984.

THOMPSON, J. K.; COOVERT, M. D.; STORMER, S. Body image, social comparison, and eating disturbance: a covariance structure modeling investigation. **Int. J. Eat. Disord.**, v. 26, p. 43-51, 1999.

THOMPSON, M. A.; GRAY, J. J. Development and validation of a new body image assessment scale. **Journal of Personality Assessment**. v. 64, n. 2, p. 258-269, 1995.

VEGGI, A. B. et al. Índice de massa corporal, percepção do peso corporal e transtornos mentais comuns entre funcionários de uma universidade no Rio de Janeiro. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo; v. 26, n. 4, p. 242-7, dez. 2004.

VORACEK, M., FISHER, M. L. Shapely centrefolds? Temporal change in body measures: trend analysis. **B.M.J.**, v. 325, p. 1447-8, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity: preventing and managing the global epidemic**: report of a WHO consultation on Obesity. Geneva, 1998.

World Health Organization - WHO. **Obesity**: Preventing and managing the global epidemic. Geneva, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Physical status**: the use and interpretation of anthropometry. Geneva, 1995.

ZIEBLAND, S.; ROBERTSON, J. J.; NEIL, A. Body image and weight change in middle age: a qualitative study. **International Journal of obesity**. v. 26, p. 1083-1091, 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Júlia Macedo Bueno, sou nutricionista e aluna do Programa de Pós – Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP (nível mestrado). Estou desenvolvendo uma pesquisa com o objetivo de avaliar o estado nutricional, investigar a percepção e a satisfação corporal e a necessidade e desejo de perder peso em funcionários da PCARP – USP. Os resultados deste estudo poderão ser de grande utilidade para compreensão, prevenção e tratamento do sobrepeso e da obesidade neste local.

Assim, venho por meio deste convidá-lo (a) a participar desta pesquisa. A coleta dos dados será realizada por mim em seu local de trabalho em data e hora marcada anteriormente, para que não haja prejuízo de suas atividades cotidianas. Serão realizadas medidas de peso, altura, e circunferência da cintura, além de questões sobre dados sociais, econômicos, de percepção e satisfação corporal e de necessidade e desejo de perder peso, em um encontro que durará aproximadamente 10 minutos. Nenhum risco, prejuízo e desconforto são esperados nesta entrevista. Caso aceite nosso convite, nós garantimos que os dados coletados serão utilizados somente para fins de divulgação científica, além de que não terão nenhum gasto e sua identidade será mantida em total sigilo e anonimato.

O (a) senhor (a) tem total liberdade de não aceitar este convite e também retirar seu consentimento a qualquer momento no decorrer da pesquisa, sem penalidades ou prejuízos. Se considerar necessário, poderá solicitar maiores esclarecimentos a qualquer momento no decorrer do estudo.

Eu _____
RG nº. _____ concordo ser voluntário deste trabalho e assino este presente termo, declarando ter obtido informações dos procedimentos necessários para a realização do estudo. Estou ciente dos objetivos e propósitos da pesquisa, bem como de que não receberei pagamento ou gratificação pela minha participação. Declaro ainda ter recebido uma cópia deste documento.

Ribeirão Preto, ___ de _____ de 200__.

Assinatura

Pesquisadora: Júlia Macedo Bueno

Telefone para contato: (16) 8123-2239
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Av. Bandeirantes, 3900
Orientadora: Profa. Dra. Rosane Pilot Pessa Ribeiro
Telefone para contato: (16) 3602-3403

APÊNDICE B

Questionário sócio-demográfico

Identificação: _____

Data: ___/___/___

Por favor, responda as questões de 1 a 15, marcando apenas uma alternativa para cada questão. Seja o mais sincero nas suas respostas, pois não existe uma resposta melhor ou mais correta. Retire qualquer dúvida com a Júlia.

1. Idade: _____
2. Sexo: ()Feminino ()Masculino
3. Seção da PCARP-USP à qual pertence: _____
4. Telefone(s) para contato: _____ / _____
5. Estado civil:
() Solteiro (a) () Divorciado (a)
() Viúvo (a) () Casado (a) ou união estável
6. Nível de escolaridade:
() Analfabeto () Ensino Médio Completo
() Ensino Fundamental Incompleto () Ensino Superior Incompleto
() Ensino Fundamental Completo () Ensino Superior Completo
() Ensino Médio Incompleto
7. Por favor, marque a quantidade de itens que você tem na sua casa.

Posse de itens	Quantidade				
	0	1	2	3	4
Televisores em cores					
Videocassete/DVD					
Rádios					
Banheiros					
Automóveis					
Empregadas mensalistas					
Máquinas de lavar					
Geladeira					
Freezer independente ou 2ª porta da geladeira					

8. Qual o grau de instrução do (a) chefe da família?

- () Analfabeto/ até 3a Série
Fundamental
() 4a. Série Fundamental
- () Fundamental completo
() Médio completo
() Superior completo

9. Qual o peso que você gostaria de ter? _____Kg.

10. Como você se sente com seu peso atual?

- () Magro (a) () Gordo (a)
() Nem gordo (a), nem magro (a)

11. Qual é o grau de satisfação com seu peso?

- () Satisfeito (a) () Insatisfeito (a)
() Nem satisfeito (a), nem insatisfeito (a)

12. Você acha que precisa perder peso?

- () Sim () Não sei
() Não

13. Você tem vontade de perder peso?

- () Sim () Não sei
() Não

14. No Centro Multidisciplinar de Promoção à Saúde e Prevenção de Doenças, mantido pela PCARP e localizado na Rua Paineiras, 22, é oferecido o Programa de Reeducação Alimentar para pessoas que querem perder peso. Você já ouviu falar dele?

- () Sim
() Não

15. Você tem interesse em participar deste programa de Reeducação Alimentar?

- () Sim () Não sei
() Não

Após o término das questões favor comunicar-se com a avaliadora para que esta faça a avaliação antropométrica que se segue.

VARIÁVEIS	VALORES	DIAGNÓSTICO
1. Peso (Kg)		----
2. Altura (m)		----
3. IMC (kg/m ²)		
4. Circunf. da cintura (cm)		
5. Silhueta Atual	Nº.	IMC -
6. Silhueta Desejada	Nº.	IMC -

APÊNDICE C

Laudo da avaliação antropométrica

Obrigada pela sua participação!!!

	SUAS MEDIDAS	DESEJÁVEL
Peso		-
Altura		-
IMC*		De 18,5 até 24,99 Kg/m ²
CC**		Mulher: até 80 cm/ Homem: até 94 cm

*IMC: Índice de Massa Corporal

**CC: Circunferência da Cintura

DIAGNÓSTICO: _____

ANEXOS

Anexo A

Critério de Classificação Econômica Brasil

Critério Brasil 2008: Sistema de Pontos

Posse de itens	Não tem	T E M (Quantidade)			
		1	2	3	4
Televisores em cores	0	1	2	3	4
Videocassete/DVD	0	2	2	2	2
Rádios	0	1	2	3	4
Banheiros	0	4	5	6	7
Automóveis	0	4	7	9	9
Empregadas mensalistas	0	3	4	4	4
Máquinas de lavar	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer(*)	0	2	2	2	2

(*) Independente ou 2ª porta da geladeira

Grau de instrução do chefe de família

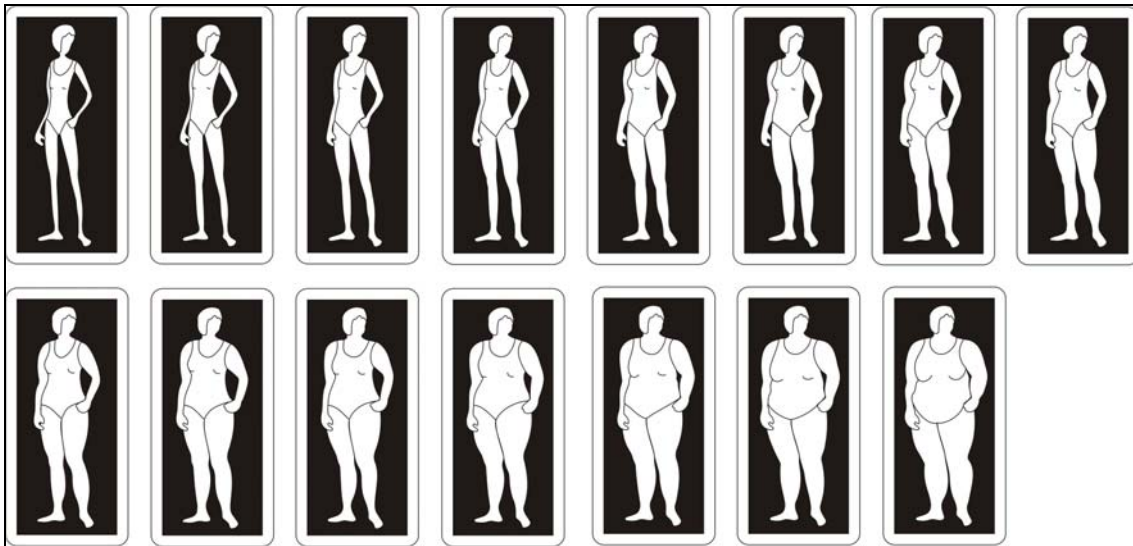
Nomenclatura antiga	Pontos	Nomenclatura atual
Analfabeto/Primário incompleto	0	Analfabeto/ até 3ª Série Fundamental
Primário completo	1	4ª. Série Fundamental
Ginasial completo	2	Fundamental completo
Colegial completo	4	Médio completo
Superior completo	8	Superior completo

Pontuação mínima = 0
Pontuação máxima = 46

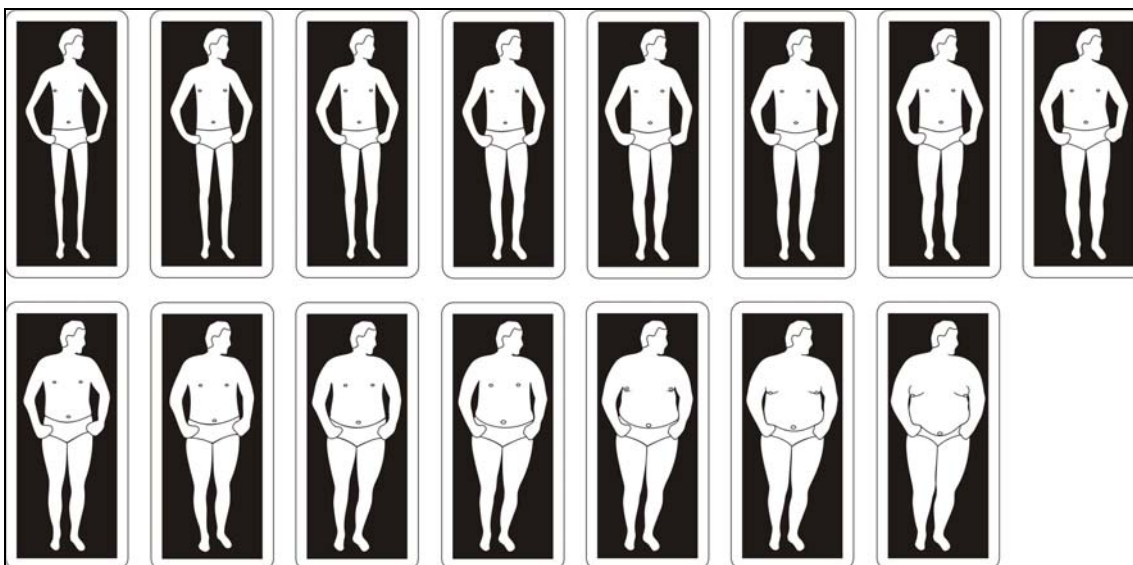
Anexo B

Escala de Figuras de Silhuetas

1 Escala Feminina



2 Escala Masculina



Anexo C



ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: (55) - 16 - 3633-3271 / 3602-4419 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of. CEP-EERP/USP – 188/2007

Ribeirão Preto, 16 de agosto de 2007

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO**, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 98ª Reunião Ordinária, realizada em 15 de agosto de 2007.

Protocolo: nº 0820/2007

Projeto: PREVALÊNCIA DE EXCESSO DE PESO, SATISFAÇÃO CORPORAL E MOTIVAÇÃO PARA PERDA PONDERAL EM FUNCIONÁRIOS DO CAMPUS DE RIBEIRÃO PRETO – USP.

Pesquisadores: Rosane Pilot Pessa Ribeiro
Júlia Macedo Bueno

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª. Dr.ª. Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof.ª Dr.ª Rosane Pilot Pessa Ribeiro
Deptº de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP