

**UNIVERSIDADE ALTO VALE DO RIO DO PEIXE - UNIARP  
PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

**VANUSA APOLINÁRIO**

**AVALIAÇÃO DA AUTOESTIMA E SATISFAÇÃO DA IMAGEM CORPORAL DOS  
PARTICIPANTES DE UM GRUPO DE EMAGRECIMENTO**

**CAÇADOR  
2015**

**VANUSA APOLINÁRIO**

**AVALIAÇÃO DA AUTOESTIMA E SATISFAÇÃO DA IMAGEM CORPORAL DOS PARTICIPANTES DE UM GRUPO DE EMAGRECIMENTO**

Monografia apresentada como exigência para obtenção do Título de Especialista em Gestão em Saúde Pública ao Curso de Pós-Graduação em Gestão em Saúde Pública, ministrado pela Universidade do Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, sob orientação do professor Clayton Luiz Zanella.

**CAÇADOR  
2015**

Este trabalho é dedicado à razão da  
minha vida, minha companheira  
inseparável de todas as aulas, Heloisa,  
filha amada!

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente agradeço a Deus por estar sempre presente e permitir que pela fé se concretizasse mais esta realização.

Agradeço a todas as pessoas que de forma direta e indireta contribuíram para o desenvolvimento do presente trabalho, dentre tantas cito algumas:

Aos meus colegas de trabalho pelo apoio e união sempre existente na equipe do Nasf de Fraiburgo, em especial a nutricionista Tatiane sempre disposta a me ajudar.

Às nossas pacientes do Grupo Bem Viver pela participação neste estudo, sendo elas as protagonistas e parte fundamental de minha pesquisa.

À Clayton Luiz Zanella pelas orientações prestadas e conhecimentos partilhados no presente trabalho.

Aos professores e funcionários da Uniarp pela receptividade e o carinho sempre dispensado a todos os alunos, em especial à Soeni Ap. de Barros Yamaguchi que me indicou e me apoiou ao me inscrever neste curso;

Aos meus colegas de turma pelo acolhimento, carinho, paciência e compreensão dispensados à minha filha Heloisa durante sua presença nas aulas;

Às amigas que surgiram durante a pós-graduação, em especial as minhas colegas companheiras de carona e viagem Maria e Aline.

Ao meu marido João Vitor pelo companheirismo e companhia durante nossas viagens ao curso e pelo incentivo e apoio para sempre continuar estudando e me aperfeiçoando profissionalmente.

Aos meus familiares pelo apoio, hospedagem e cuidados com minha filha, em especial minha irmã Vanessa, minha mãe Noeli e minha prima Deisi.

Obrigada.

“A curva mais bonita que a mulher tem no corpo é o seu sorriso”.

(Bob Marley)

## RESUMO

O sobrepeso e obesidade atualmente são considerados epidemias no Brasil. Preocupados com esta realidade, profissionais de diversas áreas desenvolvem variados grupos de apoio voltados às pessoas com sobrepeso e obesidade e que manifestam vontade de emagrecer. Dentre os vários motivos da procura dos indivíduos por estes tipos de intervenção, pode-se enfatizar a busca da satisfação com o corpo e conseqüentemente do aumento da autoestima, evidenciando-se assim, a preocupação com a estética e bem-estar emocional acima das questões relacionadas à saúde física. Diante disto esta pesquisa teve como objetivo avaliar a autoestima e a percepção da imagem corporal de mulheres participantes do Grupo Bem Viver – Grupo de Tratamento e Controle da Obesidade e investigar a influência destas variáveis no processo de perda de peso. Para coleta de dados foi utilizada a Escala de Autoestima de Rosenberg e a Escala de Silhuetas de *Stunkard*. Com este estudo foi possível verificar que a insatisfação com a imagem corporal está presente em todos os casos de obesidade, sendo que esta insatisfação aumenta nos casos de insucessos no processo de emagrecimento, bem como, indivíduo com IMC mais elevado tem maior dificuldade de obter resultados satisfatórios no processo de emagrecimento comparado a indivíduos com IMC mais baixos. A maioria apresenta distorções da imagem corporal, sendo que não se veem tão obesas quanto realmente são, observando-se que a dificuldade de percepção, de aceitação e de reconhecimento da imagem física, piora o quadro da obesidade e também a obtenção de resultados positivos, tornando a distorção da imagem corporal um agravante que o sujeito tem de enfrentar no processo de emagrecimento. Os indivíduos que apresentam maior autoestima a distorção da imagem corporal é menor ou nula, sendo que a distorção da imagem corporal aumenta a medida que os níveis de autoestima diminuem.

**Palavras-chaves:** Autoestima, Imagem Corporal, Obesidade.

## ABSTRACT

Overweight and obesity are now considered epidemic in Brazil. Concerned about this situation, professionals from different areas develop various support groups geared to people with overweight and obesity and manifest desire to lose weight. Among the various reasons for the demand of individuals for these types of interventions, we can emphasize the pursuit of satisfaction with the body and consequently the increased self-esteem, demonstrating thus the concern with aesthetics and emotional well-being above issues related to physical health. In view of that this research was to evaluate the self-esteem and body image perception of women participating in the Living Well Group - Treatment Group and Control of Obesity and investigate the influence of these variables in the weight loss process. For data collection was used the Rosenberg Self-Esteem Scale and Stunkard silhouettes Scale. With this study we found that dissatisfaction with body image is present in all cases of obesity, and this dissatisfaction increases in cases of failures in the process of weight loss, as well as individuals with higher BMI is more difficult to get results satisfactory in weight loss process compared to individuals with lower BMI. Most have distorted body image, and do not see themselves as obese as they are, noting that the difficulty of perception, acceptance and recognition of the physical image, worsening the obesity chart and also getting positive results, making the distorted body image an aggravating factor that the subject has to face in the process of weight loss. Individuals who have higher self-esteem distortion of body image is lower or zero, and the distortion of body image increases as the self-esteem levels decrease.

**Keywords:** Self-esteem, body image, obesity.

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Faixa etária.....	40
Gráfico 2 - Ocupação .....	41
Gráfico 3 - Doenças pré-existentes.....	42
Gráfico 4 - Tratamento medicamentoso .....	43
Gráfico 5 - Índice de massa corporal .....	44
Gráfico 6 - Diferença de peso .....	44
Gráfico 7 - Exames Laboratoriais.....	46
Gráfico 8 - Autoestima.....	47
Gráfico 9 - Distorção imagem corporal .....	50
Gráfico 10 - Insatisfação corporal .....	51



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Resultados individuais .....	45
Tabela 2 - Escala de Silhuetas - IMC.....	48

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

ABS – Atenção Básica a Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas

IC – Imagem Corporal

IMC – Índice de Massa Corporal

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNAN – Política Nacional de Alimentação e Nutrição

POF – Pesquisa de Orçamentos Familiares

SUS - Sistema Único de Saúde

TA – Transtorno Alimentar

TCAP – Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica

TCC – Terapia Cognitiva Comportamental

VIGITEL - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por  
Inquérito telefônico

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>11</b>
<b>2 OBESIDADE</b> .....	<b>14</b>
2.1 IMAGEM CORPORAL .....	18
2.2 AUTOESTIMA .....	22
2.3 A ALIMENTAÇÃO E SEUS SIGNIFICADOS .....	24
2.3.1 Relação Mulher X Alimentação .....	25
2.3.2 Compulsão Alimentar .....	28
2.4 TRATAMENTO EM GRUPO .....	30
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	<b>34</b>
3.1 NATUREZA E TIPO DE PESQUISA .....	34
3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	35
3.3 PROCEDIMENTOS .....	36
3.4 ANÁLISE DE DADOS .....	38
<b>4 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE DOS DADOS E RESULTADOS</b> .....	<b>39</b>
4.1 ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG .....	46
4.2 FICHA DAS ESCALAS DE SILHUETAS DE STUNKAD .....	47
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>54</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>56</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>60</b>
ANEXO A - Escala de Autoestima de Rosenberg .....	61
ANEXO B – Ficha de Imagem Corporal – Escala de Silhuetas de Stunkad .....	62
ANEXO C – Ficha de Inscrição e Acompanhamento Individual .....	63

## 1 INTRODUÇÃO

O sobrepeso e obesidade atualmente são considerados epidemias no Brasil. Preocupados com esta realidade, profissionais de diversas áreas desenvolvem variados grupos de apoio voltados às pessoas com sobrepeso e obesidade e que manifestam vontade de emagrecer. Dentre os vários motivos da procura dos indivíduos por estes tipos de intervenção, pode-se enfatizar a busca da satisfação com o corpo e conseqüentemente do aumento da autoestima, evidenciando-se assim, a preocupação com a estética e bem-estar emocional acima das questões relacionadas à saúde física. Desse modo, observa-se que a imagem corporal é um aspecto muito importante da identidade pessoal, uma vez que as questões relacionadas à imagem corporal real e ideal da mulher contribuem para a investigação sobre a visão e julgamento que esta possui a respeito de si mesmo.

De acordo com Braga, Molina e Cade (2007), nos dias atuais nota-se facilmente a importância que a população, principalmente das mulheres, atribui à imagem corporal. Um modelo de beleza vem ganhando cada vez mais força, independente das reais necessidades e possibilidades da população, onde o ideal de um corpo magro nem sempre é alcançado, proporcionando um sentimento de fraqueza ou impotência às pessoas que o buscam, causando conseqüências negativas na autoestima.

A autoestima é o juízo de valor que um indivíduo tem de si mesmo e que começa a ser moldado no cotidiano da primeira infância. Sua importância é grande na relação do indivíduo consigo mesmo e com os outros, influenciando sua percepção dos acontecimentos e principalmente seu comportamento. O sucesso frente a um desafio depende do estado emocional do indivíduo, o que está diretamente relacionado à qualidade da autoestima e seu nível de confiança (MAÇOLA; VALE; CARMONA, 2010, p. 571).

Portanto, ao enfrentar o desafio do emagrecimento, quanto melhor o estado emocional da mulher, maior sua chance de sucesso nesse processo. Sendo assim, este estudo tem como tema de pesquisa a avaliação da autoestima e satisfação da imagem corporal e sua influência na perda de peso dos participantes de um grupo de emagrecimento.

Diante do exposto, elencamos nossa questão problematizadora que versa sobre a relação entre a obesidade, e as variáveis psicológicas - imagem corporal e a

autoestima, apresentando a seguinte indagação: a autoestima e a percepção da imagem corporal influenciam na motivação do indivíduo no processo de emagrecimento?

Considerando este questionamento, podemos levantar algumas hipóteses ao problema exposto, sendo elas: os indivíduos com maior excesso de peso apresentam menores níveis de autoestima; os indivíduos com menores níveis de autoestima tem maior dificuldade para aderir a grupos de emagrecimento e perder peso; os indivíduos com maior excesso de peso apresentam maiores níveis de insatisfação com a imagem corporal.

Muitas pessoas participam de grupos de apoio de emagrecimento, adquirem conhecimentos quanto a forma adequada de se alimentar e os hábitos bons que devem introduzir no seu dia a dia. Entretanto existem outros fatores, como os psicológicos que influenciam na perda de peso, sendo importantes para a permanência no grupo, bem como dos resultados positivos esperados pelos participantes, como a perda de peso.

Neste sentido, este estudo é oportuno visto que tem por finalidade investigar se a autoestima e percepção da imagem corporal influenciam na perda de peso dos participantes de um grupo de emagrecimento, bem como, realizar uma análise correlacional entre as variáveis psicológicas que se admitem estarem ligadas à motivação para perda de peso e os resultados obtidos pelos participantes durante sua permanência no grupo, verificando-se se os mesmos alcançaram suas metas ao ingressar no grupo.

Para, além disso, o estudo se torna relevante à medida que nos possibilita adquirir novos conhecimentos quanto aos tratamentos de obesidade em grupos terapêuticos. Quando se estuda as variáveis que influenciam no processo da perda de peso e na eficácia dos grupos de apoio de emagrecimentos abre-se um importante leque de novas ideias, técnicas e intervenções científicas que poderão nortear o trabalho dos profissionais que trabalham com tratamentos de controle de peso, sensibilizando os envolvidos da importância da avaliação e do acompanhamento psicológico dos participantes dos programas de emagrecimento.

O projeto da presente pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, sob número CAAE: 51202815.1.0000.5593 e teve como objetivo geral investigar a influência da autoestima e da percepção da imagem corporal no processo de perda de peso. Como objetivos específicos, este trabalho

buscou avaliar a autoestima dos participantes do Grupo de Tratamento e Controle da Obesidade - Grupo Bem Viver; conhecer o nível de satisfação dos participantes quanto a sua imagem corporal; verificar o comprometimento dos pacientes com o grupo e comparar os resultados obtidos no grupo com a avaliação da autoestima e imagem corporal das mulheres participantes.

Através deste estudo foi possível concluir que a insatisfação com a imagem corporal está presente em todos os casos de obesidade, sendo que esta insatisfação aumenta nos casos de insucessos no processo de emagrecimento, bem como, indivíduo com IMC mais elevado tem maior dificuldade de obter resultados satisfatórios no processo de emagrecimento comparado a indivíduos com IMC mais baixos. Observou também que a grande maioria das participantes apresenta distorções da imagem corporal, sendo que não se veem tão obesas quanto realmente são, e conseqüentemente não se cuidam como deveriam ou não se comprometem com o processo de emagrecimento por não conseguirem perceber o quão grave é seu estado de saúde.

Observa-se que a dificuldade de percepção, de aceitação e pode-se dizer também dificuldade de reconhecimento da imagem física, piora o quadro da obesidade e também a obtenção de resultados positivos, tornando a distorção da imagem corporal um agravante que o sujeito tem de enfrentar no processo de emagrecimento.

Outro fator observado no estudo mostra que os indivíduos que apresentam maior autoestima a distorção da imagem corporal é menor ou nula, sendo que a distorção da imagem corporal aumenta a medida que os níveis de autoestima diminuem, confirmando que a autoestima e imagem corporal estão intimamente ligadas e influenciam uma a outra.

## 2 OBESIDADE

A prevalência de sobrepeso e obesidade cresceu de maneira importante nos últimos 30 anos. Nesta realidade epidemiológica do grupo de doenças crônicas não transmissíveis, destaca-se a obesidade por ser ao mesmo tempo uma doença e um fator de risco para outras doenças deste grupo, como a hipertensão e o diabetes, que também se apresentam com taxas de prevalência em elevação no país. (BRASIL, 2006, p.8)

A obesidade é uma doença que afeta as nações desenvolvidas e em desenvolvimento, sendo considerada uma epidemia mundial que atinge indivíduos em todos os níveis socioeconômicos (POPKIN; DOACK, 1998).

Para Goes (2005), a obesidade é uma doença universal de prevalência crescente e que vem adquirindo preocupantes proporções epidêmicas, sendo um dos principais problemas de saúde pública mundial. Trata-se de uma enfermidade metabólica mais antiga que se conhece e causa de risco de inúmeras doenças crônicas e tem elevada morbimortalidade.

Definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2013) como uma anormal ou excessiva acumulação de gordura que pode prejudicar a saúde, o excesso de peso e a obesidade são responsáveis por, pelo menos, 2,8 milhões de mortes por ano em todo o mundo.

O manual de orientações do Sisvan (Sistema de Vigilância Alimentar Nutricional) adota como ponto de corte para o sobrepeso o IMC (Índice de Massa Corporal)  $> 25$  e  $< 30$  e para obesidade o IMC  $> 30$ , tendo como base a recomendação da OMS. (BRASIL, 2014, p. 37). De acordo com a OMS, a obesidade é definida como um IMC igual ou superior a  $30 \text{ kg/m}^2$ , mas pode também ser subdividida em termos de severidade da obesidade, segundo o risco de outras morbidades associadas, conforme denominadas abaixo:

- IMC entre 30-34,9 - Obesidade I;
- IMC entre 35-39,9 - Obesidade II
- IMC entre 40-44,9 - Obesidade III

A obesidade é identificada quando há um desequilíbrio energético, onde a energia ingerida, que é dada pela quantidade de calorias, é maior do que a energia

gasta, que é a quantidade de calorias utilizadas pelo metabolismo durante a atividade física e para a manutenção do organismo (STÜRMER, 2002).

Nesse raciocínio Goes (2005, p. 4) afirma que:

A obesidade é uma doença multifatorial, relacionado ao saldo positivo no balanço energético, seja pelo aumento de ingestão de alimentos e/ou pela diminuição de gasto de energia, e pode estar relacionado a diversas outras doenças de ordem metabólica, cardiovascular, entre outras.

A obesidade é uma doença caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal, sendo consequência de balanço energético positivo e que acarreta repercussões à saúde com perda importante na qualidade e na quantidade de vida (WHO, 2000).

Quanto às diferenças de gênero e idade, pode-se observar que as prevalências de obesidade são semelhantes nos dois sexos até os 40 anos, idade a partir da qual as mulheres passam a apresentar prevalências duas vezes mais elevadas que os homens (BRASIL, 2006, p. 18).

No Brasil, segundo dados da última Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF, 2008), cerca de 15% dos adultos apresentam obesidade e cerca de metade da população maior de 20 anos apresenta excesso de peso. O que mais chama a atenção nessa epidemia é a velocidade com que ela aumentou nas últimas décadas. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE, 1976) a obesidade estava presente em 2,8% dos homens e 7,8% das mulheres; já em 2003, a prevalência entre homens era de 8,8% e de 12,7% em mulheres. Em 2009, a prevalência de obesidade era de 12,5% entre homens e de 16,9% entre as mulheres. O excesso de peso, que compreende o sobrepeso e a obesidade, atualmente acomete 50,1% dos homens e 48% das mulheres (IBGE, 2010). O aumento da obesidade é uma realidade não apenas no Brasil, mas praticamente em todos os países do chamado mundo ocidental, em todas as faixas de idade e em ambos os sexos (MONTEIRO, CONDE; POPKIN, 2007; POPKIN, 2010; POPKIN, 2011; JONES-SMITH et al., 2011 apud BRASIL, 2014, p. 19).

Em sua pesquisa realizada em 2014, a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito telefônico (VIGITEL) verificou que cresceu o número de pessoas com excesso de peso no país, sendo que 52,5% dos brasileiros estão acima do peso e 17,9% da população está obesa.



Segundo Stümer (2002), existem diversos fatores que desencadeiam a obesidade:

- fatores hereditários, onde o risco de desenvolver a obesidade é maior nos filhos de um dos pais (principalmente a mãe), ou ambos, são obesos;
- fator hormonal, tanto na menarca como na menopausa podem ocorrer distúrbios hormonais que podem alterar o metabolismo, assim como aumentar o consumo alimentar, levando a obesidade;
- fator medicamentoso, certos medicamentos podem desencadear o aumento do consumo de doces, assim como o uso de drogas que atuam na saciedade, que podem provocar o efeito “sanfona”;
- fatores psicológicos como problemas mal resolvidos, ciúme, inveja, sexualidade, casamento, imagem corporal distorcida, entre outros;
- fatores ambientais e sociais, a modernização que possibilita mais conforto e reforça ainda mais o sedentarismo, a mídia que utiliza os meios de comunicação para comercializar todos os tipos de alimentos, mudança de emprego, abandono de atividade física, maior poder aquisitivo incentiva comer com menor qualidade, mas em quantidade maior. Entretanto, o menor poder aquisitivo incentiva o consumo de alimentos mais baratos, isto é, contendo maior quantidade de calorias provenientes de gorduras.

A OMS reforça o exposto acima, afirmando que são vários os fatores associados à dieta que poderiam contribuir para o aumento do sobrepeso e obesidade dos brasileiros ao acarretarem mudanças importantes nos padrões alimentares tradicionais: migração interna; alimentação fora de casa, crescimento na oferta de refeições rápidas; ampliação do uso de alimentos industrializados e processados. Estes aspectos vinculam-se diretamente à renda das famílias e às possibilidades de gasto com alimentação, em particular, associado ao valor sócio-cultural que os alimentos vão apresentando para cada grupo social (WHO, 2000).

Conforme destaca Bouchard (2003), as variáveis que estão diretamente relacionadas com o sobrepeso e obesidade ou entre o peso corporal e o ganho de gordura ao longo do tempo podem ser: a idade, sexo, condição socioeconômica, ingestão de energia, ingestão de gordura, taxa metabólica basal, nível de atividade

física, etc. O autor destaca ainda que, existem outros fatores que podem influenciar o desenvolvimento da atual epidemia da obesidade:

O aumento do consumo de calorias em relação as gerações passadas, sem mudanças no gasto calórico; diminuição do gasto energético diário, sem alteração da ingesta calórica; existe uma diminuição da ingesta per capita de calorias, no entanto, a diminuição da atividade física se apresenta numa proporção ainda maior (BOUCHARD, 2003, p. 12).

Diversos autores têm apontado motivos diferentes para o surgimento e a manutenção da obesidade em inúmeras populações. Os estudos que têm sido empreendidos correlacionando aspectos genéticos à ocorrência de obesidade não têm sido capazes de evidenciar a interferência destes em mais de um quarto dos obesos, fazendo com que ainda se acredite que o processo de acúmulo excessivo de gordura corporal, na maioria dos casos, seja desencadeado por aspectos socioambientais (BOUCHARD, 2000).

A obesidade pode acarretar problemas que vão além do aspecto estético da pessoa obesa, estendendo-se para patologias em diferentes órgãos e sistemas orgânicos, originando problemas psicológicos que muitas vezes passam despercebidos, entre eles a mudança na personalidade e padrões de comportamento manifestados, na maioria dos casos pode ocasionar depressão, isolamento, autocompaixão, irritabilidade e agressividade (KATCH; MCARDLE, 1990).

A prevenção e o diagnóstico precoce da obesidade são importantes aspectos para a promoção da saúde e redução de morbimortalidade, não só por ser um fator de risco importante para outras doenças, mas também por interferir na duração e qualidade de vida, e ainda ter implicações diretas na aceitação social dos indivíduos quando excluídos da estética difundida pela sociedade contemporânea (SCHMIDT et al., 2011 apud BRASIL, 2014).

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), (Brasil, 2014, p. 34) para o tratamento dos casos de obesidade (IMC de 30 kg/m<sup>2</sup> a 40 kg/m<sup>2</sup>), com ou sem comorbidades, é necessária uma oferta terapêutica mais densa. As equipes de referência da Atenção Básica (AB) com as equipes de apoio matricial do Núcleo de Apoio da Saúde da Família (NASF) devem avaliar a necessidade e organizar a oferta para estes indivíduos, quando for o caso, da terapia comportamental e da farmacoterapia no âmbito da AB. Deve-se ofertar também para estes indivíduos

ações em grupo para promoção da alimentação adequada e saudável e atividade física, mas observando a necessidade de grupo específico para obesos permitindo que estes indivíduos sintam-se melhor acolhidos em um grupo com as mesmas características.

## 2.1 IMAGEM CORPORAL

Segundo Schilder (1994 apud MARTINS; NUNES; NORONHA, 2008), imagem corporal é a representação mental do próprio corpo e da maneira como ele é percebido pelo indivíduo, de forma que a imagem envolve os sentidos, as ideias e sentimentos referentes ao corpo, que possui memória e também uma identidade, chamada de imagem corporal.

Bosi et.al (2006, p. 108-113) cita em seu estudo três autores que definem o conceito de imagem corporal: “A imagem corporal é a figura de nosso próprio corpo que formamos em nossa mente, ou seja, o modo pelo qual o corpo se apresenta para nós mesmos ou como o vivenciamos” (CORDÁS e CASTILHO, 1994, p.108).

“O termo imagem corporal refere-se a uma ilustração, que se tem na mente, de tamanho, imagem e forma do corpo, expressando também sentimentos relacionados a essas características, bem como as partes que o constituem” (SLADE, 1998, p.110).

“A insatisfação com o corpo tem sido frequentemente associada à discrepância entre a percepção e o desejo relativo a um tamanho e a uma forma corporal” (ALMEIDA et.al, 2005, p.113).

Em seu estudo Striegel-Moore e Franko (2002 apud ESTEVES, 2013), relata que a imagem corporal (IC) surge como um conceito com múltiplas dimensões que compreende aspectos perceptivos, comportamentais e afetivos. As mudanças nestes componentes são chamadas preocupações com a imagem corporal. Estes distúrbios podem incorporar uma visão negativa e distorcida da sua aparência, insatisfação com a imagem corporal, ou supervalorização da sua aparência física na definição do sentido de self, onde as preocupações com a imagem corporal podem afetar negativamente o bem-estar e a qualidade de vida psicológica.

De acordo com a perspectiva sociocultural, Jackson (2002, apud ESTEVES, 2013), descreve que os corpos ideais variam entre as culturas, dentro das culturas, entre grupos e ao longo do tempo. Pode-se afirmar que a satisfação com a imagem

corporal é subjetiva, dependendo de vários fatores, como a cultura em que se está inserido, o sexo, a idade, classe social e até orientação sexual, além do grau de importância que o indivíduo dá à ICI. Carraça e colaboradores (2011 apud ESTEVES, 2013), afirmam que insatisfação com o peso, forma corporal ou alguma característica facial pode ter mínimas implicações para alguns indivíduos e para outros ter implicações negativas mais graves.

A insatisfação com a IC pode ter efeitos devastadores sobre a saúde física e psicológica. Nas sociedades ocidentais, a magreza é geralmente associada a felicidade, sucesso, juventude e aceitabilidade social, logo ter excesso de peso é frequentemente relacionado com preguiça, falta de força de vontade e estar fora de controle (GROGAN, 2008, apud ESTEVES, 2013).

Embora constitua fenômeno complexo para investigações, para Saikali et.al, (2004), existem evidências de que a mídia tem influência sobre os distúrbios da alimentação e da IC, pois ao mesmo tempo em que exige corpos perfeitos, estimula práticas alimentares que não são saudáveis. A exibição de jovens com corpos muito magros ou muito musculosos apresentados nas revistas, novelas, filmes e comerciais de televisão torna muito difícil, principalmente para os jovens, considerar a beleza em sua diversidade e singularidade, ou seja, como componente individual, sem se prender a padrões estéticos cada vez mais inatingíveis.

A pessoa obesa, além de ser alvo das doenças ocasionadas pelo excesso de peso, é excluída da sociedade, onde o culto ao corpo e ao belo é predominante. Assim, o incômodo com o corpo, mesmo que a pessoa não esteja obesa ou com sobrepeso, por vezes está presente devido às exigências impostas pela mídia (SAIKALI, et.al, 2004, p. 166).

A insatisfação com a aparência física parece ser mais a regra do que a exceção (SARWER et al., 2005 apud ESTEVES, 2013). Apesar de ser comum, a sua manifestação nos vários grupos é diferente, incidindo mais nas mulheres, independentemente da sua idade.

De acordo com Sudo e Luz (2007) em nenhuma época o corpo magro e esbelto esteve tão em evidência como nos tempos atuais, onde o corpo nu ou vestido, exposto em diversas revistas femininas e masculinas está na moda. Revistas semanais brasileiras realizam constantemente matérias de capa abordando temas como: dieta; medo de engordar; estar/entrar em forma; a ciência em prol da saúde e do corpo, indicando, primeiramente, que questões envolvendo, direta ou

indiretamente o corpo – e mais precisamente como evitar o corpo gordo – vendem, encontrando leitores ávidos pelo tema.

Trata-se de uma epidemia de culto ao corpo, que se multiplica em uma população patologicamente preocupada com a estética corporal e, também, afetada por alterações psíquicas relacionadas à valorização da imagem do corpo. A tríade beleza, juventude e saúde está fortemente relacionada ao alcance do corpo idealizado que, no mundo moderno, torna-se objeto que merece trabalho constante do indivíduo sobre si mesmo, parecendo constituir uma correção da obra da natureza (SANTOS, 2007 apud BRASIL, 2014).

A investigação sugere vários fatores passíveis de predizer uma IC positiva de entre os quais se destacam, segundo Grogan (2008 apud ESTEVES, 2013), a autoestima, a resistência à internalização do magro ideal e as crenças sobre controle pessoal e sobre o domínio do corpo.

Para controlar ou lidar com pensamentos angustiantes relativos à IC e às emoções, sejam eles antecipatórios ou reais, os indivíduos envolvem-se numa série de ações e reações, como estratégias cognitivas bem aprendidas, comportamentos de adaptação, ou o ajuste a eventos ambientais. As reações de ajustamento incluem comportamentos de evitamento e de encobrimento do corpo, rituais de correção da aparência, procura de reafirmação social e estratégias compensatórias. Estas manobras servem para manter, através de reforço negativo, as atitudes frente à imagem corporal, já que permitem que o indivíduo temporariamente escape, reduzindo ou regulando o desconforto com a imagem corporal (CASH, 2002 apud ESTEVES, 2013).

Um estudo de Cash, Melnyk e Hrabosky, em 2004 (apud ESTEVES, 2013), concluiu que tanto os homens como as mulheres que investiram mais nos esquemas relacionados com a aparência, experimentaram maiores discrepâncias face ao seu eu-ideal, ou seja, maior insatisfação com a imagem corporal, uma maior internalização dos ideais de aparência e mais frequentes emoções disfóricas face à IC. Em relação ao funcionamento psicológico, tanto as mulheres como os homens com maior autoavaliação e investimento global na sua aparência relataram mais preocupações relacionadas com o perfeccionismo sobre como se apresentam aos outros, tinham uma autoestima mais baixa, e relataram comportamentos alimentares mais perturbados. A investigação tem demonstrado que a imagem corporal é

diretamente afetada pelas crenças e esquemas que um indivíduo detém sobre o controle de peso.

Em mulheres adultas, revela-se no desejo generalizado de um corpo mais magro. Estudo que avaliou a influência da percepção no peso corporal e no IMC no comportamento alimentar obteve como resultado a discrepância entre o real e o ideal: 46% das mulheres entre 12 e 29 anos queriam pesar menos, mas apenas 32% apresentavam sobrepeso ou obesidade. Das 38% que se consideravam gordas, 65% tinham IMC dentro da normalidade, o que reforça o ideal preconizado pela cultura (NUNES et al., 2001 apud APETITO, 2010).

Foster e Matz (2002 apud ESTEVES, 2013) afirmam que a insatisfação com a imagem corporal é um fator importante na decisão de perda de peso e na escolha de quanto peso perder. Os autores alertam para o fato de que alguns pacientes, mesmo depois de uma perda de peso significativa, reterem sentimentos negativos sobre os seus corpos. Deste modo, apesar das melhorias na imagem corporal, é importante atender à variante individual.

Um certo grau de insatisfação pode ser útil e necessário para motivar as pessoas a envolverem-se em comportamentos saudáveis, como exercício e restrição de gorduras e calorias (HEINBERG, THOMPSON & MATZON, 2007 apud ESTEVES, 2013). Os autores sugerem que deve ser analisado o papel da insatisfação com a ICI nas perturbações alimentares, examinando-se como é que a insatisfação com a imagem corporal interage com a motivação e com a participação em comportamentos saudáveis.

De acordo com Esteves (2013) apesar de atualmente a insatisfação corporal ser mais a regra do que a exceção, existem duas perspectivas a considerar: por um lado, a preocupação com a aparência física é realmente angustiante e incapacitante para um significativo número de pessoas, por outro, algum nível de insatisfação com a imagem corporal pode ser entendido como benéfica, já que pode atuar como estímulo à prática de exercício físico e de comportamentos alimentares saudáveis.

Frost e Ruiz (2005 apud SILBERFARB, 2015) conclui que a aparência é uma parte inevitável da construção de uma identidade para a sociedade capitalista, que instiga sonhos e desejos de corpos e beleza perfeita. Assim, instala-se uma situação de insatisfação corporal, onde a pessoa avalia negativamente sua aparência física, interferindo em seu estado psicológico.

Ter preocupação com a saúde e com o corpo é uma atitude bastante saudável. No entanto, prender-se a padrões estéticos, principalmente corporais, e buscar alcançá-los a qualquer custo pode ser uma grande armadilha. Buscar metas inalcançáveis pode ocasionar grande frustração. É importante lembrar que, na perspectiva da promoção de saúde, as diferenças precisam ser respeitadas e as comparações, evitadas. A autoestima e o senso crítico são elementos fundamentais para vencer os desafios que a vida apresenta; assim, os profissionais devem buscar, em sua prática, contribuir para o desenvolvimento dessas habilidades (RIO DE JANEIRO, 2005 apud BRASIL, 2006).

## 2.2 AUTOESTIMA

Segundo Nascimento et. al (2009), para melhor compreender a autoestima, podemos apresentá-la como a opinião e o sentimento que cada pessoa tem por si mesma, a consciência do seu valor pessoal, numa perspectiva que abrange o respeito, o amor e a crença em si mesmo. Os autores destacam ainda, como os sentimentos de amor próprio e a autoconfiança, influenciam-se mutuamente e permitem o estabelecimento saudável da autoestima:

O amor próprio é assim compreendido como a valorização dos próprios sentimentos e vontades, não de uma forma egoísta, mas, baseada no autoconhecimento e no reconhecimento dos próprios limites. A autoconfiança é assim compreendida como a confiança que é depositada nos próprios atos. Na medida em que, quanto mais a pessoa se conhece é que é possível aceitar-se e, conseqüentemente, amar-se e confiar em si mesma (NASCIMENTO et. al 2009, p. 18).

De acordo com Fernandes et. al (2013), a autoestima pode ser considerada como um componente da qualidade de vida e é definida como sentimento, apreço e consideração que uma pessoa tem por si própria, ou seja, quanto ela gosta de si, como ela se vê e o que pensa sobre ela mesma.

Esteves (2013) destaca que a IC e a autoestima não se apresentam como conceitos independentes, mas como estando intimamente relacionados, no que concerne à avaliação corporal responsável por parte do bem-estar de um indivíduo.

Os atributos de personalidade individuais também influenciam a formação da imagem corporal e a autoestima pode ser o mais determinante desses fatores. Uma

autoestima elevada, ao promover uma avaliação positiva do corpo, pode servir como redutor de episódios que prejudicam a imagem corporal, bem como, uma baixa autoestima pode aumentar a fragilidade de um indivíduo frente a sua imagem corporal (CASH, 2002 apud ESTEVES, 2013).

Segundo Rosenberg (1986) citado por Faria, Pepi e Alesi (2004 apud ESTEVES, 2013, p.8):

a autoestima global consiste na soma de juízos de valor que um indivíduo gera acerca de si mesmo, sendo uma avaliação de carácter geral dos vários elementos da autoestima – valor pessoal, respeito por si mesmo, autoconfiança e amor-próprio. A autoestima tende a surgir a partir de expressões de agrado e de aprovação dos outros, da percepção de que o comportamento do próprio reflete competência e valor moral e, a partir de comparações favoráveis com outros referentes.

Rosenberg (1979) citado por Pocinho (2000 apud ESTEVES, 2013, p. 8), identificou três componentes da autoestima: “como o indivíduo se vê a si mesmo (o Eu extenso); como gostaria de ver o seu Eu (o Eu desejado); como se mostra aos outros (o Eu pressentido)”.

Rosenberg (1965), citado por Marčič e Kobal Grum (2011 apud ESTEVES, 2013), destaca que a autoestima pode ser classificada em termos de nível, entre alta e baixa autoestima:

- Alta autoestima - a autoestima elevada envolve sentimentos agradáveis e significa que um indivíduo se aceita e valoriza, está satisfeito consigo mesmo e sente-se digno de respeito; por outro lado,
- Baixa autoestima - está relacionada com sentimentos desagradáveis, os indivíduos apresentam uma visão negativa em relação a si próprios e/ou não se valorizam a si próprios e não aceitam as suas próprias características.

Lampard, Byrne e McLean (2011 apud ESTEVES, 2013) realizaram um estudo com o objetivo de verificar se a baixa autoestima medeia a relação entre os problemas interpessoais e sintomas de distúrbios alimentares. Os autores partiram da hipótese de que problemas interpessoais insuportáveis podem contribuir para uma baixa autoestima, o que pode, por sua vez, aumentar a motivação para alcançar competências socialmente valorizados de forma a melhorar a situação



interpessoal e aumentar os sentimentos de autoestima. Caso o peso e forma corporal sejam percebidos como ideais socialmente valorizados, e caso a autoestima se baseie na capacidade de alcançar esse ideal, é possível verificar-se uma supervalorização do peso e da forma corporal, levando a dietas exageradas. A hipótese de que a autoestima poderia estar ligada a relação entre os problemas interpessoais e os sintomas de transtorno alimentar foi parcialmente apoiada, sugerindo que os problemas interpessoais podem desempenhar um papel importante nas perturbações alimentares devido ao efeito adverso na autoestima que, por sua vez, incentiva a busca da realização no domínio do peso e forma valorizados.

### 2.3 A ALIMENTAÇÃO E SEUS SIGNIFICADOS

Segundo Silberfard (2015) a alimentação é um objeto de estudo muito complexo e diversas áreas do saber dedicam-se à investigação deste fenômeno, entre elas pode-se citar a sociologia, medicina, a antropologia, a nutrição e a psicologia.

A alimentação tem uma função biológica vital e uma função psicossocial essencial, comportando dimensões histórica, econômica, simbólica e cultural. Como vínculo social, a comida possibilita a confraternização, o prazer, a compensação pela tristeza, solidão, isolamento. Para compreensão da função alimento/corpo/saúde, é necessário compreender o meio social que constitui seu valor. Da mesma forma, a obesidade é modelada por concepções próprias de cada grupo. Embora possa haver diferentes explicações e justificativas para a obesidade de acordo com os grupos sociais a que pertencem, não há dúvidas de que, neste momento histórico há, no inconsciente coletivo, discriminação do corpo obeso. Destaca-se a ambivalência atribuída à imagem social do gordo (TONIAL, 2001; FELIPO, 2003 apud BRASIL, 2006).

A globalização, o consumismo, a necessidade de prazeres rápidos e respostas instantâneas contribuem para o aparecimento da obesidade como uma questão social. A obesidade envolve uma complexa relação entre corpo, saúde, alimento e sociedade, visto que os grupos têm diferentes inserções sociais e conceitos diversos sobre estes temas, que modificam-se com a história (BRASIL, 2006).

“A alimentação envolve um conjunto de valores e significados, que são de ordem cultural, psicológica, social e simbólica. A relação entre comida e prazer é muito próxima” (BRASIL, 2006, p. 43).

Na prática alimentar cotidiana de pessoas com excesso de peso, parece haver uma atração por alimentos com alto teor de gordura e açúcar como salgados, frituras, bolos, doces, entre outros. Assim, pode-se destacar que a preferência por açúcar também está ancorada na história do Brasil, sendo que a sacarose e outros carboidratos agem como sedativos, elevando os níveis de serotonina. Nesse sentido, a satisfação associada ao prazer que estes alimentos conferem intensifica a preferência por alimentos doces. Não comemos somente nutrientes, comemos afetos, prazeres, saúde, ansiedades, doces lembranças do passado (BRASIL, 2006).

“Compreende-se que em torno da comida são transmitidos os valores, são lembradas nossas raízes, reforçadas as relações afetivas, podendo ter vários significados como comida da lembrança, do trabalho, da sobrevivência” (BRASIL, 2006, p. 93).

De acordo com Rio de Janeiro (2005 apud BRASIL, 2006) o excesso de peso, em alguns casos, está associado à baixa autoestima, à insatisfação com o próprio corpo, depressão e distúrbios alimentares. Muitas vezes, o obeso é discriminado dentro do grupo social, que pode ser a própria família, a escola, os vizinhos e os amigos, o que leva a um isolamento cada vez maior e à busca por preencher seu sentimento de insatisfação por meio da comida. Assim, é necessário ter uma atitude positiva de combate aos preconceitos, pois a obesidade não é um problema de falta de caráter ou relaxamento. É fundamental fomentar uma atitude de inclusão.

De acordo com Utrini (2013) é interessante refletir a obesidade levando em consideração que os obesos podem possuir inúmeras maneiras de refletir sobre o alimento. Entender a dinâmica de preenchimento a que os obesos estão ligados ou considerar a ingestão de alimentos como forma de ficar constantemente preenchendo algo, ou ter de comer para preencher um espaço vazio, ou saber comer como forma de prazer, ou ainda comer para diminuir a ansiedade.

### 2.3.1 Relação Mulher X Alimentação

Na questão de gênero, observam-se importantes repercussões. A preocupação com a aparência e com determinado modelo de corpo ficou restrita e

pode-se dizer permitida, durante muito tempo, às mulheres (GOLDENBERG, 2005 apud BRASIL, 2006). Já os homens obesos, de uma maneira geral, são mais aceitos por expressarem ter boa posição socioeconômica e profissional ou por serem considerados inteligentes; a obesidade é utilizada como proteção, poder (FISCHLER, 1995; FELIPO, 2003 apud BRASIL, 2006).

Para as mulheres das classes populares, o corpo obeso é cúmplice da sua história de vida, sendo que por meio dele o grupo preserva a sua identidade, mantém costumes e crenças culturais e encontra refúgio para os inúmeros dilemas impostos pela vida em meio à pobreza e à escassez. Neste sentido, o corpo obeso é o elemento de conforto que ameniza as adversidades vividas no cotidiano. A gordura parece ser vista como um símbolo do seu poder na família, sem conotação negativa; ao contrário, entre elas parece imperar um padrão estético próprio, de apreciação da corpulência, oposto ao das classes privilegiadas (FERREIRA e MAGALHÃES, 2006).

Segundo Tonial (2001 apud BRASIL, 2006) as mulheres obesas sabem os princípios básicos de uma alimentação adequada, conhecem quais são alimentos que engordam ou os que engordam menos, demonstram-se preocupadas em manter a força física para o trabalho e, certamente, também têm a preocupação de manter a sensação de saciedade por mais tempo já que, frequentemente, não fazem as principais refeições diárias. Em relação à distribuição intrafamiliar dos alimentos, as mulheres têm preocupação com a dieta familiar e muitas vezes necessitam abdicar da comida em favor dos filhos ou do marido. Na possibilidade de escolha alimentar, selecionam os alimentos que consideram mais saudáveis em favor da família.

No campo da dietética, surge a diferenciação de alimentos com substância que ficam para os trabalhadores, e alimentos mais leves, para as outras fases do curso de vida. Numa escala de prioridades entre os que trabalham fora e os que são dependentes, as mulheres são vistas como as que executam tarefas menos relevantes, mais leves em relação aos homens, ficando por isso numa posição hierarquicamente inferior na distribuição dos alimentos, principalmente em relação ao consumo de carnes (CANESQUI, 1978 apud BRASIL, 2006).

Braga (2004 apud BRASIL, 2006) descreve que a mulher ocupa um lugar ambíguo, ela continua como responsável pelo ambiente doméstico e, conseqüentemente, pela alimentação:

Em termos objetivos, ocorreram mudanças ligadas ao ritmo de vida moderno que impactaram o ambiente familiar, bem como a conquista pela mulher de espaços antes não ocupados. Entretanto, eles não foram suficientes para romper a estreita relação estabelecida entre as mulheres e a alimentação. Relação simbólica e concreta observada nas situações mais cotidianas (BRAGA apud BRASIL, 2006, p. 71).

De acordo com relatório da OMS o número de mulheres que conciliam trabalho fora de casa e os tradicionais cuidados com a saúde da família tem aumentado, na mesma proporção em que declinam a motivação, tempo e energia para exercer todas essas atividades. Desta forma, há que se refletir como uma pessoa inserida em uma rede social cuja estrutura é extremamente desigual tem chances de modificar o seu cotidiano na busca de um estilo de vida mais saudável. No caso das mulheres, especificamente, a questão é mais complexa, já que o acúmulo de papéis exigidos pela sociedade dificulta uma mudança, o que requer necessariamente tempo para conciliação de suas tarefas diárias com o autocuidado que é exigido em um padrão de vida saudável (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

Aguirre (2000 apud BRASIL, 2006) destaca que as diferenças, tanto de valor sobre o corpo, sobre saúde e beleza, como sobre a disponibilidade alimentar intrafamiliar por gênero, contribuem para a desvalorização do exercício físico por parte das mulheres, e para o consumo de alimentos menos nutritivos, os quais devem ser destinados aos homens que precisam de energia para o trabalho. Um outro aspecto interessante enfatizado pela autora refere-se à observação de que as mulheres dormem duas horas a menos que os homens e têm uma jornada de trabalho mais longa, especialmente por conta do trabalho doméstico, o que lhes diminuiria a disposição e o tempo para a prática de exercícios, em relação aos homens.

Em estudo realizado com mulheres obesas usuárias de serviços da rede básica de saúde, Mendonça (2005) relata que, para as mulheres, a percepção da obesidade não passa por mensurações comparáveis a um padrão estabelecido, mas sim por comparações de suas medidas ao longo do tempo, tais como as mudanças de manequim na compra de roupas, ou representado pela silhueta, onde se destaca a cintura como parâmetro, ou também ao valor limite caracterizado pela barreira dos 100 quilos, ou ainda pela manutenção ou impedimento à capacidade de locomoção e de trabalho. (BRASIL, 2006, p. 26).

No estudo com gestantes obesas, Rito (2004 apud BRASIL, 2006) identificou que a percepção corporal da obesidade foi expressa por vários adjetivos, tais como cheinha, gordinha, pouco mais de peso e forte, sendo o termo obeso é restrito a situações consideradas como limite, conotação negativa atribuída ao excesso de peso, sendo que as vezes que o termo obeso foi utilizado, este estava associado a pessoas que haviam ultrapassado os 100 quilos, o que, de acordo com Fischler (1995, apud BRASIL, 2006), representa a rotundade absoluta, uma vez que os números redondos ganham significados mágicos.

Considerando o exposto, deve-se perceber a mulher na pluralidade das experiências e necessidades decorrentes do desempenho de papéis diversos, atuante e integrante de um contexto social, político, cultural e econômico que define a sociedade contemporânea, considerando que o estado nutricional é influenciado por todos esses aspectos (BRASIL, 2006).

### 2.3.2 Compulsão Alimentar

Quando se fala em obesidade, em muitos casos, é preciso entender o mecanismo da compulsão. A compulsão se define como um comportamento que ultrapassa a vontade do sujeito. Quando o usuário fala ao profissional, eu quero emagrecer, mas não consigo, ele está sendo absolutamente sincero, ou quando ele diz, eu não comi, ele também está sendo sincero. Há verdade no que ele está dizendo, há algo dele, inconsciente, que o obrigou a comer, mas que não foi a sua vontade. Por sua vontade, ele estaria seguindo as orientações, porque também gostaria e é do seu desejo emagrecer (GARCIA, 1992 apud BRASIL, 2006). De acordo com Garcia (1992) quando o obeso chega à consulta afirmando que não comeu, em vez de se contrapor à sua realidade, o profissional deve tentar entender o que ele come. "Eles" comem, simbolicamente, o nervosismo, o desemprego, a ansiedade, o desprazer, a solidão, enfim, outros comeres.

Segundo Gelbert (2005 apud BRASIL, 2006), o ser humano não é instinto, ele não come só para se alimentar, para ter saúde e não come qualquer coisa. Ele é capaz de morrer comendo sem fome, pela compulsão de botar para dentro. O ser humano, para viver na sociedade, tem de renunciar ao instinto e tem de viver nas condições da cultura. Isto cria uma fome eterna que pode ser de comida, de objetos de consumo, de amor. No entanto, a cultura tem regras de sobrevivência, regras da

sociedade, e não dá para se ter tudo, havendo necessidade de negociar com o desejo para buscar alternativas para a compulsão.

Na sociedade de consumo atual há um constante lançamento de produtos, de bens que prometem a felicidade, reforçando a ilusão de que é possível alcançar a satisfação plena, com aquele biscoito, com aquela roupa; porém o sujeito não a obterá, gerando um ciclo vicioso de promessas que mantêm o indivíduo nessa infinita procura, ou então ele desiste, e neste caso, pode surgir a depressão. A sociedade consumista transformou sonhos e esperanças e ofereceu objetos, sendo necessário inverter esta ordem, possibilitando buscar outras opções de prazer, sem passar pela comida (BRASIL, 2006).

O sentimento de estarem sem saída pesa sobre os obesos, literalmente falando, como uma herança destinada, um estigma que pode desencorajá-los ou impedir-lhes o acesso ao trabalho, ao lazer, a outros prazeres. O caminho para romper com o funcionamento passivo é o processo de autoconhecimento e autodesenvolvimento, a busca por uma forma social que lhes permita comportar-se como sujeitos, mais do que como vítimas passivas (FELIPO, 2003 apud BRASIL, 2006).

Estudos indicam que a maioria, mais de 90%, ocorre na população feminina, especialmente em função do fato de este grupo apresentar uma tendência de alcançar o peso "ideal" (DIETZ, 1990 apud NUNES et al., 2006). Os atuais padrões de beleza adotados, principalmente pela mulher, exercem forte pressão no desenvolvimento dos distúrbios alimentares, uma vez que a moda dita normas de magreza incompatíveis com os parâmetros de nutrição adequada (CASPER, 1990; NUNES et al., 2006).

“Os transtornos alimentares (TAs) são desordens complexas, causadas e mantidas por diversos fatores sociais, psicológicos e biológicos” (LEITE; PEREIRA, 2009, p. 21).

Historicamente, os TAs acometiam prioritariamente mulheres das classes média e alta, de etnia branca. Todavia, com a disseminação da cultura do corpo magro e esbelto, observa-se que o desejo de ser magra se espalhou entre mulheres de todas as classes sociais (CARVALHO, 2008 apud BRASIL, 2014).

Para a Associação Americana de Psiquiatria (2000 apud PIANCENTINI, 2008) até o momento, o diagnóstico mais pesquisado é o Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica (TCAP), descrito como: episódios recorrentes de compulsão

alimentar na ausência de uso regular de comportamentos compensatórios inadequados característicos da bulimia nervosa.

O perfil de portadores do TCAP inclui pacientes com maior IMC, maior consumo calórico, histórico de oscilações de peso rápidas, mais dificuldades em perder peso, acentuada insatisfação com o corpo, pior imagem corporal e, ainda, maior distância entre o peso desejado e o real (GALVÃO et al., 2006 apud BRASIL, 2014, p.167).

É deste modo que as práticas de emagrecimento vêm aumentando de forma alarmante, especialmente os transtornos alimentares, e isso começa a preocupar os especialistas, tornando-se importante problema de saúde pública (LEITE e PEREIRA, 2009).

#### 2.4 TRATAMENTO EM GRUPO

Burlandy (2004 apud BRASIL, 2006) diz que o estado nutricional traduz um processo dinâmico de relações entre fatores de ordem biológica, psíquica e social, pois o que está em jogo não se restringe apenas à mudança do consumo de alimentos, de atividade física, mas tem influência sobre "toda a constelação de significados ligados ao comer, ao corpo, ao viver".

“A meta do acompanhamento deve ser o apoderamento, pelo usuário com excesso de peso, do seu próprio corpo, do autocuidado, do resgate da sua autoestima” (FELIPO, 2003 apud BRASIL, 2006, p. 36).

Neste sentido, pode-se perceber a necessidade de construção de espaços coletivos onde algumas questões manifestadas ou não percebidas na consulta podem ser mais bem investigadas e trabalhadas em grupos. Muitos indivíduos com excesso de peso encontram o incentivo e a energia necessárias para manter seus planos de alimentação saudável por meio do apoio de seus iguais. O apoio do grupo é uma das mais potentes e terapêuticas formas de ajuda. Além deste, deve-se considerar também o apoio emocional e social da família, de amigos e de colegas. Grupos de qualidade de vida, grupos de convívio, de adolescentes, de idosos, como também de grupo de obesos, tendem a ser importantes espaços de participação e solidariedade, pois o isolamento adoece ainda mais (FELIPO, 2003 apud BRASIL, 2006, p. 36).

“O trabalho com grupos tem como objetivo alcançar a construção coletiva do conhecimento, podendo ser um pólo aglutinador dos profissionais e usuários, principalmente quando é realizado por uma equipe multidisciplinar” (BRASIL, 2006, p. 55).

Podemos destacar os grupos terapêuticos: além de metas terapêuticas específicas (alívio de sintomas e melhora na situação de sofrimento), os grupos terapêuticos agregam objetivos de incremento do autoconhecimento e desenvolvimento pessoal. Existem algumas características importantes com relação a esta modalidade de grupo: baseiam-se no compartilhamento de experiências, no aumento do conhecimento sobre a situação-problema e do autocuidado, no compromisso do sujeito com suas ações, na construção de objetivo comum entre o grupo, na criação de estratégias de aumento da motivação e de enfrentamento da situação-problema (BRASIL, 2014).

No que diz respeito à prevenção e acompanhamento do sobrepeso/obesidade, a possibilidade de apoio interdisciplinar pode representar um avanço, pois as equipes teriam suporte de profissionais especialistas (saúde mental, nutricionistas, assistentes sociais, entre outros), além da possibilidade de acesso por parte do usuário às atividades físicas e práticas corporais, essenciais para a promoção do peso saudável e prevenção da obesidade (BRASIL, 2006).

Várias experiências com grupos de mulheres têm apresentado resultados positivos. Sentir-se amparada, acolhida, apoiada é ser fortalecida e revigorada na luta contra as dificuldades da vida. Porém é importante que os profissionais do Nasf apoiem as equipes de Saúde da Família na realização e/ou implementação desses grupos (BRASIL, 2010).

O trabalho em grupo é demorado e exige investimento na formação do profissional. No caso específico, o trabalho com os usuários com sobrepeso/obesidade, dada a complexidade do problema, não é de retorno imediato. Ressalta-se que este não é um trabalho fácil e previsível, mas carregado de surpresas e emoções. O papel do profissional não é de somente repassar informações, mas sim de estimular a problematização, o "saber pensar" criticamente, fazendo com que o usuário se torne o sujeito da ação, ou seja, um ser autônomo com seu próprio conhecimento. A prática educativa deve ser entendida como um espaço em construção, no qual as mudanças vão ocorrendo de acordo com o desejo, o tempo e o limite de cada um. O vínculo, o acolhimento, a escuta, o apoio, o



suporte e o espaço de reflexão que existem nesses grupos promovem saúde, fortalecendo os sujeitos e prevenindo o adoecimento (SILVA, 2004 apud BRASIL, 2006). A motivação para adesão a um modo de vida mais ativo é o grande desafio, assim deve-se identificar estratégias que busquem esta adesão e discutam junto aos grupos suas vantagens, a identificação dos obstáculos para a mudança, o apoio para a descoberta de cada indivíduo de suas formas prazerosas e adequadas ao cotidiano de se movimentar.

Nesse sentido, devemos entender que o emagrecimento pressupõe mudança de hábitos de comportamento. Antes de mudanças comportamentais, implica-se a necessidade de alterações cognitivas. Parte-se do princípio que indivíduos obesos ou com sobrepeso possuem crenças disfuncionais acerca da alimentação e do peso. Este esquema cognitivo gera sentimentos de culpa, ansiedade, preocupação, raiva, estresse, tristeza e impotência, resultando em problemas de relacionamento interpessoal, conjugal e familiar, além de associar-se a outros transtornos psicológicos como Depressão e TCAP (KOLOTKIN et al., 1987 citado por DUSCHESNE et al., 2007b; WILFLEY et al., 2002 apud NEUFELD; MOREIRA; XAVIER, 2012).

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) baseia-se no conceito de que a maneira como as pessoas pensam afeta o que elas sentem e fazem. Neste sentido, a TCC busca auxiliar na identificação de pensamentos sabotadores e a responder a eles, de maneira funcional, o que leva a pessoa se sentir melhor e a se comportar de modo mais adaptativo ao seu ambiente. Sendo assim, a TCC modifica as crenças disfuncionais dos indivíduos com excesso de peso sobre alimentação e dietas através da reestruturação cognitiva, substituindo-as por crenças mais funcionais (J. BECK, 1997).

A TCC foi criada por Aaron Beck em 1956 e posteriormente adaptada por pesquisadores do mundo inteiro, para ser utilizada em inúmeros transtornos e problemas psicológicos. Vários estudos demonstram que a TCC auxilia pessoas que enfrentam as mais diversas adversidades, incluindo depressão, ansiedade, transtornos alimentares, obesidade, tabagismo e comportamentos adictos (RANGÉ et al., 2011 apud NEUFELD; MOREIRA; XAVIER, 2012).

No contexto grupal, as técnicas cognitivas e comportamentais devem ser inseridas mediante uma compreensão abrangente dos fatores do processo grupal. Estes, interagindo entre si constantemente, modificam a experiência do grupo para

seus membros. Portanto, o resultado terapêutico em Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo (TCCG) é determinado tanto pelas estratégias formais da TCC quanto pelo processo grupal (NEUFELD; MOREIRA; XAVIER, 2012).

Deste modo, em TCCG o grupo torna-se um sistema que possibilita aplicação de técnicas específicas com objetivo de atingir resultados específicos no âmbito da remissão sintomatológica. Sendo assim, na grande maioria das modalidades de TCCG, os grupos apresentam sintomatologias e metas comuns, caracterizando certa homogeneidade na composição dos grupos, o que diferencia o tratamento da TCCG de outras modalidades grupais de intervenção (NEUFELD, 2011).

Neufeld, Moreno e Afonso (2012, 2014) realizaram uma revisão dos programas de TCC (Terapia Cognitivo Comportamental) voltados para a perda de peso e obesidade, No que se refere a intervenções individuais em TCFC, os programas apresentam boa estruturação, voltadas para a reestruturação cognitiva das crenças disfuncionais ligadas ao excesso de peso e resultados positivos em relação a manutenção do peso perdido após o término da intervenção. Entretanto, os autores afirmam que a modalidade de atendimento individual não apresenta vantagens sobre a modalidade grupal e que atendimentos em grupo para pacientes obesos podem ser mais efetivos. Segal (2002 apud SILVA; LANGE, 2010) também defende a TCC como forma de tratamento, visando a modificação de hábitos de vida do indivíduo obeso propondo a modificação da ingestão alimentar, aumento da atividade física com a mediação da motivação do paciente.

### 3 METODOLOGIA

Os métodos pelos quais a pesquisa foi realizada obedeceram aos princípios éticos de acordo com a instituição acadêmica. Foram listados os meios e critérios de pesquisa através dos itens: natureza e tipo de pesquisa, população amostra, procedimentos e análise dos dados; objetivando uma melhor demonstração das estratégias e critérios obedecidos para a realização da pesquisa e levantamento de dados provenientes da mesma, bem como posterior análise desses dados.

#### 3.1 NATUREZA E TIPO DE PESQUISA

Primeiramente foi realizada uma pesquisa de natureza bibliográfica, com informações extraídas em materiais escritos, publicados em livros, revistas, além de materiais publicados em sites eletrônicos. “A pesquisa bibliográfica, ou de fontes secundárias, abrange toda a bibliografia já tornada pública em relação ao tema estudado [...]” (MARCONI; LAKATOS, 2011, p. 57). Também foi uma pesquisa de campo descritiva de caráter qualiquantitativa, objetivando a análise do fenômeno estudado. Para Marconi e Lakatos (2011, p. 57), “pesquisa de campo é aquela utilizada com o objetivo de conseguir informações e/ou conhecimentos acerca de um problema para o qual se procura uma resposta”.

A pesquisa pode ser considerada um procedimento formal com método de pensamento reflexivo que requer um tratamento científico e se constitui no caminho para se conhecer a realidade ou para descobrir verdades parciais. Significa muito mais do que apenas procurar a verdade: é encontrar respostas para questões propostas, utilizando métodos científicos (MARCONI; LAKATOS, 2006, p. 43).

Para Santos (2000), a pesquisa do tipo quantitativa é aquela pesquisa onde é importante a coleta e a análise quantificada dos dados, e, de cuja quantificação, resultados automaticamente apareçam. Qualitativa é aquela pesquisa cujos dados só fazem sentido através de um tratamento lógico secundário, feito pelo pesquisador. Em outros termos, a pesquisa quantitativa tem resultados que se impõem como evidência imediata. Os resultados da pesquisa qualitativa necessitam do tratamento lógico, resultante do olho atento do pesquisador.

De acordo com Gil (2002), as pesquisas descritivas são aplicadas com o objetivo de levantar opiniões, atitudes e crenças de uma população, desta forma, permite ao entrevistado que emita sua opinião livremente.

[...] este método também é empregado no desenvolvimento da pesquisa de âmbito social, econômico, de comunicações, mercadológicas, de opiniões, de administração, etc., representa em linhas gerais, uma forma garantida da precisão dos resultados, evitando, assim, distorções de análise e interpretações (OLIVEIRA apud FISCHER, 2001, p. 11).

Para Santos (2000, p. 26), “a pesquisa descritiva é um levantamento das características conhecidas, componentes do fato/fenômeno/problema. É normalmente feita na forma de levantamentos ou observações sistemáticas do fato/fenômeno/problema escolhido”. Os estudos descritivos procuram estudar e descrever as características e relações existentes numa comunidade, num grupo ou em uma realidade pesquisada (FISCHER, 2001).

### 3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

De acordo com Marconi e Lakatos (2011), o universo ou população de uma pesquisa depende do assunto a ser investigado, e a amostra, porção ou parcela do universo, que realmente será submetida à verificação, é obtida ou determinada por uma técnica específica de amostragem. Conforme Marconi e Lakatos (2011, p. 27), “a amostragem é uma parcela convenientemente selecionada do universo (população); é um subconjunto do universo”. Também pra Marconi e Lakatos (2006, p. 108), “a população é o conjunto de seres animados ou inanimados que apresentam pelo menos uma característica em comum”.

Os estudantes constituem uma população, pois apresentam ao menos uma característica comum: são os que estudam. Como em qualquer estudo em que seja utilizada a estatística, para que possamos pesquisar uma ou mais características dos elementos de alguma população, essas características devem estar perfeitamente definidas. É necessário, portanto, existir um critério de constituição da população válido para qualquer pessoa, no tempo e no espaço. Na maioria das vezes, por impossibilidade ou inviabilidade econômica ou temporal, as observações referentes a uma determinada pesquisa são limitadas a somente uma parte da população. Essa parte da população em estudo é denominada amostra. Uma amostra consiste em um subconjunto de uma população (RODRIGUES, 2006, p. 168).

Foram sujeitos da pesquisa de campo um total de dez indivíduos adultos, do sexo feminino, com índice de massa corporal maior que 25, sendo todas participantes do Grupo Bem Viver – Grupo de Tratamento e Controle de Peso, realizado pela Equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, da Secretaria de Saúde do Município de Fraiburgo – SC. O Grupo Bem Viver tem por objetivo reduzir o sobrepeso e obesidade no município de Fraiburgo. É importante ressaltar que a amostra foi de participação voluntária, os quais responderam as escalas após o término do cronograma do Grupo Bem Viver.

### 3.3 PROCEDIMENTOS

Na perspectiva de Santos (2000), denominam-se procedimentos as atividades práticas necessárias para a aquisição dos dados com os quais se desenvolverão os raciocínios que resultarão em cada parte do trabalho final, ou seja, planeja-se aqui, de forma concreta, a coleta de dados, que se iniciará ao final do projeto. A descrição dos procedimentos pode também, ser enriquecida por detalhes práticos. Aliás, em projetos de relatórios, costuma-se solicitar detalhamento cuidadoso de todos os procedimentos a serem desenvolvidos em campo/laboratório. Detalha-se o universo, a amostra, o tipo de tratamento que as informações receberão; descrevem-se os instrumentos de coleta, a margem de acuidade prevista, entre outros aspectos relevantes.

Para a realização da pesquisa de campo, primeiramente foi contatado as pacientes que participaram do Grupo Bem Viver, via telefone, com o objetivo de informar sobre a pesquisa, convidá-las a responderem os instrumentos de coleta de dados, bem como agendar data para aplicação dos mesmos de modo que não interferisse em seus compromissos. Assim, as pacientes que se sentiram a vontade, voluntariamente compareceram à Secretaria de Saúde, na data previamente combinada.

Neste processo, foram aplicados dois instrumentos para a coleta de dados:

- Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg Self-Esteem Scale-RSES; Rosenberg, 1979) - versão brasileira adaptada por Luísa Faria, 2000. A escala é composta por 10 afirmações com suas respectivas escalas de quatro níveis: 0 – Concordo Totalmente, 1 – Concordo, 2 – Discordo, 3 – Discordo Totalmente. Cinco afirmações têm caráter negativo e cinco

positivo, sendo que para estas os escores são invertidos (3=0, 2=1, 1=2, 0=3). A soma das dez questões resulta em um escore geral que varia de 0 a 30, sendo que quanto maior o escore, maior a autoestima do indivíduo (ANEXO A).

- Ficha de Imagem Corporal – Escala de Silhuetas – utilizou-se a escala de silhuetas por Stunkard et.al (1993). O método da silhueta é comumente usado para avaliar distorções na imagem corporal do indivíduo, principalmente para quantificar a diferença entre um ideal individual subjetivo e a percepção atual da imagem corporal. Esta escala consiste em nove silhuetas, onde o indivíduo escolhe o número da silhueta que considera semelhante a sua aparência corporal atual (Percepção da Imagem Corporal Atual) e em seguida descreve como se sente em relação a este corpo; e também escolhe o número da silhueta que acredita ser mais condizente com a sua aparência corporal ideal (Percepção da Imagem Corporal Ideal), e descreve como se sentiria em relação a esse corpo. Esta escala de nove imagens representa um *continuum* desde a magreza (silhueta 1) até a obesidade severa (silhueta 9). Para verificar se o indivíduo avalia sua imagem atual de acordo com a real (Percepção da Imagem Corporal Real), usa-se a escala de IMC (mulheres) abaixo, que não é mostrado ao indivíduo (ANEXO B).

Antes de iniciar a aplicação dos instrumentos, foi efetivado um *rapport*, no qual se explicou os objetivos da pesquisa, bem como o motivo da escolha da população, esclarecendo cada questão a ser respondida. Os participantes, também, foram informados sobre o sigilo e confidencialidade dos dados. Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, seguindo os princípios da ética em pesquisa.

Para fazer a análise relacional entre o nível de autoestima e imagem corporal com os resultados obtidos com a participação no grupo (perda de peso) foram utilizados outros documentos (prontuário individual) dos participantes do grupo, composto pela ficha de inscrição e acompanhamento individual – onde estão descritas os dados pessoais, como nome, endereço, profissão, bem como acompanhamento semanal de peso (ANEXO C).

A etapa de pesquisa bibliográfica serviu como parâmetro para avaliar os resultados alcançados na pesquisa de campo, de forma a proporcionar melhor entendimento sobre as colocações apresentadas pelas pacientes, bem como, entrelaçar teoria e prática no que diz respeito à autoestima, imagem corporal e a preocupação com a perda de peso.

### 3.4 ANÁLISE DE DADOS

Estes dados foram analisados estatisticamente em gráficos e tabelas, elaborados para melhor compreensão dos mesmos, bem como, foram descritos e comentados em forma textual. Nesse sentido, de acordo com Santos (2000, p. 37), “é feita uma interpretação analítica dos dados obtidos, considerando o referencial teórico, que posicionou o problema pesquisado, e os resultados a que se chegou”.

Análise é a tentativa de evidenciar as relações existentes entre o fenômeno estudado e outros fatores. Essas relações podem ser estabelecidas em função de suas propriedades relacionais de causa e efeito, produtor e produto, de correlação, de análise, de conteúdo e etc. (MARCONI; LAKATOS, 2006, p. 35).

Também para Marconi e Lakatos (2011), a análise crítica dos dados, tentando explicar o fenômeno e as relações existentes entre eles e alguns fatores antecedentes ou independentes, valendo-se de processos matemáticos e estatísticos. A comprovação ou refutação da hipótese se faz por meio da análise. Na pesquisa em questão, a técnica de análise dos dados será feita de maneira interpretativa, o que de acordo com Marconi e Lakatos (2006, p. 44), “é a tentativa intelectual que procura dar um significado mais amplo às respostas, vinculando-as a outros conhecimentos às respostas”. Neste sentido, em geral, a interpretação significa a exposição do verdadeiro significado do material que será apresentado, em relação ao tema.

## 4 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE DOS DADOS E RESULTADOS

Na pesquisa científica deve-se obter um levantamento de dados para que esta possa apresentar um resultado, de maneira que, estes dados sirvam de subsídio ao grupo científico e a sociedade em geral. Após a efetivação do estudo teórico e aplicação dos instrumentos, foi possível compilar os dados e proceder à análise qualiquantitativa, visando atingir os objetivos propostos.

Inicialmente foram analisados os prontuários das pacientes participantes do Grupo Bem Viver, sendo possível o levantamento de dados e identificação do perfil das mulheres envolvidas na pesquisa, em seguida, foram analisados os instrumentos de coleta de dados das variáveis Autoestima e Imagem Corporal. Assim, seguem os gráficos, tabelas, análises e discussões feitas a partir da agrupação de todos os dados coletados através dos instrumentos aplicados.

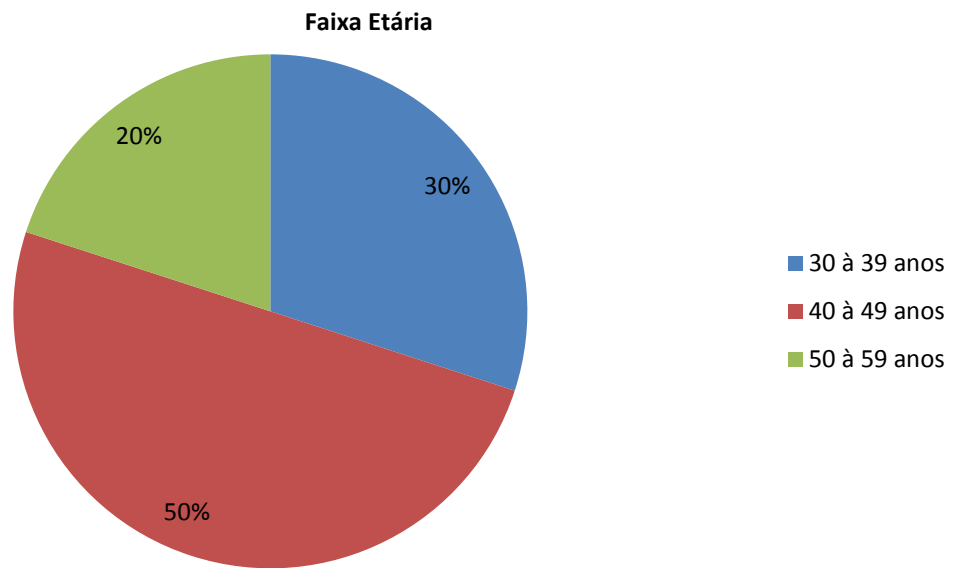
### Perfil:

Durante o desenvolvimento do Grupo Bem Viver – Grupo de Tratamento e Controle da Obesidade, que somaram quatro meses, apenas um homem se inscreveu no grupo e desistiu no primeiro encontro. Assim, a amostra da pesquisa é constituída apenas por mulheres.

Muito se fala sobre a preocupação que as mulheres apresentam quanto à saúde em comparação com os homens. De acordo com Costa Júnior e Maia (2009) de modo geral, as mulheres utilizam mais os serviços de saúde de maneira preventiva, isso se dá pelo fato das mulheres se preocuparem mais com a saúde e bem estar do que os homens, sendo que a relação entre gênero e saúde/adoecimento está tanto relacionada a fatores biológicos quanto a fatores psicológicos, sociais e culturais.



Gráfico 1 - Faixa etária

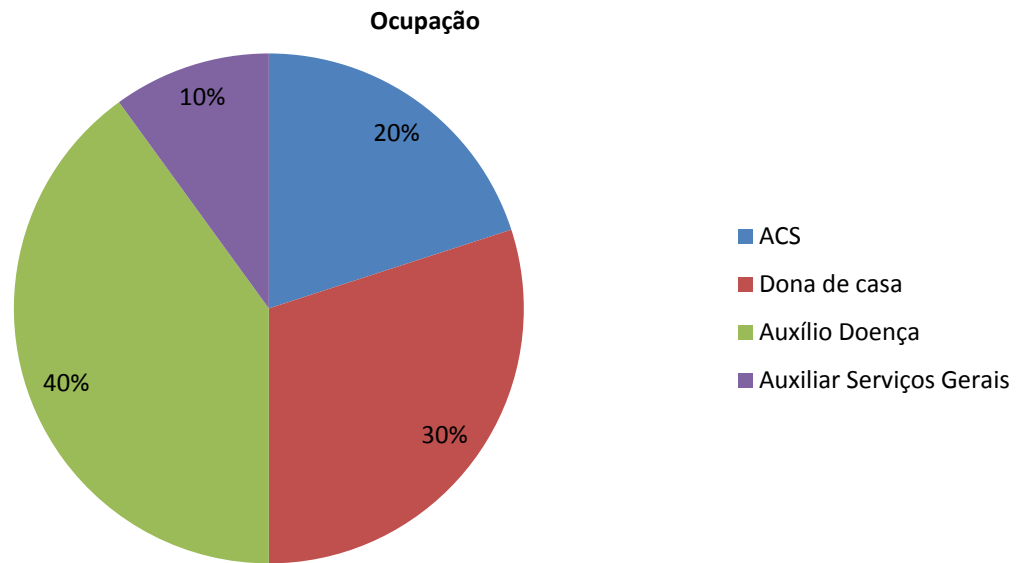


Fonte: Acadêmica (2015).

No gráfico 1, é apresentado a faixa etária das mulheres participantes do Grupo Bem Viver, sendo que estas variam entre 30 à 59 anos de idade, sendo a maioria (50%) mulheres de 40 à 49 anos, 30% entre 30 à 39 anos e 20% entre 50 à 59 anos de idade.

A VIGITEL realizou em 2014 uma pesquisa nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal, com 41 mil entrevistas, onde se verificou a relação entre a idade e o aumento de peso, chamando a atenção dos pesquisadores ao fato do índice de obesidade dobrar com a idade, sendo que nas faixas etárias entre 18 e 24 anos o índice sobrepeso praticamente dobra aos 35 e 44 anos. Em relação à obesidade, a taxa triplica na comparação entre as duas populações: sai de 8,5% [de 18 a 24 anos] para 22% [35 a 44 anos]. Assim, de acordo com os dados apresentados no Gráfico 1, podemos verificar que pela faixa etária das mulheres pesquisadas, há um aumento considerável do peso e conseqüentemente aumento na procura por tratamentos de emagrecimento por mulheres com idade acima dos 35 anos de idade.

Gráfico 2 - Ocupação

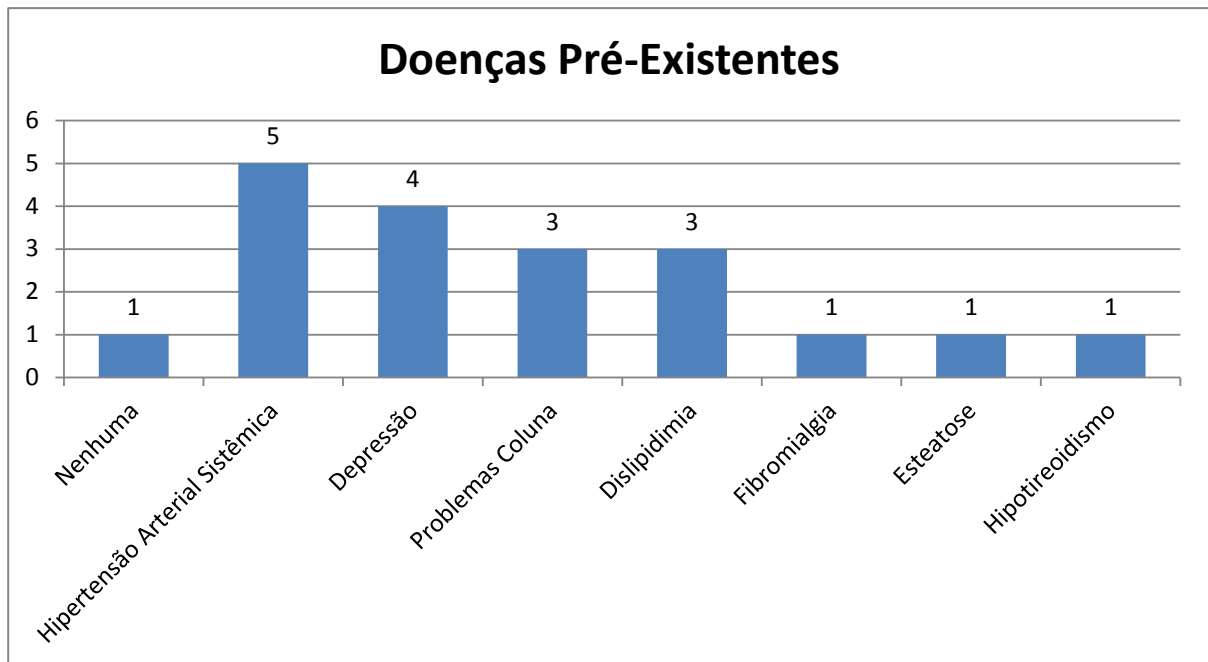


Fonte: Acadêmica (2015).

No gráfico 2, é possível identificar a ocupação das mulheres pesquisadas, sendo que 40% encontram-se afastadas de suas atividades laborais (Auxílio Doença), 30% são donas de casa, 20% trabalham como Agentes Comunitários de Saúde e 10% trabalham como Auxiliar de Serviços Gerais. Percebemos então, que há um número grande de mulheres afastadas do serviço por motivos de saúde.

Segundo Bette (2015) nos sentir útil é fundamental pra nossa autoestima e para nossa autoconfiança. somos auxiliados a encontrar um sentido de vida, sentimo-nos mais úteis, conseqüentemente, mais felizes, logo, com mais jovialidade, mais saúde.

Gráfico 3 - Doenças pré-existentes

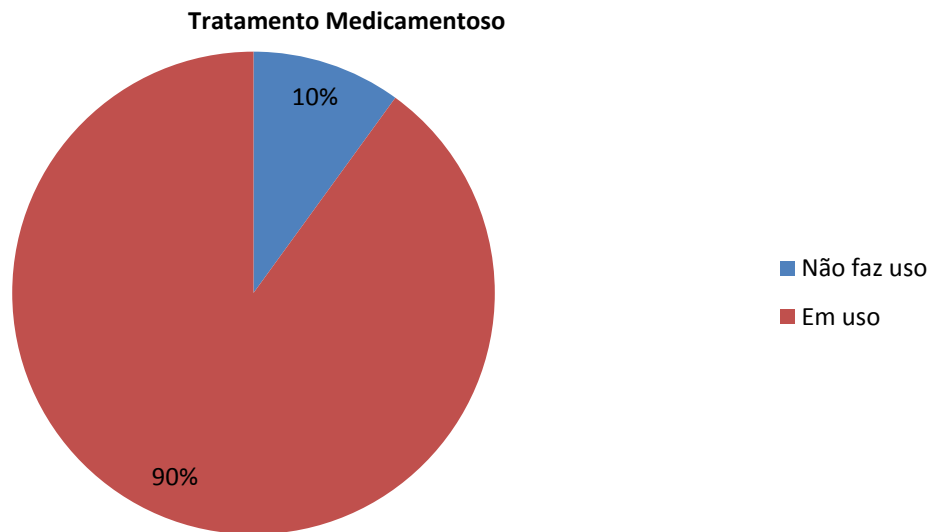


Fonte: Acadêmica (2015).

Quanto às doenças pré-existentes, no Gráfico 3, podemos perceber que as pacientes já apresentavam doenças pré-existentes ao ingressar no grupo, podendo ser estes os fatores que levaram 40% delas a se afastarem do trabalho, e até mesmo desencadeadas pelo excesso de peso. O que nos chama a atenção são os casos de Depressão e Hipertensão, que aparecem em 50 e 40% das mulheres, respectivamente, seguido de problemas de coluna e dislipidemia, Fibromialgia, Esteatose e Hipotireoidismo, sendo que apenas 1 delas não apresentavam nenhum tipo de comorbidade associada ao excesso de peso.

De acordo com Neufeld et.al (2014) diversos autores citam que a parte da atenção geral despertada pelo crescimento da prevalência de sobrepeso e obesidade está ligada ao grande número de condições médicas associadas a esses quadros, sendo particularmente alarmantes as associações com doenças crônicas - como a hipertensão (MARIATH et al., 2007; MORAES et al., 2003; GOMES et al., 2006), risco cardiovascular (CARNEIRO et al., 2003; PIOTANGA; LESSA, 2007; GUS et al., 1998) e diminuição geral na qualidade de vida. Desta forma sabe-se que quanto maior o peso corporal, menor é sua expectativa de vida (FRANCISCHI et al., 2000), além disso, a obesidade encontra-se frequentemente relacionada a variáveis psicológicas de risco, como depressão ansiedade, desesperança e compulsão alimentar (VASQUES; MARTINS; AZEVEDO, 2004; TOSETTO; SIMEÃO JUNIOR, 2008, SEGAL; CARDEAL; CORDÁS, 2002, COUTINHO; PÓVOA, 2002).

Gráfico 4 - Tratamento medicamentoso



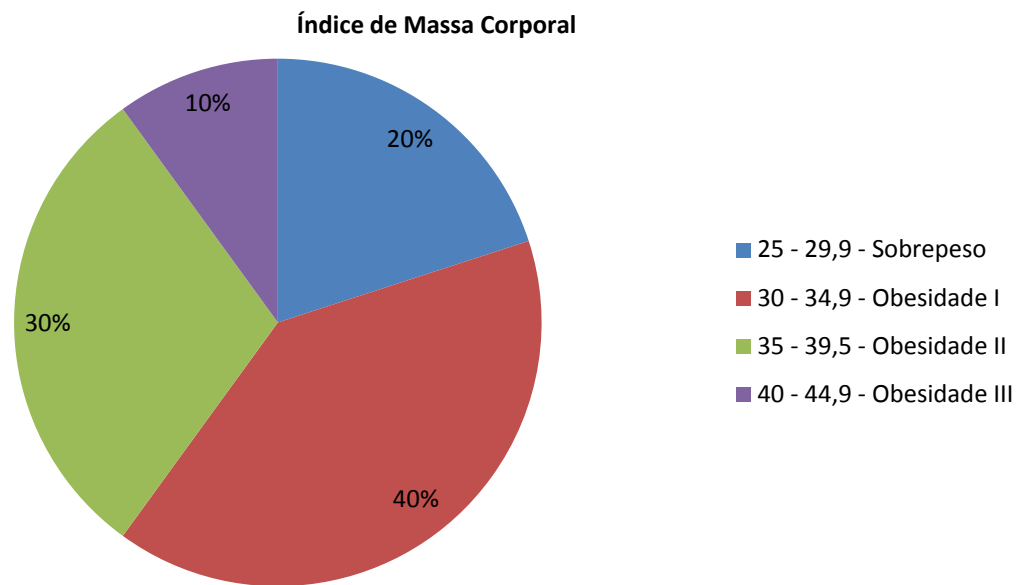
Fonte: Acadêmica (2015).

Sobre o uso de medicações, o gráfico 4 apresenta a porcentagem de mulheres em tratamento medicamentoso, sendo que 90% fazem uso de medicação anterior ao início do grupo. Dentre as medicações verificadas estão as de uso controlado, como os psicotrópicos, e de uso contínuo como os analgésicos, hipoglicemiantes e anti-hipertensivos.

Com estes dados podemos ter um entendimento de que os pacientes procuram primeiramente métodos de tratamento com retorno ou melhora imediata, onde os aspectos preventivos ou de mudanças de hábitos são deixados para mais tarde, pois necessitam de um esforço pessoal maior.

Casseb (2005) confirma o exposto acima, afirmando que muitas vezes as medidas que envolvem mudanças de hábitos são incompatíveis com o estilo de vida adotado por pessoas que apresentam fatores de risco, dificultando a adesão a comportamentos preventivos.

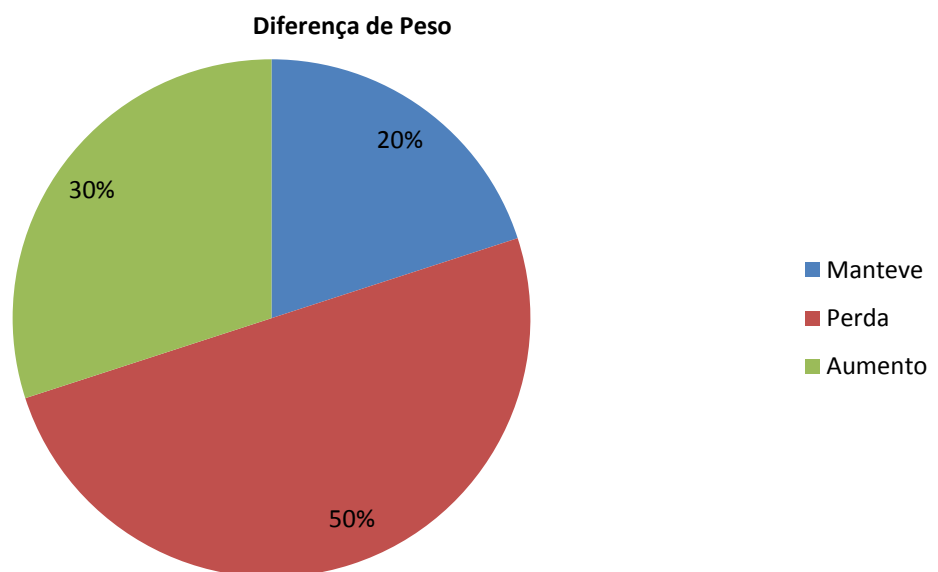
Gráfico 5 - Índice de massa corporal



Fonte: Acadêmica (2015).

O gráfico 5, nos mostra o índice de massa corporal (IMC) das mulheres pesquisadas, sendo possível verificar que a maioria de 40% encontram-se com Obesidade Grau I - IMC entre 30-34,9; 30% encontram-se com Obesidade Grau II - IMC 35-39,5; 20% estão com sobrepeso - IMC 25-29,9 e 10% encontram-se com Obesidade Grau III - IMC 40-44,9.

Gráfico 6 - Diferença de peso



Fonte: Acadêmica (2015).

Com a participação no Grupo Bem Viver, que tem por objetivo principal a perda de peso, os dados do Gráfico 5 nos mostra que 50% perderam peso - considerando perdas maiores que 1 quilograma, 30% delas aumentaram - considerando os aumentos maiores de 1 quilograma e 20% mantiveram o peso igual ao início do grupo - considerando as variações entre 1 quilograma positivo ou negativo.

Na Tabela 1 a seguir, podemos analisar os resultados individuais, sendo descrito a altura, peso ao iniciar o grupo, peso ao finalizar a participação no grupo, diferença possíveis de peso e IMC final:

Tabela 1 - Resultados individuais

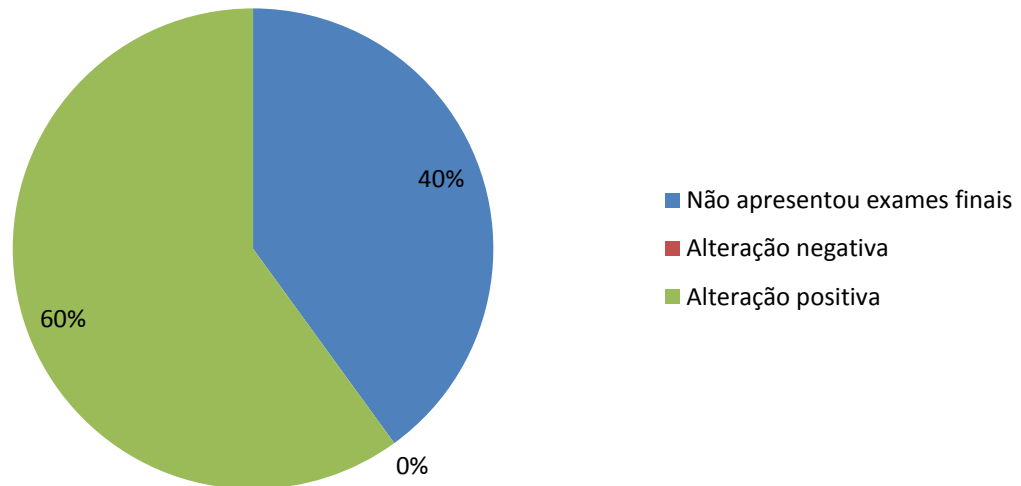
Sujeito	Altura	Peso Inicial	Peso Final	Peso Diferença	IMC Final
1	1,60	88,00	90,900	+ 2,900	35,5
2	1,56	84,00	75,600	- 8,400	31,11
3	1,67	72,600	70,100	- 2,500	25,2
4	1,65	111,500	114,200	+ 2,700	41,9
5	1,56	85,200	83,000	- 2,200	34,1
6	1,52	94,300	84,00	- 10,300	36,3
7	1,54	75,500	70,800	- 4,700	29,8
8	1,61	101,300	103,000	+ 1,700	39,7
9	1,58	76,900	76,700	- 0,200	30,8
10	1,58	84,000	84,500	+ 0,500	33,9

Fonte: Acadêmica (2015).

De acordo com a tabela cima, podemos perceber que quanto maior o IMC, mais dificuldade o participante teve para perder peso, sendo que das 4 participantes com IMC mais elevados 3 tiveram ganho de peso; das 6 participantes com IMC mais baixos 2 mantiveram o peso e 4 delas diminuíram.

Gráfico 7 - Exames Laboratoriais

## Exames laboratoriais



Fonte: Acadêmica (2015).

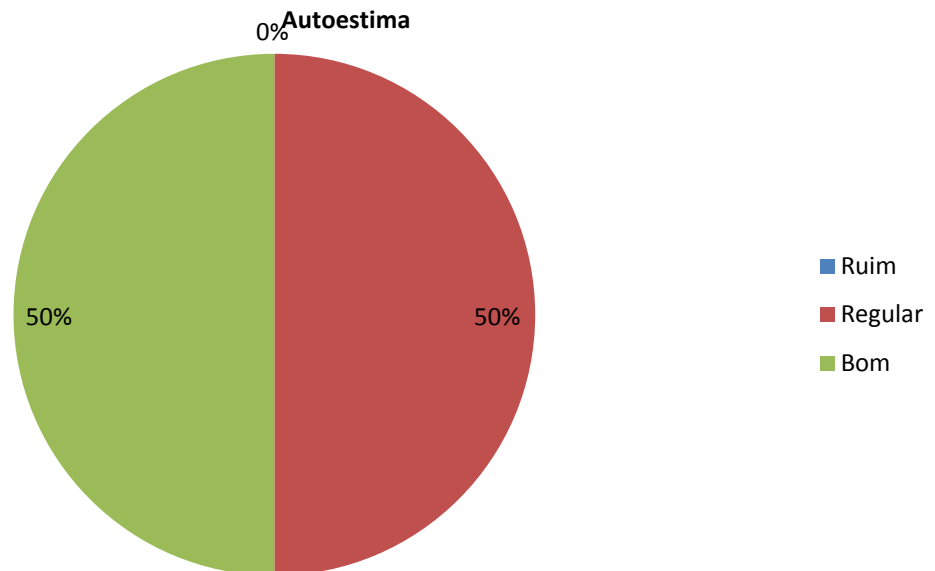
No gráfico 7 podemos verificar que 60% dos participantes realizaram exames laboratoriais ao ingressarem ao grupo e repetiram os exames na conclusão de sua participação do grupo, sendo eles: glicemia em jejum, colesterol total, triglicérides, HDL e LDL. Quando comparados os resultados dos exames iniciais com os resultados dos exames finais foi possível perceber que 100% delas tiveram bons resultados, mantendo e melhorando seus níveis. 40% dos participantes realizaram seus exames apenas no início do grupo, não os refazendo no final do grupo, sendo assim, não foi possível realizar um parâmetro de comparação nesses casos. Entretanto, é possível verificar como a aquisição de hábitos alimentares saudáveis influenciam nos níveis de glicemia em jejum, colesterol total, triglicérides, HDL e LDL, resultando na melhoria da qualidade de vida e bem-estar dos participantes.

### 4.1 ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Através da aplicação da Escala de Autoestima de Rosenberg, foi possível identificar os níveis de autoestima das mulheres que participaram do Grupo Bem Viver, onde a pontuação poderia variar entre 0 à 30 pontos, sendo classificadas da

seguinte forma: 0 à 10 pontos – Autoestima Ruim, 11 à 20 pontos – Autoestima Regular, 21 à 30 pontos – Autoestima Boa.

Gráfico 8 - Autoestima



Fonte: Acadêmica (2015).

Assim, no gráfico 8 podemos perceber que as mulheres com autoestima satisfatória totalizaram 50% da amostra e as demais 50% apresentaram uma autoestima considerada regular.

Nenhuma variável (idade, ocupação, doenças pré-existentes, uso de medicação, IMC, perda de peso) analisada mostrou associação significativa com a autoestima.

#### 4.2 FICHA DAS ESCALAS DE SILHUETAS DE STUNKAD

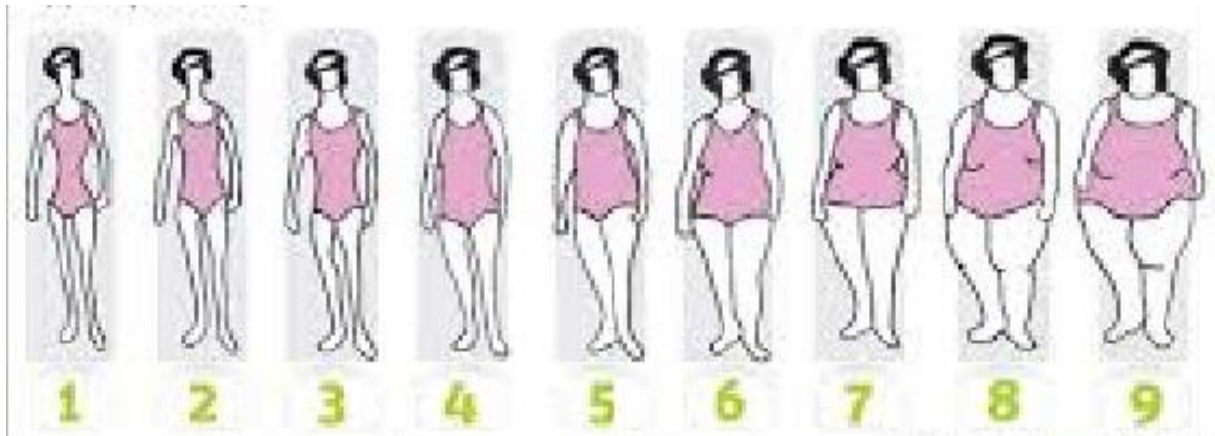
Para verificar o grau de distorção da imagem corporal foi aplicada a Escala de Silhuetas de Stunkad, sendo solicitado que cada indivíduo assinalasse a silhueta que melhor representava a sua aparência física atual. Assim, foi possível verificar se há alguma distorção na forma como cada um se vê.

Para identificar esta distorção verificou-se a diferença entre a Silhueta Atual (correspondente ao seu IMC) e a Silhueta Percebida (silhueta apontada pelo



indivíduo de acordo com vê seu corpo). Para tal análise, foi utilizada a escala abaixo, esta por sua vez não foi mostrada aos indivíduos.

Figura 1 – Escala de Silhuetas de Stunkad



Fonte: Stunkad et. al, 1983.

Tabela 2 - Escala de Silhuetas - IMC

<b>Mulheres:</b>	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>IMC:</b>	18,3	19,3	20,9	23,1	26,2	29,9	34,3	38,6	45,4

Fonte: Stunkad et. al, 1983.

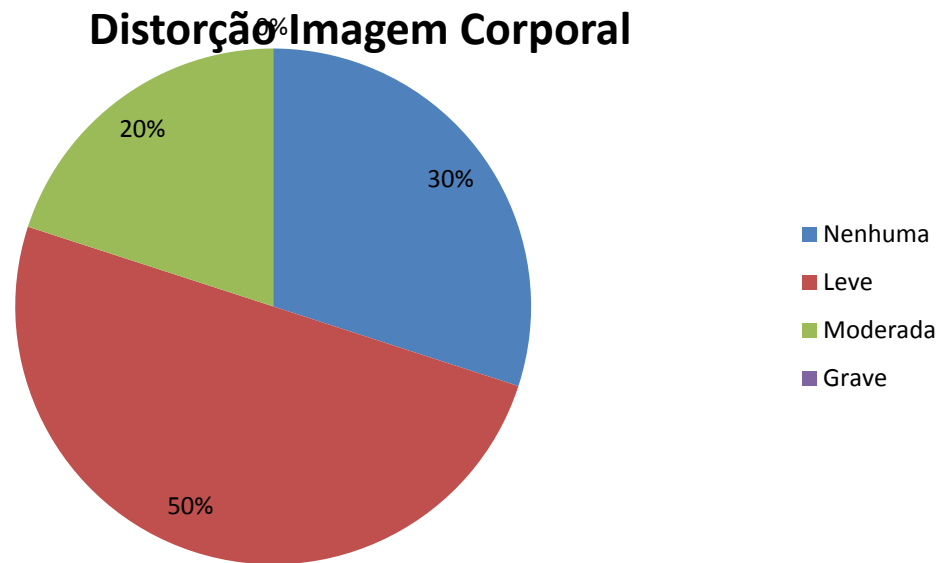
O gráfico 9 a seguir apresentado, nos mostra o grau de distorção da imagem corporal, sendo que 70% delas apresentam algum grau de distorção da imagem corporal, onde 50% apresentam leve distorção da imagem corporal, assim percebem-se entre 1,0 à 1,9 pontos mais magros do que realmente são, 20% apresentam uma distorção moderada de seu corpo, apontando-se como 2,0 à 2,9 mais magras do que realmente, sendo que nenhuma delas apresentam grave distorção de sua imagem corporal e 30% das mulheres tem uma real visão de si mesmas.

Sobre a percepção da imagem corporal Utrini (2013) relata que a imagem dá espaço à interpretação, e esta interpretação se estrutura de acordo com os conhecimentos e experiências que o ser humano traz do seu passado. Salientando que a personalidade e o caráter podem influenciar a maneira como se enxerga e se avalia uma imagem. Com isso, torna-se evidente que uma imagem jamais desperta o mesmo sentimento em duas pessoas diferentes, porque cada qual terá uma percepção distinta, de acordo com a bagagem sociocultural que carrega.

É importante salientar que o corpo obeso perde a noção de sua imagem corporal durante o tempo que aumenta e diminui de peso várias vezes, durante tentativas de emagrecimento fracassadas (SCHILDER, 1994 apud UTRINI, 2013). Silenciosamente, sem ser notado, pois as roupas vão se adaptando à silhueta: peças com numeração maior, calças com elástico na cintura, blusas mais largas e assim por diante. Como tais atitudes passam despercebidas, pode-se entender que de fato existe dificuldade em distinguir esta imagem, quando a pessoa obesa não tem consciência do excesso de peso que adquiriu, ou seja, ela não se percebe gorda, mesmo ao se olhar no espelho. A verdade é que ao avistar no espelho, ela não vê o que ali se revela, mas sim, um reflexo que faz par com seus conteúdos psíquicos do momento, podendo, desta forma, distorcer aquela imagem perceptível e torná-la diferente daquilo que ali se mostra.

Mesmo sem esse reconhecimento, observa-se certa dificuldade de aceitação da própria imagem por parte dos obesos, pois eles nunca veem como realmente são. Ao se olharem no espelho os obesos veem-se mais magros do que a realidade são. Isso pode levar o portador dessa distorção a não tomar o devido cuidado para não contrair as doenças que a obesidade pode ocasionar. Portanto esse comportamento de não querer, ou de não conseguir se enxergar como realmente se está, piora o quadro do obeso pela possibilidade da pessoa se descuidar e cometer excessos, sem preocupação com as consequências. O que ocorre de fato é uma dificuldade de reconhecimento da imagem física, visível. Logo, é possível afirmar que, em muitos casos de obesidade, a distorção da imagem corporal apresenta-se como mais um agravante que este sujeito tem de lidar (UTRINI, 2013).

Gráfico 9 - Distorção imagem corporal



Fonte: Acadêmica (2015).

Mesmo que a maioria das mulheres apresentem algum grau de distorção da imagem corporal, enxergando-se menos obesas, ainda assim, elas consideram-se como acima do peso e insatisfeitas com o peso:

Sujeito 4: *“Sinto que estou acima do peso e preciso me dedicar mais, se esforçar para perder peso. Falta eu me esforçar para que isso aconteça.”*

Sujeito 7: *“Me sinto um pouco gorda, mas com vontade de mudar, só falta ter mais iniciativa.”*

Sujeito 9: *“Eu me sinto um pouco acima do peso para minha estatura, preciso perder mais alguns quilos. Quase chegando no meu objetivo.”*

A maioria das participantes (70%) apresentam discursos positivos em relação à perda de peso como as falas acima, sendo estes motivadores e fatores determinantes no processo de emagrecimento. Outras falas que exemplificam tais dados podem ser observadas abaixo:

Sujeito 1: *“Estou me sentindo bem, mais posso melhorar muito mais”.*

Sujeito 2: *“Eu me sinto uma pessoa com muitas qualidades, tenho muita força para chegar onde quero.”*

Sujeito 5: *“Eu me sinto melhor mais pretendo continuar me esforçando para conseguir um resultado ainda melhor.”*

Nos discursos negativos frente à aparência física e perda de peso, sendo estes a minoria da pesquisa (30%), observa-se questões relacionadas a baixa autoestima e dificuldade no controle de impulsos:

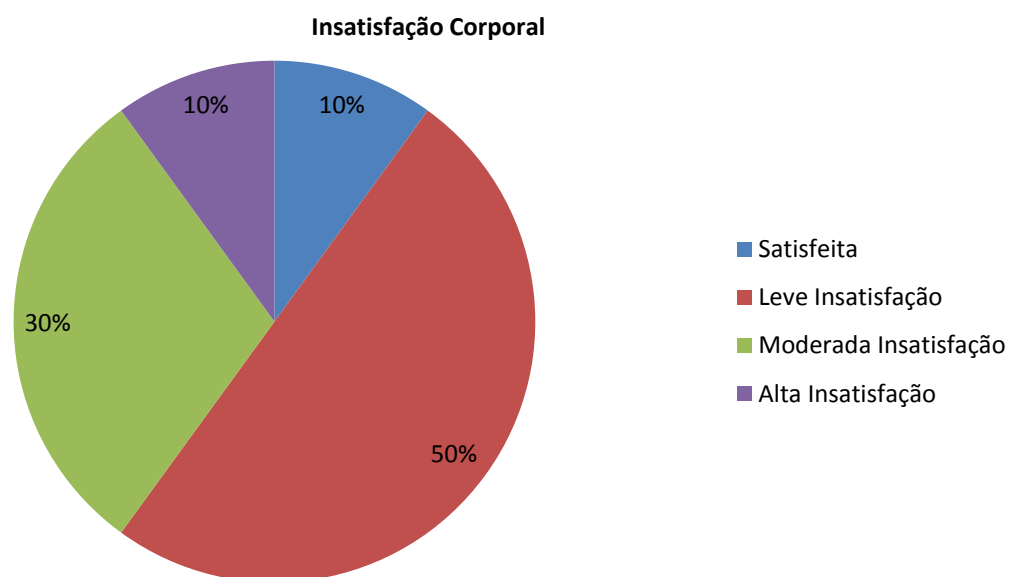
Sujeito 10: *“Vou nas lojas para comprar e não tem nada que me serve, me sinto muito sem graça, me sinto horrível”.*

Sujeito 3: *“Eu me sinto bem, mas às vezes tenho dificuldade em me controlar na alimentação.”*

Sujeito 8: *“Às vezes me sinto meio triste comigo mesmo e desanimada”.*

Ainda através da Escala de Silhuetas, foi possível verificar o grau de insatisfação com a imagem corporal, assim, solicitou-se que as mulheres assinalassem a silhueta que gostariam de ter (Silhueta Ideal). Para verificar a insatisfação com a imagem corporal, utilizou-se a diferença entre Silhueta Percebida (silhueta apontada pelo indivíduo de acordo com vê seu corpo) e a Silhueta Ideal, apontadas pelo indivíduo.

Gráfico 10 - Insatisfação corporal



Assim, através do Gráfico 10, podemos verificar que 90% das mulheres participantes da pesquisa apresentam algum nível de insatisfação com seu corpo, sendo que 50% apresentam leve insatisfação, 30% moderada insatisfação e 10% alta insatisfação. Apenas 10% estão satisfeitas com a aparência de seu corpo.

Esteves (2013) destaca que certo grau de insatisfação pode ser útil e necessário para motivar as pessoas a envolverem-se em comportamentos saudáveis, como exercício e restrição de gorduras e calorias.

A insatisfação do indivíduo obeso, do sexo feminino, com o corpo reside na percepção e no desejo de obter outro tamanho e forma corporal que estejam de acordo com as normas socioculturais, que impõem o estereótipo da magreza como atributo positivo, principalmente entre as mulheres, que tem necessidades físicas, de valor social e psíquica (SILVIA; LANGE, 2010).

O Grau de insatisfação com o corpo atual e desejo por um corpo magro está presente no relato das mulheres, sendo solicitado a elas que descrevessem como se sentiriam com o corpo que considera ideal. Assim 90% dos discursos apresentam questões envolvendo a autoestima, conforme as falas abaixo:

Sujeito 1: *“Me sentiria mais atraente”.*

Sujeito 2: *“Me sentiria melhor, mais leve, com minha autoestima melhor”.*

Sujeito 4: *“Em tudo na verdade, pra comprar roupas bonitas, resolveria muitos problemas.”*

Sujeito 5: *“A minha autoestima melhoraria muito.”*

Sujeito 6: *“Me sentiria bem melhor se conseguir alcançar o meu objetivo de perda de peso.”*

Sujeito 7: *“Me sentiria mais feliz, conseguiria comprar roupa com mais facilidade.”*

Sujeito 8: *“Sentiria mais feliz comigo mesmo”.*

Sujeito 9: *“Me sentiria bem melhor, minha autoestima ficaria mais elevada. Com força de vontade alcançarei meu objetivo.”*

Sujeito 10: *“Eu gostaria de ser mais magra e poder usar roupas mais adequadas eu me sentiria com melhor estima de vida”.*

As questões de saúde, qualidade de vida e bem-estar geral também foram citadas em 70% dos discursos:

Sujeito 1: *“Me sentiria mais disposta”.*

Sujeito 2: *“Me sentiria melhor, mais leve, com mais saúde”.*

Sujeito 3: *“Tudo que me importa é a minha saúde, por isso só quero ficar bem.”*

Sujeito 4: *“Com menos peso meus problemas de saúde, dor nas costas, seria bem melhor.”*

Sujeito 5: *“Eu me sentiria mais saudável, como menos dores.”*

Sujeito 9: *“. Saúde melhor, alimentação saudável e atividade física chega lá.”*

Sujeito 10: *“Eu gostaria de ser mais saudável e sem problemas de saúde, dores.”*

Levando em consideração as variáveis (idade, ocupação, doenças, pré-existentes, uso de medicação) analisadas, nenhuma mostrou associações significativas com a distorção corporal ou insatisfação com a imagem corporal.

Entre as associações observadas podemos verificar que:

- Entre as pacientes que aumentaram de peso durante sua participação no grupo, a insatisfação com a imagem corporal era maior que os que conseguiram manter ou perder peso;
- Entre as pacientes que apresentaram uma boa autoestima a percepção da imagem corporal apresenta-se levemente distorcida ou sem distorção, sendo que a distorção da imagem corporal aumenta nas que apresentam autoestima regular;
- Em relação ao IMC, quando menor seu grau de severidade, menor a distorção da imagem corporal e menor é a insatisfação com sua aparência.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve por objetivo investigar a influência da autoestima e da percepção da imagem corporal no processo de perda de peso, sendo assim, foi possível concluir que a insatisfação com a imagem corporal está presente em todos os casos de obesidade do grupo estudado, sendo que esta insatisfação aumenta nos casos de insucessos no processo de emagrecimento, bem como, indivíduo com IMC mais elevado tem maior dificuldade de obter resultados satisfatórios no processo de emagrecimento comparado a indivíduos com IMC mais baixos.

Observou também que a grande maioria das participantes apresenta distorções da imagem corporal, sendo que não se veem tão obesas quanto realmente são, e conseqüentemente não se cuidam como deveriam ou não se comprometem com o processo de emagrecimento por não conseguirem perceber o quão grave é seu estado de saúde.

Observa-se que a dificuldade de percepção, de aceitação e pode-se dizer também dificuldade de reconhecimento da imagem física, piora o quadro da obesidade e também a obtenção de resultados positivos, tornando a distorção da imagem corporal mais um agravante que o sujeito tem de enfrentar no processo de emagrecimento.

Outro fator observado no estudo mostra que os indivíduos que apresentam maior autoestima a distorção da imagem corporal é menor ou nula, sendo que a distorção da imagem corporal aumenta a medida que os níveis de autoestima diminuem, confirmando que a autoestima e imagem corporal estão intimamente ligadas e influenciam uma a outra.

Levando em consideração os aspectos relacionados a saúde física, vale destacar que os resultados dos exames laboratoriais (glicemia, colesterol total, HDL, LDL e triglicérides) apresentaram-se positivos, sendo que todos os indivíduos tiveram uma melhora nos níveis analisados. Contudo, visto que a alteração positiva nestes níveis - e não apenas uma alteração no número da balança. - influencia diretamente a qualidade de vida, disposição e bem-estar dos indivíduos, podemos afirmar também que influencia positivamente no bem-estar emocional, motivacional, e na autoestima dos indivíduos.

Este estudo nos possibilitou o olhar mais atencioso quanto ao tratamento da obesidade em grupo com apoio multiprofissional, visto como um importante recurso

a ser utilizado para o tratamento dessa doença que afetam muitas pessoas na atualidade.

Este trabalho abre um leque de novas possibilidades de pesquisas, no que diz respeito à investigação de novas abordagens, técnicas e intervenções no tratamento da obesidade. Sendo assim, a forma de trabalho, intervenções e técnicas psicológicas aplicadas podem servir como tema para novos estudos no campo da Psicologia e Obesidade, com vistas aos transtornos alimentares, grupos terapêuticos multiprofissional.



## REFERÊNCIAS

APETITO, Luciana. *et. al.* **Prática de dietas de emagrecimento por escolares adolescentes.** *Jornal Health Scin. Inst.* 2010. Disponível em:

<[http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2010/04\\_out-dez/V28\\_n4\\_2010\\_p329-333.pdf](http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2010/04_out-dez/V28_n4_2010_p329-333.pdf)>. Acesso em 25/10/2015.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães *et.al.* Autopercepção da imagem corporal entre estudantes de nutrição: um estudo no município do Rio de Janeiro. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, p. 108-113, 2006. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v55n2/v55n2a03.pdf>>. Acesso em: 22/08/2015.

BOUCHARD, Claude. **Atividade física e obesidade.** 1. ed. São Paulo: Manole, 2003.

BRAGA, Patrícia Déa; MOLINA, Maria del Carmen Bisi e CADE, Nágela Valadão. Expectativas de adolescentes em relação a mudanças do perfil nutricional. **Revista Ciência & Saúde Coletiva [online]**, 2007. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n5/13.pdf>>. Acesso em 28/10/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Obesidade. Brasília: Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 12, 2006. Disponível em:

<[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcad12.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad12.pdf)>. Acesso em: 23/10/2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Manual para implantação do programa peso saudável.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:

<[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual\\_peso\\_saudavel.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_peso_saudavel.pdf)>. Acesso em: 23/10/2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Brasília: Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 38, 2014. Disponível em:

<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_doenca\\_cronica\\_obesidade\\_cab38.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf)>. Acesso em: 23/10/2015

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 39, v. 1, 2014. Disponível em:

<[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_39.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_39.pdf)>. Acesso em: 22/10/2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 27, 2010. Disponível em:

<[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcad27.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad27.pdf)>

CASSEB, Mariene da Silva. **Prevenção em diabetes: efeitos do treino de automedicação na redução de fatores de risco.** Belém. 2005. Disponível em: <<http://www.ufpa.br/ppgtpc/dmdocuments/Mariene.pdf>>. Acesso em 12/11/2015.

COSTA-JÚNIOR, Florêncio Mariano; MAIA, Ana Cláudia Bortolozzi. **Concepções de Homens Hospitalizados sobre a Relação entre Gênero e Saúde.** Psicologia: Teoria e Pesquisa. 2009, Vol. 25 n. 1. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n1/a07v25n1.pdf>>. Acesso em: 11/11/2015.

ESTEVES, Cláudia Sofia dos Santos. **Determinantes psicológicos da motivação para a mudança de hábitos alimentares em pessoas com excesso de peso.** Liboa, 2013. Disponível em: <[http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/9489/1/ulfpie044701\\_tm.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/9489/1/ulfpie044701_tm.pdf)>. Acesso em: 23/10/2015.

FERNANDES, Ana Fátima Carvalho et.al. Autoestima de mulheres mastectomizadas – Aplicação da Escala de Rosenberg. **Rev Rene.** 1 Ed., 2013.

FERREIRA, Vanessa Alves e MAGALHAES, Rosana. O corpo cúmplice da vida: considerações a partir dos depoimentos de mulheres obesas de uma favela carioca. **Revista Ciência e Saúde coletiva [online].** 2006, vol.11, n.2. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232006000200025&script=scit>>. Acesso em: 26/10/2015.

FISCHER, Augusto. **Métodos de Pesquisa** (apostila). Caçador-SC: UnC, 2001.

GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa.** São Paulo: Atlas, 2002.

GOES, Cunha Maria. **1º Capítulo Brasileiro de Medicina e Cirurgia Estética.** Rio de Janeiro, 2005.

KATCH, Frank I.; MCARDLE, William D. **Nutrição, controle de peso e exercício.** 3. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1990.

LEITE, M. O; PEREIRA, M. C. G. Transtornos alimentares e conceitos socioculturais. **Saúde Rev**, [S.l.], v. 11, n. 28/29, p. 49-55, maio/dez. 2009.

MAÇOLA, Ligia; VALE, Ianê Nogueira; CARMONA, Elenice Valentin. Avaliação da autoestima de gestantes com uso da Escala de Autoestima de Rosenberg. **Revista Esc. Enfermagem – USP.** São Paulo. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/04.pdf>>. Acesso em 22/08/2015.

MARCONIS, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia do Trabalho Científico.** 6 ed. São Paulo: Atlas, 2006.

MARIA, Bette. Servir: a importância de sentir-se útil. 2015. Disponível em: <<http://coachingmais50.com.br/page/7/>>. Acesso em: 28/11/2015.

MARTINS, Denise da Fonseca; NUNES, Maiana Farias Oliveira, NORONHA, Ana Paula Porto. **Satisfação com a imagem corporal e autoconceito em adolescentes.** Psicologia: Teoria e Prática – 2008, p. 94-105.

NASCIMENTO, Danila Rafaela do et.al. **Um olhar sobre autoestima de mulheres com sintomas depressivos na vivência de conflitos na relação conjugal.** 2009. Disponível em: <[http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais\\_XVENABRAPSO/586.%20um%20olhar%20sobre%20autoestima%20de%20mulheres%20com%20sintomas%20depressivos.pdf](http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/586.%20um%20olhar%20sobre%20autoestima%20de%20mulheres%20com%20sintomas%20depressivos.pdf)>. Acesso em: 28/08/2015.

NEUFELD, Carmen B. et al. **Intervenções e pesquisas em terapia cognitivo-comportamental com indivíduos e grupos.** Novo Hamburgo: Sinopsys, 2014.

NEUFELD, Carmen B; MOREIRA, Cleidimara A. M. e XAVIER, Gabriela Salim Xavier. Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupos de Emagrecimento: O Relato de Uma Experiência. **Rev. Psico**, v. 43, n. 1, pp. 93-100, jan./mar. 2012. Disponível em: <[dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5163208.pdf](http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5163208.pdf)>. Acesso em: 10/10/2015.

NUNES, M. A et al. **Transtornos alimentares e obesidade.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 241-248.

OMS. **Relatório saúde no Brasil OPAS/OMS.** Brasília, 1998.

PIACENTINI, Soraya. **Transtorno Alimentares:** uma revisão bibliográfica. Itajaí, 2008. Disponível em: <<http://siaibib01.univali.br/pdf/Soraya%20Piacentini.pdf>>. Acesso em: 10/11/2015.

POPKIN BM, DOACK MD. The obesity Epidemic Is a Worldwide Phenomenon. **Nutr Rev**, 1 Ed., 1998.

RODRIGUES, Auro de Jesus. **Metodologia Científica.** São Paulo: Avercamp, 2006.

SAIKALI, C.J. et.al. **Imagem corporal nos transtornos alimentares.** Revista Psiquiatria Clínica. 2004, p.164-166. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scieloOrg/php/reflinks.php?refpid=S1413-8123200700050001900003&lng=en&pid=S1413-81232007000500019>>. Acesso em: 15/09/2015.

SANTOS, Antônio Raimundo dos. **Metodologia Científica: A Construção do Conhecimento.** 3 ed. Rio de Janeiro: DP&A editora, 2000.

SILBERFARB, Benomy. **Hipnoterapia cognitiva:** tratamento dos transtornos alimentares e controle de dietas. Novo Hamburgo. Ed. Sinopsys, 2015.

SILVA, Guidélia Aparecida da e LANGE, Elaine Soares Neves. **Imagem corporal: a percepção do conceito em indivíduos obesos do sexo feminino**. Curitiba, 2010. Disponível em: <[www2.pucpr.br/reol/index.php/PA/pdf/?dd1=3509](http://www2.pucpr.br/reol/index.php/PA/pdf/?dd1=3509)>

STÜRMER, Joselaine. **Comida: um santo remédio**. Petrópolis: Vozes, 2002.

SUDO, Nara e LUZ, Madel T. **O gordo em pauta: representações do ser gordo em revistas semanais**. Revista Ciência Saúde Coletiva [online]. 2007, vol. 12, n. 4. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232007000400024&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232007000400024&script=sci_arttext)>. Acesso em: 26/10/15.

UTRINI, Melchiades Correia. **Obesidade e distorção da imagem: a dificuldade de reconhecimento da imagem corporal pelo obeso**. Rio de Janeiro. 2013. Disponível em: <[http://www.uva.br/mestrado/dissertacoes\\_psicanalise/Dissertacao\\_Melchiades\\_Correa\\_Utrini.pdf](http://www.uva.br/mestrado/dissertacoes_psicanalise/Dissertacao_Melchiades_Correa_Utrini.pdf)>. Acesso em: 10/11/2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. Geneva: World Health Organization; 2000.

VIGITEL, Ministério da Saúde. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas**. 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/abril/15/PPT-Vigitel-2014-.pdf>>. Acesso em: 11/11/2015.

**ANEXOS**

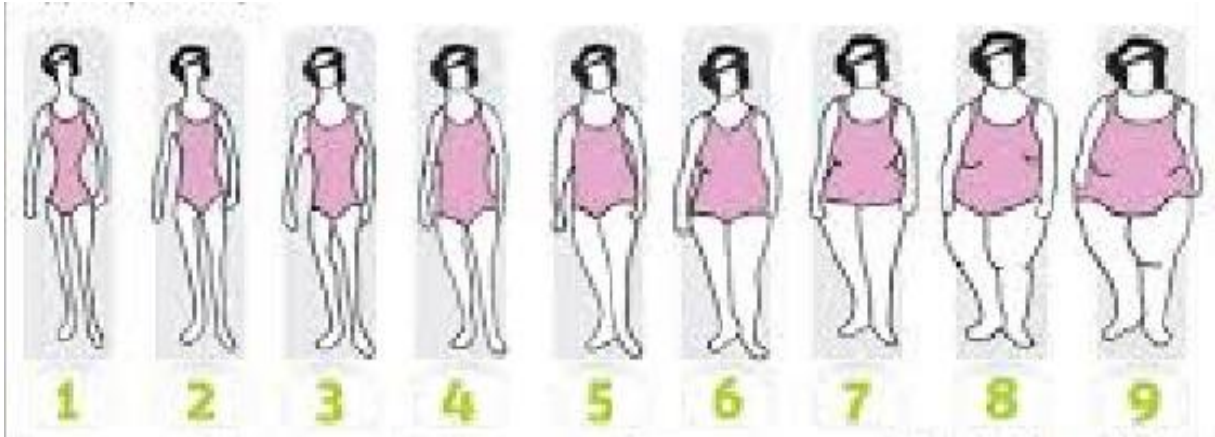
## ANEXO A - Escala de Autoestima de Rosenberg

## Escala de Auto-Estima de Rosenberg

	<b>Concordo Plenamente</b>	<b>Concordo</b>	<b>Discordo</b>	<b>Discordo Plenamente</b>
1. No geral estou satisfeito comigo				
2. Às vezes acho que não sirvo para nada.				
3. Eu acho que eu tenho várias boas qualidades				
4. Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das outras pessoas				
5. Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar				
6. Às vezes, eu realmente me sinto inútil				
7. Eu sinto que sou uma pessoa de valor				
8. Não me dou o devido valor				
9. Quase sempre estou inclinado a achar que sou um fracasso.				
10. Eu tenho uma atitude positiva em relação a mim mesmo.				

ANEXO B – Ficha de Imagem Corporal – Escala de Silhuetas de Stunkad

Como eu sou?



Como me sinto? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Como gostaria de ser?



Como me sentiria? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

