



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
DO DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM



GISLAINE LIMA DA SILVA

PERCEPÇÃO DA IMAGEM CORPORAL EM MULHERES COM DEPRESSÃO

Bauru  
2008

GISLAINE LIMA DA SILVA

PERCEPÇÃO DA IMAGEM CORPORAL EM MULHERES COM DEPRESSÃO

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências da Universidade Estadual Paulista “Júlio de mesquita Filho”, Campus de Bauru, para obtenção do título de Mestre em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem (Área de Concentração: Comportamento e Saúde).

Orientador: Prof. Dr. Sandro Caramaschi

Bauru  
2008

GISLAINE LIMA DA SILVA

PERCEPÇÃO DA IMAGEM CORPORAL EM MULHERES COM DEPRESSÃO

Defesa da dissertação para obtenção do título de Mestre.

Comissão examinadora:

---

Prof. Dr. Sandro Caramaschi  
Universidade Estadual Paulista (UNESP) – Bauru/SP

---

Profª Dra. Alessandra de Andrade Lopes  
Universidade Estadual Paulista (UNESP) – Bauru/SP

---

Profª Dra. Silvia Aparecida Fornazari  
Universidade Estadual de Londrina (UEL) – Londrina/PR

Bauru, 18 de dezembro de 2008.

Dedico este trabalho às participantes da pesquisa, que aceitaram colaborar e fornecer informações sobre suas vidas, seus hábitos, suas dificuldades.

## AGRADECIMENTOS

À *Deus*, por fazer parte da minha vida de forma positiva, direcionar meus caminhos e me fazer acreditar que é possível.

À minha *família* por me fazer tão persistente mesmo diante das maiores dificuldades.

Ao meu namorado, *Luis Fernando*, companheiro das viagens, apoio e incentivo nos momentos difíceis.

Ao meu orientador, Prof. *Dr. Sandro Caramaschi*, pelo crédito e incentivo, com sua paciência e capacidade de dosar obstáculos.

Às professoras componentes da banca de qualificação, *Dra. Silvia Aparecida Fornazari* e *Dra. Alessandra Andrade Lopes*, que contribuíram com idéias e sugestões bibliográficas.

À professora *Dra. Ana Claudia Bortollozi Maia*, pelo crédito e incentivo na Disciplina “Procedimentos de Avaliação: Aplicação e Construção de Instrumentos de Coleta de Dados.”

À *Regina Helena Barreto Frederigue* pelo apoio nos momentos difíceis e por compartilhar a alegria das conquistas.

À *Diretoria* da Instituição que oportunizou a realização da minha pesquisa no CAPS III.

Às *pacientes* participantes da pesquisa pela colaboração no preenchimento dos instrumentos utilizados.

Às *funcionárias* participantes da pesquisa que se propuseram em doar seu tempo e colaborar como grupo de comparação.

Aos meus *colegas* de Mestrado, pelo companheirismo e troca de experiências.

Às minhas amigas, *Ângela Catardo Rodrigues Pinto e Cristiani Berenice Burlin Cavaca* pelo incentivo e apoio.

À prof. *Dra. Sandra Maria Patrício* pela oportunidade e estímulo.

À prof. *Dra. Alice Sebastiana Lima da Silva (in memoriam)* pelo exemplo de mulher batalhadora.

Aos *alunos* do Curso de Psicologia do UNISALESIANO.

SILVA, G.L. Percepção da Imagem Corporal em Mulheres com Depressão. 2008. 142f. Dissertação (Mestre em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem) – Faculdade de Ciências, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Bauru.

## RESUMO

Nas sociedades atuais, a importância da imagem corporal está diretamente relacionada a transtornos alimentares e sua distorção interfere na auto estima, promovendo adoecimento psíquico, na maioria das vezes associada à depressão, quando há obsessão pela magreza, estimulada pela mídia, pelas relações sociais e pela família. A obesidade é um aspecto da imagem corporal de grande importância para pacientes com depressão. Interfere na auto-estima e na manutenção do tratamento farmacológico que pode causar ganho de peso. O presente trabalho teve como objetivo contribuir com as pesquisas sobre imagem corporal, verificando se a percepção da imagem corporal de mulheres com depressão fazendo uso de antidepressivos apresenta alteração/distorção, verificando se as participantes estão satisfeitas com a imagem corporal, avaliando o percentual de obesos/sobrepeso, verificar hábitos de vida que contribuem para o aumento de peso, comparar com pessoas que não fazem uso de antidepressivos. Participaram do estudo trinta mulheres de 21 a 53 anos em tratamento com antidepressivos em CAPs III (Centro de Atenção Psicossocial) e trinta mulheres de 21 a 60 anos que não realizam tratamento, funcionárias de um CAIS (Centro de Atenção Integral à Saúde) de uma cidade do interior de São Paulo. As participantes responderam uma entrevista de caracterização da amostra e hábitos de vida em relação à prática de atividade física, controle alimentar e mudanças corporais. Responderam um questionário de forma corporal (*BSQ*) que apresenta 34 questões autoaplicáveis. Preencheram uma escala de figuras (*FRS*) que apresenta nove figuras de imagens corporais (1 baixo peso; 2-5 eutrofia; 6-7 sobrepeso; 8-9 obesidade) e solicita que a participante escolha uma figura que acredita representar a si mesma (EU) e uma figura que representa o que gostaria de ser (IDEAL). Os relatos das entrevistas apresentados pelas participantes revelaram que há uma tendência em não praticar atividades físicas, passar boa parte do tempo fazendo dieta, grande parte delas relataram fazer algum tipo de dieta ao longo da vida. O principal método de controle de peso é a restrição alimentar. Não fariam intervenção cirúrgica para produzir mudanças corporais por falta de dinheiro e medo de cirurgia. A maior parte delas se sente responsável pelo seu peso, gostariam de mudar em primeiro lugar a barriga, em segundo nádegas e em terceiro os seios. A construção da sua imagem corporal foi influenciada pela família, seguida da mídia e das amigas. A família foi mais significativa para o grupo com depressão assim como a mídia e amigas o foram para o grupo de comparação. As participantes de ambos os grupos acreditam que o peso é influenciado pela genética, alimentação, exercícios físicos e medicação com médias muito próximas, com exceção no item medicação que recebeu média maior pelo grupo de depressivas. Nos outros itens, em geral, não apareceram diferenças significativas entre os grupos. As doenças clínicas relatadas pelo grupo de depressivas foram: hipertensão, diabetes, hipotireoidismo, altas taxas de colesterol e hiperlipidemia. Doenças clínicas do grupo comparação foram hipertensão vascular, com menor frequência nesse grupo. Os dois grupos apresentam considerável insatisfação com a imagem corporal, enquanto a distorção da imagem corporal foi maior no grupo de pacientes depressivas.

Palavras-chaves: percepção, imagem corporal, depressão, mulheres.

## ABSTRACT

In the present societies the importance of body image is directly related to eating disorders and their distortion interferes on self-esteem, promoting psychological illness, in most cases associated to depression, when there is obsession with thinness, stimulated by mass media, social relations and family. The obesity is an aspect of body image that is very important to patients with depression. It interferes on self-esteem and on the maintenance of pharmacological treatment, which may cause gain of weight. The present study aimed to contribute with researches about body image, to verify if the body image perception presents distortion, to verify if the participants are satisfied with their body image, to evaluate women in depression treatment to verify the percentage of obese/overweight people, and to verify life habits which contribute to weight gaining. Thirty women from 21 to 53 years old in treatment with antidepressives at CAPs III (Social-Psychological Attention Center) and thirty women from 21 to 60 years old who are not in treatment and work at CAIS (Center of Whole Health Attention) participated in the study in a county city from São Paulo State. The participants answered an interview to characterize the sample and to define life habits in relation to the practice of physical activities, eating control and body changes. They answered a questionnaire about body shape (BSQ) which presents 34 self-administered questions. They fulfilled a figure scale (FRS) that presents nine figures of body images (1 – low weight; 2-5 eutrophia; 6-7 overweight; 8-9 obesity) and asks the participant to choose one figure that she believes that represents herself (SELF) and one figure that represents what she would like to be (IDEAL). The interview reports presented by the participants showed that there is a tendency of not practicing physical activities and spending most of the time on diets, concerning that most of them followed some kind of diet throughout life. The main method of weight control is food restriction. They don't submit themselves to surgical operation to achieve body changes because they don't have enough money and they are afraid of surgery procedures. Most of them feel responsible for their weight and would preferentially like to change the belly, than the buttocks, than the breasts. Their body image were mainly structured by family, followed by mass media and friends. The family was more significative to the group with depression, as well as mass media and friends were to the comparison group. The participants of both groups believe that weight is influenced by genetics, eating habits, physical exercises and medication with very similar averages, with the exception of medication, that received a higher average by the group with depressed women. In the other topics, in general, significative differences between the groups did not appear. The clinical diseases related by the group of depressed women were hypertension, diabetes, hypothyroidism, high levels of cholesterol and hyperlipidemia. The clinical disease of the comparison group was hypertension, which was less frequent in this group. Both groups presented considerable unsatisfaction with body image, while distortion of body image was higher in the group of depressed patients.

Key – words: Perception, body image, depression, women.



## LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Porcentagem de participantes que tem hábito de praticar exercícios.....	41
TABELA 2: Porcentagem de participantes que fazem dieta .....	43
TABELA 3: Porcentagem de participantes que disseram sentir-se cobradas em relação ao peso .....	49
TABELA 4: Porcentagem de participantes que disseram sentir responsabilidade pelo peso .....	51
TABELA 5: Comparação das partes do corpo que mudariam .....	55
TABELA 6: Comparação dos motivos porque não mudam partes do corpo que não aceitam .....	55
TABELA 7: Comparação da média obtida em escala numérica de 0 (nenhuma influência) até 10 (enorme influência) dos aspectos que influenciam no peso .....	56
TABELA 8: Comparação dos diagnósticos nos dois grupos do <i>Body Shape Questionnaire</i> (BSQ) .....	62

TABELA 9: Comparação da satisfação com a Imagem Corporal de acordo com as escolhas das participantes na escala de figuras: <i>Figure Rating Scale</i> (FRS). (EU-IDEAL) .....	64
TABELA 10: Distorção na escolha de <i>Figure Rating Scale</i> (FRS) – EU comparado ao IMC e participantes com discrepância na escolha de FRS (IMC/EU, IMC/IDEAL, EU/IDEAL).....	65
TABELA 11: Comparação dos Resultados através do teste de correlação de Spermann.....	66
TABELA 12: Características do pai e mãe identificadas pelos participantes através da <i>Figure Rating Scale</i> (FRS). (Os resultados dos pais aparecem em itálico e das mães em negrito).....	70
TABELA 13 – Caracterização do grupo pesquisa, considerando sexo, idade, estado civil, número de filhos, escolaridade. Cada participante é representado pela letra P acompanhada do número indicador da ordem de entrevista do nome não divulgado .....	96
TABELA 14 – Caracterização do grupo comparação, considerando sexo, idade, estado civil, número de filhos, escolaridade. Cada participante é representado pela letra F acompanhada do número indicador da ordem de entrevista do nome não divulgado .....	97
TABELA 15 - Caracterização do grupo pesquisa em termos de peso, altura, índice de massa corporal (IMC) .....	98

TABELA 16 - Caracterização do grupo comparação em termos de peso, altura, índice de massa corporal (IMC) .....	99
TABELA 17 - Distorção da percepção da Imagem Corporal através da comparação com o IMC e a escolha da figura Eu no grupo com depressão. Discrepância entre EU e IDEAL (FRS).....	100
TABELA 18 - Distorção da percepção da Imagem Corporal através da comparação com o IMC e a escolha da figura Eu no grupo sem depressão. Discrepância entre EU e IDEAL (FRS).....	101
TABELA 19 - Comparação do Diagnóstico Nutricional e <i>Body Shape Questionnaire (BSQ)</i> do grupo com depressão.....	102
TABELA 20 - Comparação do Diagnóstico Nutricional e <i>Body Shape Questionnaire (BSQ)</i> do grupo de comparação .....	103
TABELA 21 – Respostas dadas pelo grupo com depressão na entrevista referentes a prática de exercícios, dieta, cobranças em relação ao peso e responsabilidade pelo peso.....	104
TABELA 22 – Respostas dadas pelo grupo comparação na entrevista referentes a prática de exercícios, dieta, cobranças em relação ao peso e responsabilidade pelo peso.....	105

TABELA 23 - Tipos de dieta, quantas vezes perdeu 10 kg e tempo de vida fazendo dieta do grupo com depressão.....	106
TABELA 24 - Tipos de dieta, quantas vezes perdeu 10 kg e tempo de vida fazendo dieta do grupo de comparação.....	107
TABELA 25 – Tipo de exercícios que praticam e número de vezes por semana no grupo com depressão.....	108
TABELA 26 – Tipo de exercícios que praticam e número de vezes por semana no grupo de comparação.....	109
TABELA 27 – Respostas do grupo com depressão: responsável pelo peso com o como ou por quê?.....	110
TABELA 28 – Respostas do grupo de comparação: responsável pelo peso com o como ou por quê?.....	111
TABELA 29 – Resultados dos valores (0 a 10) dados à genética, alimentação, exercícios e medicação na interferência do peso do grupo com depressão.....	112
TABELA 30 – Resultados dos valores (0 a 10) dados à genética, alimentação, exercícios e medicação na interferência do peso do grupo de comparação.....	113
TABELA 31 - FRS (escala de figuras da mãe e do pai) do grupo com depressão.....	114

TABELA 32 - FRS (escala de figuras da mãe e do pai) do grupo de comparação.....	115
TABELA 33 – Escalas (0 a 10) da importância da Imagem Corporal em relação aos outros problemas, quanto a Imagem Corporal interfere no desempenho do trabalho, influência do peso na avaliação pessoal e quanto gostaria de pesar do grupo com depressão.....	116
TABELA 34 – Escalas (0 a 10) da importância da Imagem Corporal em relação aos outros problemas, quanto a Imagem Corporal interfere no desempenho do trabalho, influência do peso na avaliação pessoal e quanto gostaria de pesar do grupo de comparação.....	117
TABELA 35 - O que influenciou a imagem corporal do grupo com depressão.....	118
TABELA 36 - O que influenciou a imagem corporal do grupo de comparação.....	119
TABELA 37 - Partes do corpo que mudariam escolhidas pelo grupo com depressão.....	120
TABELA 38 – Partes do corpo que mudariam escolhidas pelo grupo de comparação.....	121
TABELA 39 – Porque não mudam as partes do corpo do grupo com depressão.....	122
TABELA 40 – Porque não mudam as partes do corpo do grupo de comparação.....	123
TABELA 41 - Outros principais problemas enfrentados pelo grupo com depressão.....	124

TABELA 42 - Outros principais problemas enfrentados pelo grupo de comparação.....125

TABELA 43 - Diagnóstico Nutricional, Psiquiátrico, Comorbidades e Doenças Clínicas do grupo com depressão.....126

TABELA 44 – Antidepressivos em uso e tempo de tratamento do grupo com depressão.....127

TABELA 45 – Doenças Clínicas e Medicamentos utilizadas pelo grupo de comparação....128

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Distribuição das faixas etárias das participantes do grupo com depressão e do grupo de comparação.....	35
FIGURA 2 – Distribuição do estado civil das participantes do grupo com depressão e do grupo de comparação.....	36
FIGURA 3 – Distribuição do número de filhos do grupo com depressão e do grupo de comparação.....	37
FIGURA 4 – Distribuição do grau de escolaridade do grupo com depressão e do grupo de comparação.....	37
FIGURA 5 – Tempo de tratamento do grupo com depressão.....	38
FIGURA 6 – Comparação da porcentagem de obesidade, sobrepeso, eutrofia e baixo peso (Diagnóstico Nutricional).....	39
FIGURA 7 – Distribuição da porcentagem do tipo de dieta realizada ao longo da vida nos dois grupos.....	45
FIGURA 8 – Distribuição da porcentagem do tempo de dieta realizada ao longo da vida das participantes.....	46

FIGURA 9 – Distribuição da quantidade de vezes em que as participantes perderam 10 kg ou mais.....	47
FIGURA 10 – Distribuição de quanto gostariam de pesar nos dois grupos.....	48
FIGURA 11 – Distribuição da influência do peso na avaliação pessoal nos dois grupos.....	53
FIGURA 12 – Distribuição de Antidepressivos utilizados pelo grupo com depressão.....	57
FIGURA 13 – Distribuição dos aspectos que influenciaram a construção da imagem corporal.....	61
FIGURA 14 – Comparação da Distorção da Imagem Corporal encontrada nos dois grupos.(IMC-EU).....	68



## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

BSQ.....Body Shape Questionnaire

CAPS.....Centro de Atenção Psicossocial

CAIS.....Centro de Atenção Integral à Saúde

CID.....Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento

DN.....Diagnóstico Nutricional

IMC.....Índice de Massa Corporal

RFS.....Figure Rating Scale

## SUMÁRIO

### I-INTRODUÇÃO

1. Imagem Corporal e Autoestima.....	01
2. Depressão .....	07
2.1. Farmacoterapia da Depressão.....	12
3. Transtornos Alimentares .....	15
3.1.Obesidade .....	18
4. Obesidade e Depressão: Modelo Multifatorial .....	23
5. Justificativa .....	25
6. Objetivos .....	26
6.1 Objetivos Gerais .....	26
6.2. Objetivos Específicos .....	26

### II-MÉTODO

1. Participantes .....	27
2. Local .....	28
3. Materiais e Instrumentos de Coleta de Dados .....	28
4. Procedimentos .....	30
4.1. Etapa 1: Apresentação da pesquisa e leitura do Termo de Consentimento.....	30
4.2. Etapa 2: Questionário e Diagnóstico Nutricional .....	31
4.3. Etapa 3: Escala de Figuras.....	31
4.4. Etapa 4: Entrevista .....	31
5. Análise de Dados .....	31
5.1. Análise Quantitativa .....	31

5.2. Análise Qualitativa .....	32
<b>III-RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	
1. Caracterização da Amostra .....	35
2. Diagnóstico Nutricional .....	39
3. Entrevista .....	41
3.1. Atividade Física .....	41
3.2. Controle Alimentar .....	43
3.3. Mudança Corporal .....	55
4. Imagem Corporal .....	62
4.1. Questionário de Forma Corporal (BSQ).....	62
4.2. Escala de Figuras (FRS).....	64
<b>IV-CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>72</b>
<b>V-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>76</b>
<b>VI-APÊNDICES</b>	
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	90
Apêndice B - Entrevista Estruturada.....	92
Apêndice C – Tabelas 13 a 45.....	96
<b>VII-ANEXOS</b>	
Anexo 1 – Figure Rating Scale (FSR): Escala de Classificação de Figuras .....	132
Anexo 2 – Body Shape Questionnaire (BSQ): Questionário de Forma Corporal .....	134

Anexo 3 - Quadro 4: CID – 10 – Depressão.....	138
Anexo 4 – Quadro 5: CID – 10 – Anorexia Nervosa.....	139
Anexo 5 – Quadro 6: DSM-IV – Diagnóstico Diferencial da Anorexia.....	140
Anexo 6 – Quadro 7: CID-10 e DSM-IV – Bulimia Nervosa.....	141
Anexo 7 – Quadro 8: CID-10 - Comorbidades.....	142

## APRESENTAÇÃO

Iniciei como psicóloga no Centro de Atenção Integral à Saúde em dezembro de 1998. Logo fui designada para realizar visitas domiciliares em famílias que solicitavam internação para seu familiar acometido de um transtorno mental. Geralmente solicitavam essa internação através de cartas dirigidas à diretoria do Hospital ou via Judicial. Formamos uma equipe de visitantes que incluía psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais. Em nossas visitas constatamos que os familiares poderiam continuar em suas residências, mas precisavam de tratamento, acompanhamento médico, psicológico e terapia ocupacional.

Ao devolvermos os relatórios ao fórum, indicávamos uma modalidade de tratamento sem internação, mas fomos questionadas da não existência na região de um serviço que oferecesse tratamento sem internar.

A Direção do Hospital naquele momento percebeu a importância de colaborar com o sofrimento das famílias que com o fechamento dos hospitais da região não sabiam como ajudar na recuperação de seus parentes. O trabalho foi iniciado com quatro pacientes com esquizofrenia indicados nas visitas com necessidade de tratamento e que tinham um histórico de várias internações em Hospitais Psiquiátricos com esquema de tratamento em regime fechado.

Esses pacientes eram atendidos junto aos moradores do Hospital no Núcleo de Ações Terapêuticas (NAT). Recebiam atendimento médico, psicológico e terapia ocupacional e no final do dia retornavam para suas famílias. Foi assim instituída a UCD (Unidade de Cuidados Diários).

Com o aumento da demanda a UCD transformou-se em Hospital Dia (HD) e ganhou um espaço próprio inaugurado em maio de 2001. Com a necessidade de acolher alguns pacientes em sistema noturno o HD recebeu designação de CAPS III (Centro de Atenção

Psicossocial) e mudou suas características de atendimento, aumentando ainda mais sua clientela em 2008.

A clientela atendida atualmente apresenta um grande número de pacientes com depressão (leve, grave) com início de tratamento ou crônica com mais de 10 anos em tratamento. São recebidos pacientes com esquizofrenia e outros transtornos. O CAPS III não atende uso de álcool/drogas e crianças.

O CAPS III caracteriza-se por oferecer tratamento interdisciplinar e surgiu com o fechamento de Hospitais Psiquiátricos de longa permanência. É um serviço aberto que privilegia a permanência do paciente no meio familiar e social.

Ao longo dessa experiência no CAPS observei as queixas das pacientes em relação ao aumento de peso e insatisfação com a imagem corporal. Relacionam o aumento de peso com o início do tratamento farmacológico para Depressão. Essas queixas são evidenciadas também no consultório. Muitas vezes as pacientes deixam o tratamento e precipitam recaídas.

Essas observações fizeram refletir sobre quais dimensões, hábitos, influência genética e/ou outros comportamentos aliados ao uso de medicamentos antidepressivos poderiam estar contribuindo para o aumento de peso e conseqüente insatisfação com a Imagem Corporal.

Ao cursar a disciplina Comunicação Não-verbal, no Programa de Mestrado da Unesp – Bauru, percebi que a imagem corporal é um aspecto de grande repercussão social, seja com a preocupação excessiva com a imagem do corpo, tornando-se um fator de adoecimento (obsessão pela magreza, obesidade), seja influenciando na auto-estima (pensamentos, sentimentos, atitudes) e no desencadeamento de outros transtornos (bulimia, anorexia).

Diante dessas experiências, acreditei na importância do estudo dessa categoria, a fim de contribuir, como pesquisadora, ao que já existe de trabalho teórico-prático sobre a temática e, acima de tudo, conhecer a importância desse aspecto na vida das pessoas, qual a

prevalência de obesidade nesses grupos e que estratégias utilizam na manutenção do peso em termos de atividade física, dieta e mudanças corporais.

## **I – INTRODUÇÃO**

### **1 - Imagem Corporal e Autoestima**

A imagem corporal é um aspecto considerado importante pelos indivíduos desde os povos primitivos, nas sociedades antigas, medievais e contemporâneas. Nas sociedades atuais sua importância está diretamente relacionada a transtornos alimentares, na sua percepção e distorção, interferindo na autoestima e promovendo o adoecimento psíquico quando há obsessão pela magreza estimulada pela mídia, pelas relações sociais e pela família. Na maioria dos casos estão associadas à depressão e outros aspectos do adoecimento psíquico.

Os primeiros estudos sobre imagem corporal estão relacionados à observação do fenômeno do membro fantasma por neurologistas no século XX. Henry Head em 1893/ 1911, um neurologista da época, deixou importantes contribuições nas pesquisas sobre imagem corporal. É mérito de Head o exame de distorções da experiência corporal em diversas síndromes neurológicas e a consolidação do termo esquema corporal, como um modelo mutável, em reconstrução constante (TAVARES, 2003).

Schilder (1999) elaborou contribuições que englobam aspectos fisiológicos, psicanalíticos e sociológicos na análise da imagem corporal. Segundo ele, as sensações e a experiência visual participam da formação da imagem corporal que podem sofrer modificações continuamente considerando as emoções e as mudanças sociais possibilitadas pela moda, dança e ginástica.

Schilder (1999, p. 7) define imagem corporal como “a figuração de nosso corpo formada em nossa mente, ou seja, o modo pelo qual o corpo se apresenta para nós”.

Segundo Tavares (2003) a imagem corporal apresenta uma relação com a identidade do ser humano, é a representação que temos do corpo. Através de experiências perceptivas ao longo de nossa história, nossa identidade corporal se desenvolve. Aspectos biológicos e referenciais sociais fazem parte desse processo.



Sivadon e Fernandez-Zoila (1988) acreditam que o conhecimento do corpo depende de três noções: a do esquema corporal, a da imagem de si e do corpo e a identificação corporal. Considerando esses aspectos são inúmeras as possíveis patologias, como dissociações, alterações perceptivas, não reconhecimento de si, dismorfias, hipocondrias, anorexias, entre outras.

Do ponto de vista antropológico, considerando diferentes momentos históricos que demonstram a preocupação com a imagem corporal, seja de aspectos físicos, dimensões corporais até o uso de pinturas e acessórios, Assumpção Jr. (2004) faz um levantamento detalhado. Ao longo desses momentos existiu uma alternância da valorização entre mulheres magras e de formas arredondadas.

A Vênus de Willendorf, uma estátua pré-histórica, é a representação das deusas-mãe das sociedades matriarcais. Apresenta como características grandes nádegas e seios que podem ser relacionados aos cultos de fertilidade. Nesse momento histórico esse modelo de obesidade era valorizado. Ao longo dos séculos, dependendo da cultura e do momento mulheres magras, rechonchudas, esportivas, andróginas foram alternando a valorização corporal (ASSUMPCÃO JR., 2004).

Até o fim do século XIX a mulher desejável era mais corpulenta. Por volta de 1920, as mulheres tratavam de exibir formas masculinizadas, não tinham vez as formas arredondadas nos seios e quadris (EGGERS e LIEBERS, 2005).

Assumpção Jr. (2004) relata que a estruturação dos transtornos alimentares como entidade nosológica psiquiátrica é observada no século XX. Possivelmente influenciadas pela cultura, pela mídia, pelo ideal estimulado pela moda e pelas *top models* que transmitem sucesso, fama e magreza.

Pereira (2000) observando diferentes culturas constatou que o brasileiro valoriza mais o “*bumbum*” enquanto nos Estados Unidos são os seios volumosos mais valorizados. Observa-

se um grande número de mulheres fazendo implante de silicone nos seios e “*bumbum*”, reafirmando a idéia de insatisfação com a imagem corporal e tentando copiar modelos de estética citados por Pereira.

Hopwood (1993) desenvolveu uma escala para avaliar a imagem corporal de mulheres com câncer, considerando um valor atribuído ao corpo no geral, doente ou não e um valor atribuído ao corpo doente. Observou que a perturbação da imagem corporal pode ser severa e às vezes aparentemente fora de proporção à deformação observada. Essa avaliação reflete a medida da angústia e não uma avaliação irracional como na dismorfia e não há distorção de tamanho ou peso típica da anorexia e bulimia.

Alguns trabalhos sobre imagem corporal utilizam para avaliar a dimensão da percepção ou idealização da Imagem Corporal uma escala de figuras (*Figure Rating Scale*) proposta por Stunkard, Sorensen e Schlusinger (1983) - Anexo 1.

Veggi; Lopes; Faerstein e Sichieri (2004) avaliaram 4.030 funcionários de uma Universidade do Rio de Janeiro entre 22 e 59 anos. Almeida; Santos; Pasian e Loureiro (2005) estudaram 150 mulheres entre 20 e 60 anos, atendidas por diferentes serviços de saúde ambulatoriais da cidade de Ribeirão Preto. Damasceno; Lima; Vianna; Vianna e Novaes (2005) avaliaram 186 indivíduos (87 mulheres e 98 homens) que praticavam caminhadas no *campus* da Universidade Federal de Juiz de Fora. Kakeshita e Almeida (2006) avaliaram 106 estudantes universitários, de ambos os sexos, maiores de 18 anos, na região de Ribeirão Preto.

Os estudos de Veggi et al. (2004); Almeida et al. (2005) e Damasceno et al. (2005) utilizaram a escala elaborada por Stunkard et al. (1983). Kakeshita e Almeida (2006) utilizaram uma versão construída por computação gráfica.

Outros trabalhos associaram a percepção da imagem corporal a diferentes variáveis. Ramos e Patrão (2005) realizaram um estudo de imagem corporal com 30 mulheres com idades variando entre 39 e 67 anos após cirurgia de cancro de mama.

Himelein e Thatcher (2006) compararam 40 mulheres com e sem ovários policísticos; mulheres com infertilidade e com ovários policísticos, mulheres com ovários policísticos sem infertilidade e mulheres sem ovários policísticos e mediram depressão e imagem corporal.

Carano; De-Berardis; Gambi; Di-Paolo; Campanella; Pelusi; Sepede; Mancini; La-Rovere; Salini; Cotellessa; Salerno e Ferro (2006) avaliaram 100 pacientes com Transtorno de Comer Compulsivo e Alexitimia.

Ravaldi; Vannacci; Bolognesi; Mancini; Faravelli e Ricca (2006) avaliaram 110 dançarinos de balé profissionais e 59 controles. Sharma; Howard; Schoenbaum; Buono e Webber (2006) avaliaram fatores associados com a imagem corporal negativa em 225 HIV-infectadas e 207 mulheres não infectadas.

Kittler; Menard e Phillips (2007) avaliaram a prevalência de preocupação com o peso em indivíduos com desordem de distorção corporal (200) e compararam as semelhanças e diferenças com indivíduos sem preocupações com o peso (200).

Os aspectos antropológicos, os trabalhos de pesquisadores brasileiros e internacionais indicam que avaliar a imagem corporal em termos de satisfação/insatisfação, percepção/alterações e desejos de mudança é avaliar o modo como as pessoas se percebem, se valorizam, o conceito que possuem de si, ou seja, sua autoestima.

Autoestima é um conceito que está intimamente ligado à percepção da imagem corporal, sua insatisfação e interferência nas relações sociais. O significado do termo autoestima sofreu modificações ao longo da história da humanidade. Foi associado ao autoconhecimento por Sócrates, no senso comum recebeu conotações individualistas e por décadas foi desconsiderado pela ciência. Atualmente apresenta conotações de responsabilidade do indivíduo por si mesmo e de sua relação consigo e com os demais (ASSIS, 2004).

Para André (2006) o conceito de autoestima envolve:

*o que o indivíduo pensa a respeito de si, os sentimentos que essas opiniões deflagram e seus reflexos nos relacionamentos afetivos, sociais e profissionais. Trata-se não só do olhar que lançamos sobre nós, mas das implicações desse juízo sobre a vida cotidiana (ANDRÉ, 2006, p.49).*

A percepção da imagem corporal pode estar profundamente alterada quando aspectos da autoestima, como a valorização de si estão perturbadas, tanto por transtornos alimentares (anorexia, bulimia) quanto do humor (depressão, ansiedade).

Segundo Cury (2005):

*qualquer imposição de um padrão de beleza estereotipado para alicerçar a autoestima e o prazer diante da auto-imagem produz um desastre no inconsciente, um grave adoecimento emocional. Auto-estima é um estado de espírito, um oásis que deve ser procurado no território da emoção. (CURY 2005, p. 7).*

André (2006) considera que pessoas com auto-imagem positiva costumam fazer boas escolhas, se abatem menos com eventuais fracassos ou julgamentos alheios. As pessoas com baixa autoestima são mais críticas e se desvalorizam; inseguras, hesitam em tomar decisões, temem a opinião dos outros quando seus supostos pontos fracos sejam descobertos.

Segundo Harter (1988/1990 apud Bee 1997), as crianças pré-escolares categorizam a si mesmas de várias maneiras, mas uma auto-avaliação global só ocorre por volta dos 7 ou 8 anos. O nível de autoestima de cada criança é um produto das avaliações daquilo que gostaria de ser e aquilo que pensa ser. Quando a discrepância é baixa, a auto-estima costuma ser alta. Quando a discrepância é alta a autoestima será muito mais baixa. No início da adolescência há uma redução leve da autoestima, elevando-se de maneira constante e substancial a partir desta fase do desenvolvimento. Entre os 19 ou 20 anos os jovens possuem uma idéia bem mais positiva de sua auto-avaliação global do que possuía aos 8 ou 11 anos.

Assis (2004) apresenta entrevistas com adolescentes sobre vários aspectos relacionados a autoestima. O relacionamento familiar foi citado pelos adolescentes como o aspecto mais relevante no sentimento em relação a si próprio. Podem ser facilitadores ou não dos contatos afetivos. Lembranças positivas da infância foram relatadas por adolescentes com

auto-estima elevada, lembraram situações marcadas por afetividade, proteção, liberdade, bem-estar. Entrevistados com baixa autoestima tiveram dificuldades para lembrar da infância, relataram solidão, timidez, separação, violência e problemas de saúde.

Gomes e Caramaschi (2007) realizaram um estudo com 180 adolescentes entre 15 e 17 anos, sendo metade de cada sexo, investigaram a valorização dada por indivíduos de diferentes classes sociais para beleza e inteligência. Os resultados mostraram que os rapazes de classe alta atribuíram maiores notas à inteligência. Adolescentes de ambos os sexos pertencentes à classe baixa gostariam de possuir um maior nível de inteligência em detrimento da beleza, enquanto que adolescentes de classe alta preferem um equilíbrio entre beleza e inteligência. As moças valorizam mais a inteligência em seus parceiros que os rapazes, os quais valorizam mais a beleza em suas parceiras.

Segundo André (2006) manter a boa autoestima é importante para a saúde psíquica, mas nem sempre é fácil valorizar-se e respeitar as próprias limitações, sem usá-las para se torturar. Situações de crise ou de fracasso são propícias para o desencadeamento de quadros patológicos como ansiedade, depressão ou bulimia.

A seguir serão abordados tópicos referentes à depressão, com aspectos históricos, ponto de vista psiquiátrico, abordagens psicológicas, definições, principais sintomas, prevalência e aspectos clínicos.

## **2 – DEPRESSÃO**

O termo depressão na linguagem comum indica o estado de tristeza e desânimo diante de um acontecimento desagradável. Do ponto de vista psiquiátrico faz referência a um quadro clínico preciso (distúrbio depressivo), caracterizado por sintomas biológicos e psíquicos espontâneos, aparentemente desproporcionais em intensidade e duração aos acontecimentos que o provocam (MALDONATO, 2006).

A depressão pode ser analisada por meio de referenciais médicos e psicológicos. O referencial médico é descrito pela CID-10 (Anexo 3) e o referencial psicológico descrito por Seligman (1977) e Beck (1997).

A depressão é um transtorno de humor grave e freqüente. O humor tem uma função adaptativa para a sobrevivência dos seres humanos. No humor normal as reações a determinados eventos são adequadas aos estímulos ambientais. No transtorno de humor a pessoa interpreta o ambiente de forma distorcida. As reações ao ambiente podem ser físicas (calor, dor, frio, etc.) e psíquicas (tristeza, alegria, ansiedade, etc.) (NARDI, 2006).

Situações de depressão são relatadas desde a Antiguidade. As descrições do que é atualmente denominado transtorno do humor aparecem em documentos antigos. No velho testamento a história de Saul, na Ilíada de Homero o suicídio de Ajax. Hipócrates usou os termos *mania* e *melancolia*. O médico romano Celsus (30 d.C) descreveu melancolia (do grego *melan* [“negra”] e *chole* [“bile”]) como uma depressão causada pela bile negra. Dentre outros podemos citar Jules Falret (*folie circulaire*) em 1854; o psiquiatra alemão Karl Kahlbaum (*ciclotimia*) em 1882 e Emil Kraepelin (*psicose maníaco-depressiva*) em 1889 (KAPLAN e SADOCK, 2007).

Podemos considerar a depressão como a mais comum das doenças tratadas pela psiquiatria na atualidade. É muito possível que as pessoas confundam estados de tristeza normais da experiência diária com depressão. Assim como acreditam na depressão como uma doença incurável, quando na verdade ela pode ser um estado momentâneo que tratado adequadamente pode ser revertido.

Segundo Nardi (2006):

*A tristeza é um sentimento humano normal e corresponde a uma resposta à frustração, decepção, perda ou fracasso. A tristeza diminui com o tempo e a aceitação da perda. Ao contrário, a depressão é uma doença com sintomas físicos e psíquicos bastante claros e intensos, que ocorrem na ausência de um fator ambiental desencadeante ou é desproporcional ao evento estressante (p.18).*

Seligman (1977) apresenta seis sintomas de desamparo aprendido que tem seu correspondente na depressão: dificuldade na iniciação de respostas voluntárias, tendência cognitiva negativa, curso temporal, redução da agressividade, perda de apetite e alterações fisiológicas.

Gillett (1996) define como *depressão reativa* quando provocada por reação a um fato externo e *depressão endógena* aquela que vem de dentro (causada por fatores genéticos ou bioquímicos). Esses termos são usados para definir a severidade da depressão. A *depressão reativa* tem um caráter mais leve e a *endógena* mais grave. Já a psicose depressiva é tão grave que a pessoa perde contato com a realidade.

As depressões endógenas, embora não sejam desencadeadas por um evento que explicitamente provoque desamparo, podem também envolver a crença no desamparo:

*Suspeito que, na base do contínuo endógeno-reativo, pode estar um contínuo de susceptibilidade a essa crença. No extremo endógeno, o menor obstáculo desencadeia no depressivo um círculo vicioso de crenças na sua própria incapacidade. No extremo reativo, é necessário uma seqüência de eventos desastrosos, situações de real desamparo, para que a pessoa acredite que suas respostas são inúteis.*

*A depressão é um distúrbio que abrange também aspectos cognitivos quanto emocionais: Crenças de desamparo abatem o ânimo, e o ânimo abatido, que pode ser provocado fisiologicamente, aumenta a suscetibilidade a crenças de desamparo; na verdade, esse é o círculo vicioso mais insidioso da depressão [...] (SELIGMAN, 1977, p.18).*

Rehm (1977 citado por Caballo, 2007) considera a depressão como um transtorno complexo, com uma série de importantes dimensões psicológicas. Esses componentes psicológicos ocorrem nos comportamentos de auto-registro, auto-avaliação e de auto-reforço, da seguinte maneira: as pessoas deprimidas selecionam acontecimentos negativos, apresentam dificuldades para trabalhar a longo prazo, são perfeccionistas, atribuem para si comportamentos negativos e para o externo acontecimentos positivos, administram a si mesmas recompensas contingentes insuficientes e administram a si mesmas uma autopunição excessiva.

Para Gillet (1996) as causas da depressão estão divididas em quatro categorias principais: fatos da vida que podem causar estresse como nascimento, casamento, excesso de trabalho, doença; ausência de fatos da vida; história passada e fatores físicos como: uso de drogas e doenças diabetes mellitus, hipotireoidismo, câncer, doenças cerebrais e anemia.

Beck (1997) cita o conceito de tríade cognitiva para explicar a depressão. O primeiro componente da tríade gira em torno da visão negativa que o paciente tem de si mesmo, ele vê a si próprio como defeituoso, inadequado, doente ou carente. O segundo é a tendência da pessoa deprimida em interpretar suas experiências atuais de forma negativa, ele vê o mundo como fazendo exigências exorbitantes sobre ele e/ou apresentando obstáculos insuperáveis para atingir suas metas de vida. O terceiro componente consiste numa visão negativa de futuro, geralmente faz projeções antecipando seu sofrimento ou dificuldades, espera frustrações e privações incessantes.

O processamento falho de informações mantém a crença do paciente na validade de seus conceitos negativistas apesar da presença de evidências contraditórias. Ele tende a hipergeneralização, aplicar um conceito em situações relacionadas e não relacionadas; personalização, relacionar eventos externos a si próprio, quando não há qualquer base para estabelecer tal conexão; magnificação e minimização, distorcer a avaliação da importância ou magnitude de um evento; pensamento dicotômico, tendência a colocar todas as experiências entre duas categorias opostas (BECK, 1997).

Ajuriaguerra e Marcelli (1991) com relação à depressão na infância descrevem quatro grupos de manifestações clínicas. Os sintomas diretamente ligados à depressão são: a prostração intensa, isolamento, dificuldade para brincar, executar a menor tarefa ou ocupação, sentimento de tédio ou indiferença a tudo, fadiga, desvalorização de si e o sentimento de não ser amada. Os sintomas ligados ao sofrimento depressivo são: obediência excessiva, fracasso escolar, desleixo com a aparência, perder as suas coisas particulares, ferir-se repetidamente,



apresentar atitudes perigosas e tentar suicídio. Os sintomas que aparecem como uma defesa contra a posição depressiva: condutas de oposição, de zanga, de cólera ou mesmo de fúria; manifestações agressivas e auto-agressivas. Os equivalentes depressivos de natureza psicossomática são: enurese, eczema, asma, obesidade, anorexia isolada e geralmente estão relacionados a um acontecimento anterior traumático ou uma perda.

Baptista e Assumpção Jr. (1999) relacionam a depressão em crianças e adolescentes a variáveis sociais (relacionamento conturbados, auto-percepção negativa e isolamento social), a família e conflitos (ausência de suporte social, separação ou morte dos pais), mudanças de localidade e mudanças na aparência pessoal. Esses fatores podem estar relacionados ao uso de drogas, álcool, delinquência e problemas de comportamento. Podem surgir sintomas de depressão como perda de apetite, visão pessimista da vida, falta de concentração e até ideação suicida.

Yonkers e Steiner (2001) analisando estudos sobre depressão observaram que as mulheres apresentam aproximadamente o dobro do risco para o desenvolvimento de quadros depressivos unipolares quando comparadas aos homens. Outro dado desses estudos é que homens são mais propensos a “esquecer” seus episódios depressivos. É possível que esse fator possa ser protetor contra rumações de emoções negativas (NOLEN-HOEKSEMA, 1987 citado por YONKERS e STEINER, 2001).

Quanto aos sintomas, mais mulheres do que homens relatam os seguintes problemas: desesperança, diminuição de interesse sexual, sentimentos de culpa, aumento de apetite, ganho de peso. Com relação à comorbidade, as mulheres apresentam com maior frequência: fobia social, agorafobia, fobia simples, comer compulsivo (ERNEST e ANGST, 1992 citado por YONKERS e STEINER, 2001).

Kaplan e Sadock (2007) citam como hipótese para a prevalência em mulheres, diferenças hormonais, os efeitos de gerar filhos, estressores diferentes para os sexos e modelos comportamentais de desamparo aprendido.

A maior prevalência em mulheres é observada a partir da puberdade em todas as culturas. As oscilações hormonais têm um papel fundamental na origem do transtorno, apresentação clínica e na diferença de gênero na resposta ao tratamento. O puerpério é o período de maior vulnerabilidade para transtornos psiquiátricos. Geralmente as mulheres tendem a procurar mais ajuda médica e apresentam maior adesão ao tratamento (MORENO, DIAS, KERR-CORRÊA e MORENO, 2006).

Baptista e Assumpção Jr. (1999) consideraram que indivíduos deprimidos têm uma visão mais negativa de seus relacionamentos, inclusive da família, ou podem perceber o suporte familiar como inexistente, mesmo que este seja adequado. Indivíduos depressivos causam alterações em suas relações pessoais e familiares, proporcionando desentendimentos, culpa e desarranjos entre os membros da família.

Sttope Jr (2004) considerando a etiologia da depressão no idoso divide os fatores que interferem na manutenção do quadro depressivo em biológicos e psicossociais. Os fatores biológicos são: perda neuronal e diminuição de neurotransmissores, genética, doença física e medicações. Os fatores psicossociais são: diminuição de renda, modificações no papel social, luto/perdas, doença física incapacitante e/ou dolorosa.

A depressão é apresentada na CID-10 (1993) como transtorno de humor (afetivos): F31 Transtorno Afetivo Bipolar; F32 Episódio Depressivo; F33 Transtorno Depressivo Recorrente; F34 Transtornos Persistentes de Humor (Quadro 4 - anexo 3).

Em seguida apresentaremos os principais fármacos utilizados no tratamento da depressão e seus respectivos efeitos adversos.

## **2.1. Farmacoterapia da depressão**

Os tratamentos farmacológicos devem ser utilizados como complementares às diversas formas de psicoterapia. O medicamento proporciona recuperação inicial para que o paciente adquira condições de submeter-se a psicoterapia que irá ampliar seu auto-conhecimento e ajudá-lo na reintegração social e na retoma da sua individualidade. O tratamento psicoterápico é indispensável para a compreensão da depressão (NARDI, 2006).

### **Classificação dos medicamentos empregados no tratamento de distúrbios afetivos**

Os antidepressivos exercem suas ações e efeitos por meio da ligação a receptores de membrana neuronal situados em sinapses do sistema nervoso central (SNC). Muitos antidepressivos atuam em mais de um neurotransmissor. Atuam em diversas regiões cerebrais, em órgãos e sistemas periféricos e causam efeitos indesejáveis, os “efeitos colaterais” (NARDI, 2006).

Segundo Graeff e Guimarães (2005), os medicamentos empregados no tratamento de distúrbios afetivos podem ser classificados em: antidepressivos tricíclicos, antidepressivos de segunda geração (ou “atípicos”), inibidores da MAO (enzima monoaminoxidase) e “estabilizadores” de humor.

Os IMAOS (inibidores da monoaminoxidase) foram os primeiros antidepressivos clinicamente eficazes que surgiram em 1952, teve como representante a isoniazida. Em 1957 foram pesquisados os chamados “antidepressivos tricíclicos” representados pela imipramina. Nas décadas seguintes surgiram os tetracíclicos, os inibidores seletivos de recaptção da serotonina (ISRSs) e inibidores da recaptção da serotonina e noradrenalina (IRSNs) entre outros (NARDI, 2006).

**Antidepressivos tricíclicos:** imipramina, amitriptilina, nortriptilina, clomipramina, doxepina, protriptilina e trimipramina. É o grupo mais antigo de drogas, apresentando estrutura tricíclica e efeitos farmacológicos semelhantes (GRAEFF e GUIMARÃES, 2005).

Os antidepressivos tricíclicos bloqueiam a recaptação de noradrenalina e serotonina pelos terminais pré-sinápticos, do que resulta seu efeito antidepressivo (STOPPE JR., 2004).

Os efeitos adversos do uso desse tipo de medicamento incluem boca seca, diminuição da motilidade gastrointestinal, retenção urinária, exacerbação de glaucoma de ângulo estreito e aumento de frequência cardíaca. Pode ocorrer diminuição na velocidade do esvaziamento gástrico, interferindo na absorção de outros medicamentos. O bloqueio de receptores histamínicos pode causar sedação e ganho de peso (STOPPE JR., 2004). Os tricíclicos são responsáveis pelo aumento do apetite, retenção hídrica e aumento da ingestão de glicídios (NARDI, 2006).

**Antidepressivos de segunda geração (ou “atípicos”):** grupo de drogas introduzidas mais recentemente na clínica, heterogêneo em termos de estrutura e efeitos farmacológicos. Incluem compostos como os inibidores seletivos de recaptação de serotonina ou SSRI (fluoxetina, fluvoxamina, citalopran, sertralina) ou noradrenalina ou ambas (venlafaxina, mianserina, trazodone, bupropion, nefazodone, mirtazapina, etc) (GRAEFF e GUIMARÃES, 2005).

Os efeitos colaterais mais frequentes são: náusea e vômitos, inapetência com perda de peso no início do tratamento, agitação, insônia, tremor, diminuição da libido, taquicardia, tonturas e nistagno. Há relatos de ganho de peso com tempo prolongado de uso (mais de um ano). O citalopram apresenta ação sedativa e propensão ao ganho de peso pela ação antihistaminérgica. A mianserina e a mirtazapina também apresentam em comum como efeitos adversos sonolência e ganho de peso (NARDI, 2006).

**Inibidores da MAO** (enzima monoaminoxidase): incluem a fenelzina, a tranilcipropiona, a clorgilina e, mais recentemente, a moclobemida (GRAEFF e GUIMARÃES, 2005).

Esses medicamentos obtêm o seu nome coletivo do fato de inibirem a ação de uma enzima chamada monoaminoxidase, a qual degrada os neurotransmissores cerebrais quando sua ação termina. Quando essa ação enzimática é inibida, os neurotransmissores cerebrais permanecem elevados e acredita-se que aliviem os sintomas de depressão e de distúrbios alimentares (TANNENHAUS, 1994).

Alguns efeitos adversos dos inibidores da MAO de primeira geração são semelhantes aos dos antidepressivos tricíclicos. Podem ser observados aumento de ingestão calórica, principalmente de carboidratos com conseqüente aumento de peso, distúrbios sexuais, retenção hídrica e distúrbios de sono, particularmente com a tranilcipropiona (GRAEFF e GUIMARÃES, 2005).

**“Estabilizadores” do humor:** representados pelo Lítio. Outras drogas que também são empregadas com essa finalidade são os anticonvulsivantes carbamazepina e ácido valpróico (GRAEFF e GUIMARÃES, 2005).

O mecanismo de ação do carbonato de lítio demonstrou que induz ganho de peso, reduz a frequência dos episódios bulímicos e melhora o humor. Entre os efeitos colaterais mais comuns está a náusea, o prurido e erupção cutânea. Entre os sinais da toxicidade estão a diarreia, o vômito, a náusea, a sonolência, a fraqueza muscular e a perda de coordenação, seguidos de tonteira, vertigem, zumbido no ouvido e crises convulsivas se a toxicidade não for tratada (TANNENHAUS, 1994).

Abordaremos a seguir, tópicos referentes aos transtornos alimentares que podem ser comórbidos aos quadros depressivos e tem uma relação direta com a imagem corporal no que se refere a auto-estima e a auto-imagem.

### **3 – Transtornos Alimentares**

Ajuriaguerra e Marcelli (1991) relatam que na observação de enfermeiras em maternidade é possível constatar que desde as primeiras refeições há os “que comem pouco” e os “glutões”. A nutrição do bebê é também uma forma de aliviar o estado de tensão. Alguns bebês choram, agitam-se diante do que parecem sentir como uma intolerável tensão, outros parecem esperar calmamente pela chegada do alimento. Segundo os autores, as mães também reagem diferentemente em função das manifestações dos filhos: umas parecem assustadas pela avidez do bebê, outras se orgulham disto. Há uma interferência da sociedade na troca alimentar mãe-filho, seja privilegiando a questão dietética e desprivilegiando o pólo relacional.

Os transtornos alimentares “são quadros psiquiátricos que afetam particularmente adolescentes e adultos jovens do sexo feminino levando a grandes prejuízos biopsicossociais e ao aumento de morbidade e mortalidade” (SALZANO e CORDÁS, 2006 p. 201).

De acordo com Nakamura (2004) os transtornos alimentares mais evidentes são a anorexia nervosa, a bulimia nervosa e a obesidade, pelo aumento do número de casos, pela maior divulgação e informação sobre o problema, e também pela maior exposição por meio de figuras públicas que narram o seu drama.

Os sintomas comuns dos principais distúrbios alimentares são: preocupação extrema com a aparência, a imagem do corpo ou o tamanho do corpo; medo exagerado de ficar gorda; exagero do tamanho do corpo e dos defeitos do corpo e cada vez maior rigidez de pensamento e afastamento das atividades normais (TANNENHAUS, 1994).

Por razões outras que não a imagem corporal esses transtornos são observados em bebês e crianças muito pequenas. A anorexia simples aparece no bebê como um distúrbio essencialmente reacional ao desmame, uma doença intercorrente ou mudança de contexto

vital. No lactente a oposição ao alimento, com passividade e desinteresse pode ser um dos primeiros sinais de autismo ou psicose infantil precoce. A obesidade pode ser precocemente observada já no primeiro ano de vida e constitui-se às vezes em seguimento a crises bulímicas na criança (AJURIAGUERRA e MARCELLI, 1991).

Os distúrbios alimentares podem apresentar comorbidades psicológicas ou psiquiátricas como a depressão, a esquizofrenia, ou distúrbios obsessivos compulsivos. Pacientes com depressão podem estar tão deprimidos que não querem comer e outros excedem na alimentação em virtude da depressão e adquirem peso (TANNENHAUS, 1994).

A insatisfação com a imagem corporal pode estar presente em outros quadros psiquiátricos como transtorno dismórfico corporal, delírios somáticos, transexualismo, depressão, esquizofrenia e obesidade, é nos transtornos alimentares que seu papel sintomatológico e prognóstico é mais relevante (SAIKILI, SOUBHIA, SCALFARO e CORDÁS, 2004).

Saikili et al (2004) consideram que pessoas com anorexia nervosa e bulimia nervosa apresentam um padrão gravemente perturbado, um controle patológico do peso corporal e por distúrbios de percepção do formato corporal. Mesmo com baixo peso, as anoréxicas apresentam um medo inexplicável de ganhar peso, uma supervalorização da forma corporal como um todo ou de suas partes, ou seja, distorção da imagem corporal.

Galvão, Pinheiro e Somenzi (2006) relatam que os aspectos que contribuem para a epidemiologia, desenvolvimento e na etiologia dos transtornos alimentares são as mudanças nos padrões de beleza, o processo de globalização, até as transformações do papel social e político da mulher e suas conseqüências na formação da identidade feminina são alguns fatores citados. Em contraposição a supervalorização do corpo feminino e a idealização da magreza, através do bombardeio pela mídia de modelos emagrecidas, há uma ampla disponibilidade de alimentos calóricos, baratos e palatáveis.

Transtornos do humor, transtornos de ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo na infância e a presença de traços perfeccionistas de personalidade, impulsividade e instabilidade emocional parecem ser fatores de vulnerabilidade importantes para o desenvolvimento de Transtornos Alimentares (GALVÃO, et al, 2006).

Wolf (1992) relata que ao longo dos séculos a beleza da mulher era sua amplitude. Com o padrão do mito da beleza da classe média dos Estados Unidos a anorexia encontrou expansão. As mulheres ocidentais começaram a preocupação com dietas e a magreza em torno de 1920.

Apresentaremos em seguida definições de obesidade, tipos, possíveis causas, conseqüências para auto-estima e critérios de avaliação.

### **3.1. Obesidade**

Para Woodman (1980) a obesidade não é apenas uma questão de comer em demasia, depende também da capacidade de metabolizar as calorias ingeridas tanto por uma questão fisiológica quanto psicológica.

O gasto energético (GE) diário é composto em sua maior parte pela taxa metabólica basal (TMB), responsável por 50 a 70% do total, pela ação dinâmica específica dos alimentos (10%), e o restante é dado pela atividade física. Como não há redução da TMB da população, a prevalência de sobrepeso/obesidade provavelmente está relacionada à redução da atividade física (ANJOS, 2006).

A maioria dos autores que estudam o fenômeno da obesidade a descreve, em síntese, como um desequilíbrio entre as calorias ingeridas e sua queima pelo organismo. Quando a quantidade calórica ingerida é maior que a necessidade (balanço calórico positivo), o excedente se acumula no organismo na forma de gordura (DONATO; OSÓRIO; PASCHOAL e MARUN, 2004).



A obesidade é hoje considerada uma doença crônica, de múltiplas etiologias (BURD, 2004). Atualmente é um problema de saúde pública, uma vez que a incidência vem aumentando consideravelmente (CUNHA, 1999).

No Brasil, estima-se que em 2000 e 2005, o contingente de sobrepesos passará de 45 milhões para 60 milhões enquanto a população obesa saltará de 12 milhões para 17 milhões de pessoas (CORDÁS e AZEVEDO, 2005).

A tendência em mulheres associa-se ao nível socioeconômico, como indicam os dados mais recentes (IBGE, 2005 citado por Sichieri e Souza, 2006). Assim, no Nordeste do Brasil a tendência em mulheres é ainda de aumento do excesso de peso e da obesidade (SICHIERI e SOUZA, 2006).

Woodman (1980) faz uma diferenciação em obesidade primária e secundária. A primária é a endógena, como se as pessoas fossem “programadas” para serem gordas e já são obesas desde a infância. Possuem maior número de células adiposas e de dimensão maior. Essas pessoas perdem peso, mas o organismo procura recuperar e o hipotálamo envia mensagens para estimular a ingestão de alimento. A obesidade secundária é a exógena que ocorre pelo excesso de alimentação, é caracterizada pela presença de células adiposas aumentadas, mas em número normal e pode ser corrigida pela dieta e apresentam corpo normal na infância.

Com relação ao número de adipócitos são descritas: as obesidades hiperplásicas quando o número de adipócitos é muito elevado, obesidades constituídas desde o primeiro ano de vida. As obesidades hipertróficas, quando o número de células adiposas é normal, mas seu tamanho é excessivo. Existem as obesidades mistas. As obesidades de causa endócrina são excepcionais (menos de 1%) e são acompanhadas de um atraso no crescimento (AJURIAGUERRA e MARCELLI, 1991).

Existem dois tipos de indivíduos obesos, o de tipo andróide (em forma de maçã), que acumula maior quantidade de gordura no tronco e possui braços e pernas finos. Está mais sujeito a doença coronária, como infarto e arteriosclerose. O de tipo ginecóide (em forma de pêra), que caracteriza indivíduos de quadris largos, é mais comum em mulheres e na população masculina negra (CUNHA, 1999).

Além da anorexia e da bulimia estão relacionados à obesidade o transtorno alimentar sem especificação e transtorno de compulsão periódica. Outros transtornos podem estar associados à compulsão periódica como: transtorno obsessivo compulsivo e transtorno de ansiedade generalizada (MATTOS; GAZZOLA; SALGADO e NEME, 2003).

A obesidade é considerada um distúrbio e sua manutenção é associada a vários fatores, que dizem respeito ao indivíduo e ao meio social os quais estão interligados. É uma questão multifatorial complexa. (DONATO et al, 2004). A ampla variedade de alimentos baratos e calóricos associado ao baixo encorajamento para a realização da atividade física são fatores associados ao aumento de sobrepeso/obesidade (SICHERI e SOUZA, 2006).

Burd (2004) salienta a importância da redução de atividade física como principal fator para aumento de obesidade. Kaplan e Sadock (2007) consideram fundamental a atividade física no tratamento do obeso, promovendo abstinência de comer compulsivo e aumento de gasto energético.

Ajuriaguerra e Marcelli (1991) relatam que as crianças obesas são frequentemente descritas como moles, apáticas, tímidas. A apatia e a passividade não são constantes. Outros aspectos associados à obesidade são o fracasso escolar e a enurese com frequência relacionados à obesidade secundária. Às vezes aparece associada a psicoses e nos quadros de deficiência mental.

Cunha (1999) relata que a probabilidade de um filho de pais obesos desenvolverem a mesma doença é alarmante. Basta um dos progenitores serem obesos para que o filho tenha 40

por cento de chance de herdar o risco. Se os dois forem obesos, esse número sobe para 80 por cento. Ajuriaguerra e Marcelli (1991) afirmam que nas famílias de obesos se entrelaçam fatores genéticos e hábitos alimentares.

Segundo Halpern e Rodrigues (2006) crianças obesas têm maiores riscos de desenvolver transtorno de comportamento alimentar na adolescência e no início da vida adulta. Os fatores de risco para doenças cardiovasculares já aparecem na infância embora as doenças só se manifestem décadas mais tarde. Esse risco aumenta quando parentes próximos apresentam eventos cardiovasculares.

O obeso é objeto de grave discriminação. A baixa auto-estima pode levar a um círculo vicioso, causando depressão, superalimentação como fuga, vergonha e falta de ânimo para a prática de atividades físicas, aumento de peso, rejeição social e adicional baixa auto-estima (CUNHA, 1999).

Mello (2008) em um trabalho de intervenção com crianças em condição de sobrepeso e obesidade observou que situações de *bulling* (caracterizadas por atitudes agressivas e preconceituosas) constituem fator de estresse para elas. Os relatos das crianças refletiam um autoconceito negativo mensurado pelo peso e estrutura corpórea fora dos padrões culturais estéticos (segundo elas) e um desejo de “fugir” das contrariedades sociais ocorrentes em forma de zombarias e insultos, por exemplo.

Crianças e adolescentes podem apresentar outros comprometimentos físicos como morbidades ortopédicas, gastrintestinais, refluxo gastroesofágico, hipertensão, resistência à insulina/diabetes tipo 2, apnéia do sono, ovário policístico, pseudoginecomastia, além de alterações musculoesqueléticas, intolerância ao calor, cansaço e falta de ar (HALPERN E RODRIGUES, 2006). O esquema corporal da criança obesa encontra-se frequentemente perturbado, tanto mais se a obesidade for constituída precocemente (AJURIAGUERRA e MARCELLI, 1991)

Conti, Frutuoso e Gambardella (2003) em estudo antopométrico em 147 adolescentes (52 meninas e 95 meninos) encontraram entre os meninos 1,92% “magros”; 53,84% “normais” e 44,23% com “sobrepeso/obesidade” e para as meninas 3,15%; 77,89% e 18,90% respectivamente. É possível que a pressão social para ser magro tenha uma grande repercussão na adolescência e que ocorra principalmente e com maior ênfase entre as mulheres.

A obesidade está associada à presença de vários tipos de doenças, como hipertensão, doença coronária, diabetes, hiperlipidemia, doença respiratória e distúrbios intestinais, sem contar com problemas psicológicos, ortopédicos (como hérnia de disco) e orgânicos (como pedras nos rins e na vesícula). Até mesmo alguns tipos de câncer estão de certa forma associados à obesidade. O de cólon, por exemplo, é mais freqüente em obesos (CUNHA, 1999).

Para avaliar se o indivíduo é obeso utiliza-se o Índice de Massa Corporal (IMC), dividindo-se o peso (em quilos) pelo quadrado da altura (em metros).

Quadro 1: Critérios para classificação do estado nutricional a partir do IMC.

<b>IMC</b>	<b>DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL</b>
< 18,5	Baixo peso
18,5 e 24,9	Adequado ou eutrófico
25 e 29,9	Sobrepeso
30 e 34,5	Obesidade grau I
35 e 39,9	Obesidade grau II
> 40	Obesidade grau III

Esse método é utilizado por ter fácil aplicação e demonstra forte correlação desse índice com o risco de morbiletalidade em diversas populações avaliadas. O método falha em não diferenciar massa gorda e massa magra (BURD, 2004)

Eggers e Liebers (2005) completam que o índice de massa corporal (IMC) não leva em consideração o teor de minerais nem a constituição física do corpo da pessoa, sua massa muscular ou percentual de gordura.

Anjos (2006, p.13) relata que “a boa correlação entre o IMC e o percentual de gordura corporal já foi documentada em várias populações no mundo e serviu como grande argumento para seu uso na avaliação da obesidade em populações”.

Segundo Burd (2004) outra forma de classificar a obesidade é segundo a distribuição de gordura no corpo. O depósito de gordura intra-abdominal tem sido relacionado com o maior risco de coronariopatia. É mais comum em homens e geralmente está associada com *diabetes mellitus* tipo 2, hipertensão arterial, acidente vascular cerebral e coronariopatia.

A OMS incorporou a medida do perímetro da cintura. Junto ao IMC serve como orientação para o tratamento e acompanhamento da população com alto risco. Os pontos de corte foram estabelecidos em 102 cm para os homens e 88 cm para as mulheres (ANJOS, 2006).

Seguem considerações sobre a obesidade e a depressão como um modelo multifatorial de predeterminações e da variabilidade de comorbidades associadas.

#### **4 - Obesidade e Depressão: Modelo Multifatorial**

O aumento de peso pode ocorrer na depressão branda e a depressão grave pode emagrecer, e, ao mesmo tempo, engordar ou emagrecer pode deixar a pessoa deprimida (GILLET, 1996).

O aumento de peso pode ser provocado por hipotireodismo que causa depressão, porém geralmente é causado pelo exagero com comida. Quando a pessoa faz dieta há pouca ingestão de açúcar (carboidratos) e a pessoa se sente cansada e letárgica. O cérebro e os nervos dependem do açúcar no sangue. Mas esse açúcar deve ser combinado com proteínas e gorduras que causam um aumento gradual do açúcar no sangue. Outros fatores que podem causar queda no humor são: o desequilíbrio de sais minerais (potássio, sódio, cálcio) e a deficiência de vitaminas, tiamina (B1), niacina, piridoxina (B6), ácido fólico (B12) e ácido ascórbico (C) (GILLET, 1996).

Sintomas depressivos e ansiosos são comuns em obesos; a síndrome depressiva parece ser freqüente nos gravemente obesos. Pacientes obesos emocionalmente instáveis podem vivenciar um aumento de ansiedade e depressão quando fazem dietas. Os aspectos emocionais e psicológicos podem ser identificados como conseqüências e mantenedores da condição do obeso, concomitante a uma condição clínica e alimentar alterada (CORDÁS e AZEVEDO, 2005).

Stunkard e Wadden (1992) estudaram pessoas que apresentavam obesidade severa antes de cirurgia bariátrica e observaram que não há um tipo específico de personalidade que caracteriza o obeso severo, não apresentam níveis de psicopatologia maiores que as pessoas que controlam o peso, as complicações específicas da obesidade severa incluem depreciação da imagem corporal e comer compulsivo. Estudos realizados depois do tratamento cirúrgico e perda de peso mostraram amor-próprio e aumento de emoções positivas, diminuíram as depreciações com a imagem corporal, aumento na satisfação matrimonial apenas quando já havia uma medida de satisfação antes da cirurgia, o comportamento de comer melhora dramaticamente.

Depressão, imagem corporal, transtornos alimentares são dimensões da experiência pessoal que podem estar intimamente interligadas. A depressão pode estar associada à

ansiedade e com isso promover o aumento de peso, sem esquecer que o aumento de peso apresenta multideterminações associadas, aspectos genéticos, uso de medicamentos antidepressivos, hábitos alimentares inadequados, sedentarismo.

Baptista, Vargas e Daher Baptista (2008) avaliaram 82 pacientes obesos mórbidos de ambos os sexos, maiores de 18 anos. Sendo que 43 eram pacientes candidatos à cirurgia de obesidade (Grupo A) e 39 participantes eram pacientes pós-cirúrgicos (Grupo B). Observaram a predominância de mulheres. No Grupo A aproximadamente 40% apresentou sintomatologia moderada e severa de depressão, no Grupo B apenas 10%.

Em seguida abordaremos a justificativa do trabalho realizado.

## **5 - Justificativa**

As mulheres participantes desse estudo realizam tratamento para depressão fazendo uso de antidepressivos. Observa-se em seus diálogos, uma preocupação com a imagem corporal, seja por obesidade ou mesmo por não aceitação de características biológicas inatas ao indivíduo ou herdadas geneticamente como, por exemplo, ausência de quadril largo, ou presença do quadril largo.

Em alguns casos, esse aspecto prejudica o tratamento medicamentoso, pois as pacientes deixam de fazer uso adequado da medicação por relacionar o aumento de peso com seu uso, mas às vezes aliado ao medicamento mantém hábitos de vida pouco saudáveis, como sedentarismo e alimentação excessiva.

A proposta tem a intenção de contribuir com o avanço nas pesquisas com indivíduos adoecidos e verificar a existência de insatisfação com a sua imagem corporal.

O presente trabalho revela uma importância social na medida em que busca conhecer outros aspectos do adoecer do indivíduo e a importância que a imagem corporal exerce na vida das pacientes e no tratamento medicamentoso.

Não se pretende, contudo, reafirmar um ideal de aceitação social, a pressão social de ser magro e a insatisfação corporal, mas verificar como as pacientes lidam com um ideal de imagem corporal que pode estar adequado ou não, do ponto de vista saudável, considerando-se o IMC. Avaliar assim, se elas fazem dieta, praticam exercícios físicos e se mudariam o corpo através de cirurgias.

Apresentaremos a seguir os objetivos da pesquisa.

## **6 - Objetivos**

### **6.1 - Objetivos gerais:**

Investigar a percepção da imagem corporal entre mulheres do grupo de pesquisa (Grupo com Depressão) que fazem uso de antidepressivos, comparado-a com a imagem corporal de um grupo de mulheres que não fazem uso de antidepressivos (Grupo Comparação).

### **6.2 – Objetivos específicos:**

6.2.1 – Caracterizar as participantes do grupo com depressão (fazem uso de antidepressivos) em tratamento em Caps 3 e do grupo comparação (não faz uso de antidepressivos) trabalhadoras em saúde mental equivalentes em termos de idade, escolaridade, situação familiar, peso e altura e IMC.

6.2.2 – Identificar os hábitos de vida das participantes dos dois grupos em relação à alimentação, práticas de exercícios físicos e mudanças corporais.

6.2.3 – Identificar que fatores as participantes atribuem maior influência na determinação do aumento de peso (genética, alimentação, prática de exercícios físicos e uso de medicamentos).



6.2.4 – Aplicar os testes *Body Shape Questionnaire* (BSQ) e *Figure Rating Scale* (FRS), para avaliar a insatisfação e a distorção da imagem corporal.

6.2.5 – Comparar e analisar os resultados de mulheres trabalhadoras em saúde mental (Grupo de Comparação) com o grupo de pesquisa (Grupo com Depressão).

## **II – MÉTODO**

### **1- Participantes**

Grupo 1: O grupo de pesquisa foi constituído por 30 mulheres em tratamento com antidepressivos, com no mínimo 30 dias de tratamento no Caps 3 dependendo da gravidade do quadro depressivo e com critério de exclusão para diagnóstico de esquizofrenia de acordo com a CID-10 (F 20) e suas variações. Foram avaliadas participantes que iniciaram tratamento ao longo dos meses de abril a dezembro de 2007.

De acordo com a CID-10 – Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento, a Esquizofrenia (F20 e suas variantes) é caracterizada por “distorções fundamentais e características do pensamento e da percepção, [...] podendo ocorrer déficits cognitivos em alguns casos”, o que dificultaria avaliar a legitimidade dos dados obtidos. (p.85)

Grupo 2: Para o grupo de comparação foram avaliadas 30 mulheres que não faziam uso de anti-depressivos, pertencentes aproximadamente à mesma faixa etária e nível socioeconômico. O critério de exclusão para esse grupo é não apresentar-se em tratamento e não fazer uso de antidepressivos. Foram excluídas duas participantes fazendo tratamento e que relataram o uso de antidepressivos.

O grupo de comparação foi incluído para se apresentar como um grupo com características semelhantes e uma variável, no caso, tratamento e uso de antidepressivos que permitisse a constatação de algumas diferenças específicas do grupo com depressão. Tornou-se útil no sentido de não propiciar afirmações que pudessem não ser específicas do grupo com

depressão, mas também de outros grupos e até da população geral. Participaram apenas mulheres, pois os atendimentos realizados no CAPS III durante o período apresentaram uma taxa insignificante de homens, observada em outros períodos de funcionamento do serviço. As avaliações foram realizadas durante os meses de abril a dezembro de 2007.

As participantes do grupo com depressão foram identificadas com a letra P e seguidas da numeração de 1 a 30 de acordo com a seqüência das entrevistas. As participantes do grupo de comparação foram identificadas com a letra F e seguidas da numeração de 1 a 30 de acordo com a seqüência das entrevistas.

O projeto recebeu aprovação da Comissão Científica de Estudo e Pesquisa da Instituição e do Comitê de Ética da Unesp processo Nº 1221/46/01/07.

## **2. Local**

CAPS 3 (Centro de Atenção Psicossocial) de uma cidade do interior de São Paulo. O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS 3) é um serviço do sistema Único de Saúde que oferece tratamento a pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses e neuroses graves de forma a evitar internações por tempo prolongado. Surgiram com o fechamento de vários hospitais psiquiátricos e o surgimento de leis para evitar internações desnecessárias de pacientes que podem ser tratados sem perder o vínculo familiar. O Caps 3 realiza atendimentos 24 horas de pacientes com transtornos mentais em crise, podendo permanecer por até dez dias de acolhimento no serviço (Ministério da Saúde, 2004)

## **3- Materiais e Instrumentos de Coleta de Dados**

A *Figure Rating Scale* (FRS) foi utilizada para verificação da imagem corporal atual e ideal das mulheres participantes. Foi proposta por Stunkard; Sorensen e Schulsinger (1983), adaptação para o português: Scaliusi e colaboradores (2005). A escala é composta de nove

Figuras com silhuetas corporais, relacionadas aos diferentes índices de massa corporal. A Figura 1 representa baixo peso; Figuras 2-5 eutrofia, Figuras 6 e 7 sobrepeso e Figuras 8 e 9 obesidade. (Anexo 2).

Para comparar o IMC com *FRS* é possível fazer a correspondência das figuras com os possíveis resultados do índice de massa corporal apresentado a seguir.

**Quadro 2: Relação entre os valores do Índice de Massa Corporal (IMC) e Figure Rating Scale (FRS).**

Diagnóstico	IMC	FRS
Baixo Peso	< 18,5	1
Eutrofia	18,5 a 20,1	2
Eutrofia	20,2 a 21,7	3
Eutrofia	21,8 a 23,3	4
Eutrofia	23,4 a 24,9	5
Sobrepeso	25 a 27,9	6
Sobrepeso	28 a 29,9	7
Obesidade	30 a 39,9	8
Obesidade	> 40	9

O *Body Shape Questionnaire* (BSQ) de Cooper e colaboradores (1987); tradutores Di Pietro, Xavier e Silveira (2003) foi utilizado para verificar a distorção da imagem corporal dos sujeitos. O BSQ é um questionário autoaplicativo que apresenta 34 perguntas. Cada questão apresenta seis possibilidades de resposta: 1) Nunca, 2) Raramente, 3) Às vezes, 4) Frequentemente, 5) Muito Frequentemente e 6) Sempre (Anexo 3).

**Quadro 3: A distorção da imagem corporal através do BSQ pode ser:**

<b>Diagnóstico</b>	<b>Escore</b>
Sem	< 80
Leve	81 a 110
Moderada	111 a 140
Grave	> 140

A *Entrevista Estruturada* desenvolvida pela pesquisadora foi utilizada para coletar dados sócio-demográficos e outros aspectos relacionados ao comportamento que interferem no peso dos participantes como práticas de exercícios físicos, controle alimentar, antecedentes familiares para obesidade e outros problemas que preocupam os participantes. A entrevista foi realizada pela pesquisadora individualmente com as participantes (Apêndice B).

#### **4- Procedimentos**

Para cada participante, os procedimentos ocorreram em quatro etapas, descritas a seguir (todas as etapas foram aplicadas no mesmo dia):

##### **4.1 - Etapa 1**

As pacientes individualmente foram convidadas a participar de uma pesquisa e quando concordavam eram encaminhadas a uma sala onde recebiam o termo de consentimento livre e esclarecido bem como o material.

Recebiam e liam o termo de consentimento (Apêndice A) e quando terminavam, a pesquisadora perguntava se haviam compreendido, caso houvessem dúvidas, eram explicadas as tarefas a serem cumpridas e o objetivo do estudo.

##### **4.2. Etapa 2**

As participantes eram pesadas e medidas e então participavam da aplicação do *Body Shape Questionnaire* (BSQ). As pacientes liam e respondiam o questionário, sem tempo estabelecido.

### **4.3 - Etapa 3**

Para verificação da imagem corporal atual e ideal foi utilizada a escala proposta por Stunkard et al (1983) *Figure Rating Scale* (FRS)-(Anexo 1). O conjunto de silhuetas foi mostrado às participantes e realizadas as seguintes perguntas:

- Qual a silhueta que melhor representa sua aparência física atualmente?
- Qual é a silhueta que você gostaria de ter?

### **4.4 - Etapa 4**

Consistiu na realização de uma entrevista com os dados pessoais de caracterização dos sujeitos (idade, estado civil, número de filhos, tempo de adoecimento para pacientes com depressão), incluindo peso e altura, percepção de alterações corporais ocorridas com o adoecimento, prática de exercícios físicos, controle alimentar, antecedentes familiares para obesidade e outros problemas enfrentados pelos participantes. As questões da entrevista foram lidas pela pesquisadora.

## **5- Análise dos dados**

### **5.1 - Análise quantitativa**

Consistiu na avaliação dos Índices de Massa Corporal (IMC) caracterizando a porcentagem de indivíduos obesos, com sobrepeso, eutróficos e abaixo do peso ideal encontrados nos grupos estudados.

Foram tabulados os resultados obtidos nas respostas dadas ao *Body Shape Questionnaire* (BSQ), com relação ao grau de distorção da imagem corporal (leve, moderada, intensa). O mesmo foi feito com relação ao *Figure Rating Scale* (FRS), caracterizando o grau de distorção entre a imagem corporal dada pelo Índice de Massa Corporal (REAL) e a percebida pelas participantes (EU) e a imaginada como desejável (IDEAL) das participantes. A discrepância foi verificada por meio da comparação numérica entre a escolha ideal e a própria.

Comparação dos resultados de cada grupo nas escalas da entrevista nos itens alimentação, exercícios, genética e medicamentos com relação a quanto (de 0 a 10) cada fator interfere no peso na avaliação das participantes foi realizada por meio do *Teste de Mann-Whitney*, para duas amostras independentes.

Comparação dos resultados de cada grupo nos instrumentos utilizados (*BSQ e FRS de Stunkard*) foi realizada por meio do *Índice de Correlação de Spearman* e nos itens da entrevista (atividade física, controle alimentar e mudança corporal) por meio do teste de Qui-quadrado.

## **5.2. - Análise qualitativa**

A análise qualitativa consistiu na verificação da proporção de indivíduos insatisfeitos com a imagem corporal por meio do *Figure Rating Scale* comparados com IMC calculado.

Análise dos relatos da entrevista com relação à insatisfação da imagem corporal, considerando o diagnóstico nutricional das participantes, ou seja, se determinados resultados de insatisfação estão relacionados com diagnóstico de obesidade, seja em termos de desejo de mudança no peso e/ou em outras partes do corpo.

Análise de conteúdo das entrevistas, considerando relatos das participantes que complementam a caracterização da insatisfação apresentada por elas.

### **III – RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os resultados serão apresentados inicialmente pela caracterização da amostra, seguido do diagnóstico nutricional, entrevista e resultados dos instrumentos utilizados (*BSQ e FSR*).

A caracterização da amostra incluiu idade, estado civil, número de filhos, tratamentos realizados e medicamentos utilizados nos últimos seis meses. Após o diagnóstico nutricional

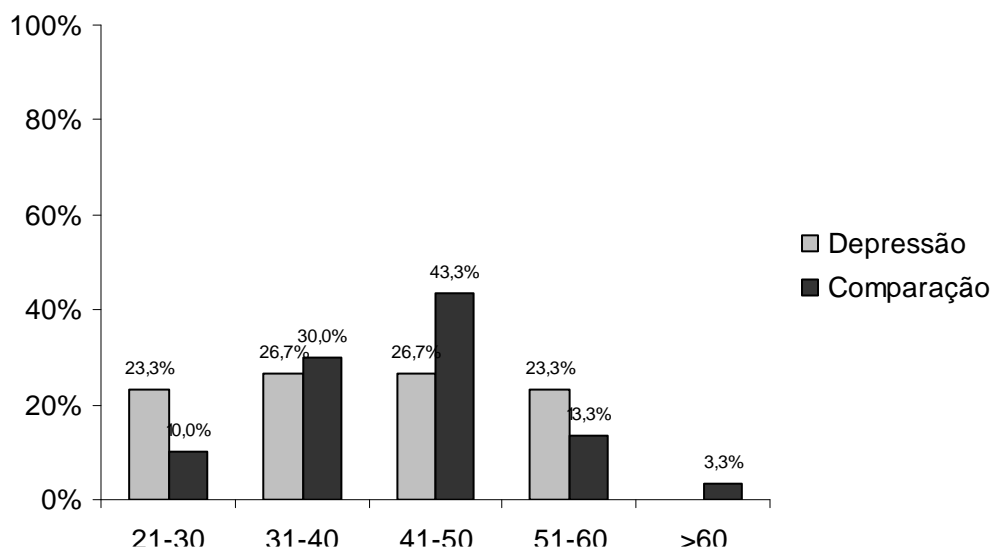
foram relatados os dados referentes à prática de atividade física, controle alimentar e mudança corporal.

No item controle alimentar, foram incluídas as questões: dietas, cobranças em relação ao peso, responsabilidade pelo peso, tipo de dieta, tempo de dieta, quantidade de vezes que perderam 10kg ou mais.

No item mudança corporal foram incluídas as questões: partes que mudariam, porque não mudam, quais aspectos influenciam o peso (genética, alimentação, exercícios, medicação), importância dada a imagem corporal, aspectos que influenciaram a imagem corporal, outras doenças. A imagem corporal foi avaliada por meio dos resultados do *BSQ* e do *FRS*.

Os dados brutos coletados foram transformados em tabelas e estão apresentados no Apêndice C (Tabelas 13 a 45).

## 1. Caracterização da Amostra





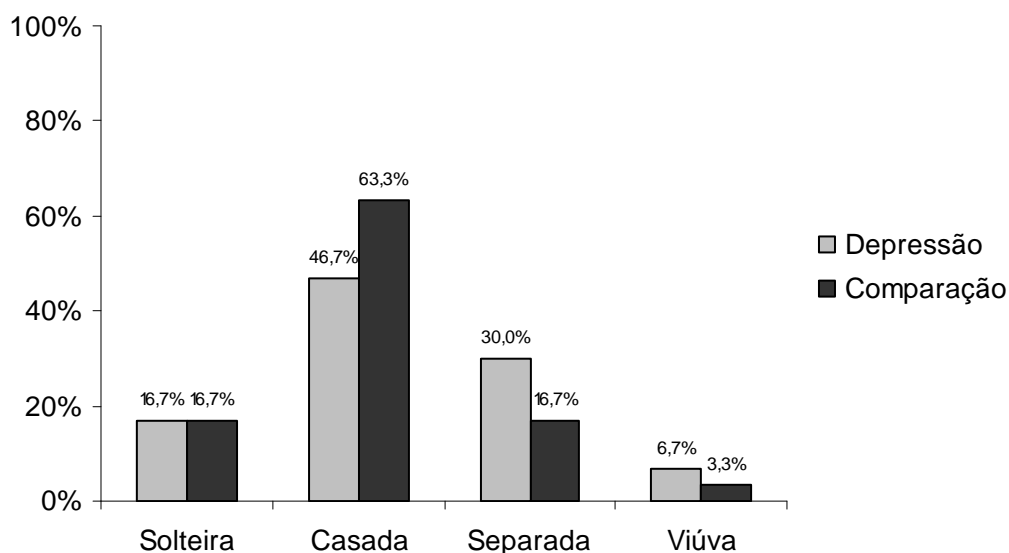
**Figura 1: Distribuição das faixas etárias das participantes do grupo com depressão e do grupo de comparação.**

O teste Qui-quadrado calculado foi de  $X^2 = 4,667$ ;  $gl = 4$  e  $p = 0,3231$ . Indicando que diante das diferenças numéricas verificadas, não há diferença significativa entre os dois grupos com relação às faixas etárias.

Podemos observar que praticamente não há diferenças em relação às faixas etárias do grupo com depressão (entre 23,3% (6) e 26,7% (7) para cada faixa etária), apenas não apareceram participantes com mais de 60 anos. No grupo de comparação houve uma concentração maior de participantes de 41-50 anos 43,3% (13); seguido de 31-40 anos com 30% (9); 51-60 anos 13,3% (4); 21-30 anos 10% (3) e maior de 60 anos apenas 3,3% (1).

(Figura 1)

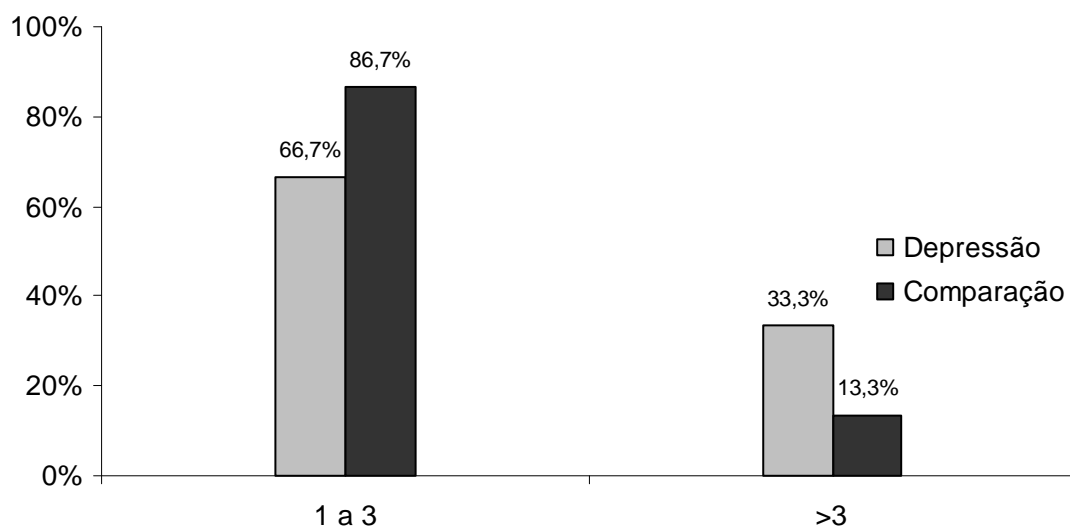
Nesse aspecto podemos considerar que os grupos apresentam equivalência e são favoráveis a serem comparados.



**Figura 2: Distribuição do estado civil das participantes do grupo com depressão e do grupo de comparação.**

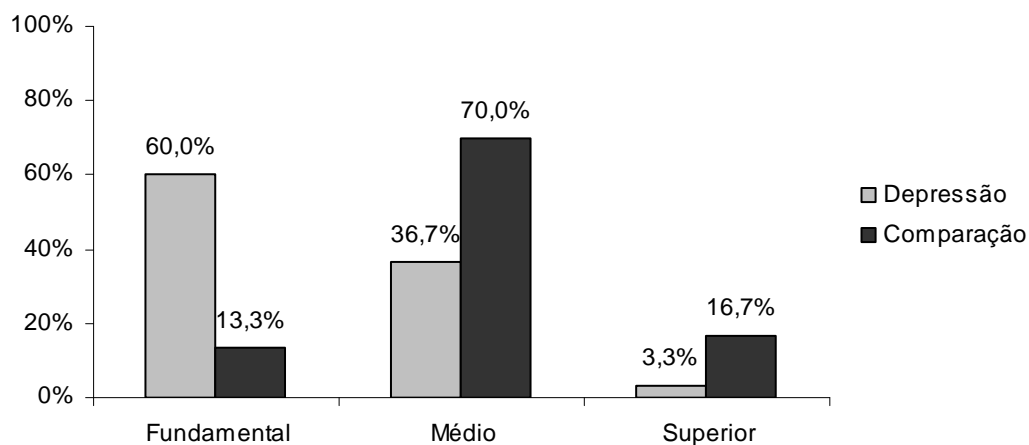
O teste Qui-quadrado calculado foi de  $X^2 = 2,234$ ;  $gl = 3$  e  $p = 0,5251$ . Indicando que diante das diferenças numéricas verificadas, não há diferença significativa entre os dois grupos com relação ao estado civil.

Com relação ao estado civil, encontramos 46,7% (14) de casadas; 30% (9) de separadas; 16,7% (5) de solteiras e 6,7% (2) de viúvas no grupo com depressão. Enquanto no grupo de comparação 63,3% (19) são casadas; 16,7% (5) são separadas; 16,7% (5) são solteiras; e 3,3% (1) são viúvas (Figura 2).



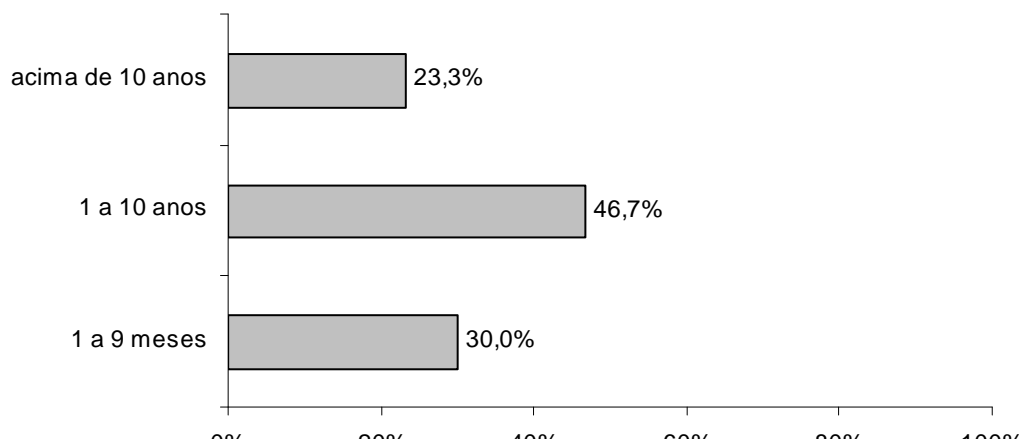
**Figura 3: Distribuição do número de filhos das participantes do grupo com depressão e do grupo de comparação.**

Com relação ao número de filhos o grupo com depressão apresentou uma variação de 1 a 7 filhos: 33,3%(10) acima de 3 filhos. Apenas P15 apresentou 7 filhos, as outras participantes de 0 a 3 filhos. O grupo de comparação apresentou de 1 a 4 filhos; 13,3% (4) acima de 3 filhos. Apenas F30 apresentou 4 filhos, as outras participantes apresentaram de 0 a 3 filhos (Tabelas 13 e 14 do Apêndice C).



**Figura 4: Distribuição do grau de escolaridade do grupo com depressão e do grupo de comparação.**

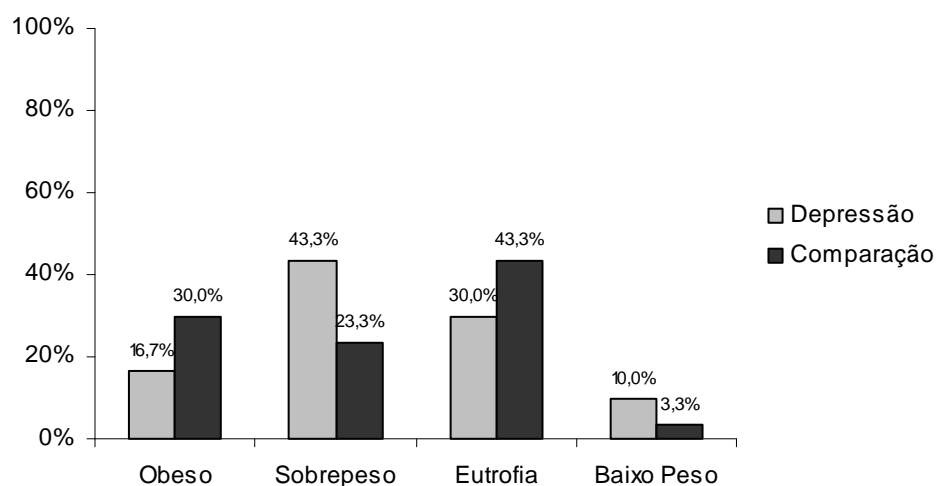
A maior incidência no item escolaridade do grupo com depressão foi no ensino fundamental 18 (60%), enquanto do grupo de comparação no ensino médio 21 (70%). Apenas 1 (3,3%) grupo com depressão e 5 (16,7%) grupo de comparação possuem ensino superior (Tabelas 13 e 14 do Apêndice C).



### Figura 5: Distribuição do tempo de tratamento do grupo com depressão.

Com relação ao tempo de tratamento do grupo com depressão ocorreu variação de 1 mês a 19 anos. A média do tempo de tratamento foi de 3 anos e 9 meses (Tabela 44 do Apêndice C). Em início de tratamento de 1 a 9 meses encontrou-se 30,0% (9) participantes. De 1 a 10 anos encontrou-se 46,7% (14) participantes e acima de 10 anos encontrou-se 23,3% (7) participantes.

## 2. Diagnóstico Nutricional



**Figura 6: Comparação da porcentagem de obesas, sobrepeso, eutrofia, baixo peso (Diagnóstico Nutricional).**

O teste Qui-quadrado calculado foi de  $X^2 = 4,67$ ;  $gl = 3$  e  $p = 0,1976$ . Indicando que diante das diferenças numéricas verificadas, não há diferença significativa entre os dois grupos com relação ao diagnóstico nutricional.

Com relação ao diagnóstico nutricional encontrou-se no grupo com depressão 16,7% (5) obesas; 43,3% (13) com sobrepeso; 30,0% (9) normais e 10,0% (3) com baixo peso. No grupo de comparação encontrou-se: 30,0% (9) obesas; 23,3% (7) com sobrepeso; 43,3% (13) normais e 3,3% (1) com baixo peso (Figura 3).

No presente estudo constatamos um elevado índice de obesas/sobrepeso no grupo com depressão 60,0% (18) e no grupo de comparação 53,3% (16). No grupo de pesquisa P6, P14 e P25 apresentaram IMC acima de 24 aproximando-se do sobrepeso. No grupo de comparação F2, F3 e F15 apresentaram IMC acima de 24. (Tabela 15 e 16 do Apêndice C)

Embora no grupo de comparação as participantes não faziam uso de antidepressivos, apresentaram alto índice de obesidade/sobrepeso associado, provavelmente a outros fatores determinantes (hábitos alimentares inadequados, sedentarismo e uso de anticoncepcionais).

Gigante, Barros, Post e Olinto (1997), num estudo com 1035 pessoas entre 20 e 69 anos da zona urbana encontrou uma prevalência de obesidade de 21% e de sobrepeso 40%. A prevalência foi maior em mulheres (25%) do que homens (15%). Concluíram que a obesidade aumenta com a idade, sendo quatro vezes mais elevada após os 40 anos do que no grupo entre 20 e 29 anos. Pessoas com mais escolaridade apresentaram menos obesidade. Mulheres com um filho apresentam risco de obesidade quase duas vezes maior e três vezes maior nas que tiveram três filhos ou mais.

No presente estudo podemos constatar que no grupo com depressão obesos aparecem em maior número de 31 a 40 anos 13,3% (4) e sobrepeso de 31 a 60 anos 36,7% (11).

O grupo de comparação apresentou maior número de obesos de 41 a 60 anos 26,7% (8) e sobrepeso de 31 a 60 anos 23,3% (7).

Com relação ao número de filhos no grupo com depressão, mulheres com sobrepeso 20,0% (6) apresentaram acima de 3 filhos. As obesas apresentaram de 0 a 2 filhos.

No grupo de comparação mulheres com sobrepeso 6,7% (2) apresentaram 3 filhos e obesas 3,3% (1) apresentaram 3 filhos.

Cordás e Azevedo (2005) relataram que no Brasil o contingente de sobrepeso e obesos aumentou consideravelmente entre 2005 e 2006 e a tendência é que continue aumentando.

### 3. Entrevista

#### 3.1. Atividade Física

**Tabela 1: Porcentagem de participantes que tem hábito de praticar exercícios.**

Diagnóstico	Depressão		Comparação	
	Sim	Não	Sim	Não
Obeso	-----	16,7% (5)	6,7% (2)	23,3% (7)
Sobrepeso	13,3% (4)	30,0% (9)	10,0% (3)	13,3% (4)
Eutrofia	10,0% (3)	20,0% (6)	20,0% (6)	23,3% (7)
Baixo Peso	3,3% (1)	6,7% (2)	-----	3,3% (1)
<b>Total</b>	<b>26,7% (8)</b>	<b>73,3% (22)</b>	<b>36,7% (11)</b>	<b>63,3% (19)</b>

O teste Qui-quadrado calculado foi de  $X^2 = 0,693$   $gl = 3$   $p = 0,4051$ . Indicando que apesar das diferenças numéricas verificadas, não há diferença significativa entre os dois grupos com relação a prática de atividade física.

Com relação à prática de exercícios é possível observar que existe uma predominância em não participar de atividades físicas. No total do grupo com depressão 73,3% não participam, deste percentual 16,7% são obesas; 30,0% com sobrepeso; 20,0% com eutrofia e 6,7% com baixo peso. (Tabela 1)

O número de vezes por semana de prática de atividades físicas variou de uma a seis. Média de 2,6 vezes por semana (Tabela 25).

No total do grupo de comparação 63,3% não participam, sendo 23,3% obesas; 13,3% com sobrepeso; 23,3% com eutrofia e 3,3% com baixo peso.

O número de vezes por semana de prática de atividades físicas variou de uma a quatro. Média de 2,05 vezes por semana (Tabela 26 do Apêndice C).

Encontrou-se no grupo com depressão 26,7% (8) das entrevistadas que participam de atividade física, 10,0% (3) fazem caminhada; 6,7% (2) vão em academia; 6,7% (2) andam de bicicleta e 3,3% (1) fazem esteira em casa. (Tabela 25 do Apêndice C)

Diferentemente no grupo de comparação das 36,7% (11) entrevistadas que participam de atividade física, 30,0% (9) fazem caminhada, 6,6% (2) vão em academia. (Tabela 26 do Apêndice C)

Kaplan e Sadock (2007) consideram que a redução da atividade física parece ser o fator principal para o aumento da obesidade. Anjos (2006) chama a atenção para a redução da atividade física e o incremento de atividades consideradas sedentárias como assistir à televisão ou trabalhar em computador podem ser causas na prevalência sobrepeso/obesidade.

Na pesquisa realizada a atividade física aparece como um aspecto importante no aumento do peso já que a maior porcentagem não realiza nenhuma atividade nos dois grupos.

Boltanski (2004) em estudos sobre o corpo e as classes sociais diz que a prática de um esporte tem sua frequência aumentada nas classes superiores; a idade de abandono do esporte é mais alta quanto mais se está situado na hierarquia social; a proporção de mulheres no

conjunto de praticantes de esporte cresce do mesmo modo. Nas classes superiores o objetivo das práticas de exercícios é manter o indivíduo “em forma”, conforme os cânones de beleza em vigor nas classes superiores.

Rosemberg (1995), realizando um levantamento bibliográfico de educação física, os esportes e as mulheres, constatou que constituem tema pouco explorado não só por autores brasileiros. Os autores que encontrou acreditam que exista um preconceito com relação à participação da mulher e que o esporte é uma prática masculina. Eles falam tanto no medo da masculinização feminina quanto no risco de conseqüências traumáticas ao organismo da mulher.

Em estudo realizado em 1997 no Nordeste e Sudeste brasileiro, somente 20% da população relata prática de exercícios físicos ou esportes. O grupo mais ativo foi o de 10 a 15 anos. Há uma redução da prática após os 20 anos e os níveis se mantêm durante a vida adulta (ANJOS, 2006).

O número de participantes em atividades físicas nos grupos estudados é muito pequeno e comparado aos percentuais encontrados na literatura. Embora o grupo de comparação apresente um percentual maior, não há uma diferença significativa. É importante lembrar que é característica dos sintomas depressão a supressão da vontade em determinadas áreas inclusive na prática de exercícios físicos. No caso do grupo comparação outros fatores determinam essa escassez de atividades como falta de tempo pelo excesso de trabalho, falta de hábito.

Como podemos constatar apenas um pequeno índice de participantes realizam atividades físicas e não relataram à prática de esportes propriamente dito de acordo com os dados de Rosemberg (1995). No presente estudo no grupo com depressão 26,7% relataram prática de exercícios e no grupo de comparação 36,7%. Resultados próximos ao relatado por Anjos (2006).



### 3.2. Controle Alimentar

**Tabela 2: Porcentagem de participantes que relataram controle alimentar.**

Diagnóstico	Depressão		Comparação	
	Sim	Não	Sim	Não
Obeso	13,3% (4)	3,3% (1)	13,3% (4)	16,7% (5)
Sobrepeso	16,7% (5)	26,7% (8)	6,7% (2)	16,7% (5)
Eutrofia	10,0% (3)	20,0% (6)	23,3% (7)	20,0% (6)
Baixo Peso	-----	10,0% (3)	3,3% (1)	-----
<b>Total</b>	<b>40,0% (12)</b>	<b>60,0% (18)</b>	<b>46,7% (14)</b>	<b>53,3% (16)</b>

O teste Qui-quadrado calculado foi de  $X^2= 1,071$  e  $P= 0,3006$ . Indicando que apesar das diferenças numéricas verificadas, não há diferença significativa entre os dois grupos com relação a fazerem dieta.

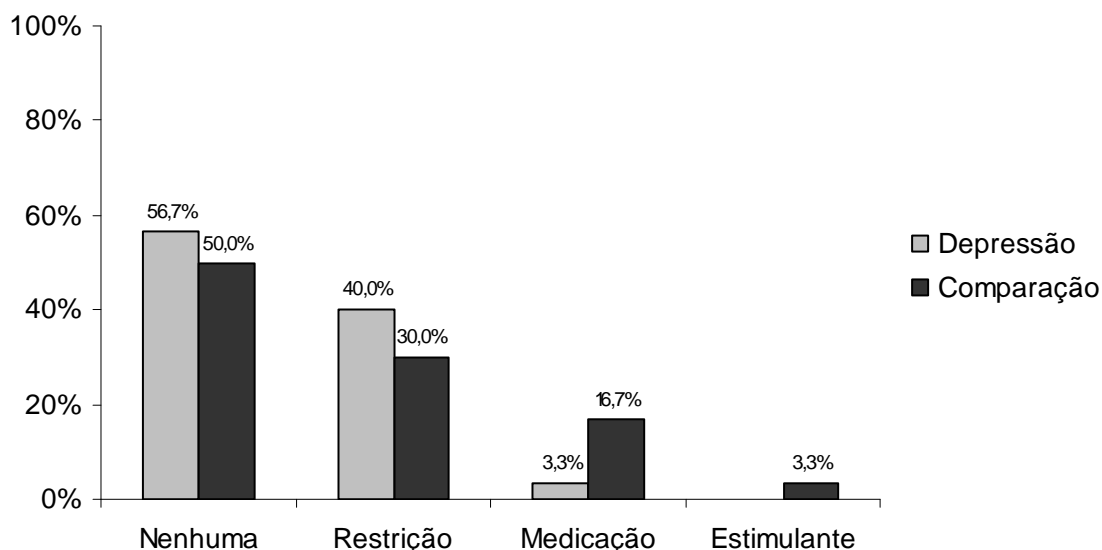
Considerando o aspecto controle alimentar foram encontrados no grupo com depressão 40% de participantes que já realizaram dieta (13,3% - obesas; 16,7% - sobrepeso; 10% - eutrofia). Das 60% que não realizaram dieta (13,3% - obesas; 26,7% - sobrepeso; 20% - eutrofia; 10% - baixo peso). (Tabela 2)

O grupo de comparação apresentou 46,7% das participantes que já realizaram dieta (13,3% - obesas; 6,7% - sobrepeso; 23,3% - eutrofia; 3,3% - baixo peso). Das 53,3% que não fizeram dieta (16,7% - obesas; 16,7% - sobrepeso; 20% - eutrofia). (Tabela 2)

Ackard; Croll e Kearney-Cooke (2002) avaliaram 345 mulheres universitárias entre 18-48 anos divididas em três categorias de frequência de dieta (nunca; 1-5 vezes; 6 vezes ou mais). Foram encontradas associações positivas entre frequência de dieta e sintomas de desordem de comer compulsivo, problemas relacionados com descontentamento com o corpo, percepção de tamanho de corpo atual, depressão, preocupação com exercício e sentimentos de ineficácia e insegurança. A frequência de dieta foi inversamente associada com amor-próprio, tamanho de corpo ideal, regulamento emocional e controle do impulso. Concluíram que

independente do IMC atual, a frequência de comportamentos de controle alimentar é altamente associada a emoções negativas e comportamentos problemáticos.

No presente estudo o grupo com depressão apresentou 40% com relato de dieta e o grupo de comparação 46,7%. No grupo com depressão 13,3% das pacientes com eutrofia relataram a prática de dietas. No grupo de comparação 23,3% com eutrofia relataram a prática de dietas. Podemos constatar que mesmo com peso adequado as participantes têm hábito de fazer dieta, apesar de apresentarem um índice menor de 50,0% nos dois grupos.



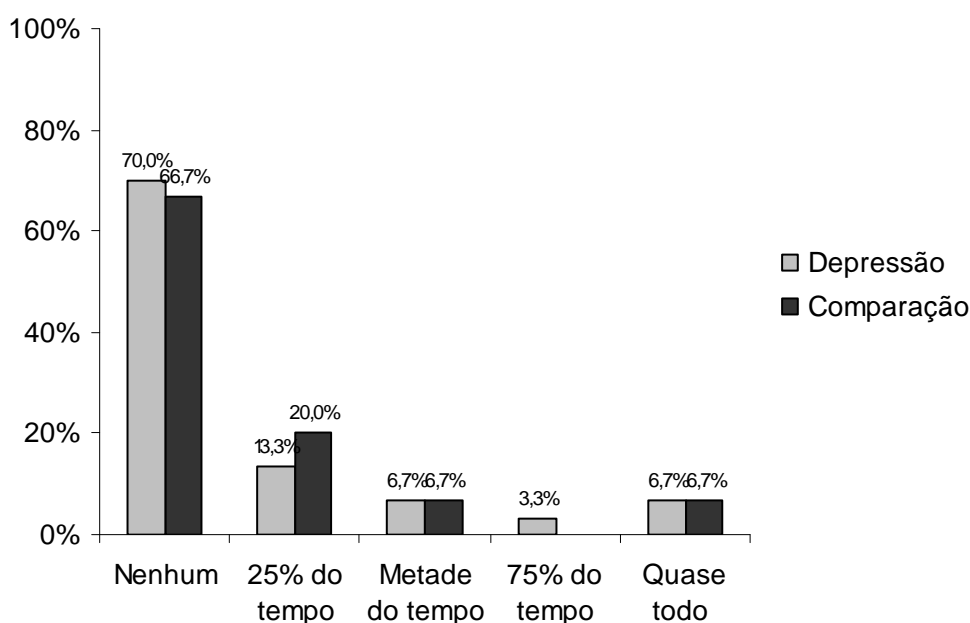
**Figura 7: Distribuição da porcentagem do tipo de dieta realizada ao longo da vida nos dois grupos.**

O teste Qui-quadrado calculado foi de  $X^2 = 4,22$ ;  $gl = 3$  e  $p = 0,2386$ . Indicando que diante das diferenças numéricas verificadas, não há diferença significativa entre os dois grupos com relação ao tipo de dieta.

No item tipo de dieta no grupo com depressão 56,7% (17) não fizeram dieta; 40% (12) restrição alimentar; 3,3% (1) medicação/fórmula.

No grupo de comparação 50% (15) não fizeram dieta; 30% (9) restrição alimentar; 16,7% (5) medicação/fórmula e 3,3% (1) estimulante de apetite - item encontrado em participantes com baixo peso (Figura 4).

A crença no excesso de alimentação foi citada pelas participantes como indicativo principal no aumento do peso. Apesar de grande parte não apresentar hábito de dieta, quando fazem a indicação principal é restrição alimentar. O uso de medicação para emagrecer é pouco significativo no grupo com depressão, apenas 3,3% enquanto a restrição alimentar apresentou índice de 40,0%. No grupo de comparação essa diferença é menor, mas ainda assim predominante na restrição alimentar 30,0% e 16,7% com utilização de medicamentos ou fórmulas.



**Figura 8: Distribuição do tempo de dieta realizada ao longo da vida das participantes.**

O teste Qui-quadrado calculado foi de  $X^2 = 1,424$ ;  $gl = 4$  e  $p = 0,8399$ . Indicando que diante das diferenças numéricas verificadas, não há diferença significativa entre os dois grupos com relação ao tempo de dieta.

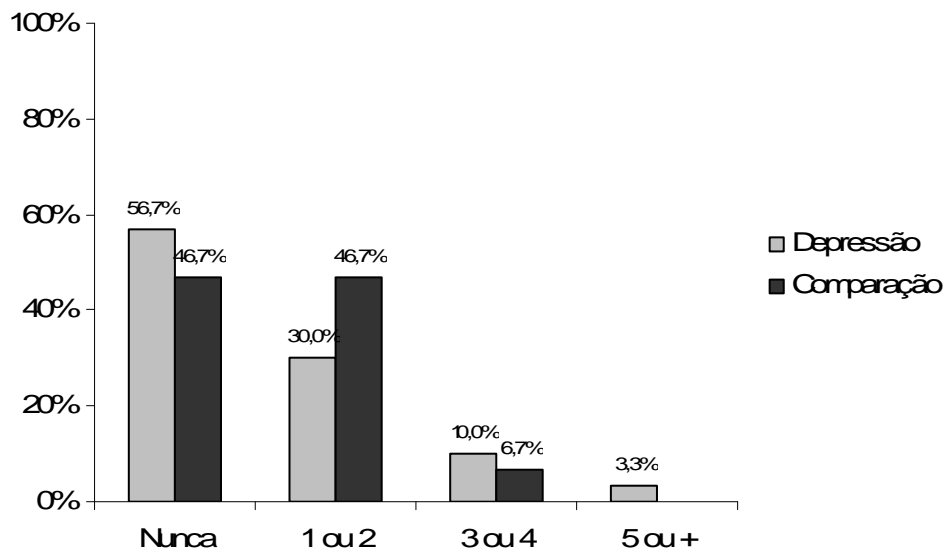
Com relação ao tempo que passaram fazendo dieta, no grupo com depressão 70% (21) das participantes relataram não passar nenhum tempo; 13,3% (4) participantes relataram 25%

do tempo; 6,7% (2) de participantes, metade do tempo e 6,7% (2) das participantes quase todo tempo.

No grupo de comparação 66,7% (20) das participantes nunca fizeram dieta; 20% (6) passaram 25% do tempo fazendo dieta; 6,7% (2) passaram metade do tempo fazendo dieta e 6,7% (2) das participantes quase todo tempo fazendo dieta (Figura 5).

Podemos constatar que apesar de insatisfeitas com a imagem corporal mais da metade das participantes não apresentaram hábito de fazer dieta nos dois grupos. Das que realizam dieta, estas apresentam mais comportamentos de restrição alimentar. No grupo depressão 40,0% (12) e no grupo de comparação 30,0% (9).

P2 relata: - *Estou fazendo regime “de boca”, mas acredito que não como muito. Deu peso 5 para alimentação, 8 para genética e exercícios e 7 para medicamentos. E completou: - Não me fale em exercícios que não faço, nem mesmo para emagrecer. Apresentou IMC= 30,08 (obeso I).*



**Figura 9: Distribuição da quantidade de vezes em que as participantes perderam 10 kg ou mais.**

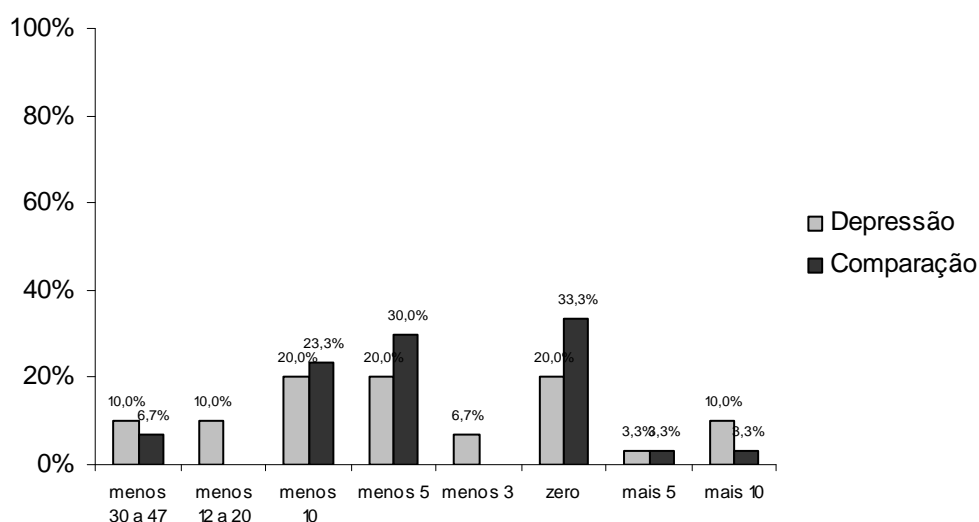
O teste Qui-quadrado calculado foi de  $X^2 = 2,577$ ;  $gl = 3$  e  $p = 0,4615$ . Indicando que diante das diferenças numéricas verificadas, não há diferença significativa entre os dois grupos com relação à quantas vezes perderam 10 quilos.

No grupo com depressão 56,7% (17) das participantes nunca perderam 10 quilos, 30% (9) perderam uma ou duas vezes; 10% (3) perderam três ou quatro vezes e 3,3% (1) cinco vezes ou mais.

No grupo de comparação 46,7% (14) nunca perderam 10 quilos; 46,7% (14) perderam uma ou duas vezes; 6,7% (2) perderam três ou quatro vezes. (Figura 6)

No presente estudo esses dados apresentam conformidade com o tipo de dieta realizada nos dois grupos. O item Nenhuma dieta (Figura 4) aparece 56,7% no grupo com depressão e não perderam 10kg 56,7%. Geralmente essas perdas de peso representam períodos em que as pessoas realizam dietas.

No grupo de comparação o item nenhuma dieta (Figura 4) aparece 50% e 46,7% nunca perderam 10 kg.



**Figura 10: Distribuição de quanto gostariam de pesar nos dois grupos.**

O teste Qui-quadrado calculado foi de  $X^2 = 7,877$ ;  $gl = 7$  e  $p = 0,3436$ . Indicando que diante das diferenças numéricas verificadas, não há diferença significativa entre os dois grupos com relação a quanto gostariam de pesar.

No grupo com depressão 10,0% (3) das participantes gostariam de pesar menos 30 a 47 quilos. Apresentam Obesidade Grau III 6,7% (2) e Grau I 3,3% (1). As participantes que gostariam de pesar menos 12 a 20 são 10,0% (3) e apresentam sobrepeso 6,7% (2) e obesidade Grau I 3,3% (1). Gostariam de pesar menos 10 são 20,0% (6) dos quais apresentam sobrepeso 13,3% (4), obesidade grau I 3,3% (1) e eutrofia 3,3% (1). Gostariam de pesar menos cinco são 20,0% (6) dos quais 16,7% (5) com sobrepeso e 3,3% (1) com eutrofia. Gostariam de pesar menos três 6,7% (2) dos quais 3,3% (1) com eutrofia e 3,3% (1) com sobrepeso. Gostariam de pesar o que pesam 20,0% (6) dos quais 16,7% (5) com eutrofia e 3,3% (1) com sobrepeso. Gostaria de pesar mais cinco 3,3% (1) e apresenta baixo peso. Gostariam de pesar mais 10 quilos 10,0% (3), sendo 6,7% (2) com baixo peso e 3,3% (1) com eutrofia (Figura 7).

No grupo de comparação 6,7% (2) gostariam de pesar menos 30 a 47 quilos, sendo obeso Grau I e obeso Grau II. Gostariam de pesar menos dez 23,3% (7), sendo 13,3% (4) com obesidade Grau I e com sobrepeso 10,0% (3). Gostariam de pesar menos cinco 30,0% (9), sendo 13,3% (4) com eutrofia, 10,0% (3) com sobrepeso e 6,7% (2) com obesidade Grau I. Gostariam de pesar o que pesam 33,3% (10), sendo 26,7% (8) com eutrofia, obeso 3,3% (1) e sobrepeso 3,3% (1). Gostariam de pesar mais cinco 3,3% (1), com eutrofia. Gostariam de pesar mais dez 3,3% (1), com baixo peso (Figura 7).

O maior índice apresentado nesse item foi em pesar menos 5kg, 20,0% no grupo com depressão e 30,0% no grupo comparação. Menos 10kg também apresentou índices semelhantes assim como manter o peso atual. Obesos Graus I e III apresentaram necessidade de pesar menos 12 a 47 kg.

**Tabela 3: Porcentagem de participantes que disseram sentir-se cobradas em relação ao peso.**

Diagnóstico	Depressão		Comparação		
	Cobranças	Sim	Não	Sim	Não
Obeso		10,0% (3)	6,7% (2)	13,3% (4)	16,7% (5)
Sobrepeso		33,3% (10)	10,0% (3)	13,3% (4)	10,0% (3)
Eutrofia		10,0% (3)	20,0% (6)	13,3% (4)	30,0% (9)
Baixo Peso		6,7% (2)	3,3% (1)	3,3% (1)	-----
<b>Total</b>		<b>60,0% (18)</b>	<b>40,0% (12)</b>	<b>43,3% (13)</b>	<b>56,7% (17)</b>

O teste Qui-quadrado calculado foi de  $X^2 = 1,669$  e  $P = 0,1965$ . Indicando que apesar das diferenças numéricas verificadas, não há diferença significativa entre os dois grupos com relação a serem cobradas pelo peso.

No item cobranças em relação ao peso 60% das participantes do grupo com depressão disseram sentir-se cobradas (10% - obesas; 33,3% - sobrepeso; 10% - eutrofia; 6,7% - baixo peso). Das 40% que não sentem cobranças (6,7% - obesas; 10% - sobrepeso; 20% - eutrofia; 3,3% - baixo peso). (Tabela 3)

As cobranças em geral vêm da família, mãe, marido e filhos que deveriam ser fonte de apoio social na melhora do quadro depressivo. A questão do peso acaba se transformando em mais um dos problemas que a paciente precisa lidar, conviver e se culpar. Apesar de não apresentarem diferenças significativas o grupo depressão apresentou índice maior de cobranças (60,0%).

No grupo de comparação 43,3% das participantes disseram sentir-se cobradas (13,3% - obesas, sobrepeso, eutrofia; 3,3% - baixo peso). Das 56,7% que não sentem cobranças (16,7% - obesas; 10% - sobrepeso; 30% - eutrofia). (Tabela 3)

No grupo de comparação também ocorreram relatos de influências familiares. F7 traz a seguinte observação: - “*não posso nem tentar emagrecer em casa, todos são gordos e vão brigar se falar em regime*”. A participante apresenta IMC = 37,17 (obesidade grau II). No BSQ apresentou uma insatisfação moderada (121), grau de discrepância -2 (EU = 7 e IDEAL

= 5) e subestimou seu peso escolhendo uma figura menor que seu IMC na *FRS*, gostaria de pesar menos 30kg. Fez dieta uma ou duas vezes com medicação, sente-se responsável pelo peso, acredita que come demais, não tem controle.

**Tabela 4: Porcentagem de participantes que disseram sentir responsabilidade pelo peso.**

Diagnóstico	Depressão			Comparação		
	Sim	Parcial	Não	Sim	Parcial	Não
Obeso	10,0% (3)	-----	6,7% (2)	26,7% (8)	3,3% (1)	-----
Sobrepeso	26,7% (8)	6,7% (2)	10,0% (3)	23,3% (7)	-----	-----
Eutrofia	10,0% (3)	3,3% (1)	16,7% (5)	30,0% (9)	10,0% (3)	3,3% (1)
Baixo Peso	3,3% (1)	-----	6,7% (2)	-----	3,3% (1)	-----
<b>Total</b>	<b>50,0%</b> <b>(15)</b>	<b>10,0%</b> <b>(3)</b>	<b>40,0%</b> <b>(12)</b>	<b>80,0%</b> <b>(24)</b>	<b>16,7%</b> <b>(5)</b>	<b>3,3%</b> <b>(1)</b>

O teste Qui-quadrado calculado foi de  $X^2 = 11,885$ ,  $gl = 3$  e  $p = 0,0026$ . Indicando que diante das diferenças numéricas verificadas, há diferença significativa entre os dois grupos com relação a responsabilidade pelo peso.

Com relação à responsabilidade pelo peso no grupo com depressão 50% disseram sentir-se responsáveis (10% - obesas; 26,7% - sobrepeso; 10% - eutrofia; 3,3% - baixo peso);



40% disseram não sentir-se responsáveis (6,7% - obesas; 10% - sobrepeso; 16,7% - eutrofia; 6,7% - baixo peso) e 10% disseram que são parcialmente responsáveis (6,7% - sobrepeso; 3,3% - eutrofia). (Tabela 4)

As participantes que disseram sentir-se responsáveis pelo peso 20,0% (6) acreditam que engordam porque comem demais; 13,3% (4) não fazem dieta; 3,3% (1) não praticam exercícios; 10,0% (3) não sabem o que acontece. As que não engordam 3,3% (1) acham que sempre foram magras; 10,0% (3) não se alimentam; 6,7% (2) fazem dieta e 10,0% não responderam a questão. As parcialmente responsáveis acreditam que comem muito 3,3% (1), acham que é a genética 3,3% (1) e não responderam 6,7% (2). (Tabela 27 do Apêndice C)

No grupo de comparação 80% disseram sentir-se responsáveis pelo peso (26,7% - obesas; 23,3% - sobrepeso; 30% - eutrofia); 3,3% disseram não sentir responsabilidade pelo peso (3,3% - eutrofia) e 16,7% sentem-se parcialmente responsáveis pelo peso (3,3% - obesas; 10% - eutrofia; 3,3% - baixo peso). (Tabela 4)

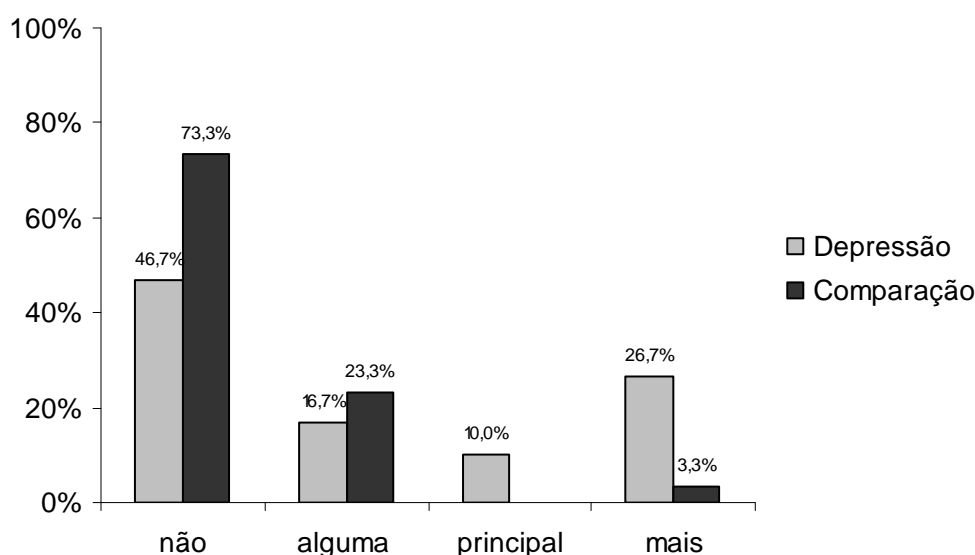
As participantes que se sentem responsáveis pelo peso 36,7% (11) comem muito; 10,0% (3) não fazem exercício; 3,3% (1) acreditam na influência da genética; 13,3% (4) fazem dieta; 6,7% (2) fazem dieta e exercícios; 10,0% (3) não responderam. Das parcialmente responsáveis 13,3% (4) não responderam, a não responsável 3,3% (1) pelo peso não faz dieta (Tabela 28 do Apêndice C).

No geral as participantes tendem a relacionar o aumento de peso com o excesso de alimentação. No grupo com depressão 20,0% e no grupo de comparação 36,7%.

P13 relata: - *“Fico vários dias sem comer para conseguir emagrecer, mas nos dias seguintes acabo comendo compulsivamente, perco o controle”*. P13 apresenta IMC= 28,9 diagnóstico sobrepeso, faz exercícios físicos (anda de bicicleta), mas de forma esporádica, relatou não fazer dieta, sente-se parcialmente responsável pelo peso, pois acredita que come muito e os remédios também interferem. Deu peso 5 à alimentação e 10 aos medicamentos.

F19 relata: - “Quando o peso aumenta é porque como demais, fora do meu normal. No inverno, por exemplo.” F 19 apresenta IMC= 22,3 diagnóstico de eutrofia, faz exercícios (caminhada) e dieta (restrição alimentar) e sente-se totalmente responsável pelo peso. Deu peso 5 à genética; 3 à alimentação; 2 aos exercícios e 7 à medicamentos. Faz uso de anticoncepcionais.

È possível que no grupo com depressão, com sintomas de depressão, as participantes apresentem dificuldade em aprender que respostas produzem conseqüências como relatado por Seligman (1977) sobre desamparo aprendido. Consequentemente não iniciam atividades físicas ou dietas, atribuindo a responsabilidade em fatores externos.



**Figura 11: Distribuição da influência do peso na avaliação pessoal nos dois grupos.**

O teste Qui-quadrado calculado foi de  $X^2 = 10,556$ ;  $gl = 3$  e  $p = 0,0144$ . Indicando que diante das diferenças numéricas verificadas, há diferença significativa entre os dois grupos com relação a influência do peso na avaliação pessoal.

No grupo com depressão com relação a influência do peso e da forma na avaliação pessoal 46,6% (14) relatam não ter influência no modo como se sente e se avalia como pessoa; 16,6% (5) relataram que o peso e a forma tiveram alguma influência; 10,0% (3) relataram que

o peso e a forma foram os principais fatores e 26,6%(8) que foram os fatores que mais influenciaram. (Figura 8)

No grupo de comparação 70,0% relataram que o peso e a forma não influenciam no modo como se sente e se avalia como pessoa; 23,3% tiveram alguma influência e 3,3% foram os fatores que mais influenciaram. (Figura 8)

Podemos constatar que o grupo de comparação apresenta o maior índice de não influência do peso na avaliação pessoal e não apresenta escolhas do peso e da forma como principais fatores.

O grupo com depressão apresenta alto índice de relação entre peso e avaliação pessoal 26,7% relacionado ao grupo comparação 3,3%. Esse item demonstra como autoestima, auto-imagem podem ser consideradas como fator importante no adoecimento. De acordo com a CID-10 o comprometimento da autoestima é um sintoma de depressão. Com relação à importância dada à imagem corporal, no grupo depressão a média calculada foi de 4,90 e no grupo comparação a média foi de 4,03.

No grupo com depressão 23,3% (7) participantes deram peso 10 a importância a imagem corporal e apresentaram baixo peso 3,3% (1), eutrofia 10,0% (3) e sobrepeso 10,0% (3). P5 deu peso 10 à importância da imagem corporal, apresentou IMC= 27,3 sobrepeso. P12 deu peso 10 à importância da imagem corporal, apresentou IMC= 18,6 eutrofia (Tabela 33 do Apêndice C).

No grupo de comparação 10,0% (3) participantes deram peso 10 a importância da imagem corporal e apresentaram obesidade 6,7% (2) e sobrepeso 3,3% (1). F8 deu peso 10 à importância da imagem corporal, apresentou IMC= 29,5 sobrepeso. F21 deu peso 10 à importância da imagem corporal, apresentou IMC= 46,3 Obeso III (Tabelas 34 do Apêndice C).

### 3.3. Mudança Corporal

**Tabela 5 – Comparação das partes do corpo que mudariam.**

<b>Partes do corpo</b>	<b>Depressão</b>	<b>Comparação</b>
Barriga	15 (22,4%)	22 (43,1%)
Nádegas	17 (25,4%)	08 (15,7%)
Seios	12 (17,9%)	10 (19,6%)
Pernas	09 (13,4%)	03 (5,9%)
Rosto	07 (10,4%)	
Quadril	02 (3%)	04 (7,8%)
Braços	04 (6%)	
Cabelo		03 (5,9%)
Cor	01 (1,5%)	
Nada		01 (2%)
Total	67 (100%)	51(100%)

Com relação às partes do corpo que mudariam aparece com maior frequência nos dois grupos barriga, nádegas e seios. No grupo com depressão nádegas em primeiro escolhido por 25,4%; barriga em segundo por 22,4% e seios em terceiro por 17,9%. No grupo de comparação barriga em 43,1%; seios em 19,6% e nádegas em 15,7%. (Tabela 5)

**Tabela 6 – Comparação dos motivos porque não mudam partes do corpo que não aceitam.**

<b>Porque não mudam</b>	<b>Depressão</b>	<b>Comparação</b>
Não tem dinheiro	23 (67,6%)	17 (42,5%)
Medo	07 (20,6%)	13 (32,5%)
Não quer/não faria	01 (2,9%)	03 (7,5%)
Não tem tempo para exercícios		05 (12,5%)
Acha caro	02 (5,9%)	01 (2,5%)
Vai fazer cirurgia	01 (2,9%)	01 (2,5%)
<b>Total</b>	<b>34 (100%)</b>	<b>40 (100%)</b>

As participantes do grupo com depressão não mudam as partes do corpo que não gostam porque 67,6% das participantes não têm dinheiro; 20,6% têm medo; 2,9% não quer/não faria; 5,9% acham caro e 2,9% vai fazer cirurgia. (Tabela 6)

No grupo de comparação 42,5% não tem dinheiro; 32,5% têm medo; 7,5% não quer/não fariam; 12,5% não tem tempo para exercícios; 2,5% acha caro e 2,5% vai fazer cirurgia. (Tabela 6)

A participante do grupo com depressão relatou o interesse em fazer cirurgia estética após emagrecimento. A participante do grupo comparação estava em preparação para cirurgia bariátrica.

É interessante observar que apenas 1(3,3%) participante do grupo depressão não faria cirurgia e 3 (10,0%) no grupo comparação.

**Tabela 7 – Comparação da Média obtida em escala numérica de 0 (nenhuma influência) até 10 (enorme influência) dos aspectos que influenciam no peso.**

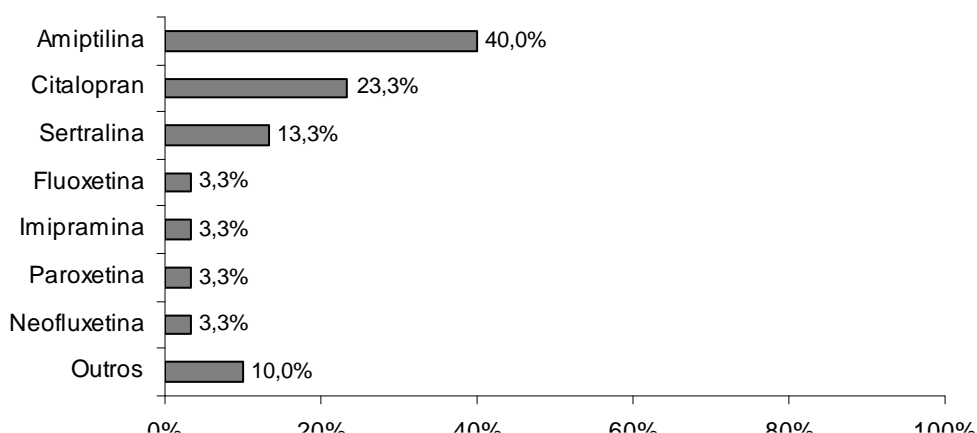
<b>Influência no peso</b>	<b>Depressão</b>	<b>Comparação</b>	<b>Teste Mann-Whitney</b>
Alimentação	6,63	6,63	U=417,00 p=0,6256
Exercícios	5,80	5,70	U=446,00 p=0,9528
Genética	4,46	4,93	U=421,00 p=0,6681
Medicação	3,66	1,06	U=301,00 p=0,0276

O teste Mann-Whitney apresentou na comparação do item genética, alimentação e exercícios para os dois grupos que não há diferença significativa entre os grupos. Apenas no item medicação há diferença entre os grupos. Mesmo utilizando medicamentos como anticoncepcionais o grupo de comparação não associa seu uso ao ganho de peso.

Com relação aos itens que influenciaram no peso, os dois grupos apresentam médias muito semelhantes e até iguais como no item alimentação que apareceu com média maior (6,63). O item exercícios aparece em segundo lugar e genética em terceiro. A medicação aparece em último lugar na influência e apresenta maior significado para o grupo com depressão (Tabela 7).

Embora os grupos tenham relacionado a questão do peso a alimentação e exercícios, apresentando médias maiores em suas escolhas, um estudo de Stunkard (1986) com adultos dinamarqueses adotivos encontrou uma forte relação entre a classe de peso dos adotivos com seus pais biológicos. Não encontrou nenhuma relação entre a classe de peso dos adotivos com seus pais adotivos. Concluiu que a genética tem papel importante na determinação da gordura em adultos humanos.

Porto, Brito, Calfa, Amoras, Vilella e Araújo (2002) num estudo com 316 Obesos Classe III constataram que o paciente relata como causa da obesidade é ansiedade 21,1%; excesso alimentar 12,9%; uso de anticoncepcional 10%; outras medicações 4%; hereditariedade 9,6%; gestações 11,5%; casamento 8,5%; cirurgia 6% e motivos diversos 16,4%. Os demais 14,8% não souberam atribuir o motivo da obesidade.



### **Figura 12: Distribuição de Antidepressivos utilizados pelo grupo com depressão.**

No grupo com depressão as pacientes que utilizaram medicamento que interfere no peso corresponde a 63,3% (19) das participantes (Amitriptilina 40,0% (12); Citalopran 23,3% (7); Sertralina 13,3% (4) e Imipramina 3,3% (1)). A Amitriptilina foi utilizada por 26,7% (8) com sobrepeso e 3,3% (1) obesidade Grau I e 6,7% (2) com eutrofia. A Imipramina foi utilizada por 3,3% (1) e apresentou eutrofia. O Citalopran foi utilizado por 6,7% (2) com obesidade Graus I e III; 6,7% (2) com sobrepeso; 6,7% (2) com eutrofia e 3,3% (1) com baixo peso (Figura 9). A Sertralina foi utilizada por 3,3% (1) com obesidade Grau I, 6,7% (2) com eutrofia e 3,3% (1) com baixo peso.

Segundo Stoppe Jr. (2004) a Amitriptilina e a Imipramina são antidepressivos tricíclicos que apresentam como efeito adverso o ganho de peso. Nardi (2006) afirma que as propriedades anti-histamínicas dos tricíclicos são responsáveis pelo aumento do apetite e conseqüente ganho de peso, além de retenção hídrica e aumento na ingestão de glicídios. O Citalopran e a Sertralina (Inibidor Seletivo da Recaptação de Serotonina) apresenta ação sedativa e propensão ao ganho de peso pela ação histaminérgica.

P17, por exemplo, não apresentou hábito de praticar exercícios físicos, não realizou dietas ao longo da vida, apresentou IMC=35,3 (Obeso I), mãe com sobrepeso e relatou: - *“Como muito quando tenho ansiedade”*. Deu peso 9 à genética, 10 à exercícios e alimentação e 0 á medicação.

P18 não apresentou hábitos de prática de exercícios, realizou dieta ao longo da vida, apresentou IMC=26,4 (sobrepeso), mãe obesa e relatou: - *“Como muito quando fico nervosa,*

*principalmente massas*”. Deu peso 1 à genética e peso 10 para alimentação, exercícios e medicação.

F24 apresentou hábito de exercícios, fez dieta ao longo da vida (restrição alimentar e medicação), apresentou IMC=32,8 (obeso I), mãe e pai com sobrepeso e relatou: - “*Minha alimentação é inadequada, sou acomodada e sedentária*”. Deu peso 2 à genética, 5 para exercícios e 8 para alimentação e medicação.

Doenças clínicas associadas foram encontradas em 7 entrevistadas do grupo com depressão 16,7% (5) com hipertensão; 6,7% (2) com diabetes; 3,3% (1) com hipotireodismo; 3,3% (1) com taxas de colesterol e triglicérides alteradas e 3,3% (1) portador de HIV.

No grupo de comparação foram relatadas doenças clínicas características de obesidade em 6,6% (2) com hipertensão e 3,3% (1) com problemas vasculares. Nesse grupo 50,0% (15) não fazem uso de medicamentos; 6,6% (2) fazem uso de antialérgicos; 30,0% (9) fazem uso de hormônios, sendo 24,4% (7) com objetivos contraceptivos, 3,3% (1) para engravidar e 3,3% (1) reposição hormonal por cirurgia de retirada de ovário.

É interessante observar que a participante com problemas vasculares apresenta obesidade Grau II, as participantes com hipertensão apresentam obesidade Grau I e eutrofia. Das 50,0% (15) que não fazem uso de medicamentos; 20,0% (6) são eutróficas; 16,7% (5) são obesas e 13,3% (4) apresentam sobrepeso.

Cunha (1999) associa a obesidade a presença de vários tipos de doenças como hipertensão, doença coronária, diabetes, hiperlipidemia, doenças respiratórias e distúrbios intestinais. Anjos (2006) acrescenta que o sobrepeso e a obesidade aumentam o risco para o acidente vascular cerebral, a osteoartrite, o câncer de endométrio, da mama, da próstata e do cólon.

No item outros problemas enfrentados nos dois grupos, considerando que podiam relatar até quatro problemas iniciando com o problema de maior importância foram relatados



no grupo com depressão um total de 80 problemas, e todas as participantes relataram pelo menos um problema ou mais e 23,3% (7) relataram o quarto problema. (Tabela 41 do Apêndice C)

O grupo de comparação relatou 49 problemas: 16,6% (5) não relataram problemas e não relataram o quarto problema. (Tabela 42 do Apêndice C)

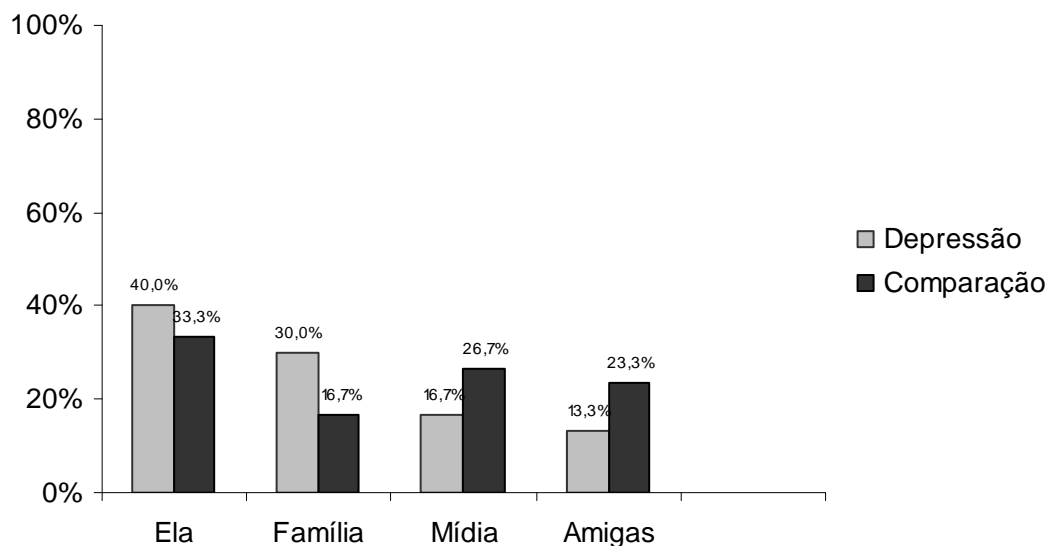
No grupo com depressão os problemas que apareceram em maior número de relatos foram: filhos em primeiro lugar, seguido da depressão, conjugais, financeiros, familiares e moradia. (Tabela 41 do Apêndice C)

No grupo de comparação os problemas mais relatados foram: financeiros em primeiro lugar, seguido de familiares, filhos, insatisfação profissional, tempo e conjugais. (Tabela 42 do Apêndice C)

No item interferência da imagem corporal no trabalho, no grupo com depressão a média calculada foi de 3,96 e no grupo de comparação média 0,83. (Tabela 33 e 34 do Apêndice C)

P23 relata: - *“Não sou mais ágil, tenho dor nas costas e dificuldades com o joelho e medo de cair”*. Apresentou IMC=32,5(obeso) e interferência da imagem corporal no trabalho igual a 9.

F22 relata: - *“Quando estou pesada fico mais indisposta, no calor sofro mais com dor nas pernas.”* Apresentou IMC=25,9(sobrepeso) e interferência da imagem corporal no trabalho igual a 6.



**Figura 13: Distribuição dos aspectos que influenciaram a construção da Imagem Corporal.**

O teste Qui-quadrado calculado foi de  $X^2=19,558$ ;  $gl=3$  e  $P= 0,0006$ . Indicando que diante das diferenças numéricas verificadas, há diferença significativa entre os dois grupos com relação aos fatores que influenciam a construção da imagem corporal.

Com relação às pessoas que influenciaram na construção da imagem corporal, no grupo com depressão 40%(12) por ela mesma; 30%(9) pela família; 16,7%(5) pela mídia; 13,3%(4) pelas amigas. No grupo de comparação 33,3% (10) por ela mesma; 26,7% (8) pela mídia; 23,3% (7) pelas amigas e 16,7% (5) pela família. (Figura 10)

No grupo com depressão constatou-se maior importância dada a elementos mais próximos (família) enquanto no grupo de comparação maior importância foi dada a elementos externos (mídia, amigas). Geralmente pacientes com depressão costumam isolar-se do convívio social, evitam situações onde se encontram muitas pessoas. Acabam relacionando-se apenas com os familiares mais próximos.

#### 4. Imagem Corporal

Segundo Freitas (2006) os dois possíveis instrumentos para avaliação específica da imagem corporal são: *Body Shape Questionnaire* (BSQ) e *Figure Rating Scale* (FRS). Ambos foram traduzidos para o português e FRS já foi validado para o Brasil.

##### 4.1. Questionário de Forma Corporal (BSQ)

**Tabela 8: Comparação dos diagnósticos nos dois grupos do *Body Shape Questionnaire* (BSQ).**

Diagnóstico (BSQ)	Depressão				Comparação			
	Sem	Leve	Moder	Grave	Sem	Leve	Moder	Grave
Obeso	-----	-----	3,3% (1)	13,3% (4)	20% (6)	6,7% (2)	3,3% (1)	-----
Sobrepeso	16,7% (5)	3,3% (1)	6,7% (2)	16,7% (5)	10% (3)	10% (3)	3,3% (1)	-----
Eutrofia	13,3% (4)	13,3% (4)	-----	3,3% (1)	36,7% (11)	6,7% (2)	-----	-----
Baixo Peso	3,3% (1)	6,7% (2)	-----	-----	3,3% (1)	-----	-----	-----
<b>Total</b>	<b>33,3% (10)</b>	<b>23,3% (7)</b>	<b>10,0% (3)</b>	<b>33,3% (10)</b>	<b>70% (21)</b>	<b>23,3% (7)</b>	<b>6,7% (2)</b>	-----

O teste Qui-quadrado calculado foi de  $X^2=14,103$ ;  $gl=3$  e  $P= 0,0028$ . Indicando que diante das diferenças numéricas verificadas, há diferença significativa entre os dois grupos com relação à insatisfação com a imagem corporal.

Encontrou-se no grupo com depressão 33,3% (10) sem distorção da imagem corporal (5 com sobrepeso; 4 com eutrofia e 1 com baixo peso); 23,3% (7) com distorção leve (1 com sobrepeso; 4 com eutrofia; 2 com baixo peso); 10% (3) com distorção moderada (1 com

obesidade; 2 com sobrepeso) e 33,3% (10) com distorção grave (4 com obesidade; 5 com sobrepeso; 1 com eutrofia) (Tabela 8).

No grupo de comparação 70% (21) sem distorção da imagem corporal (6 com obesidade; 3 com sobrepeso; 11 com eutrofia e 1 com baixo peso ); 23,3% (7) com distorção leve ( 2 com obesidade; 3 com sobrepeso; 2 com eutrofia ) e 6,7% (2) com distorção moderada ( 1 com obesidade e 1 com sobrepeso). (Tabela 8)

Observando os resultados é possível considerar que diante do adoecimento há um aumento significativo no grau de exigência com relação a aspectos da imagem corporal relacionado à diminuição da auto-estima característica da depressão.

Jonas; Pivisan; Pinho; Tonelatto; Souza e Sampaio (2003) utilizando o BSQ em 300 universitários (202 do sexo feminino – 68% e 98 do sexo masculino – 32%). Observaram que 57,5% não apresentam distorção da imagem corporal; 27,5% apresentam distorção leve; 11% distorção moderada e 4% distorção grave. Eles concluíram que a distorção é mais evidenciada no sexo feminino, mesmo quando têm peso adequado às mulheres apresentam distorção da imagem corporal.

Himelen e Thatcher (2006) num estudo com mulheres concluíram que mulheres com ovários policísticos apresentaram índice maior de depressão e maior descontentamento com o corpo. A imagem corporal era fortemente associada com depressão global, mesmo depois de controle de peso.

#### 4.2. Escala de Figuras (*Figure Rating Scale*)

**Tabela 9: Comparação da satisfação com a Imagem Corporal de acordo com a escolha das participantes na escala de figuras: *Figure Rating Scale* (FRS). (EU – IDEAL)**

(FRS)	Depressão		Comparação	
	Satisfação	Insatisfação	Satisfação	Insatisfação
Obeso	-----	16,7% (5)	6,7% (2)	23,3% (7)
Sobrepeso	-----	43,3% (13)	-----	23,3% (7)
Eutrofia	10,0% (3)	20,0% (6)	13,3% (4)	30,0% (9)
Baixo Peso	-----	10,0% (3)	-----	3,3% (1)
<b>Total</b>	<b>10,0% (3)</b>	<b>90,0% (27)</b>	<b>20,0% (6)</b>	<b>80,0% (24)</b>

O teste Qui-quadrado calculado foi de  $X^2 = 3,569$ ,  $GL = 3$  e  $p = 0,3119$ . Indicando que apesar das diferenças numéricas verificadas não há diferença significativa entre os dois grupos com relação à insatisfação com a imagem corporal.

A escala de figuras apresenta nove figuras que foram escolhidas pelas participantes, a silhueta que representa sua aparência física (EU) e a silhueta que gostaria de ter (IDEAL). Para analisar se há distorção nas escolhas é preciso comparar a figura escolhida como EU com a imagem real determinada pelo IMC calculado através do peso e altura. Consideramos que a Figura 1 representa baixo peso; as Figuras 2-5 representam eutrofia; as Figuras 6-7 sobrepeso e as Figuras 8-9 obeso.

A imagem corporal EU é aquela que o indivíduo escolhe na escala e acredita que tem uma relação com sua imagem atual (auto-imagem), a imagem IDEAL é a escolha na escala que o indivíduo gostaria de ser e está diretamente relacionada à sua auto-estima. O valor real do peso é definido pelo IMC.

A insatisfação aparece quando as escolhas das silhuetas EU e IDEAL apresentam alguma diferença. A insatisfação é determinada pela discrepância numérica entre as escolhas.

No grupo com depressão 90% das participantes apresentaram um nível de insatisfação e no grupo de comparação 80% das participantes apresentaram um nível de insatisfação com a imagem corporal (Tabela 9).

Damasceno et al. (2005) num estudo de satisfação com a imagem corporal em praticantes de caminhada observou que 76% das mulheres apresentam um nível de insatisfação com a imagem corporal.

Saur e Pasian (2008) num estudo de satisfação com a imagem corporal avaliaram 120 adultos, de ambos os sexos, com idades variando de 18 a 55 anos. Constataram que a insatisfação com a imagem corporal está relacionada ao peso corporal, ou seja, quanto maior o IMC maior a insatisfação com a imagem corporal.

No presente estudo constatou-se insatisfação nas diversas faixas de peso, independente do IMC. Estes dados coincidem com os de Sarwer, Wadden e Foster (1998); Leonhard e Bany (1998); Segal, Cardeal e Cordas (2002); Almeida (2003) e Almeida et al. (2005) que tiveram resultados onde a insatisfação independe do IMC, onde a percepção subjetiva que uma pessoa tem de seu corpo pode ser mais importante do que a realidade objetiva.

**Tabela 10: Distorção na escolha de *Figure Rating Scale* (FRS) (EU comparado ao IMC), participantes com Discrepância na escolha de *Figure Rating Scale* (FRS) (IMC - EU, IMC - IDEAL, EU - IDEAL).**

	Depressão			Comparação		
	IMC-EU	IMC-IDEAL	EU-IDEAL	IMC-EU	IMC-IDEAL	EU-IDEAL
Obeso	4	5	5	9	9	7
Sobrepeso	8	13	13	3	7	7
Eutrofia	5	8	6	9	12	9
Baixo Peso	1	3	3	----	1	1
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>29</b>	<b>27</b>	<b>21</b>	<b>29</b>	<b>24</b>

Na tabela 10 apresentamos os dados de acordo com o diagnóstico nutricional, assim o número de obesos, sobrepeso, eutrofia e baixo peso que fizeram escolhas com discrepância

nos dois grupos, independente de subestimar ou superestimar o peso, por meio do resultado do IMC menos o valor dado para EU, o valor do IMC menos o valor dado para IDEAL e o valor dado para EU menos o valor dado para IDEAL.

A distorção da imagem corporal foi observada na Tabela 10 no item IMC menos o valor EU nos dois grupos. A distorção significa que a figura escolhida como EU apresentou diferença com o IMC apresentado pela participante. (auto-imagem)

Para verificar se há diferença entre os grupos foi utilizado o teste de correlações de *Spearman* com os dados brutos (tabelas 17 e 18).

**Tabela 11: Comparação dos resultados através do teste de correlação de Spearman para os dados obtidos através do Índice de Massa Corporal (IMC) e Body Shape Questionnaire (BSQ).**

Grupos	Depressão	Comparação
IMC/EU	rs= 0,7230 P= 0,0001	IMC/EU rs= 0,7167 p= 0,0001
IMC/IDEAL	rs= 0,4002 P= 0,0283	IMC/IDEAL rs= 0,5553 p= 0,0014
EU/IDEAL	rs= 0,4270 P= 0,0189	EU/IDEAL rs= 0,6444 p= 0,0001

Constatou-se com os resultados do Teste *Spearman* que não há diferenças significativas entre os grupos em relação à discrepância e distorção apresentadas.

O grau de discrepância determina a diferença entre a figura que a participante escolhe como EU, com a diferença da figura IDEAL escolhida por ela. Assim uma discrepância (-6) significa que a participante escolheu a Figura 7 como EU e a 1 como IDEAL. Uma discrepância positiva significa que a participante escolhe uma figura para IDEAL maior que a escolha como EU. Uma discrepância (+2) quer dizer que a figura EU pode ser representada pela imagem 1 e a IDEAL pela imagem 3.

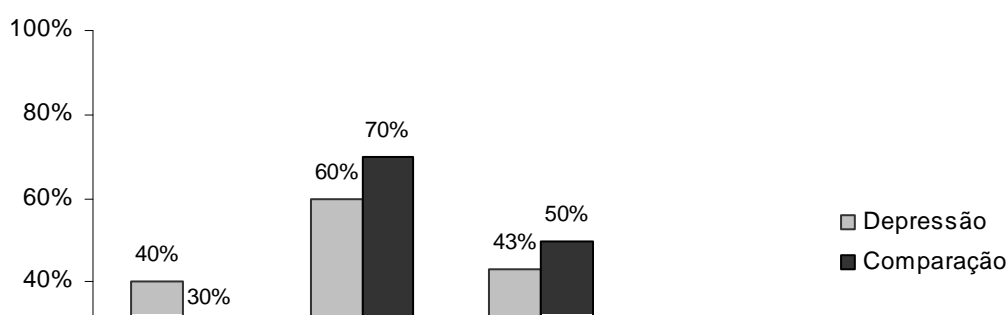
Quanto maior a distância na escolha entre as figuras EU e IDEAL, maior a discrepância. Quanto maior a discrepância maior a insatisfação com a Imagem Corporal.

Com relação à escolha das figuras no grupo com depressão 10% (3) escolheram a mesma figura para ideal e EU, enquanto 76,7% (23) escolheram figuras menores para ideal e 13,3% (4) escolheram figuras maiores para ideal. (Tabela 17 do Apêndice C)

De acordo com o IMC, no total das participantes consideradas obesas 16,7% (5) e com sobrepeso 43,3% (13) escolheram figuras menores para IDEAL em relação ao real. Na eutrofia 10,0% (3) escolheram como EU e IDEAL a mesma figura enquanto 16,7% (5) figuras menores para ideal e 3,3% (1) figura maior para ideal, 6,7% (2) com baixo peso escolheram figura ideal maior que EU.

No grupo de comparação 20% (6) escolheram a mesma figura para EU e IDEAL, enquanto 73,3% (22) escolheram como IDEAL figuras menores que a real e 6,7% (2) figuras maiores que a real. (Tabela 18 do Apêndice C)

Na obesidade 6,7% (2) escolheram EU e IDEAL iguais e 23,3% (7) IDEAL maior que EU; no sobrepeso 23,3% (7) escolheram figuras menores como IDEAL. Na eutrofia 13,3% (4) escolheram IDEAL e EU a mesma figura, enquanto 26,7% (8) escolheram figuras IDEAL menores e 3,3% (1) figura maior para IDEAL; no baixo peso 3,3% (1) escolheram uma figura maior para IDEAL.





**Figura 14: Comparação da Distorção da Imagem Corporal encontrada nos dois grupos. (IMC-EU)**

O teste Qui-quadrado calculado foi de  $X^2=0,662$ ,  $gl=2$  e  $p=0,7181$ . Indicando que diante das diferenças numéricas verificadas, não há diferença significativa entre os dois grupos em relação à distorção da imagem corporal.

A distorção da imagem corporal pode ser definida como um estado subjetivo no qual se verifica alteração na percepção da imagem corporal, resultante direta da discrepância nos valores numéricos relativos à auto-avaliação. Ou seja, quanto maior a discrepância, maior a distorção.

Para analisarmos a distorção da imagem corporal os resultados encontrados do IMC foram relacionados a *FRS* correspondente (ver quadro 2 p. 29) e à partir disso foi possível verificar se a participante escolheu para se representar uma figura corresponde ao IMC, uma figura menor(subestimou) ou maior (superestimou) seu peso.

Encontramos 40% (12) das participantes do grupo com depressão com escolhas sem distorção. Das 60% (18) que apresentaram distorção, 43,3% (13) subestimaram o peso (20% (6) com sobrepeso; 16,7% (5) obesas e 6,7% (2) com eutrofia), enquanto 16,7% superestimaram o peso (10% (3) com eutrofia 3,3%(1) com sobrepeso e 3,3% (1) com baixo peso). (Figura 11)

P24 apresentou distorção característica de anorexia, pois sua representação Eu escolhida foi a Figura 7 e IDEAL 1, considerando que seu IMC corresponde a Figura 2. O diagnóstico da paciente corresponde a Anorexia Bulímica, pois além da distorção da imagem

corporal, apresenta métodos purgativos para evitar o aumento de peso além do diagnóstico de depressão.

No grupo de comparação 30,0% das participantes apresentaram escolhas sem distorção. Das 70,0% que apresentaram distorção, 50,0% subestimaram o peso (30,0% (9) obesas e 10,0% (3) com sobrepeso e 10,0% (3) com eutrofia) e 20% superestimaram o peso (todas com eutrofia).

Constatamos que escolhas com distorção apareceram com alto índice nos dois grupos. Apenas 40,0% no grupo com depressão e 30,0% no grupo comparação não apresentaram distorção, ou seja, escolheram figura para EU que coincidiram com o IMC avaliado.

Kakeshita e Almeida (2006) num estudo sobre imagem corporal com universitários observaram que mulheres eutróficas e portadoras de sobrepeso superestimam o seu tamanho corporal, ao contrário das mulheres obesas que subestimam seu tamanho corporal.

No grupo com depressão desse estudo observamos que grande parte das mulheres com sobrepeso e obesas subestimou o peso enquanto as eutróficas superestimaram.

No grupo de comparação desse estudo as obesas subestimaram o peso e as eutróficas superestimaram.

**Tabela 12: Características do pai e mãe identificadas pelos participantes através da Figure Rating Scale (FRS). (Os resultados dos pais aparecem em itálico e das mães em negrito).**

Filiação	Depressão				Comparação			
	<i>Pai</i> / Mãe		Depressão		<i>Pai</i> /Mãe		Comparação	
Diagnóstico	Obeso	Sobrep	Eutrofia	Baixo	Obeso	Sobrep	Eutrofia	Baixo
Obeso	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>3</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>3</i>	<i>5</i>	<i>0</i>
	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>0</b>
Sobrepeso	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>11</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>4</i>	<i>2</i>
	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
Eutrofia	<i>0</i>	<i>3</i>	<i>5</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>4</i>	<i>7</i>	<i>0</i>
	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>6</b>

<b>Baixo peso</b>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>0</i>
	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

No grupo com depressão, obesos apresentaram um dos pais obesos em apenas 3,3% (1), com sobrepeso 6,7% (2). Participantes com sobrepeso apresentaram um dos pais obesos 16,7% (5) e com sobrepeso 6,7% (2). No total 33,4% apresentaram risco de origem genética. (Tabela 12)

No grupo de comparação, participantes obesos apresentaram um dos pais obesos em 3,3% (1), com sobrepeso em 26,7% (8). Participantes com sobrepeso apresentaram um dos pais obesos apenas 3,3% (1), com sobrepeso 20,0% (6). No total 53,3% apresentaram risco de origem genética. (Tabela 12)

Ajuriaguerra e Marcelli (1991) afirmam que nas famílias de obesos se entrelaçam fatores genéticos e hábitos alimentares. Cunha (1999) afirma que basta que um dos progenitores seja obeso para que o filho tenha 40% de chance de herdar o risco. Se os dois forem obesos sobe para 80%. Quando a mãe é obesa as possibilidades são maiores, pois é ela quem cuida da alimentação. Estudos estimam em cerca de 30% a influência do genoma. Dos 70% restantes, 10% seriam fatores transmitidos culturalmente. (BURD, 2004).

Porto et al (2002) num estudo com Obesos Classe III constataram que 81% apresentaram história familiar para obesidade (mãe e/ou irmãos: 55% - 56% e pai 22,6%). A obesidade foi relatada desde a infância em 36%, durante a puberdade 14%, nas sucessivas gestações 33% e outros períodos da vida 17%.

Nesse estudo o grupo de comparação apresentou índice maior de risco genético para obesidade assim como apresentou maior número de participantes obesos em relação ao grupo com depressão. Porém na somatória de obesos/sobrepeso não há diferença entre os grupos. Devemos lembrar que a genética é sempre associada a fatores ambientais na determinação da

obesidade, assim como de outros transtornos. Nos grupos avaliados aos fatores participativos podem ser acrescentados a inadequação alimentar e o sedentarismo.

#### **IV – CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A imagem corporal constitui um tema amplo, suas possibilidades de distorção apresentam multifatores, sua percepção pode ser adequada, mas pode apresentar inúmeras patologias quando há distorção. Constitui tema de grande importância para pacientes que fazem uso de antidepressivos e para a sociedade contemporânea.

O presente trabalho teve o objetivo de conhecer aspectos da imagem corporal e o diagnóstico nutricional de dois grupos, um em tratamento com antidepressivos e outro que não faz uso de antidepressivos, levantou os hábitos de vida em relação à prática de atividades

físicas, dieta e mudanças corporais para avaliar a relevância de algum aspecto no aumento do peso na concepção das participantes.

Os resultados do diagnóstico nutricional mostraram a tendência no aumento do contingente de obesos/sobrepeso no Brasil como relataram Cordas e Azevedo (2005). A obesidade é considerada atualmente um problema de saúde pública e vem aumentando alarmantemente de acordo com Cunha (1999).

A equivalência de obesidade/sobrepeso nos dois grupos desmistifica a relevância da medicação no aumento de peso, embora seja um aspecto que interfere, a alimentação inadequada e a ausência de prática de exercícios físicos são fatores importantes.

Os grupos caracterizaram-se por apresentarem insatisfação com a imagem corporal, quando realizaram dieta foi principalmente restrição alimentar e tendem a não ter hábito de praticar exercícios físicos. Esses dados apresentam conformidade com a literatura.

Para Queiroz e Otta (2000) a beleza é tão importante para as mulheres que a insatisfação com o peso apresenta impacto negativo sobre sua autoestima.

Para as participantes do grupo com depressão os aspectos que mais influenciaram a construção da imagem corporal são constituídos pela família. No grupo comparação os aspectos mais significativos são a mídia e as amigas.

As partes do corpo que mais causam insatisfação nos dois grupos são nádegas, barriga e seios. As participantes não fariam cirurgia para mudar em primeiro lugar por falta de dinheiro e em segundo lugar aparece o fator medo.

Stunkard (1986) num estudo com adotivos concluiu papel importante da genética na determinação do peso. Nos dois grupos estudados houve um equilíbrio na média dos fatores relacionados ao aumento de peso, genética, alimentação, exercícios e medicação. Ao mesmo em seus relatos sugerem que comem demais e não praticam atividades físicas. A medicação teve mais importância para o grupo com depressão.

Podemos constatar que diante desses resultados o trabalho contribuiu para desmistificar o medicamento como único aspecto interferindo no aumento de peso. A alimentação inadequada e o sedentarismo são fatores que devem ser considerados.

Mattos (2003) considera a interação de fatores na determinação da obesidade. Burd (2004) considera a herança genética relevante, mas acrescenta fatores culturais como participativos. Sichieri e Souza (2006) destacam o consumo de alimentos calóricos e o baixo encorajamento para a prática de atividades físicas. Kaplan e Sadock (2007) salientam a redução da atividade física.

Diferenças significativas entre os grupos foram encontradas nos aspectos cobranças pelo peso, insatisfação e distorção da imagem corporal. O grupo depressão sente-se mais cobrado e apresentam maior número de representantes com distorção da imagem corporal.

Kakeshita e Almeida (2006) observaram que mulheres eutróficas e com sobrepeso tendem a superestimar peso, ao contrário das obesas que subestimam o peso. Resultados semelhantes foram encontrados nos dois grupos.

No grupo com depressão mulheres com sobrepeso e obesas subestimaram o peso e eutróficas superestimaram. Constatou-se uma participante com diagnóstico de anorexia apresentando escolha de figura com distorção característica do diagnóstico sugerido. No grupo de comparação, as obesas subestimaram o peso e eutróficas superestimaram.

È importante ressaltar que na questão da obesidade é necessário considerar ações na coletividade que auxiliem na redução dos fatores de risco como melhorias no ambiente que facilitem atividades e lazer, estímulo a produção e comercialização de produtos como frutas e verduras (SICHIERI e SOUZA, 2006).

Algumas doenças tipicamente encontradas em pacientes obesos foram encontradas no grupo com depressão como hipertensão, diabetes, hipotireoidismo, altas taxas de colesterol e hiperlipidemia. No grupo comparação foram encontradas doenças vasculares e hipertensão

com menor incidência. Algumas dessas doenças associadas à obesidade foram citadas por Hapern e Rodrigues (2006).

É importante lembrar a necessidade de outras pesquisas com o tema, que possam contribuir com os dados encontrados e construir mais informações à respeito da depressão e da influência da imagem corporal no tratamento. A doença traz em si o comprometimento com a autoestima e precisa de tratamento que na medida do possível minimize os efeitos indesejáveis como aumento de peso e retenção hídrica.

Será proposto um trabalho em grupo com as trabalhadoras da instituição com o tema Qualidade de Vida, fundamentado pelos resultados da presente pesquisa. Incluir no projeto orientação nutricional.

Apresentar no início do tratamento no CAPs III, um programa planejado com número de sessões definidas para abordar questões sobre o tratamento com antidepressivos, importância de manter hábitos saudáveis como prática de atividades físicas e alimentação adequada que não favoreça o aumento de peso, incluindo orientação nutricional. Além disso, orientar sobre a doença, sintomas e importância do tratamento.

Devemos ressaltar a importância de uma abordagem interdisciplinar no tratamento de quadros depressivos e de transtornos alimentares/obesidade. Orientação nutricional e preparador físico são importantes profissionais para participarem dessas equipes.

## **V – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

ACKARD, D. M.; CROLL, J.K.; KEARNEY-COOKE, A. Dieting frequency among college females: association with disordered eating, body image and related psychological problems. **Journal of Psychosomatic Research**. Vol. 52(3) mar 2002, 129-136.

AJURIAGUERRA, J; MARCELLI, D. **Psicopatologia Infantil**. Tradução Alceu Edir Filman. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

ALMEIDA, G.A.N. A imagem corporal em mulheres: aspectos psicossociais e a cirurgia de restrição gástrica. Tese de Doutorado não-publicada, Curso de Pós-graduação em Psicologia, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2003.

ALMEIDA, G. A. N; SANTOS, J.E.; PASIAN, S.R.; LOUREIRO S.R. Percepção de Tamanho e Forma Corporal de Mulheres: Estudo Exploratório. **Psicologia em Estudo**. V10 n.1 Maringá jan/abr 2005.



ANDRÉ, C. Questão de auto-estima. **Revista Mente Cérebro**. Ano XIV. Nº 164, 48-53, set. 2006.

ANJOS, L. A. dos. **Obesidade e Saúde Pública**. Coleção Temas em Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

ASSIS, S. G. **Labirinto de espelhos: formação da auto-estima na infância e na adolescência**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

ASSUMPTÃO JR., F.B. A questão da beleza ao longo do tempo. In Busse, S.R.(org.), **Anorexia, Bulimia e Obesidade**. São Paulo: Manole, 2004.

BAPTISTA, M. N.; ASSUMPTÃO JR., F. B. **Depressão na adolescência. Uma visão Multifatorial**. São Paulo: EPU, 1999.

BAPTISTA, M. N.; VARGAS, J. F.; DAHER BAPTISTA, A. S. Depressão e qualidade de vida em uma amostra brasileira de obesos mórbidos. **Avaliação Psicológica**, 7(2), p. 235-247, 2008.

BECK, A. **Terapia Cognitiva da Depressão**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

BEE, H. **O Ciclo Vital**. Trad. Regina Garcez. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

BOLTANSKI, L. **As Classes Sociais e o Corpo**. Tradução: Regina A. Machado. São Paulo: Paz e Terra, 2004.

Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BURD, M. Obesidade e Família. In: MELLO Fº, J. E BURD D. (orgs) **Doença e Família**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

BUSSE, S. R.(org.). **Anorexia, Bulimia e Obesidade**. São Paulo: Manole, 2004.

BUSSE, S.R.; SILVA, B.L. Transtornos Alimentares. In: Busse, S. R. (org.). **Anorexia, Bulimia e Obesidade**. São Paulo: Manole, 2004.

CABALLO, V. E. **Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento**. Tradução: Marta Donila Claudino. São Paulo: Santos, 2007.

CARANO, A.; DE-BERARDIS, D.; GAMBI, F.; DI-PAOLO, C.; CAMPANELLA,D.; PELUSI,L.; SEPEDE, G.; MANCINI, E.; LA-ROVERE, R.; SALINI, G.; COTELLESA, C.; SALERNO, R.M.; FERRO, F.M. Alexithymia and Body Image in Adult Outpatients with Binge Eating Disorder. **International Journal of Eating Disorders**. Vol. 39(4), p. 332-340, 2006.

CONTI, M. A.; M. F. FRUTUOSO; GAMBARDELLA, A. M. D. Imagem Corporal e Grau de Satisfação por Áreas Corporais de Adolescentes. **Anais do II Congresso Interamericano de Psicologia da Saúde: Corpo e (In) Satisfação** (p.71), São Paulo: Psicologia Hospitalar/ Centro de Estudos em Psicologia da Saúde, FMUSP – HC – vol 1, Suplemento 1, 2003.

COOPER, P.; TAYLOR, M.J.; COOPER, Z. E FAIRBURN, C.G. The Development and Validation of the Body Shape Questionnaire. **International Journal of Eating Disorders**, v6, p. 485-94, 1987.

CORDÁS, T. A.; AZEVEDO, A. P. Contra os estigmas da Balança. **Revista Mente Cérebro**. Ano XIII. Nº 152, 56-61, 2005.

CORDÁS, T.A; SALZANO, F.T. **Saúde Mental da Mulher**. São Paulo: Atheneu, 2006.

CUNHA, L. N. **Dietbook**. São Paulo: Mandarim, 1999.

CURY, A. J. **A ditadura da beleza e a revolução das mulheres**. Rio de Janeiro: Sextante, 2005.

DAMASCENO, V.; LIMA J.P.R.; VIANNA J.M.; VIANNA V.R.A.; NOVAES J.S. Tipo físico ideal e satisfação com a imagem corporal de praticantes de caminhada. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**. V. 11 n. 3 Niterói, 2005.

DI PIETRO, M.; XAVIER e SILVEIRA, D. . **Desempenho da escala “Body Shape Questionnaire” em uma população de estudantes universitários**. Trabalho apresentado no V encontro de Transtornos Alimentares e Obesidade, Gramado, RS, 2003.

DONATO, A. OSÓRIO, M.G.F.; PASCHOAL, P. V.; MARUN, R.H. Obesidade. In: BUSSE, S. R. (org.). **Anorexia, Bulimia e Obesidade**. São Paulo: Manole, 2004.

EGGERS, C; LIEBERS, V. Quero Mais. **Revista Mente Cérebro**. Ano XIII. Nº 152, 48-55, 2005.

FIRST, M. B. **Manual de diagnóstico diferencial do DSM-IV**. Trad. Dayse Batista. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

FREITAS, S.R. Instrumentos para Avaliação dos Transtornos Alimentares. In: NUNES, M. A.; APPOLINARIO, J. C.; GALVÃO, A. L.; COUTINHO, W. **Transtornos Alimentares e Obesidade**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

GALVÃO, A. L.; PINHEIRO, A. P.; SOMENZI, L. Etiologia dos Transtornos Alimentares. In: NUNES, M. A.; APPOLINARIO, J. C.; GALVÃO, A. L.; COUTINHO, W. **Transtornos Alimentares e Obesidade**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

GALVÃO, A. L.; CLAUDINO, A. M.; BORGES, M. B. F. Aspectos históricos e evolução do diagnóstico. In: NUNES, M. A.; APPOLINARIO, J. C.; GALVÃO, A. L.; COUTINHO, W. **Transtornos Alimentares e Obesidade**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

GIGANTE, D. P.; BARROS, F. C.; POST, C. L. A. e OLINTO, M. T. A. Prevalência de obesidade em adultos e seus fatores de risco. **Revista de Saúde Pública**. Vol. 31 nº 3, p. 236-46, 1997.

GILLET, R. **Superando a Depressão. Um Prático de Auto-ajuda**. São Paulo: Nova Cultural, 1996.

GIOIA-MARTINS, D. Ditadura do Corpo Magro: um Ideal Construído? **Anais do II Congresso Interamericano de Psicologia da Saúde: Corpo e (In) Satisfação** (p.69), São Paulo: Psicologia Hospitalar/ Centro de Estudos em Psicologia da Saúde, FMUSP – HC – vol 1, Suplemento 1, 2003.

GOMES, G. R.; CARAMASCHI, S. **Valorização de Beleza por Adolescentes de Diferentes Classes Sociais. Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 12, n. 2, p 295-303, 2007.

GRAEFF, F. G.; GUIMARÃES, F. S. **Fundamentos de Psicofarmacologia**. São Paulo: Atheneu, 2005.

HALPERN, Z.; RODRIGUES, M. D. B. Obesidade Infantil. In: NUNES, M. A.; APPOLINARIO, J. C.; GALVÃO, A. L.; COUTINHO, W. **Transtornos Alimentares e Obesidade**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

HIMELEIN, M. J; THATCHER, S. S. Depression and Body Image among Women with Polycystic Ovary Syndrome. **Journal of Health Psychology**. Vol 11(4), 613-625, 2006.

HARTER, S. The determinations and mediational role of global self-worth in children. In N. Eisenberg (Ed.), **Contemporary topics developmental psychology** (pp. 219-242). New York: Wiley Inter Science. Int. 1, 39,41, Int. 4, 1988.

HARTER, S. Process underlying adolescent self-concept formation. In R. Montemayor, G.R. Adams e T.P. Gullota (Eds.) **From childhood to adolescence. A transitional period** (pp. 205-239). Newbury Park, CA: Sage. 39,41,44, Int 4, 1990.

HOPWOOD, P. The Assessment of Body Image in Cancer Patients. **European Journal of Cancer**, vol. 29A, N° 2, pp. 276-281, 1993.

JONAS, A.L.; PIVISAN, B.A.T.; PINHO, V; TONELATTO, J.M.F.; SOUZA, R.S.; SAMPAIO, M. Gênero e Distorção da Imagem Corporal em Estudantes Universitários. **Anais do II Congresso Interamericano de Psicologia da Saúde: Corpo e (In) Satisfação** (p.70), São Paulo: Psicologia Hospitalar/ Centro de Estudos em Psicologia da Saúde, FMUSP – HC – vol. 1, Suplemento 1, 2003.

LEONHARD, M.L. e BANY, N.J. Body image and obesity: effects of gender and Weight on perceptual measures of body image. **Addictive Behaviors**, 23 (1), 31-34, 1998.

KAKESHITA, I. S.; ALMEIDA, S.S. Relação entre Índice de Massa Corporal e a Percepção da Auto-imagem em Universitários. **Revista de Saúde Pública**. V. 40 n.3 São Paulo, 2006.

KAPLAN, B. J.; SADOCK, V. A. **Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. Tradução Cláudia Dornelles...[et al.] . 9ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2007.

KITTLER, J.E.; MENARD, W.; PHILLIPS, K. A. Weight concerns in individuals with body dysmorphic disorder. **Eating-Behaviors**. Vol 8(1), 115-120, 2007.

MALDONATO, M. Os Aposentos Vazios da Depressão. **Revista Mente Cérebro**. Ano XIV N° 160, p. 38-45, 2006.

MATTOS, D. G.; GAZZOLA, R. A.; SALGADO, M. H.; NEME, C. M. B. Estudo de Transtornos Alimentares em Pacientes com Obesidade Mórbida no Pré-operatório. In: NEME, C. M. B; RODRIGUES, O. P. R. (org.) **Psicologia da Saúde: Perspectivas Interdisciplinares**. São Carlos: Rima, 2003.

MELLO, L. C. **Avaliação e Intervenção Psicossocial e Nutricional com Crianças em Condição de Sobrepeso e Obesidade**. Dissertação de Mestrado não-publicada, Universidade estadual Paulista, Bauru, SP, 2008.

MELLO Fº, J. e BURD D. (orgs). **Doença e Família**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

MORENO, D.H.; DIAS, R.S.; KERR-CORRÊA, F. e MORENO, R. A. Transtorno do Humor. In: CORDÁS, T.A; SALZANO, F.T. **Saúde Mental da Mulher**. São Paulo: Atheneu, 2006.

NAKAMURA, E. Representações sobre o corpo e hábitos alimentares: o olhar antropológico sobre aspectos relacionados aos transtornos alimentares. In: BUSSE, S. R.(org.). **Anorexia, Bulimia e Obesidade**. São Paulo: Manole, 2004.

NARDI, A. E. **Questões Atuais sobre Depressão**. São Paulo: Lemos Editorial, 2006.

NEME, C. M. B; RODRIGUES, O. P. R. (org.) **Psicologia da Saúde: Perspectivas Interdisciplinares**. São Carlos: Rima, 2003.

NUNES, M. A.; APPOLINARIO, J. C.; GALVÃO, A. L.; COUTINHO, W. **Transtornos Alimentares e Obesidade**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

OMS. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas; trad. Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

PEREIRA, J.B. A linguagem do corpo na sociedade brasileira: do ético ao estético. In: QUEIROZ, R. S. (org.) **O corpo do brasileiro. Estudos de estética e beleza**. São Paulo: SENAC, 2000.

PORTO, M.C.V.; BRITO, I.C.; CALFA, A.D.F.; AMORAS, M.; VILELLA, N.B. e ARAUJO, L.M.B. Perfil do Obeso Classe III do Ambulatório de Obesidade de um Hospital Universitário de Salvador, Bahia. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabolismo**. V 46. n 6, 2002.

QUEIROZ, R. S.(org.) **O corpo do brasileiro. Estudos de estética e beleza**. São Paulo: SENAC, 2000.

RAMOS, A. S.; PATRÃO, I. Imagem corporal da mulher com cancro de mama: Impacto na qualidade do relacionamento conjugal e na satisfação sexual. **Análise Psicológica**, 3 (XXIII): 295-304, 2005.



RAVALDI, C.; VANNACCI, A.; BOLOGNESI,E.; MANCINI, S.; FARAVELLI, C.; RICCA, V. Gender role, eating disorder symptoms, and body image concern in **ballet** dancers. **Journal of Psychosomatic Research**. Vol. 61(4), 529-535, 2006.

REHM, L. P. Métodos de Autocontrole. IN: CABALLO, V. E. **Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento**. Tradução: Marta Donila Claudino. São Paulo: Santos, 2007.

ROMERO, E.(org.). **Corpo, mulher e sociedade**. Coleção Corpo e Motricidade. Campinas/SP: Papyrus, 1995.

ROSEMBERG, F. A Educação Física, os Esportes e as Mulheres: Balanço da Bibliografia Brasileira. IN: ROMERO, E.(org.). **Corpo, mulher e sociedade**. Coleção Corpo e Motricidade. Campinas/SP: Papyrus, 1995.

SAIKILI, C. J.; SOUBHIA, C. S.; SCALFARO, B. M.; CORDÁS, T. A. Imagem Corporal nos transtornos Alimentares. **Revista de Psiquiatria Clínica**. 31(4); 164-166, 2004.

SALZANO, F. T. e CORDÁS, T. A. Transtornos Alimentares. In: CORDÁS, T.A; SALZANO, F.T. **Saúde Mental da Mulher**. São Paulo: Atheneu, 2006.

SARWER, D.B.; WADDEN, T.A. e FOSTER, G.D. Assessment of body image dissatisfaction in obeso women: specificity, severity and clinical significance. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**. 66(4), 651-654, 1998.

SAUR, A. M. e PASIAN, S. R. Satisfação com a imagem corporal em adultos de diferentes pesos corporais. **Avaliação Psicológica**. 7(2), p. 199-209, 2008.

SCAGLIUSE, F. B.; POLACOW, V. O.; CORDÁS, T. A.; COELHO, D.; ALVARENGA, M.; PHILIPPI, S. T.; LANCHÁ JR, A. H.. Concurrent and Discriminant validity of the Stunkard's Figure Rating Scale adapted into Portuguese. **Appetite**, 2005 (submetido).

SEGAL, A.; CARDEAL, M.V. e CORDÁS, T.A. Aspectos Psicossociais e psiquiátricos da Obesidade. **Revista de Psiquiatria Clínica**. 29(2), 81-89, 2002.

SELIGMAN, M. E. P. **Desamparo. Sobre depressão, desenvolvimento e morte**. São Paulo: Hucitec, 1977.

SCHILDER, P. **A Imagem do Corpo. As Energias Construtivas da Psique**. Tradução: Roseane Wertman. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

SHARMA, A; HOWARD, A.A; SCHOENBAUM, E. E; BUONO, D; WEBBER, M. P. Body image in middle-aged HIV-infected and uninfected women. **AIDS Care**. Vol 18(8), 998-1003, 2006.

SICHERI, R.; SOUZA, R. A. G. Epidemiologia da Obesidade. In: NUNES, M. A.; APPOLINARIO, J. C.; GALVÃO, A. L.; COUTINHO, W. **Transtornos Alimentares e Obesidade**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

SIVADON, P.; FERNANDEZ-ZOILA, A. **Corpo e terapêutica. Uma psicopatologia do corpo.** Tradução Regina Steffen. Campinas, SP: Papirus, 1988.

STOPPE JR., A. **Depressão em Idosos.** São Paulo: Lemos Editorial, 2004.

STUNKARD, A. J.; SORENSEN, T.; SCHLUSINGER, F. Use of the danish adoption register for the study of obesity and thinness. In: KETY, S. et al. (Ed). **The genetics of neurological and psychiatric disorders.** p.115-120, New York: Raven, 1983.

STUNKARD, A. J. An Adoption Study of Human Obesity. **New England Journal of Medicine.** Vol 314(4), 193-198, 1986.

STUNKARD, A. J.; WADDEN, T. A. Psychological aspects of severe obesity. **American Journal of Clinical Nutrition,** V. 55, p. 524-532, 1992.

TAVARES, M. C. G. C. **Imagem Corporal.** São Paulo: Manole, 2003.

TANNENHAUS, N. **Distúrbios Alimentares: como tratar e evitar.** Tradução: Paulo Fróes. Rio de Janeiro: Ediouro, 1994.

VEGGI, A. B; LOPES, C.S.; FAERSTEIN E.; SICHIERI R. 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.** V. 26 n. 4 São Paulo, 2004.

WOODMAN, M. **A Coruja era Filha do Padeiro. Obesidade, Anorexia Nervosa e o Feminino Reprimido.** São Paulo: Cultrix, 1980.

WOLF, N. **O Mito da Beleza.** Tradução Waldéa Barcellos. Rio de Janeiro: Rocco, 1992.

YONKERS, K; STEINER, M. **Depressão em Mulheres.** São Paulo: Lemos Editorial, 2001.

# **VI – APÊNDICES**

**Apêndice A:**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Termo de consentimento para participação livre e espontânea na pesquisa:**

“Percepção da imagem corporal em pacientes com diagnóstico de depressão”.

(RESOLUÇÃO 196, de 10 de outubro de 1996 – CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE).

Fui informada sobre o seguinte:

Será realizada uma investigação da “Percepção da imagem corporal em pacientes com diagnóstico de depressão” atendidos pelo CAPS<sup>3</sup>, tendo como grupo de comparação funcionários do CAIS “Clemente Ferreira”, sob responsabilidade da pesquisadora Gislaine Lima da Silva, aluna de Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem – UNESP/Bauru.

Espera-se com esse trabalho uma investigação da percepção da imagem corporal de pacientes com diagnóstico de depressão, verificando o quanto essa medida tem importância no conjunto de problemas enfrentados pelo indivíduo adoecido.

**Objetivo da Pesquisa:** verificar o índice de massa corporal (IMC) e comparar com o ideal de imagem construído pelo indivíduo. Verificar a porcentagem de obesidade nos casos observados.

**Participação:** responder questionário auto-aplicável (Body Shape Questionnaire), assinalar a escala de figuras sobre imagem corporal e participar de uma entrevista com o pesquisador para demais esclarecimentos sobre história de vida e hábitos.

**Riscos:** não há riscos para a minha integridade física, mental e moral.

**Benefícios:** as informações coletadas permitirão avaliar o nível de obesidade, bem como observar se há discrepância entre imagem corporal real e ideal.

**Privacidade:** os dados são confidenciais. Os resultados coletivos serão divulgados no meio científico.

**Contato com o pesquisador:** terei acesso para esclarecimentos de dúvidas e reclamações.

É de livre e espontânea vontade minha participação na pesquisa.

Ciente disso, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura

Local e Data

(Sujeito da Pesquisa ou representante legal)

**Dados do pesquisador:**

Nome: Gislaine Lima da Silva

Endereço: Rua Dr. Arnaldo Bastos, 214

Telefone: (14) 3522-3934

E-mail: gilisilva@ig.com.br

**Apêndice B:**

Entrevista Estruturada

Nome: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ anos

Qual sua raça?

1. Negra
2. Branca
3. Amarela
4. Outra. Qual? \_\_\_\_\_

Qual é seu nível de escolaridade?

1. Ensino fundamental incompleto
2. Ensino fundamental completo
3. Ensino médio incompleto
4. Ensino médio completo
5. Ensino superior incompleto
6. Ensino superior completo

Qual seu estado civil?

Quantos filhos tem? Idade dos filhos?

Pacientes:

Tempo de tratamento?

Tempo de tratamento no Caps , 1ª vez?

CID:

Medicamentos psiquiátricos utilizados nos últimos 6 meses:

Funcionários:

Faz tratamento? Para que? Há quanto tempo?

Medicamentos utilizados nos últimos 6 meses

Qual foi o seu peso mais alto? (exclua períodos de gestação) \_\_\_\_\_ kg

Quantas vezes, aproximadamente, você perdeu 10kg ou mais, não por motivo de doença, e recuperou-os depois?

1. Nunca
2. Uma ou duas vezes
3. Três ou quatro vezes
4. Cinco vezes ou mais

Você já fez algum tipo de dieta ao longo desse período? Quais?

Desde que você é adulto (18 anos de idade), quanto tempo passou fazendo dieta, tentando seguir uma dieta ou, de algum modo, limitando a quantidade que comia, com o intuito de perder peso ou de manter o peso depois de ter emagrecido?

1. Nenhum ou quase nenhum tempo
2. Aproximadamente um quarto de tempo
3. Aproximadamente metade do tempo



4. Aproximadamente três quartos do tempo
5. Quase todo tempo

Nos últimos seis meses, quanto seu peso e a forma do seu corpo influenciaram o modo como você se sente e se avalia como pessoa? (Em comparação com outros aspectos de sua vida: como você se sai no trabalho, como mãe, no relacionamento com outras pessoas).

1. O peso e a forma *não tiveram muita influência* no modo como você se sente e se avalia como pessoa.
2. O peso e a forma *tiveram alguma influência* no modo como você se sente e se avalia como pessoa.
3. O peso e a forma *foram alguns dos principais fatores que influenciaram* o modo como você se sente em relação a si mesmo.
4. O peso e a forma *foram os fatores que mais influenciaram* o modo como você se sente em relação a si mesmo.

Até que ponto você se considera responsável por seu peso?

- ( ) totalmente. Como?  
( ) não sou responsável. Como?

Você se sente cobrada por outras pessoas no sentido de manter a forma?

Você acredita que seu peso tem uma relação com seus hábitos e/ou herança genética? (atribua 0 = nenhuma relação até 10 = enorme relação).

genética \_\_\_\_\_  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

hábitos \_\_\_\_\_  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

alimentação \_\_\_\_\_  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

exercícios \_\_\_\_\_  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

medicamento \_\_\_\_\_  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Quanto você gostaria de pesar?

- ( ) um pouco menos (até 5 k)  
( ) muito menos (até 10 k)  
( ) aproximadamente o que pesa  
( ) um pouco mais (até 5 k)  
( ) muito mais (até 10 k)  
( ) outro valor \_\_\_\_\_

Você costuma praticar exercícios físicos? Qual(is)? \_\_\_\_\_

- não pratica
- uma vez por semana
- duas vezes por semana
- três vezes por semana
- quatro vezes por semana
- acima de quatro vezes por semana

Qual parte do seu corpo você mudaria se pudesse: aumentar/ diminuir/outra forma

- pernas
- “bumbum”
- seios
- barriga
- olhos
- nariz
- boca
- cabelos
- braços
- outro. Qual (is)? \_\_\_\_\_

O que impede você de mudar?

- não tem dinheiro
- acha muito oneroso (caro)
- tem medo. Especifique \_\_\_\_\_. (cirurgia, anestesia, não ficar bom)
- outro fator. Cite: \_\_\_\_\_.

Que importância daria para a questão da imagem corporal considerando os outros problemas que enfrenta hoje? (0 = nenhuma importância e 10 = enorme importância)

\_\_\_\_\_

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Liste todos os problemas que enfrenta no momento. Coloque em seqüência decrescente para os problemas de maior importância que está enfrentando.

1º lugar \_\_\_\_\_

2º lugar \_\_\_\_\_

3º lugar \_\_\_\_\_

4º lugar \_\_\_\_\_

Você acredita que a relação que você estabelece com sua imagem corporal interfere no desenvolvimento ou desempenho de seu trabalho? Como? ( 0 = nenhuma interferência e 10 = enorme interferência).

\_\_\_\_\_

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

O que influenciou a construção da imagem que possui de seu corpo?

- mãe
- mídia

- ( ) amigas  
 ( ) outro. Qual \_\_\_\_\_.

Por favor, observe estas silhuetas. Circule aquela que mais se assemelha ao feitio do corpo de seu pai e sua mãe biológicos no seu peso mais alto. Se você não conhece seu pai e/ou mãe biológicos, não circule aquele que não conhece.

Sua mãe



Seu pai

Essa característica é do peso atual? Sempre tiveram essa característica ou foram mudando ao longo do tempo?

### Apêndice C

**Tabela 13 – Caracterização do grupo com depressão, considerando sexo, idade, estado civil, número de filhos, escolaridade. Cada participante é representado pela letra P acompanhada do número indicador da ordem de entrevista do nome não divulgado.**

Depressão	Idade	Estado Civil	Nº Filhos	Escolaridade
P1	48	Casada	4	Fundamental Incompleto
P2	35	Casada	2	Fundamental Incompleto
P3	55	Separada	3	Fundamental Incompleto

P4	53	Casada	2	Fundamental Incompleto
P5	56	Separada	2	Médio Incompleto
P6	53	Casada	-	Superior Incompleto
P7	58	Separada	4	Fundamental
P8	46	Separada	2	Médio
P9	50	Separada/Casada	2	Fundamental Incompleto
P10	40	Separada	2	Superior
P11	31	Solteira	-	Médio
P12	48	Solteira	3	Médio Incompleto
P13	35	Casada	4	Fundamental
P14	56	Viúva	2	Fundamental Incompleto
P15	25	Separada	7	Fundamental Incompleto
P16	50	Separada	1	Fundamental Incompleto
P17	26	Solteira	-	Médio
P18	35	Casada	3	Fundamental Incompleto
P19	30	Casada	1	Fundamental Incompleto
P20	21	Solteira	1	Médio
P21	42	Separada	2	Médio Incompleto
P22	21	Solteira	-	Médio
P23	58	Viúva	2	Fundamental
P24	26	Casada	2	Fundamental
P25	30	Casada	-	Fundamental Incompleto
P26	46	Casada	2	Fundamental Incompleto
P27	37	Separada	3	Fundamental Incompleto
P28	32	Casada	1	Médio Incompleto
P29	38	Casada	4	Fundamental Incompleto
P30	45	Casada	3	Médio Incompleto

**Tabela 14 – Caracterização do grupo de comparação, considerando sexo, idade, estado civil, número de filhos, escolaridade. Cada participante é representado pela letra F acompanhada do número indicador da ordem de entrevista do nome não divulgado.**

Comparação	Idade	Estado Civil	Nº Filhos	Escolaridade
F1	33	Casada	1	Superior
F2	42	Solteira	1	Médio
F3	41	Casada	1	Superior
F4	40	Casada	2	Médio
F5	44	Separada	2	Médio
F6	30	Casada	1	Médio

F7	47	Viúva	2	Médio
F8	45	Casada	2	Médio
F9	36	Casada	1	Superior Incompleto
F10	33	Casada	3	Médio
F11	25	Solteira	-	Superior
F12	41	Casada	1	Médio
F13	41	Casada	1	Médio
F14	45	Solteira	1	Médio
F15	42	Casada	2	Médio
F16	32	Casada	2	Superior Incompleto
F17	51	Casada	-	Médio
F18	54	Separada	3	Médio
F19	42	Casada	1	Superior Incompleto
F20	60	Separada	2	Fundamental Incompleto
F21	28	Solteira	-	Médio
F22	38	Casada	2	Médio
F23	41	Solteira	2	Médio
F24	45	Separada	2	Médio
F25	51	Casada	3	Superior
F26	40	Casada	2	Médio
F27	36	Casada	2	Médio
F28	33	Casada	-	Superior
F29	42	Casada	1	Médio
F30	63	Separada	4	Médio

**Tabela 15 - Caracterização do grupo com depressão em termos de peso, altura, índice de massa corporal (IMC).**

Depressão	Peso (KG)	Altura (M)	Índices	Diagnóstico Nutricional
P1	70,9	1,64	26,3	Sobrepeso
P2	72,2	1,55	30,0	Obeso I
P3	61,2	1,52	26,5	Sobrepeso
P4	61,5	1,53	26,3	Sobrepeso
P5	67,9	1,58	27,3	Sobrepeso
P6	64,7	1,62	24,7	Eutrofia
P7	68,7	1,64	25,5	Sobrepeso
P8	54,8	1,58	22,0	Eutrofia

P9	66,6	1,6	26,0	Sobrepeso
P10	104,7	1,6	40,9	Obeso III
P11	124,6	1,6	48,7	Obeso III
P12	42,9	1,52	18,6	Eutrofia
P13	76,5	1,63	28,9	Sobrepeso
P14	55,7	1,52	24,1	Eutrofia
P15	50,3	1,67	18,0	Baixo peso
P16	59,7	1,65	21,9	Eutrofia
P17	102	1,7	35,3	Obeso I
P18	54,9	1,45	26,1	Sobrepeso
P19	62	1,66	22,5	Eutrofia
P20	46,2	1,61	17,8	Baixo peso
P21	52,2	1,62	19,2	Eutrofia
P22	68,7	1,54	28,9	Sobrepeso
P23	77,9	1,55	32,5	Obeso I
P24	51	1,65	18,7	Eutrofia
P25	60,0	1,57	24,4	Eutrofia
P26	64,8	1,59	25,6	Sobrepeso
P27	87,0	1,72	29,4	Sobrepeso
P28	70,4	1,65	25,9	Sobrepeso
P29	43,9	1,56	18,0	Baixo peso
P30	70,9	1,54	29,9	Sobrepeso

**Tabela 16 - Caracterização do grupo de comparação em termos de peso, altura, índice de massa corporal (IMC).**

Comparação	Peso (KG)	ALTURA (M)	Índices	Diagnóstico Nutricional
F1	53,9	1,66	19,6	Eutrofia
F2	61,8	1,58	24,8	Eutrofia
F3	63,7	1,61	24,6	Eutrofia
F4	75,2	1,59	29,7	Sobrepeso
F5	88,0	1,63	33,2	Obeso I
F6	38,0	1,67	13,6	Baixo peso
F7	100,0	1,64	37,2	Obeso II
F8	77,2	1,62	29,5	Sobrepeso
F9	66,5	1,63	25,0	Sobrepeso

F10	75,7	1,65	27,8	Sobrepeso
F11	51,2	1,62	19,5	Eutrofia
F12	70,5	1,67	25,3	Sobrepeso
F13	55,6	1,60	21,7	Eutrofia
F14	65,3	1,67	23,4	Eutrofia
F15	70,3	1,70	24,3	Eutrofia
F16	64,6	1,68	22,9	Eutrofia
F17	88,0	1,57	35,8	Obeso II
F18	70,6	1,66	25,7	Sobrepeso
F19	62,2	1,67	22,3	Eutrofia
F20	69,5	1,5	30,9	Obeso I
F21	127,4	1,66	46,3	Obeso III
F22	75,1	1,7	25,9	Sobrepeso
F23	62,8	1,68	22,3	Eutrofia
F24	79,7	1,56	32,8	Obeso I
F25	67,3	1,45	32,0	Obeso I
F26	82,8	1,66	30,1	Obeso I
F27	62,3	1,69	21,8	Eutrofia
F28	56,7	1,59	22,4	Eutrofia
F29	88,3	1,62	33,7	Obeso I
F30	52,2	1,65	19,2	Eutrofia

**Tabela 17 - Distorção da percepção da Imagem Corporal através da comparação com o IMC e equivalente FRS e a escolha da figura Eu e IDEAL no grupo com depressão. Discrepância entre EU e IDEAL. (FRS)**

Depressão	IMC e equivalente FRS	Diagnóstico Nutricional	EU	IDEAL	DISCREPÂNCIA IDEAL – EU
P1	26,3/ 6	Sobrepeso	5	1	-4
P2	30,0/ 8	Obeso I	6	4	-2
P3	26,5/ 6	Sobrepeso	4	1	-3
P4	26,3/6	Sobrepeso	4	2	-2
P5	27,3/ 6	Sobrepeso	6	3	-3
P6	24,7/ 5	Eutrofia	5	1	-4
P7	25,5/ 6	Sobrepeso	5	3	-2
P8	22,0/ 4	Eutrofia	2	2	0

P9	26,0/ 6	Sobrepeso	6	4	-2
P10	40,9/ 9	Obeso III	7	4	-3
P11	48,7/ 9	Obeso III	7	5	-2
P12	18,6/ 2	Eutrofia	2	4	+ 2
P13	28,9/ 7	Sobrepeso	6	3	-3
P14	24,1/ 5	Eutrofia	4	4	0
P15	18,0/ 1	Baixo peso	2	4	+ 2
P16	21,9/ 4	Eutrofia	4	3	-1
P17	35,3/ 8	Obeso I	8	5	-3
P18	26,1/ 6	Sobrepeso	6	3	-3
P19	22,5/ 4	Eutrofia	5	3	-2
P20	17,8/ 1	Baixo peso	1	4	+ 3
P21	19,2/ 2	Eutrofia	2	2	0
P22	28,9/ 7	Sobrepeso	5	3	-2
P23	32,5/ 8	Obeso I	6	4	-2
P24	18,7/ 2	Eutrofia	7	1	-6
P25	24,4/ 5	Eutrofia	6	4	-2
P26	25,6/ 6	Sobrepeso	6	4	-2
P27	29,4/ 7	Sobrepeso	7	6	-1
P28	25,9/ 6	Sobrepeso	7	4	-3
P29	18,0/ 1	Baixo peso	1	3	+ 2
P30	29,9/ 7	Sobrepeso	6	5	-1

**Tabela 18 - Distorção da percepção da Imagem Corporal através da comparação com o IMC e equivalente *FRS* a escolha da Figura Eu e IDEAL no grupo de comparação. Discrepância entre EU e IDEAL. (*FRS*).**

Comparação	IMC e equivalente <i>FRS</i>	Diagnóstico Nutricional	EU	IDEAL	DISCREPÂNCIA IDEAL – EU
F1	19,6/ 2	Eutrofia	3	3	0
F2	24,8/ 5	Eutrofia	4	3	-1
F3	24,6/ 5	Eutrofia	6	4	-2
F4	29,7/ 7	Sobrepeso	5	4	-1
F5	33,2/ 8	Obeso I	6	5	-1
F6	13,6/ 1	Baixo peso	1	3	+ 2
F7	37,2/ 8	Obeso II	7	5	-2
F8	29,5/ 7	Sobrepeso	7	4	-3
F9	25,0/ 6	Sobrepeso	6	5	-1



F10	27,8/ 6	Sobrepeso	6	5	-1
F11	19,5/ 2	Eutrofia	4	3	-1
F12	25,3/ 6	Sobrepeso	4	3	-1
F13	21,7/ 4	Eutrofia	5	5	0
F14	23,4/ 5	Eutrofia	4	3	-1
F15	24,3/ 5	Eutrofia	6	4	-2
F16	22,9/ 4	Eutrofia	4	4	0
F17	35,8/ 8	Obeso II	6	5	-1
F18	25,7/ 6	Sobrepeso	6	4	-2
F19	22,3/ 4	Eutrofia	4	5	-1
F20	30,9/ 8	Obeso I	6	6	0
F21	46,3/ 9	Obeso III	8	4	-4
F22	25,9/ 6	Sobrepeso	5	3	-2
F23	22,3/ 4	Eutrofia	4	2	-2
F24	32,8/ 8	Obeso I	7	4	-3
F25	32,0/ 8	Obeso I	7	5	-2
F26	30,1/ 8	Obeso I	6	5	-1
F27	21,8/ 4	Eutrofia	4	3	-1
F28	22,4/ 4	Eutrofia	2	2	0
F29	33,7/ 8	Obeso I	4	4	0
F30	19,2/ 2	Eutrofia	6	4	-2

**Tabela 19 – Comparação do Diagnóstico Nutricional e do *Body Shape Questionnaire (BSQ)* do grupo com depressão.**

Depressão	Diagnóstico Nutricional	BSQ	GRAU INS.
P1	Sobrepeso	88	LEVE
P2	Obeso I	145	GRAVE
P3	Sobrepeso	117	MODERADA
P4	Sobrepeso	76	SEM
P5	Sobrepeso	60	SEM
P6	Eutrofia	104	LEVE
P7	Sobrepeso	162	GRAVE
P8	Eutrofia	45	SEM
P9	Sobrepeso	156	GRAVE
P10	Obeso III	143	GRAVE

P11	Obeso III	126	MODERADA
P12	Eutrofia	93	LEVE
P13	Sobrepeso	136	MODERADA
P14	Eutrofia	41	SEM
P15	Baixo peso	67	SEM
P16	Eutrofia	57	SEM
P17	Obeso I	168	GRAVE
P18	Sobrepeso	196	GRAVE
P19	Eutrofia	93	LEVE
P20	Baixo peso	80	LEVE
P21	Eutrofia	54	SEM
P22	Sobrepeso	147	GRAVE
P23	Obeso I	135	GRAVE
P24	Eutrofia	193	GRAVE
P25	Eutrofia	101	LEVE
P26	Sobrepeso	57	SEM
P27	Sobrepeso	79	SEM
P28	Sobrepeso	170	GRAVE
P29	Baixo peso	88	LEVE
P30	Sobrepeso	71	SEM

**Tabela 20 - Comparação do Diagnóstico Nutricional e do *Body Shape Questionnaire* (BSQ) do grupo de comparação.**

Comparação	Diagnóstico Nutricional	BSQ	GRAU INS.
F1	Eutrofia	50	SEM
F2	Eutrofia	72	SEM
F3	Eutrofia	79	SEM
F4	Sobrepeso	53	SEM
F5	Obeso I	75	SEM
F6	Baixo peso	63	SEM
F7	Obeso II	121	MODERADA
F8	Sobrepeso	85	LEVE
F9	Sobrepeso	101	LEVE
F10	Sobrepeso	90	LEVE
F11	Eutrofia	84	LEVE

F12	Sobrepeso	78	SEM
F13	Eutrofia	54	SEM
F14	Eutrofia	53	SEM
F15	Eutrofia	88	LEVE
F16	Eutrofia	50	SEM
F17	Obeso II	54	SEM
F18	Sobrepeso	122	MODERADA
F19	Eutrofia	34	SEM
F20	Obeso I	39	SEM
F21	Obeso III	81	LEVE
F22	Sobrepeso	65	SEM
F23	Eutrofia	79	SEM
F24	Obeso I	103	LEVE
F25	Obeso I	77	EM
F26	Obeso I	50	SEM
F27	Eutrofia	56	SEM
F28	Eutrofia	58	SEM
F29	Obeso I	70	SEM
F30	Eutrofia	63	SEM

**Tabela 21 – Respostas dadas pelo grupo com depressão no questionário referentes à prática de exercícios, dieta, cobranças em relação ao peso e responsabilidade pelo peso.**

Depressão	Diagnóstico Nutricional	Fazem exercícios	Fizeram dieta	Sentem-se cobradas	Responsáveis pelo peso
P1	Sobrepeso	N	N	N	N
P2	Obeso I	N	S	N	T
P3	Sobrepeso	N	N	S	N
P4	Sobrepeso	N	N	N	T
P5	Sobrepeso	N	S	S	T
P6	Eutrofia	N	S	S	P
P7	Sobrepeso	S	S	S	T
P8	Eutrofia	S	N	N	N
P9	Sobrepeso	S	S	S	N
P10	Obeso III	N	S	N	N
P11	Obeso III	N	S	S	T
P12	Eutrofia	N	N	S	N
P13	Sobrepeso	S	N	S	P

P14	Eutrofia	N	N	N	N
P15	Baixo peso	S	N	S	N
P16	Eutrofia	S	N	N	T
P17	Obeso I	N	N	S	N
P18	Sobrepeso	N	S	S	T
P19	Eutrofia	S	N	N	T
P20	Baixo peso	N	N	S	N
P21	Eutrofia	N	S	N	N
P22	Sobrepeso	N	N	S	T
P23	Obeso I	N	S	S	T
P24	Eutrofia	N	S	N	T
P25	Eutrofia	N	N	S	N
P26	Sobrepeso	N	N	S	T
P27	Sobrepeso	S	N	N	T
P28	Sobrepeso	N	N	S	T
P29	Baixo peso	N	N	N	T
P30	Sobrepeso	N	S	S	P

**Tabela 22 – Respostas dadas pelo grupo de comparação no questionário referentes à prática de exercícios, dieta, cobranças em relação ao peso e responsabilidade pelo peso.**

Comparação	Diagnóstico Nutricional	Fazem exercícios	Fizeram dieta	Sentem-se cobradas	Responsáveis pelo peso
F1	Eutrofia	S	N	N	P
F2	Eutrofia	N	S	N	T
F3	Eutrofia	S	S	N	P
F4	Sobrepeso	S	N	S	T
F5	Obeso I	N	S	S	P
F6	Baixo peso	N	S	S	P
F7	Obeso II	N	S	N	T
F8	Sobrepeso	N	N	N	T
F9	Sobrepeso	S	N	N	T
F10	Sobrepeso	N	N	S	T
F11	Eutrofia	S	S	N	P
F12	Sobrepeso	N	S	S	T
F13	Eutrofia	N	N	S	T
F14	Eutrofia	N	N	N	T

F15	Eutrofia	N	S	N	T
F16	Eutrofia	N	S	S	T
F17	Obeso II	N	N	S	T
F18	Sobrepeso	N	S	N	T
F19	Eutrofia	S	S	N	T
F20	Obeso I	N	N	N	T
F21	Obeso III	N	S	S	T
F22	Sobrepeso	S	S	S	T
F23	Eutrofia	S	N	S	T
F24	Obeso I	S	S	S	T
F25	Obeso I	N	N	N	T
F26	Obeso I	N	N	N	T
F27	Eutrofia	N	N	S	N
F28	Eutrofia	S	S	N	T
F29	Obeso I	S	N	N	T
F30	Eutrofia	N	N	N	T

S=sim N=não T=totalmente P=parcialmente

**Tabela 23 - Tipos de dieta, quantas vezes perdeu 10 kg e tempo de dieta do grupo com depressão.**

Depressão	Diagnóstico Nutricional	Tipo de Dieta	Quantas vezes perdeu 10 kg	Tempo de vida fazendo dieta
P1	Sobrepeso	Não se alimenta bem	1 ou 2	Nenhum
P2	Obeso I	Fórmula	1 ou 2	¼ do tempo
P3	Sobrepeso	Nenhuma	3 ou 4	Nenhum
P4	Sobrepeso	Nenhuma	Nunca	Nenhum
P5	Sobrepeso	Restrição alimentar	1 ou 2	¼ do tempo
P6	Eutrofia	Restrição alimentar/medicação	5 ou mais	¾ do tempo
P7	Sobrepeso	Restrição alimentar	3 ou 4	Metade
P8	Eutrofia	Nenhuma	Nunca	Nenhum
P9	Sobrepeso	Restrição alimentar c/ nutricionista	Nunca	¼ do tempo
P10	Obeso III	Restrição alimentar	Nunca	Nenhum
P11	Obeso III	Restrição alimentar	3	¼ do tempo
P12	Eutrofia	Nenhuma	Nunca	Nenhum
P13	Sobrepeso	Nenhuma	Nunca	Nenhum
P14	Eutrofia	Nenhuma	Nunca	Nenhum

P15	Baixo peso	Nenhuma	Nunca	Nenhum
P16	Eutrofia	Nenhuma	Nunca	Nenhum
P17	Obeso I	Nenhuma	Nunca	Nenhum
P18	Sobrepeso	Restrição alimentar	1	Quase todo tempo
P19	Eutrofia	Nenhuma	Nunca	Nenhum
P20	Baixo peso	Nenhuma	Nunca	Nenhum
P21	Eutrofia	Restrição alimentar/ <i>shake</i>	1 ou 2	Nenhum
P22	Sobrepeso	Nenhuma	1 ou 2	Nenhum
P23	Obeso I	Restrição alimentar/nutricionista	1	Nenhum
P24	Eutrofia	Restrição alimentar/fórmula	1 ou 2	Quase todo tempo
P25	Eutrofia	Nenhuma	Nunca	Nenhum
P26	Sobrepeso	Nenhuma	Nunca	Nenhum
P27	Sobrepeso	Nenhuma	Nunca	Nenhum
P28	Sobrepeso	Nenhuma	Nunca	Nenhum
P29	Baixo peso	Nenhuma	Nunca	Nenhum
P30	Sobrepeso	Restrição alimentar/médico/fórmula	2	Metade

**Tabela 24 - Tipos de dieta, quantas vezes perdeu 10 kg, tempo de dieta do grupo de comparação.**

Comparação	Diagnóstico Nutricional	Tipo de dieta	Quantas vezes perdeu 10 kg	Tempo de vida fazendo dieta
F1	Eutrofia	Nenhuma	1 ou 2	Nenhum
F2	Eutrofia	Medicação	1 ou 2	¼ do tempo
F3	Eutrofia	Restrição alimentar	Nunca	¼ do tempo
F4	Sobrepeso	Nenhuma	Nunca	Nenhum
F5	Obeso I	Restrição alimentar	1 ou 2	Nenhum
F6	Baixo peso	Estimulante de apetite	Nunca	Nenhum
F7	Obeso II	Medicação/fórmula	1 ou 2	Metade
F8	Sobrepeso	Nenhuma	Nunca	Nenhum
F9	Sobrepeso	Nenhuma	Nunca	Nenhum
F10	Sobrepeso	Nenhuma	Nunca	Nenhum
F11	Eutrofia	Restrição alimentar	Nunca	¼ do tempo
F12	Sobrepeso	Nenhuma	3	Nenhum
F13	Eutrofia	Nenhuma	1	Nenhum
F14	Eutrofia	Nenhuma	Nunca	Nenhum
F15	Eutrofia	Restrição alimentar	1	¼ do tempo

F16	Eutrofia	Restrição alimentar/medicação/fórmula	Nunca	¼ do tempo
F17	Obeso II	Nenhuma	Nunca	Nenhum
F18	Sobrepeso	Restrição alimentar	1	Nenhum
F19	Eutrofia	Restrição alimentar	2	Nenhum
F20	Obeso I	Nenhuma	Nunca	Nenhum
F21	Obeso III	Restrição alimentar/nutricionista/medicação	1	¼ do tempo
F22	Sobrepeso	Medicação	1 ou 2	Quase todo
F23	Eutrofia	Nenhuma	Nunca	Nenhum
F24	Obeso I	Restrição alimentar/medicação	1	Metade
F25	Obeso I	Nenhuma	Nunca	Nenhum
F26	Obeso I	Medicação	1	Nenhum
F27	Eutrofia	Nenhuma	Nunca	Nenhum
F28	Eutrofia	Restrição alimentar/medicação	3	Quase todo
F29	Obeso I	Nenhuma	Uma	Nenhum
F30	Eutrofia	Nenhuma	Uma	Nenhum

**Tabela 25 – Tipo de exercícios que praticam e número de vezes por semana no grupo com depressão.**

Depressão	Diagnóstico Nutricional	Tipo de exercício	Nº de vezes por semana
P1	Sobrepeso	Nenhum	-
P2	Obeso I	Nenhum	-
P3	Sobrepeso	Nenhum	-
P4	Sobrepeso	Nenhum	-
P5	Sobrepeso	Nenhum	-
P6	Eutrofia	Nenhum	-
P7	Sobrepeso	Academia (localizada, alongamento, relaxamento)	2
P8	Eutrofia	Academia (esteira, bicicleta, alongamento)	3
P9	Sobrepeso	Caminhada	4
P10	Obeso III	Nenhum	-
P11	Obeso III	Nenhum	-
P12	Eutrofia	Nenhum	-
P13	Sobrepeso	Bicicleta	2
P14	Eutrofia	Nenhum	-

P15	Baixo peso	Bicicleta	6
P16	Eutrofia	Esteira	1
P17	Obeso I	Nenhum	-
P18	Sobrepeso	Nenhum	-
P19	Eutrofia	Caminhada	1
P20	Baixo peso	Nenhum	-
P21	Eutrofia	Nenhum	-
P22	Sobrepeso	Nenhum	-
P23	Obeso I	Nenhum	-
P24	Eutrofia	Nenhum	-
P25	Eutrofia	Nenhum	-
P26	Sobrepeso	Nenhum	-
P27	Sobrepeso	Caminhada	2
P28	Sobrepeso	Nenhum	-
P29	Baixo peso	Nenhum	-
P30	Sobrepeso	Nenhum	-

**Tabela 26 – Tipo de exercícios que praticam e número de vezes por semana no grupo de comparação.**

Comparação	Diagnóstico Nutricional	Tipo de exercício	Nº de vezes por semana
F1	Eutrofia	Caminhada	2
F2	Eutrofia	Nenhum	-
F3	Eutrofia	Caminhada	2
F4	Sobrepeso	Caminhada	3
F5	Obeso I	Nenhum	-
F6	Baixo peso	Nenhum	-
F7	Obeso II	Nenhum	-
F8	Sobrepeso	Nenhum	-
F9	Sobrepeso	Academia	4
F10	Sobrepeso	Nenhuma	-
F11	Eutrofia	Localizada, aeróbica	3
F12	Sobrepeso	Nenhum	-
F13	Eutrofia	Nenhum	-
F14	Eutrofia	Nenhum	-
F15	Eutrofia	Nenhum	-



F16	Eutrofia	Nenhum	-
F17	Obeso II	Nenhum	-
F18	Sobrepeso	Nenhum	-
F19	Eutrofia	Caminhada	1
F20	Obeso I	Nenhum	-
F21	Obeso III	Nenhum	-
F22	Sobrepeso	Caminhada	2
F23	Eutrofia	Caminhada	1
F24	Obeso I	Caminhada	3
F25	Obeso I	Nenhum	-
F26	Obeso I	Nenhum	-
F27	Eutrofia	Nenhum	-
F28	Eutrofia	Caminhada	4
F29	Obeso I	Caminhada	3
F30	Eutrofia	Nenhum	-

**Tabela 27 – Respostas do grupo com depressão: responsável pelo peso com o como ou por quê?**

Depressão	Diagnóstico nutricional	Responsáveis pelo peso	Como (por quê?)
P1	Sobrepeso	N	
P2	Obeso I	T	Fazer regime. Acredita que não come muito.
P3	Sobrepeso	N	
P4	Sobrepeso	T	Não faz regime.
P5	Sobrepeso	T	Exagero na alimentação.
P6	Eutrofia	P	Genética.
P7	Sobrepeso	T	Come muito doce.
P8	Eutrofia	N	Genética.
P9	Sobrepeso	N	Come pouco e engorda.
P10	Obeso III	N	Não sabe o que aconteceu, nunca pesou tanto, engordou em um mês.
P11	Obeso III	T	Come demais.
P12	Eutrofia	N	Tenta engordar e não consegue. Não janta.
P13	Sobrepeso	P	Come e medicamentos.
P14	Eutrofia	N	Não engorda mesmo.

P15	Baixo peso	N	Quando fica nervosa não come.
P16	Eutrofia	T	Evita doces, massas e refrigerantes.
P17	Obeso I	N	Ansiedade. Come muito.
P18	Sobrepeso	T	Come muito quando nervosa. Massas.
P19	Eutrofia	T	Não exagera na alimentação.
P20	Baixo peso	N	Sempre foi magra.
P21	Eutrofia	N	Emagreceu sem querer.
P22	Sobrepeso	T	Come muito.
P23	Obeso I	T	Desânimo, não faz exercícios.
P24	Eutrofia	T	
P25	Eutrofia	N	
P26	Sobrepeso	T	
P27	Sobrepeso	T	Perde o controle, fica dias só com suco.
P28	Sobrepeso	T	Não controla alimentação, ansiosa come mais.
P29	Baixo peso	T	Não se alimenta direito.
P30	Sobrepeso	P	Genética, perde peso quando faz dieta, fez dieta a vida toda.

**Tabela 28 – Respostas do grupo de comparação: responsável pelo peso com o como ou por quê?**

Comparação	Diagnóstico Nutricional	Responsáveis pelo peso	Como (por quê?)
F1	Eutrofia	P	
F2	Eutrofia	T	Come além do necessário.
F3	Eutrofia	P	
F4	Sobrepeso	T	Controla a ingestão de alimentos e faz exercícios.
F5	Obeso I	P	
F6	Baixo peso	P	
F7	Obeso II	T	Come demais. Não tem controle.
F8	Sobrepeso	T	Fazer dieta para emagrecer.
F9	Sobrepeso	T	Come demais, não tem opinião de não comer, adora doces.
F10	Sobrepeso	T	Come demais, não controla.
F11	Eutrofia	P	
F12	Sobrepeso	T	A forma de alimentar, ansiedade, festas.
F13	Eutrofia	T	

F14	Eutrofia	T	Depende do que come.
F15	Eutrofia	T	Gosta de chocolate e doces.
F16	Eutrofia	T	Controlar o que come.
F17	Obeso II	T	
F18	Sobrepeso	T	Não faz caminhada por preguiça.
F19	Eutrofia	T	Come mais, fora do seu normal.
F20	Obeso I	T	Come doces, com bem.
F21	Obeso III	T	Genética, não faz exercícios, criação da mãe.
F22	Sobrepeso	T	O que ingere e o que gasta.
F23	Eutrofia	T	Come.
F24	Obeso I	T	Alimentação inadequada, comodismo, sedentarismo.
F25	Obeso I	T	É omissa. Preguiça.
F26	Obeso I	T	Controlar o que come.
F27	Eutrofia	N	Não faz regime, não se preocupa.
F28	Eutrofia	T	Alimenta-se de forma correta, evita frituras, não pula refeições. Grelhados, frutas e verdura.
F29	Obeso I	T	Gosta de comer.
F30	Eutrofia	T	

**Tabela 29 – Resultados dos valores (0 a 10) dados à genética, alimentação, exercícios e medicação na interferência do peso do grupo com depressão.**

Depressão	Diagnóstico nutricional	Genética	Alimentação	Exercícios	Medicação
P1	Sobrepeso	0	0	0	10
P2	Obeso I	8	5	8	7
P3	Sobrepeso	10	1	2	10
P4	Sobrepeso	3	2	2	0
P5	Sobrepeso	1	2	10	0
P6	Eutrofia	3	10	5	5
P7	Sobrepeso	6	8	10	5
P8	Eutrofia	8	10	10	6
P9	Sobrepeso	4	5	8	6
P10	Obeso III	0	0	5	0
P11	Obeso III	5	10	10	4
P12	Eutrofia	0	9	0	0
P13	Sobrepeso	0	5	5	10
P14	Eutrofia	0	5	0	2

P15	Baixo peso	8	10	10	0
P16	Eutrofia	8	10	3	0
P17	Obeso I	9	10	10	0
P18	Sobrepeso	1	10	10	10
P19	Eutrofia	10	10	9	10
P20	Baixo peso	2	0	0	0
P21	Eutrofia	5	10	1	0
P22	Sobrepeso	6	8	3	8
P23	Obeso I	6	10	10	7
P24	Eutrofia	0	0	0	0
P25	Eutrofia	6	8	10	0
P26	Sobrepeso	5	6	10	0
P27	Sobrepeso	6	10	8	0
P28	Sobrepeso	0	10	10	0
P29	Baixo peso	5	10	0	0
P30	Sobrepeso	9	5	5	10

**Tabela 30 – Resultados dos valores (0 a 10) dados à genética, alimentação, exercícios e medicação na interferência do peso do grupo de comparação.**

Comparação	Diagnóstico Nutricional	Genética	Alimentação	Exercícios	Medicação
F1	Eutrofia	10	10	5	0
F2	Eutrofia	10	5	10	0
F3	Eutrofia	7	7	2	0
F4	Sobrepeso	0	9	8	0
F5	Obeso I	8	5	10	5
F6	Baixo peso	5	8	5	0
F7	Obeso II	5	10	10	0
F8	Sobrepeso	0	3	10	0
F9	Sobrepeso	2	10	5	0
F10	Sobrepeso	3	5	5	4
F11	Eutrofia	7	6	6	0
F12	Sobrepeso	10	0	5	0
F13	Eutrofia	4	10	0	0
F14	Eutrofia	4	5	5	0

F15	Eutrofia	8	4	10	0
F16	Eutrofia	3	4	5	2
F17	Obeso II	2	7	6	0
F18	Sobrepeso	0	7	3	0
F19	Eutrofia	5	3	2	7
F20	Obeso I	0	3	0	0
F21	Obeso III	10	5	10	0
F22	Sobrepeso	8	9	4	1
F23	Eutrofia	0	10	10	0
F24	Obeso I	2	8	5	8
F25	Obeso I	0	10	10	0
F26	Obeso I	3	10	10	0
F27	Eutrofia	4	0	0	5
F28	Eutrofia	10	8	4	0
F29	Obeso I	10	10	6	0
F30	Eutrofia	8	8	0	0

**Tabela 31 - FRS (escala de figuras da mãe e do pai) do grupo com depressão.**

Depressão	Diagnóstico nutricional	(FRS) mãe	(FRS) pai
P1	Sobrepeso	8 (mudou)	8(mudou)
P2	Obeso I	5 (mudou)	5(sempr)
P3	Sobrepeso	5(sempr)	3(sempr)
P4	Sobrepeso	4 (mudou)	2(sempr)
P5	Sobrepeso	5(sempr)	5(sempr)
P6	Eutrofia	2(sempr)	6(mudou)
P7	Sobrepeso	6 (mudou)	3(sempr)
P8	Eutrofia	4(sempr)	2(sempr)
P9	Sobrepeso	8(mudou)	4(sempr)
P10	Obeso III	4(sempr)	5(mudou)
P11	Obeso III	5(sempr)	7(sempr)
P12	Eutrofia	6(mudou)	3(sempr)
P13	Sobrepeso	4(mudou)	5(mudou)
P14	Eutrofia	6(sempr)	6(sempr)
P15	Baixo peso	6(mudou)	7(mudou)

P16	Eutrofia	5(mudou)	4(sempre)
P17	Obeso I	6(sempre)	2(sempre)
P18	Sobrepeso	8(mudou)	5(sempre)
P19	Eutrofia	6(sempre)	5(sempre)
P20	Baixo peso	5(sempre)	Não conheceu
P21	Eutrofia	Não conviveu	Não conheceu
P22	Sobrepeso	6(mudou)	4(sempre)
P23	Obeso I	8(sempre)	1(sempre)
P24	Eutrofia	6(mudou)	2(sempre)
P25	Eutrofia	9(mudou)	6(sempre)
P26	Sobrepeso	2(sempre)	4(sempre)
P27	Sobrepeso	5(sempre)	5(sempre)
P28	Sobrepeso	5(mudou)	1(sempre)
P29	Baixo peso	6(mudou)	Não conheceu
P30	Sobrepeso	9(sempre)	3(sempre)

**Tabela 32 - FRS (escala de figuras da mãe e do pai) do grupo de comparação.**

Comparação	Diagnóstico Nutricional	(FRS) mãe	(FRS) pai
F1	Eutrofia	3(sempre)	2(sempre)
F2	Eutrofia	5(mudou)	8(mudou)
F3	Eutrofia	3(mudou)	7(mudou)
F4	Sobrepeso	7(mudou)	1(sempre)
F5	Obeso I	7(mudou)	2(sempre)
F6	Baixo peso	6(mudou)	2(sempre)
F7	Obeso II	5(sempre)	7(mudou)
F8	Sobrepeso	6(sempre)	4(sempre)
F9	Sobrepeso	7(mudou)	3(sempre)
F10	Sobrepeso	7(mudou)	8(mudou)
F11	Eutrofia	6(mudou)	6(mudou)
F12	Sobrepeso	7(mudou)	4(sempre)
F13	Eutrofia	6(mudou)	4(sempre)
F14	Eutrofia	8(mudou)	Não lembra
F15	Eutrofia	7(sempre)	4(sempre)

F16	Eutrofia	6,7(mudou)	6(mudou)
F17	Obeso II	5(sempre)	5(oscila)
F18	Sobrepeso	3(sempre)	3(sempre)
F19	Eutrofia	4(sempre)	3(sempre)
F20	Obeso I	3(sempre)	5(sempre)
F21	Obeso III	6(mudou)	6(sempre)
F22	Sobrepeso	6(sempre)	1(sempre)
F23	Eutrofia	8(mudou)	5(sempre)
F24	Obeso I	6(sempre)	7(mudou)
F25	Obeso I	6(sempre)	8(mudou)
F26	Obeso I	6(sempre)	5(sempre)
F27	Eutrofia	5(sempre)	5(mudou)
F28	Eutrofia	8(sempre)	7(sempre)
F29	Obeso I	5(mudou)	4(sempre)
F30	Eutrofia	2(sempre)	4(sempre)

**Tabela 33 – Escalas (0 a 10) da importância da Imagem Corporal em relação aos outros problemas, quanto a Imagem Corporal interfere no desempenho do trabalho, influência do peso na avaliação pessoal e quanto gostaria de pesar do grupo com depressão.**

Depressão	Diagnóstico nutricional	Importância da Imagem Corporal	Imagem C. interfere no trabalho	Influência do peso na avaliação pessoal	Quanto gostaria de pesar
P1	Sobrepeso	0	0	1	-5
P2	Obeso I	4	6	1	-10
P3	Sobrepeso	5	10	4	-10
P4	Sobrepeso	0	0	1	-----
P5	Sobrepeso	10	0	1	-10
P6	Eutrofia	0	0	1	-10
P7	Sobrepeso	0	0	3	-5
P8	Eutrofia	5	10	1	-----
P9	Sobrepeso	7	5	4	-3
P10	Obeso III	0	0	4	-40
P11	Obeso III	5	0	2	-35
P12	Eutrofia	10	6	1	+ 10
P13	Sobrepeso	4	10	1	-10

P14	Eutrofia	0	0	1	-----
P15	Baixo peso	9	8	2	+ 10
P16	Eutrofia	2	0	1	-----
P17	Obeso I	6	0	4	-32
P18	Sobrepeso	10	10	4	-5
P19	Eutrofia	10	0	4	-----
P20	Baixo peso	5	0	2	+ 10
P21	Eutrofia	6	0	1	-----
P22	Sobrepeso	10	8	3	-14,7
P23	Obeso I	1	9	3	-20
P24	Eutrofia	10	9	4	-3
P25	Eutrofia	0	5	2	-5
P26	Sobrepeso	0	0	1	-5
P27	Sobrepeso	7	0	1	-12
P28	Sobrepeso	6	5	2	-5
P29	Baixo peso	10	10	4	+ 5
P30	Sobrepeso	5	8	1	-10

**Tabela 34 – Escalas (0 a 10) da importância da Imagem Corporal em relação aos outros problemas, quanto a Imagem Corporal interfere no desempenho do trabalho, influência do peso na avaliação pessoal e quanto gostaria de pesar do grupo de comparação.**

Comparação	Diagnóstico Nutricional	Importância da Imagem Corporal	Imagem C. interfere no trabalho	Influencia do peso na avaliação pessoal	Quanto gostaria de pesar
F1	Eutrofia	0	0	1	-----
F2	Eutrofia	0	0	1	-5
F3	Eutrofia	4	0	1	-5
F4	Sobrepeso	8	0	1	-10
F5	Obeso I	5	0	2	-5
F6	Baixo peso	5	0	1	+ 10
F7	Obeso II	0	0	1	-30
F8	Sobrepeso	10	0	1	-10
F9	Sobrepeso	2	0	2	-5
F10	Sobrepeso	3	10	2	-10
F11	Eutrofia	3	0	1	-5
F12	Sobrepeso	8	0	1	-10
F13	Eutrofia	0	0	1	-----



F14	Eutrofia	5	0	1	-5
F15	Eutrofia	5	4	2	-5
F16	Eutrofia	2	0	1	-----
F17	Obeso II	3	0	1	-5
F18	Sobrepeso	5	5	2	-5
F19	Eutrofia	5	0	1	+ 5
F20	Obeso I	0	0	1	-----
F21	Obeso III	10	0	1	-47
F22	Sobrepeso	0	6	1	-----
F23	Eutrofia	7	0	4	-----
F24	Obeso I	10	0	2	-10
F25	Obeso I	5	0	2	-10
F26	Obeso I	4	0	1	-10
F27	Eutrofia	7	0	1	-----
F28	Eutrofia	0	0	1	-----
F29	Obeso I	0	0	1	-----
F30	Eutrofia	5	0	1	-10

**Tabela 35 - O que influenciou a imagem corporal do grupo com depressão.**

Depressão	Diagnóstico nutricional	O que influenciou a imagem corporal
P1	Sobrepeso	Nada
P2	Obeso I	Mídia
P3	Sobrepeso	Filha
P4	Sobrepeso	Mídia
P5	Sobrepeso	Filha
P6	Eutrofia	Mãe
P7	Sobrepeso	As pessoas que convive
P8	Eutrofia	Nada
P9	Sobrepeso	Ela
P10	Obeso III	Ela
P11	Obeso III	Mídia
P12	Eutrofia	As pessoas que convive
P13	Sobrepeso	Ela
P14	Eutrofia	Nada
P15	Baixo peso	Ela

P16	Eutrofia	Ela
P17	Obeso I	Ela
P18	Sobrepeso	Vê as amigas magras
P19	Eutrofia	Marido, ela
P20	Baixo peso	Pai
P21	Eutrofia	Mídia
P22	Sobrepeso	Mãe/ela
P23	Obeso I	Marido
P24	Eutrofia	Mídia
P25	Eutrofia	Amigas/vizinhas
P26	Sobrepeso	Ela
P27	Sobrepeso	Ela
P28	Sobrepeso	Mãe/mídia/marido/filha
P29	Baixo peso	Ela/marido
P30	Sobrepeso	Ela

**Tabela 36 - O que influenciou a imagem corporal do grupo de comparação.**

Comparação	Diagnóstico Nutricional	O que influenciou a imagem corporal
F1	Eutrofia	Mídia
F2	Eutrofia	Mãe
F3	Eutrofia	Mídia
F4	Sobrepeso	Amigas
F5	Obeso I	Amigas
F6	Baixo peso	Mídia
F7	Obeso II	Amigas
F8	Sobrepeso	Mídia
F9	Sobrepeso	Mídia
F10	Sobrepeso	Mãe/pai
F11	Eutrofia	Mídia/amigas
F12	Sobrepeso	Mãe
F13	Eutrofia	Amigas
F14	Eutrofia	Mídia
F15	Eutrofia	Amigas

F16	Eutrofia	Ela
F17	Obeso II	Amigas/ela
F18	Sobrepeso	ela
F19	Eutrofia	Mídia
F20	Obeso I	Ela
F21	Obeso III	Ela
F22	Sobrepeso	Ela
F23	Eutrofia	Ela/marido
F24	Obeso I	Mãe/filha/ela
F25	Obeso I	Ela
F26	Obeso I	Ela
F27	Eutrofia	ela
F28	Eutrofia	Amigas
F29	Obeso I	Ela
F30	Eutrofia	Ela

**Tabela 37 – Partes do corpo que mudariam escolhidas pelo grupo com depressão.**

Depressão	Diagnóstico nutricional	seios	barriga	nádegas	Quadril	Pernas	cor	rosto	Braços
P1	Sobrepeso							X	
P2	Obeso I		x	X		X		X	
P3	Sobrepeso	X		X					
P4	Sobrepeso	X							
P5	Sobrepeso		x	X					
P6	Eutrofia	X	x	X				X	
P7	Sobrepeso		x	X					
P8	Eutrofia								
P9	Sobrepeso	X							
P10	Obeso III		X	X		X			
P11	Obeso III	X	X	X					X
P12	Eutrofia	X							
P13	Sobrepeso		X	X		X	x		
P14	Eutrofia							X	
P15	Baixo peso	X				X			
P16	Eutrofia	X							
P17	Obeso I		X	X		X			

P18	Sobrepeso	X	X	X				X	
P19	Eutrofia		X	X					
P20	Baixo peso	X		X		X		X	X
P21	Eutrofia	X							
P22	Sobrepeso	X							
P23	Obeso I					X			
P24	Eutrofia		X	X		X			X
P25	Eutrofia		X	X	X				
P26	Sobrepeso								
P27	Sobrepeso		X	X					
P28	Sobrepeso		X	X					
P29	Baixo peso					X		X	X
P30	Sobrepeso		x	X	X				
Total		12	15	17	2	9	1	7	4

**Tabela 38 – Partes do corpo que mudariam escolhidas grupo de comparação.**

Comparação	Diagnóstico Nutricional	seios	barriga	nádegas	quadril	cabelo	pernas	Nada
F1	Eutrofia	X	x					
F2	Eutrofia		x					
F3	Eutrofia				X			
F4	Sobrepeso		X					
F5	Obeso I		X					
F6	Baixo peso	x		x				
F7	Obeso II	x	x					
F8	Sobrepeso		x		X			
F9	Sobrepeso		x					
F10	Sobrepeso		x	x			x	
F11	Eutrofia		x	x	X			
F12	Sobrepeso	x	x					
F13	Eutrofia	x	x					
F14	Eutrofia		x					
F15	Eutrofia		x					
F16	Eutrofia			x				
F17	Obeso II	x	x					

F18	Sobrepeso		x	x				
F19	Eutrofia	x	X	x		X		
F20	Obeso I				X	X		
F21	Obeso III		X					
F22	Sobrepeso					X		
F23	Eutrofia	x	X					
F24	Obeso I		X	x			x	
F25	Obeso I	x	X					
F26	Obeso I		X					
F27	Eutrofia		X	x				
F28	Eutrofia							X
F29	Obeso I	x						
F30	Eutrofia						x	
Total		10	22	8	4	3	3	1

**Tabela 39 – Porque não mudam as partes do corpo do Grupo com Depressão.**

Depressão	Diagnóstico nutricional	Não tem dinheiro	Medo	Vai fazer cirurgia	Não quer mudar	Acha caro
P1	Sobrepeso	X				
P2	Obeso I	X				
P3	Sobrepeso	X				
P4	Sobrepeso	X				
P5	Sobrepeso	X				
P6	Eutrofia	X				
P7	Sobrepeso	X				
P8	Eutrofia	X				
P9	Sobrepeso	X	X			
P10	Obeso III			X		
P11	Obeso III	X				
P12	Eutrofia	X				
P13	Sobrepeso	X	X			
P14	Eutrofia				X	
P15	Baixo peso	X				
P16	Eutrofia	X				
P17	Obeso I	X				

P18	Sobrepeso					X
P19	Eutrofia	X				
P20	Baixo peso		X			
P21	Eutrofia	X	X			
P22	Sobrepeso	X				
P23	Obeso I	X				
P24	Eutrofia		X			
P25	Eutrofia	X				X
P26	Sobrepeso	X				
P27	Sobrepeso		X			
P28	Sobrepeso	X				
P29	Baixo peso		X			
P30	Sobrepeso	X				
Total		23	7	1	1	2

**Tabela 40 – Porque não mudam as partes do corpo no Grupo de Comparação.**

Comparação	Diagnóstico Nutricional	Não tem dinheiro	Medo	Vai fazer cirurgia	Não tem tempo academia	Acha caro	Não acha importante	Não faria
F1	Eutrofia		x					
F2	Eutrofia	x						
F3	Eutrofia						X	
F4	Sobrepeso	X						
F5	Obeso I				X			
F6	Baixo peso	X	x					
F7	Obeso II	X						
F8	Sobrepeso	X			X			
F9	Sobrepeso	X	X					
F10	Sobrepeso	x						
F11	Eutrofia	X	x					
F12	Sobrepeso		x					
F13	Eutrofia	X						
F14	Eutrofia				X			
F15	Eutrofia		x					
F16	Eutrofia				X			X

F17	Obeso II		X					
F18	Sobrepeso		x					
F19	Eutrofia	X						
F20	Obeso I	x					X	
F21	Obeso III			X				
F22	Sobrepeso							X
F23	Eutrofia	X						
F24	Obeso I	X	X					
F25	Obeso I	X				X		
F26	Obeso I	X			X			
F27	Eutrofia	X	X					
F28	Eutrofia		X					
F29	Obeso I	X	X					
F30	Eutrofia		X					
Total		17	13	1	5	1	2	2

**Tabela 41 - Outros principais problemas enfrentados pelo Grupo com Depressão.**

Depressão	1°	2°	3°	4°
P1	depressão	família	Financeiro	Sexual
P2	depressão	Filhos	Família	Trabalho
P3	filhos	depressão	Moradia	
P4	conjugal	filha		
P5	filha	financeiro	Moradia	Dependência
P6	isolamento	financeiro		
P7	depressão			
P8	separação	diabetes	Financeiro	Filhos
P9	moradia	depressão	Filhos-drogas	
P10	Ser mãe	peso	Casar	
P11	financeiro	depressão	Quer estudar	
P12	Auto-estima	memória	Filho desempregado	Filho Cadeia
P13	depressão	Filhos-relacionamento	Peso	
P14	conjugal			
P15	separação	filhos	Preocupação geral	

P16	Filho-drogas	mãe	depressão	
P17	relacionamen to	Crises agressivas	Mãe	Espera das pessoas
P18	solidão	filho	Conjugal- bebida	
P19	Ansiedade/p eso	depressão	Trabalho	Conjugal
P20	HIV	Depressão		
P21	depressão	Filhos		
P22	depressão	Conjugal		
P23	filhos	neta	Financeiro	
P24				
P25	Depressão			
P26	Conflitos familiares	filhos		
P27	Conjugal- bebida	Conflitos familiares		
P28	ansiedade	inutilidade	Financeiro	
P29	depressão	Filho		
P30	peso	financeiro		

**Tabela 42 - Outros principais problemas enfrentados pelo Grupo de Comparação.**

Comparação	1°	2°	3°
F1	Financeiro	Família	
F2			
F3	Mãe	Financeiro	Filho
F4	Conjugal-depressão	Filho	Irmão- bebida
F5			
F6	Financeiro		
F7	Financeiro	Peso	
F8	Peso	Filho	Insegura
F9	Família	Cobranças	financeiro
F10	Financeiro	Insatisfação profissional	Moradia
F11	Moradia	Trabalho	Mãe-peso
F12	Saúde	Financeiro	Família
F13	Financeiro	Relacionamento profissional	
F14	Mãe-saúde	Filho	Tempo
F15	Conjugal	Financeiro	



F16	Tempo		
F17	Irmão-bebida		
F18	Cobrança da família		
F19	Financeiro		
F20	Financeiro	Filho-drogas	
F21			
F22	Mãe-saúde	Irmão	
F23	Financeiro		
F24	Financeiro	Relacionamento Familiar	
F25	Financeiro		
F26	Tempo		
F27	Financeiro	Marido fora	
F28	Engravidar		
F29			
F30			

**Tabela 43 - Diagnóstico Nutricional, Psiquiátrico, Comorbidades e Doenças Clínicas do Grupo com Depressão.**

Depressão	Diagnóstico Nutricional	Diagnóstico Psiquiátrico	Comorbidades	Doenças Clínicas
P1	Sobrepeso	F 33.2	F 44.7	
P2	Obeso I	F 33.2		
P3	Sobrepeso	F 33.2		
P4	Sobrepeso	F 33.2		
P5	Sobrepeso	F 33.2		
P6	Eutrofia	F 31.2 F 33.2		
P7	Sobrepeso	F 33.2		
P8	Eutrofia	F 32.3	F 44.7	Diabetes Hipertensão
P9	Sobrepeso	F 33.3		Colesterol Hipertensão
P10	Obeso III	F 31	F 60.4	
P11	Obeso III	F 32.0	F 60.4	
P12	Eutrofia	F 32.2		
P13	Sobrepeso	F 33.3 F 32.1	F 44.7	
P14	Eutrofia	F 33.1	F 44.7	Diabetes Hipertensão

P15	Baixo Peso	F 32.1		
P16	Eutrofia	F 32.2	F 44.7 F 41.1	Colesterol Triglicério
P17	Obeso I	F 32.1	F 44	Hipertensão
P18	Sobrepeso	F 33.2		
P19	Eutrofia	F 33.2		
P20	Baixo Peso	F 33.3		HIV
P21	Eutrofia	F 33.2		
P22	Sobrepeso	F 32.0	F 41	
P23	Obeso I	F 33.3	F 10.1	
P24	Eutrofia		F 50.0	
P25	Eutrofia	F 33.1	F 44.7	
P26	Sobrepeso	F 33.2		
P27	Sobrepeso	F 32.0		
P28	Sobrepeso	F 32.1		
P29	Baixo Peso	F 33.2		
P30	Sobrepeso	F 32.2	F 34.1 F 44	

**Tabela 44 – Antidepressivos em uso e tempo de tratamento do Grupo com Depressão.**

Depressão	Diagnóstico Nutricional	Antidepressivos	Tempo de tratamento
P1	Sobrepeso	Amitriptilina, Citalopram	4 anos
P2	Obeso I	Sertralina	6 anos
P3	Sobrepeso	Amitriptilina, Citalopran	19 anos
P4	Sobrepeso	Citalopran	1ª vez
P5	Sobrepeso	Citalopran	12 anos
P6	Eutrofia	Imipramina	7 anos
P7	Sobrepeso	Amitriptilina, Citalopran	6 anos
P8	Eutrofia	Sertralina	5 anos
P9	Sobrepeso	Amitriptilina	12 anos
P10	Obeso III	Citalopran	6 anos
P11	Obeso III	Paroxetina	13 anos
P12	Eutrofia	Amitriptilina, Citalopran	2 anos
P13	Sobrepeso	Amitriptilina	18 anos
P14	Eutrofia	Amitriptilina	16 anos
P15	Baixo Peso		1ª vez

P16	Eutrofia	Sertralina	3 anos
P17	Obeso I	Citalopran	1 ano
P18	Sobrepeso	Fluoxetina	10 anos
P19	Eutrofia	Citalopran	1 mês
P20	Baixo Peso	Citalopran	1 mês
P21	Eutrofia	Citalopran	1 ano
P22	Sobrepeso	Amitriptilina	3 meses
P23	Obeso I	Amitriptilina	4 anos
P24	Eutrofia	Neofluxetina	1 mês
P25	Eutrofia		4 anos
P26	Sobrepeso	Amitriptilina	4 anos
P27	Sobrepeso		1 ano e 2 meses
P28	Sobrepeso	Amitriptilina	1ª vez
P29	Baixo Peso	Sertralina	5 meses
P30	Sobrepeso	Amitriptilina, Citalopran	9 meses

**Tabela 45 – Doenças Clínicas e Medicamentos utilizados pelo Grupo de Comparação.**

Comparação	Diagnóstico Nutricional	Doenças Clínicas	Medicações
F1	Eutrofia		
F2	Eutrofia		
F3	Eutrofia	Enxaqueca	Nortriptilina
F4	Sobrepeso		
F5	Obeso I		Anticoncepcional
F6	Baixo peso		
F7	Obeso II		
F8	Sobrepeso		
F9	Sobrepeso		
F10	Sobrepeso		Anticoncepcional
F11	Eutrofia		
F12	Sobrepeso		
F13	Eutrofia	Retirada de ovário	Reposição Hormonal
F14	Eutrofia		
F15	Eutrofia		
F16	Eutrofia		Anticoncepcional
F17	Obeso II	Vascular	Fenocortiplex

F18	Sobrepeso	Reumatismo Alergia	Antialérgico
F19	Eutrofia		Anticoncepcional
F20	Obeso I		
F21	Obeso III		
F22	Sobrepeso		Anticoncepcional
F23	Eutrofia	Hipertensão	Anticoncepcional Atenolol
F24	Obeso I	Alergia	Diplospan
F25	Obeso I	Hipertensão	Indapen Reposição Hormonal
F26	Obeso I		
F27	Eutrofia		Anticoncepcional
F28	Eutrofia		Hormônio para engravidar
F29	Obeso I		
F30	Eutrofia		

## VII – ANEXOS

## **Anexo 1**

### **Escala de Figuras de Stunkard – Figure Rating Scale (FRS)**

**Autores: Stunkard, Sorensen e Schulsinger (1983); adaptação para o português:  
Scagliusi e colaboradores (2005).**

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Observe as figuras abaixo.

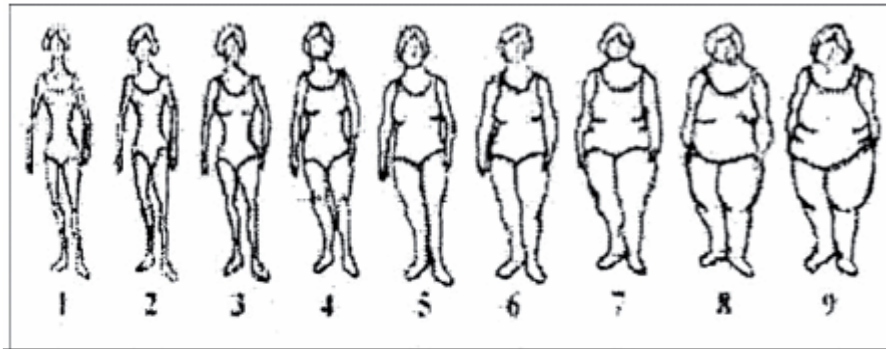


Figura 1.

Escreva a palavra **“eu”** embaixo daquela que melhor **representa você atualmente.**

Escreva a palavra **“ideal”** embaixo daquela que **você gostaria de ser.**

### **Pontuação**

Insatisfação corporal: é calculada como a discrepância entre o número da figura escolhida como atual e o número da figura escolhida como ideal (isto é, figura eu – figura desejável).

Quanto mais próximo de zero for o resultado, menor a insatisfação. Quanto maior, mais o entrevistado quer ter um corpo menor que o atual, e vice-versa.

Superestimativa do tamanho corporal: a figura 3 corresponde ao IMC de 20kg/m<sup>2</sup> e a figura 6 corresponde ao IMC de 30kg/m<sup>2</sup>. Quando um entrevistado com IMC < 20kg/m<sup>2</sup> escolhe, como representativa do tamanho atual, figura igual ou maior do que a 4, ou quando um entrevistado com IMC < 30kg/m<sup>2</sup> escolhe figura igual ou maior do que a 6, pode-se afirmar que superestima seu tamanho corporal.

### **Referências:**

SCAGLIUSE, F. B.; POLACOW, V. O.; CORDÁS, T. A.; COELHO, D.; ALVARENGA, M.; PHILIPPI, S. T.; LANCHÁ JR, A. H.. Concurrent and Discriminant validity of the Stunkard's Figure Rating Scale adapted into Portuguese. **Appetite**, 2005 (submetido).

STUNKARD, A.; SORENSEN, T.; SCHULSINGER, F. Use of the Danish adaption register for the study of obesity and thinness. In: Kety, S. et al. (Ed.). **The genetics of neurological and Psychiatric disorders**. New York: Raven, 1983. p..115-120.

Almeida et. al (2005) utiliza as figuras propostas por Stunkard, Sorensen & Schulsinger, 1983, classifica as figuras em: 1 e 2 = não obesidade; 3 = sobrepeso; 4 e 5 = obesidade grau I; 6 e 7 = obesidade grau II; 8 e 9 = obesidade grau III.

## **Anexo 2**

### **Body Shape Questionnaire (BSQ)**

**Autores: Cooper e colaboradores (1987); Tradutores: Di Pietro, Xavier e Silveira (2003).**

Nome: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.  
Idade: \_\_\_\_\_ anos    Peso: \_\_\_\_\_ kg    Altura: \_\_\_\_\_ cm    IMC: \_\_\_\_\_

Responda às questões abaixo em relação à sua aparência nas últimas quatro semanas, usando a seguinte legenda:

1. Nunca            2. Raramente            3. Às vezes            4. Frequentemente            5. Muito frequentemente            6. Sempre

1. Sentir-se entediado(a) faz você se preocupar com sua forma física?	1	2	3	4	5	6
2. Sua preocupação com sua forma física chega ao ponto de você pensar que deveria fazer uma dieta?	1	2	3	4	5	6
3. Já lhe ocorreu que suas coxas, seus quadris e suas nádegas são grandes demais para o restante de seu corpo?	1	2	3	4	5	6
4. Você tem receio de que poderia engordar ou ficar mais gordo?	1	2	3	4	5	6
5. Você anda preocupada(o) achando que seu corpo não é firme suficiente?	1	2	3	4	5	6
6. Ao ingerir uma refeição completa e sentir o estômago cheio, você se preocupa em ter engordado?	1	2	3	4	5	6
7. Você já se sentiu tão mal com sua forma física a ponto de chorar?	1	2	3	4	5	6
8. Você deixou de correr por achar que seu corpo poderia balançar?	1	2	3	4	5	6
9. Estar com pessoas magras do mesmo sexo que o seu faz você reparar em sua forma física?	1	2	3	4	5	6
10. Você já se preocupou com o fato de suas coxas poderem ocupar muito espaço quando você senta?	1	2	3	4	5	6
11. Você já se sentiu gordo(a) mesmo após ingerir uma pequena quantidade de alimento?	1	2	3	4	5	6
12. Você tem reparado na forma física de outras pessoas do mesmo sexo que o seu e, ao se comparar, tem se sentido em desvantagem?	1	2	3	4	5	6
13. Pensar na sua forma física interfere em sua capacidade de se concentrar em outras atividades (p. ex., ver televisão, ler ou acompanhar uma conversa)?	1	2	3	4	5	6
	1	2	3	4	5	6



14. Ao estar nu(nua), por exemplo, ao tomar banho, você se sente gordo(a)?						
15. Você tem evitado usar roupas mais justas para não se sentir desconfortável com sua forma física?	1	2	3	4	5	6
16. Você já se pegou pensando em remover partes mais carnudas do seu corpo?	1	2	3	4	5	6
17. Comer doces, bolos ou outros alimentos ricos em calorias faz você se sentir gordo(a)?	1	2	3	4	5	6
18. Você já deixou de participar de eventos sociais(p. ex., festas) por se sentir mal com relação à sua forma física?	1	2	3	4	5	6
19. Você se sente muito grande e arredondado(a)?	1	2	3	4	5	6
20. Você sente vergonha do seu corpo?	1	2	3	4	5	6
21.A preocupação com sua forma física leva-o(a) a fazer dieta?	1	2	3	4	5	6
22. Você se sente mais contente em relação à sua forma física quando seu estômago está vazio (p.ex., pela manhã)?	1	2	3	4	5	6
23. Você acredita que sua forma física se deve à sua falta de controle?	1	2	3	4	5	6
24. Você se preocupa que outras pessoas vejam dobras na sua cintura ou estômago?	1	2	3	4	5	6
25. Você acha injusto que outras pessoas do mesmo sexo que o seu sejam mais magras que você?	1	2	3	4	5	6
26. Você já vomitou para se sentir mais magro(a)?	1	2	3	4	5	6
27. Quando acompanhado(a), você fica preocupado(a) em estar ocupando muito espaço (p.ex., sentado(a) num sofá ou no banco de um ônibus)?	1	2	3	4	5	6
28. Você se preocupa com o fato de estar ficando cheio(a) de “dobras” ou “banhas”?	1	2	3	4	5	6
29. Ver seu reflexo (p.ex., num espelho ou na vitrine de uma loja) faz você se sentir mal em relação ao seu físico?	1	2	3	4	5	6
30. Você belisca áreas de seu corpo para ver o quanto há de gordura?	1	2	3	4	5	6
	1	2	3	4	5	6

31. Você evita situações nas quais outras pessoas possam ver seu corpo (p.ex., vestiários ou banhos de piscina)?						
32. Você já tomou laxantes para se sentir mais magro(a)?	1	2	3	4	5	6
33. Você fica mais preocupado(a) com sua forma física quando em companhia de outras pessoas?	1	2	3	4	5	6
34. A preocupação com sua forma física leva você a sentir que deveria fazer exercícios?	1	2	3	4	5	6

No estudo original, pacientes com BN apresentaram um escore médio de 136,9 (DP = 22,5) e mulheres da comunidade, 81,5 (DP = 28,5).

### Referências:

COOPER, P. J. et.al. The development and validation of the body shape questionnaire. *Int. J. Eat. Dis.*, v.6, p.485-494, 1987.

DI PIETRO, M.; XAVIER e SILVEIRA, D. Desempenho da escala “Body Shape Questionnaire” em uma população de estudantes universitários. Trabalho apresentado no V Encontro de Transtornos Alimentares e Obesidade, junho de 2003, Gramado, RS.

Quadro 3: Resultado do *Body Shape Questionnaire*

<b>Escore</b>	<b>Diagnóstico</b>
< 80	Sem
81 a 110	Leve
111 a 140	Moderada

### Anexo 3

<b>Quadro 4: CID – 10: Depressão</b>	
<b>F31 Transtorno Afetivo Bipolar</b>	Este transtorno é caracterizado por episódios repetidos (isto é, pelo menos dois) no qual o humor e os níveis de atividade do paciente estão significativamente perturbados; esta alteração consiste em algumas ocasiões de uma elevação de humor e aumento de energia e atividade (mania ou hipomania) e em outras um

	rebaixamento do humor e diminuição de energia e atividade (depressão).
<b>F32 Episódio Depressivo</b>	Em episódios depressivos típicos, de todas as três variedades descritas: leve (F32.0), moderado (F32.1) e grave (F32.2 e F32.3), o indivíduo usualmente sofre de humor deprimido, perda de interesse e prazer e energia reduzida levando a uma fadiga aumentada e atividade diminuída. Cansaço marcante após esforços apenas leves é comum.
<b>Outros sintomas comuns</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Concentração e atenção reduzidas;</li> <li>b. Auto-estima e autoconfiança reduzidas;</li> <li>c. Idéias de culpa e inutilidade (mesmo em um tipo leve de episódio);</li> <li>d. Visões desoladas e pessimistas do futuro;</li> <li>e. Idéias ou atos autolesivos ou suicídio;</li> <li>f. Sono perturbado;</li> <li>g. Apetite diminuído.</li> </ul>

#### Anexo 4

<b>Quadro 5: CID 10 – Anorexia Nervosa</b>	
F 50.0 – Anorexia Nervosa	Anorexia Nervosa é um transtorno caracterizado por deliberada perda de peso induzida e/ou mantida pelo paciente. O transtorno ocorre mais comumente em garotas adolescentes e mulheres jovens. Ocorre mais raramente em homens

F 50.1 – Anorexia Nervosa Atípica.	adolescentes e jovens, em crianças próximas da puberdade e mulheres próximas da menopausa.  Pacientes com os sintomas-chave, mas somente num grau leve.
<b>Diagnóstico Diferencial</b>	Pode haver sintomas depressivos ou obsessivos associados, assim como aspectos de um transtorno de personalidade, o qual pode tornar a diferenciação difícil e/ou requerer o uso de mais de um código diagnóstico. Causas somáticas de perda de peso em pacientes jovens que precisam ser diferenciados incluem doenças debilitantes crônicas, tumores cerebrais e transtornos intestinais tais como doença de Crohn ou uma síndrome de má absorção.

## Anexo 5

<b>Quadro 6: DSM-IV</b>	
<b>Diagnóstico Diferencial da anorexia e outros quadros</b>	
Quando são satisfeitos os critérios para ambas, aplica-se o diagnóstico de Anorexia Nervosa, Tipo Compulsão Periódica/Purgativo.	No caso de perda de peso em condições médicas gerais (p. ex., neoplasias, infecções, condições endócrinas ou metabólicas), não apresenta

	<p>distorção da imagem corporal nem medo intenso de engordar. A Bulimia Nervosa não requer baixo peso.</p>
	<p>Perda de peso em transtornos depressivos, Comportamento alimentar incomum na Esquizofrenia, Obsessões ou compulsões envolvendo alimentos no Transtorno Obsessivo-Compulsivo, não tem medo intenso de engordar e apresentam os sintomas característicos das patologias.</p>
	<p>Esquiva de comer em público na fobia Social e distorção da imagem corporal no Transtorno Dismórfico Corporal não tem medo de engordar nem se caracteriza por baixo peso.</p>

## Anexo 6

<b>Quadro 7: CID – 10 e DSM – IV – Bulimia Nervosa</b>	
<p>CID – 10 F50.2 - Bulimia nervosa</p>	<p>Caracterizada por repetidos ataques de hiperfagia e uma preocupação excessiva com controle de peso corporal, levando o paciente a adotar medidas extremas, a fim de mitigar os efeitos “de engordar” da ingestão de alimentos.</p>

F50.3 - Bulimia Nervosa Atípica.	Pessoas com peso normal ou mesmo excessivo, mas com típicos períodos de hiperfagia seguidos de vômitos e purgação.
<b>Diagnóstico Diferencial DSM- IV</b>	Vômitos e diarreia em condições médicas gerais ou com excessivo uso de substâncias, deve-se aos efeitos fisiológicos diretos da condição médica geral ou substância.
	Compulsão periódica na Anorexia Nervosa requer um peso abaixo de 85% do esperado.
	Hiperfagia nos Transtornos Depressivos, não requer compulsão periódica ou mecanismos compensatórios inadequados e inclui aspectos característicos (humor deprimido, perda do interesse).
	Compulsão periódica no Transtorno de Personalidade <i>Boderline</i> , não requer mecanismos compensatórios inadequados nem preocupação exagerada com peso e forma corporal e inclui aspectos característicos (automutilação, relacionamentos instáveis).
	Transtorno alimentar sem outra especificação (categoria proposta: transtorno de compulsão periódica), caracteriza-se por compulsão periódica na ausência do uso regular de mecanismos compensatórios inadequados.

#### Anexo 7

<b>F 34.1 Distímia</b>	Uma depressão crônica de humor. São usualmente capazes de lidar com as exigências básicas do dia-a-dia. Na maior parte do tempo dormem mal, sentem-se inadequados, sentem-se cansados.
<b>Quadro 8: Comorbidades (CID -10)</b>	Apresentam períodos de dias ou semanas que descrevem como estando bem.
<b>F 10.1 Uso nocivo de álcool</b>	Um padrão de uso de substância que está causando dano à saúde. O dano pode ser físico ou mental.
<b>F 41 Outros Transtornos de Ansiedade</b>	Manifestações de ansiedade são os sintomas principais e não estão

	restritas a qualquer situação ambiental em particular. Sintomas depressivos e obsessivos e mesmo alguns elementos de ansiedade fóbica podem estar presentes, desde que sejam secundários ou menos graves.
<b>F 41.1 Transtorno de Ansiedade Generalizada</b>	O aspecto essencial é a ansiedade, a qual é generalizada e persistente. Os sintomas dominantes são variáveis, mas queixas de sentimentos contínuos de nervosismo, tremores, tensão muscular, sudorese, sensação de cabeça leve, palpitações, tonturas e desconforto epigástrico são comuns. Medos de que o paciente ou um parente irá brevemente adoecer ou sofrer um acidente são expressados e outras preocupações e pressentimentos. É mais comum em mulheres e relacionado a estresse ambiental crônico. Seu curso é variável, mas tende a ser flutuante e crônico.
<b>F 44 Transtornos Dissociativos (ou Conversivos)</b>	É uma perda parcial ou completa da integração normal entre as memórias do passado, consciência de identidade e sensações imediatas e controle dos movimentos corporais. O termo <i>conversão</i> é amplamente aplicado a alguns desses transtornos e implica em que o afeto desprazeroso produzido pelos problemas e conflitos que o paciente não pode resolver são de alguma forma transformados nos sintomas.
<b>F 44.7 Transtornos dissociativos (ou conversivos) mistos</b>	<b>Misturas dos transtornos específicos (F44.0 – F44.6)</b> F44.0: amnésia dissociativa F44.1: fuga dissociativa F44.2: estupor dissociativo F44.3: transtorno de transe e possessão  <b>F44.4 – F44.7: transtorno dissociativo de movimento e sensação.</b> F44.4: transtorno motores dissociativos F44.5: convulsões dissociativas F44.6: anestesia e perda sensorial dissociativas.
<b>F 60.4 Transtorno de Personalidade Histriônica</b>	a. Autodramatização, teatralidade, expressão exagerada de emoções. b. Sugestionalidade, facilmente influenciado por outros ou por



	<p>circunstâncias.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>c. Afetividade superficial e lábil.</li><li>d. Busca contínua de excitação, apreciação por outros e atividades nas quais o paciente seja o centro das atenções.</li><li>e. Sedução inapropriada em aparência ou comportamento.</li><li>f. Preocupação excessiva com atratividade física.</li></ul> <p>Aspectos associados podem incluir egocentrismo, auto-indulgência, ânsia contínua de apreciação, sentimentos que são facilmente feridos e comportamento manipulativo persistente para alcançar as próprias necessidades.</p>
--	--