

Universidade Católica de Brasília

**PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
STRICTO SENSU EM EDUCAÇÃO FÍSICA**

Mestrado

**DISCREPÂNCIAS ENTRE IMAGENS CORPORAIS REAL E
IDEAL DE MULHERES PRATICANTES DE ATIVIDADE
FÍSICA**

Autora: Kamila Lemos de Queiroz
Orientadora: Profa. Dra. Adriana Giavoni

BRASÍLIA

2008

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

KAMILA LEMOS DE QUEIROZ

**DISCREPÂNCIAS ENTRE IMAGENS CORPORAIS REAL E IDEAL DE
MULHERES PRATICANTES DE ATIVIDADE FÍSICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Educação Física da Universidade Católica de Brasília, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Educação Física.

Orientadora: Profa. Dra. Adriana Giavoni

Brasília
2008

Dissertação de autoria de Kamila Lemos de Queiroz, intitulada “A Contribuição da Atividade Física na Diminuição da Discrepância entre Auto-Imagens de mulheres, requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Educação Física, defendida e aprovada, em 12/09/2008, pela banca examinadora constituída por

Profa. Dra. Adriana Giavoni

Profa. Dra. Juliana da Cunha

Prof. Dr. Francisco Martins da Silva

Brasília
2008

RESUMO

O objetivo do presente estudo foi avaliar a contribuição da atividade física na diminuição da discrepância entre auto-imagens de mulheres. A amostra foi composta por 111 mulheres, praticantes de atividade física de uma academia do DF, com idade variando de 18 a 60 anos. As mulheres avaliadas foram divididas em três grupos, segundo o Índice de Massa Corporal: Grupo 1: Eutrófico e Grupo 2: Sobrepeso e Grupo 3: Obeso. Foram elaboradas e validadas a Escala de Imagem Corporal real (EICr) e a Escala de Imagem Corporal ideal (EICi) e utilizado o Inventário de Depressão de Beck (BDI) para avaliar o nível de depressão. Para a análise dos resultados foram utilizadas Análise de Variância do tipo Split-plot (3x3) e (3x4). Os resultados demonstraram que os grupos idealizam uma imagem corporal mais esbelta que as imagens reais obtidas ao longo da intervenção. Além disso, observou-se que não houve diferença significativa na imagem corporal ideal ao longo da intervenção. Talvez, esta não alteração da imagem corporal ideal se deva ao fato de que as imagens reais não melhoraram ao longo da intervenção, ou seja, não houve uma diminuição da discrepância entre imagens real e ideal através da intervenção aplicada. Apesar da ausência da diminuição da discrepância, houve melhoras nos níveis de depressão e nos níveis de satisfação da amostra estudada. Conclui-se, portanto, que para uma melhor avaliação da discrepância entre imagens real e ideal, seja necessário um assessoramento nutricional aliado a prática de atividade física por um tempo de intervenção maior.

Palavras-chave: Imagem corporal. Obesidade. Discrepância. Atividade física.

ABSTRACT

The purpose of this study was to evaluate the contribution of physical activity in reducing the gap between self-images of women. 111 women, practitioners of physical activity of an academy of DF, composed the sample with ages ranging from 18 to 60 years. Women evaluated were divided into two groups, according to the Body Mass Index: Group 1: Eutrophic, Group 2: Overweight and Group 3: Obesity. They have been developed and validated the Body Image Scale of real (EICr) and Body Image Scale of ideal (EICi) to assess body image and the Beck Depression Inventory (BDI) to assess the level of depression. For the analysis results were used Analysis of Variance of type Split-plot (3x3) and (3x4). The results showed that the groups would like a body image leaner and with better levels of physical fitness than the actual images obtained during the intervention. Moreover, there was no significant difference in the ideal body image throughout the speech. Perhaps, this does not change the ideal body image is due to the fact that the actual images have not improved over the intervention, or a failure to decrease the gap between real and ideal images through the intervention applied. Despite the absence of the dwindling gap, there was improvement in levels of depression and levels of satisfaction in the sample studied. It follows therefore that for better assessment of the contribution of physical activity in reducing the gap between real and ideal images, is a necessary ally nutritional advice to the practice of physical activity.

Keywords: Body image. Obesity. Discrepancy. Physical activity.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Os três domínios do <i>self</i>	24
Figura 2 – Tabela de frequência cardíaca.....	46
Figura 1 – Ilustração das etapas.....	49
Quadro 2 – Delineamento experimental (3 x 3)	50
Quadro 3 – Delineamento experimental (3 x 4)	51
Figura 3 – Interação grupos x tempo de intervenção	61
Figura 4 – Discrepância entre as imagens reais e a imagem ideal do fator Proporções Corporais	63

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Itens e cargas fatoriais obtidos para os fatores da EICr	53
Tabela 2 - Itens e cargas fatoriais do fator Proporções Corporais Gerais da EICr.....	54
Tabela 3 - Itens e cargas fatoriais obtidos para os fatores da EICi.....	55
Tabela 4 - Análise de congruência entre os fatores obtidos para a EICr e a EICi.....	56
Tabela 5 - Médias e desvios-padrões obtidos para os grupos em relação aos fatores da EICr	57
Tabela 6 - Resultados obtidos nas Análises de Variâncias Split-plot para os grupos em relação aos fatores da EICr	60
Tabela 7 - Médias e desvios-padrões obtidos para os grupos em relação aos fatores da EICi.....	60
Tabela 8 - Resultados obtidos nas Análises de Variâncias Split-plot para os grupos em relação aos fatores da EICi.....	60
Tabela 9 – Médias e desvios-padrões obtidos para os grupos em relação ao tempo de intervenção para o fator Proporções Corporais	61
Tabela 10 – Médias e desvios-padrões obtidos para os grupos em relação às imagens corporais reais e ideal para o fator Proporções Corporais	63

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
OBJETIVOS	15
Objetivo Geral	15
Objetivos Específicos.....	15
CAPÍTULO 1 - AUTOCONCEITO	16
1.1 Dimensões do Autoconceito	17
CAPÍTULO 2 - OBESIDADE	28
CAPÍTULO 3 - MATERIAIS E MÉTODOS	42
3.1 Metodologia utilizada para a elaboração e validação da Escala de Imagem Corporal (EIC)	42
3.1.1 Amostra	42
3.1.2 Instrumentos	42
3.1.3 Procedimentos.....	43
3.1.4 Análise estatística	43
3.2 Metodologia utilizada para avaliar a discrepância entre imagens corporais real e ideal de mulheres praticantes de atividade física	44
3.2.1 Amostra	44
3.2.1.1 Critérios de inclusão	44
3.2.2 Instrumentos	44
3.2.3 Procedimentos.....	45
3.2.4 Análise estatística	50
CAPÍTULO 4 – RESULTADOS E DISCUSSÃO	52
4.1 Validade de construto, precisão dos fatores da EIC	52
4.1.1 EICr.....	52
4.1.2 EICi.....	54
4.2 Diferenças entre grupos de IMC e as demais variáveis dependentes	56
4.2.1 Diferenças entre os grupos de IMC (G1, G2 e G3) com relação aos fatores da EICr ao longo da intervenção (pré, pós 1 e pós 2).....	56
4.2.2 Diferenças entre os grupos de IMC (G1, G2 e G3) com relação aos fatores da EICi ao longo da intervenção (pré, pós 1 e pós 2).....	59
4.2.3 Avaliando as diferenças entre os grupos (G1, G2 e G3) em relação aos fatores da EICr e a méida de cada fator da EICi	62
4.2.4 Avaliando a discrepância entre as imagens reais e ideais	64
4.2.5 Avaliação da discrepância entre imagens e os níveis de depressão ao longo da intervenção.....	65

<i>4.2.6 Relação entre a discrepância e os níveis de satisfação da amostra</i>	65
CAPÍTULO 5 - CONCLUSÃO	68
REFERÊNCIAS	71
APÊNDICE A - ESCALA DE IMAGEM CORPORAL	91
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO	95
APÊNDICE C - FICHA	96

INTRODUÇÃO

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), obesidade é definida pelo Índice de Massa Corporal (IMC), resultado da divisão do peso (em quilos) pela altura (em metros) ao quadrado. Obesos são, portanto, caracterizados como indivíduos que possuem IMC superior a 30 kg/m^2 e aqueles com IMC entre 25 e $29,9 \text{ kg/m}^2$ são considerados com sobrepeso.

Assim sendo, por sobrepeso entende-se uma proporção de peso relativo maior que a desejável para a altura e a obesidade como um excesso de gordura corporal relacionado à massa magra. A obesidade está sendo considerada uma doença crônica e epidêmica, pois vem apresentando um rápido aumento em sua prevalência nas últimas décadas, tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento, estando, ainda, relacionada com uma alta taxa de morbidade e mortalidade. Este aumento vem ocorrendo inclusive entre as crianças e não apenas em idosos e adultos.

Existem outros termos, como excesso de peso, que são utilizados como sinônimo para definir a obesidade, mas nem sempre quem tem excesso de peso é obeso. Segundo Wilmore e Costill (2001), a diferença conceitual entre os termos obesidade e sobrepeso é que, o sobrepeso é o peso corporal que excede o peso padrão de uma pessoa e a obesidade, por sua vez, é definida quando o indivíduo apresenta no peso total uma quantidade excessiva de gordura, calculado a partir da altura e da constituição física.

Existem outros meios além do IMC, que permitem definir se o indivíduo está obeso, tais como: a pesagem hidrostática, bioimpedância elétrica e medidas antropométricas, sendo, esta última é mais largamente utilizada no meio científico, devido à sua facilidade técnica utilizando-se, para tanto, da relação entre cintura/quadril, circunferências e espessura das dobras cutâneas corporais.

A importância de compreender como a gordura está distribuída no corpo deve-se ao fato de que dependendo de onde a gordura estiver mais localizada, o indivíduo apresentará maiores chances de adquirir certas doenças e aumento de probabilidade de mortalidade (DÂMASO, 2001).

Atualmente, o ambiente moderno oferece pouco gasto energético, devido ao aumento de tempo em frente aos jogos eletrônicos, computadores e televisão e pelo ganho excessivo de calorias nos *fast-foods* e de dietas pobres em nutrientes e ricas em calorias. É de extrema importância que sejam avaliadas a influência desses fatores tanto para uma orientação

nutricional, quanto para a orientação da atividade física. No entanto, é preciso criar alternativas que modifiquem estes hábitos.

Tanto o sobrepeso quanto à obesidade têm caráter multifatorial, portanto, é importante que sejam avaliadas, na população infantil, a influência das condições sócio-culturais a fim de propor alternativas que controlem essa possível prevalência.

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2002-2003, 38,8 milhões de brasileiros adultos apresentam excesso de peso. Segundo o IBGE, em 2003, 41,1% dos homens e 40% das mulheres brasileiras estavam com excesso de peso, sendo que destes 8,9% dos homens e 13,1% das mulheres classificavam-se como obesos (BRASIL, 2004).

Outro dado interessante publicado pelo IBGE refere-se ao crescimento da obesidade no Brasil. Se em 1974, a obesidade quase não era encontrada entre a população masculina, em 2003 houve uma duplicação do percentual de homens com excesso de peso, passando de 18,6% para 41%. Além disso, triplicou o número de obesos, passando de 2,8% para 8,8%. Com relação às mulheres, houve um crescimento de 50% de 1974 para 1989 em relação aos quadros de excesso de peso e obesidade.

Desta forma, a obesidade configura-se, na atualidade, como uma preocupação mundial que não distingue sexo, cor, raça ou idade dos indivíduos. Não está relacionada, apenas, a questões de vaidade e auto-estima, mas vem sendo considerada uma doença. Em 2004, a OMS definiu a obesidade como sendo a “doença do milênio” e a primeira causa de morte evitável no mundo.

Embora se configurando como uma doença da modernidade, a maioria dos apelos publicitários continua enfocando, exclusivamente, a questão estética com relação a este tema. Este comportamento da mídia acaba por gerar padrões de beleza ideais, os quais são visados por homens e mulheres, dispostos a vários sacrifícios para atingir esta meta. Inclusive, provocar danos físicos e psicológicos à saúde, por conta de uma alimentação inadequada que não atenda as necessidades básicas do organismo, visando exclusivamente à manutenção do peso ideal (RACCETE et al., 1995).

O obeso, na sociedade atual, sofre muitos preconceitos e precisa enfrentar várias dificuldades. Desde a falta de bancos adequados nos cinemas, aviões, no transporte coletivo até discriminações por não atender aos estereótipos de padrões estéticos estabelecidos como ideais. No entanto, apesar desta cobrança, o estilo de vida moderno que tem como base o tripé formado por sedentarismo, má alimentação (BROUSSARD et al., 1991; SUGARMAN; WHITE; GILBERT, 1990; MARTINEZ, 2000) e estresse (BARON, 1995; JEBB, 1997),

contribui de forma decisiva para transformar a obesidade em um problema cada vez mais sério e que atinge um número crescente de pessoas.

As pressões sociais e o culto ao corpo perfeito têm levado os indivíduos a buscarem milagres em academias, nas mãos dos cirurgiões plásticos e a “mágica” de dietas instantâneas. Quando, mesmo após todas essas ações, não atingem o objetivo proposto, passam a sofrer uma série de transtornos psicológicos e físicos (FISEBERG, 1995), decorrentes de uma distorção na auto-imagem.

A insatisfação com o corpo tem sido freqüentemente associada à discrepância entre a percepção do corpo atual e o desejo relativo a um tamanho e a uma forma corporal (ALMEIDA et al., 2005). Embora constitua objeto complexo para investigações, existem evidências de que a mídia tem influência sobre os distúrbios na esfera da alimentação e da imagem corporal, pois ao mesmo tempo em que exige corpos perfeitos, estimula práticas alimentares não-saudáveis. O desfile de figuras jovens, com corpos esqueléticos ou musculosos apresentados em revistas, cinema e comerciais 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 (INSTITUTO DE NUTRIÇÃO ANNES DIAS, 2004; SAIKALI et al., 2004).

Para a Teoria da Autodiscrepância, a experiência de bem-estar nos diversos domínios da vida depende em grande parte de comparações entre, por exemplo, o que se gostaria de ter e o que de fato se tem. Quanto mais congruentes são as cognições, ou seja, quanto mais elas se aproximam, maior será o bem-estar experimentado pelo indivíduo e, inversamente, quanto mais discrepante, menor o bem-estar. Assim, fazendo comparações não apenas entre o que temos e o que gostaríamos de ter, mas entre o que somos e gostaríamos de ser, entre o que já fomos e gostaríamos de ser, entre o que achamos que merecemos e o que de fato temos, dentre outras. Múltiplas discrepâncias podem surgir destas inúmeras comparações.

Este trabalho, portanto, visou avaliar a discrepância entre as imagens real e ideal de mulheres praticantes de atividade física, além de verificar a contribuição desta prática na diminuição da discrepância e, conseqüentemente, na amenização dos distúrbios de humor.

Assim, enfatiza-se a importância desse estudo, que poderá servir de referência para profissionais da área da saúde, sejam nutricionistas, psicólogos ou educadores físicos.

Neste sentido, os capítulos a seguir tratarão dos seguintes tópicos: Capítulo 1 – Autoconceito: apresentará a definição e dimensões deste construto, bem como, introduzirá a Teoria da Autodiscrepância e suas conseqüências sobre os estados emocionais; Capítulo 2 – tratará do tema Obesidade; sua definição, aspectos que a compõem e distúrbios

correlacionados; Capítulo 3 – apresentará os materiais e métodos utilizados, descrevendo o tipo de estudo, amostra, critérios de inclusão, instrumentos e procedimentos, bem como, a descrição do delineamento experimental e as análises estatísticas que foram utilizadas na análise de dados; Capítulo 4 – Descreverá os resultados e discussão pertinente aos mesmos e o Capítulo 5 – apresentará as principais conclusões do estudo, descrevendo seus aspectos originais, sua contribuição, limitações e propostas de estudos futuros.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

- Avaliar a discrepância entre imagens corporais real e ideal de mulheres praticantes de atividade física.

Objetivos Específicos

- Elaboração da Escala de Imagem Corporal (EIC);
- Avaliar se existe discrepância entre o *self* real e o *self* ideal;
- Avaliar se há diferença na discrepância entre o *self* real e o *self* ideal nos grupos de mulheres eutróficas, com sobrepeso e obesas em função da prática da atividade física;
- Avaliar se as discrepâncias entre o *self* real e o *self* ideal serão diferentes entre os grupos eutrófico, sobrepeso e obeso;
- Avaliar se haverá diferenças nos níveis de depressão dos três à medida que reduz a discrepância entre as imagens real e ideal.

CAPÍTULO 1

AUTOCONCEITO

Entre as décadas de 40 a 70, o autoconceito foi concebido designando o eu como núcleo central da personalidade, ou seja, um sistema central que integra e dirige forças para várias interações entre o sujeito e o objeto. O termo eu refere-se ao conjunto adquirido de sentimentos e atitudes que uma pessoa tem em relação a sua própria aparência, capacidades e comportamentos.

O autoconceito, ou *self* é definido por Hall e Lindzey (1973), como a visão que uma pessoa tem de si própria, baseada em experiências passadas, estimulações presentes e expectativas futuras. Para James (1890), o autoconceito é o conjunto de tudo o que o indivíduo pode chamar seu, não só seu corpo e capacidades físicas, mas também seus pertences, seus amigos, parentes e seu trabalho, ou seja, tudo aquilo que pode “ser chamado de meu ou fazer parte de mim” (BYBEE; ZIGLER, 1991; KEITH; BRACKEN, 1996).

O autoconceito é uma estrutura multidimensional. É formado pela imagem que o indivíduo tem de si, por aquilo que acredita que os outros pensam dele e também pelo que deseja ser, além de apresentar uma estrutura avaliativa, denominada de auto-estima. O autoconceito, portanto, é o resultado das impressões que o indivíduo tem de si mesmo, do *feedback* emitido pelos outros e ainda pelas expectativas que nutre por si mesmo (STEIN, 1996; BANAJI; PRENTICE, 1994).

Na investigação teórica a respeito do autoconceito observa-se a não existência de uma definição operacional clara e universalmente aceita, devido à discordância de diversos autores quanto às definições e terminologias empregadas. Mas, de forma geral, há certa concordância, pois definem o autoconceito como sendo, basicamente, a maneira como o indivíduo se percebe, ou seja, qual o conhecimento que ele tem de si mesmo (MARSH; PARKER, 1984; MARSH; BYRNE; SHAVELSON, 1988; STEVANATO; LOUREIRO, 2000).

Niedenthal e Beike (1997) descreveram o autoconceito como as representações mentais das características pessoais utilizadas pelo indivíduo para a definição de si mesmo e regulação do seu comportamento. As representações mentais de que tratam os autores têm sido também denominadas esquemas cognitivos ou auto-esquemas. Os esquemas, afirma Cantor (1990, p. 737), “moldam as percepções que os indivíduos possuem das situações, suas memórias dos eventos e seus sentimentos sobre si mesmos e sobre os outros”. Os auto-

esquemas resumem as experiências passadas do indivíduo se organizam à ampla variedade de informações relativas a si mesmo (MARKUS et al., 1982). Os múltiplos auto-esquemas de uma pessoa, porém, não podem ser processados simultaneamente; assim, num momento determinado, somente um número limitado deles será processado.

Esse conjunto de auto-esquemas que é acessível num determinado momento constitui o que Markus e Kunda (1986) denominam autoconceito de trabalho. As informações que constituem este último podem ser influenciadas tanto por processos introspectivos como pelo contexto externo no qual se encontra a pessoa num momento determinado (MARKUS; WURF, 1987).

Tamayo et al. (2001) consideram o autoconceito formado por três componentes: o avaliativo, o cognitivo e o comportamental. O primeiro é denominado auto-estima e consiste na avaliação global que a pessoa faz do seu próprio valor. O componente cognitivo está constituído pelas percepções que o indivíduo tem dos traços, das características e das habilidades que possui ou que pretende possuir e o componente comportamental consiste nas estratégias de auto-apresentação utilizadas pelo indivíduo, com o objetivo de transmitir aos outros uma imagem positiva de si mesmo.

Quanto a Epstein (1973, p.405), este aborda o assunto em um artigo no qual faz uma revisão das teorias existentes sobre a natureza do autoconceito. Segundo o autor “para começar, é interessante considerar a visão dos outros na natureza do autoconceito. Talvez esta identificação possa então ser determinada como uma composição fotográfica estabelecida”. O que significa dizer, em outras palavras, que para a formação integral do autoconceito é imprescindível que todas as partes de sua composição estejam em equilíbrio. Ou como ressaltam Marsh e Hattie (1996), investigadores cujo foco central de pesquisa é o processo de construção do ser humano, estão sempre preocupados com o papel do autoconceito nesta autoconstrução (MOJDEHI, 1978; HOELTER, 1985).

Devido à sua complexidade, o autoconceito pode ser subdividido em várias dimensões. Estas serão apresentadas na seção a seguir.

1.1 Dimensões do Autoconceito

Tamayo (1981) refere-se ao autoconceito como uma organização hierárquica e multidimensional de um conjunto de percepções de si mesmo. Este autor considera como

dimensões fundamentais do autoconceito: o *Self* Somático, o *Self* Pessoal, o *Self* Social e o *Self* Ético-Moral, onde:

- O *Self* Somático refere-se à percepção que a pessoa tem do seu corpo e de como este corpo é percebido pelos outros. O que mais importa é o corpo vivido pelo indivíduo, que pode ser muito diferente do corpo objetivo, anátomo-fisiológico.

- O *Self* Pessoal consiste na maneira como o indivíduo percebe-se como pessoa, nas características psicológicas que ele se atribui. Divide-se em: (a) segurança pessoal, que é formada pelas percepções e sentimentos de permanência e de confiança em si mesmo e (b) autocontrole, que compreende a maneira como o indivíduo disciplina sua atividade, as suas relações e a sua interação com o mundo.

- O *Self* Social refere-se à abertura do indivíduo para os outros, à procura de interação, ao desejo de complementaridade de si e dos outros e, também, à necessidade de reconhecimento pelos outros. Divide-se em: (a) receptividade social, que é a capacidade pessoal de comunicação, e predisposição social à sua abertura para os outros e (b) atitude social, que consiste nas percepções dos parceiros que o indivíduo utiliza no seu relacionamento com os outros e com a sociedade em geral.

- O *Self* Ético-Moral, que vem a ser as crenças sobre o que é bom e o que é mau para o indivíduo, ou seja, sua auto-avaliação do que seja válido, positivo, além das percepções sociais introjetadas.

Salienta que a organização de todas essas dimensões do *self* é dinâmica e adaptável às exigências e solicitações da sociedade, da cultura e do meio ambiente. São, no entanto, hierarquizadas e organizadas de modo a formar uma entidade única onde há integração entre todos os elementos (TAMAYO, 1981).

Deste modo, a qualidade das relações que estabelecemos com o mundo e com os demais, é fator importante na formação do autoconceito, sem ser unicamente uma simples reprodução da forma como o indivíduo é percebido pelos demais, pois é construído fundamentalmente, a partir das percepções e representações sociais em relação aos outros significativos (TAMAYO, 1985). Neste sentido, têm-se que o autoconceito se constitui na interação social, situando as pessoas e as instituições, embora este nunca esteja instalado e acabado, pelo contrário, ele se estrutura através dos vários períodos do desenvolvimento individual e muda em resposta às modificações do ambiente externo, social e profissional.

L'Écuyer (apud NOVAES, 1985), considera o autoconceito um construto dinâmico que varia de acordo com o desenvolvimento, permitindo que o indivíduo se reconheça e se defina em qualquer momento de sua vida. Para o autor, o autoconceito refere-se a um sistema

multidimensional hierárquico composto de estruturas que se desdobram para caracterizar suas várias facetas, configuradas pela experiência do indivíduo. A formulação teórica de L'Écuyer defende que o desenvolvimento do autoconceito é progressivo, suas dimensões vão se tornando cada vez mais complexas e independentes.

As dimensões do autoconceito para L'Écuyer são: *Self-Material*, *Self-Pessoal*, *Self-Adaptativo*, *Self-Social*, *Self* e *Não-Self*. O *Self-Material* corresponde ao corpo do indivíduo, bem como a tudo que pertence a ele. A estrutura do *Self-Pessoal* refere-se às características internas do sujeito, suas aspirações, sentimentos, interesses, seus papéis sociais etc. O *Self-Adaptativo* diz respeito às reações, às atitudes do indivíduo diante das percepções que tem de si mesmo, envolvendo julgamentos positivos ou negativos a partir de valores pessoais ou impostos pelo meio. O *Self-Social* corresponde à confiança que o sujeito tem em si mesmo e como é sua interação com os outros, abarcando suas preocupações e atitudes sociais. O *Self* e *Não-Self*, por sua vez, contém a referência do sujeito aos outros e a dos outros para com ele mesmo.

O conteúdo do autoconceito, portanto, é determinado tanto pela situação social na qual se encontra o sujeito como pelos seus interesses, metas e motivações. A representação que a pessoa tem de si própria está estocada na sua memória, da mesma forma que a representação que ela tem de outras pessoas ou dos objetos. A primeira, porém, é muito mais complexa do que as demais. O *self* é uma das estruturas mais elaboradas e mais ricas entre todas as que estão estocadas na memória. Os resultados de numerosas pesquisas revelam que as pessoas memorizam mais facilmente palavras que foram associadas com o *self* do que com outras pessoas ou com qualquer outra estrutura (KLEIN; LOFTUS; BURTON, 1989; HART, et al., 1997; MARKUS, SMITH e MORELAND, 1985).

Kihlstrom e Cantor (1984) consideram que a representação mental do *self* está constituída por um número indefinido e hierarquizada de autoconceitos específicos, cada um deles representando crenças que a pessoa tem em relação às múltiplas situações da sua existência. Por exemplo, uma pessoa pode ter a percepção de si mesma de que, do ponto de vista social, é tímida, passiva e pouco calorosa. Nas situações de trabalho, a sua percepção pode ser dominada pela eficiência, seriedade e responsabilidade.

Apesar de que alguns autores consideram que o *self* não está organizado, a maioria entende que os diversos componentes são estruturas altamente específicas e relacionadas entre si (HIGGINS; VAN HOOK; DORFMAN, 1988).

De acordo com Lindgren (1971), não são as experiências em si que determinam o comportamento do indivíduo, mas sim a maneira como ele reage a elas. São as percepções do

indivíduo que irão determinar como ele deverá avaliar e reagir às situações com as quais se depara. Essas percepções do indivíduo vão se desenvolvendo à medida que ele cresce e vão constituir o que muitos autores chamam de “estrutura do ego”. O indivíduo primeiramente se descobre como algo diferente e separado do mundo, começa a perceber que algumas coisas lhe pertencem e outras não. A maneira pela qual percebemos o mundo é a “realidade”. As percepções do mundo são governadas pelas necessidades psicológicas de cada um e se modificam à medida que o indivíduo cresce e se desenvolve. Desta forma, seu comportamento também é alterado e determinado pela percepção que o indivíduo tem de si mesmo e do mundo.

Pelham e Swann (1989) ressaltam a importância que representa a formação do autoconceito na criança, para o seu desenvolvimento posterior. Isso porque a formação do autoconceito é um processo que acontece ao longo da vida e que recebe contribuições de todas as etapas do desenvolvimento individual, assimilando tanto os pontos positivos quanto aqueles negativos. Eles afirmam que muitas crianças parecem perceber que elas suscitam tanto a aceitação quanto o desprezo dos outros. Também se presume que as crianças traduzem algumas de suas primeiras experiências sociais em orgulho ou vergonha.

Por isso, L’Ecuyer (apud SÁNCHEZ; ESCRIBANO,1999) considera que em cada período da vida, o autoconceito possui características específicas. No primeiro período, dos 0 aos 2 anos de idade, o eu começa a se desenvolver. Inicialmente, a criança não tem consciência de ser alguém diferente e separado de sua mãe, mas através dos contatos com a mãe, a criança aprende a diferenciar o que é seu corpo e o que não é seu corpo. A criança começa a distinguir-se do outro quando reconhece os limites de seu corpo, provavelmente a partir das sensações corporais que experimenta. Assim, o autoconceito começa a se desenvolver através do processo de diferenciação entre aquilo que é “eu” e o que é “o outro”. Logo, não é apenas a imagem corporal que importa, mas as relações sociais afetivas estabelecidas nesta fase, as trocas verbais, as mímicas que ocorrem entre a criança e o adulto que exercem um papel importante na formação do autoconceito.

No segundo período, compreendido dos 2 aos 5 anos, ocorre o aparecimento da linguagem e começa uma fase de consolidação da imagem de si mesmo. Os termos “eu” e “meu” passam a ser utilizados, indicando uma consciência mais precisa de si mesmo frente aos outros. Por volta dos 2 anos e meio tem início a fase do negativismo. Este período é marcado pelo desenvolvimento do sentimento de autonomia. Através da negação a criança tenta se consolidar enquanto indivíduo diferente dos demais e que possui um valor pessoal. As reações das pessoas importantes para a criança frente à evolução física e psíquica que ela

está experimentando são de grande importância para a formação do seu autoconceito. A partir destas reações, o indivíduo irá construir seu valor pessoal, irão ter um feedback sobre suas competências, suas capacidades etc.

Dos 5 aos 10/12 anos corresponde ao terceiro período, no qual ocorre a expansão do eu. A escola oferece oportunidades para a criança vivenciar uma grande variedade de experiências que podem evidenciar tanto as capacidades como as dificuldades da criança até o momento, colocando a criança em diversas situações com as quais ela deve aprender a lidar. Trata-se de uma etapa em que o indivíduo experimenta diversas imagens de si mesmo, que influenciam a formação de sua identidade. Nesta fase, o autoconceito se torna mais realista, pois vai se definindo a partir das experiências ocorridas na escola. Os problemas ocorridos neste período poderão acarretar consequências negativas na vida adulta.

No quarto período, compreendido dos 10/12 anos aos 15/18 anos, ocorrem muitas mudanças físicas no indivíduo, que precisam ser aceitas por ele para que possa se adaptar a uma nova imagem corporal, podendo, assim, adquirir a valorização de si mesmo e seu sentimento de identidade. Nesta fase, o adolescente busca sua autonomia pessoal, procura distinguir-se de seus pais, o que o leva a identificar-se temporariamente com outras pessoas que se encontram na mesma situação, ou seja, com outros adolescentes. No entanto, a necessidade de encontrar sua identidade o fará distinguir-se, mais tarde, também de seu grupo de iguais. Esta identificação eu - outro pode ser marcada por dificuldades, sendo comum o adolescente sentir-se inseguro e incerto quanto as suas escolhas. Porém, apesar de tudo, a adolescência leva à construção de um autoconceito mais estável, coerente e seguro, o que não significa que ele seja imutável.

O quinto período corresponde à maturidade adulta, dos 20 aos 60 anos. Nesta fase o autoconceito continua a evoluir e se reformular, devido aos acontecimentos importantes que ocorrem durante estes anos da vida, como a experiência profissional, o casamento, a maternidade ou paternidade etc. Acrescenta-se ainda que, até os 40 anos, o indivíduo tende a interessar-se principalmente pelo exterior, pela vida social e a partir desta idade prefere centrar-se em si mesmo, no seu interior, processo este que é intensificado a partir dos 60 anos.

Conforme Rogers (1975), as pessoas se definem a partir de suas experiências. O *self*, portanto, forma-se a partir da experiência do indivíduo. Não é estável e imutável, mas, sim, organizado e consistente, em constante formação e mudança. Baseiam-se em experiências passadas, presentes e aspirações futuras; o termo *self*, portanto, refere-se ao processo permanente de reconhecimento do indivíduo.

Dentre as dimensões que formam o autoconceito geral encontra-se o autoconceito físico, o qual é constituído pelas percepções que cada indivíduo nutre pelo seu corpo e os seus significados. Para Ferreira e Magalhães (2006), o corpo é um instrumento natural do homem e cada grupo social imprime uma expectativa em torno dele. Em qualquer sociedade, o corpo é um lócus de poder, sujeito a coerção e domínios ou a experiências de confronto e resistência. Assim, o corpo se reveste de interpretações e significados. Ao corpo se aplicam sentimentos, discursos e práticas que estão na base da vida social. É através do corpo que os indivíduos se manifestam no mundo e revelam sua posição na sociedade (NASBY, 1996; UNGER; SUSSMAN, 1986).

Ferreira e Magalhães (2006) dizem ainda que o corpo se sobreponha aos limites do biológico, às condições materiais de vida, e assume também dimensões socioculturais fundamentais. Ou seja, há uma relação direta entre o contexto cultural no qual está inserido o indivíduo e a relação que mantém, incluindo aí suas expectativas com seu corpo.

Veggi et al. (2004) complementam afirmando que o papel relevante que o outro tem na formação da auto-imagem está diretamente relacionado com o aumento das pressões sociais pela manutenção de um corpo esbelto, que corresponda aos ideais pré-estabelecidos pela sociedade (MARSH, 1993). Além disso, como Membrilla e Martinez (2000) explicam, não há dúvida de que a auto-imagem é um componente fundamental na formação do autoconceito. Isto porque o autoconceito contém imagens do que o indivíduo é, daquilo que deseja ser e do que demonstramos e desejamos demonstrar para os outros (HEWITT; GENEST, 1990; HIGGINS et al., 1994).

Pelham e Swann (1989) ressaltam, ainda, a importância das primeiras experiências emocionais vivenciadas pela criança. Elas serão uma peça fundamental para a sua formação posterior, deixando marcas significativas em seu desenvolvimento. Como explicam, diversos psicólogos experimentais têm enfatizado o papel das primeiras experiências afetivas para determinar a percepção que cada um forma a respeito do seu bem-estar e do seu valor (CONTI; FRUTUOSO; GAMBARDELLA, 2005; ORBACH et al., 1998).

A vergonha, a ansiedade e a culpa são sentimentos desencadeados na infância como resultado de experiências emocionais ruins, que marcam a criança de forma profunda, acompanhando-a ao longo de todas as fases do seu desenvolvimento. Quando estes transtornos psicológicos iniciados na infância não recebem atenção adequada, o autoconceito sofre as consequências, assimilando distúrbios que irão contribuir negativamente para a relação do indivíduo com ele mesmo e também com os demais.

Isto porque, como explica Costa (2002), o autoconceito é dinâmico e se modifica em função das experiências do indivíduo e também das influências que sofre. A insatisfação com seus atos e com sua pessoa gera um descontentamento permanente e influencia negativamente o autoconceito, carregando-o com o fardo da incapacidade e afetando significativamente a auto-estima e a auto-imagem. Em alguns casos, gerando uma ansiedade permanente, levando este estado para outros aspectos de sua vida.

Ao se perceber de uma forma que não corresponde ao ideal, tanto pelos outros significativos quanto pela sociedade, e ainda por estar distante das expectativas que traçou para si mesmo, a discrepância entre o real e ideal gera um aumento da tristeza, depressão, apatia, ansiedade, contribuindo para distúrbios entre as várias auto-representações do autoconceito.

Quando estas diferentes auto-representações entram em choque, propiciam a ocorrência de discrepâncias ou cognições discordantes, pois dois estados psicológicos ou emocionais entram em confronto, acabando por gerar uma situação de tensão. Como conseqüência, há um desequilíbrio emocional, o qual desencadeará sentimentos negativos em relação a si mesmo e aos demais.

Segundo a Teoria da Autodiscrepância, Strauman e Higgins (1988) definem que a discrepância do *self* pode ocorrer entre três auto-representações principais: o *self* real, o *self* ideal e o *self* desejável. O *self* real é formado pelas características que o indivíduo julga ter, o *self* Ideal por características que gostaria de ter e o *self* Desejável engloba todos os atributos impostos pela sociedade que considera e acredita ter obrigação de possuir (ANDERSEN; GLASSMAN; GOLD, 1998).

Assim, seguindo a idéia exposta acima, ao longo da vida, o indivíduo busca unir esse tripé formado pelos três domínios básicos do *self*, procurando equilibrar as suas exigências internas com as externas, harmonizando-as segundo os padrões estabelecidos pela sociedade.

Quando o indivíduo não consegue harmonizar estes domínios, ocorrem profundos conflitos emocionais. Para Strauman e Higgins (1988), os três domínios do *self* podem, ainda, serem avaliados sob dois pontos de vista: o do indivíduo e o do outro significativo. Disto resultam seis tipos diferentes de auto-representação, apresentadas no quadro abaixo:

Self/Ponto de vista	EU	OUTRO
Real	Eu-real	Outro-real
Ideal	Eu-ideal	Outro-ideal
Desejável	Eu-desejável	Outro-desejável

Quadro 1 – Os três domínios do *Self*
 Fonte: STRAUMAN; HIGGINS (1988)

Sob o ponto de vista de Carver, Lawrence e Scheier (1999), tanto o *self* ideal quanto o *self* desejável possuem características positivas para o desenvolvimento integral do ser humano. Não ocorrendo pressões ou distorções, o *self* ideal serviria como um ponto de esperança, de força motivadora para superar obstáculos, para atingir as metas propostas e alcançar os objetivos idealizados para si mesmo e para sua vida (SAMPSON, 1985; MARSH; BYRNE, 1991).

Ainda de acordo com Carver, Lawrence e Scheier (1999), tanto o *self* ideal quanto o *self* desejável serviriam de incentivos para a busca do crescimento e do aprimoramento, sem, no entanto, fazer dessa busca uma obrigação a ser cumprida satisfatoriamente a todo custo.

Por isso, quando a discrepância entre o *self* real e o *self* ideal (eixo 1: real – ideal) torna-se impossível de ser diminuída, gera no indivíduo ausência de resultados positivos, levando a estados de culpa, depressão, tristeza por não ser capaz de atingir o seu ideal. Forma-se, assim, um círculo vicioso negativo, no qual a incapacidade de se atingir o ideal gera sentimentos negativos de tristeza, depressão, apatia, o qual, por sua vez, resulta em uma visão distorcida e negativa de si mesmo.

Já a discrepância entre o *self* real e o *self* desejável (eixo 2: real – desejável) gera no indivíduo a percepção ou presença de resultados negativos, porque este acredita que deveria possuir traços, atributos, papéis, etc que não apresenta, desencadeando estados de humor de elevada expectativa, opressão e ansiedade, no qual o indivíduo acaba se rebelando contra outros/sociedade.

Esses sentimentos contraditórios e negativos desencadeados pela discrepância entre os *selves* podem ser os responsáveis pela formação de um estado permanente de insatisfação consigo mesmo, com a sua forma de ser e com o corpo. Uma insatisfação que ocasionaria, entre outros problemas, descontroles na alimentação. Um descontrole que se concretizaria tanto por meio do exagero na ingestão de alimentos, quanto pela carência e a privação de comida. Tanto em uma situação quanto em outra, a discrepância seria o desencadeador da

situação, contribuindo para manutenção da visão distorcida que o indivíduo tem de si mesmo e, ainda, auxiliando o aumento dos problemas físicos que deram origem à insatisfação.

Para Strauman a maioria das teorias psicológica postula que os processos de desordem emocional, provocados pela auto-avaliação do *self*, estão associados a sentimentos de vulnerabilidade e de fragilidade do ser. Na avaliação de Strauman (1996), as pessoas seriam motivadas a encontrar, ao longo da vida, uma correspondência entre *self* real (com todas as características que imagina possuir) com o *self* ideal (composto por todas as esperanças, desejos e sonhos). Para o autor, os atributos do *self* ideal e do *self* desejável são chamados de auto-representação porque constitui padrões de grande significado emocional para a auto-avaliação (ARON et al., 1991).

Ao longo do desenvolvimento, é normal que o indivíduo enfrente divergências cognitivas e afetivas entre imagens corporais que podem provocar reações positivas ou negativas. Por isso é importante ressaltar, seguindo o ponto de vista da teoria da autodiscrepância, que o *self* é caracterizado por períodos de constância e de transformações. O desafio é descrever e determinar, como o *self* pode permanecer estável enquanto o indivíduo cresce e muda ao longo do curso de vida (STRAUMAN, 1996).

A relativa estabilidade e maleabilidade do *self* têm sido debatidas ao longo da história da psicologia. Enquanto para alguns o *self* tem sido considerado como uma entidade estável, tolerante e ainda resistente às mudanças que possam vir a acontecer, outros argumentam que *selves* diferentes provavelmente surgem a partir de situações sociais e meio ambientes diferentes (HEWITT; GENEST, 1990; HIGGINS et al., 1994).

Desta forma, o *self* não seria um elemento estático, preso a condições e situações, recusando e evitando todo e qualquer tipo de mudança, mantendo-se ligado a padrões pré-estabelecidos e determinados. Ele seria maleável e aberto a sofrer influências internas e externas que acarretariam em transformações ao longo da vida.

Por exemplo, a vergonha e a culpa são sentimentos que, surgindo em decorrência de uma série de fatores, podem contribuir para as mudanças no *self*. Ambos são frutos da divergência entre o que se é e os padrões estabelecidos pela sociedade, pelos outros e até por exigências e expectativas internas.

De acordo com Tangney et al. (1998), tanto a vergonha quanto à culpa são “emoções morais” que nascem a partir das discrepâncias que podem acontecer entre o comportamento ou as características individuais e o padrão moral adotado. Não havendo uma harmonia entre estes elementos há o que os autores denominam de “desconforto psicológico” (MARSH, 1995; HIGGINS, 1996).

A partir do momento em que a pessoa percebe que não está sendo capaz de ser e viver de acordo com padrões que aprendeu serem os corretos e mais adequados para ela, começa a sentir vergonha em ser o que é e, ao mesmo tempo, sente-se culpada por essa situação.

Com relação à culpa, normalmente, ela está relacionada com um motivo específico, um comportamento adotado, uma ação realizada. “Quando ocorre a sensação de culpa sobre um determinado comportamento, as pessoas normalmente ficam tensas, sentem remorso e lamentam o que fizeram. Elas também sentem uma pressão para fazer uma ação de reparação” (TANGNEY, et al., 1998, p.257).

Se, no caso da vergonha, o indivíduo procura fugir e se esconder, quando a culpa aparece uma das reações é tentar reparar o que se fez por meio de uma nova ação. Tangney et al. (1998) afirma que o sentimento de vergonha envolve uma auto-avaliação totalmente negativa, não estando muito claro qual tipo de discrepância do *self* seria mais relevante para uma experiência que desencadeie esta sensação. Para os autores, as predições de Higgins (1996) com relação às discrepâncias crônicas do *self* e a tendência a sentir vergonha e culpa nunca foram diretamente testadas.

O resultado das autodiscrepâncias entre os selves real, ideal e desejável é o surgimento de uma série de sentimentos negativos que, por sua vez, podem dar origem de alguns problemas, entre eles, a obesidade. Isto porque, já há muito tempo que a obesidade deixou de ser considerado um símbolo de opulência e até mesmo de sinônimo de beleza. Como explica Almeida e Santos (2002) durante muito tempo na história da humanidade, o ganho de peso, bem como, o acúmulo de gordura, era visto como sinais de saúde e prosperidade. Hoje, contudo, a obesidade é considerada uma doença crônica, que afeta crianças, adolescentes e adultos, presente tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento.

Relacionando obesidade com o meio sócio-cultural, Carvalho e Martins (2004) afirmam que: o corpo gordo não é como uma máquina mensurável que ingere e excreta substâncias independente do ambiente. O corpo é parte do ambiente em que vive e, como tal, se apropria do ambiente a cada momento, interagindo e modificando os processos de transdução de energia.

Assim, se o autoconceito fragilizado cria condições internas para o surgimento de distúrbios emocionais, também pode contribuir para o aparecimento de distúrbios alimentares, já que o descontentamento com o próprio ser inclui a não satisfação com seu corpo físico. A partir dessa insatisfação crescem as necessidades de compensação, de tentar preencher essas deficiências, sejam elas reais ou imaginárias.

Para Strauman et al. (1991), a associação entre as discrepâncias do *self* e o desequilíbrio alimentar ocorre tanto nos homens quanto nas mulheres. Para os autores apesar do crescimento das pesquisas voltadas para a origem desses problemas, as características psicológicas precursoras do comportamento patológico relacionado com a alimentação ainda continuam obscuras (TRAVADO et al., 2004).

A obesidade pode servir de exemplo deste tipo de discrepância. Cataneo, Carvalho e Galindo (2005) afirmam que é preciso dar mais atenção e analisar com maior profundidade questões relacionadas com os prazeres orais, como o comer e o beber. Os dois estão ligados diretamente ao físico do indivíduo e podem provocar reações físicas e emocionais com efeitos negativos. Dentre as várias modificações que podem ocorrer no corpo de um indivíduo, uma das mais complexas é a obesidade. Por isso, neste caso, é preciso que seja feita uma abordagem multidisciplinar do distúrbio.

Para Peixoto (2004), a família tem um papel muito importante no sentido de impedir a formação deste círculo ou então de perpetuá-lo. Segundo o autor, uma melhor qualidade do relacionamento familiar pode levar à construção de uma auto-imagem positiva e, este fato, pode explicar o autoconceito físico mais positivo, mesmo nas situações em que essa auto-representação não corresponda aos padrões de beleza estabelecidos.

Quando isto não ocorre, Bernardi, Cichelero e Vitolo (2005) afirmam que a depreciação da própria imagem física leva à preocupação opressiva com a obesidade, tornando o obeso inseguro devido a sua inabilidade de manter a perda de peso. Assim, o autoconceito é afetado por uma série de problemas, os quais o indivíduo não consegue resolver e desta forma mantém sua auto-estima em baixa, aprofundando os problemas originais (STAPEL; KOMEN, 2001; WOOD, et al., 1997).

Como explicam Cataneo, Carvalho e Galindo (2005), o autoconceito, seja ele positivo ou negativo, rege as ações do indivíduo. O que a pessoa pensa sobre si mesma, diz muito sobre a satisfação que extrai de sua vida e das atividades que realiza, sendo um fator de risco ou de suporte para sua saúde mental (OGILVIE, 1987).

Desta forma, em função da importância da teoria da autodiscrepância na contextualização da obesidade, o próximo capítulo tratará de esmiuçar um pouco esta última questão.

CAPÍTULO 2

OBESIDADE

Atualmente, a obesidade é considerada uma doença caracterizada pelo acúmulo anormal ou excessiva de gordura sob forma de tecido adiposo, de forma que possa resultar em prejuízos à saúde (MENDONÇA; ANJOS, 2004; HALPERN et al., 1998; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1997).

Ades e Kerbauy (2002) complementam esta definição explicando que a obesidade provoca o surgimento de uma série de doenças graves como diabetes, hipertensão e até mesmo câncer. Os autores afirmam que a despeito dos inúmeros tratamentos existentes, sua prevalência vem crescendo nas últimas décadas e especialistas a caracterizam como epidemia (TRAVADO et al., 2004; MONTEIRO; CONDE, 1999; PI-SUNYER, 1991; FONSECA; SICHIERI; VEIGA, 1998).

Verifica-se, hoje em dia, que a obesidade acomete todas as idades, sexo, raça e condições socioeconômicas.

Por exemplo, nas crianças e adolescentes, o excesso de peso é um problema crescente, atingindo de 25% a 30% dessa população, com um incremento na ordem de 2 Kg entre as décadas de 70 e 80, e de aproximadamente 5 Kg entre os anos 1980 e 1990 (ALVES; FIGUEIRA, 1998).

A obesidade infantil já apresenta dimensões epidêmicas em algumas áreas e ascendentes em outras. No mundo existem 17,6 milhões de crianças obesas com idade menor a cinco anos. O Surgeon General, a maior autoridade governamental em saúde dos Estados Unidos, afirma que o número de crianças obesas dobrou e o de adolescentes obesos triplicou naquele país desde 1980 (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2003).

Sabe-se que quanto mais intenso e precoce é seu aparecimento, mais intensa é a obesidade do adulto, sendo mais graves as co-morbidades a ela relacionadas. (GORTMAKER et al., 1996; SCHONFELD-WARDEN; WARDEN, 1997).

De acordo com o National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES-III; 1988 –1991), a prevalência da obesidade na infância está aumentando entre a população dos Estados Unidos indicando prevalência de sobrepeso baseado no cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) de 20% dos meninos e 22% das meninas com idade entre 12 e 19 anos. Esses dados representam um aumento significativo em relação ao trabalho prévio da NHANES-II

(1976–1980), segundo o qual 15% dos adolescentes meninos e meninas estavam com sobrepeso (GRUNDY, 1998). Na população adulta do Brasil, cerca de 32% apresentam algum grau de excesso de peso ($IMC > 25 \text{ Kg/m}^2$), sendo 27% nos homens e 38% nas mulheres (ALVES; FIGUEIRA, 1998).

De acordo com o Ministério da Saúde do Brasil em 2002, a prevalência de sobrepeso em adultos é de 27 milhões (32 % da população) e a de obesidade é 6,8 milhões (8 % da população). Nos adolescentes, estima-se que seja de 20%. Nas crianças, a prevalência em Curitiba (1996) foi de 15,6 %; no Rio de Janeiro (1999), de 12,2 %; em Florianópolis (1999), de 22,3 %; e no Recife (2001), 34,7 % (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2003).

Dados recentes, liberados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a partir da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF), realizada em 2002-2003, demonstram que, dos 35,5 milhões de adolescentes de 10 a 19 anos, 16,75% estão acima do peso e 7,3% têm baixo peso para a idade. A probabilidade de uma criança obesa ser um adulto obeso aumenta com a idade e com a gravidade da obesidade, enquanto uma diminuição de apenas 5% a 10% no peso reduz significativamente o risco de complicações futuras (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2006).

O sobrepeso acomete ambos os sexos, variando a prevalência entre os diversos países e período de análise.

Segundo Halpern (1999) e Mondini e Monteiro (1998), nas últimas três décadas, inquéritos nutricionais realizados no Brasil mostraram a existência de uma tendência clara ao aumento do número de obesos em ambos os sexos. Os dados mostram que, entre 1974 e 1989, a evolução da obesidade foi ascendente e relativamente uniforme no Nordeste (NE) e Sudeste (SE) para homens e mulheres em todas as faixas etárias, aumentando de 21% para 32%. Nessa pesquisa, o Sul do país mostrou as maiores prevalências, que são semelhantes e até mesmo superiores à de países desenvolvidos. Observou-se que os valores duplicaram para os homens e que, para a população feminina, o aumento também foi significativo.

Nos adultos, o aumento da prevalência foi de cerca de 70% para mulheres e 90% para homens. No período de 1989-1997, o aumento foi mais intenso no Nordeste, e a obesidade feminina mostrou-se distintamente influenciada pela renda familiar nas duas regiões.

De acordo com Popkin (1998), estudo populacional realizado em alguns países mostra que o sobrepeso definido como IMC maior que o percentil 85 da Referência National Health Examination Surveys (NHES) do United State of America (EUA), na década de 80, nos EUA, a prevalência foi maior no sexo feminino (24,2% / 21,3%), enquanto que, no Brasil, foi maior

no sexo masculino (12,8% / 10,5%). Esse mesmo estudo revela que, na década de 90, na China, Rússia e África do Sul, a prevalência foi maior também no sexo masculino.

A pesquisa de Orçamento Familiar 2002-2003, realizada no Brasil, comprova que, para o sexo masculino, houve aumento de 50% na prevalência de sobrepeso em relação a 1989. Destaca que o sobrepeso em adolescentes masculinos é de 17,9% e no sexo feminino, de 15,4%. Revela também que a obesidade afeta mais de 2% do total de adolescentes brasileiros, com 1,8% no sexo masculino e 2,9% no feminino, e que esta prevalência por sexo varia entre as macrorregiões do país (BRASIL, 2007).

Dados do NHANES III (National Health and Nutrition Examination Surveys), para adultos, revelam que há variações em prevalência da obesidade em diferentes grupos étnicos nos Estados Unidos: na população branca, 31,6% dos homens e 32,1% das mulheres são obesos; na população negra, 31% dos homens e 48% das mulheres (SCHONFELDWARDEN; WARDEN, 1997).

De acordo com o International Obesity Task Force (IOTF), na década de 90, estudos na África do Sul mostram que a prevalência da obesidade na raça negra do sexo feminino é de 44% e, no Japão, onde a obesidade é pouco prevalente, já há registro de que suas taxas vêm crescendo, chegando a duplicar nos últimos anos (THE GLOBAL..., 1997).

Embora aparentemente paradoxal, verifica-se atualmente que a obesidade atinge todas as camadas sociais e não apenas os mais favorecidos. Ocorre em populações de baixa renda tanto nos países desenvolvidos como nos em desenvolvimento e vem mostrando um aumento dessa prevalência ao longo dos anos. O comportamento dessa tendência difere entre países e até num mesmo país, nas diferentes regiões, uma vez que está relacionada com as condições socioeconômicas e culturais (BERRIÓS, 1997; BROWN 2001; BROWN; HALWEIL; GARDNER, 2001; MONDINI; MONTEIRO, 1998; MONTEIRO, 1995).

Um dos mais abrangentes estudos sobre a relação entre nível socioeconômico e obesidade nos países em desenvolvimento foi realizado por Martorell e outros (2000) a partir da reanálise de dezenas de pesquisas nacionais realizadas na década de 90, em amostras probabilísticas da população feminina em idade reprodutiva de diversos países da África, Ásia, América Latina e Caribe. Após ajuste para idade, o estudo identificou que a associação entre níveis socioeconômicos, medidos pela escolaridade, e obesidade era sempre positiva nos países africanos e asiáticos, enquanto nos países latino-americanos e caribenhos a associação mostrava-se ora positiva, ora inexistente, ora negativa. De fato, e mais importante, o estudo identificou a relação do padrão de associação entre escolaridade e obesidade com o nível de desenvolvimento econômico dos países: quanto maior o Produto Nacional Bruto e a renda *per*

capita do país, mais a associação entre escolaridade e obesidade tendia a passar de positiva para negativa.

Estudos que relacionam obesidade com nível socioeconômico mostram que a prevalência da obesidade tende a ser diretamente associada ao nível socioeconômico na infância e inversamente na adolescência e vida adulta, especialmente nas mulheres (BERRIÓS, 1997; POST et al., 1996).

As análises comparativas entre os inquéritos antropométricos nacionais (Estudo Nacional de Despesa Familiar ENDEF , realizado nos anos de 1974/1975 e a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição PNSN de 1989) e regionais (Pesquisa de Padrões de Vida PPV de 1997) permitiram identificar a amplitude e gravidade do problema. Ao se incluir estratificação por renda, o quadro apresenta algumas mudanças, tais como: a obesidade ter aumentado em todos os quartis de renda entre as mulheres do Nordeste e ter declinado para os três quartis mais elevados de renda das mulheres do Sudeste. A obesidade entre as mulheres da região Sudeste só apresentou elevação entre aquelas que compõem os 25,0% mais pobres, passando de 11,6% em 1989, para 15,0% em 1997. A obesidade entre os homens, entre 1989 e 1997, cresceu em todos os quartis de renda nas duas regiões (BRASIL, 1990; COITINHO et al., 1991, MONTEIRO; CONDE, 1999).

Como vimos, na região Sudeste do Brasil, observou-se declínio na prevalência para os estratos de média e alta renda, e aumento intenso para as mulheres mais pobres (COITINHO et al., 1991; MONTEIRO, 1995; MONTEIRO; CONDE, 1999).

No inquérito antropométrico realizado no Brasil, em 1996, constatou-se que as mulheres de condições socioeconômicas menos favoráveis, residentes no meio rural, apresentaram uma maior prevalência de obesidade em relação às do meio urbano (MONDINI; MONTEIRO, 1998; MONTEIRO; CONDE, 1999).

Dados da pesquisa sobre padrões de vida (PPV), coletados em 1997 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em convênio com o Banco Mundial, revelaram que a prevalência de sobrepeso em adolescentes brasileiros variou entre 1,7% no Nordeste e 4,2% no Sudeste, e que a prevalência de obesidade em adolescentes variou entre 6,6% e 8,4%, nas regiões Nordeste e Sudeste, respectivamente (THE GLOBAL..., 1997; VASCONCELOS; SILVA, 2003).

De acordo com Cesse e Freese (2006), no início do século XX, as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) eram mais freqüentes entre as classes de maior renda, enquanto que, nas últimas décadas desse século, elas passaram a se constituir doenças dos grupos sociais de menor renda, de menor nível de escolaridade e de piores condições de vida e

trabalho, demonstrando o vínculo da ocorrência dessas doenças com as condições socioeconômicas da população.

Monteiro (1998, 2003) afirma que, a partir de certo nível de desenvolvimento, ricos e pobres tenderão a estar igualmente expostos à obesidade. Isso dependerá da chamada escolha informada dos indivíduos, seja com relação à alimentação (quantidade e qualidade), seja com relação ao padrão de atividade física (definida, sobretudo, pelo padrão de atividade nos momentos de lazer).

Para muitos autores, o nível de educação e o acesso à informação dos indivíduos são fatores determinantes para obesidade (MONTEIRO, 1995, 1998; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2000; SICHIERI, 1998).

O nível de educação e o acesso à informação dos indivíduos são fatores determinantes, seja com relação à alimentação (quantidade e qualidade), seja com relação ao padrão de atividade física (definida, sobretudo, pelo padrão de atividade nos momentos de lazer) (MONTEIRO, 1998; MONTEIRO et al., 2003).

Diferentes estudos também mostram que indivíduos com menor nível de escolaridade são mais sedentários, e esse pode ser fator predisponente (CRESPO et al., 2000; KUCZMARSKI et al., 2000; MISIGOJ-DURAKOVIC et al., 2000).

Vários fatores podem estar associados a este problema. Ainda que o elevado peso corporal seja resultado do desequilíbrio entre oferta e demanda energética, a sua determinação tem se revelada complexa e variável em diversos aspectos, como fatores demográficos, socioeconômicos, genéticos, psicológicos, ambientais e individuais (ALVES, 2000; FISBERG, 1993; JAVIER; SZKLO; COMSTOCK, 1992).

Entretanto, Barros (2004) descreve que desde a antiguidade existem relatos e figuras de pessoas obesas. Na época pré-industrial, os períodos de carência alimentar eram freqüentes e a mulher de peso excessivo simbolizava uma mulher forte, com energia suficiente para enfrentar esses períodos conturbados e proteger sua família (ISTITUTO DE NUTRIÇÃO ANNES DIAS, 2004; ANDRADE; BOSI, 2003; ALMEIDA et al., 2005). Ao longo do século XX e, sobretudo, a partir da década de 60, esse ideário vem se modificando: inicia-se a busca pelo corpo magro, atlético, com formas definidas que passam a significar um objeto de consumo, tendo em vista a oferta de produtos e serviços em um mercado que cresce a cada dia (FERRIANI et al., 2005; OLIVEIRA; CERQUEIRA, 2003; ANDRADE; BOSI, 2003; ALMEIDA et al., 2005).

Segundo os autores Skidmore e Yarnell (2004), a partir de meados do século passado, começou-se a acumular evidências de que a obesidade era uma condição que poderia prejudicar a saúde das pessoas (WALLEY; BLAKEMORE; FROGUEL, 2006).

Entre os vários elementos que contribuíram para este incremento da obesidade na sociedade estão às transformações dos hábitos alimentares e o estilo de vida adotado pelos indivíduos. Pinheiro, Freitas e Corso (2004) enumeram três hipóteses para explicar o aumento da obesidade no mundo. A primeira delas seria decorrente do fato de algumas populações serem geneticamente mais suscetíveis, a segunda e mais explicativa, devido à diminuição do gasto energético e, por último, em função da mudança dos hábitos alimentares (WALLEY; BLAKEMORE; FROGUEL, 2006; MARQUES-LOPES et al., 2004; MARTINEZ, 2000; MURRAY; LOPEZ, 1997).

Contudo, o balanço energético positivo, que ocorre quando o valor calórico ingerido é superior ao gasto, é importante contribuidor para o desenvolvimento da obesidade, promovendo aumento nos estoques de energia e peso corporal. O início da manutenção de um balanço calórico positivo relativo às necessidades do organismo pode ser consequência tanto de aumento na ingestão calórica, como redução no total calórico gasto, ou os dois fatores combinados (PEREIRA et al., 1999). Dados recentes encontrados demonstraram a alta incidência de sedentarismo na população obesa. No estudo de Freitas et al. (1998), 80% das participantes não praticavam qualquer atividade física. Além disto, o processo de modernização e transição econômica observado na maioria dos países tem promovido alterações na industrialização da produção alimentícia, que colabora para o consumo de dietas ricas em proteína e gordura e baixa em carboidratos complexos (MAHAM; ESCOTT-STUMP, 1998).

Atualmente, existe maior quantidade de alimentos disponíveis, enquanto a demanda energética da vida moderna tem caído drasticamente. Estudo realizado com crianças nos EUA (WILDE; RANNY, 2000) demonstrou que, aproximadamente, um terço do consumo calórico diário das crianças é realizado na escola, onde 88,5% do estoque das lanchonetes é rico em gordura e/ou açúcar. Em estudo relatado por Maham e Escott-Stump (1998) realizado com 264 trabalhadores (203 homens e 61 mulheres), foi observado que 81,9% dos indivíduos consumia lipídios acima de 30% do total calórico ingerido, dado semelhante ao encontrado na população norte-americana. Metade das mulheres ingeria acima de 40% de lipídios na dieta e a frequência de sobrepeso era de 43,9%, enquanto a de indivíduos obesos era de 23,1%. Outro dado interessante observado foi que a maioria dos trabalhadores realizava apenas três refeições diárias e 43% dos indivíduos obesos tinham o jantar como a maior refeição.

Young e Nestle (2002) apresentam a evolução dos tamanhos das porções de alimentos oferecidas em alguns estabelecimentos nos EUA nas últimas décadas, e compara com as padronizadas pelo Departamento de Agricultura dos EUA (USDA). Os resultados mostraram que o tamanho da porção de carnes, massas e chocolates ultrapassavam em 224, 480 e 700%, respectivamente, o da padronizada pelo USDA. Além disso, constatou-se que a partir da década de 70, iniciou-se um aumento das porções, coincidindo com a atuação mais forte do marketing na indústria alimentícia. Como exemplo, o tamanho da batata-frita oferecida aos consumidores em meados dos anos 50 representava 1/3 do maior tamanho oferecido em 2001.

Há indícios de que o padrão de alimentação hiperlipídica, hiperprotéica e hipoglicídica esteja se repetindo também no Brasil. Estudos realizados com mulheres obesas brasileiras demonstraram que mais de 30% do total calórico ingerido por esta população era proveniente de lipídios (PEREIRA et al., 1998; FRANCISCHI et al., 1999), o que demonstra ingestão semelhante à encontrada nos países desenvolvidos, caracterizando esta dieta como ocidentalizada.

A tendência secular no aumento da obesidade parece ocorrer, também, paralelamente à redução na prática de atividade física e aumento no sedentarismo (MARTINEZ, 2000). O hábito da prática de atividade física é influenciado na criança pelos pais, e quando desenvolvidos nesta fase, tendem a se manter do mesmo modo até a fase adulta (STRAUSS; KNIGHT, 1999). Além disso, uma redução natural no gasto energético é observada com a modernização, ocasionando estilo de vida mais sedentário com transporte motorizado, equipamentos mecanizados que diminuem o esforço físico de homens e mulheres tanto no trabalho como em casa (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1997). Já foi demonstrada uma redução de aproximadamente 600kcal com a diminuição do tempo despendido com brincadeiras de rua e o aumento do tempo assistindo televisão; do mesmo modo, cortar grama com as mãos gastava aproximadamente 500kcal/h, enquanto, com a utilização de cortadores elétricos de grama, o gasto diminuiu para 180kcal/h, lavar as roupas no tanque consumia aproximadamente 1500kcal/dia enquanto usar a máquina de lavar requer apenas 270kcal/2h para a mesma quantidade de roupas (MARTINEZ, 2000).

De fato, poucas atividades hoje em dia são classificadas como muito ativas, enquanto há algumas décadas atrás, várias atividades tinham esta característica (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1997). No entanto, é muito difícil estabelecer uma relação de causa e efeito entre o IMC e o grau de atividade física, mas sabe-se que a redução na atividade física diária afeta direta e indiretamente (através da taxa de metabolismo basal) o gasto energético diário do indivíduo. Os três principais componentes do gasto energético diário são: a taxa

metabólica basal, o efeito térmico dos alimentos (ETA) e a prática de atividade física (AT) (SCHUTZ, 1995; BLAIR et al., 1996). Vários autores já demonstraram relação inversa entre TMB e IMC em animais (YOSHIOKA; YOSHIDA; KONDO, 1992) e redução da TMB e aumento de peso corporal em humanos (ALBU et al., 1997; WEINSIER et al., 1998).

Grundy (1998) destaca em sua revisão que o envelhecimento também está relacionado ao ganho de peso, por estar associado a fatores como declínio na TMB em consequência da perda de massa muscular, diminuição na prática de atividades físicas e aumento no consumo alimentar.

Há evidências sugerindo forte influência genética no desenvolvimento da obesidade, mas seus mecanismos ainda não estão esclarecidos. Acredita-se que esses fatores possam estar relacionados ao consumo e gasto energético. O controle do apetite e o comportamento alimentar também sofrem influência genética. Há indícios de que o componente genético atua sobre o gasto energético, em especial, sobre a taxa metabólica basal (BARON, 1995; GRUNDY, 1998), a qual é determinada principalmente pela quantidade de massa magra (HILL; PETERS, 1998). Além disso, deve-se considerar que há diferenças na suscetibilidade a obesidade (BLUMENKRANTZ, 1997).

Diversos estudos com elevado número de famílias com diferentes graus de consangüinidade permitiram associar indicadores objetivos de obesidade (IMC/%gordura), com a proximidade do grau de parentesco, sendo o coeficiente de correlação baixo entre esposos e tios-sobrinhos, aumentando entre pais e filhos e entre irmãos (BOUCHARD et al., 1998; ORERA, 1997).

A correlação do Índice de Massa Corporal (IMC) é ainda mais elevado em gêmeos monozigóticos e dizigóticos. Ademais, estudos de intervenção dietética, baseados em balanços energéticos positivos e negativos em gêmeos idênticos, assinalam fidedignamente que as diferenças na susceptibilidade à superalimentação crônica ou a períodos de inanição, parecem ser explicadas principalmente por fatores genéticos (BOUCHARD; TREMBLAY, 1997; JACKSON et al., 2002).

Pesquisas de segregação familiar revelam que a hereditariedade do índice de Quetelet (peso/altura²) está na ordem dos 40%, enquanto que as investigações com gêmeos estimam a contribuição genética em 70-80% (BOUCHARD; TREMBLAY, 1997). No entanto, estas informações não são suficientes para explicar inequivocamente a origem genética da obesidade, uma vez que as famílias compartilham outros fatores implicados nesta, como o estilo de vida, os hábitos dietéticos e o meio-ambiente (JACKSON et al., 2002).

Por último, a coexistência de obesidade em vários membros da mesma família, confirma a participação da herança genética na incidência da obesidade. A probabilidade de que os filhos sejam obesos quando os pais o são, foi estimada em alguns estudos obtendo-se percentagens entre 50% e 80% (ORERA, 1997). Confirma esta hipótese tanto o fato de existirem indivíduos com uma alteração na termogênese ou no metabolismo basal, como a constatação de poderem os fatores genéticos modificar os efeitos da atividade física sobre o peso e a composição corporal (MACHO AZCARATE et al., 2002).

Um certo número de desordens endócrinas também podem conduzir à obesidade, como, por exemplo, o hipotireoidismo e problemas no hipotálamo, mas estas causas representam menos de 1% dos casos de excesso de peso. Outros problemas dessa mesma origem incluem alterações no metabolismo de corticoesteróides, hipogonadismo em homens e ovariectomia em mulheres, além da síndrome do ovário policístico, a qual pode estar relacionada a mudanças na função ovariana ou à hipersensibilidade no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (BARON, 1995; JEBB, 1997).

A obesidade também possui inúmeras determinações sociais. Durante muito tempo, a doença vem sendo relacionada com as emoções, sendo este um fator agravante. Cada vez mais, o indivíduo obeso é visto com muito preconceito na sociedade. Para Stenzel (2002), a obesidade e a magreza possuem significados em relação à coletividade.

A depreciação da própria imagem física leva à preocupação opressiva com a obesidade, tornando o obeso inseguro devido à sua incapacidade de manter a perda de peso. A falta de confiança, a sensação de isolamento, atribuída ao fracasso da família e dos amigos em entender o problema, assim como a humilhação, decorrente do intenso preconceito e discriminação aos quais os indivíduos obesos estão sujeitos, remetem enorme carga psicológica ao obeso (STUNKARD; WADDEN, 1992). Entretanto, importa enfatizar que, entre as pessoas com excesso de peso, não foi demonstrada nenhuma condição psicológica própria, nem traços de personalidade comuns (SOBAL; DEVINE, 1997). Há evidências de que grande parte dos indivíduos obesos come para resolver ou compensar problemas dos quais, às vezes, não têm consciência. Esses mesmos indivíduos podem apresentar dificuldades em obter prazer nas relações sociais, por se sentirem rejeitados ou discriminados, o que os leva ao isolamento. Por outro lado, esses sentimentos contribuem para que os obesos enxerguem a comida como importante fonte de prazer, o que, devido ao preconceito, conseqüentemente, restringe e empobrece ainda mais suas relações afetivas e sociais. Esse processo alimenta o ciclo vicioso em que, de um lado, há o ganho progressivo de peso e, do outro, uma solidão cada vez maior (CAMPOS, 2001).

Partindo-se deste referencial de desconforto, com o qual o indivíduo obeso convive e do questionamento sobre o que instiga atualmente a batalha pelo alcance de um padrão rígido de beleza magra, no qual, mesmo pessoas sem problemas de peso estão interessadas em perder alguns quilos, considera-se que os indivíduos obesos são alvo de exclusão em nossa sociedade.

Ao tratar de exclusão, têm-se presentes subjetividades específicas que circulam entre o sentir-se incluído e o sentir-se discriminado ou revoltado. A exclusão se configura como um processo complexo, que envolve o homem e suas relações com os outros. As subjetividades contidas na exclusão manifestam-se, no cotidiano, através da identidade, sociabilidade, afetividade, consciência e inconsciência (SAWAIA, 1999).

Para a autora acima, o conceito de exclusão pressupõe ambigüidade, uma vez que se trata de um processo de grande complexidade e contraditoriedade, composto por uma dimensão objetiva de desigualdade social, a dimensão ética da injustiça e a dimensão subjetiva do sofrimento (SAWAIA, 1999). Afirma que todos os indivíduos estão incluídos, de alguma forma; logo, ao se falar de exclusão, deve-se corrigir pela dialética exclusão/inclusão, porque a sociedade exclui para incluir, traduzindo a condição da ordem social desigual, explicitando o descompromisso político com o sofrimento do outro.

Ainda que esteja claro hoje que a vulnerabilidade à obesidade é amplamente determinada biologicamente, seus correlatos psicológicos podem ser altamente relevantes (STUNKARD; WADDEN, 1992). Pessoas obesas apresentam maiores níveis de sintomas depressivos, ansiosos, distúrbios alimentares e de transtornos de personalidade. Porém, a presença de psicopatologia não é necessária para o aparecimento da obesidade. A presença de patologia psíquica não é restrita a grupos específicos, tal como acontece em outras doenças crônicas. Assim, a obesidade poderia ser vista como causadora da psicopatologia e não como consequência desta última (KHAODHIAR; BLACKBURN, 2001).

Os problemas emocionais são geralmente percebidos como consequências da obesidade, embora conflitos e problemas psicológicos possam preceder o desenvolvimento da mesma. A depressão e a ansiedade são os sintomas comuns; depressão maior pode ser freqüente nos gravemente obesos. Pacientes obesos emocionalmente instáveis podem experimentar aumento na ansiedade e depressão quando fazem dietas (FLAHERTY; JANICAK, 1995). Portanto, o obeso apresenta aspectos emocionais e psicológicos identificados como causadores ou consequências da sua condição de obeso, concomitante a uma condição clínica e educacional alterada.

Nunes et al. (2001) demonstraram que há uma relação entre percepção corporal, o índice de massa corpórea e os comportamentos alimentares anormais. Mulheres que se sentiam gordas apresentaram um risco quatro vezes maior de comportamentos alimentares anormais. Daí a importância da avaliação da percepção do peso corporal em estudos que envolvem o controle do peso.

Como pode ser observado, os estudos indicam que a fase de desenvolvimento no qual tem início a obesidade faz diferença: aqueles que eram magros e depois se tornaram gordos, tendem a manter uma imagem de seu corpo como magros; enquanto que aqueles que eram gordos desde a infância, têm dificuldade de se adaptar a uma nova imagem.

De acordo com os estudos realizados por Hoyos e Clarke (1987), Collins et al. (1983), a associação entre obesidade e distúrbios da imagem corporal estabelece-se tanto pela superestimação, quanto pela subestimação. Está relacionada tanto a aspectos psicológicos, quanto a sociais, que sofrem a interferência dos padrões de beleza. Talvez, por este motivo o fenômeno apareça mais entre mulheres, uma vez que a sociedade exige delas uma aparência mais perfeita e magra. A pressão social exercida em prol da manutenção do corpo perfeito tem levado homens e mulheres a buscar milagres em academias, auxílio de cirurgias plásticas e dietas instantâneas. Tudo isso sem levar em conta a questão da saúde, apenas se importando em atingir um padrão estético que julgam ser ideal (NUNES et al., 1994; VERRI et al., 1997).

Esta tendência de buscar o corpo ideal está diretamente relacionada com a teoria da autodiscrepância que existe quando o indivíduo compara a imagem real com os padrões divulgados e estabelecidos pela cultura. Neste sentido, Veggi et al. (2004) afirmam que a obesidade pode provocar distúrbios de humor em consequência de toda a pressão social existente.

Para Almeida et al. (2005), a imagem corporal refere-se a uma ilustração que se tem na mente acerca do tamanho, imagem e forma do corpo, como também aos sentimentos relacionados a essas características, bem como, às partes que o constituem (LINDSTROM; ISACSSON; MERLO, 2003).

Cash (1993) afirma que a imagem corporal refere-se à experiência psicológica de alguém sobre a aparência e o funcionamento do seu corpo. Segundo o autor, o descontentamento relacionado ao peso, que muitas vezes levam a uma imagem corporal negativa, advém de uma ênfase cultural na magreza e estigma social da obesidade. O processo de formação da imagem corporal pode ser influenciado por uma série de fatores, como a idade de início da obesidade, presença de transtorno emocional, influência social através da

avaliação negativa ou depreciativa do outro, história de mudanças e flutuações do peso, entre outros. Aqui também não se pode deixar de levar em conta os aspectos socioculturais, que podem influir no desenvolvimento da auto-imagem corporal e dos transtornos a ela associados (FISHER, 1990; BLOWERS et al., 2003; VOLKWEIN; MCCONATHA, 1997; SLADE 1992).

Existem evidências que dão suporte de que a mídia promove distúrbios da imagem corporal (FALLON; ROZIN, 1985; NUNES et al., 2001; LABRE, 2001; NAGEL; JONES, 1992). Análises têm estabelecido que modelos, atrizes e outros ícones femininos vêm se tornando mais magras ao longo das décadas. Indivíduos com transtornos alimentares sentem-se pressionados em demasia pela mídia para serem magros e reportam terem aprendido técnicas não-saudáveis de controle de peso (indução de vômitos, exercícios físicos rigorosos, dietas drásticas) através desse veículo (CASTLE; PHILIPS, 2002).

Em estudo realizado nas ilhas Fiji, Becker et al. (2002) avaliaram o impacto da exposição das adolescentes à televisão e conseqüentes atitudes e comportamentos alimentares desses indivíduos. O estudo foi dividido em duas etapas, a primeira em 1995 e a segunda em 1998, já com três anos de exposição à televisão. Os resultados mostraram que os indicadores de transtorno alimentar foram significativamente mais prevalentes após 1998, demonstrando também maior interesse em perda de peso, sugerindo um impacto negativo da mídia.

As normas e padrões sociais influenciam a satisfação e as preocupações sobre o peso corporal (OGDEN; EVANS, 1999). Os comportamentos alimentares anormais e as práticas inadequadas de controle de peso estão associadas à insatisfação pessoal e à baixa auto-estima, sendo comumente expressados pela insatisfação com o peso corporal (MCGEE; WILLIAMS, 2000; GHADERI; SCOTT, 2001).

Perceber-se obesa sem ser, implica uma distorção cognitiva que pode ser explicada por algum tipo de aprendizado imposto a um grupo por pressão psicossocial e cultural. O fato da população feminina ser a mais afetada sublinha a influência da cultura da magreza a ponto de encorajar e, provavelmente, manter comportamentos alimentares anormais e práticas inadequadas de controle de peso.

O aumento na prevalência dos transtornos alimentares também parece ser o resultado de um ideal de magreza imposto predominantemente ao sexo feminino, como símbolo da cultura ocidental. 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. Sob pressão de valores presentes na cultura, supervaloriza o tamanho corporal, o que pode levar a prática danosa à saúde.

Neste contexto, o presente estudo objetivou investigar a contribuição da atividade física na diminuição da discrepância entre a auto-imagens de mulheres e, conseqüentemente, melhoria do estado de humor.

A busca incessante por uma melhor aparência física dos praticantes de atividade física é um fenômeno sociocultural muitas vezes mais significativo do que a própria satisfação econômica, afetiva ou profissional. A insatisfação com o próprio corpo, ou melhor, com a imagem que se tem dele, talvez seja um dos motivos principais que levem as pessoas a iniciar um programa de atividade física. É possível que o grau de insatisfação com a imagem corporal influencie o modo como sujeitos se percebem em termos da relação entre partes corporais, aptidão física e definição muscular.

Além disso, as normas socioculturais têm perpetuado o estereótipo da associação entre magreza e atributos positivos, principalmente entre as mulheres. Para as mulheres, o desejo de melhorar a aparência física, diminuir o descontentamento com o corpo e deixar de ser alvo de discriminações, parecem se constituir nas principais motivações para a mudança quanto ao tamanho e à forma corporal. Neste sentido, a busca por tratamentos para redução de peso, além de ser uma necessidade de saúde física, guarda também necessidades psíquicas e sociais.

A insatisfação corporal está diretamente relacionada com a exposição de corpos bonitos pela mídia e tem determinado, nas últimas décadas, uma compulsão a buscar a anatomia ideal.

Historicamente, as culturas tendem a estigmatizar traços ou comportamentos que sejam considerados negativos ou desviantes. Sob esta perspectiva, a percepção do tamanho corporal vem sendo associada a fortes valores culturais. Os corpos grandes e arredondados em dados períodos foram considerados sinais de opulência e poder, tendo, assim, uma valorização positiva, em contraste com a desvalorização e cobrança que marcaram as últimas décadas, tendentes a valorizar corpos esbeltos e esguios. Nesse sentido, a obesidade tem sido considerada uma condição estigmatizada pela sociedade e associada a características negativas, favorecendo discriminações e sentimentos de insatisfação. A insatisfação com o corpo tem sido freqüentemente, associada à discrepância entre a percepção e o desejo relativo a um tamanho e a uma forma corporal.

Neste sentido, espera-se que a discrepância entre o self real e o ideal diminuirá nos grupos de mulheres eutróficas, com sobrepeso e obesas, pois os indivíduos que iniciam um programa de atividade física, na maioria dos casos, buscam, de alguma maneira, modificar as formas e proporções de seu corpo.

Nas mulheres eutróficas, o self ideal tenderá ser mais próximo do self real quando comparado aos grupos de mulheres com sobrepeso e obesas, em vista que esses indivíduos apresentam aparências físicas quase próximas da ideal.

O nível de depressão deverá ser maior no grupo de mulheres obesas quando comparado aos grupos com sobrepeso e eutrófico. Isso porque os obesos tendem a sofrer discriminação e estigmatização social, que prejudicam seu funcionamento físico e psíquico, podendo causar um impacto negativo em sua qualidade de vida. Os obesos são freqüentemente importunados pelos colegas e menos aceitos do que os indivíduos com peso normal. Ao longo da vida, o excesso de peso traz outras dificuldades, como menor índice de empregos, timidez e problemas de relacionamento afetivo. Devido a tais dificuldades, muitas vezes, os indivíduos obesos sofrem ou impõem-se restrições diante de atividades rotineiras como determinados exercícios físicos, procurar emprego, comprar roupas, namorar e divertir-se.

E por fim, os níveis de depressão dos três grupos diminuirá à medida que reduz a discrepância entre as imagens real e ideal, uma vez que suas imagens estão se aproximando da imagem que desejavam para si mesmo.

Nesse sentido, o próximo capítulo tratará de apresentar os materiais e métodos utilizados para a execução do presente estudo.

CAPÍTULO 3

MATERIAIS E MÉTODOS

A metodologia será apresentada em duas seções, pois foram utilizadas duas metodologias distintas: a) metodologia para a elaboração e validação da Escala de Imagem Corporal (EIC) e b) metodologia para analisar a discrepância entre imagens corporais real e ideal de mulheres praticantes de atividade física.

E de acordo com a resolução 196/96 do Ministério da Saúde, os aspectos éticos foram considerados por meio da obtenção do consentimento livre e esclarecido (Apêndice B) e o projeto foi aprovado ao Comitê de Ética da Universidade Católica de Brasília (UCB), número CEP/UCB77/2007.

3.1 Metodologia utilizada para a elaboração e validação da Escala de Imagem Corporal

(EIC):

3.1.1 Amostra

Para a validação do instrumento foi escolhida uma amostra feminina heterogênea de conveniência, composta por 360 sujeitos, estudantes (61,7 %) e graduados (15,8%) de diversas áreas, com idade média igual a 27,2 anos ($\pm 10,27$).

3.1.2 Instrumentos

O instrumento foi elaborado a partir da estrutura fatorial, obtida para as mulheres, da Escala de Satisfação Corporal (*Body Esteem Scale - BES*) delineada por Franzoi e Shields (1984). Nesta escala, os autores encontraram três fatores principais para as mulheres denominados de: Atratividade Sexual (nariz, lábios, orelhas, seios, aparência dos olhos, rosto, etc), Preocupação com o Peso (cintura, coxas, nádegas, pernas, aparência do abdômen, peso,

etc.) e Condicionamento Físico (resistência, força muscular, coordenação motora, agilidade, dentre outras).

Como não se tratava de uma análise exploratória visando avaliar os aspectos que compõe o construto imagem corporal, mas sim, validar um instrumento similar aos BES cujas dimensões do construto já eram conhecidas, não foi realizada a análise de juízes, análise esta pertinente para a validade de conteúdo.

Visando utilizar a escala para avaliar a Teoria da Autodiscrepância, o protótipo da Escala de Imagem Corporal (EIC), composta por 27 itens, foi elaborado em duas versões que diferiam quanto às suas instruções. Na primeira versão, a instrução solicitava ao respondente que utilizasse os 27 itens para avaliar a sua imagem corporal real (EICr) e na segunda versão, a instrução solicitava que o respondente utilizasse os 27 itens para descrever a sua imagem corporal ideal (EICi). Os itens foram avaliados utilizando-se uma escala de cinco pontos, onde o escore 1 variava de muito pequeno a muito grande e/ou de pouco definido a muito definido (Apêndice A).

3.1.3 Procedimentos

A EIC foi aplicada coletivamente, em salas de aula, da qual participaram 15 turmas de disciplinas oferecidas pelos cursos: Fisioterapia (3 turmas), Educação Física (5 turmas), Biologia (1 turma) e Nutrição (6 turmas) e, individualmente, em mulheres praticantes de atividade física de uma academia de ginástica. Nesta, todos os indivíduos que entravam na academia foram convidados a responder o questionário. Uma vez aceito o convite, o indivíduo foi encaminhado a uma mesa reservada para este propósito e, ao final do preenchimento, depositava-o em uma caixa designada para esse fim.

3.1.4 Análise estatística

Para a validade de construto foi utilizada a Análise Fatorial, com método Principal Axis Factoring, rotações iniciais oblíquas e cargas fatoriais iguais ou superiores a 0,35 e para avaliar a precisão de cada fator foi utilizado o alfa de Cronbach. Em todas as análises estipulou-se erro de 5%.

3.2 Metodologia utilizada para avaliar a discrepância entre imagens corporais real e ideal de mulheres praticantes de atividade física.

Para avaliar a discrepância entre imagens corporais real e ideal de mulheres foi utilizada uma amostra diferente daquela referida para o procedimento de validação da EIC.

3.2.1 Amostra

A amostra utilizada nesta etapa foi inicialmente, composta por 257 mulheres (1ª etapa). Entretanto, ao longo da intervenção a amostra passou para 170 (2ª etapa) e no final do estudo restaram 111 sujeitos (3ª etapa), praticantes de atividade física de uma academia do DF, com idade variando de 17 a 60 anos. As mulheres avaliadas foram divididas em grupos, segundo o Índice de Massa Corporal (IMC): a) Grupo 1: Eutrófico ($18,5 \leq \text{IMC} \leq 24,9$) constituído por 55 mulheres; b) Grupo 2: Sobrepeso ($25 \leq \text{IMC} \leq 29,9$) constituído por 35 mulheres e o c) Grupo 3: Obeso ($\text{IMC} > 29,9$) constituído por 21 mulheres (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1997).

3.2.1.1 Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão foram indivíduos do sexo feminino, que praticavam exercícios físicos regulares, e praticassem atividade física, no mínimo 3 vezes na semana com duração de 30 minutos. Não foram avaliados os históricos de saúde dos indivíduos participantes da amostra. Entretanto, é uma exigência da academia que os praticantes de atividade física apresentem atestado médico no ato da matrícula.

3.2.2 Instrumentos

Para classificar os sujeitos segundo o Índice de Massa Corporal (IMC) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1997), foram realizadas medidas antropométricas – peso e estatura, realizadas através de uma balança antropométrica (FILIZOLA® SP), com precisão de 0,1 kg para o peso e 0,1 cm para a estatura.

Para a medida do peso, as mulheres ficaram com roupas leves e foi obtida em balança, calibrada em 100 gramas, da marca Filizola (BENSEÑOR, 2002).

Para medir a estatura, a mulher permaneceu em posição ortostática, descalça com o mento paralelo ao plano horizontal, de forma a manter o plano de “Frankfurt” (LOHMAN; ROCHE; MARTOLRELL, 1988). A medida da altura será quantificada em metros, com duas casas decimais.

Para a avaliação da imagem corporal foi utilizada a EICr e EICi descrita anteriormente.

Para avaliar o nível de depressão foi utilizado o Inventário de Depressão de Beck (BDI). A escala original é formada por 21 itens, incluindo sintomas e atitudes, cuja intensidade varia de 0 a 3. Os itens referem-se à tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, dentre outros. O escore final é obtido a partir do somatório de todos os itens que compõem a escala, sendo a classificação dos escores indicativos para a depressão: normal (0-9), leve (10-15), leve a moderado (16-19), moderada a severa (20-29), severa (30-63).

3.2.3 Procedimentos

Os procedimentos para a coleta de dados ocorreram em três etapas distintas descritas abaixo e ilustrada no diagrama descrito na página 49 (Figura 1).

Antes do pré-teste cada participante foi orientada quanto à frequência cardíaca-alvo a ser trabalhada. Existe um quadro de frequência cardíaca (Figura 2) afixado no circuito, assim o sujeito encontra a idade na coluna da esquerda e contando a frequência cardíaca por 10 segundos, avalia a sua zona alvo nas colunas da direita. A primeira coluna (vermelho – 50%) é para pessoas sob cuidados médicos especiais, como nos casos de pressão arterial alta, asma, gravidez e diabetes. A segunda e terceira coluna (amarela – 60% e verde – 70%) enquadra a maioria das pessoas. E a quarta e quinta coluna (azul – 80% e roxa – 85%) são para sujeitos que apresentam maior condicionamento físico ou atletas.

TABELA DE FREQUÊNCIA CARDÍACA (Contagem de 10 Segundos)					
<p>Curves</p> <p>Encontre sua pulsuação utilizando um dos dois métodos. Conte o número de batimentos durante 10 segundos. O nível de intensidade 50% é para populações especiais com condições como gravidez, hipertensão e obesidade. Escolha o nível que for apropriado para você. Seja cauteloso. Você deve procurar um médico antes de iniciar qualquer programa de exercício.</p>		<p>Pulso da Carótida</p> <p>Para encontrar e contar o pulso da carótida coloque o dedo indicador e o dedo médio gentilmente na parte lateral do pescoço, próximo à garganta. Tome cuidado de pressionar levemente.</p>			
		<p>Pulso Radial</p> <p>O pulso radial pode ser encontrado colocando o dedo indicador e o dedo médio levemente sobre a artéria radial no pulso. Está diretamente na linha da unha.</p>			
AGE	50%	60%	70%	80%	85%
15	17	21	24	27	29
20	17	20	23	27	28
25	16	19	23	26	28
30	16	19	22	25	27
35	15	19	22	25	26
40	15	18	21	24	26
45	15	18	20	23	25
50	14	17	20	23	24
55	14	17	19	22	23
60	13	16	19	21	23
65	13	16	18	21	22
70	13	15	18	20	21
75	12	15	17	19	21
80	12	14	16	19	20

Figura 2 – Tabela de frequência cardíaca
Fonte: CURVES (2008)

1ª Etapa: Pré-teste

Na primeira coleta, período anterior à intervenção aplicada aos sujeitos da amostra, foram avaliados o peso e estatura e, posteriormente, aplicados os instrumentos psicométricos na seguinte ordem: a) EICr, b) EICi e c) Inventário de Depressão de Beck (BDI). Toda coleta foi realizada na própria academia em que a intervenção foi feita, em uma sala reservada, com um indivíduo de cada vez.

Intervenção:

A intervenção consistiu das seguintes fases: aquecimento, exercício aeróbico, fortalecimento muscular, resfriamento e alongamento que serão descritos abaixo:

a) Aquecimento

Ao iniciar o circuito, o indivíduo exercitava-se a frequência cardíaca máxima de 55 a 60%. Começava se movimentando devagar no circuito. Isso permitia que os músculos

queimassem primeiramente a energia presente na corrente sanguínea e o glicogênio depositado nos músculos. Isso ocorria nas 6 primeiras estações (3 de esforço, ou seja 3 equipamentos e 3 de recuperação, isto é, 3 plataformas).

As estações de recuperação (plataformas) são para se movimentarem animadamente, mas isso significa coisas diferente para pessoas diferentes. Se o sujeito tem o condicionamento físico fraco ou suas articulações são frágeis, devia simplesmente caminhar no mesmo lugar. Entretanto, se estivesse em ótima forma, podia dançar. Independente da forma física, a pessoa não poderia subir e descer das mesmas, e sim manter seus movimentos sobre controle, pois o nível de intensidade na estação de recuperação não afetaria significativamente a sua frequência cardíaca.

b) Exercício aeróbico e Fortalecimento Muscular

Depois de aquecido, o indivíduo começava a aumentar o ritmo em cada aparelho. A intensidade de um aparelho duplo-positivo de treinamento contra resistência eleva com facilidade a frequência cardíaca alvo e a mantém, e quanto mais rápido o movimento, maior será a resistência.

À medida que percorria o circuito, ou seja, a cada 30 segundos, passava de um aparelho de fortalecimento de membros superiores a uma estação de recuperação, a um aparelho de fortalecimento de membros inferiores, e assim por diante. O fortalecimento muscular e o fortalecimento cardiovascular foram realizados simultaneamente.

As características peculiares da resistência hidráulica permitem que o fortalecimento muscular e o fortalecimento cardiovascular sejam realizados ao mesmo tempo. Assim, o indivíduo empurrava com um grupo de músculos e puxava com o grupo oposto. Ao trabalhar conjuntos musculares opostos, também estaria trabalhando músculos simétricos.

Os principais grupos musculares trabalhados durante o treinamento foram: peitorais, rombóides, grande dorsal, bíceps, tríceps, reto-abdominais, eretor da espinha, a parte interna dos músculos adutores da pélvis, parte externa dos músculos abdutores da pélvis, quadríceps na frente da coxa, os semitendinosos na parte traseira, glúteos, trapézio e deltóide.

Os equipamentos hidráulicos utilizam um cilindro onde um pistão move um fluido através de um pequeno orifício. É parecido com um exercício aquático, mas o fluido e os movimentos são controlados. Não há preocupação com a troca de pesos, somente um esforço seguro e conveniente que o mantenha exercitando-se suavemente e seguramente ao redor do circuito.

E ainda, ao atingir um melhor condicionamento físico, o indivíduo percebe que precisa se exercitar mais vigorosamente para atingir sua frequência cardíaca de treinamento ideal.

c) Resfriamento

Durante o resfriamento, o objetivo seria trazer a F.C. para o máximo de 60%, preparando assim o corpo para o alongamento. Isso ocorria nas 3 últimas estações (1 de esforço: equipamento e 2 de recuperação: plataformas).

d) Alongamento

Após o resfriamento, o indivíduo encaminha-se para a sala de alongamento, no qual são orientados uma série de 12 exercícios voltados para restaurar a amplitude de movimento normal na articulação envolvida e a mobilidade das partes moles adjacentes a esta articulação; prevenir o encurtamento ou tensionamento irreversíveis de grupos musculares e facilitar o relaxamento muscular.

2ª Etapa: Pós-teste 1

Após as 4 semanas da intervenção, foram novamente coletados os dados relativos a peso, estatura, EICr, EICi e BDI.

Intervenção:

Após a coleta dos dados, a amostra prosseguiu realizando os exercícios prescritos na intervenção, descrita anteriormente, por mais 4 semanas.

3ª Etapa: Pós-teste 2

Após as 4 semanas de intervenção, ocorreu uma nova coleta de dados similares às já descritas.

3.2.4. Análise estatística

Com base na descrição metodológica descrita anteriormente, o presente estudo assumiu os seguintes delineamentos experimentais:

a)

Grupos	Tempo de intervenção	Fatores EICr	Fatores EICi	Discrepância	Depressão
Eutrófico G1	Pré				
	Pós 1				
	Pós 2				
Sobrepeso G2	Pré				
	Pós 1				
	Pós 2				
Obeso G3	Pré				
	Pós 1				
	Pós 2				

Quadro 2 – Delineamento experimental (3 x 3)

Fonte: A Autora

De acordo com o delineamento acima foi utilizada a Análise de Variância do tipo Split-plot (3x3) para comparar as variáveis independentes Grupos (normal, sobrepeso e obeso) e Tempo de intervenção (Pré, Pós 1 e Pós 2) com os fatores obtidos na EICr, EICi, Discrepância (EICi – EICr) e BDI (variáveis dependentes). Em todas as análises foi estipulado erro de 5%.

b)

Grupos	Imagens	Fatores EICr	Fatores EICi	Discrepância	Depressão
Eutrófico G1	Real 1				
	Real 2				
	Real 3				
	Ideal				
Sobrepeso G2	Real 1				
	Real 2				
	Real 3				
	Ideal				
Obeso G3	Real 1				
	Real 2				
	Real 3				
	Ideal				

Quadro 3 – Delineamento experimental (3 x 4)

Fonte: A Autora

De acordo com o delineamento acima foi utilizada a Análise de Variância do tipo Split-plot (3x4) para comparar as variáveis independentes Grupos (normal, sobrepeso e obeso) e Imagens (Real 1, Real 2, Real 3 e Ideal) com os fatores obtidos na EICr, EICi, Discrepância (EICi – EICr) e BDI (variáveis dependentes). Em todas as análises utilizou erro de 5%.

CAPÍTULO 4

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para uma melhor compreensão dos resultados apresentar-se-ão os mesmos em duas seções distintas, conforme a metodologia apresentada anteriormente:

4.1 Validade de construto, precisão dos fatores e congruência entre os fatores da EICr e EICi:

Como foram elaboradas duas versões da EIC, para avaliar a imagem corporal real (EICr) e ideal (EICi) de cada sujeito, foram realizadas análise fatoriais separadamente para cada versão de escala.

4.1.1 EICr

A análise inicial revelou que a escala era fatoriável (Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) = 0,77 e Teste de Esfericidade de Bartlett (351) = 2742,75; $p < 0,001$); sendo possível extrair cinco fatores com eigenvalues superior a 1,5. Estes cinco fatores explicavam 51,36% da variância total do instrumento. O gráfico *scree plot* foi utilizado como sinalizador na opção do número de fatores a serem extraídos, optando-se pela extração de quatro fatores com variância total de 45,63%.

Os fatores extraídos para a escala foram denominados: **Definição muscular** (Fator 1); **Proporção Cintura/Quadril** (Fator 2); **Aptidão Física** (Fator 3) e **Proporções Corporais** (Fator 4) encontram-se apresentados na tabela 1. As denominações dos fatores seguiram um dos critérios: a) característica geral do fator e b) itens com maiores cargas fatoriais.

Tabela 1 - Itens e cargas fatoriais obtidos para os fatores da EICr

Itens	C.F.
Fator 1 – Definição Muscular	
1) Glúteos	0,73
2) Coxas	0,73
3) Bíceps	0,71
4) Panturrilha	0,66
5) Abdômen	0,60
6) Tonicidade muscular do corpo	0,55
Fator 2 – Proporção Cintura/Quadril	
1) Circunferência da cintura	0,63
2) Largura do quadril	0,61
3) Tamanho dos glúteos	0,50
4) Seios	0,38
Fator 3 – Aptidão Física	
1) Agilidade	0,76
2) Flexibilidade	0,57
3) Coordenação motora	0,56
4) Condicionamento físico	0,47
Fator 4 – Proporções Corporais	
1) Tamanho das mãos	- 0,79
2) Tamanho dos pés	- 0,79
3) Altura	- 0,66

C.F. = Cargas Fatoriais

Fonte: A Autora

Estes fatores explicavam, respectivamente, 17,61%; 14,04%; 7,48% e 6,50% da variância total e apresentaram os seguintes índices de consistência interna (precisão): Definição Muscular ($\alpha = 0,84$), Proporção Cintura/Quadril ($\alpha = 0,61$), Aptidão Física ($\alpha = 0,77$) e Proporções Corporais ($\alpha = 0,77$).

Considerando correlações entre os fatores iguais ou superiores a 0,32, como ideais (TABACHNICK; FIDELL, 1996), observou-se, na Matriz de Correlações entre os Fatores, que os fatores *Proporção Cintura/Quadril* x *Proporções Corporais* ($r = -0,35$) estavam correlacionados formando um fator de segunda ordem. Este fator de segunda ordem, denominado *Proporções Corporais Gerais* (F^2) explica 26,59% da variância total e apresentou índice de consistência interna igual a $\alpha = 0,68$. A tabela 2 apresenta o fator de segunda ordem extraído para a EICr. Nesta tabela foram inseridos os itens que compõem o fator e suas respectivas cargas fatoriais.

Tabela 2 - Itens e cargas fatoriais do fator Proporções Corporais Gerais da EICr

Itens	C.F.
1) Circunferência da cintura	0,61
2) Largura do quadril	0,59
3) Tamanho dos pés	0,51
4) Tamanho das mãos	0,43
5) Tamanho dos glúteos	0,41
6) Seios	0,41
7) Altura	0,37

C.F. = Cargas Fatoriais

Fonte: A Autora

4.1.2 EICi

A análise inicial revelou que a escala era fatoriável (Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) = 0,84 e Teste de Esfericidade de Bartlett (351) = 3550,02; $p < 0,001$); sendo possível extrair quatro fatores com eigenvalues superior a 1,5. Estes quatro fatores explicavam 47,36% da variância total do instrumento.

O gráfico *scree plot* foi utilizado como sinalizador na opção do número de fatores a serem extraídos e optou-se pela extração de três fatores, que explicam 41,79% da variância total.

Os fatores extraídos da escala foram denominados: **Aptidão Física** (Fator 1), **Proporções Corporais** (Fator 2) e **Definição Muscular** (Fator 3). Estes fatores explicavam, respectivamente, 23,42%; 10,43% e 7,93% da variância total e apresentaram os seguintes índices de consistência interna: Aptidão Física ($\alpha = 0,90$), Proporções Corporais ($\alpha = 0,70$) e Definição Muscular ($\alpha = 0,91$). A Tabela 3 abaixo apresenta os itens extraídos para cada fator, bem como, suas cargas fatoriais.

Tabela 3 - Itens e cargas fatoriais obtidos para os fatores da EICi

Itens	C.F.
Fator 1 – Aptidão Física	
1) Agilidade	- 0,81
2) Flexibilidade	- 0,80
3) Condicionamento Físico	- 0,78
4) Coordenação Motora	- 0,74
Fator 2 – Proporções Corporais	
1) Tamanho dos pés	0,71
2) Tamanho das mãos	0,70
3) Orelhas	0,60
4) Nariz	0,59
5) Boca	0,54
Fator 3 – Definição Muscular	
1) Panturrilha	0,91
2) Abdômen	0,89
3) Coxas	0,87
4) Bíceps	0,83
5) Glúteos	0,77
6) Tonicidade muscular do corpo	0,65

C.F. = Cargas Fatoriais

Fonte: A Autora

Após estas análises foram avaliadas possíveis diferenças na estrutura fatorial da EICr e da EICi. Para a EICr foram extraídos quatro fatores, mas para a EICi foram extraídos três fatores, pois a EICi não apresenta o fator Proporção Cintura/Quadril. Este fator só se estrutura na EICr, descrevendo a preocupação da amostra quanto à sua imagem corporal real em relação às proporções de determinadas partes corporais. Para avaliar possíveis congruências entre fatores aparentemente semelhantes utilizou-se o coeficiente Phi (HARMAN, 1976).

Foram realizadas as análises de congruência entre os seguintes fatores da EICr e da EICi, respectivamente: a) Definição Muscular (F1) x Definição Muscular (F3) b) Proporções Corporais Gerais (F²) x Proporções Corporais (F2) e c) Aptidão Física (F3) x Aptidão Física (F1). A tabela 4 apresenta os índices obtidos para o coeficiente Phi.

De acordo com Harman (1976), índices iguais ou superiores a 0,94 são definidores de congruência entre os fatores e índices inferiores a 0,94 são definidores de incongruência entre os mesmos. Estes índices foram utilizados para avaliar a congruência entre os fatores neste estudo. A tabela 4 apresenta os índices obtidos para o coeficiente Phi.

Tabela 4 - Análise de congruência entre os fatores obtidos para o EICr e o EICi

Percepção Real	Percepção Ideal	Coefficiente Phi
Definição Muscular (F1)	Definição Muscular (F3)	0,95
Proporções Corporais Gerais (F ²)	Proporções Corporais (F2)	0,98
Aptidão Física (F3)	Aptidão Física (F1)	0,96

Fonte: A Autora

Os resultados encontrados permitem afirmar que os fatores das escalas não apresentaram diferenças em suas estruturas fatoriais. Ao final do processo de validação, a EICr ficou composta por 17 itens e a EICi por 15 itens (Apêndice C).

4.2 Diferenças entre grupos de IMC e as demais variáveis dependentes

A amostra final total foi constituída por 111 sujeitos do sexo feminino, com idade média de 38,68 anos ($\pm 13,38$) e média de IMC igual a 25,15 ($\pm 4,15$). Ao ser subdividido nos grupos de IMC, segundo a OMS, observou-se que o grupo de Eutróficos estava constituído por 55 sujeitos, o grupo de Sobrepesos por 35 e Obesos por 21 sujeitos.

Assim, da amostra estudada resultaram dois grupos de IMC, o grupo 1 (G1) de Eutróficos ($IMC < 24,9$; $n = 55$), constituído por mulheres com IMC médio igual a 21,72 ($\pm 1,71$), idade média igual a 36,73 anos ($\pm 13,51$) e, em sua grande maioria, com nível de escolaridade variando de 3^o grau completo (45,5%) a pós-graduação (29,1%), o grupo 2 (G2) de Sobrepesos ($29,9 \geq IMC \geq 25$; $n = 35$) constituído por mulheres com média de IMC igual a 26,78 ($\pm 1,63$), idade média de 41,80 ($\pm 12,25$) anos e, em sua grande maioria, com nível de escolaridade variando de 3^o grau completo (41,8%) a pós-graduação (12,25%) e o grupo 3 (G3) de Obesos ($IMC \geq 30$; $n = 21$), constituído por mulheres com IMC médio igual a 31,42 ($\pm 1,98$), idade média igual a 38,62 anos ($\pm 14,43$) e, em sua grande maioria, com nível de escolaridade variando de 3^o grau incompleto (71,4%) a 3^o grau completo (14,3%)

Devido ao grande número de análises realizadas, apresentar-se-á os resultados por seções.

4.2.1 Diferenças entre os grupos de IMC (G1, G2 e G3) com relação aos fatores da EICr ao longo da intervenção (pré, pós 1 e pós 2)

Esta primeira análise (delineamento “a” da página 50) preocupou-se em avaliar se os grupos 1, 2 e 3 mudaram as suas percepções em relação à **Definição Muscular (F1)**,

Proporções Corporais Gerais (F²) e Aptidão Física (F3) ao longo da intervenção aplicada. Para tanto, foram realizadas Análises de Variância do tipo Split-plot (3x3) e a tabela 5 apresenta as médias e desvios-padrões obtidos para os grupos 1, 2 e 3 durante as fases pré, pós 1 e pós 2.

Tabela 5 - Médias e desvios-padrões obtidos para os grupos em relação aos fatores da EICr

Intervenção	Fatores EICr								
	Definição Muscular (F1)			Proporções Corporais Gerais (F ²)			Aptidão Física (F3)		
	Grupos								
	G1	G2	G3	G1	G2	G3	G1	G2	G3
Pré	3,32 ± 0,52	3,46 ± 0,52	3,58 ± 0,44	3,05 ± 0,62	3,19 ± 0,76	3,27 ± 0,52	2,87 ± 0,38	3,15 ± 0,37	3,34 ± 0,33
Pós 1	3,41 ± 0,53	3,40 ± 0,53	3,65 ± 0,52	3,18 ± 0,58	3,29 ± 0,65	3,33 ± 0,54	2,86 ± 0,36	3,13 ± 0,32	3,29 ± 0,40
Pós 2	3,34 ± 0,45	3,45 ± 0,58	3,48 ± 0,44	3,16 ± 0,54	3,24 ± 0,70	3,40 ± 0,53	2,82 ± 0,36	3,08 ± 0,36	3,31 ± 0,35

Fonte: A Autora

A tabela 6 apresenta os resultados obtidos para as análises de variâncias realizadas.

Tabela 6 – Resultados obtidos nas Análises de Variâncias Split-plot para os grupos em relação aos fatores da EICr

EICr	Definição Muscular (F1)		Proporções Corporais Gerais (F ²)		Aptidão Física (F3)	
	F	p	F	p	F	p
Resultados ANOVA						
Tempo de Intervenção	1.36	0.26	2.20	0.11	2.50	0.09
Grupos	1.65	0.20	16.42	0.001*	1.14	0.32
Intervenção X Grupos	1.81	0.13	0.34	0.85	0.27	0.32

Fonte: A Autora

Como apresentado pela tabela 6, para o fator **Definição Muscular (F1)** não foram encontradas diferenças significativas com relação as variáveis: tempo de intervenção, grupos e interação tempo de intervenção x grupos. Isto significa dizer que os grupos não perceberam diferenças na definição muscular antes, durante e após o treinamento. Este fator focaliza a busca pela definição muscular nos diferentes segmentos corporais, além da preservação da massa muscular adquirida no período de treinamento.

Este resultado pode ter ocorrido, devido à ausência de um acompanhamento dietético dos sujeitos avaliados, uma vez que para indivíduos com sobrepeso e obesidade, o exercício sem modificação dietética parece não ser suficiente para produzir uma significativa perda de gordura corporal, onde a estratégia essencial é associar o exercício físico à dieta. Entretanto, apesar do exercício físico não promover uma redução na gordura corporal em intervenções curtas, ele é essencial na manutenção da massa corporal (GRILO, 1994).

Ao contrário do presente estudo, a maioria das pesquisas (GUPTA, 1995; RUBINSTEIN; CABALLERO, 2000; ANDERSEN et al., 2000; WIEDERMAN; PRYOR, 2000) mostram, que a prática da atividade física contribui para o aumento da massa muscular ao longo do tempo. Apesar de haver uma grande insatisfação por parte de ambos os sexos com relação ao corpo ideal, observa-se que há uma diferença com relação ao corpo ideal de homens e mulheres. Enquanto nos homens há um desejo de ganhar peso (massa muscular), nas mulheres há o desejo de perder peso. Esta insatisfação com o corpo pode desencadear comportamentos alimentares inadequados, tais como a anorexia nervosa e a bulimia nervosa. Esta alta taxa de insatisfação corporal tem sido atribuída cada vez mais às pressões sócio-culturais que enfatizam, particularmente através da mídia, o ideal da forma física, que freqüentemente é um corpo esbelto para as mulheres e um corpo musculoso para os homens.

Para o fator **Proporções Corporais Gerais (F²)** foram encontradas diferenças significativas em relação aos grupos, sendo que em média, o grupo de Obeso (G3) ($3,31 \pm 0,05$) percebia suas proporções corporais maiores do que o grupo de Sobrepeso (G2) ($3,12 \pm 0,06$) e do que o grupo de Eutróficos (G1) ($2,85 \pm 0,05$).

Estes dados referem-se a um importante fator, que avalia e relaciona as partes corporais, as quais em conjunto, contribuem para o sentido estético do corpo, sendo este de fundamental interesse para as mulheres.

A influência da mídia na construção das imagens corporais e, conseqüentemente, nos sentimentos de identificação ou rejeição dos sujeitos em relação a determinadas imagens pode ser comprovada ao se observar que se a imagem dominante, valorizada socialmente, for de uma pessoa magra, emagrecer será o ideal de todos. Aqueles que não conseguem chegar a este

padrão desejado sofrem. Esse processo tem um impacto negativo sobre a auto-imagem, principalmente das mulheres que se sentem obrigadas a terem um corpo magro, atrativo, em forma e jovem. Esta imagem corporal negativa pode determinar o aparecimento de baixa auto-estima e depressão, ou seja, sofrimento (BECKER, 1999).

Para o fator **Aptidão Física (F3)** também não foram encontradas diferenças significativas com relação as variáveis: tempo de intervenção, grupos e interação tempo de intervenção x grupos. Isto significa dizer que os grupos não perceberam diferenças na aptidão física antes, durante e após o treinamento. Isto significa dizer que o condicionamento físico (COOPER, 1983; LEITE, 1984; DANTAS, 1986; FOX; BOWERS; FOSS, 1991; McARDLE; KATCH; KATCH, 1992), flexibilidade (AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE, 1998), agilidade (SHARKEY, 1998) e coordenação motora (SANTOS; CORRÊA; FREUDENHEIM, 2003) dos indivíduos não melhoraram ao longo da intervenção, o que vai contra os estudos indicados acima.

4.2.2 Diferenças entre os grupos de IMC (G1, G2 e G3) com relação aos fatores da EICi ao longo da intervenção (pré, pós 1 e pós 2)

Assim como a primeira análise, esta se preocupou em avaliar se os grupos alteravam as suas imagens ideais ao longo da intervenção. A importância desta análise reside no fato de poder avaliar se na medida em que a percepção da imagem atual (real) muda, aproximando-se da ideal, esta tende a se ajustar, tornando-se mais ideal e distanciando-se novamente da atual.

Para estas análises utilizou-se a Análise de Variância do tipo Split-plot (3x3), (seção “a” da página 50) e a tabela 7 apresenta as médias e desvios-padrões encontrados para os fatores da EICi.

Tabela 7 - Médias e desvios-padrões obtidos para os grupos em relação aos fatores da EICi

	Fatores EICi								
	Aptidão Física (F1)			Proporções Corporais (F2)			Definição Muscular (F3)		
	Grupos								
Intervenção	G1	G2	G3	G1	G2	G3	G1	G2	G3
Pré	4,42 ± 0,63	4,40 ± 0,59	4,34 ± 0,42	2,69 ± 0,35	2,77 ± 0,31	2,68 ± 0,32	2,07 ± 0,55	2,19 ± 0,45	2,15 ± 0,48
Pós 1	4,31 ± 0,58	4,27 ± 0,59	4,15 ± 0,67	2,68 ± 0,32	2,73 ± 0,32	2,76 ± 0,36	2,15 ± 0,35	2,25 ± 0,72	2,30 ± 0,63
Pós 2	4,39 ± 0,56	4,43 ± 0,61	4,21 ± 0,67	2,64 ± 0,36	2,75 ± 0,33	2,88 ± 0,34	2,08 ± 0,38	2,33 ± 0,59	2,29 ± 0,49

Fonte: A Autora

A tabela 8 apresenta os resultados obtidos para as análises de variâncias realizadas.

Tabela 8 – Resultados obtidos nas Análises de Variâncias Split-plot para os grupos em relação aos fatores da EICi

EICi	Aptidão Física (F1)		Proporções Corporais (F2)		Definição Muscular (F3)	
	F	p	F	p	F	p
Resultados ANOVA						
Tempo de Intervenção	2.66	0.07	1.43	0.24	1.82	0.17
Grupos	0.69	0.50	1.22	0.30	2.11	0.13
Intervenção X Grupos	0.26	0.90	3.28	0.01*	0.59	0.67

Fonte: A Autora

Os resultados demonstraram que não há diferença significativa na imagem corporal ideal com relação aos aspectos Aptidão Física (F1) e Definição Muscular (F3). Apenas com relação ao aspecto Proporções Corporais (F2) demonstrou que há interação entre os grupos x tempo de intervenção [$F(2, 216) = 3,28$; $p = 0,01$], sendo que no grupo de Obesos, a imagem idealizada após a intervenção apresenta maior proporções corporais quando comparada com a

imagem idealizada antes da intervenção. E no grupo de Eutróficos, a imagem idealizada apresenta menores proporções corporais quando comparada à forma como o grupo de Obesos se percebem após a intervenção. A tabela 9 apresenta as médias e desvios-padrões obtidos para os grupos ao longo da intervenção e a figura 3 apresenta a interação grupos x tempo de intervenção.

Não foram encontrados estudos na literatura demonstrando que a imagem corporal ideal não modifica ao longo do tempo. Observa-se, a partir dos resultados, que esta permaneceu inalterada, demonstrando que a idealização não se ajusta à medida que o indivíduo modifica a sua percepção em relação à sua imagem real.

Tabela 9 – Médias e desvios-padrões obtidos para os grupos em relação ao tempo de intervenção para o fator Proporções Corporais

Grupos	Tempo de Intervenção		
	I1	I2	I3
G1	2,69 ± 0,05	2,68 ± 0,05	2,64 ± 0,05
G2	2,77 ± 0,06	2,73 ± 0,06	2,75 ± 0,06
G3	2,66 ± 0,07	2,76 ± 0,07	2,88 ± 0,08

Fonte: A Autora

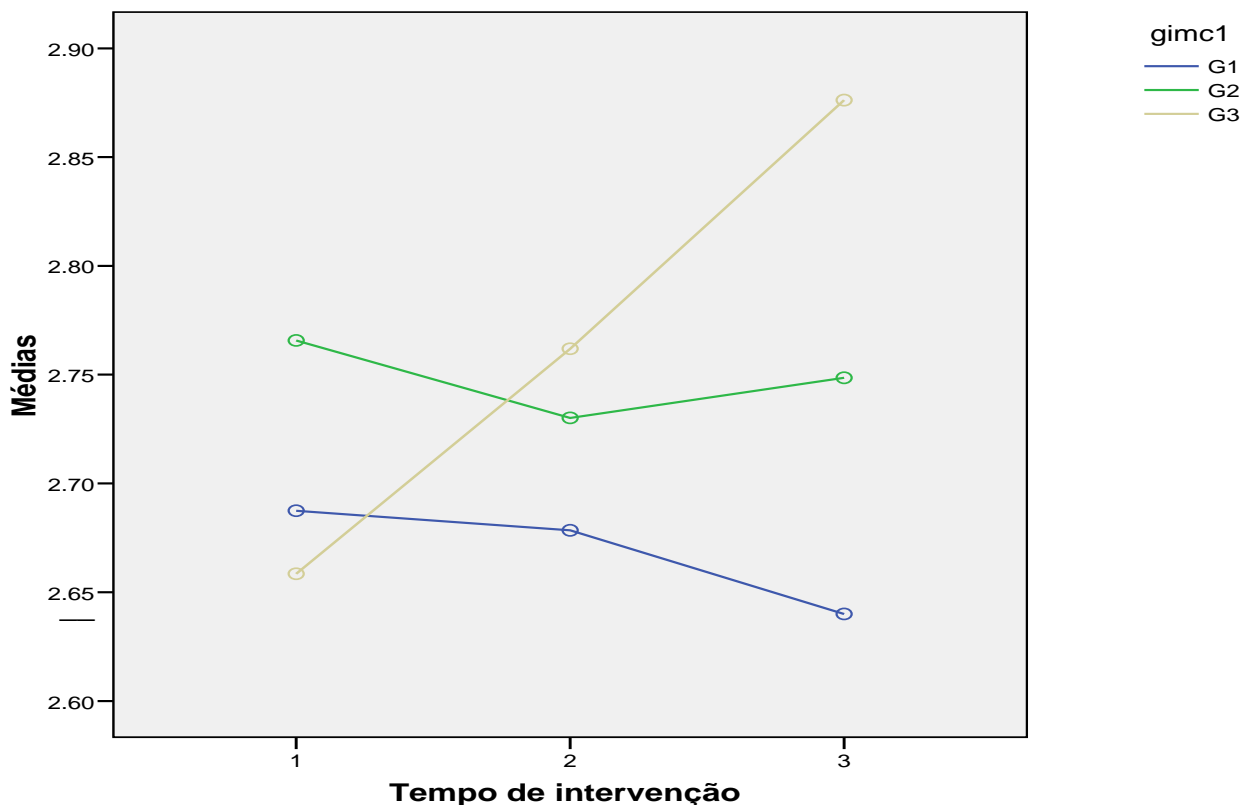


Figura 3 – Interação grupos x tempo de intervenção

Fonte: A autora

Como os fatores obtidos para a EIC_i não diferiam entre si ao longo da intervenção, foram calculadas médias aritméticas por fator para os três momentos de avaliação (pré, pós 1 e pós 2), resultando em: a) média do fator 1 ideal (IF1), b) média do fator 2 ideal (IF2) e c) média do fator 3 ideal (IF3).

4.2.3 Avaliando as diferenças entre os grupos (G1, G2 e G3) em relação aos fatores da EICr e a média de cada fator da EIC_i

Nestas análises procurou-se avaliar as discrepâncias existentes entre as imagens reais (R₁, R₂ e R₃) obtidas ao longo do tempo de intervenção (R₁ = pré, R₂ = pós 1 e R₃ = pós 2) e a média da imagem ideal (IF1, IF2 e IF3) por fator da EIC_i.

Para tanto, foram realizadas Análises de Variâncias do tipo Split-plot (3x4), (delineamento “b” da página 51). Como as médias e os desvios-padrões obtidos para os grupos em relação aos fatores da EICr e EIC_i já foram apresentados anteriormente.

Os resultados demonstraram que para o fator **Definição Muscular** (F1) houve diferenças significativas com relação às imagens [F (3,324) = 325,74; p = 0,001], sendo que a imagem idealizada apresenta menor definição muscular (2,20 ± 0,04) quando comparada à forma como os grupos se percebem antes da intervenção (3,45 ± 0,05), durante (3,49 ± 0,05) e após a intervenção (3,43 ± 0,04).

Este resultado vem corroborar com o resultado anterior obtido para este fator na EICr no qual nem os grupos e nem o tempo de intervenção apresentaram diferenças significativas. Entretanto, pode-se observar a discrepância que existe entre os grupos com relação à Definição Muscular da imagem ideal, sendo esta idealmente menos definida quando comparada às imagens reais. Isso ressalta a idealização da imagem nos 2 primeiros fatores é menor do que na imagem real, ou seja, os grupos tendem para um padrão esbelto e com melhor aptidão, não se importando com a massa magra.

Com relação ao fator **Proporções Corporais** foi encontrado efeito de interação entre grupos x imagens [F (3, 324) = 5,87; p = 0,001]. A tabela 10 apresenta as médias e desvios-padrões obtidos para os grupos ao longo da intervenção e a figura 4 apresenta a interação grupos x tempo de intervenção.

Tabela 10 – Médias e desvios-padrões obtidos para os grupos em relação às imagens corporais reais e ideal para o fator Proporções Corporais

Grupos	Imagem Corporal			
	R1	R2	R3	I
G1	2,87 ± 0,05	2,87 ± 0,05	2,82 ± 0,05	2,67 ± 0,04
G2	3,15 ± 0,06	3,13 ± 0,06	3,08 ± 0,06	2,75 ± 0,05
G3	3,34 ± 0,08	3,29 ± 0,08	3,31 ± 0,08	2,77 ± 0,06

Fonte: A Autora

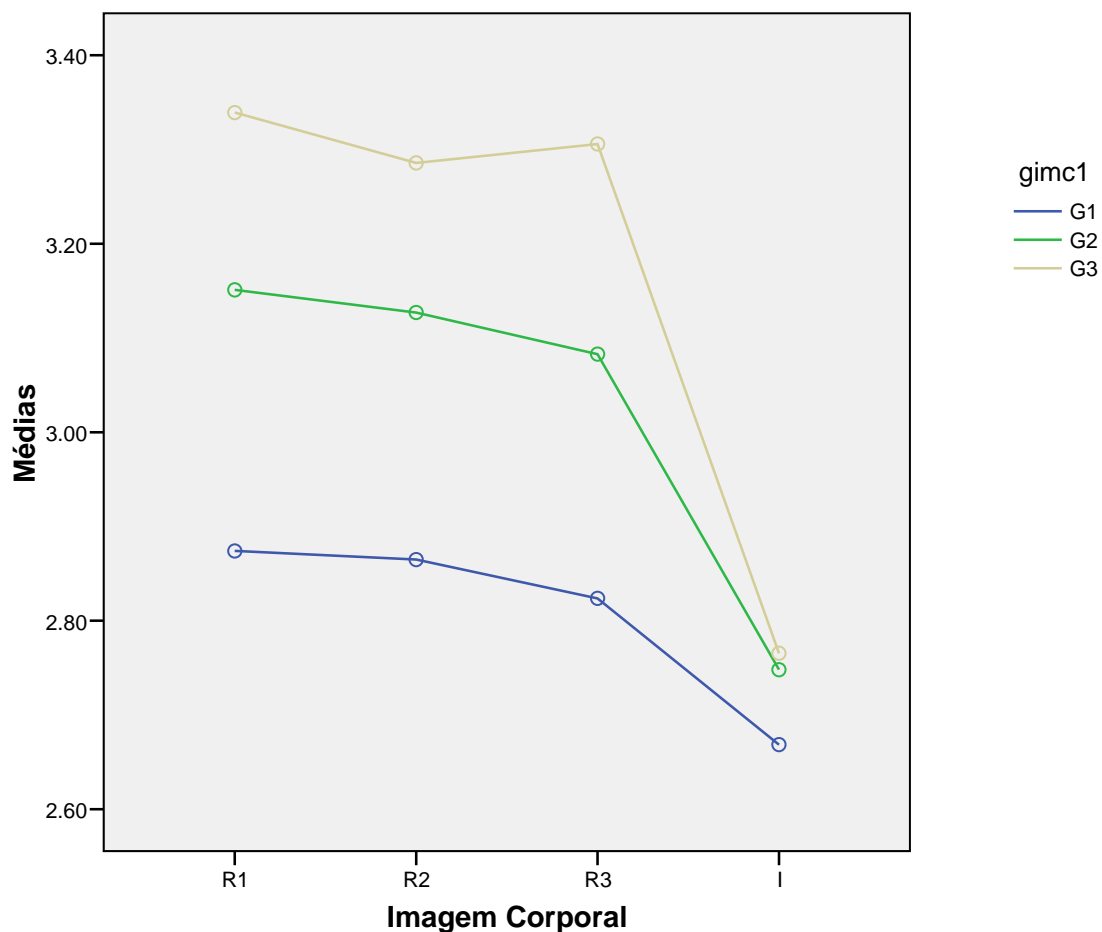


Figura 4 – Discrepância entre as imagens reais e a imagem ideal do fator Proporções Corporais
Fonte: A autora

Os grupos diferem entre si com relação à percepção das Proporções Corporais, sendo que os Eutróficos (G1) consideram suas Proporções Corporais idealizada menores do que os Sobrepesos (G2) e os Obesos (G3). Além disso, apresenta uma redução significativa das Proporções Corporais ao longo da intervenção para ambos os grupos (vide tabela 10), muito embora, permaneça a discrepância entre as proporções corporais reais e a idealizada.

Esse resultado permitiu verificar que as proporções diminuíram, mas como a obsessão por um corpo magro adquiriu um sentido de corpo ideal e esse está tão em evidência nos dias atuais: esse corpo, nu ou vestido, exposto em diversas revistas femininas, está definitivamente na moda e se transformou em um sonho de consumo para milhares de pessoas, como se através dele fosse possível encontrar o equilíbrio, felicidade, ou ao menos, externamente teríamos a imagem de uma pessoa feliz. Entretanto, o indivíduo toma como referencial de si o ideal cultural e nega seus sentimentos, sua realidade corporal. Esse desvio lhe garante uma inserção no meio social, mas sob uma força esmagadora da manifestação de sua subjetividade. E o mais forte condutor de cada um desses conceitos é a mídia (STICE et al., 1994). A ênfase que ela dá à aparência física da mulher e a forma como representa o corpo feminino contribui para a adoção do corpo como objeto.

Com relação ao fator **Aptidão Física** os resultados demonstraram que os três grupos diferem em relação a percepção da Aptidão Física, sendo que a imagem idealizada ($4,35 \pm 0,07$) apresenta melhor aptidão do que as imagens reais percebidas pelos eutróficos ($3,17 \pm 0,07$), sobrepeso ($3,27 \pm 0,06$) e obeso ($3,27 \pm 0,06$).

4.2.4 Avaliando a discrepância entre as imagens reais e ideais

Esta análise objetivou avaliar se as discrepâncias entre as imagens reais (R_1 , R_2 e R_3) diminuíram em relação à ideal ao longo da intervenção.

Para tanto, foram calculadas as distâncias entre cada imagem real e a média da imagem ideal, por fator: $dDMr_1 = DMr_1 - IF1$; $dDMr_2 = DMr_2 - IF1$; $dDMr_3 = DMr_3 - IF1$; $dAFr_1 = AFr_1 - IF2$; $dAFr_2 = AFr_2 - IF2$; $dAFr_3 = AFr_3 - IF2$; $dPCGr_1 = PCGr_1 - IF3$; $dPCGr_2 = PCGr_2 - IF3$; $dPCGr_3 = PCGr_3 - IF3$. Esta análise revelou que não há diferenças significativas com relação às distâncias entre imagens reais e a ideal para os fatores Definição Muscular e Aptidão Física, demonstrando, mais uma vez, que não foram percebidas mudanças na imagem corporal em ambos os grupos. Somente para o fator Proporções Corporais Gerais foi encontrada diferença entre os grupos [$F(2, 108) = 9,54$; $p = 0,001$], sendo que os eutróficos percebem-se com proporções corporais menores do que os demais grupos, sendo que os sobrepesos e os obesos não diferiram entre si.

Esses resultados contrariam a proposta inicial do estudo de verificar se com a diminuição da discrepância entre as imagens, haveria a diminuição ou alteração nos estados afetivos, conforme preconiza a teoria da autodiscrepância. Isso se deve ao fato de que o

acompanhamento dietético não foi feito, e este é tido como um elemento chave para se obter ou manter a forma desejada. Dois outros pontos importantes foram os fatos de que os fatores analisados no estudo não foram avaliados antropometricamente, e, sim por meio da percepção de cada pessoa em relação a sua imagem real e ideal, e o outro, seria a ausência do acompanhamento individual da amostra durante toda a intervenção, fato esse que não foi feito devido ao número de sujeitos.

4.2.5 Avaliação da discrepância entre imagens e os níveis de depressão ao longo da intervenção

Embora haja pequenas diferenças nas discrepâncias entre as imagens corporais reais e a ideal, era de se esperar que o aumento da discrepância entre real-ideal e/ou a ausência de alteração na imagem corporal real não ocasionasse alterações no nível de depressão dos sujeitos avaliados. Observou-se, entretanto, que, embora os grupos apresentassem ausência de depressão, houve diferença significativa em relação à variável tempo de intervenção [$F(2,218) = 5,52$; $p = 0,005$], sendo que após a intervenção, os indivíduos se perceberam com níveis menores de depressão ($6,06 \pm 0,47$) do que durante a intervenção ($6,88 \pm 0,53$) e antes da intervenção ($7,07 \pm 0,49$), não havendo diferenças nos níveis de depressão pré e pós 1.

Apesar da discrepância entre as imagens real e ideal não haver se alterado, foram encontradas reduções nos níveis de depressão, muito embora a amostra se apresentasse na categoria “normal”. Isso corrobora com os estudos que mostram que a atividade física proporciona benefícios físicos e psicológicos, como a diminuição da insônia, da tensão e o bem-estar emocional, além de promover benefícios cognitivos e sociais a qualquer indivíduo (COSSENZA; CARVALHO, 1997; LOBSTEIN; MOSBACHER; ISMAIL, 1983; FRANCIS; CARTER, 1982; DOYNE et al., 1987; COOPER, 1979; SCULLY et al., 1998; LANE; LOVEJOY, 2001; BERGER et al., 1998; ROSS; HAYES, 1988; PENNINX et al., 2002; BARTLEWSKI, 1996).

Com relação aos exercícios físicos, em suas características gerais, há peculiaridades de curto prazo, como a melhora endógena na liberação de substâncias opióides que provocam bem-estar, como a endorfina (TAYLOR et al., 1994). Ainda se podem considerar as melhorias fisiológicas provocadas pelos efeitos dos exercícios, que equilibram o funcionamento dos sistemas nervosos simpático e parassimpático, auxiliando no controle de hormônios

glicocorticóides e adrenérgicos que, sendo controlados adequadamente, proporcionam ao organismo condições de remodelar os neurorreceptores desplastificados por agentes estressores intrínsecos (ROEDER, 2004; STELLA et al., 2004).

4.2.6 Relação entre a discrepância de imagens e os níveis de satisfação da amostra

De igual forma, o nível de satisfação da amostra em relação à imagem corporal real deveria diminuir, uma vez que os grupos não atingiram os seus ideais. Entretanto, a Análise de Variância do tipo Split-plot (2x3) revelou que havia diferenças significativas em relação ao tempo de intervenção [$F(2, 212) = 203,25; p = 0,001$], sendo que após a intervenção, o grau de satisfação foi maior ($3,83 \pm 0,10$) do que durante ($3,71 \pm 0,11$) e antes da intervenção ($1,76 \pm 0,04$).

Um aspecto importante em relação à imagem corporal é que embora a imagem das mulheres não tenha se alterado, a satisfação destas melhorou com o passar do tempo, o que corrobora com o estudo de Dinis (1996). Segundo Hamachek (1986), uma vez que através do exercício se desenvolve o grau de funcionalidade do corpo e com ele a imagem corporal (WEINBERG; GOULD, 2001), sendo que esta última parece estar intimamente ligada à auto-imagem (LEITH, 1994) parece haver uma relação entre a prática de exercício físico e melhorias na auto-imagem. Investigações realizadas em outros países com jovens adolescentes e/ou adultos jovens (SNYDER; KIVLIN, 1975; ADAME et al., 1990; MCAULEY, 1994), demonstraram que a atividade física contribui para a melhoria da satisfação com a imagem corporal em ambos os sexos. Numa revisão da literatura por Hamachek (1986), em sete estudos, quatro demonstraram haver relações entre a atividade física e a imagem corporal. Resultados obtidos por Abrantes (1998), comparando estudantes universitários de ambos os sexos praticantes de aulas de fitness com estudantes não praticantes de qualquer atividade física, evidenciou níveis mais elevados de satisfação com a imagem corporal nos primeiros e em ambos os sexos.

A alimentação dos indivíduos em estudo não foi avaliada, podendo assim, ter influenciado de forma negativa no resultado do presente estudo. Pois, uma alimentação equilibrada desempenha um papel importante na atividade física, preparando o organismo para o esforço, fornecendo os nutrientes necessários que irão variar de acordo com o tipo de exercício e o objetivo que se pretende alcançar como, por exemplo, perda de peso ou ganho de massa muscular.

Além disso, os procedimentos adotados para a coleta de dados também podem ter influenciado, pois não foram acompanhados individualmente os sujeitos que participaram da intervenção em cada momento que os mesmos praticaram a atividade física. Desta forma, a prescrição dada para cada indivíduo pode não ter sido cumprida de acordo com o proposto para a pesquisa.

CAPÍTULO 5

CONCLUSÃO

Este trabalho descreve a contribuição da atividade física na diminuição da discrepância entre auto-imagens de mulheres, após um período de intervenção. Além disso, avaliou se o nível de depressão reduziu e, conseqüentemente, a satisfação com a percepção corporal aumentou na medida em que foi reduzindo a discrepância entre a imagem real e a ideal.

A Imagem Corporal é a figura mental do corpo, ou seja, o modo pelo qual o corpo se apresenta para nós mesmos ou como o vivenciamos.

O corpo concretiza a existência do indivíduo. A partir dele, percebe-se, é percebido e interage-se com o mundo que o cerca. Pode-se dizer que a identidade humana é inseparável de seu substrato somático. O modo como às pessoas existem nesse substrato acaba por determinar sua forma de existir no mundo. Fronteira entre o eu e o mundo, o corpo é linguagem e comunicação.

A insatisfação com o corpo tem sido freqüentemente associada à discrepância entre a percepção e o desejo relativo a um tamanho e a uma forma corporal. Embora constitua objeto complexo para investigações, existem evidências de que a mídia tem influência sobre os distúrbios na esfera da alimentação e da imagem corporal, pois ao mesmo tempo em que exige corpos perfeitos, estimula práticas alimentares não saudáveis.

Durante o século passado e neste início de século, após um sem número de alterações do ideal corporal, a sociedade ocidental adaptou, sem sombra de dúvida, o corpo magro como o ideal de corpo. Na realidade, em termos sociais o corpo é adorado, enaltecido, uma vez que representa uma dimensão da vida do Homem extremamente valorizada.

Na decorrência de tais fatos, o corpo surge assim, como um referencial palpável, necessário para o suporte da identidade individual e social, isto é, como um elemento que garante o prazer, a expressão estética, que faculta um determinado status facilitando assim, as relações de ordem social. Como tal é intrínseca a cada um de nós a busca pelo corpo ideal socialmente aceita. Na verdade, estas primeiras preocupações com o corpo e a aparência têm início ainda antes da puberdade devido às alterações corporais e às normas de beleza impostas pela sociedade. Todavia, é na adolescência que estas preocupações com o corpo se intensificam e, as experiências ajudam a moldar a imagem corporal e respectiva satisfação.

Assim, há certa tendência, da parte de adolescentes e jovens adultos, para desenvolverem sentimentos de inferioridade e desajuste relativamente ao seu corpo. Isto parece ser resultante de interpretações errôneas acerca da imagem que o indivíduo possui e vai desenvolvendo sobre o seu próprio corpo. Deste modo, é gerada uma necessidade: a de atingir o seu corpo com o ideal cultural, uma vez que existe uma insatisfação com a imagem corporal.

Para tanto, nesse estudo, as mulheres foram classificadas em três grupos de IMC, denominados de Eutróficos, Sobrepesos e Obesos. Os resultados demonstram que para o fator Proporções Corporais Gerais da EICr, a percepção do grupo de Obesos em relação às proporções corporais são maiores do que o grupo de Sobrepesos e Eutróficos.

Entretanto, na EICi, apenas o fator Proporções Corporais apresenta diferença, na qual os Eutróficos percebem a imagem corporal ideal com menor proporções corporais do que a dos Obesos. E que apenas para o grupo de Obesos houve diferenças significativas com relação ao tempo de intervenção, no qual a imagem idealizada antes da intervenção apresenta proporções corporais menores do que a imagem idealizada após a intervenção.

E, também, embora a amostra tenha apresentado na categoria “normal”, os indivíduos, ainda, perceberam-se com níveis de depressão inferiores ao final da intervenção.

Além disso, os indivíduos não alcançaram a imagem ideal, a discrepância não diminuiu ao final da intervenção, isso ocorreu porque o ideal do corpo feminino e as formas atuais das mulheres estão se distanciando gradativamente, devido, atualmente, a sociedade contemporânea, valorizar a magreza, e transformar a gordura em um símbolo de falência moral, o gordo, mais do que apresentar um peso socialmente inadequado, denota descuido, preguiça, desleixo e falta de disciplina. Porém, a satisfação da amostra em relação à imagem corporal real melhorou com o treinamento.

O presente estudo é considerado original por ter elaborado um instrumento (Escala da Imagem Corporal), onde sua contribuição científica permitirá avanços nos campos da subjetividade humana referentes à Imagem Corporal e áreas afins. Outro ponto de originalidade reside no fato de avaliar se a prática da atividade física diminuía a discrepância entre as imagens, reduzindo os distúrbios emocionais resultantes destas discrepâncias.

Em função dos resultados encontrados, uma das contribuições que este estudo aponta é o fato do mesmo ser experimental, no qual é avaliada alterações na percepção corporal de mulheres ao longo de três meses. Além disso, a imagem idealizada em ambos os grupos em estudo não apresentam diferença. Muito possivelmente, um melhor entendimento do desejo de cada indivíduo possa viabilizar o treinamento com a finalidade de maximizar os resultados pretendidos.

Outra proposição acerca da contribuição do estudo está no fato da imagem ideal de ambos os grupos ao longo da intervenção ter permanecido a mesma. Analisando-se sob a ótica da aplicabilidade, esses resultados permitem uma intervenção mais precisa por parte dos educadores físicos valendo-se do ideal dos indivíduos para uma melhor prescrição de treinamento e atividade física.

Dessa forma, a percepção da imagem corporal pode ser utilizada para assessorar os profissionais das academias na montagem de um treinamento específico, determinando quais tipos de atividades devem ser utilizados em função do objetivo de cada pessoa, levando-se em conta as necessidades, a fim de que possam maximizar seu desempenho, com o objetivo de alcançar seus ideais na busca de satisfação pessoal.

As principais limitações deste estudo foram a grande perda amostral e o período curto de intervenção em relação às expectativas de mudanças. E a última limitação foi o fato do fator Definição Muscular e o IMC não terem se alterado ao longo da intervenção. Isto se deve à ausência de uma alimentação balanceada e pelo fato do treinamento não ter sido acompanhado individualmente.

Entretanto, este estudo abre portas para mais um ou dois estudos, tal como, a replicação do mesmo com a avaliação dietética, ou em outra metodologia de aparelhos de musculação.

REFERÊNCIAS

ABRANTES, H. A. **Satisfação com a imagem corporal, auto-estima e atividade física: estudo comparativo em indivíduos de ambos os sexos, dos 45 aos 65 anos.** 1998. 282 p. Dissertação (Mestrado em Ciência do Desporto). Universidade do Porto, Porto, 1998.

ADAME, D. et al. Physical fitness in relation to amount of physical exercise, body image, and locus of control among college men and women. **Perceptual and Motor Skills**, v.70, p. 1347-1350, 1990.

ADES, Lia; KERBAUY, Rachel Rodrigues. Obesidade: realidades e indagações. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 13, n. 1, 2002.

ALBU, J. et al. Resting metabolic rate in obese, premenopausal black women. **American Journal of Clinical Nutrition**, v. 66, p. 531-8, 1997.

ALMEIDA, Graziela Aparecida Nogueira de; SANTOS, José Ernesto dos. A imagem corporal de mulheres morbidamente obesas avaliada através do desenho da figura humana. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 15, n. 2, 2002.

ALMEIDA, Graziela Aparecida Nogueira de et al. Percepção de tamanho e forma corporal das mulheres: estudo exploratório. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, n. 1, jan./apr. 2005.

ALVES, Andréa Karla de. Obesidade na infância e hora de alertar. 2000. **Revista Saúde e Vida**. Disponível em: <<http://www.epub.org.br>>. Acesso em: 2 abr.2006.

ALVES, J. G. B.; FIGUEIRA, F. **Doenças do Adulto com Raízes na Infância**. Recife: Bagaço, 1998.

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE (ACSM). Position stand on exercise and physical activity for older adults. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, v. 30, p.992-1008, 1998.

ANDERSEN, Susan M.; GLASMAN, Noah S.; GOLD, David A. Mental representations of the self, significant others, and no significant others: structure and processing of private and public aspects. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 75, n. 4, p. 845-861, 1998.

ANDERSEN, A. E. et al. **Making weight**: men's conflicts with food, weight, shape and appearance. Carlsbad: Gürze Books, 2000.

ANDRADE, A.; BOSI, M.L.M. Mídia e subjetividade: impacto no comportamento alimentar feminino. **Revista de Nutrição**, v.16, n.1, p.117-25, 2003.

ARON, Arthur et al. Close relationships as including other in the self. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 60, n. 2, p. 241-253, 1991.

BANAJI, Mahzarin R.; PRENTICE, Deborah A. The self in social contexts. **Annual Review of Clinical Psychology**, v. 45, p. 297-332, 1994.

BARON, R. **Understanding obesity and weight loss**.1995. Disponível em: <http://www-med.stanford.edu/school/DGIM/Teaching/Modules/obesity.html>>. Acesso em 28 julho 2007.

BARROS, Antônio A. Filho. Um quebra-cabeça chamado obesidade. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 1, jan./fev. 2004.

BARTLEWSKI, P. Effects of aerobic exercise on the social physique anxiety and body esteem of female college students. **Woman in Sport and Physical Activity Journal**. Texas, v.5, n.2, p. 49-62, 1996.

BECKER, J. R. B. **Manual de Psicologia aplicada ao Exercício e Esporte**. Porto Alegre: Edelbra, 1999.

BECKER, A. E. et al. Eating Behaviors and Attitudes Following Prolonged Exposure to Television among Ethnic Fijian Adolescent Girls. **The British Journal of Psychiatry**, v. 180, p.509-14, 2002.

BENSEÑOR, I. M. Exame geral quantitativo. **Semiologia clínica**. São Paulo: Sarvier, p. 30-35, 2002.

BERGER, B.G. et al. Relationship between expectancy of psychological benefits and mood alterations in joggers. **International Journal of Sport Psychology**, v.29, p.1-16, 1998.

BERNARDI, Fabiana; CICHELERO, Cristiane; VITOLO, Márcia Regina. Comportamento de restrição alimentar e obesidade. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 18, n. 1, jan./fev. 2005.

BERRIÓS, X. Tendencia temporal de los factores de riesgo de enfermedades crónicas: la antesala silenciosa de una epidemia que viene? **Revista medica do Chile**, Santiago, v. 125, p.1405-1407, 1997.

BLAIR, S. N. et al. Physical activity, nutrition, and chronic disease. **Medicine e Science in Sports e Exercise**, v.28, p.335-49, 1996.

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

BROWN, L. **Obesity epidemic threatens health in exercise-deprived societies**. Washington, DC, dec. 2000.

BROWN, L.; HALWEIL, B.; GARDNER, G. **Chronic Hunger and Obesity Epidemic Eroding Global Progress**. Washington, DC, mar. 2000.

BLUMENKRANTZ, M. **Obesity**: the world's metabolic disorder. Beverly Hills, 1997. Disponível em: < [http:// www.quantumhpc.com,obesity.htm](http://www.quantumhpc.com,obesity.htm) >. Acesso em 28 julho 2007]

BOUCHARD, C.; TREMBLAY, A. Genetic influences on the response of body fat distribution to positive and negative energy balances in human identical twins. **Journal of Nutrition**; v.127, p.943s-7s, 1997.

BOUCHARD, C. et al. The genetics of human obesity. *In*: BRAY, G. A.; BOUCHARD, C.; JAMES, W. P. T. **Handbook of obesity**. New York: Marcel Dekker, 1998, p.157-85.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Excesso de peso atinge 38,8 milhões de brasileiros adultos**. Comunicação Social, 16 de dezembro de 2004. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=278&id_pagina=1>. Acesso em: 26 fev. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2006**: vigilância de fatores de risco e proteção para as doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sócio-demográfica de fatores de risco e proteção para as doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2006. Brasília, DF, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN). **Pesquisa nacional sobre saúde e nutrição**: perfil de crescimento da População Brasileira de 0 a 25 anos. Brasília, DF, 1990. 35p.

BROUSARD, B. A. et al. Prevalence of obesity in American Indians and Alaska Natives. **American Journal of Clinical Nutrition**, v. 53, n. 6, p. 1535s-1542s, jun.1991.

BYBEE, Jane A.; ZIGLER, Edward. Self-Image and GUILT: A further test of the cognitive-developmental formulation. Self-Image and Guilt. **Journal of Personality**, v. 59, n. 4, p. 733-745, dec. 1991.

CAMPOS, R. Comedores de emoções. **Revista Viver**, n. 105, out. 2001.

CANTOR, N. From thought to behavior: "Having" and "doing" in the study of personality and cognition. **American Psychologist**, v. 45, p. 735-750, 1990.

CARVALHO, Maria Cláudia; MARTINS, André. A obesidade como objeto complexo: uma abordagem filosófico-conceitual. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, out./dez. 2004.

CARVER, Charles S.; LAWRENCE, John W.; SCHEIER, Michael F. *Self-Discrepancies and Effect: Incorporating the Role of Feared Selves*. **Personality and Social Psychology Bulletin**, v. 25, n. 7, p. 783-792, jul. 1999.

CASH, T. F. Body-image attitudes among obese enrollees in a commercial weight-loss program. **Perceptual and Motor Skills**, v. 77, n. 3, p. 1099-1103, 1993.

CASTLE, D. D.; PHILIPS, K. A. **Disorders of body image**. Philadelphia: Wrigerton Biomedical Publishing, 2002.

CATANEO, Caroline; CARVALHO, Ana Maria Pimenta; GALINDO, Elizângela Moreira Careta. Obesidade e aspectos psicológicos: maturidade emocional, autoconceito, locus de controle e ansiedade. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, abr. 2005.

CESSE, E. A. P; FREESE, E. Características e Determinantes do Padrão Brasileiro de Ocorrência das DCNT no Século XX. In: FREESE, E. (Org.) **Epidemiologia, políticas e determinantes das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2006. p. 47-71.

COITINHO, D. C. et al. **Condições nutricionais da população brasileira: adultos e idosos.** Brasília: INAN, 1991. 39p. (Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição, MS/INAN).

COLLINS, J. K. et al. Body Percept Change in Obese Females After Weight Reduction Therapy. **Journal of Clinical Psychology**, v. 39, n.4, p. 507-511, 1983.

CONTI, Maria Aparecida; FRUTUOSO, Maria Fernanda Petrolí; GAMBARDELLA, Ana Maria Dianezi. Excesso de peso e insatisfação corporal em adolescentes. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 18, n. 4, jul./aug. 2005.

COOPER, K. **Saúde total.** 2ª ed. Rio de Janeiro: Entrelivros Cultural, 1979.

COOPER, K. H. **Aptidão física em qualquer idade.** Rio de Janeiro: Unilivros cultural, 1983.

CRESPO, C. J. et al. Race/ethnicity, social class and their relation to physical inactivity during leisure time: Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. **American journal of preventive medicine**, New York, v.18, n.1, p. 46-53, jan. 2000.

COSSENZA, C. E.; CARVALHO, N. **Personal training para grupos especiais.** Rio de Janeiro: Sprint, 1997.

COSTA, Patrícia Cristiane Gama da. Escala de autoconceito no trabalho: construção e validação. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 18, n. 1, jan./abr. 2002.

DÂMASO, A. **Nutrição e Exercício na Prevenção de Doenças.** Rio de Janeiro: Medsi, 2001.

DANTAS, E. H. M. **A prática da preparação física.** Rio de Janeiro: Sprint, 1986.

DINIS, M. J. S. **Satisfação com a imagem corporal e motivação para as atividades esportivas:** estudo comparativo de adolescentes envolvidos em diferentes modalidades desportivas. 1996. 90 p. Dissertação (Mestrado em Ciência do Desporto). Universidade do Porto, Porto, 1996.

DOYNE, E. J. et al. A Running versus weight lifting in the treatment of depression. **Journal of Consulting and Critical Psychology**, v. 55, p. 748-754, 1987.

EPSTEIN, Seymour. The *self*-concept revisited: or a theory of a theory. **American Psychologist**, p. 404-416, maio 1973.

FALLON A. E; ROZIN, P. Sex differences in perceptions of desirable body shape. **Journal of Abnormal Psychology**, v. 94, n. 1, p. 102-5, 1985.

FERREIRA, Vanessa Alves; MAGALHÃES, Rosana. O corpo cúmplice da vida: considerações a partir dos depoimentos de mulheres obesas de uma favela carioca. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, apr./jun. 2006.

FERRIANI, Maria das Graças C. et al. Auto-imagem corporal de adolescentes atendidos em um programa multidisciplinar de assistência ao adolescente obeso. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, n. 1, jan./mar. 2005.

FISBERG, M. Obesidade na infância e adolescência. **Pediatria Moderna**, v. 29, n. 2, p.103-8, 1993.

FISBERG, M. **Obesidade na infância e adolescência**. 2ª ed. São Paulo: BYK, 1995.

FISHER, S. The evolution of psychological concepts about the body. In: CASH, T.; PRUZINSKY, T. **Body images**. New York: Guilford Press, 1990, p.3-20.

FLAHERTY, D.; JANICAK, P.G. **Psiquiatria, diagnóstico e tratamento**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

FONSECA, Vania de Matos; SICHIERI, Rosely; VEIGA, Glória Valéria da. Fatores associados à obesidade em adolescentes. **Revista de Saúde Pública**, v. 32, n. 6, p. 541-9, 1998.

FOX, E. L., BOWERS, R. W., FOSS, M. L. **Bases fisiológicas da educação física e dos desportos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991.

FRANCIS, K. T.; CARTER, R. Psychological characteristics of joggers. **Journal of Sports Medicine and Physical Fitness**, v.22, n.3, p.386-91, 1982.

FRANCISCHI, R. P. et al. Effects of exercise on dietary composition, metabolism and body composition of Brazilian obese women. **Scandinavian Journal of Food e Nutrition**, p.40-43, 1999.

FRAZOI, S. L.; SHIELDS, S. A. The body esteem scale: Multidimensional structure and sex differences in a college population. **Journal of Personality Assessment**, v. 48, n. 2, p. 173-178, 1984.

FREITAS, C. S. et al. Perfil das mulheres obesas que procuram o programa de atividade física da Escola de Educação Física e Esporte. In: CONGRESSO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 5.; SIMPÓSIO DE PÓS GRADUAÇÃO DA ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA E ESPORTE, 3., 1998, São Paulo. **Anais...**São Paulo: USP, 1998, p. 87-8.

GHADERI, A.; SCOTT, B. Prevalence, incidence and prospective risk factors for eating disorders. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 104, n. 2, p. 122-30, 2001.

THE GLOBAL: epidemic of obesity. 1997. Disponível em: <<http://www.iotf.org/publications/newsletter/spring97.htm>>. Acesso em: 25 jul. 2007.

GRILO, C. M. Physical activity and obesity. **Biomed Pharmacother**, v. 48, p.127-36, 1994.

GRUNDY, S. M. Multifactorial causation of obesity: implications for prevention. **American Journal of Clinical Nutrition**, v. 67, p. 563-72, 1998.

GORTMAKER, S. L. et al. Television viewing as a cause of increasing obesity among children in the United States, 1986-1990. **Archives of pediatrics e adolescent medicine**, Chicago, v. 150, p. 356-362, 1996.

GUPTA, M. A. Concerns about aging and a drive for thinness: a factor in the biopsychosocial model of eating disorders? **International Journal of Eating Disorders**, v. 18, p. 351-7, 1995.

HALL, C. S.; LINDZEY, G. **Teorias da Personalidade**. São Paulo: Pedagógica e Universitária Ltda, 1973. p. 620.

HALPERN, A. et al. **Obesidade**. São Paulo: Lemos, 1998.

HALPERN, A. A Epidemia da Obesidade. **Arquivos brasileiros de endocrinologia e metabologia**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 175-176, 1999.

HAMACHEK, D. Enhancing the self's psychology by improving fitness physiology. **Journal of Human Behavior and Learning**, v. 3, n. 3, p. 2-12, 1986.

HARMAN, H. H. **Modern factor analysis**. Chicago: University of Chicago Press, 1976.

HART, Daniel et al. Representations of self and other: a semantic space model. **Journal of Personality**, v. 65, n. 1, p. 77-105, mar. 1997.

HEWITT, Paul L.; GENEST, Myles. The ideal self: schematic processing of perfectionistic content in dysphoric university students. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 59, n. 4, p. 802-808, oct. 1990.

HIGGINS, E. Tory. The “self digest”: self-knowledge serving self-regulatory functions. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 71, n. 6, 1996, p. 1062-1083.

HIGGINS, E. et al. Ideal versus ought predilections for approach and avoidance: distinct self-regulatory systems. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 66, n. 2, p. 276-286, 1994.

HIGGINS, E. T.; VAN HOOK, E.; DORFMAN, D. Does self-attribution form a cognitive structure? **Social Cognition**, v. 6, p. 177-207, 1988.

HILL, J. O.; PETERS, J.C. Environmental contributions to the obesity epidemic. **Science**, v. 280, p. 1371-4, 1998.

HOELTER, Jon W. The structure of self-conception: conceptualization and measurement. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 49, n. 5, p. 1392-1407, 1985.

HOYOS, M. D.; CLARKE, H. Concepts of Obesity in Family Practice. **West Indian Medical Journal**, v.36, n. 95, p. 95-98. 1987.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) 2002-2003: antropometria e análise do estado nutricional de crianças e adolescentes no Brasil**. Rio de Janeiro, 2006.

INSTITUTO DE NUTRIÇÃO ANNES DIAS (INAD). **Obesidade e Desnutrição: Projeto Com Gosto de Saúde**. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <<http://www.saude.rio.rj.gov.br>>. Acesso em: 8 set. 2007.

JACKSON, A. S. et al. Melanocortin 4 receptor sequence variations are seldom a cause of human obesity: the Swedish Obese Subjects, the HERITAGE Family Study, and a Memphis cohort. **Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism**, v. 87, p. 4442-6, 2002.

JAMES, W. **Principles of Psychology**. New York: Holt, 1890.

JAVIER, F. N.; SZKLO, M.; COMSTOCK, G. W. Childhood Weight and Growth Rate as Predictors of Adult Mortality. **American Journal of Epidemiology**, v. 136, p. 201-213, 1992.

JEBB, S. A. A etiology of obesity. **British Medical Bulletin**, London, v.53, n.2, p.264-285, 1997.

KEITH, Lori K. Self-Concept instrumentation: a historical and evaluative review. In: BRACKEN, G. L. **Handbook of self-concept: developmental, social and clinical considerations**. New York: John Wiley e Sons, 1996. p. 91-170.

KHAODHIAR, L.; BLACKBURN, G. L. Health benefits and risks of weight loss. In: BJÖRNTORP, P. **International textbook of obesity**. Chichester: John Wiley e Sons, 2001. p. 413-40.

KIHLSTROM, J. F.; CANTOR, N. Mental representations of the self. In: BERKOWITZ, L. **Advances in experimental social psychology**. New York: Academic Press, 1984. v. 21. p. 145-180.

KLEIN, S. B.; LOFTUS, J.; BURTON, H. A. Two self-reference effects: The importance of distinguishing between self-descriptiveness judgments and autobiographical retrieval in self-referent encoding. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 56, p. 853-865, 1989.

KUCZMARSKI, R. J. et al. **CDC growth charts: United States advance data from vital and health statistics**. Hyattsville: National Centers for Health Statistics, 2000.

LABRE, M. P. Adolescent boys and the muscular male body ideal. **Journal of Adolescent Health**, v. 30, p. 233-42, 2001.

LANE, A. M.; LOVEJOY, D. J. The effects of exercise on mood changes: the moderating effect of depressed mood. **Journal of Sports Medicine and Physical Fitness**, v.41, n.4, p.539- 545, 2001.

LEITE, P. F. **Fisiologia do exercício: ergometria e condicionamento físico**. Rio de Janeiro - São Paulo: Livraria Ateneu, 1984.

LEITH, L. M. **Foundations of exercise and mental health**. Morgantown, W. V.: Fitness Information Technology, 1994.

LINDSTRÖM, Martin; ISACSSON, Sven-Olof; MERLO, Juan. Increasing prevalence of overweight, obesity and physical inactivity. **European Journal of Public Health**, v. 13, p. 306-312, 2003.

LINDGREN, H. C. **Psicologia na sala de aula: o professor e o processo ensino-aprendizagem**. Rio de Janeiro: Ao livro técnico, 1971, v. 2.

LOBSTEIN, D. D.; MOSBACHER, B. J.; ISMAIL, A.H. Depression as a powerful discriminator between physically active and sedentary middle-aged men. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 27, n. 1, p. 69-76, 1983.

LOHMAN, T. G.; ROCHE, F.; MARTOLRELL, R. **Anthropometric standardization reference manual**. Illinois: Human Kinetics Books, 1988

MACHO-AZCÁRATE, T. et al. Gln27Glu polymorphism in the beta2 adrenergic receptor gene and lipid metabolism during exercise in obese women. **International Journal of Obesity**, v. 26, n. 11, p. 1434-1441, nov. 2002.

MARKUS, H. et al. Self-schemas and gender. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 42, p. 38-50, 1982.

MARKUS, H.; KUNDA, Z. Stability and malleability of the self concept. **Journal of Personality and Social Psychology**, v.51, p. 858-866, 1986.

MARKUS, H.; SMITH, J.; MORELAND, R. L. Role of the self-concept in the perception of others. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 49, n. 6, p. 1494-1512, 1985.

MARKUS, H.; WURF, E. The dynamic self concept: A social psychological perspective. **Annual Review of Psychology**, v. 38, p. 299-337, 1987.

MAHAM, L. K.; ESCOTT-STUMP, K. **Alimentos, nutrição e dietoterapia**. 10^a ed. São Paulo: Roca, 1998.

MARSH, H. W. The multidimensional structure of academic self-concept: Invariance over gender and age. **American Educational Research Journal**, p.841-860, 1993.

MARSH, H. W; PARKER, J. Determinants of students self-concept: Is it better to be a relatively large fish in small pond even if you don't learn to swim as well? **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 47, p. 213-231, 1984.

MARSH, Herbert W. relations between global and specific domains of self the importance of individual importance, certainty, and ideals. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 65, n. 5, p. 975-992, nov. 1995.

MARSH, Herbert W.; BYRNE, Barbara M. Differentiated additive androgyny model: relations between masculinity, femininity, and multiple dimensions of self-concept. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 61, n. 5, p. 811-828, 1991.

MARSH, H. W., BYRNE, B. M.; SHAVELSON, R. J. A multifaceted academic self-concept: its relation to academic achievements. **Journal of Educational Psychology**, v.80, p. 366-380, 1988.

MARSH, Herbert W.; HATTIE, John. Theoretical Perspectives on the structure of *Self*-concept. In: BRACKEN, Bruce A. **Handbook of Self concept**: developmental, social, an clinical considerations. New York: Jon Wiley e Sons, 1996. p.38-90.

MARTINEZ, J. A. Body-weight regulation: causes of obesity. **The Proceedings of Nutrition Society**, v. 59, p.337-45, 2000.

MARTINEZ, J. A. Obesity in young Europeans: genetic and environmental influences. **European Journal of Clinical Nutrition**, v. 54, p.56s-60s, 2000.

MARTORELL, R. et al. Obesity in Women from developing countries. **European journal of clinical nutrition**, London, v. 54, p. 246-252, 2000.

MARQUES-LOPES, I. A. et al. Aspectos genéticos da obesidade. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 17, n. 3, jul./sep. 2004.

MEMBRILLA, Juan Antonio Amezcua; MARTÍNEZ, M. Carmen Pichardo. Diferencias de género en autoconcepto en sujetos adolescentes. **Anales de Psicología**, Universidad de Murcia, España, v. 16, n. 2, p. 207-214, 2000.

MENDONÇA, Cristina Pinheiro; ANJOS, Luiz Antonio dos. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, mai./jun. 2004.

McARDLE, W. D., KATCH, F. I., KATCH, V. L. **Fisiologia de exercício: energia, nutrição e desempenho humano**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1992.

MCAULEY, E. Physical activity and psychological outcomes. In: BOUCHARD, C.; SHEPHARD, R.; STEPHENS, T. **Physical activity, fitness and health**, Champaign, IL: Human Kinetics, 1994, chapter 37, p.551-558.

MCGEE, R.; WILLIAMS, S. Does low self-esteem predict health compromising behaviours among adolescents? **Journal of Adolescent**, v. 23, n. 5, p. 569-82, 2000.

MISIGOJ-DURAKOVIC, M. et al. Physical activity of urban adult population: questionnaire study. **Croatian medical journal**, Lengerich, v. 41, n. 4, p. 428-432, dec. 2000.

MOJDEHI, Hossein. Change and stability of self-concepts of Iranian psychiatric patients and normals. **Psychological Reports**, n. 43, p. 403-406, 1978.

MONDINI, L.; MONTEIRO, C. A. Relevância epidemiológica da desnutrição e da obesidade em distintas classes sociais: métodos de estudo e aplicação à população brasileira. **Revista brasileira de epidemiologia**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 28-39, abr. 1998.

MONTEIRO, Carlos Augusto. **Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças**. São Paulo: Hucitec, 1995. 356p.

MONTEIRO, Carlos Augusto et al. A tendência cambiante da relação entre escolaridade e risco de obesidade no Brasil (1975-1997). **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 19, p. 67-75, 2003. Suplemento 1.

MONTEIRO, Carlos Augusto. Epidemiologia da Obesidade. In: LEMOS, M. Z. **Obesidade**. São Paulo: Lab. Roche, 1998. p.16-29.

MONTEIRO, C. A.; CONDE, W. L. A tendência secular da obesidade segundo estratos sociais: nordeste e sudeste do Brasil, 1975-1989-1997. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, v. 43, p. 86-94, 1999.

MURRAY, C. J. L.; LOPEZ, A. D. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. **Lancet**, v. 349, p. 1498-1504, 1997.

NAGEL, K.; JONES, K. Predisposition factors in anorexia nervosa. **Adolescence**, v. 27, p. 381-6, 1992.

NASBY, William. Private and public self-consciousness and articulation of the ought self from private and public vantages. **Journal of Personality**, v. 64, n. 1, p. 131-153, mar. 1996.

NIEDENTHAL, P. M.; BEIKE, D. R. Interrelated and isolated self concepts. **Personality and Social Psychology Review**, v. 1, n. 2, p. 106-128, 1997

NOVAES, M. H. Autoconceito: um sistema multidimensional hierárquico e sua avaliação em adolescentes. **Arquivos brasileiros de psicologia**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 3, p. 27-43, jul./set. 1985.

NUNES, M. A. et al. Distúrbio da conduta alimentar: considerações sobre o teste de atitudes alimentares. **Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria; Asociación Psiquiátrica de América Latina**, v. 16, p. 7-10, 1994.

NUNES, Maria Angélica et al. Influência da percepção do peso e do índice de massa corporal nos comportamentos alimentares anormais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 23, n. 1, mar. 2001.

OGDEN J, EVANS, C. The problem with weighting: effects on mood, self-esteem and body image. **International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders: Journal of the International Association for the Study of Obesity**, v. 20, n. 3, p.272-7, 1999.

OGILVIE, Daniel M. The undesired self: a neglected variable in personality research. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 52, n. 2, p. 379-385, 1987.

OLIVEIRA, A. M. A.; CERQUEIRA, E. M. M. Prevalência de Sobrepeso e Obesidade Infantil em população urbana: detecção pela família x diagnóstico médico. **Journal of Pediatric**, 2003 (no prelo).

ORBACH, Israel et al. Self-representation of suicidal adolescents. **Journal of Abnormal**, v. 107, n. 3, p. 435-439, aug. 1998.

ORERA, M. Aspectos genéticos de la obesidade. *In*: MORENO, B.; MONEREO, S.; ÁLVAREZ, J. **Obesidad**: presente y futuro. Madrid: Biblioteca Aula Médica; 1997. p.51-69.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Doenças crônico-degenerativas e obesidade**: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília, 2003. 60p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **La Obesidad en la Pobreza**: un nuevo reto para la salud pública. Washington, 2000. 132p. (Publicacion Científica, n. 576).

PEIXOTO, Francisco. Qualidade das relações familiares, auto-estima, autoconceito e rendimento acadêmico. **Análise Psicológica**, p. 235-244, 2004.

PELHAM, Brett W.; SWANN, William B. From *Self*-Conceptions to *Self*-Worth on the Sources and Structure of Global *Self*-Esteem. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 57, n. 4, p. 672-680, oct. 1989.

PENNINX, B.W. et al. Exercise and depressive symptoms: a comparison of aerobic and resistance exercise effects on emotional and physical function in older persons with high and low depressive symptomatology. **Journal of Gerontology Psychology Science**, v.57, n. 2, p.124- 132, 2002.

PEREIRA, L. O. et al. Different intensities of physical activities with or without hypocaloric diet: effects on body composition, food consumption and plasmatic profile in obese women. **Medicine e Science in Sports e Exercise**, v. 30, p. 238, 1998.

PEREIRA, L.O. et al. Obesidade e suas Implicações – Ação da Atividade Física e Controle Nutricional. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, v. 14, p. 9-17, 1999.

PINHEIRO, Anelise Rízzolo de Oliveira; FREITAS, Sérgio Fernando Torres de; CORSO, Arlete Catarina Tittono. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 17, n. 4, out./dec. 2004.

PI-SUNYER, F. X. Health implications of obesity. **American Journal of Clinical Nutrition**, n.53, p.1595-1603, 1991.Supplement.

POPKIN, Barry M. The nutrition transition and its health implications in lower income countries. **Public health nutrition**. Huddinge, v. 1, p. 5-21, 1998.

POST, C. L. et al. Desnutrição e obesidade infantil em duas coortes de base populacional no sul do Brasil: tendências e diferenciais. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 49-57, 1996. Suplemento 1.

RACETTE, S. B. et al. Effects of aerobic exercise and dietary carbohydrate on energy expenditure and body composition during weight reduction in obese women. **American Journal of Clinical Nutrition**, Bethesda, v.61, n.3, p.486-494, 1995.

ROEDER, M. A. **Atividade Física, Saúde Mental e Qualidade de Vida**. Rio de Janeiro: Shape, 1ª ed., 2004.

ROGERS, C. R. **Terapia Centrada no Cliente**. Lisboa: Moraes Editores; São Paulo: Livraria Martins Fontes, 1975.

ROSS, C.; HAYES, D. Exercise and psychological well being in the community. Baltimore: **American Journal of Epidemiology**, v.127, n.4, p.762-771, 1988.

RUBINSTEIN, S.; CABALLERO, B. Is Miss America an undernourished role model? **Journal of the American Medical Association**, v.283, p. 1560, 2000.

SAIKALI, C. J. et al. A. Imagem corporal nos transtornos alimentares. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 41, n. 4, 2004.

SAMPSON, Edward E. The decentralization of identity: toward a revised concept of personal and social order. **American Psychologist**, v. 40, n. 11, p. 1203-1211, nov. 1985.

SÁNCHEZ, A. V.; ESCRIBANO, E. A. **Medição do autoconceito**. Bauru: EDUSC, 1999.

SANTOS, S.; CORRÊA, U. C., FREUDENHEIM, A. M. Variabilidade de performance numa tarefa de timing antecipatório em indivíduos de diferentes faixas etárias. **Revista Paulista de Educação Física**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 154-62, 2003.

SAWAIA, B. **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. Petrópolis: Vozes, 1999.

SICHERI, Rosely. Dietary patterns and their associations with obesity in the Brazilian City of Rio de Janeiro. **Obesity research**, Baton Rouge, v. 10, n. 1, p. 42-48, jan. 2002.

SCHONFELD-WARDEN, N.; WARDEN, C. H. Obesidade pediátrica: uma visão global da etiologia e do tratamento. **Clínicas pediátricas da América do Norte**, Rio de Janeiro, v. 2, p. 343-366, 1997.

SCHUTZ Y. Macronutrients and Energy Balance in Obesity. **Metabolism**, v.44, p.7-11, 1995.

SCULLY, D. et al. Physical exercise and psychological wellbeing. Critical Review. **British Journal of Sport Medicine**,. v.32, n.2, p.111-120, 1998.

SECORD, P. F.; JOURARD, S. M. The appraisal of body cathexis: Body cathexis and the self. **Journal of Consulting Psychology**, v.17, n.5, p. 343-347, 1953.

SHARKEY, B. J. **Condicionamento Físico e Saúde**. Porto Alegre: Art Méd, 1998.

SKIDMORE, P. M. L.; YARNELL, J. W. G. The obesity epidemic: prospects for prevention. **An International Journal of Medicine**, v. 97, p. 817-825, 2004.

STAPEL, Diederik A.; KOMEN, Willem. I, we, and the effects of others on me: how self-construal level moderates social comparison effects. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 80, n. 5, p. 766-781, 2001.

STELLA, S. G. et al. Transtornos de humor e exercício físico. In: MELLO, M. T.; TUFIK, S. **Atividade Física, Exercício Físico e Aspectos Psicofisiológicos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

SOBAL, J.; DEVINE, C. M. Social Aspects of Obesity: Influences, Consequences, Assessments and Interventions. In: DALTON, S. **Overweight and weight management**. Maryland: Aspen Publishers; 1997. p.312-31.

STEVANATO, I. S.; LOUREIRO, S. R. Autoconceito e aspectos comportamentais de crianças com dificuldades de aprendizagem. In: JORNADA DE SAÚDE MENTAL DA CRIANÇA, 1., 2000, São Paulo. **Resumos....** São Paulo: USP, 2000.

SLADE, P. D. What is body image? **Behavioral Research Therapy**, v. 32, n. 5, p. 497-502, 1992.

SNYDER, E. E.; KIVLIN, J. E. Women Athletes and Aspects of Psychological Well-Being and Body Image. **Research Quarterly**, v.46, n. 2, p. 191-9, 1975.

SOBAL, J.; DEVINE, C. M. Social Aspects of Obesity: Influences, Consequences, Assessments and Interventions. In: DALTON, S. **Overweight and weight management**. Maryland: Aspen Publishers; 1997. p.312-31.

STEIN, Risa J. Physical Self-Concept. In: BRACKEN, B. A. **Handbook of self-concept: developmental, social and clinical considerations**. New York: Jon Wiley e Sons, 1996. p. 374-394.

STENZEL, L. M. **Obesidade** :o peso da exclusão. Porto Alegre: Edipucrs, 2002.

STICE, E. et al. Relation of media exposure to eating disorder symptomatology: An Examination of mediating mechanisms. **Journal of Abnormal Child Psychology**, v.103, p.836-840, 1994.

STRAUMAN, Timothy J. *Self*-Discrepancies in Clinical Depression and Social Phobia: Cognitive Structures That Underlie Emotional Disorders? **Journal of Abnormal Psychology**, v. 98, n. 1, p. 14-22, 1989.

STRAUMAN, Timothy J. Stability Within the *Self*: A Longitudinal Study of the Structural Implications of *Self*-Discrepancy Theory. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 71, n. 6, p. 1142-1153, dec.1996.

STRAUMAN, Timothy J.; HIGGINS, E. Tory. *Self*-Discrepancies as Predictors of Vulnerability to Distinct Syndromes of Chronic Emotional Distress. **Journal of Personality**, Duke University, v. 56, n. 4, p. 685-707, dec.1988.

STRAUMAN, Timothy J. et al. *Self*-Discrepancies and Vulnerability to Body Dissatisfaction and Disordered Eating. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 61, n. 6, p. 946-956, 1991.

STRAUSS, R., KNIGHT, J. Influence of the home environment on the development of obesity in children. **Pediatric**, v.103, n. 6, p. 85, 1999.

STUNKARD, A. J.; WADDEN, T. A. Psychological aspects of severe obesity. **American Journal of Clinical Nutrition**, p. 524-532, 1992.

SUGARMAN, J. R.; WHITE, L. L.; GILBERT, T. J. Evidence for a secular change in obesity, height, and weight among Navajo Indian schoolchildren. **American Journal of Clinical Nutrition**, v. 52, n. 6, p. 960-6, dec. 1990.

TABACHNICK, B. G.; FIDELL, L. S. **Using multivariate statistics**. California State University: Haper Collins College Publishers, 1996.

TAMAYO, A. EFA: Escala Fatorial de Autoconceito. **Arquivos brasileiros de psicologia**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 4, p. 87-102, out./dez. 1981.

TAMAYO, A. Relação entre o autoconceito e a avaliação percebida de um parceiro significativo, **Arquivos brasileiros de psicologia**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 1, p. 88-96, jan./mar. 1985.

TAMAYO, Álvaro et al. A influência da atividade física regular sobre o autoconceito. **Estudos de Psicologia**, v. 6, n. 2, p. 157-165, 2001.

TANGNEY, June Price et al. Are Shame and Guilt Related to Distinct *Self*-Discrepancies? A Test of Higgins's Hypotheses. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 75, n. 1 p. 256-268, 1998.

TAYLOR, D.; BOYAIJIN, J.; JAMES, N. Acidosis stimulates beta-endorphin release during exercise. **Journal of Applied Physiology**, p. 1913-8, 1994.

TRAVADO, Luzia et al. Abordagem psicológica da obesidade mórbida: caracterização e apresentação do protocolo de avaliação psicológica. **Análise Psicológica**, v. 3, n. XXII, p. 533-550, 2004.

UNGER, Rhoda K.; SUSSMAN, Lori E. "I and thou": another barrier to societal change? **Sex Roles**, v. 14, n. 11-12, p. 629-636, 1986.

VASCONCELOS, Vera Lucia; SILVA, G. A. P. Prevalência de sobrepeso e obesidade em adolescentes masculinos no Nordeste do Brasil, 1980-2000. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1445-1451, 2003.

VEGGI, Alessandra Bento et al. Índice de massa corporal, percepção do peso corporal e transtornos mentais comuns entre funcionários de uma universidade no Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 26, n. 4, dez 2004.

VERRI, A. P. et al. La television e i disturbi del comportamento alimentare. **Minerva Pediatrica**, v. 49, p. 235-243, 1997.

VOLKWEIN, K.; MCCONATHA, J. T. Cultural contours of the body – The impact of age and fitness. In: LIDOR, R.; BAR-ELI, M. **Innovations in sport psychology**: Linking theory and practice. Tel-Aviv: ISSP, 1997. p.744-6.

WALLEY, Andrew; BLAKEMORE, Alexandra I. F.; FROGUEL, Philippe. Genetics of obesity and the prediction of risk for health. **Human Molecular Genetics**, v. 15, n. 2, 2006.

WEINBERG, R. S.; GOULD, D. **Fundamentos da psicologia do esporte e do exercício**. 2ª ed. Porto Alegre: Artemed, 2001.

WEINSIER, R. L. et al. The etiology of obesity: relative contribution of metabolic factors, diet, and physical activity. **American Journal of Medicine**, v. 105, p.145-50, 1998.

WIEDERMAN, M. W.; PRYOR, T. L. Body dissatisfaction, bulimia, and depression among women: the mediating role of drive for thinness. **International Journal of Eating Disorders**, v. 27, p. 90-5, 2000.

WILMORE, J. H.; COSTIL, D. L. **Fisiologia do esporte e do exercício**. São Paulo: Manole, 2001.

WILDE, P.E.; RANNY, C. K. The monthly food stamp cycle: shopping frequency and food intake decisions in an endogenous switching regression framework. **American Journal of Agricultural Economics**, v. 82, n. 1, p.200-13, 2000.

WOOD, Wendy et al. Conformity to sex-typed norms, affect, and the self-concept. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 73, n. 3, p. 523-535, sep. 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Obesity**: preventing and managing the global epidemic report of a WHO consultation on obesity. Geneva: WHO, 1997.

YOSHIOKA, K.; YOSHIDA, T.; KONDO, M. Brown adipose tissue thermogenesis and metabolic rate contribute to the variation in obesity among rats fed a high fat diet. **Japanese Journal of Physiology**; v. 42, p.673-80, 1992.

YOUNG, L. R.; NESTLE, M. The contribution of expanding portion sizes to the US obesity epidemic. **American Journal of Public Health**, v. 92, p. 246-9, 2002.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)