



Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Instituto de Medicina Social

Alessandra Bento Veggi

**Autopercepção do peso corporal e transtornos mentais comuns em
funcionários de uma universidade no Rio de Janeiro: estudo Pró-
Saúde**

Rio de Janeiro
2005

Alessandra Bento Veggi

Autopercepção do peso corporal e transtornos mentais comuns em funcionários de uma universidade no Rio de Janeiro: estudo Pró-Saúde

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Epidemiologia

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Claudia de Souza Lopes

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Rosely Sichieri

Rio de Janeiro

2005

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB-C

V422 Veggi, Alessandra Bento.
Autopercepção do peso corporal e transtornos mentais comuns em funcionários de uma universidade no Rio de Janeiro: estudo Pró-Saúde / Alessandra Bento Veggi. – 2005.
109f.

Orientadora: Claudia de Souza Lopes.
Coorientadora: Rosely Sichieri.
Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Corpo – Peso – Teses. 2. Obesidade – Aspectos psicológicos – Teses. 3. Autopercepção – Teses. 4. Índice de massa corporal. 5. Transtornos mentais I. Lopes, Claudia de Souza. II. Sichieri, Rosely. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. IV. Título.

CDU 616-056.25(815.3)

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Alessandra Bento Veggi

**Autopercepção do peso corporal e transtornos mentais comuns em
funcionários de uma universidade no Rio de Janeiro: estudo Pró-Saúde**

Tese apresentada como requisito parcial para
obtenção do título de Doutor, ao Programa de
Pós-graduação em Saúde Coletiva, do Instituto
de Medicina Social da Universidade do Estado
do Rio de Janeiro. Área de concentração:
Epidemiologia

Aprovada em 28 de abril de 2005.

Prof.^a Dra. Rosely Sichieri
Instituto de Medicina Social – UERJ (Coorientadora)

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Claudia de Souza Lopes (Orientadora)
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof. Dra. Glória Valéria da Veiga
Instituto de Nutrição - UFRJ

Prof. Dr. José Carlos Appolinário
Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia – IEDE

Prof. Dr. Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro Bastos
FIOCRUZ

Prof. Dr. Guilherme Loureiro Werneck
Instituto de Medicina Social – UERJ

Rio de Janeiro

2005

DEDICATÓRIA

Para os dois grandes homens da minha vida:
Rodrigo e Frederico

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais e a minha irmã, pelo apoio constante neste trabalho e em todos os caminhos que eu escolhi.

Às minhas orientadoras pela paciência, receptividade e disponibilidade ao longo de minha passagem por esta Instituição, e pelo respeito e amizade com que conduziram a orientação desse trabalho.

À minha queridíssima tia Kátia Bento pela generosa ajuda na revisão deste trabalho.

Às colegas Rosana Salles, Rosane Griep pelo empréstimo de um valioso material bibliográfico e pela generosidade com que lidam com o conhecimento.

À família Pereira Davi, especialmente a Regina, pelo apoio na conclusão desse trabalho cuidando com tanto amor do meu doce filhote.

Aos professores Fabíola Roeden e Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro Bastos pelas valiosas discussões e sugestões importantíssimas para construção de parte dessa tese.

Ao meu querido amigo William Waissmann pelo incentivo, apoio e amizade durante o desenvolvimento deste trabalho.

À amiga Naira pela disponibilidade sempre presente e pela ajuda no Inglês.

Às amigas que me apoiaram durante minha trajetória acadêmica Paula Aballo, Marisa Moura, Débora Peixoto dividindo comigo momentos felizes e tristes.

À amiga Márcia Luiza dos Santos pela ajuda na formatação da tese.

A Lélia Fernandes por ter me ajudado nessa etapa final cuidando do meu Fred com amor.

A todos os funcionários e professores do Instituto de Medicina Social da UERJ e a toda a equipe de Pró-Saúde.

À Fundação Ford e a FAPERJ pelo financiamento desse estudo.

Agradeço a todas as pessoas que me ajudaram de alguma forma a construir esta importante etapa da minha história.

RESUMO

VEGGI, Alessandra Bento. *Autopercepção do peso corporal e transtornos mentais comuns em funcionários de uma universidade no Rio de Janeiro: estudo Pró-Saúde*, 109f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

Gênero, raça e transtornos mentais são variáveis importantes a serem consideradas em estudos que avaliam a autopercepção do peso corporal. Se, por um lado, a sociedade contemporânea se depara com um crescimento epidêmico do sobrepeso e da obesidade, por outro os paradigmas corporais construídos socialmente para homens e mulheres têm-se tornado com o passar dos anos mais rigorosos e inatingíveis, sendo relacionados não somente à saúde, mas também ao sucesso pessoal, profissional e afetivo. Desse modo, perceber-se fora desse padrão pode levar ao desenvolvimento de transtornos mentais comuns (TMC). Alguns grupos, entretanto, parecem ser menos vulneráveis a tais padrões como no caso de indivíduos da raça negra. No entanto, poucos estudos nacionais têm investigado essas questões. A presente tese avaliou a incidência de TMC segundo a autopercepção do peso corporal entre funcionários de uma universidade no Rio de Janeiro, assim como a concordância entre a autopercepção do peso corporal e o Índice de Massa Corporal (IMC) segundo raça nessa mesma população. O primeiro estudo avaliou dados da primeira onda de seguimento da coorte do estudo Pró-Saúde analisando através de modelos lineares generalizados os riscos relativos da associação entre o desenvolvimento de TMC e a autopercepção do peso corporal. O segundo avaliou a estrutura de concordância entre a autopercepção do peso corporal e o IMC segundo raça. Os resultados do primeiro artigo evidenciaram associação entre incidência de TMC e perceber-se acima do peso corporal (RR=1,42) no modelo ajustado por sexo. Na análise que avaliou a concordância entre o IMC e a autopercepção do peso corporal não foram observadas diferenças em relação à raça e a concordância variou de moderada a elevada em entre mulheres e homens, respectivamente. Em ambos os sexos, o padrão de concordância fora da diagonal principal indicou que categorias altas e baixas de IMC corresponderam às categorias extremas de percepção corporal. Entre as mulheres, entretanto, a concordância dentro da diagonal principal sugeriu um padrão de concordância possivelmente maior para as categorias extremas de autopercepção de peso e IMC. Não foram evidenciadas diferenças segundo raça, possivelmente, pelo fato das pressões sociais em relação à aquisição de peso "ideal" serem desenvolvidas, no Brasil, dentro de um contexto multiracial.

Palavras-Chave: Autopercepção do peso. Transtornos mentais comuns. Índice de massa corporal. Raça.

ABSTRACT

Gender, race and mental health are important variables to be considered in studies that evaluate the self-perception of body weight. If on the other hand, the actual society comes across with an epidemic growth of the overweight and of the obesity, for another one the body paradigms socially constructed for men and women have become unattachable and most rigorous and, being related not only to the health but also to the personal, professional and affective success. In this way, the self-perception out of the ideal weight can lead to the development of common mental disorders (CMD). Some groups, however, seem to be less vulnerable to such standards as in the case of individuals of the black race. However, few national studies have investigated these questions. The present thesis evaluated the incidence of CMD according to self-perception of body weight between employees of a university in Rio de Janeiro, as well as the agreement between the self-perception of body weight and the Body Mass Index (BMI) according to race in this same population. The first study it evaluated the first wave of cohort of the Pró-Saúde study analyzing through generalized linear models the relative risks of the association between incidence of CMD and self-perception of body weight. The second one evaluated the agreement between self-perception of body weight and BMI according to race. The first article, on the model adjusted for sex it was observed an association between incidence of CMD and having a perception above ideal weight (RR=1,42). In the analysis that evaluated the agreement between BMI and self-perception of body weight, differences related to race were not detected, so the agreement ranged from moderated to high among women and men, respectively. For both sexes, the structure of agreement out of the principal diagonal indicates that high scores of BMI corresponding to above ideal perception. For women, however, the exact agreement was higher to extremes categories of body weight perception and BMI. In Brazil, because social pressures related to obtaining the "ideal" weight are strongly development within a multiracial context, differences related to race were not detected.

Keywords: Self perception of body weight. Common mental disorders. Body mass index. Race.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Mudança na tendência corporal: Rubens' Wife (1636), Marilyn Monroe (1952) e Eva Herzigova (1998)	23
Figura 2	Mudanças temporais na mensuração corporal de modelos de uma revista masculina	23
Tabela 1	Incidência de transtornos mentais comuns em 2001, por sexo, de acordo com características sócio-demográficas e econômicas, em 1999, entre funcionários de uma universidade no Rio de Janeiro	58
Gráfico 1	Incidência de transtornos mentais comuns (TMC) em 2001 estratificada por sexo, de acordo com autopercepção do peso corporal e o Índice de Massa Corporal em 1999-Estudo Pró-Saúde	59
Tabela 2	Risco relativo de transtornos mentais comuns, por sexo, de acordo com a autopercepção do peso corporal em 1999- Estudo Pró-Saúde	59
Tabela 2	Autopercepção do peso corporal, Índice de Massa Corporal (IMC) e características sociais e demográficas estratificadas por gênero e raça, Pró-Saúde 1999	71
Tabela 3	Autopercepção de peso corporal segundo estado nutricional classificado pelo Índice de Massa Corporal (Kg/m ²) estratificada por sexo e raça	72
Tabela 4	Kappa ponderado (Kw ²) da autopercepção do peso corporal e do Índice de Massa Corporal (Kg/m ²) segundo características sociais e demográficas estratificado por sexo	73
Tabela 5	Razão de verossimilhança (G ²) e graus de liberdade (GL) entre o Índice de Massa Corporal e a autopercepção do peso corporal de modelos log-lineares estratificado por sexo e raça	74
Quadro 1	Distribuição dos funcionários elegíveis para o Estudo Pró-Saúde quanto à participação segundo sexo, Rio de Janeiro, 1999	76
Quadro 2	Distribuição das perdas na participação dos funcionários elegíveis para o Estudo Pró-Saúde segundo sexo, Rio de Janeiro, 1999	76

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

TMC	–	Transtornos Mentais Comuns
IMC	–	Índice de Massa Corporal
GHQ	–	General Health Questionnaire
RR	–	Risco relativo
OR	–	Odds Ratio
IC95%	–	Intervalo de 95% de confiança
KW ²	–	Kappa com ponderação quadrática

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1.1 Apresentação do Tema	12
1.2 Revisão da Literatura	16
1.2.1 <u>Gênero e saúde</u>	16
1.2.2 <u>Autopercepção do peso corporal</u>	19
1.2.3 <u>Autopercepção do peso corporal, Índice de Massa Corporal e Gênero</u>	32
1.2.4 <u>Transtornos Mentais Comuns</u>	37
1.2.5 <u>Transtornos mentais comuns e autopercepção do peso corporal</u>	40
1.3 Justificativa	41
2 HIPÓTESES E OBJETIVOS	43
2.1 Hipóteses de estudo	43
2.2 Objetivos do estudo	43
3 ARTIGOS	44
3.1 Artigo 1	44
3.2 Artigo 2	60
4 MATERIAIS E MÉTODOS	75
4.1 Descrição geral do Estudo Pró-Saúde	75
4.2 Trabalho de Campo	77
4.2.1 <u>Coleta de dados</u>	77
4.2.2 <u>Questionário</u>	77
4.2.2.2 <u>Estudo piloto</u>	79
4.3 Banco de Dados	79
4.4 Variáveis de estudo	79
4.4.1 <u>Variável dependente</u>	79
4.4.2 <u>Variável independente</u>	81
4.4.2.1 <u>Autopercepção do peso corporal</u>	81
4.4.3.1 <u>Variáveis sócio-demográficas</u>	81
4.5 Limitações do estudo	88
4.6 Aspectos Éticos	88

5 CONCLUSÕES	90
REFERÊNCIAS	91

INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação do tema

Nas últimas décadas, o padrão corporal construído e divulgado nas sociedades contemporâneas vem apresentando como traço dominante a sua associação com a magreza, juventude e perfeição física (VORACEK & FISHER, 2002). A magreza constitui uma marca central e distintiva deste modelo, de forma que a maioria dos indivíduos deseja alcançar um corpo em conformidade ao que está socialmente instituído (MC LAREN & GAUVIN, 2003).

Os padrões sociais através dos quais mulheres e homens são julgados têm se tornado cada vez mais rigorosos e difíceis em se atingir. Esse padrão de peso “ideal” perfilado sob a ótica da magreza vem sendo apresentado não apenas como uma questão de saúde, mas como uma importante medida de valor pessoal. Tal fato é reforçado pelos preconceitos e estigmas relacionados à obesidade (WRIGHT & WHITEHEAD, 1987; MC CARTHY, 1990; FONTAINE, 1991; FURNHAM & BAGUMA, 1994; SZABO, 1996; MORGAN & AZEVEDO, 1998; MYERS & ROSEN, 1999).

Os indivíduos que não se ajustam ao modelo corporal socialmente difundido, como, por exemplo, aqueles que apresentam sobrepeso, são os que apresentam os maiores riscos de sofrer dificuldades de aceitação e integração no grupo social, fatores que podem conduzir a situações de exclusão social. Estas decorrem da tendência de associar o peso corporal com o desempenho e capacidade intelectual dos indivíduos.

A importância adquirida pelo corpo na sociedade atual tem como um dos principais efeitos uma preocupação generalizada com o peso corporal, aspecto que se traduz, por exemplo, no aumento da procura de recursos para moldá-lo. A mídia representa um papel importante nesse cenário, corroborando a crença de que o alcance do peso idealizado depende apenas do esforço pessoal, desconsiderando as particularidades e limitações impostas pela genética e estimulando um

autocontrole cada vez maior da aparência física, particularmente entre as mulheres (GOLDENBERG & RAMOS, 2002).

Arelado à idéia difundida pela mídia de que tais benefícios podem ser adquiridos, decorrem investimentos massivos em temas relacionados à beleza e à aquisição do corpo “ideal” em campanhas publicitárias que associam a imagem da mulher a características dotadas de simbolismo. Esse fenômeno tem sido acompanhado por inúmeros artigos, em revistas femininas especializadas, sobre dietas para perda de peso e, mais recentemente, sobre um corpo atlético e exercícios para se atingir o peso “ideal” (ANDRADE & BOSI, 2003; GOLDENBERG & RAMOS, 2002).

O paradigma corporal contemporâneo da magreza vem incrementando também a indústria cosmética, alimentícia e farmacêutica, que cada vez mais diversificam e aumentam sua produção para atender a necessidades impostas por este padrão estético. Paralelamente, observa-se a franca expansão dos mercados direcionados a produtos dietéticos, cirurgia estética e atividade física (MORGAN & AZEVEDO, 1998).

Na sociedade atual, entretanto, ao mesmo tempo em que observamos uma grande variedade de alimentos de alto valor energético e de rápido consumo, o sedentarismo da vida cotidiana dificulta a manutenção do corpo magro. Além disso, a obesidade e o sobrepeso vêm se tornando epidemias globais com sérias conseqüências econômicas e sociais, considerando sua associação com doenças crônicas não transmissíveis como diabetes, doenças cardiovasculares etc.

Estudos seccionais realizados em diferentes países como, por exemplo, os conduzidos por Fatimah *et al.* (1995), Donath (2000), Chang & Christakis (2001) e Guzmán e Garcia (2001), vêm indicando que muitas mulheres que se encontram dentro da faixa de peso considerada adequada vêm demonstrando uma enorme insatisfação com o próprio peso corporal. Nesse sentido, alguns autores fazem menção ao termo descontentamento normativo em que sustentam a idéia de que a insatisfação com o próprio peso corporal parece estar relacionada às exigências sociais e culturais de boa aparência e magreza, particularmente entre as mulheres (RODIN *et al.*, 1983; ODGEN & EVANS, 1996).

A percepção do peso corporal pode variar segundo sexo, idade e raça. Apesar do sobrepeso ser mais freqüente entre as mulheres negras, estas parecem apresentar maior satisfação com o peso corporal, identificando um peso ideal relativamente maior do que o peso idealizado por mulheres brancas, além de se engajarem com menor freqüência em dietas, o que torna esse grupo menos susceptível ao desenvolvimento de transtornos alimentares, quando comparado às mulheres brancas (CARADAS *et al.*, 2001; PADGETT *et al.*, 2003).

Em relação à população masculina, embora os homens não sejam imunes à ênfase cultural veiculada sobre o corpo, eles são menos vulneráveis que as mulheres a imagens e padrões de beleza (GROESZ *et al.*, 2002). Além disso, a auto-estima feminina parece estar mais relacionada à aparência do que a masculina (MCCATHY, 1990). A insatisfação masculina com o próprio peso apresenta uma direção oposta à das mulheres. Se, para as mulheres, um autoconceito positivo em relação ao corpo, geralmente, se baseia na atratividade física, para o homem este se baseia, principalmente, na força física (DREWNOWSKI & YEE, 1987). Ao contrário das mulheres, que procuram tornar-se magras, indivíduos do sexo masculino tendem a se achar magros e se preocupam em se tornar mais fortes e com maior desenvolvimento de massa muscular, desejando, portanto, ganhar peso em músculo (GROESZ *et al.*, 2002).

Embora venha sendo identificado atualmente um movimento em direção a um corpo mais definido por músculos, a magreza ainda constitui o padrão corporal “ideal” para as mulheres (RODIN, 1993; SILVA, 2001).

Nesse contexto, as mulheres parecem ser mais susceptíveis ao padrão social de magreza e aquelas que incorporam esse padrão podem apresentar baixa auto-estima e depressão como conseqüência de um sentimento de falha na tentativa de enquadrar-se (RODIN, 1993). Com a difusão desses conceitos é possível que o fato de se perceber acima do peso considerado “ideal” possa trazer conseqüências psicológicas importantes para aqueles que não alcançaram esse padrão.

Esta tese dá continuidade e aprofunda a investigação iniciada na minha dissertação de mestrado, na qual utilizei os dados coletados na fase 1 (linha de base) do Estudo Pró-Saúde, um estudo de coorte multidimensional entre

funcionários técnico-administrativos de uma universidade pública do Rio de Janeiro. O principal objetivo da dissertação era o de identificar a associação entre o Índice de Massa Corporal (IMC), a autopercepção do peso corporal e transtornos mentais comuns (TMC) nessa população. Os resultados apontaram que não era a obesidade em si, e sim a forma com que as mulheres classificavam seu peso corporal que se mostrou associada aos transtornos mentais comuns. No ano de 2001, foi realizada a segunda etapa de coleta de dados (fase 2) do Estudo Pró-Saúde entre os funcionários.

Assim, motivada com os resultados do estudo seccional desenvolvido em 1999, desenvolveu-se o primeiro artigo dessa tese intitulado “**Autopercepção do peso corporal e desenvolvimento de transtornos mentais comuns: um estudo de coorte entre funcionários de uma universidade no Rio de Janeiro**” no qual, em um estudo longitudinal desenvolvido na coorte do estudo Pró-saúde, avaliou-se a associação entre a autopercepção do peso corporal e a incidência de transtornos mentais comuns entre homens e mulheres. Em seqüência, será apresentado o segundo artigo intitulado “**Autopercepção do peso corporal e Índice de massa corporal segundo raça entre funcionários de uma universidade no Rio de Janeiro: estudo pró-saúde**”, que avaliará os dados referentes à linha de base da coorte do Pró-Saúde em 1999.

1.2 Revisão da literatura

1.2.1 Gênero e saúde

Desde a década de 70, as diferenças na saúde de homens e mulheres vêm constituindo um tema importante de pesquisas desenvolvidas em saúde (SILVA, 1999). Nessa década, surge o conceito de gênero, originário das Ciências Sociais, relacionado à construção social do sexo (OLINTO, 1998).

Inicialmente, o conceito de gênero passou a ser incluído como categoria de análise, favorecendo a rejeição do determinismo biológico implícito no uso dos termos “sexo” e “diferença sexual” e enfatizando aspectos relacionais e culturais da construção social do feminino e do masculino (HELBORN & SORJ, 1998).

A década de 80 é marcada pela ampla utilização do conceito de gênero por várias estudiosas feministas no Brasil, disputando espaços com os “Estudos de Mulheres”, tributários dos movimentos sociais dos anos 60 e 70, sendo uma resultante da mobilização feminista.

Tanto os estudos inicialmente desenvolvidos pelos movimentos de mulheres, quanto aqueles realizados posteriormente, pelas Universidades, consagraram esse conceito utilizando-o para traduzir as diversas formas de interação humana, buscando conceituar o gênero como forma de legitimar e construir as relações sociais. Assim, tanto movimento feminista e quanto o conceito de gênero cunhado por este movimento, tem fundamental importância nas reflexões acerca da relação entre homens e mulheres. Contudo, os estudos que tratam de temas de gênero referem-se mais a mulheres pelo fato das perspectivas masculinas ainda serem a norma (GOMES, 2003).

Gênero trouxe, a princípio, dificuldades semânticas, abordadas por Moraes (1998), pois, enquanto em inglês, *gender* é um substantivo que designa a condição física e/ou social do masculino e do feminino, a palavra *gênero*, em português, é um substantivo masculino que designa uma classe que se divide em outras, que são chamadas espécies. Tal dificuldade semântica torna necessária a definição do que se esteja chamando de gênero, sempre que utilizamos tal categoria em português.

Uma das definições mais conhecidas é a da historiadora norte-americana Scott (1990), que concebe o gênero como sendo um “elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos” (p. 14).

De acordo com Olinto (1998) o uso do termo gênero expressa todo um sistema de relações que inclui sexo, mas transcende a diferença biológica. Em contraposição, sexo designa exclusivamente a caracterização genética e anátomo-fisiológica dos seres humanos. O termo “gênero” vem sendo utilizado de duas formas distintas: como oposição à “sexo”, para descrever o que é construído socialmente, e como referência a qualquer construção social relacionada à distinção masculino/feminino, incluindo as construções que separam os corpos. Esse último uso surgiu diante da percepção de que a sociedade molda o comportamento e o modo como o corpo aparece (NICHOLSON, 2000). A intersecção implícita no conceito de gênero elimina a lógica de haver apenas duas categorias excludentes, compreendendo a construção de uma variável que considere aspectos relacionais como o acesso à educação, ao mercado de trabalho, à renda e muitos outros fatores que vão além da diferença biológica.

Ao contrário das diferenças biológicas, que são imutáveis, as mudanças de comportamento social entre homens e mulheres não são estáticas, podendo sofrer variação temporal e social (COSTA, 1997). Mudanças importantes vêm sendo observadas nas categorias ocupacionais consideradas no passado como típicas de homens ou de mulheres. Por exemplo, funcionárias de fábricas vêm ocupando posições que costumava ser dos homens; o mesmo fenômeno é observado nas áreas rurais, em decorrência da migração masculina para as cidades em busca de melhores salários. Em alguns países, os homens estão tendo uma maior participação no cuidado com os filhos e nas responsabilidades domésticas. Um exemplo disso é a legislação de licença maternidade e paternidade, que tanto reflete quanto promove esta situação.

A saúde é um processo complexo determinado por fatores biológicos, sociais, ambientais e referentes aos serviços (PINHEIRO *et al.*, 2002). Por estar intimamente relacionado a tais fatores, considerar a perspectiva de gênero nos desenhos e análises das investigações sobre saúde pode auxiliar na compreensão das

desigualdades dos fatores que influenciam a saúde de mulheres e homens através do papel social que cada cultura e sociedade destinam às pessoas com base no seu sexo (OLINTO, 1998).

A dimensão biológica é freqüentemente utilizada para tentar explicar a maior taxa de mortalidade entre os homens, comparada à das mulheres. O padrão de morbidade masculino configura-se por maior prevalência de doenças crônicas fatais (doenças isquêmicas do coração, câncer, cirrose, aterosclerose) e de tabagismo e etilismo considerados fatores de risco para essas doenças, o que poderia explicar o excesso de mortalidade nesse grupo (SILVA, 1999; PINHEIRO *et al.*, 2002). Além disso, diferenças importantes de mortes por causas violentas entre homens jovens, principalmente entre os negros e os mais pobres (SANTOS, 1996; COSTA, 1997) .

Estudos sobre diferenças de gênero na saúde em sociedades industrializadas apontam que embora as mulheres vivam mais do que os homens, elas relatam maior morbidade e problemas psicológicos e utilizam mais freqüentemente os serviços de saúde (PINHEIRO *et al.*, 2002). A medida do estado de saúde das mulheres, avaliada pela autopercepção ou pela morbidade referida, indica que estas referem sofrer de mais doenças que os homens em todos os grupos etários (PINHEIRO *et al.*, 2002). Numa análise mais refinada, esse fato vem indicando a maior atenção feminina voltada ao corpo e à saúde, além de uma atitude mais ativa na gestão de sua saúde e em comportamento preventivo (SILVA, 1999). De um modo geral, a maior utilização dos serviços de saúde entre as mulheres comparadas aos homens é parcialmente explicada pelas variações no perfil de necessidades de saúde entre os gêneros, dentre os quais incluem-se as demandas associadas à gravidez e ao parto, além de um maior interesse feminino para com a saúde (PINHEIRO *et al.*, 2002).

Ressalta-se, entretanto, que variáveis como auto-avaliação do estado de saúde e morbidade referida, dentre outras que visam retratar dimensões diferentes das condições de saúde em estudos epidemiológicos, são susceptíveis ao viés de gênero no relato das informações. Tal viés relaciona-se à menor propensão masculina em reportar problemas de saúde comparada à feminina (PINHEIRO *et al.*, 2002).

Destacam-se, ainda, alguns aspectos referentes à saúde das mulheres, como a maior frequência de transtornos alimentares. São comportamentos atribuídos à um forte componente social (imagem coletiva de beleza feminina), complexificando o componente da percepção alterada do peso corporal.

Silva (1999) aponta que os modelos socializadores identificados entre as mulheres são diferentes dos observados entre os homens. O desenvolvimento físico das meninas é sócio-culturalmente condicionado por uma frequência menor de atividade física e por modelos estereotipados de beleza que freqüentemente imitam muitas vezes de um adequado desenvolvimento corporal. Do ponto de vista psicológico, as representações coletivas sobre a mulher constituem um fator que contribui para a interiorização de uma auto-imagem real ou socialmente idealizada, marcada pela fragilidade, pela primazia do afetivo e por uma auto-estima relativamente menor.

O construto de peso “ideal” codifica múltiplos e conflitantes significados. A magreza que, ao mesmo tempo, representa a fragilidade e a vulnerabilidade, características intimamente relacionadas a um padrão feminino, pode representar também um padrão masculino, uma vez que mulheres magras tendem a apresentar ausência de seios, quadril estreito, dentre outras características que tipificam um corpo masculino.

Forbes *et al* (2004) apontam que, contraditoriamente, quando são observadas mudanças sociais importantes para as mulheres, com um aumento dos papéis e das oportunidades sociais, as expectativas relacionadas ao corpo feminino têm-se tornado cada vez mais rígidas e irrealísticas. Além disso, os desvios dessas expectativas têm produzido um aumento das reações sociais e auto-avaliações negativas, no qual um grande número de mulheres mais jovens tende a julgar seus corpos através de padrões irrealísticos e pouco saudáveis.

1.2.2 Autopercepção do peso corporal

O termo imagem corporal vem sendo definido como a imagem mental formada (percepção, sentimentos e atitudes) na avaliação do corpo (SNAITH, 1992).

Tal conceito, entretanto, é bastante complexo e multidimensional, compreendendo, segundo Thompson (1996), três componentes relacionados ao corpo. O componente perceptivo se relaciona com a precisão da percepção da própria aparência, envolvendo a estimativa do tamanho e do peso corporal. O componente subjetivo envolve a satisfação, o nível de preocupação e ansiedade com a aparência e o componente comportamental focaliza situações associadas à aparência corporal que são evitadas pelo indivíduo por gerar desconforto (THOMPSON, 1996; STTUHLREHER & RYAN, 1999).

A auto-imagem consiste no modo como cada indivíduo se autopercebe fisicamente e define a sua própria aparência, compreendendo três aspectos relacionados ao corpo: 1) a *Realidade do Corpo*, no qual o corpo é definido tal como é realmente; 2) a *Representação do Corpo*, que consiste na maneira como o corpo é socialmente apresentado; e 3) o *Ideal de Corpo*, que consiste no modo como cada um sente o que gostaria que o seu corpo fosse ou o modo como gostaria que os outros o vissem (PRICE, citado por KRAUSS, 1999).

A maioria dos estudos, entretanto, vem separando esse conceito em percepção do corpo (como vemos o corpo) e atitude para com o corpo (como sentimos o corpo). O presente estudo trabalhará com um componente da imagem corporal que é o componente perceptivo, especificamente como o próprio indivíduo percebe seu peso corporal (autopercepção do peso corporal).

A autopercepção do peso corporal é considerada um importante aspecto da imagem corporal, refletindo mais comumente a satisfação e a preocupação corporal (DEMAREST & LANGER, 1996). A autopercepção do corpo tem sido reconhecida como uma autovisão internalizada e continuamente modulada através da avaliação social. Particularmente, as crenças sobre o próprio corpo (peso, tamanho, forma, função, capacidades e aparência) estão invariavelmente relacionadas à auto-estima global do indivíduo, incluindo sentimentos, preocupações e valores (SANDS, 2000).

MORROW *et al* (2004) destacam a existência de problemas relacionados à mensuração de imagem corporal, principalmente pela dificuldade de definição deste conceito. Estudos vêm utilizando como “correlatos” de imagem corporal qualquer variável que inclua a insatisfação com um ou mais aspectos relacionados ao corpo

(DONATH, 2000; PIMENTA *et al.*, 2001; SHIH & KUBO, 2002; CHANG & CHRISTAKIS, 2003; XIE *et al.*, 2003; MIZES *et al.*, 2004).

Dada as diferentes conceituações, diferentes instrumentos têm sido utilizados para avaliar a autopercepção do peso corporal, não existindo, portanto, um padrão-ouro para sua avaliação (WHISENHUNT & WILLIAMSON, 2002). Silhuetas e desenhos representando formas corporais que variam gradativamente da magreza à obesidade vêm sendo freqüentemente utilizados em diversos estudos que avaliam a autopercepção do peso corporal (ALMEIDA *et al.*, 2002; FALLON & ROZIN, 1985; GUZMÁN & GARCIA, 2001; SÁNCHEZ-VILLEGA *et al.*, 2001). Outra abordagem é utilizada através de questões (FATIMAH *et al.*, 1995; MARIGAL-FRISCH *et al.*, 1999; DONATH, 2000; GUITIERREZ-FISAC *et al.*, 2002; ARAÚJO & ARAÚJO, 2003), como foi realizado no presente estudo, comparando a percepção que o próprio indivíduo tem de seu peso corporal em relação a uma medida objetiva de avaliação do peso corporal. Alguns estudos avaliaram ainda a percepção do peso corporal através da concordância entre o peso medido e o peso auto-referido (SCIACCA *et al.*, 1991; PIMENTA *et al.*, 2001). Outros acreditam que esta seja uma medida indireta da satisfação com o peso corporal.

Além disso, os estudos nessa área têm utilizado pequenas amostras de populações específicas, como obesos em tratamento clínico (WADDEN *et al.*, 1989), adolescentes do sexo feminino (RIERDAN & KOFF, 1997; BUDEBERG-FISHER *et al.*, 1999; BLOWERS *et al.*, 2003; XIE *et al.*, 2003), atletas (TERRY *et al.*, 1999) e algumas categorias profissionais como modelos (WONG, 2003), por serem considerados grupos de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares.

Estudos envolvendo a autopercepção do peso corporal vêm demonstrando que esta variável está associada a diversos fatores subjetivos e simbólicos, além de variar de acordo com o período de tempo, idade, cultura, gênero, raça e estrato social (DURKIN & PAXTON, 2002; RAND & WRIGHT, 2001).

Uma breve passagem pela “história da arte” revela que esse conceito não é estático e que a magreza nem sempre foi o ideal almejado (FALLON, 1990; MORGAN & AZEVEDO, 1998). As representações sociais que determinam os limiares de magreza e obesidade podem sofrer variação temporal. No passado, o

padrão de estética burguês associava riqueza e gordura, tornando a obesidade um símbolo de êxito social e econômico. Comparando os padrões atuais com os do passado observa-se que era necessário pesar mais para ser considerado gordo (FISCHLER, 1995).

Andrade & Bosi (2003) destacam que, historicamente, os padrões corporais, desde a Vênus de Milo e os quadros de nus de pintores do século XVI ao início do século XX, já apontavam para um modelo de magreza feminina que nos últimos quarenta anos vem se tornando cada vez mais esbelto. O início do século XX é marcado por esse padrão, conduzindo a uma obsessão pelo emagrecimento. Na segunda metade do século o “culto” ao corpo, chamado por alguns autores de “*corpolatria*”, torna-se um fenômeno observado com grande frequência na população (GOLDBERG & RAMOS, 2002).

Rubinstein & Caballero (2000) compilaram dados de peso e altura, no período de 1922 a 1992, obtidos do arquivo de um concurso de beleza feminina norte-americano. Os resultados apontaram para um declínio progressivo do IMC das vencedoras do concurso, de modo que, nas últimas três décadas, as vencedoras do concurso apresentaram níveis compatíveis com desnutrição, com algumas alcançando o IMC de 16,9 kg/m².

As normas culturais em relação a um peso ideal sofreram importante modificação ao longo de 20 anos (1959-1978) nos Estados Unidos. Garner & Garfienfel (1980) realizaram um estudo, nesse período, comparando as medidas de peso e forma corporal de modelos de uma importante revista norte-americana e de participantes de um concurso de beleza. O estudo verificou a evolução do padrão de beleza corporal feminina em direção à magreza.

Wiseman *et al.* (1992) replicaram o estudo supracitado para o período de 1979-1988. Os resultados demonstraram que a valorização de um corpo magro se manteve e possivelmente se acentuou nesses 10 anos.

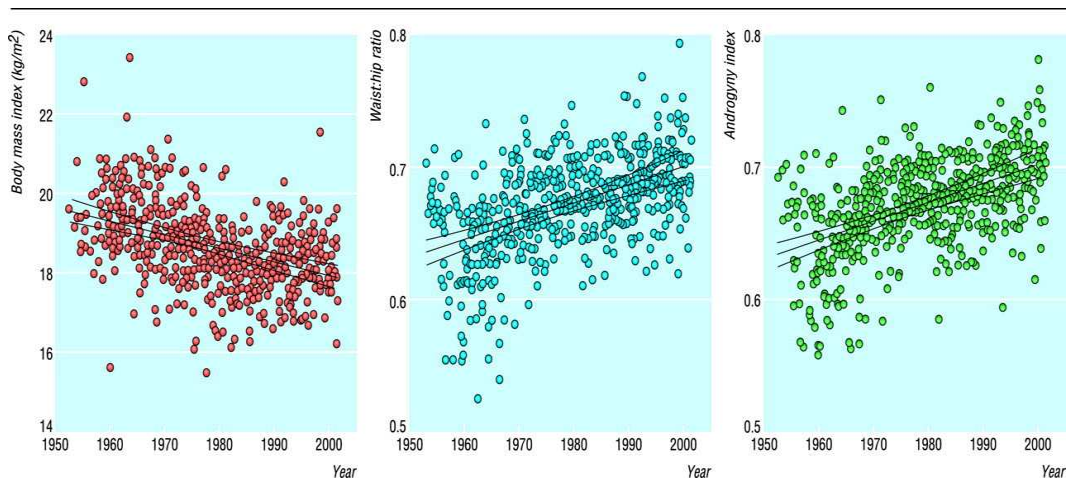
Voracek & Fisher (2002) avaliaram a tendência de evolução nas medidas corporais de modelos de uma importante revista masculina e identificaram uma redução do IMC e na medida dos quadris e aumento da cintura se aproximando de um padrão compatível com um modelo andrógono (Figuras 1 e 2).

FIGURA 1- Mudança na tendência corporal: Rubens' Wife (1636), Marilyn Monroe (1952) e Eva Herzigova (1998)



FONTE: VORACEK & FISHER , 2002

FIGURA 2- Mudanças temporais na mensuração corporal de modelos de uma revista masculina



FONTE: VORACEK & FISHER , 2002

Saikali *et al* (2004), em breve revisão de estudos que relacionam a imagem corporal aos transtornos alimentares, identificaram que indivíduos que não conseguem se adequar aos padrões sociais vigentes parecem estar mais sujeitos a encontrarem ambientes sociais excludentes, desencorajando o desenvolvimento de um autoconceito favorável. Esses mesmos autores identificaram no campo da sociologia dois processos promotores de atitudes e comportamentos. O primeiro

deles é denominado reforço social, relacionando-se ao modo como os indivíduos internalizam atitudes e comportamentos mediante aprovação social, e o segundo é conhecido como modelagem, referindo-se ao processo de reprodução individual de comportamentos socialmente desejáveis.

Com base nessas observações, destaca-se que o relacionamento social é influenciado pela formação de imagens e representações mentais nos sujeitos acerca uns dos outros, contribuindo para a aproximação ou afastamento, nos casos em que a imagem formada não é compatível com as expectativas, das necessidades ou exigências sociais. As mulheres, em particular, tendem a definir-se (e a serem definidas), primariamente, pela sua aparência física uma vez que, nas sociedades ocidentais, a aparência física configura-se como um determinante de autovalorização mais marcante para o gênero feminino do que para o gênero masculino, constituindo-se como um passaporte para o sucesso pessoal, social e profissional (NEWMAN, 2000).

Além da importância social atribuída à aparência física ser mais relevante para o sexo feminino as normas culturais de avaliação do corpo feminino continuam a ser irrealistas, de modo que algumas mulheres desenvolvem uma perpetuada sensação de “defeito”, em si próprias, fato este que repercute nas interações sociais do seu cotidiano relacional (THORNTON & MAURICE, 1997; NEWMAN, 2000).

A mídia representa uma importante influência nesse processo, na medida em que as imagens retratadas correspondem a corpos idealizados, difíceis de se atingir.

Meyer & Biocca (1992) em um estudo seccional nos Estados Unidos concluíram que assistir a cerca de 30 minutos de anúncios televisivos por dia encontra-se diretamente relacionado à superestimação corporal feminina.

Alguns estudos seccionais como os conduzidos por Irving (1990) e Richins (1991) observaram alterações psicológicas em uma amostra de mulheres norte-americanas diante de imagens de modelos de revistas femininas. Após a exposição às imagens as mulheres descreviam menor satisfação com sua aparência física e peso corporal.

Pinhas *et al* (1999) realizaram um estudo seccional nos Estados Unidos entre 118 estudantes de antropologia visando identificar os efeitos do ideal de magreza

sobre o humor e a satisfação corporal. As imagens do ideal de magreza apresentado às estudantes apresentaram um efeito imediato sobre os estados de humor das mulheres, gerando um aumento do humor depressivo.

O significado de peso “ideal” difere entre as mulheres mais velhas e as mais jovens. Mulheres jovens tendem a idealizar mais a aparência física acreditando que a manutenção de um corpo magro favoreça a impressão de seus pares (FURNHAM & BAGUMA, 1994; MORGAN & AZEVEDO, 1998; THOMPSON *et al.*, 2000). Além de existir uma tendência de aumento do peso com o aumento da idade, a idade é uma variável importante do ponto de vista da autopercepção, pois parece existir uma diferença geracional associada à mudanças nos padrões estéticos apresentados pela mídia nos últimos 50 anos (CULLARI *et al.*, 1998; VORACEK & FISHER, 2002). Apesar de alguns estudos já referirem preocupações com o peso corporal entre crianças (DAVISON *et al.*, 2000), a maioria dos estudos vem investigando essa questão em adolescentes, principalmente pela alta prevalência de insatisfação em relação ao próprio peso e forma corporal considerados fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares. Essa maior prevalência de preocupação com o peso entre adolescentes se justifica, em geral, como uma resposta às mudanças que ocorrem na puberdade. Riscos demográficos, incluindo vínculo familiar, com especial ênfase na relação mãe-filha, pressão dos pares, integração cultural dos imigrantes na sociedade ocidental e a modulação associada à etnia, além da influência da mídia, também vêm sendo descritos na literatura com fatores que precipitam essas insatisfações nesse grupo etário (WISEMAN *et al.*, 1992; THOMPSON & CHAD, 2000; SAMPEI *et al.*, 2002).

A influência materna ganha lugar de destaque nessas observações através da transmissão das pressões sócio-culturais da mulher para as suas filhas, a partir da sua própria preocupação com o peso corporal e concepções estéticas de magreza. Além de fornecer os modelos, as mães podem exercer influência direta sobre a filha quanto a determinados comportamentos relacionados ao controle de peso como dietas, além de uma maior propensão de comunicar de forma sutil ou até mesmo inconsciente suas percepções, crenças e atitudes (WISEMAN *et al.*, 1992; SAMPEI *et al.*, 2002).

A classe sócio-econômica parece ser outro fator importante relacionado à forma com que o indivíduo percebe o próprio corpo. Os padrões corporais são signos de distinção social e servem como sinalizações das diferenças entre classes sociais (MC LAREN & KUH, 2004).

Mudanças artificiais no formato, tamanho e aparência corporal são comuns em todas as sociedades e desempenham uma importante função social, informando sobre a posição social do indivíduo e, muitas vezes, sinalizando mudança em seu status social (SAIKALI *et al* , 2004). O conceito atribuído a um “corpo ou peso ideal” é percebido de forma diferenciada segundo classe social, grau de instrução e tipo de trabalho (BOLTANSKI, 1989).

Em geral, estudos têm indicado que mulheres de nível sócio-econômico mais elevado estão menos satisfeitas com o corpo que mulheres de nível sócio econômico baixo (MC LAREN & KUH, 2004). Uma das explicações para esse fenômeno estaria relacionada ao papel da magreza como marcador de distinção social em sociedades industrializadas, que a torna isso mais valorizada entre indivíduos de nível social mais elevado.

Gutierrez-Fizac *et al.* (2002) realizaram estudos seccionais nos anos de 1987, 1995 e 1997 em uma amostra representativa da população espanhola com o objetivo de descrever a frequência, distribuição e tendência da autopercepção de sobrepeso. Os autores identificaram maior discordância entre a percepção de sobrepeso e a medida objetiva do peso entre indivíduos de nível social mais elevado, sendo esse fenômeno observado principalmente entre as mulheres, possivelmente em função da maior pressão social para manter uma imagem corporal consistente com os valores socialmente aceitáveis nesse grupo.

A obesidade vem aumentando continuamente em todos os estratos socioeconômicos e geográficos da população adulta brasileira, com a exceção da população feminina adulta de maior renda da região Sudeste do país, onde, recentemente, parece ter havido declínio do problema (MENDONÇA & ANJOS, 2004).

Monteiro *et al* (2003) apontam que o mesmo fenômeno vem ocorrendo em países desenvolvidos, onde a obesidade tende a ser mais freqüente nos estratos populacionais de menor renda, menor escolaridade e inseridos em ocupações de menor prestígio social, sendo essa tendência mais evidente entre mulheres adultas. Apesar da complexidade deste fenômeno, estes mesmos autores aventam como possíveis hipóteses explicativas as maiores pressões sociais e familiares sobre os estratos sociais mais elevados no sentido de manter uma imagem corporal consistente com os valores estéticos atualmente dominantes; e ainda a hipótese da mobilidade social, segundo o qual indivíduos obesos, sobretudo adolescentes do sexo feminino, teriam maior dificuldade em alcançar níveis superiores de escolaridade por discriminação (LISNER, 1997).

Mulheres de nível sócio-econômico mais elevado referem com maior freqüência o uso de medidas para perda de peso como, por exemplo, a realização de dietas e exercícios físicos. Isso se deve a uma maior percepção de sobrepeso juntamente com o fato de serem capazes de pagar o custo de medidas relacionadas ao controle e à manutenção do peso. Isso pode explicar a menor prevalência de sobrepeso nesse grupo, bem como a maior capacidade em controlar o peso.

A relação entre posição sócio-econômica, tamanho corporal e insatisfação corporal vem sendo mais apontada em mulheres do que em homens. Existe uma clara estratificação social quanto ao tamanho corporal entre mulheres na sociedade moderna, com um tamanho corporal maior e maior prevalência de obesidade entre indivíduos pertencentes aos estratos sociais mais desfavorecidos frente às mulheres pertencentes aos estratos sociais mais altos (MC LAREN & KUH, 2004).

Esta relação, entretanto, não parece ser tão forte ou consistente entre homens. A obesidade parece ser mais fortemente estigmatizada entre as mulheres do que entre os homens, sendo que a insatisfação está fortemente relacionada ao tamanho corporal em mulheres, com mulheres mais gordas se sentindo mais insatisfeitas. Não é surpreendente a evidência de que a preocupação e o estresse com relação à aparência corporal (especialmente o peso) sejam fenômenos altamente relacionados ao gênero (MC LAREN & GAUVIN, 2003).

Chang & Christakis (2003) acrescentam que indivíduos de estratos sócio-econômicos mais elevados são mais magros não apenas por adotar um estilo de vida mais saudável, mas também por apresentarem um padrão de peso corporal mais restritivo, compatível com a magreza e, portanto, por procurarem ajustar seu comportamento em função deste padrão.

Por outro lado, Tonial (2001) aponta que tanto a discriminação do corpo obeso quanto à valorização do corpo magro estão presentes no inconsciente coletivo de qualquer classe social. Essa autora, através de um estudo qualitativo que buscou avaliar a representação social de uma amostra de mulheres maranhenses verificou que as mulheres pertencentes aos estratos sociais mais baixos também reconhecem o corpo obeso e almejam a magreza cultuada pelas classes sociais mais altas. No entanto, nesse grupo, a obesidade era percebida como um problema no mercado de trabalho, dificultando o cumprimento de atividades que exigem agilidade e destreza física, como também fonte de discriminação e culpabilização pelo (des)controle corporal, sinalizando também a distribuição intra-familiar desigual dos alimentos.

Embora grande parte dos artigos supracitados considere as diferenças sócio-econômicas como variáveis importantes a serem investigadas em estudos que avaliam a autopercepção do peso destaca-se que o padrão de urbanização exerce importante influência na forma como os indivíduos percebem seus corpos, pois o acesso a informação e a tecnologia se dá de maneira diferenciada segundo área urbana.

Questões relativas à raça/ etnia ganham destaque nestas observações, uma vez que em mulheres negras americanas não parece haver um apelo tão forte pelo corpo magro (SMITH *et al.*, 1999; MILLER *et al.*, 2000).

Nos últimos anos, um crescente número de investigações vem sustentando a hipótese de que as mulheres negras demonstram maior aceitação do próprio peso, forma e aparência corporal, além de apresentarem um padrão de “peso ideal” mais tolerante quanto a um peso corporal maior do que o das mulheres brancas (CARADAS *et al.*, 2001; BALL & KENARDY, 2002; PAERATAKUL *et al.*, 2002). Diferenças raciais/étnicas também têm sido apontadas como preditores nas taxas de

sobrepeso, dietas e preocupações com o peso corporal (BALL & KENARDY, 2002; PAERATAKUL *et al.*, 2002; FRANKO & STRIGEL-MOORE, 2002; PADGETT *et al.*, 2003). Maiores prevalências de sobrepeso são observadas entre negras do que entre brancas (BATURKA *et al.*, 2000; BHUIYAN *et al.*, 2003; THOMPSON *et al.*, 2003).

Padgett *et al.* (2003) conduziram uma revisão da literatura, envolvendo estudos norte-americanos realizados do final da década de 80 até o início do ano 2000, com o objetivo de identificar as diferenças existentes entre mulheres afro-americanas e caucasianas nas taxas de sobrepeso e obesidade. Os estudos de prevalência e tendência de sobrepeso em adultos, avaliados nesse período, indicaram que, entre os anos de 1999 e 2000, o número de pessoas com $IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$ aumentou significativamente de 2,9% para 4,7%. A prevalência de sobrepeso e obesidade entre as afro-americanas foi maior do que a encontrada entre as caucasianas. Entre as mulheres afro-americanas, 80% apresentaram sobrepeso e um pouco mais da metade apresentou obesidade.

No Brasil, resultados recentes do Estudo Pró-Saúde mostraram que, quando comparadas às mulheres brancas, negras e pardas apresentaram, respectivamente, um ganho de peso adicional de 160g ($p < 0,001$) e 120g ($p = 0,002$) por ano, ao longo da idade adulta, após o ajuste para idade e IMC aos 20 anos (CHOR *et al.*, 2004).

No que diz respeito à preocupação com o peso corporal, as meninas brancas, por exemplo, apresentaram freqüentemente maior insatisfação e preocupação com peso corporal, dieta para perda de peso do que meninas negras. As diferenças observadas na autopercepção do peso corporal entre brancos e não-brancos apontam para a existência de diferenças culturais baseadas na raça/etnia em relação aos padrões de peso corporal (CARADAS *et al.*, 2001; THOMPSON *et al.*, 2003; PADGETT *et al.*, 2003).

Na África do Sul, Caradas *et al.* (2001) realizaram um estudo seccional visando identificar a autopercepção do peso corporal entre 228 escolares brancas, negras e mestiças na faixa etária de 15 a 18 anos. Os resultados indicaram que a média de IMC foi significativamente ($p < 0,05$) maior entre negras ($IMC = 24,1 \text{ kg/m}^2$) do que entre brancas ($IMC = 21,9 \text{ kg/m}^2$) ou mestiças ($IMC = 22,1 \text{ kg/m}^2$). Em relação à

autopercepção do peso, o peso “ideal” desejado pelas meninas brancas foi significativamente menor do que o das meninas negras ou mestiças. Além disso, observou-se maior insatisfação com o peso corporal entre meninas brancas, comparadas aos outros dois grupos.

Um estudo seccional envolvendo uma amostra populacional representativa de 5440 adultos norte-americanos participantes do *Continuing Survey of Food Intakes* (1994) e do *Health Knowledge Survey* (1996), foi realizado com o objetivo de avaliar a autopercepção do peso, segundo sexo, raça/etnia, nível socio-econômico e IMC. Os resultados indicaram que a autopercepção de sobrepeso foi significativamente mais freqüente em mulheres (OR=3,8; IC95% 3,1-4,8); brancas (OR=2,3; IC95% 1,7-3,1); com maiores índices de massa corporal (OR=1,5; IC95% 1,5-1,6); e maiores níveis de educação (OR=1,6; IC95% 1,1-2,3) e renda (OR=1,5; IC95% 1,2-1,7) (PADGETT *et al.*, 2003)

Nos Estados Unidos, um estudo seccional foi desenvolvido em uma amostra de 3.151 estudantes do ensino fundamental visando verificar as diferenças de gênero e raça quanto à preocupação com o peso corporal. Meninas brancas referiram ter um maior nível de preocupação com o peso corporal e sofrer uma pressão social mais forte (família e amigos) em relação ao próprio peso (THOMPSON *et al.*, 2003).

Duncan *et al* (2003) realizaram um estudo seccional norte-americano entre uma amostra de mulheres negras e brancas não hispânicas, com o objetivo de comparar as diferenças entre autopercepção do peso, forma e aparência física, entre esses dois grupos. Foi observado que, embora as mulheres negras tivessem apresentado maior prevalência de obesidade, sua percepção de peso, forma e aparência física não foi diferente da percepção das mulheres brancas. Esses autores apontaram, ainda, que os indivíduos negros nesse estudo apresentavam nível de escolaridade e renda familiar mais elevado do que na maioria dos estudos.

Cachelin *et al* (2002) identificam problemas metodológicos em muitos estudos que relacionam raça e imagem corporal. Tais estudos vêm utilizando amostras de conveniência ou pequenas amostras de grupos étnicos, deixando de avaliar o impacto de variáveis de confusão, como idade, peso corporal e nível

socioeconômico. Além desses, ressaltam-se ainda os problemas metodológicos relacionados à definição de imagem corporal.

Algumas hipóteses têm sido aventadas na tentativa de se compreender a maior aceitação do peso corporal por parte das mulheres negras. Uma delas estaria relacionada ao ambiente, estando os negros inseridos em um ambiente social (família e amigos) supostamente mais permissivo em relação à obesidade do que brancos. Tal fato poderia estar atuando como um fator de proteção contra possíveis transtornos de imagem corporal nesse segmento (PADGETT *et al*, 2003).

Recentemente, alguns estudos empíricos têm avaliado o peso considerado “ideal” entre grupos étnicos ou a preferência masculina em relação à forma física feminina.

Freedman *et al* (2004) realizaram um estudo seccional em uma amostra de 103 homens (negros e brancos) com o objetivo de avaliar a preferência masculina em relação ao corpo feminino ideal. Tanto os homens negros quanto os brancos demonstraram preferir mulheres com as menores razões cintura-quadril. No entanto, os negros demonstraram não preferir o baixo peso como medida de peso ideal para a mulher, o que poderia ser um fator de proteção para o desenvolvimento de transtornos alimentares em mulheres negras.

Destaca-se aqui, entretanto, que embora tais distúrbios sejam menos freqüentes em negras, isso não quer dizer que esse grupo seja imune a tais pressões. Pressões sociais dessa natureza são desenvolvidas dentro de um contexto multiracial, onde a competitividade e a influência da rede de amigos podem romper a barreira protetora de valores estéticos tradicionais (CACHELIN *et al.*, 2002).

Ressaltam-se, ainda, alguns padrões demográficos descritos por CHANG & Christakis (2003) em relação às práticas envolvendo o controle de peso corporal. As mulheres não-obesas referem estar envolvidas em tentativas de perda de peso com maior freqüência do que homens não-obesos. Homens obesos referem não estar realizando nenhum controle de peso mais freqüentemente do que as mulheres obesas. Assim, quando se ajusta um modelo pelo IMC, o comportamento de controle

de peso é mais freqüente entre indivíduos brancos, mais jovens e nos estratos mais elevados de renda e escolaridade.

1.2.3 Autopercepção do peso corporal, Índice de Massa Corporal e gênero

Se, por um lado, identifica-se um forte e enfático discurso médico e cultural em direção à importância da perda de peso, por outro, a sociedade se depara, nas últimas décadas, com o crescimento progressivo da obesidade. Estimativas apontam que a obesidade, no Brasil, em 1989, atingiu 13,3% da população feminina e 5,9% da masculina (WHO, 1998).

No que diz respeito à prevenção da obesidade e à promoção da manutenção de um peso saudável, as iniciativas médicas e de saúde pública têm apresentado um impacto limitado (CRAWFORD & CAMPBELL, 1999). Tal contradição reflete a dificuldade em se alcançar tanto a perda de peso quanto a manutenção do peso corporal dentro dos padrões considerados saudáveis.

Estudos seccionais realizados por Crawford & Campbell (1999), Donath (2000) e Chang & Christakis (2003) vêm apontando diferenças importantes na comparação entre o peso percebido e medidas objetivas, como o IMC. A autopercepção do peso corporal parece seguir um padrão, no qual a preferência por níveis específicos de gordura corporal é mediada por fatores sociais e culturais e a percepção do peso corporal pode variar de diferentes formas entre subgrupos populacionais.

Numa primeira análise, podemos pressupor que a percepção do que é considerado peso “apropriado” ou “ideal” é vista de forma diferenciada se avaliarmos essa questão sob a ótica da saúde pública ou através de padrões culturais normativos (CHANG & CHRISTAKIS, 2003). O IMC vem sendo utilizado como um indicador recomendado para a avaliação do estado nutricional de adultos em estudos epidemiológicos por sua alta correlação com a gordura corporal e com a morbimortalidade. No entanto, como a faixa de normalidade pode variar em cerca de 6 unidades de IMC, a percepção do peso corporal pode variar ao compararmos

indivíduos que apresentam um IMC dentro dessa mas dentro de valores mínimo e máximo, respectivamente.

Dois aspectos importantes merecem destaque ao avaliarmos a autopercepção corporal: a autopercepção acurada, isto é, a concordância entre peso atual e o autopercebido e a autopercepção inacurada, no qual se observa discordância entre o peso efetivo e o autopercebido (PAERATAKUL *et al.*, 2002; CHANG & CHRISTAKIS, 2001).

A importância da motivação individual, tanto na prevenção quanto no tratamento da obesidade, já se encontra bem estabelecida. Uma pré-condição da motivação individual da perda de peso é a percepção ou consciência de que o próprio peso corporal está acima do normal para uma boa saúde.

Paerakatul *et al* (2002) apontam que a percepção inacurada do peso corporal pode ter algumas conseqüências para a saúde dos indivíduos. Indivíduos eutróficos que se percebem com sobrepeso, podem apresentar maior propensão a comportamentos negativos, como dietas restritivas desnecessárias ou até mesmo a transtornos alimentares. Por outro lado, indivíduos com sobrepeso que se percebem como peso ideal, podem não sentir necessidade de controlar o próprio peso e, portanto, apresentar risco de desenvolver obesidade.

Diferenças de gênero também vêm sendo observadas em alguns estudos, indicando uma tendência das mulheres de se pesarem com maior frequência que os homens, identificarem o próprio peso como acima do ideal e referirem estar usualmente realizando alguma dieta (FALLON & ROZIN, 1985; DOLLAN *et al.*, 1987; MC FARLANE *et al.*, 2001). Tais diferenças vêm sendo explicadas por uma maior insatisfação feminina quanto à própria aparência física. Além disso, se tem identificado a insatisfação com o peso corporal como a diferença mais marcante relacionada à percepção corporal entre os sexos (GROGAN & WAINWRIGHT, 1996).

Sciacca *et al* (1991) realizaram um estudo seccional em uma amostra de 1123 estudantes universitários do Arizona, Estados Unidos, comparando o IMC e a autopercepção do peso corporal. Os resultados indicaram que, embora 40% das mulheres se considerassem acima do peso, somente 16,7% realmente

apresentavam sobrepeso. Entre os homens, observou-se que 24% perceberam-se acima do peso, enquanto que 40,2% apresentaram-se com sobrepeso

Fatimah *et al* (1995) realizaram um estudo seccional com uma amostra de 385 trabalhadores da Malásia, com idade de 18 a 55 anos, visando comparar a autopercepção do peso corporal com o Índice de Massa Corporal. Os resultados mostraram que a maioria dos trabalhadores obesos percebeu-se acima do peso adequado. No entanto, 33,5% dos trabalhadores eutróficos perceberam-se obesos e 45,8% daqueles com baixo peso perceberam-se com o peso adequado. Tais resultados sinalizam a influência dos padrões culturais e sociais de peso corporal ocidentais, indicando que a magreza é uma característica mais desejável e considerada ideal entre esses trabalhadores.

Na Austrália, um estudo seccional envolvendo dados de dois inquéritos de saúde e nutrição entre 10.652 indivíduos maiores de 18 anos, desenvolvido com o objetivo de avaliar a percepção do peso corporal segundo IMC, verificou que entre aqueles indivíduos com o IMC compatível com o sobrepeso, 3,4% dos homens e 12,4% das mulheres perceberam-se acima do peso (DONATH, 2000).

No México, Guzmán e Garcia (2001) conduziram um estudo seccional com uma amostra de 351 estudantes universitários de enfermagem com o objetivo de correlacionar a percepção do peso corporal com o IMC. Os resultados indicaram um coeficiente de correlação maior entre as mulheres ($r=0,82$; p -valor $<0,01$), quando comparado ao coeficiente verificado entre os homens ($r=0,64$; ; p -valor $<0,01$).

Na União Européia, Sánchez-Villegas *et al* (2001) realizaram um estudo seccional com uma amostra representativa da população ($n=15.232$), visando identificar os fatores que afetam a concordância da autopercepção do peso corporal em relação ao peso corporal real. Os resultados indicaram uma chance mais elevada de indivíduos com baixo peso ($OR=3,62$; p -valor $<0,001$) se perceberem adequadamente em relação ao próprio peso do que indivíduos com sobrepeso ($OR=1,62$; p -valor $<0,001$).

Na Espanha, Gutierrez-Fizac *et al* (2002) realizaram três estudos seccionais, em 1987, 1995 e 1997, envolvendo uma amostra representativa da população adulta ($n=11.496$), com o objetivo de descrever a freqüência, a distribuição e a tendência

da autopercepção do sobrepeso entre indivíduos com $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$. Foram selecionados apenas indivíduos com idade ≥ 20 anos e $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$. Verificou-se, em 1987, que 36,6% dos homens e 16,5% das mulheres não se perceberam acima do peso, apesar de apresentarem IMC compatível com sobrepeso; e, em 1995/1997, o mesmo fenômeno foi observado em 33,2% dos homens e 17,7% das mulheres. Esse estudo apontou ainda que as maiores prevalências de percepção inadequada de sobrepeso foram identificadas entre os indivíduos de menor nível educacional e em áreas menos populosas.

Considerando o mundo globalizado em que vivemos, nota-se, também no Brasil, a disseminação de uma expectativa de corpo baseada na estética da magreza, tal qual nos Estados Unidos e na Europa.

Araújo & Araújo (2003) realizaram, entre os anos 2000 e 2001, um estudo seccional envolvendo uma amostra de 844 estudantes universitários de duas universidades localizadas no Rio de Janeiro, com o objetivo de avaliar a satisfação e a percepção do peso corporal. Os resultados indicaram que mais da metade dos indivíduos o peso desejado distanciava-se muito do peso atual. Entre as mulheres, verificou-se que 61% desejavam perder peso e 81% apresentaram um importante nível de insatisfação com o peso corporal, independente do IMC atual.

No Município do Rio de Janeiro, um estudo de base populacional, realizado em 1996, demonstrou que mais de 20% das mulheres estavam fazendo dieta para perder peso, na ocasião da pesquisa (SICHIERI, 2002).

Fonseca *et al.*, (1998) realizaram um estudo entre adolescentes de classe média em uma escola de Niterói, Rio de Janeiro. Os resultados demonstraram que as meninas apresentavam maior preocupação com o peso corporal e que a dieta para perder peso foi 7 vezes mais freqüente em meninas do que em meninos.

Ainda na Região sudeste do Brasil, o estudo de Moraes (2001), com 316 adolescentes de classe média no município de São Paulo, concluiu que as meninas adolescentes estavam insatisfeitas com o seu corpo, em proporção quase duas vezes maior, quando comparadas aos meninos, apresentando grande tendência à distorção da imagem corporal, superestimando a dimensão de seu corpo e

realizando dietas restritivas sem acompanhamento e independentemente da necessidade real.

Na região sul do Brasil, em um estudo seccional de base populacional, realizado com uma amostra de mulheres de 12 a 29 anos, observou-se que 82% das mulheres apresentavam um Índice de Massa Corporal dentro de valores adequados e 16% apresentavam sobrepeso. No entanto, 46% tinham o desejo de pesar menos e 37,8% se consideravam gordas. Ressalta-se, neste último grupo, que apenas 1/3 delas tinha o IMC compatível com sobrepeso/ obesidade (NUNES *et al.*, 2001).

Atualmente, as mulheres sentem uma pressão fortemente competitiva para atingir o sucesso em vários setores, inclusive no mercado de trabalho. Estudos sugerem que as mulheres que estão no mercado de trabalho desejam ser mais magras, o que representaria uma rejeição inconsciente do papel da mulher somente como mãe, isto é, da mulher “tradicional”, da cuidadora da família (RODIN, 1993).

Um novo movimento também vem aproximando o homem da indústria de cosméticos e produtos dietéticos, passando a ser também um alvo para uma área que, no passado, era considerada exclusivamente feminina. Esse movimento tem associado à imagem de um corpo masculino jovem, magro e musculoso à um maior vigor físico, sucesso e potência.

Feingold & Mazzella (1998) realizaram uma meta-análise avaliando 222 estudos que investigaram diferenças de gênero em relação à imagem nos últimos 50 anos. Os autores compararam as diferenças de efeito entre homens e mulheres segundo várias medidas de avaliação da imagem corporal em quatro categorias cronológicas: estudos anteriores à década de 70, aqueles realizados na década de 70, os da década de 80, e aqueles realizados entre 1990 e 1995. Os resultados apontaram para um aumento nos últimos 50 anos da média de insatisfação corporal, tanto em mulheres quanto em homens. No entanto, na comparação entre homens e mulheres, ainda se observa uma clara tendência de maior insatisfação feminina com seus corpos, ao longo do tempo. Esta preocupação com a aparência física pode predizer experiências como vergonha do corpo, depressão e ansiedade (MINER-RUBINO *et al.*, 2002).

1.2.4 Transtornos mentais comuns

Nas últimas décadas, um crescente número de estudos científicos vem avaliando os transtornos mentais na população geral. Aproximadamente 90,0% desses transtornos estão relacionados a transtornos não psicóticos. Os principais transtornos evidenciados nestes estudos têm sido depressão e ansiedade, incluindo uma série de queixas inespecíficas e somáticas (FINLAY-JONES & BURVILL, 1977; BEBBINGTON *et al.*, 1981; GOLDBERG & HUXLEY, 1992; EATON, 1995; COUTINHO *et al.*, 1999; LIMA,1999). Os transtornos mentais comuns têm sido destacados como causas importantes de morbidade tanto em países desenvolvidos (MELZER *et al.*, 2004) como naqueles em desenvolvimento, a exemplo do Brasil (COUTINHO *et al.*, 1999; LIMA,1999). Esses transtornos são incapacitantes e constituem causa de dias perdidos no trabalho, além de representarem um aumento na demanda dos serviços de saúde, o que vem gerando elevados custos sociais e econômicos.

Por outro lado, apesar do consenso de que os transtornos mentais não-psicóticos constituem um fator importante de incapacitação e sofrimento para a população, e, que, nos serviços de saúde, eles representam uma parcela cada vez mais importante dos custos (GOLBERG & HUXLEY, 1992), há várias questões conceituais e metodológicas relativas ao diagnóstico dos distúrbios não-psicóticos, tanto em estudos conduzidos em serviços de saúde não especializados como em estudos da comunidade. Almeida Filho (1982) chama a atenção para as duas principais razões para achados muitas vezes discrepantes: a heterogeneidade nas definições e nos métodos utilizados para a identificação de casos. Com relação à questão do diagnóstico do transtorno mental não-psicótico, a distinção entre quadros depressivos e quadros de ansiedade tem sido referida, em inúmeros estudos, como bastante difícil, principalmente na população geral (LEWIS, 1991). Segundo Coutinho (1995), um dos fatores que contribuem para essa dificuldade é o uso do modelo diagnóstico baseado em categorias nosológicas e centrado em pressupostos tais como: limites naturais ou descontinuidade entre as categorias, descontinuidade entre síndrome e normalidade, consistência das diferentes categorias, estabilidade

do diagnóstico ao longo do tempo, etiologias distintas e diferentes tratamentos. Este autor cita Goldberg & Huxley (1992), que assinalaram que os transtornos mentais não-psicóticos, sobretudo quando observados em serviços gerais ou na comunidade, não costumam se enquadrar nesses critérios. Observa-se uma importante co-morbidade, uma enorme falta de diferenciação e um *continuum* entre funcionamento adaptativo normal e psicopatologia (KLERMAN E WEISSEMAN, 1989). Para Coutinho (1995), a existência desses fatores, associados ao fato dos transtornos não-psicóticos compartilharem vários sintomas, torna mais problemático o uso do modelo diagnóstico baseado em categorias nosológicas. Nesse sentido, vários estudos têm utilizado uma categoria nosológica mais ampla, referida como transtornos mentais comuns (TMC) (JENKINS, 1985; MARI 1986).

Os transtornos mentais comuns caracterizam-se por sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas (LUDERMIR E MELO FILHO, 2002).

Um documento da Organização Pan-americana da Saúde (OPAS/OMS, 1998) sumariza alguns achados sobre a distribuição dos transtornos mentais em três regiões metropolitanas brasileiras. Os distúrbios do tipo neurótico foram os mais freqüentes, com taxas de prevalência variando de 7,6, em São Paulo, e 17,6, em Brasília. A depressão psicótica foi detectada em 14,5% das mulheres, em Porto Alegre.

Coutinho (1995) avaliou 13 estudos, realizados desde 1978, que buscavam investigar a prevalência desses transtornos mentais comuns na comunidade. As prevalências apresentaram uma média de 17,0%, variando de 7% a 26,0% (12,5% entre homens e 20,0% em mulheres). Esse estudo apontou que, depois das causas maternas e de algumas doenças transmissíveis, os transtornos mentais comuns representam a quinta causa relacionada aos problemas de saúde entre mulheres em países em desenvolvimento.

Na década de 80, estudos nacionais conduzidos em clientela de serviços de saúde em São Paulo e Porto Alegre indicaram que cerca de metade dos pacientes atendidos apresentavam algum transtorno mental não-psicótico (MARI, 1986; IACOPONI, 1989; BUSNELLO *et al.*, 1983).

Na década de 90, Villano *et al* (1995) constataram a presença desses transtornos em cerca de 1/3 dos pacientes de um ambulatório geral universitário, no Rio de Janeiro. Um estudo realizado em 1994 revelou que 22,7% da população adulta urbana de Pelotas, Rio Grande do Sul, sofrem com os TMC (LIMA *et al.*, 1996).

Em São Paulo, um estudo seccional realizado em uma amostra de 925 motoristas e cobradores de ônibus identificou uma prevalência de TMC de 20,3% (SOUZA & SILVA, 1998)

Ludermir *et al* (2002) realizaram um estudo seccional, em 1993, envolvendo uma amostra aleatória domiciliar de 621 indivíduos residentes em Olinda, maiores de 15 anos, para determinar a prevalência de TMC e analisar sua associação a condições de vida e inserção na estrutura ocupacional. A prevalência total de TMC foi de 35%. Trabalhadores manuais informalmente inseridos no processo produtivo (OR=2,21; IC95% 1,1-4,5) e nos estratos mais baixos de renda domiciliar *per capita* (OR=2,28 IC95% 1,4-5,8) apresentaram maior prevalência de TMC.

As diferenças no padrão de saúde mental entre homens e mulheres vêm sendo explicadas por fatores biológicos, sociais e culturais. A literatura referente aos transtornos mentais revela uma maior prevalência de transtornos de ansiedade, afetivos e somáticos em mulheres, se comparadas aos homens (BALLINGER *et al.*, 1985; BEBBINGTON *et al.*, 1981, WEICH *et al.*, 1998; TIMMS, 1998; PICCINELLI & WILKINSON, 2000; AREIAS E GUIMARÃES, 2004). Entre homens, entretanto, existe uma concordância geral de que alguns transtornos mentais são mais freqüentes do que entre mulheres, tais como, esquizofrenia e abuso de substâncias (TIMMS, 1998).

Em mulheres é reconhecido que os transtornos mentais comuns podem advir de múltiplos fatores que não o corpo, mas, muitas vezes, se revelam no mesmo. De acordo com Ballinger *et al* (1985), a literatura dos transtornos mentais revela dois pontos importantes: o primeiro é um aparente excesso de sintomas psiquiátricos em mulheres, se comparadas aos homens, e o segundo é a importância dos fatores biológicos e psicossociais na gênese dos sintomas emocionais em mulheres.

Nas últimas décadas, o aumento do estresse relacionado ao conflito inerente ao papel da mulher na sociedade vem despertando a atenção dos pesquisadores. A mais freqüente explicação para a maior prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres encontra-se no tradicional papel feminino em um contexto de mudança dos padrões familiares e de trabalho. Fatores familiares, conjugais, número de filhos e o trabalho fora de casa, por exemplo, têm sido identificados como fatores de risco para TMC em mulheres.

1.2.5 Transtornos mentais e autopercepção do peso corporal

Poucos estudos epidemiológicos investigaram a associação entre transtornos mentais e percepção do peso corporal (RIERDAN & KOFF , 1997; BUDDEBERG-FISHER *ET AL.*,1999; XIE *et al* ,2003).

Buddeberg-Fisher *et al.* (1999), realizaram um estudo seccional entre 136 estudantes suíças, com idade entre 15 e 20 anos, visando identificar a associação entre imagem corporal e transtornos mentais. Os resultados demonstraram forte associação entre imagem corporal e a presença de transtornos mentais ($r=0,23$; $p<0,01$).

Rierdan & Koff (1997) realizaram um estudo seccional em 175 estudantes voluntárias de uma escola pública de Boston, EUA. Os resultados indicaram que tanto a insatisfação quanto a preocupação com o peso corporal mostraram-se associadas a um aumento de sintomas depressivos, mesmo controlando pelo IMC.

Xie *et al* (2003) realizaram um estudo seccional para descrever a associação entre a autopercepção do peso corporal e desfechos psicológicos em 2179 adolescentes chineses de 11 a 15 anos de idade. Após o ajuste por idade, escolaridade dos pais e residência urbana, meninos e meninas que se percebiam com sobrepeso apresentaram um maior risco de depressão, ansiedade e isolamento social do que aqueles que se percebiam com baixo peso ou peso adequado ($p<0,05$).

Rumpel *et al* (1994) realizaram um estudo prospectivo utilizando dados do NHANES I -Epidemiology Follow up Study (1982-84) nos EUA, com o objetivo de identificar a associação entre ganho de peso e bem estar psicológico entre 3.747

mulheres com idade inferior a 50 anos. O estudo indicou associação entre o aumento de peso e a redução do bem estar psicológico, tanto em mulheres obesas quanto naquelas com o peso adequado.

1.3 Justificativa

A evolução progressiva da prevalência da obesidade no mundo vem fazendo com que essa doença passe à condição de epidemia global, transformando-a num dos mais graves problemas de saúde pública da atualidade (BATISTA FILHO & RISSIN, 2003). Esse fenômeno gera importantes conseqüências econômicas e sociais tendo em vista a associação desta enfermidade com doenças crônicas não transmissíveis como diabetes, doenças cardiovasculares, certos tipos de cânceres. Além dos riscos físicos associados à obesidade existem ainda os problemas psicossociais, tendo em vista o preconceito e a discriminação sofrida por aqueles indivíduos que apresentam essa doença.

A sociedade atual define um padrão de peso “ideal” que se distancia tanto do peso médio da população quanto do peso considerado adequado para a manutenção da saúde dentro do contexto da Saúde Coletiva. Esse modelo associa-se à felicidade e sucesso afetivo e profissional. As mulheres parecem ser o grupo de maior risco, pois, de maneira geral, tendem a se achar mais gordas do que efetivamente o são. Homens, por outro lado, têm mais dificuldade em admitirem-se obesos.

A forte pressão social para que os indivíduos se enquadrem nesse padrão idealizado, irrealístico e, quase sempre, inatingível, faz com que os indivíduos “desviantes”, isto é, aqueles se percebem fora do peso “ideal” (independente do peso real) desenvolvam transtornos mentais comuns.

Quanto à etnia, a percepção do peso corporal parece seguir um padrão diferenciado no qual as mulheres brancas são as mais insatisfeitas com suas silhuetas: gostariam de ser mais magras. Negras apresentam maior aceitação do peso corporal, tendendo a se perceber mais próximas do peso ideal, apesar da obesidade ser mais prevalente nesse grupo.

Tanto os estudos que envolvem a questão da raça quanto aqueles que operam no campo dos transtornos mentais têm apresentado alguns problemas metodológicos como dificuldade de conceituação de autopercepção do peso corporal e utilização de pequenas amostras populacionais excluindo, na maioria das vezes, os homens de suas análises.

Apesar do cenário acima descrito indicar a relevância dos dois temas desenvolvidos nessa tese, verifica-se uma carência de estudos nacionais investigando a autopercepção do peso corporal segundo raça ou transtornos mentais comuns.

2 HIPÓTESES E OBJETIVOS

2.1 Hipóteses de estudo

- 1- Indivíduos que percebem seu próprio peso fora do padrão considerado “ideal” apresentam uma probabilidade mais elevada de desenvolvimento de transtornos mentais comuns do que aqueles que consideram seu peso ideal. Esse risco é mais elevado entre as mulheres do que entre os homens.

- 2- Indivíduos da raça branca apresentam uma probabilidade mais elevada de perceberem-se acima do peso considerado “ideal” do que negros ou pardos.

2.2 Objetivos do estudo

1. Avaliar a associação entre a autopercepção do peso corporal com o desenvolvimento dos transtornos mentais comuns.

2. Avaliar a estrutura de concordância entre a autopercepção do peso corporal e as categorias do Índice de Massa Corporal, segundo a raça.

3 ARTIGOS

3.1 Artigo 1

Autopercepção do peso corporal e transtornos mentais comuns: Um estudo de coorte entre funcionários de uma universidade no Rio de Janeiro

Body Weight Perception and Common Mental Disorders: A longitudinal Study among University Employees at a University in Rio de Janeiro

Resumo

O padrão corporal “ideal” configura-se em torno do biotipo da excessiva magreza para mulheres e de grande desenvolvimento muscular para homens. Ainda que sejam irrealísticos e difíceis de serem atingidos, o desejo coletivo em se alcançar tais padrões decorre da importância atribuída à aparência física. Através de um questionário autopreenchível aplicado nas duas fases da coleta de dados (1999 e 2001) de um estudo longitudinal (Estudo Pró-Saúde), o presente estudo avaliou o papel da autopercepção do peso corporal na incidência dos TMC entre 2717 funcionários de uma universidade localizada na cidade do Rio de Janeiro. Foram classificados como casos de TMC aqueles que apresentaram 3 ou mais itens positivos do General Health Questionnaire (GHQ-12). As categorias de autopercepção do peso corporal variaram de “*muito acima do ideal*” à “*muito abaixo do ideal*” sendo o peso “*ideal*” autopercebido considerado como categoria de referência. O risco relativo foi estimado através de modelos lineares generalizados, com ajuste por idade, renda, IMC e ganho de peso. Evidenciou-se associação entre incidência de TMC como também perceber-se muito acima do peso ideal (RR= 1,42; IC95% 1,02-1,98) e pouco acima do ideal (RR= 1,42; IC95% 1,02-1,62) permaneceram estatisticamente significativas. Os resultados estratificados por sexo indicaram não existir diferenças de gênero na associação entre a incidência de TMC e perceber-se acima do peso corporal.

Palavras-chave: Percepção de peso, transtornos mentais comuns, gênero

Introdução

A magreza vem configurando-se como padrão de peso “ideal” construído e divulgado, nas sociedades contemporâneas, não apenas como uma questão de saúde, mas como uma importante medida de valor pessoal, de forma que o desejo de se alcançar um corpo magro, e em conformidade ao que está socialmente instituído, vem se transformando num fenômeno de grande projeção social (MC LAREN & GARVIN, 2003).

A autopercepção do peso é considerada um importante aspecto da imagem corporal, refletindo a satisfação e a preocupação com o peso corporal (SANDS, 2000). Diferenças de gênero em relação à autopercepção do peso corporal são influenciadas, geralmente, por padrões de peso socialmente desejados, mesmo que tais padrões sejam pouco saudáveis ou irrealísticos e desconsiderem as particularidades e limitações impostas pela genética (PINHAS *et al.*, 1999; LAKE *et al.*, 1999).

Esse descontentamento com o próprio peso vem sendo considerado normativo, sustentando a idéia de que a insatisfação com o próprio peso corporal estaria relacionada às exigências sociais e culturais de magreza, principalmente entre as mulheres (RODIN *et al.*, 1985). Conseqüentemente, algumas mulheres passam a superestimar o próprio peso corporal, sendo esse comportamento observado já na infância e adolescência (TAYLOR *et al.*, 1998; DAVISON *et al.*, 2000; SHUR *et al.*, 2000). Embora os homens não sejam imunes à ênfase cultural que recai sobre o corpo, eles são menos vulneráveis que as mulheres à influência desses padrões. A autopercepção masculina inadequada em relação à magreza também vem sendo observada, no entanto, os homens apresentam uma tendência oposta à das mulheres, percebendo-se abaixo do peso “ideal” e desejando ganhar peso através do aumento de massa muscular (GROESZ *et al.*, 2002).

A cultura do “ideal de magreza” (de difícil aquisição) e a discrepância entre o peso real e aquele considerado “ideal” colocam as mulheres sob maior risco para o desenvolvimento de transtornos mentais comuns, particularmente, por estas apresentarem um sentimento de falha na tentativa de enquadrar-se aos padrões considerados ideais (PEARLSON, 1981; GUARALDI *et al.*, 1995; CULLARI *et al.*, 1998). Os transtornos mentais comuns (TMC) caracterizam-se por sintomas psiquiátricos não-psicóticos nos quais incluem-se insônia, fadiga, irritabilidade, queixas somáticas dentre outras (LUDERMIR & MELO FILHO, 2002).

Estudos que relacionam o peso corporal aos transtornos mentais têm se concentrado na área dos transtornos alimentares (MCCARTHY, 1990; SNAITH, 1992; LAKE *et al.*, 2000; NUNES *et al.*, 2001), utilizando populações específicas como, por exemplo, adolescentes (BUDEBERG-FISHER *et al.*, 1999; XIE *et al.*, 2003; BAY-CHENG *et al.*, 2002) e obesos (WADDEN *et al.*, 1989), por serem consideradas populações mais vulneráveis ao desenvolvimento desses transtornos.

Os transtornos alimentares, entretanto, constituem um problema que vem aumentando, mas, que ainda apresentam baixa prevalência na população geral (MORGAN & AZEVEDO, 1998).

Poucos estudos investigaram a associação entre percepção do peso corporal e transtornos mentais na comunidade e a maioria deles aborda apenas essa relação exclusivamente entre as mulheres (RIERDAN & KOFF, 1997; BUDDEBERG-FISHER *et al.*, 1999; RUMPEL *et al.*, 1994; XIE *et al.*, 2003).

Veggi *et al.* (2004) ao avaliarem a associação entre transtornos mentais comuns, Índice de Massa Corporal e autopercepção do peso corporal através de um estudo seccional realizado com uma população de funcionários no Rio de Janeiro, em 1999, observaram uma forte associação entre a presença de transtornos mentais comuns e a percepção de peso muito acima do ideal exclusivamente entre as mulheres (OR=1,84, IC 95%=1,22-2,76).

Outros estudos avaliaram a associação entre percepção do peso corporal e transtornos mentais na comunidade (KAPLAN *et al.*, 1988; RIERDAN & KOFF, 1997; XIE *et al.*, 2003) corroborando os resultados supracitados de que perceber-se acima do peso (independente do peso real ou de uma medida objetiva como o IMC) associa-se aos transtornos mentais. Entretanto a natureza seccional desses estudos limita a possibilidade de avaliar a direção da associação, ou seja se a autopercepção do peso corporal pode levar à ocorrência de TMC ou o contrário.

Até aonde conseguimos identificar, este é o primeiro estudo longitudinal conduzido no Brasil com o objetivo de avaliar o papel da autopercepção do peso corporal na incidência de transtornos mentais comuns.

Material e Métodos

O Estudo Pró-Saúde constitui um estudo de coorte entre todos os funcionários de uma Universidade localizada do Rio de Janeiro cuja linha de base foi estabelecida em 1999 (fase 1). A taxa de resposta obtida na primeira fase foi de 91% (4030). O presente estudo insere-se no Estudo Pró-Saúde, incluindo todos os funcionários técnico-administrativos pertencentes ao quadro efetivo, na faixa etária de 20 a 59 anos, que participaram das duas fases da coleta de dados (1999 e 2001).

Foram excluídas as mulheres em licença maternidade, em período gestacional, idosos, e indivíduos que referiram doenças que alterassem o IMC (diabetes, problemas de tireóide, tuberculose etc). Foram excluídos também casos prevalentes de TMC em 1999 (linha de base do estudo). Assim, a presente análise baseia-se em 2.717 funcionários.

As informações foram obtidas através de um questionário autopreenchível, nas duas fases de coleta de dados (1999 e 2001), aplicado em grupos, no local de trabalho e com auxílio de pessoal treinado.

A presença de transtornos mentais comuns foi avaliada nas duas fases de coleta de dados como variável dicotômica através da aplicação do General Health Questionnaire (GHQ-12), um instrumento de rastreamento para transtornos mentais comuns na população geral, amplamente utilizado em pesquisas nacionais e internacionais nessa área (MARI & WILLIAMS, 1985; ARAYA *et al.*, 1992; STANFELD *et al.*, 1997). Esse questionário autopreenchível foi validado na sua versão original (STANFELD & MARMOT, 1992) e na versão brasileira (MARI & WILLIAMS, 1985), tendo em ambos os casos o Clinical Interview Schedule (GOLDBERG & BLACKWELL, 1970) como padrão-ouro. O ponto de corte utilizado, de acordo com o método do *General Health Questionnaire* (GOLDBERG & WILLIAMS, 1998), considerou cada item como ausente ou presente (0 ou 1), sendo que aqueles que foram positivos para 3 itens do GHQ (em 12 itens) foram classificados como casos de TMC. Considerou-se como período de referência do GHQ-12 as duas semanas anteriores ao preenchimento do questionário.

A autopercepção do peso corporal foi avaliada na fase 1 da pesquisa (1999) a partir da autoclassificação do peso atual em relação àquele considerado "ideal". As respostas apresentavam 5 níveis, sendo eles: 1- "muito acima do ideal"; 2- "um pouco acima do ideal"; 3- "ideal"; 4- "um pouco abaixo do ideal" e 5- "muito abaixo do ideal". O peso "ideal" autopercebido foi considerado como categoria de referência.

A incidência de TMC na fase 2 (2001) foi avaliada segundo a autopercepção corporal em 1999 (proporção de não casos de TMC em 1999 que se tornaram casos em 2001).

As variáveis sócio-demográficas analisadas como potenciais fatores de confusão da associação entre TMC e autopercepção do peso corporal foram: idade, escolaridade, situação conjugal, raça e renda domiciliar *per capita* (razão entre o

valor de renda domiciliar líquida do mês anterior à aplicação do questionário e o número de pessoas que dependiam desta renda). A variável raça foi aferida a partir da autoclassificação do indivíduo em uma das categorias utilizadas pelo IBGE (preta, parda ou branca).

Além dessas, foram utilizados o índice de massa corporal (IMC= kg/m^2) em 1999, calculado através de dados de massa corporal e estatura que foram medidos por pessoal treinado, e a alteração ponderal entre as duas fases do estudo (calculada a partir da subtração da massa corporal medida em 1999, pela massa corporal medida em 2001).

Como existe a possibilidade de alteração de peso entre as avaliações e conseqüentemente uma mudança na autopercepção corporal que não pôde ser medida por ausência de dados na segunda fase, optou-se por realizar o ajuste do IMC na linha de base e alteração de peso no seguimento visando, principalmente, controlar possíveis modificações nessa variável entre as avaliações.

Inicialmente, avaliou-se a associação entre variáveis sócio-demográficas e a presença de TMC. Na análise bivariada a significância das associações com a variável dependente foi avaliada através do teste Qui-quadrado de Pearson (χ^2) para variáveis dicotômicas. Nesta etapa foram consideradas, estatisticamente significativas, todas as variáveis que se associaram à incidência de TMC com um valor de p menor ou igual a 0,20 ou que apresentassem plausibilidade biológica. Em uma segunda etapa, através de regressão log-binomial foram estimados os riscos relativos (RR) e os respectivos intervalos de confiança (IC95%) dos TMC em modelos ajustados para as variáveis de confusão estudadas, considerando a presença de transtornos mentais comuns como desfecho e a autopercepção do peso corporal como variável independente.

As análises utilizaram o programa Stata Statistical Software- versão 7.0 (Stata Corp., 2001).

Resultados

Nas análises estratificadas por sexo, foram identificadas as maiores incidências de TMC entre as mulheres em todas as faixas de idade quando comparadas aos homens. Observou-se um ligeiro aumento na incidência de TMC entre as mulheres mais jovens e não foi encontrada associação entre a incidência de

TMC com a situação conjugal, raça e escolaridade (Tabela 1). A renda domiciliar *per capita* mostrou-se associada à incidência de TMC entre as mulheres ($p=0,002$), sendo particularmente elevada no primeiro quartil de renda (34,7%). Na análise ajustada por sexo (incluindo homens e mulheres), a presença de TMC associou-se à idade (p -valor=0,07) e à renda (p -valor=0,03) (Tabela 1).

Os resultados apontam para uma tendência de aumento na incidência de TMC, tanto entre os indivíduos que se percebiam acima do peso quanto entre aqueles que se percebiam abaixo do peso ideal (Gráfico 1).

Os modelos lineares generalizados (Tabela 2) evidenciaram um aumento do risco de desenvolvimento de transtornos mentais comuns entre aqueles que se perceberam muito acima do peso ideal, mesmo após o ajuste por idade, renda, IMC na linha de base e alteração de peso no seguimento. Essa associação apresentou-se significância estatística no modelo ajustado por sexo.

No modelo ajustado por sexo, quando as associações entre TMC e autopercepção do peso corporal indicavam a mesma direção, foi observada associação significativa.

Discussão

A incidência de transtornos mentais comuns foi ligeiramente maior entre as mulheres, variando de 20% entre as mais velhas a 25% entre as mulheres mais jovens e de 13 a 19% entre os homens, sendo este resultado consistente com outros estudos que avaliaram a associação entre transtornos mentais e gênero (BALLINGER *et al.*, 1985; COUTINHO *et al.*, 1999). Também mostraram-se consistentes os achados relativos à renda, observando-se maior incidência de TMC nos menores estratos de renda (LOPES *et al.*, 2003; BELEK, 2000; GISPERT *et al.*, 2003).

Maiores incidências de TMC foram identificadas nas categorias extremas de autopercepção do peso corporal (Gráfico 1), isto é, tanto entre aqueles que se consideraram “muito acima” quanto entre aqueles que se perceberam “muito abaixo” do peso ideal. Tais achados não foram evidenciados apenas no sexo feminino, como sugerido pela literatura (RIERDAN & KOFF, 1997; BUDDEBERG-FISHER ET AL., 1999; RUMPEL *et al.*, 1994), mas também no sexo masculino.

Uma vez que ajustando a análise por IMC e ganho de peso a associação manteve-se praticamente inalterada entre as mulheres, não há evidências de que o ganho de peso, ou a maior adiposidade, sejam os fatores explicativos dessa possível associação (Tabela 2).

Nossos resultados sugerem que perceber o próprio peso muito (RR=1,42) ou um pouco acima do ideal (RR=1,27) desempenha um papel importante no desenvolvimento dos transtornos mentais comuns, em ambos os sexos. Esses achados são semelhantes aos encontrados por Xie *et al* (2003), em que indivíduos do sexo masculino que se percebiam acima ou abaixo do peso “ideal” apresentaram riscos elevados para a presença de transtornos mentais. Isso possivelmente indica uma mudança comportamental que vem tornando os homens tão vulneráveis a padrões de peso corporal socialmente desejados quanto às mulheres. No caso da população masculina, entretanto, esse padrão “ideal” não se relaciona tão somente com a magreza e sim com um aumento da massa muscular (DREWNOWSKI & YEE, 1987; ASSUNÇÃO, 2002).

Perceber-se muito abaixo do peso ideal conferiu um maior risco de desenvolvimento de TMC somente para homens. Mesmo sem significância estatística, é interessante notar que, em os homens, o ajuste adicional por IMC e ganho de peso revelou uma redução importante do RR de 1,92 para 1,66, indicando que, entre os homens, perceber-se abaixo do peso, independente do IMC, pode ser constituir um possível fator de risco para TMC.

A partir da década de 90, um crescente número de investigações vem apontando aumento na frequência de insatisfação masculina com peso corporal (OLIVARDIA *et al.*, 1995; WONG *et al.*, 1999; LABRE, 2002; KJELSAS *et al.*, 2003; BOERNER *et al.*, 2004; MITCHELL & MAZZEO, 2004). Embora inconclusivos, outros estudos, como, por exemplo, os conduzidos por Russel & Keel (2002) e Yelland & Tiggemann (2003) sugerem que os homossexuais masculinos apresentam maior insatisfação com o próprio peso corporal que os heterossexuais, desejando ser mais magros e musculosos.

Um quadro associado conhecido como “*dismorfia muscular*” começa a ser evidenciado entre os homens, tendo sua gênese explicada, parcialmente, pela

crescente pressão social com vista à aquisição de um corpo forte e musculoso (ASSUNÇÃO, 2002).

Esse aumento da preocupação masculina com o corpo vem sendo explicado também pelo aumento na frequência de uso de anabolizantes, que permitiu a difusão na mídia de um padrão corporal “ideal” para os homens, sendo esse fenômeno evidenciado, nas últimas décadas, através do incremento da musculatura de personagens de filmes de ação, assim como nos brinquedos infantis, que vêm se tornando mais magros e mais musculosos. Outra explicação está relacionada à perda do papel tradicionalmente masculino de mantenedores, lutadores e protetores pelos homens, de modo que estes teriam encontrado na musculatura corporal hipertrofiada uma das formas para reafirmarem sua masculinidade (MONTEIRO, 2003).

Ressalta-se que se, por um lado, algum nível de insatisfação com o peso corporal é considerado normativo, e talvez, até útil para alcançar um peso saudável, por outro lado, o limite entre o estresse psicológico e o descontentamento normativo com a própria aparência pode ser bastante tênue. Acreditamos, assim, que os padrões de peso socialmente desejados como “ideais” são diferentes entre homens e mulheres e que perceber-se fora do peso considerado “ideal” leva a um maior risco para o desenvolvimento de transtornos mentais comuns, possivelmente, por estes apresentarem um sentimento de falha na tentativa de enquadrar-se a tais padrões “ideais” apreciados socialmente.

Dentre as limitações identificadas no presente estudo, destaca-se que, por se tratar de um instrumento utilizado para rastreamento de transtornos mentais comuns em estudos epidemiológicos, o GHQ-12 é um instrumento bastante sensível a mudanças recentes no estado mental dos indivíduos não representando diagnóstico psiquiátrico. Desse modo, tanto erros diagnósticos em função da alta sensibilidade do instrumento quanto decorrentes da captação de indivíduos com transtornos transitórios podem estar incluindo nesse estudo indivíduos “falso-positivos”, trazendo como principal consequência uma superestimação de TMC nesta população. Embora essa possibilidade não esteja descartada, Lopes *et al* (2003) verificaram que a prevalência de TMC na população do estudo Pró-Saúde (Prevalência=30%; IC 95% 28,5% a 31,4%) apresentou valores próximos ao identificado em outros estudos conduzidos em populações de trabalhadores.

Outra questão importante relaciona-se à avaliação da percepção do peso corporal em homens, conforme realizado no presente estudo, pois nesse grupo parece não haver uma tendência unilateral de superestimação do peso corporal (como ocorre entre as mulheres), mas sim no sentido tanto da sub quanto da superestimação. Deve-se considerar que tal avaliação não diferencia a distribuição de peso e musculatura, logo, parte dos homens pode referir estar abaixo do peso “ideal” desejando aumentar o peso em músculo e outra parte pode referir estar acima do peso desejando reduzir a adiposidade. Destaca-se, ainda, o fato da maioria da população encontrar-se na faixa etária de 30 a 49 anos e de um percentual importante de homens apresentar uma classificação pelo IMC compatível com sobrepeso, de forma que, possivelmente, aqueles homens que se perceberam acima do peso ideal desejam de fato emagrecer.

Em conclusão, este estudo sugere não existir diferenças de gênero na associação entre a incidência de TMC e perceber-se acima do peso corporal. Como a supervalorização do peso associa-se a práticas inadequadas de controle do peso (NUNES *et al.*, 2001), reafirma-se a importância de se avaliar o impacto da associação entre autopercepção do peso na saúde mental tanto entre homens quanto entre mulheres, a fim de tornar mais eficazes medidas de intervenção na área de saúde e nutrição.

Referências

ARAYA R, WYNN R, LEWIS G. Comparison of two self-administered psychiatric questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in primary care in Chile. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1992; 27:168-173.

ASSUNÇÃO SSM. DISMORFIA MUSCULAR. *REVISTA BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA* 2002; 24 (SUPL.3): 80-84.

BALLINGER CB, SMITH AHW, HOBBS PR. Factor Associated with Psychiatric Morbidity in Women - a General Practice Survey. *Acta Psychiatr Scand* 1985; 71:272-280.

BAY-CHENG LY, ZUCKER AN, STEWART AJ, POMERLEAU CS. Weight concern and mental health at the intersection of gender and race. *Psychology of Women Quarterly* 2002; 26: 36-45.

BELEK I. Social class, income, education, area of residence and psychological distress: does social class have an independent effect on psychological distress in Antalya, Turkey? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2000, 35:94-101.

BOERNER LM, SPILLANE NS, ANDERSON KG, SMITH GT. Similarities and differences between women and men on eating disorder. *Eat Behav* 2004; 5 (3): 209-22.

BUDDEBERG-FISHER B, KLAGHOFER R, REED V. Associations between body weight, psychiatric disorders and body image in female adolescents. *Psychoter Psychosom* 1999; 68: 325-332.

COUTINHO ESF, ALMEIDA FILHO N, MARI JJ, RODRIGUES L. Gender and Minor Psychiatric Morbidity: results of a case-control study in developing country. *The International Journal of Psychiatry in Medicine* 1999; 29 (2): 197-208.

CULLARI S, ROHRER JM, BAHM C. Body image perceptions across sex and age groups. *Perceptual and Motor Skills* 1998; 87: 839-847.

DAVISON KK, MARKEY CN, BIRCH LL. Etiology of body dissatisfaction and weight concerns among 5-year-old girls. *Appetite* 2000; 35: 143-151.

DREWNOWSKI A, YEE DK. Men and body image: are males satisfied with their body weight? *Psychosomatic Medicine* 1987; 49:626-634.

GISPERT R, RAJMIL L, SCHIAFFINO A, HERDMAN M. Sociodemographic and health related correlates of psychiatric distress in a general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003; 38: 677-83.

GOLDBERG EL, BLACKWELL B. Psychiatric illness in general practice. A detailed study using a new method of case identification. *British Medical Journal* 1970; 439-443.

GOLDBERG D, WILLIAMS P. A user's guide to the general Health Questionnaire. NFER-Nelson, 1998.

GROESZ LM, LEVINE MP, MURNEN SK. The Effect of Experimental Presentation of Thin Media Images on Body Satisfaction: A Meta-Analytic Review. *International Journal of Eating Disorders* 2002; 31:1-16.

GUARALDI GP, ORLANDI E, BOSELLI P, TARTONI PL. Body size perceptions and dissatisfaction in female subjects of different ages. *Psychoter Psychosom* 1995; 64:149-155.

KAPLAN SL, BUSNER J, POLLAC S. Perceived weight, actual weight and depressive symptoms in a general adolescent sample. *International Journal of Eating Disorders* 1988, 7: 107-113.

KJELSAS E, AUGESTAD LB, FLANDERS D. Screening of males with eating disorders. *Eat Weight Disord* 2003; 8 (4) 304-10.

LABRE MP. Adolescent boys and muscular male body ideal. *Journal of Adolescent Health* 2002, 30: 233-42.

LAKE, A.J.; STAIGER, P.K.; GLOWINSKI, H. Effect of Western culture on women's attitudes to eating and perceptions of body shape. *International Journal of Eating Disorders* 2000; 27(1): 83-9.

LOPES CS, FAERSTEIN E, CHOR D. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do estudo pró-saúde. *Cadernos de Saúde Pública* 2003; 19 (5): 1713-1720.

LUDERMIR AB, MELO FILHO DA. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Revista de Saúde Pública* 2002; 36 (2):213-221.

MARI JJ, WILLIAMS P. A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using Relative Operating Characteristic (ROC) analysis. *Psychological Medicine* 1985; 15: 651-659.

MC CARTHY M. The thin ideal, depression and eating disorders in women. *Behav Res Ther* 1990; 28 (3):205-215.

Mc LAREN; GAUVIN, L. Does the “average size” of women in the neighborhood influence a woman’s likelihood of body dissatisfaction? *Health & Place* 2003; 9: 327-335.

MITCHEL KS, MAZZEO SE. Binge eating and psychological distress in ethnically undergraduate men and women. *Eating Behaviors* 2004; 5: 157-169.

MONTEIRO, AC. Espelho, espelho meu:...percepção corporal e categorização nosográfica do transtorno dismórfico corporal. ENSP/FIOCRUZ, 2003. Dissertação de mestrado em ciências na área de saúde pública.

MORGAN CM, AZEVEDO AC. Aspectos Socioculturais. In: NUNES MAA, APPOLINÁRIO JC, ABUCHAIM ALG, COUTINHO W. Transtornos alimentares e obesidade. Porto Alegre: Artmed; 1998.p.86-96.

NUNES MA, OLINTO MTA, BARROS FC, CAMEY S. Influência da percepção de peso e do índice de massa corporal nos comportamentos alimentares anormais *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2001; 23(1):21-7.

OLIVARDIA R, POPE HG, MANGWETH B, HUDSON JI. Eating disorders in college men. *American Journal of Psychiatry* 1995; 152, 1279-1285.

PEARLSON GD, FLOURNOY LH, SIMONSON M, SLAVNEY PR. Body image in obese adults. *Psychological Medicine* 1981; 11:147-154.

PINHAS L, TONER BB, ALI A, GARFINKEL PE, STUCKLESS N. The effects of the ideal of female beauty on mood and body satisfaction. *International Journal of Eating Disorders* 1999; 25(2): 223-226.

RIERDAN J, KOFF E. Weight, weight-related aspects of body image, and depression in early adolescent girls. *Adolescence* 1997; 32: 615-624.

RODIN, J. Cultural and psychological determinants of weight concerns. *Ann Intern Med*, 1993; 119: 643-645.

RUMPEL C, INGRAN DD, HARRIS TB, MADANS J. The association between weight change and psychological well-being in women. *International Journal of Obesity* 1994; 18: 179-83.

SANDS R. Reconceptualization of body image and drive for thinness. *Int J Eat Disord* 2000; 28: 397-407.

SHUR EA, MARY S, STEINER H. Body dissatisfaction and dieting in young children. *International Journal of Eating Disorders* 2000; 27: 74-82.

SNAITH P. Body Image Disorders. *Psychother Psychosom* 1992; 58:119-124.

STANFELD SA, MARMOT MG. Social Class and Minor Psychiatric Morbidity. A validate screening survey using the general health questionnaire in British Civil servants. *Psychological Medicine* 1992; 22: 739-749.

STANFELD SA, RAEL EG, SHIPLEY M et al. Social support and psychiatric sickness absence: A prospective study of British civil servants. *Psychological Medicine*, 1997; 27: 35-48.

STATA STATISTICAL SOFTWARE. Stata Corporation, College Station, TX: Release, 7.0, 2001.

TAYLOR CB, SHARPE T, SHISLAK C, BRYSON S, ESTES LS, GRAY N, MC NIGHT K, CRAGO M, KRAEMER HC, LILLEN JD. Factors Associated with Weight Concerns in Adolescent Girls. *Int. J. Eat. Disord* 1998; 24:31-42.

VEGGI AB, LOPES CS, SICHIERI R, FAERSTEIN E. Body Mass Index, Body Weight Perception and Common Mental Disorders: Pró-Saúde Study. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2004; 26(4):242-247.

WADDEN TA, FOSTER GD, STUNKARD AJ, LINOWITZ JR. Dissatisfaction with weight and figure in obese girls: discontent but not depression. *International Journal of Obesity* 1989; 13:89-97.

WONG Y. Female beauticians may be a high risk group for developing eating disorders. *Nutrition Research* 2003; 23: 1297-1302.

XIE B, LIU C, CHOU C, XIA J, SPRUIJT-METZ D, GONG J, YAN L, WANG H, Johnson A. Weight perception and psychological factors in Chinese adolescents. *Journal of Adolescent Health* 2003; 33:202-210.

YELLAND C, TIGGEMANN M. Muscularity and the gay ideal: body dissatisfaction and disordered eating in homosexual men. *Eating Behaviors* 2003, 4: 107-116.

Tabela 1 – Incidência de transtornos mentais comuns em 2001, por sexo, de acordo com características sócio-demográficas e econômicas, em 1999, entre funcionários de uma universidade no rio de janeiro - Estudo Pró-saúde.

Fatores de risco em 1999	Incidência de Transtornos Mentais Comuns			
	N**	HOMENS (%)	MULHERES (%)	TOTAL (%)
Idade				
20-29	253	18,7	25,2	21,3
30-39	825	19,2	27,5	23,4
40-49	678	16,0	20,9	18,6
50-59	193	13,8	20,2	17,1
		P-VALOR=0,51	P-VALOR=0,13	P-VALOR*=0,07
Estado conjugal				
Casado	1157	18,5	24,7	21,3
Separ/divorc/viúvo	310	15,1	25,5	21,9
Solteiro	423	16,1	23,5	20,1
		P-VALOR=0,56	P-VALOR=0,88	P-VALOR=0,81
Raça				
Branco	271	15,9	22,8	19,9
Pardo	560	16,8	24,7	20,5
Negro	1046	18,8	24,1	21,5
		P-VALOR=0,65	P-VALOR=0,97	P-VALOR=0,80
Escolaridade				
1º grau incompleto	103	12,5	35,5	19,4
1º grau completo	291	15,1	21,8	17,9
2º grau completo	744	19,8	26,2	22,7
3º grau ou mais	793	16,7	22,4	20,2
		P-VALOR=0,32	P-VALOR=0,25	P-VALOR=0,32
Renda familiar percapita				
1º quartil	416	18,7	34,7	24,3
2º quartil	394	20,0	18,5	19,3
3º quartil	462	19,5	26,5	23,4
4º quartil	561	12,7	20,7	17,5
		P-VALOR=0,16	P-VALOR=0,002	P-VALOR=0,03
IMC(kg/m²)				
<18,5	40	20,0	35,0	27,5
18,5-24,9	888	17,2	22,5	20,3
25,0-29,9	698	17,3	25,7	20,6
>=30	319	18,1	25,3	21,9
		P-VALOR=0,98	P-VALOR=0,47	P-VALOR=0,68

*p-valor associado ao qui-quadrado

*Os totais podem variar em decorrência de respostas ignoradas

Gráfico 1 – Incidência de transtornos mentais comuns (TMC) em 2001 estratificada por sexo, de acordo com autopercepção do peso corporal e o Índice de Massa Corporal em 1999-Estudo Pró-Saúde.

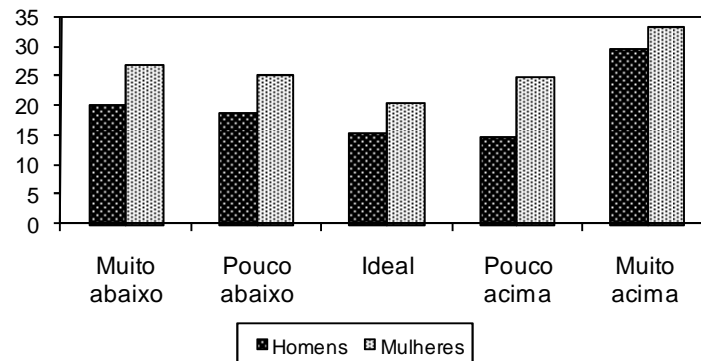


Tabela 2– Risco relativo de transtornos mentais comuns, por sexo, de acordo com a autopercepção do peso corporal em 1999- Estudo Pró-Saúde.

MODELO	AUTOPERCEÇÃO	ESTRATIFICADO POR SEXO				AJUSTADO POR SEXO	
		HOMEM		MULHER		TOTAL	
		RR	IC 95%	RR	IC 95%	RR	IC 95%
Modelo 1	“Muito acima”	1,30	0,83-2,03	1,40	1,00-1,95	1,36	1,04-1,77
	“Um pouco acima”	1,25	0,88-1,77	1,21	0,89-1,65	1,22	0,97-1,54
	“Ideal”	1,00	---	1,00	---	1,00	---
	“Um pouco abaixo”	0,92	0,52-1,62	1,11	0,66-1,88	---	---
	“Muito abaixo”	1,86	0,84-4,10	0,74	0,11-4,64	---	---
Modelo 2	“Muito acima”	1,36	0,87-2,13	1,35	0,96-1,88	1,35	1,04-1,76
	“Um pouco acima”	1,31	0,92-1,86	1,21	0,89-1,65	1,25	1,00-1,57
	“Ideal”	1,00	---	1,00	---	1,00	---
	“Um pouco abaixo”	0,94	0,53-1,66	1,10	0,65-1,86	---	---
	“Muito abaixo”	1,92	0,91-0,87	0,72	0,12-4,49	---	---
Modelo 3	“Muito acima”	1,60	0,92-2,80	1,34	0,88-2,05	1,42	1,02-1,98
	“Um pouco acima”	1,41	0,95-2,08	1,21	0,88-1,67	1,27	1,00-1,62
	“Ideal”	1,00	---	1,00	---	1,00	---
	“Um pouco abaixo”	0,93	0,52-1,63	1,10	0,65-1,87	---	---
	“Muito abaixo”	1,66	0,74-3,74	0,72	0,11-4,50	---	---

Modelo1- Ajustado por idade;

Modelo2- Modelo 1+renda;

Modelo3- modelo 2+imc na linha de base e alteração de peso no seguimento

3.2 Artigo 2

Concordância entre a autopercepção do peso corporal e Índice de Massa Corporal segundo raça: Estudo Pró-Saúde

Agreement between self-perception of body weight and Body Mass Index according to race: Pro-Saude Study

Resumo

Mulheres negras percebem mais freqüentemente seu peso corporal como ideal, mesmo quando apresentam sobrepeso, quando comparadas às brancas. Considerando-se a carência de dados nacionais sobre essa questão, o presente estudo avaliou a concordância entre a autopercepção do peso corporal e o Índice de Massa Corporal (IMC) segundo gênero e raça. Um questionário autopreenchível foi aplicado em todos os funcionários de uma universidade do Rio de Janeiro em 1999, sendo realizadas aferições de massa corporal e estatura com apoio de pessoal treinado. A raça foi avaliada a partir de uma questão aberta de autoclassificação e estratificada em três categorias (brancos, pardos e negros). A autopercepção do peso corporal foi classificada em 4 categorias: 1-abaixo do Ideal; 2- ideal; 3- um pouco acima do ideal e 4- muito acima do ideal. Estas categorias foram comparadas a quatro categorias do IMC adotando-se os pontos de corte da Organização Mundial da Saúde: 1- baixo peso; 2- normal; 3- sobrepeso; 4- obesidade. O grau de concordância entre as duas variáveis foi avaliado através do kappa ponderado sendo realizada uma análise adicional da estrutura de concordância através de modelos log-lineares. Não foram observadas diferenças em relação à raça, de modo que a concordância variou de moderada a elevada entre mulheres e homens, respectivamente. Em ambos os sexos, o padrão de concordância fora da diagonal principal indicou que as categorias extremas do IMC corresponderam às categorias extremas de percepção corporal. Entre as mulheres, entretanto, a concordância dentro da diagonal principal sugeriu um padrão de concordância possivelmente maior para as categorias extremas de autopercepção do peso e IMC. Como as pressões sociais em relação à aquisição de um peso "ideal" são desenvolvidas no Brasil dentro de um contexto multiracial, não se evidenciou diferenças segundo raça.

Palavras-chave: Raça, índice de massa corporal, autopercepção de peso.

Introdução

Apesar do sobrepeso e da obesidade serem consideradas epidemias globais, certos grupos são desproporcionalmente afetados incluindo mulheres negras e indivíduos com menor nível sócio-econômico (FITZGIBBON *et al.*, 2000; GORDON-LARSEN *et al.*, 2003).

Diferenças observadas na autopercepção do peso podem ajudar a explicar essas diferenças, uma vez que mulheres negras tendem a se autotransclassificar incorretamente como eutróficas e reportam maior satisfação com o peso corporal e menor preocupação com peso e dieta do que mulheres brancas (CARADAS *et al.*, 2001; THOMPSON *et al.*, 2003; PADGETT *et al.*, 2003).

Nos Estados Unidos, um estudo seccional desenvolvido por PADGETT *et al.* (2003), envolvendo uma amostra populacional representativa de 5440 adultos participantes do Continuing Survey of Food Intakes (1994) e Health Knowledge Survey (1996), verificaram que autopercepção de sobrepeso foi significativamente maior entre as mulheres (OR=3,8; IC95% 3,1-4,8); brancas (OR=2,3; IC95% 1,7-3,1); com maiores índices de massa corporal (OR=1,5; IC95% 1,5-1,6); e maiores níveis de educação (OR=1,6; IC95% 1,1-2,3) e renda (OR=1,5; IC95% 1,2-1,7). Esses resultados foram consistentes com outros estudos (FITZGIBBON *et al.*, 2000; PAERAKATUL *et al.*, 2002; GORDON-LARSEN *et al.*, 2003).

A discordância entre a percepção do peso corporal e o IMC pode ter implicações importantes em relação à saúde. Indivíduos com peso normal, por exemplo, que se percebem acima do peso podem apresentar uma maior propensão a comportamentos negativos, como dietas restritivas desnecessárias. Por outro lado, indivíduos com sobrepeso que se percebem com peso adequado podem não sentir necessidade ou apresentar motivação para perda e manutenção do peso e, portanto, apresentar risco de desenvolver obesidade (PAERAKATUL *et al.*, 2002; FITZGIBBON *et al.*, 2000).

Assim, ao mesmo tempo em que essa tendência de menor insatisfação com o peso e de maior aceitação do sobrepeso por parte dos negros atuaria como fator de proteção para o desenvolvimento de transtorno de imagem corporal nesse segmento, por outro lado isso pode gerar um maior risco de obesidade nesse grupo.

Embora estudos envolvendo diferenças raciais em relação à percepção do peso venham sendo identificados na literatura internacional (Padgett *et al* ,2003; THOMPSON *et al.*, 2003), verifica-se carência de estudos nacionais nessa área.

O presente estudo tem como principal objetivo avaliar a concordância entre a autopercepção do peso corporal com as categorias do Índice de Massa Corporal, em análise estratificada por raça e sexo.

Materiais e Método

O Estudo Pró-Saúde constitui um estudo de coorte entre todos os funcionários técnico-administrativos, pertencentes ao quadro efetivo de uma Universidade localizada no Rio de Janeiro. O presente estudo avalia dados seccionais da Fase 1 do Estudo Pró-Saúde, cuja população elegível foi de 4448 funcionários. Destes, 4030 (90,6% da população alvo) participaram do estudo.

Para essa análise foram incluídos apenas os adultos na faixa etária de 20 a 59 anos. Foram excluídos funcionários aposentados, cedidos a outras instituições, licenciados sem vencimentos, mulheres em licença maternidade, em período gestacional, indivíduos que referiram doenças que alterem o IMC (diabetes, problemas de tireóide, tuberculose etc). Indivíduos que se autoclassificaram como amarelos ou indígena não foram incluídos na análise. Assim, a presente análise baseia-se em 3.442 funcionários.

Foi aplicado um questionário auto-preenchível, multidimensional, contendo perguntas sobre: variáveis sócio-demográficas, prática regular de atividades físicas de lazer, história de doenças crônicas não-transmissíveis e autopercepção do peso corporal. Além disso, foram realizadas aferições de massa corporal e estatura, com apoio de pessoal treinado.

A variável raça foi aferida a partir de uma questão aberta, no qual o indivíduo autoclassificava sua cor ou raça. Os resultados foram agregados nas categorias negros (negro, preto, africano, escuro), pardos (pardo, moreno, mulato (claro e escuro), mestiço, cabloco, miscigenado, etc) e brancos (branco, pele clara, claro), seguindo método utilizado por Maio *et al* (2005).

A autopercepção do peso corporal foi avaliada através de uma questão em que o respondente classificava seu peso atual em relação àquele considerado

“ideal”. As respostas apresentavam 5 níveis, sendo eles: 1- “muito acima do ideal”; 2- “um pouco acima do ideal”; 3- “ideal”; 4- “um pouco abaixo do ideal” e 5- “muito abaixo do ideal” .

O Índice de Massa Corporal ($IMC = Kg/m^2$) foi utilizado para classificação do estado nutricional dos indivíduos adotando-se os pontos de corte recomendados pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 1997).

As variáveis sócio-demográficas analisadas foram idade, escolaridade, situação conjugal (casado(a) ou vivendo em união, separado(a) ou divorciado (a) ou viúvo(a) e solteiro (a)), e renda domiciliar *per capita* (razão entre o valor de renda domiciliar líquida do mês anterior à aplicação do questionário e o número de pessoas que dependiam desta renda).

O grau de concordância entre a autopercepção do peso corporal e o IMC, foi avaliado através da estatística kappa ponderado (k_w), com ponderação feita pelo método do quadrado dos erros, utilizando-se os critérios de Landis & Koch (1977) para interpretação da concordância: a) quase perfeita: 0,80 a 1,00; b) substancial: 0,60 a 0,80; c) moderada: 0,40 a 0,60; d) regular: 0,20 a 0,40; e) discreta: 0 a 0,20; e) ruim: -1,00 a 0.

Considerando-se as limitações apontadas pela estatística kappa ponderado como única medida para investigar de modo mais detalhado a estrutura de concordância/discordância dos dados, sete modelos log-lineares hierárquicos embutidos foram aplicados, objetivando avaliar aquele que melhor se adequasse às observações (MAY, 1994), sendo: 1) independência; 2) concordância diagonal; 3) associação linear por linear; 4) concordância diagonal mais linear por linear; 5) parâmetros triangulares; 6) semi-independência; e 7) semi-associação.

A modelagem foi avaliada empregando-se, seqüencialmente, a propriedade de partição da estatística qui-quadrado da razão de verossimilhança (G^2) no qual as diferenças entre as estatísticas G^2 para os modelos hierárquicos embutidos foram avaliadas a partir do menor valor da estatística Qui-quadrado relativa ao número de graus de liberdade, em comparação aos outros modelos (GRIEP *et al* 2003; VILETE *et al.*, 2004), permitindo avaliar se houve melhora do ajuste ao se introduzir parâmetros ao modelo (SILVA & PEREIRA, 1998). O modelo de independência foi utilizado como referência para análise. As análises foram estratificadas por raça e

sexo. Os procedimentos de análise foram realizados nos programas SPSS 10 e Stata versão 7.0.

Resultados

Cerca de 60% dos homens se autopercebiam acima do peso ideal enquanto que essa proporção entre as mulheres foi de 70%. Esses valores estratificados segundo raça estão apresentados na tabela 1. As mulheres, de todas as raças, apresentaram as maiores freqüências de percepção de peso acima do ideal: 65,3% das negras, 72,7% das pardas e 74,8% das brancas. Observou-se que as mulheres tendem a perceber-se muito acima do ideal quase duas vezes mais do que os homens para todas as raças. Apesar da proporção ligeiramente maior de mulheres brancas que se percebiam muito acima do ideal (30,6%), comparadas às negras (28,2%) e pardas (27,1%), a prevalência de obesidade nessas mulheres foi também ligeiramente superior (22,4%; 17,3% e 17,3% entre brancas, pardas e negras, respectivamente) (Tabela 1). Em relação às características sociais e demográficas, não foram observadas diferenças importantes entre os segmentos raciais. As mulheres, entretanto, apresentaram nível de escolaridade e renda ligeiramente superior ao observado entre os homens. De um modo geral, 70% dos homens e 80% das mulheres tinham escolaridade acima de 2º grau completo. Aproximadamente 50% dos homens e 60% das mulheres encontravam-se inseridos nos quartis mais elevados de renda. Verificou-se, ainda, que a maioria da população era casada e tinha idade entre a faixa de 30 a 49 anos, em ambos os sexos e em todas as raças.

Tendo em vista a baixa freqüência de indivíduos com o IMC compatível com baixo peso (<18,5 kg/m²), as categorias de autopercepção “muito abaixo do ideal” e “pouco abaixo do ideal” foram agregadas em uma única categoria (abaixo do ideal) para avaliar a concordância entre a percepção do peso corporal e a classificação do IMC (Tabela 2). As concordâncias observadas foram mais elevadas entre os homens do que entre as mulheres em todas as variáveis avaliadas. Negros apresentaram uma concordância ligeiramente superior à encontrada em pardos e brancos. Observou-se uma concordância de moderada a regular nos menores níveis de escolaridade e nas mulheres acima de 50 anos.

Como a concordância entre aqueles com 1º grau incompleto apresentou-se bastante diferente das demais categorias, uma análise adicional excluiu esse grupo. Nessa análise não foi observada alteração importante dos valores do kappa ponderado para homens e mulheres, tendo esses valores aumentados ligeiramente para pardos e brancos, passando entre os homens de 0,64 para 0,66 e de 0,63 para 0,64, respectivamente, e entre as mulheres de 0,51 para 0,53, entre as brancas (dados não apresentados).

Utilizou-se modelagem log-linear para identificar a estrutura de concordância e discordância entre o IMC e a autopercepção do peso corporal excluindo-se aqueles indivíduos com 1º grau incompleto. Como era esperado, o modelo de independência não se ajustou bem aos dados, indicando a existência de algum tipo relação entre o IMC e a autopercepção do peso corporal. Não foram observadas diferenças segundo raça. Entre os homens, o modelo mais parcimonioso foi o de associação diagonal mais linear por linear onde além da concordância exata entre as respostas existe algum grau de concordância fora da diagonal principal com altos escores de IMC, correspondendo à percepção acima do ideal. Entre as mulheres o modelo de semi-associação se ajustou melhor do que o de associação diagonal mais linear por linear.

Discussão

Apesar de muitos estudos sugerirem a existência de padrões de peso “ideal” específicos segundo raça, no qual mulheres negras tenderiam a apresentar maior aceitação do sobrepeso e a perceberem-se mais próximas ao peso ideal do que mulheres brancas (FITZGIBBON *et al.*, 2000; FRANKO & STRIEGEL- MOORE, 2002; PAERAKATUL *et al.*, 2002; GORDON- LARSEN *et al.*, 2003), tais diferenças não foram identificadas no presente estudo. Em ambos os sexos, e em todos os segmentos raciais, observou-se uma associação estatisticamente significativa ($p < 0,001$) entre o IMC e a autopercepção do peso, além de uma concordância que variou de moderada a substancial ($kappa = 0,53$ e $kappa = 0,64$) para mulheres e homens, respectivamente.

Nossos resultados concordam com o estudo de CALDWELL *et al.* (1997) que realizaram um estudo seccional em uma amostra de mulheres norte-americanas de nível socioeconômico médio e alto, e não observam diferenças entre o peso ideal e

o atual segundo raça. Segundo esses autores, o nível sócio-econômico foi um fator mais importante do que a raça quanto à autopercepção do peso corporal entre homens e mulheres.

A literatura atual vem referindo a existência de uma maior aceitação por parte dos negros, principalmente das mulheres, em relação ao peso corporal (CARADAS *et al.*, 2001; BUIYAN *et al.*, 2002; THOMPSON *et al.*, 2003; PADGETT *et al.*, 2003), possivelmente pela inserção deste grupo em um ambiente social mais permissivo em relação à obesidade (FRANKO E STRIEGEL- MOORE, 2002; FREEDMAN *et al.*, 2004), o que justificaria as diferenças entre o peso considerado "ideal" entre os grupos raciais e atuaria, ao mesmo tempo, como fator de proteção contra possíveis transtornos alimentares nesse segmento (ROBINSON *et al.*, 1996; NEUMARK-SZTAINER *et al.*, 2002; GIPSON *et al.*, 2005). No entanto, nossos resultados se justificam pela pressões sociais em relação à aquisição de um peso "ideal", particularmente no Brasil, serem desenvolvidas dentro de um contexto multiracial, onde a competitividade e a influência da rede de amigos, como no caso do presente estudo de trabalhadores, poderiam romper a barreira protetora de valores estéticos tradicionais.

Na análise da estrutura da concordância, o modelo loglinear que melhor se ajustou aos dados para as mulheres foi o modelo de "semi-associação", sugerindo um padrão de concordância exata diferente para cada célula da diagonal principal da tabela de contingência (possivelmente, maior para as categorias extremas de autopercepção do peso e IMC), e um padrão de discordância no qual existe uma tendência em que respostas baixas (altas) do IMC correspondam a categorias baixas (altas) da autopercepção do peso.

Em relação aos homens, o modelo mais parcimonioso foi o de associação diagonal mais linear por linear, sugerindo dois padrões de concordância/discordância, no qual a concordância entre a autopercepção do peso corporal apresenta-se muito semelhante ao IMC na diagonal principal e fora desta, altas e baixas categorias de autopercepção do peso corresponderiam a altas e baixas categorias de IMC.

Um problema metodológico desse e de outros estudos que relacionam raça à imagem corporal é a utilização de pequenas amostras de grupos raciais, deixando-se de avaliar o impacto de variáveis de confusão, como o nível sócio-econômico

(BATURKA *et al.*, 2000; CARADAS *et al.*, 2001; SNOOKS & HALL, 2002; FREEDMAN *et al.*, 2004). Ao excluirmos aqueles indivíduos com escolaridade inferior ao 1º grau incompleto, tornamos os três grupos raciais mais homogêneos em relação ao nível sócio-econômico, minimizando tal problema. Além disso, como o estudo foi realizado com funcionários, cujo nível sócio-econômico é considerado médio, e comparável, é provável que as diferenças segundo raça, dependentes do nível sócio-econômico tendam a diminuir.

Ressalta-se, ainda, que apesar da existência de diferentes conceitos e mensurações, utilizados na literatura em relação à raça, muitas vezes de forma permutável, a auto-identificação, como proposta no presente estudo, ainda é o método mais freqüentemente utilizado (TRAVASSOS & WILLIAMS, 2004; MAIO *et al.*, 2005).

Fitzgibbon *et al* (2000) chamam a atenção para a natureza multidimensional da avaliação da imagem corporal, que inclui a dimensão da percepção do peso, gerando inconsistências e resultando em interpretações difíceis. Diferentes métodos na definição de amostras populacionais, de medida e categorização do peso corporal e no âmbito das medidas de percepção do peso corporal têm contribuído para problemas na comparabilidade dos resultados.

Concluindo, intervenções clínicas e programas de prevenção à obesidade devem considerar diferenças de gênero na relação com o peso corporal, incluindo não somente o IMC, mas também a autopercepção do peso corporal, na tentativa de se alcançar resultados mais efetivos entre aqueles indivíduos com sobrepeso/obesidade que não se reconhecem como estando acima do peso, considerando que esta população pode apresentar uma maior dificuldade de se engajar em modificações no estilo de vida (dieta e atividade física) propostas por tais programas, conduzindo a um maior risco de desenvolvimento de doenças associadas ao excesso de peso. Nossos resultados sugerem não haver diferenças de raça em relação a estrutura de concordância entre o IMC e a autopercepção do peso corporal. Outros estudos devem ser realizados no Brasil, visando esclarecer melhor essa questão.

Referências Bibliográficas

BARTUKA N, HORNSBY PP, SCHORLING JB. Clinical implications of body image among rural african american women. *J Gen Intern Med* 2000; 15: 235-241.

BHUIYAN AR, GUSTAT J, SRINIVASAN SR, BERENSON GS. Differences in Body Shape Representation among Young Adults from a Biracial (Black- White), Semirural Community: The Bogalusa Heart Study. *American Journal of Epidemiology* 2003; 158: 792-797.

CALDWELL MB, BROWNELL KD, WILFLEY DE. Relationship of weight, body dissatisfaction, and self-esteem in African American and white female dieters. *Int J Eat Disord* 1997;22(2):127-30.

CARADAS AA, LAMBERT EV, CHARLTON KE. An ethnic comparison of eating attitudes and associated body image concerns in adolescent South African schoolgirls. *J Hum Nutr Dietet* 2001; 14: 111-120.

CHOR D, FAERSTEIN E, KAPLAN GA, LYNCH J, LOPES CS. Association of weight change with ethnicity and life course socioeconomic position among Brazilian civil servants. *International Journal of Epidemiology* 2004; 33:100-106.

FITZGIBBON ML, BLACKMAN LR, AVELLONE, ME. The relationship between body image discrepancy and body mass index across ethnic groups. *Obesity Research* 2000; 8: 582-589.

FRANKO DL, STRIEGEL- MOORE R. The role of body dissatisfaction as a risk factor for depression in adolescent girls. Are the differences black and white? *Journal of Psychosomatic Research* 2000; 53: 975-983.

FREEDMAN REK, CARTER MM, SBROCCO T, GRAY JJ. Ethnic differences in preferences for female weight and waist-to-hip ratio: A comparison of African- American and White American college and community samples. *Eating Behaviors*, 2004; 5:191-198.

GORDON-LARSEN P, ADAIR LS, POPKIN BM. The relationship of ethnicity, socioeconomic factors and overweight in US adolescent. *Obesity Research* 2003; 11(1): 121-129.

GRIEP RH, CHOR D, FAERSTEIN E, LOPES C. Confiabilidade teste reteste dos aspectos da rede social no Estudo pró Saúde. *Revista de Saúde Pública* 2003; 37 (3): 379-85.

GRIEP RH, CHOR D, FAERSTEIN E, LOPES C. Social support: scale test-retest reliability in the Pró-Saúde Study. *Cadernos de Saúde Pública* 2003;19 (2) :625-631.

LANDIS JR, KOCH GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977; 33: 159-74.

MAIO MC, MONTEIRO S, CHOR D, FAERSTEIN E, LOPES, CS. Cor/raça no Estudo Pró-Saúde: resultados comparativos de dois métodos de auto-classificação no Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2005; 21(1): 171-180.

MAY SM. Modelling observer agreement- an alternative to kappa. *J Clin Epidemiol* 1994; 47(11):1315-1324.

NEUMARK- SZTAINER D, CROLL J, STORY M, HANNAN PJ, FRENCH AS, PERRY, C. Ethnic/racial differences in weight related concerns and behaviors among adolescent girls and boys findings from project EAT. *Journal of Psychosomatic Research* 2002; 53: 963-974.

PADGETT J, BIRO FM. Different shapes in different cultures: body dissatisfaction, overweight and obesity in African-American and Caucasian females. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2003;16: 349-354.

PAERATAKUL S, WHITE MA, WILLIAMSON DA, RYAN DH, BRAY GA. Sex, race/ethnicity, socioeconomic status, and BMI in relation to self-perception of overweight. *Obesity Research* 2002; 10 (5):345-350.

ROBINSON TN, KILLEN JD, LITT IF, HAMMER LD, WILSON DM, HAYDEL KF, HAYWARD C, TAYLOR, CB. Ethnicity and body dissatisfaction: Are Hispanic and Asian girls at increased risk for eating disorders? *Journal of Adolescent Health* 1996, 19: 384-393.

SILVA EF, PEREIRA MG. Avaliação das estruturas de concordância/ discordância nos estudos de confiabilidade. *Revista de Saúde Pública* 1998; 32 (4): 383-93.

SNOOKS MK, HALL SK,. Relationship of body size, body image and self-esteem in African American, European American and Mexican American middle class women. *Health Care for Women International* 2002; 23: 460-466.

STATA STATISTICAL SOFTWARE. Stata Corporation, College Station, TX: Release, 7.0, 2001.

THOMPSON SH, RAFIROIU AC, SARGENT RG. Examining gender, racial and age differences in weight concern among third, fifth, eighth and eleventh graders. *Eating Behaviors* 2003; 3: 307-323.

TRAVASSOS C; WILLIAMS DR. The concept and measurement of race and their relationship to public health: a review focused on Brazil and the United States. *Cadernos de Saúde Pública* 2004; 20(3): 660-678.

VILETE LMP, COUTINHO ESF, FIGUEIRA ILV. Confiabilidade da versão em português do inventário de fobia social (SPIN) entre adolescentes estudantes do município do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública* 2004; 20(1): 89-99.

WORD HEALTH ORGANIZATION-WHO. Obesity- Preventing and managing the global Epidemic. Genebra: Report of a WHO Expert Committee, 1998.

Tabela 1- Autopercepção do peso corporal, Índice de Massa Corporal (IMC) e características sociais e demográficas estratificadas por gênero e raça, Pró-Saúde 1999.

Características	Homens			Mulheres		
	Negro (n=197)	Pardo (n=494)	Branco (N=859)	Negro (N=342)	Pardo (n=522)	Branco (n=1028)
	%	%	%	%	%	%
Percepção						
Muito acima	15,1	15,7	17,7	28,2	27,1	30,6
Pouco acima	41,2	41,4	39,5	37,1	45,7	44,2
Ideal	27,9	29,6	29,6	27,1	20,5	18,5
Pouco abaixo	14,5	10,5	11,0	6,5	5,6	5,5
Muito abaixo	1,3	2,8	2,1	1,1	1,7	1,2
	p-valor*=0,62			p-valor=0,07		
IMC (Kg/m²)*						
Baixo peso	2,2	1,4	1,8	2,6	1,1	1,1
Eutrófico	39,9	40,0	36,2	51,2	50,3	47,0
Sobrepeso	40,5	41,8	43,3	28,9	31,3	29,5
Obeso	17,4	16,8	18,7	17,3	17,3	22,4
	p-valor=0,79			p-valor=0,06		
Escolaridade						
1º grau incompleto	8,1	8,3	6,1	3,5	3,9	6,2
1º grau completo	17,5	17,7	20,4	16,4	13,0	12,5
2º grau completo	37,7	37,3	41,3	37,1	34,4	32,9
3º grau ou mais	36,7	36,7	32,2	43,0	48,7	48,4
	p-valor=0,31			p-valor=0,08		
Renda per capita						
1º quartil	26,1	28,0	31,6	19,1	18,9	20,4
2º quartil	22,5	24,2	21,9	23,6	24,1	22,3
3º quartil	26,4	23,0	25,5	31,5	31,7	31,4
4º quartil	25,0	24,8	21,0	25,8	25,3	25,9
	p-valor=0,43			p-valor=0,99		
Estado conjugal						
Casado	68,8	67,8	68,3	60,0	54,4	53,5
Solteiro	10,2	12,3	11,0	19,4	24,0	24,7
Outros	21,0	19,9	20,7	20,6	21,6	21,8
	p-valor=0,93			p-valor=0,28		
Idade						
20-29	13,5	14,0	15,5	12,2	11,1	9,0
30-39	45,7	39,8	41,1	39,3	42,8	39,5
40-49	32,5	35,2	33,1	39,0	36,7	38,1
50-59	8,3	11,0	10,4	9,5	9,4	13,4
	p-valor=0,68			p-valor=0,13		

*P-valor associado ao Qui-quadrado de Pearson

** Baixo peso (<18,5 Kg/m²); Eutrofia (18,5-24,9 Kg/m²); Sobrepeso (25-29,9 Kg/m²); Obesidade(≥30 Kg/m²).

Tabela 2- Autopercepção de peso corporal segundo estado nutricional classificado pelo Índice de Massa Corporal (Kg/m²) estratificada por sexo e raça

Raça/Cor	Autopercepção do peso	Índice de Massa Corporal							
		HOMENS				MULHERES			
		Baixo peso <18,5 (%)	Normal 18,5-25,0 (%)	Sobrepeso 25,0-30,0 (%)	Obesidade >30,0 (%)	Baixo peso <18,5 (%)	Normal 18,5-25,0 (%)	Sobrepeso 25,0-30,0 (%)	Obesidade >30,0 (%)
		N=7	N=124	N=126	N=54	N=9	N=177	N=96	N=58
NEGRO	Abaixo do ideal	85,7	32,3	2,4	0,0	44,4	9,0	4,1	3,5
	Ideal	0,0	50,8	17,5	3,7	55,6	45,2	5,2	3,5
	Pouco acima	14,3	16,1	71,4	31,5	0,0	40,7	47,9	13,8
	Muito Acima	0,0	0,8	8,7	64,8	0,0	5,1	42,7	72,2
		P<0,001				P<0,001			
PARDO	Abaixo do ideal	N=5	N=144	N=152	N=61	N=5	N=236	N=147	N=80
	Ideal	100,0	26,4	3,3	0,0	100,0	9,3	1,4	2,5
	Pouco acima	0,0	52,8	15,1	13,1	0,0	34,7	6,8	5,0
	Muito Acima	0,0	20,8	68,4	26,2	0,0	52,5	51,7	17,5
		P<0,001				P<0,001			
BRANCO	Abaixo do ideal	N=13	N=267	N=321	N=138	N=10	N=422	N=262	N=197
	Ideal	84,6	27,7	1,6	5,0	90,0	8,5	2,3	4,6
	Pouco acima	7,7	53,9	21,2	4,3	10,0	32,0	7,6	4,6
	Muito Acima	7,7	17,6	63,5	29,0	0,0	54,7	48,5	17,7
		P<0,001				P<0,001			

* Valor de p associado ao Qui-quadrado de Pearson.

Tabela 3- Kappa ponderado (de Massa Corporal (Kg/estratificado por sexo.

CARACTERISTICAS	HOM *KW²
Sexo	0,64
Raça	
Preto	0,70
Pardo	0,64
Branco	0,63
Idade	
20-29	0,72
30-39	0,67
40-49	0,57
50-59	0,62
Escolaridade	
1º grau incompleto	0,48
1º grau completo	0,54
2º grau completo	0,71
3º grau completo	0,66
Renda familiar per capita	
1º quartil	0,62
2º quartil	0,69
3º quartil	0,70
4º quartil	0,60

*Kappa ponderado pelo quadrado de

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Descrição geral do Estudo Pró-Saúde

O presente estudo está inserido em um programa de pesquisas (Pró-Saúde UERJ), desenvolvido no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Trata-se de um programa de ações de promoção à saúde e prevenção de doenças que realiza Censos de Saúde periódicos entre funcionários técnico-administrativos de uma universidade pública do Rio de Janeiro, com o objetivo de descrever perfis de morbidade física e mental, seus fatores de risco, práticas e cuidados relacionados à saúde e investigar determinantes biológicos e sócio-culturais associados a esses perfis.

O Estudo Pró-Saúde é um estudo de coorte que compreende todos os funcionários técnico-administrativos, pertencentes ao quadro efetivo de uma Universidade Pública do Rio de Janeiro. A Fase 1 da coleta de dados foi realizada em 1999 e constituiu a “linha de base” desta investigação. A Fase 2 representa a segunda onda de seguimento do estudo, após um período de dois anos de seguimento (2001), voltado para a avaliação de desfechos de estudo, além da complementação de dados de base.

Em 1999 (Fase 1), todos os funcionários em atividade nas carreiras técnico-administrativas do quadro de efetivos foram convidados a participar da pesquisa. Foram excluídos do estudo aqueles indivíduos pertencentes ao quadro de inativos (aposentados), funcionários cedidos a outras instituições e em licenças não relacionadas à saúde (166 funcionários). Na Fase 1 do Estudo Pró-Saúde, participaram 4030 funcionários, representando 91% do total de indivíduos elegíveis (quadro 1).

QUADRO 1- DISTRIBUIÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS ELEGÍVEIS PARA O ESTUDO PRÓ-SAÚDE QUANTO À PARTICIPAÇÃO SEGUNDO SEXO, RIO DE JANEIRO, 1999.

Situação	<i>Homens</i> (N=1982)		<i>Mulheres</i> (N=2466)		TOTAL (N=4448)	
	n	%	n	%	n	%
Participantes	1790	40,2	2240	50,4	4030	90,6
Não Participantes	192	4,3	226	5,1	418	9,40
Total	1982	44,6	2466	55,4	4448	100,00

O quadro 2 apresenta os motivos pelos quais os funcionários elegíveis não participaram do estudo.

Quadro 2- Distribuição das perdas na participação dos funcionários elegíveis para o Estudo Pró-Saúde segundo sexo, Rio de Janeiro, 1999

Motivos	n	%
<i>Recusa</i>	239	5,4
<i>Licença Médica</i>	57	1,3
<i>Licença Maternidade</i>	33	0,7
<i>Funcionários não localizados</i>	89	2,0
TOTAL	418	9,4

Participaram de ambas as fases 3.252 funcionários. Como critérios de elegibilidade do presente estudo, foram excluídas as mulheres com licença-maternidade e em período gestacional (8), pessoas acima de 60 anos (n=118) e doenças que alterem o IMC (diabetes (n=155), hiper/ hipotireoidismo (n=135), tuberculose (n=105) e os casos prevalentes de TMC em 1999, perfazendo um total de 2717 funcionários avaliados.

Nas duas fases de estudo, foi aplicado um questionário auto-preenchível, multidimensional, contemplando informações sobre: variáveis sócio-demográficas, prática regular de atividades físicas de lazer, história de doenças crônicas não-

transmissíveis, saúde mental (Fases 1 e 2), informações sobre apoio social (fase 1), saúde oral (fase 1), auto-classificação do peso corporal (fase 1). Além disso, foram realizadas aferições de massa corporal e estatura, nas duas fases do estudo, com apoio de pessoal treinado.

4.2 Trabalho de campo

4.2.1 Coleta de dados

O trabalho de campo contou com a participação de uma equipe constituída por 30 aplicadores e 20 aferidores, alunos de graduação e pós-graduação inseridos no programa, supervisores de campo, 1 coordenador de operações, revisores e digitadores.

A coleta de dados da fase 1 do estudo foi realizada no período de agosto a outubro de 1999, através de aplicação do questionário em salas e auditórios de diversas unidades da universidade (campus central, campi externos e hospital universitário), durante o horário de trabalho, com duração média de preenchimento em torno de 40 minutos. Cada equipe, coordenada por um supervisor de campo, era constituída por cerca de 10 aplicadores, responsáveis pela aplicação e controle do preenchimento do questionário de alguns setores da universidade.

Num primeiro momento, todos os setores da universidade foram visitados pelos supervisores com o objetivo de esclarecer as chefias e os funcionários acerca dos objetivos e da importância da pesquisa. Foi utilizado um impresso contendo informações sobre o Estudo Pró-Saúde, aproveitando-se este mesmo momento para o agendamento com o funcionário do dia e horário mais conveniente para aplicação do questionário. Paralelamente, como estratégia para garantir a adesão dos funcionários ao estudo, foi realizado um amplo trabalho de divulgação através de cartazes afixados nas dependências da universidade, publicação de artigos nos boletins informativos da universidade, comunicados no verso dos contracheques, cartas-convite, dentre outros.

No momento da aplicação do questionário, os aplicadores solicitavam a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido e controlavam os códigos de cada questionário. Além disso, cabia a esta equipe o esclarecimento de dúvidas

quanto ao preenchimento do questionário, assim como o registro do horário de início e término do processo.

Cabe ressaltar que toda a equipe recebeu treinamento para suas funções e, visando garantir a qualidade das operações de campo, foram elaborados manuais de instrução para todos os procedimentos da pesquisa, com sessões específicas para aplicadores, supervisores, revisores e digitadores.

Para padronização destas atividades, a equipe de aplicadores recebeu um treinamento específico, constituído por sessões de apresentação e discussão dos objetivos da pesquisa, enfatizando-se a importância da adesão dos funcionários. Estas sessões foram seguidas por uma etapa prática, com simulações de situações passíveis de ocorrer no trabalho de campo e discussão de possíveis soluções para cada uma delas.

Os procedimentos adotados no treinamento, bem como os materiais utilizados nesta investigação, foram precedidos por uma ampla revisão da literatura nacional e internacional visando identificar os materiais e métodos mais apropriados.

4.2.2 Questionário

4.2.2.1 Pré-testes

Visando aprimorar o questionário, em ambas as fases do estudo, foram desenvolvidos alguns estágios de pré-testes, contando com a participação de cerca de 150 voluntários com perfil social e funcional semelhantes à população de estudo.

Em todas as etapas dos pré-testes do questionário foram avaliados os aspectos relativos à clareza de formulação das perguntas, possíveis resistências em responder algumas questões, adequação e suficiência das respostas e transição dos blocos temáticos, clareza das instruções de “pulo” de perguntas e de outras frases de esclarecimento. Além desses aspectos, diferentes estratégias foram adotadas em cada uma das etapas até que a diagramação definitiva do questionário fosse delineada (FAERSTEIN *et al.*, 1999).

4.2.2.2 Estudo piloto

O estudo piloto (teste) envolveu um “ensaio” de todas as atividades previstas para a coleta de dados propriamente dita, aplicado a 200 funcionários técnico-

administrativos contratados pela universidade, em regime de prestação de serviços, selecionados por amostragem sistemática. Esse grupo foi selecionado por apresentar perfil social e funcional semelhante ao da população de estudo, ou seja, dos funcionários efetivos da universidade.

O reteste do questionário, realizado com intervalo de 15 dias entre as duas aplicações do questionário, contou com a participação de 192 funcionários.

4.3 Banco de dados

As telas de entrada dos dados foram elaboradas em EPI INFO, sendo gerados arquivos de verificação de consistência das variáveis. Testadas as telas de entrada, bem como os programas que visavam ao controle dessas entradas, iniciou-se a digitação dos dados.

Anteriormente à etapa de digitação, os questionários eram revisados e codificados por uma equipe de revisores, buscando-se identificar inconsistências, rasuras e ausências de respostas. Os dados foram digitados de forma duplicada e independente no programa Epi-Info (versão 6.04). Desde a fase de pré-testes, o banco de dados foi sendo formatado até chegar à sua versão final com a adequação da tela de entrada de dados e checagem automática de valores inválidos. Através de um recurso existente nesse programa computacional, conhecido como *validate*, foram detectadas inconsistências, bem como verificação da dupla entrada de dados, procedendo-se às correções indicadas.

4.4 Variáveis de estudo

4.4.1 Variável dependente

4.4.1.1 Transtornos mentais comuns

A avaliação da presença de TMC foi realizada nas duas fases, através da aplicação de um instrumento, já validado e amplamente utilizado em pesquisas nacionais e internacionais na área de saúde mental (GHQ-12/ General Health Questionnaire), para rastreamento de transtornos mentais comuns (MARI & WILLIAMS, 1985; ARAYA *et al.*, 1992; STANFED *et al.*, 1997; WALL *et al.*, 1997; BOWLING *et al.*, 1997). Esse instrumento foi validado na sua versão original (STANFELD &

MARMOT, 1992) e na versão brasileira (MARI & WILLIAMS, 1985), tendo em ambos os casos o Clinical Interview Schedule (GOLDBERG & BLACKWELL, 1970) como padrão-ouro.

Os respondentes avaliam cada item de acordo com o grau em que experimentaram cada sintoma nos quinze dias anteriores ao preenchimento do questionário. Cada item apresenta quatro respostas categóricas (menos que o costume, não mais do que o costume, mais do que o costume e muito mais que o costume). O método tradicionalmente utilizado pelo General Health Questionnaire para avaliação de TMC é baseado na escala bi-modal (0-0-1-1) ou Likert (0-1-2-3) e considera cada item como presente ou ausente (0 ou 1). O ponto de corte de 3, do método GHQ (GOLDBERG & WILLIAMS, 1988), considera como casos de TMC os indivíduos com 3 ou mais respostas positivas dos 12 itens componentes. O uso do GHQ-12 é apropriado para a avaliação de transtornos mentais comuns como uma dimensão contínua, bem como uma variável binária (casos e não-casos).

Desde o seu surgimento em 1970, o GHQ tornou-se um dos principais questionários auto-preenchíveis utilizados para avaliar transtornos mentais não psicóticos na comunidade. Originalmente com 60 itens, foram desenvolvidas versões reduzidas de 30, 28, 20 e 12 itens (DONATH, 2001).

O GHQ-12 foi escolhido por se tratar de um instrumento simples (poucos itens), auto-preenchível e de fácil compreensão quanto ao enunciado da pergunta e possibilidades de resposta. Este questionário cobre períodos de tensão, depressão, incapacidade de luta, enfrentamento, insônia de fundo ansioso, falta de confiança e outros problemas psicológicos (WALL *et al.*, 1997). Vale ressaltar que este instrumento não tem como objetivo identificar transtornos mentais como categorias nosológicas (diagnósticos), mas sim o de ser utilizado como um instrumento de rastreamento para transtornos mentais comuns.

4.4.2 Variável independente

4.4.2.1 Autopercepção do peso corporal

A autopercepção do peso corporal foi avaliada através da seguinte pergunta: “Em relação ao peso que você acharia ideal para você, como você classificaria o seu peso atual?”. As respostas foram mantidas na sua categorização original em 5

níveis: “Muito acima do ideal”; “Um pouco acima do ideal”; “Ideal”; “Um pouco abaixo do ideal”; “Muito abaixo do ideal”.

4.4.3 Co-variáveis

4.4.3.1 Variáveis sócio-demográficas

Idade – variável construída a partir da diferença entre a data da pesquisa e a data de nascimento. Esta variável foi constituída em anos completos nas seguintes categorias:

- 1- 20-29 anos
- 2- 30-39 anos
- 3- 40-49 anos
- 4-50-59 anos

Estado conjugal - Variável re-agrupada nas seguintes categorias:

- 1- Casado(a)
- 2- Separado(a), Divorciado(a), Viúvo(a)
- 3-Solteiro

Escolaridade - Variável re-agrupada em 4 categorias:

- 1- 1º grau incompleto;
- 2- 1º grau completo (1º grau completo + 2º grau incompleto);
- 3- 2º grau completo (2º grau completo + 3º grau incompleto);
- 4- 3º grau completo (3º grau completo ou mais).

Raça - Variável apresentada de duas formas:

ARTIGO 1- variável construída a partir da auto-classificação do indivíduo em uma das categorias utilizadas pelo IBGE, descritas a seguir:

- Preta
- Parda
- Branca
- Amarela
- Indígena

Considerando o pequeno número de indivíduos classificados como amarelos e indígenas, estes foram excluídos do estudo.

ARTIGO 2- Variável construída a partir de uma questão aberta no qual o próprio indivíduo classificava sua cor ou raça. As nove categorias geradas foram agregadas da seguinte forma:

- Negros (preto, negro, africano)
- Pardos (pardos, mulato, moreno, miscigenado)
- Branco

Renda domiciliar *per capita* (salários mínimos)– Construída a partir da razão entre a renda total da família e o número de pessoas que dependiam da renda. Os resultados foram expressos em salários mínimos que representavam na ocasião da pesquisa R\$180,00 e categorizado em quartis.

Variáveis antropométricas

Massa corporal e estatura

Na fase 1 do estudo, as aferições de massa corporal e de estatura foram realizadas pelos próprios aplicadores. Na fase 2 estas medidas foram realizadas por nutricionistas. Em ambas as fases, entretanto, as equipes foram treinadas para a tomada de medidas de acordo com a técnica descrita por Habicht (1974). Cada funcionário teve suas medidas (massa corporal e estatura) aferidas após o preenchimento do questionário.

A medida de massa corporal foi realizada por meio de balanças eletrônicas portáteis, da marca Kratos-cas, modelo Línea, com capacidade máxima de 150kg e 50g de precisão, sendo a medida registrada em quilogramas. A balança foi colocada em local plano e os participantes tiveram sua massa corporal aferida sem o uso de sapatos e agasalhos e com os bolsos vazios.

A estatura foi aferida com o participante em posição ereta, os braços estendidos para baixo e os pés unidos e encostados à parede. A estatura foi medida através de fita métrica inelástica, com 150 cm de capacidade e 1 cm de precisão, fixada com auxílio de prumo à parede sem rodapé, a um ponto distante 50 cm do chão. No momento da aferição foi utilizado um esquadro de madeira colocado rente à cabeça.

Índice de Massa Corporal (IMC)- Variável contínua obtida através fórmula Kg/m^2 constituída valores de massa corporal e estatura aferidos na pesquisa, sendo categorizado segundo a classificação proposta pela Organização Mundial de saúde descrita a seguir (WHO, 1997).

Baixo peso - IMC <18,5 Kg/m^2

Eutrofia- IMC entre 18,5- 24,99 Kg/m^2

Sobrepeso- IMC entre 25,00-29,99 Kg/m^2

Obesidade – IMC >30,00 Kg/m^2

Alteração de peso- Variável contínua construída a partir da diferença de dados de massa corporal aferidos nas duas avaliações da pesquisa.

Análise dos dados

A análise estatística dos dados foi realizada utilizando-se o programa computacional Stata Statistical Software- versão 7.0 (Stata Corp., 2001). Todas as análises foram estratificadas por sexo.

Artigo 1

Avaliou-se a incidência de TMC em 2001 em função da autopercepção corporal em 1999. Na análise bivariada, a significância das associações com a variável dependente foi avaliada através do teste qui-quadrado de Pearson (para as variáveis dicotômicas). Nesta etapa foram consideradas estatisticamente significativas todas as variáveis que se associaram à incidência de transtornos mentais comuns com um valor de p menor ou igual a 0,20 ou que apresentavam plausibilidade biológica.

Seqüencialmente, a associação entre incidência de TMC e a autopercepção corporal foi avaliada por regressão linear generalizada, estimando-se os *riscos relativos* (RR) brutos e ajustados e os respectivos intervalos de confiança em um nível de significância de 5% (IC95%).

As variáveis sócio-demográficas analisadas como potenciais fatores de confusão foram: sexo, cor, idade, escolaridade, renda, situação conjugal, IMC na linha de base e alteração de peso no seguimento.

Como possíveis modificações do peso corporal entre as duas fases, poderiam alterar a autopercepção do peso, na modelagem incluiu-se o IMC na linha de base e a alteração ponderal entre as duas fases. Com esta estratégia de ajuste pretende-se excluir possíveis modificações da autopercepção do peso em função das variações da massa corpórea.

Optou-se pelo modelo log-binomial, pois embora o uso do *odds ratio* esteja absolutamente correto (BARROS & HIRATA, 2003), em estudos onde a incidência é elevada, os resultados ficam superestimados por essa medida de efeito (SCHIAFFINO *et al.*, 2002). Conseqüentemente, interpretar o *odds ratio* como sendo equivalente ao risco relativo é inadequado, não somente pela possibilidade de superestimação, mas também porque o controle dos fatores de confusão e o ajuste para interação podem não ser apropriadamente controlados (BARROS & HIRATA, 2003).

Diversas alternativas foram discutidas na literatura para a análise de resultados binários em estudos seccionais (ou longitudinais), a maneira a mais simples deve transformar os *odds ratios* obtidos na regressão logística em razões de prevalência ou nos riscos relativos dependendo do desenho de estudo. As alternativas exploradas na literatura epidemiológica são a regressão de Cox, a regressão log-binomial (um modelo linear generalizado com uma função logarítmica da ligação e distribuição binomial), a regressão de Poisson (SCHIAFFINO *et al.*, 2002; BARROS E HIRAKATA, 2003).

Artigo 2

Apesar da ampla utilização da estatística Kappa ponderado, limitações têm sido apontadas tais como: sua dependência em relação à prevalência da característica em estudo e perda de informação quando a concordância é resumida através de uma única medida (MAY,1994; GRAHAM E JACKSON, 1993; SILVA E PEREIRA, 1998).

Diante dessas limitações, modelos estatísticos log-lineares foram propostos por identificar, com maior clareza, os padrões de concordância e discordância presentes nos dados (MAY,1994) especificando o tipo e a estrutura de concordância encontrada (SILVA E PEREIRA,1998; GRAHAM E JACKSON, 1993).

Quando duas observações independentes de uma variável ordinal as informações obtidas podem ser representadas em uma tabela de contingência, onde cada célula da tabela corresponde ao número de observações associado a um dado par da observação. A investigação da estrutura da concordância/discordância dos dados consiste em estudar, na tabela de contingência, as freqüências que constituem a concordância perfeita da diagonal principal e avaliar, além dessa, as associações entre as avaliações presentes nos dados (SILVA E PEREIRA, 1998).

No processo de construção dos modelos log-lineares, primeiro adota-se um modelo de referência (modelo de independência – descrito a seguir), analisando-se seqüencialmente outros modelos. O que apresentar melhor ajuste Qui-quadrado da razão de verossimilhança (G^2) é o modelo escolhido, indicando,

então, padrões de concordância/discordância existente nos dados (MAY, 1994). Análises cuidadosas dos resíduos dos modelos são realizadas, buscando melhorar o ajuste. Os modelos utilizados nessa investigação são os seguintes (MAY, 1994 ; SILVA & PEREIRA, 1998; GRAHAM & JACKSON, 1993).

- a) Modelo 1 - **Independência**: a suposição feita nesse modelo é de que há independência (ausência de associação) entre as duas informações. Nesse caso, não há nenhum tipo de concordância. Esse modelo é, em geral, tomado como comparação para os outros modelos testados.

$$\log m_{ij} = \lambda + \lambda_i^A + \lambda_j^B$$

- b) Modelo 2 – **Concordância Diagonal**: nesse modelo a concordância será investigada por meio de parâmetro que traduz a concordância perfeita (diagonal principal da tabela), enquanto a concordância parcial é pesquisada por meio de parâmetro que traduz os elementos fora da diagonal principal. Esse modelo supõe que, havendo discordâncias entre as observações, essas ocorreram aleatoriamente.

$$\log m_{ij} = \lambda + \lambda_i^A + \lambda_j^B + \delta(i, j)$$

$$\text{onde: } \delta(i, j) = \begin{cases} \delta, \text{ se, } i = j \\ 0, \text{ se, } i \neq j \end{cases}$$

- c) Modelo 3 – **Associação Linear por Linear**: uma vez que o modelo anterior parte do princípio que, havendo discordância entre duas observações, essas avaliações ocorreram de maneira independente (ao acaso), esse modelo não é adequado quando a escala utilizada é do tipo ordinal. Nesse caso, espera-se que exista uma associação significativa entre as variáveis. Assim, pressupõe-se que mesmo quando não são idênticas, pontuações altas registradas em uma variável tendem a se relacionar com altas pontuações na outra. O mesmo tipo de relação ocorre entre baixas pontuações.

$$\log m_{ij} = \lambda + \lambda_i^A + \lambda_j^B + \beta u_i u_j$$

- c) **Modela 4 – Concordância mais Associação Linear por Linear:** O modelo de associação linear por linear apresenta, como limitação, o fato de não incluir nenhum parâmetro relacionado à diagonal principal. Construiu-se então esse modelo que combina um parâmetro que mede a concordância (diagonal principal) e outro parâmetro que reflete a tendência de que altas (ou baixas) categorias de uma variável estejam associadas com as altas (ou baixas) da outra.

$$\log m_{ij} = \lambda + \lambda_i^A + \lambda_j^B + \beta u_i u_j + \delta(i, j)$$

$$\text{onde: } \delta(i, j) = \begin{cases} \delta, & \text{se, } i = j \\ 0, & \text{se, } i \neq j \end{cases}$$

- d) **Modelo 5 – Quase-independência:** esse modelo pressupõe independência das informações fora da diagonal principal. Nesse caso, ignorando-se a diagonal principal, não haverá associação entre variáveis.

$$\log m_{ij} = \lambda + \lambda_i^A + \lambda_j^B + \delta(i, j)$$

$$\text{onde: } \delta(i, j) = \begin{cases} \delta, & i = j, i = 1, \dots, I \\ 0, & i \neq j, i = 1, \dots, I \end{cases}$$

- f) **Modelo 6 – Parâmetros triangulares:** nesse caso, se os termos da diagonal principal são ignorados, a tabela de contingência fica constituída por dois triângulos (abaixo e acima da diagonal principal). Esse modelo é útil para avaliar situações onde observações fora da diagonal principal tendem a ser sistematicamente maiores (ou menores) numa variável do que na outra.

$$\log m_{ij} = \lambda + \lambda_i^A + \lambda_j^B + \delta(i, j)$$

$$\text{onde: } \delta(i, j) = \delta_i^+ \text{ caso } i = j \text{ caso contrário, } \delta_{ij} = 1$$

- g) **Modelo 7- Semi-associação-** Combina os modelos de associação linear por linear e semi-independência, de modo que há padrões diferenciados de concordância entre as categorias da diagonal principal e, além desta há correspondência de escores altos/baixos entre duas variáveis.

$$\log m_{ij} = \lambda + \lambda_i^A + \lambda_j^B + \beta u_i u_j + d(i, j)$$

onde: $\delta(i, j) = \delta_i \text{ caso } i - j \text{ caso contrário, } \delta_{ij} = 1$

4.5 Limitações do estudo

Como a medida de autopercepção do peso corporal só foi realizada na fase 1 do estudo, em 1999, a ausência de dados desta variável na fase 2, não permitiu que se avaliasse a direcionalidade dos eventos, ou seja, que a presença de TMC poderia ser fator de risco para que o indivíduo se classifique fora do peso ideal. Preferencialmente, três ou mais ondas de acompanhamento que contivessem medidas de autopercepção do peso corporal e de transtornos mentais comuns seriam necessárias para avaliar a direcionalidade da associação.

Além disso, por se tratar de um instrumento para rastreamento de transtornos mentais menores na população, o GHQ-12 é sensível a mudanças recentes no estado mental dos indivíduos não representando diagnóstico psiquiátrico. Desse modo, alguns “diagnósticos” falso-positivos podem ser incluídos no estudo, ou seja, indivíduos com transtornos psicológicos transitórios, podendo trazer como consequência um aumento de TMC nesta população. No entanto, Lopes *et al* (2003) apontam que a prevalência de TMC na população do Pró-Saúde apresentou valores próximos aos identificados em outros estudos de base populacional em população de trabalhadores sugerindo que o GHQ-12 com os pontos de corte adotados é um instrumento adequado para ser utilizado na avaliação de TMC nessa população.

Destaca-se ainda, a possibilidade de ocorrência de um quadro subclínico que não pode ser medido. Embora o delineamento longitudinal seja o mais adequado para o presente estudo, considerando a complexidade dos dois fenômenos, não há como eliminar a possibilidade de coexistência de medida.

4.6 Aspectos éticos

Confidencialidade das informações

Os questionários foram identificados através de numeração cuja ligação ao nome do funcionário será de conhecimento exclusivo da coordenação da pesquisa. Os dados serão analisados de forma agregada, garantindo-se que os nomes dos

participantes jamais farão parte de relatórios ou artigos científicos que venham a ser divulgados.

Recrutamento de participantes e consentimento informado

A adesão ao seguimento foi voluntária, esclarecendo-se aos funcionários que nenhum tipo de penalidade seria aplicada aos que não desejarem participar. A adesão foi estimulada por estratégias de sensibilização como cartas, cartazes, mensagens em contracheques e correio eletrônico, e matérias nos diversos boletins da universidade. Após esclarecimentos sobre a pesquisa, foi solicitada leitura e assinatura do Termo de Consentimento. Toda a equipe envolvida na pesquisa também assinou um Termo de Sigilo, em que se comprometiam a não divulgar quaisquer informações contidas nos questionários. Este procedimento foi realizado em ambos os Censos, 1999 e 2001.

Riscos Potenciais

O estudo não envolveu riscos físicos, sociais ou legais aos participantes, embora dados a respeito de questões consideradas sensíveis tenham sido coletados (consumo de bebidas alcoólicas, uso de medicamentos, diagnóstico de doenças, entre outros). Assim, pode-se considerar que questões íntimas foram incluídas, ensejando risco psicológico e invasão de privacidade de pequena monta, na maior parte dos casos. A garantia de confidencialidade das informações é a estratégia recomendada para lidar com essa situação, inerente a qualquer estudo com populações humanas.

5 CONCLUSÕES

Em conclusão, o presente estudo sugere não existir diferenças de gênero na associação entre a incidência dos transtornos mentais comuns segundo autopercepção do peso corporal. Os maiores riscos de desenvolvimento de transtornos mentais comuns foram observados entre aqueles indivíduos que se perceberam muito acima e um pouco acima do peso ideal, sugerindo que a baixa adiposidade é uma expectativa não só feminina, mas também masculina. Esses resultados entre os homens possivelmente foram verificados pelo fato da população de estudo apresentar-se uma faixa etária entre 30 a 49 anos, período em que o peso e a adiposidade tendem a aumentar.

O estudo aponta, ainda, para não existência de diferenças na concordância entre o IMC e a autopercepção do peso segundo raça nessa população. Isso se deve, possivelmente à grande miscigenação existente no Brasil, de modo que a expectativa social relacionada ao peso corporal é desenvolvida dentro de um contexto multiracial, rompendo a barreira protetora dos valores estéticos tradicionais. Foram identificadas diferenças de gênero observando-se uma maior concordância entre o IMC e a autopercepção do peso entre homens do que entre mulheres. Os resultados encontrados apontam para necessidade de se incluir a avaliação do peso corporal e de transtornos mentais comuns, não somente entre as mulheres mas também entre os homens, de modo a tornar mais eficazes as medidas de intervenção na área de saúde e nutrição.

REFERÊNCIAS

AGRESTI A. A model for agreement between ratings on an ordinal scale. *Biometrics* 1988; 44: 539-48.

ALMEIDA GAN, LOUREIRO SR, SANTOS JE. A imagem corporal das mulheres morbidamente obesas avaliadas através do desenho da figura humana. *Psicologia: Reflexão e Crítica* 2002; 15 (2): 283-292.

ALMEIDA-FILHO N. The psychosocial costs of development: labor, migration and stress in Bahia, Brazil . *Latin American Research Review* 1982; 17: 407-432.

ANDRADE, A; BOSI, M L M. Mídia e subjetividade: impacto no comportamento alimentar feminino. *Revista de Nutrição* 2003; 16 (1):117-125.

ARAÚJO DSMS, ARAÚJO CGS. Self-perception and dissatisfaction with weight does not depend on the frequency of physical activity. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* 2003; 80 (3): 243-249.

ARAYA R, WYNN R, LEWIS G. Comparison of two self-administered psychiatric questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in primary care in Chile. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1992; 27:168-173.

AREIAS MEQ, GUIMARÃES LAM. Gênero e estresse em trabalhadores de uma universidade pública do Estado de São Paulo. *Psicologia em Estudo* 2004, 9(2): 255-262.

ASSUNÇÃO SSM. Dismorfia Muscular. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2002; 24 (supl.3): 80-84.

BALL K, KENARDY J. Body weight, body image and eating behaviors: relationships with ethnicity and acculturation in a community sample of young Australian women. *Eating Behaviors* 2002; 3:205-216.

BALLINGER CB, SMITH AHW, HOBBS PR. Factor Associated with Psychiatric Morbidity in Women - a General Practice Survey. *Acta Psychiatrica Scandinava* 1985; 71:272-280.

BARROS JD, HIRAKATA V. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Medical Research Methodology* 2003, 21(3):1-13.

BATISTA FILHO M, RISSIN A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. *Cadernos de Saúde Pública* 2003; 19 (supl.1): s181-s187.

BATURKA N, HORNSBY PP, SCHORLING JB. Clinical implications of body image among rural African American women. *J Gen Intern Med* 2000; 15: 235-241.

BAY-CHENG LY, ZUCKER AN, STEWART AJ, POMERLEAU CS. Weight concern and mental health at the intersection of gender and race. *Psychology of Women Quarterly* 2002; 26: 36-45.

BEBBINGTON PE, HURRY J, TENNANT C. Epidemiology of Mental Disorders in Camberwell. *Psychological Medicine* 1981; 11: 561-579.

BELEK I. Social class, income, education, area of residence and psychological distress: does social class have an independent effect on psychological distress in Antalya, Turkey? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2000; 35:94-101.

BHUIYAN AR, GUSTAT J, SRINIVASAN SR, BERENSON GS. Differences in body shape representation among young adults from a biracial (black-white), semirural community. *Am J Epidemiol* 2003;158: 792-797.

BLOWERS LC, LOXTON NJ, GRADY-FLESSER M, OCCHIPINTI S, DAWE S. The relationship between sociocultural pressure to be thin and body dissatisfaction in preadolescent girls. *Eating Behaviors* 2003; 4: 229-244.

BOERNER LM, SPILLANE NS, ANDERSON KG, SMITH GT. Similarities and differences between women and men on eating disorder. *Eat Behav* 2004; 5 (3): 209-22.

BOLTANSKI, L. As classes sociais e o corpo. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1989.

BOWLING, A. Measure of Psychological Well-Being. In: *Measuring Health: A review of quality of life measurements scales*. Philadelphia: Open University Press, 1997; 2^a Ed., p. 71-88.

BRASIL. Organização Pan Americana de Saúde. *A Saúde no Brasil*. Brasília: OPAS/OMS, 1998.

BUDDEBERG-FISHER B, KLAGHOFFER R, REED V. Associations between body weight, psychiatric disorders and body image in female adolescents. *Psychoter Psychosom* 1999; 68: 325-332.

BUSNELLO ED, LIMA BR, BERLOTE JM. Aspectos interculturais de classificação e diagnóstico. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 1983;32:207-10.

CACHELIN FM; REBECK RM, CHUNG G, PELAYO E. Does ethnicity influence body-size preference? A comparison of body image and body size. *Obesity Research* 2002;10 (3):158-166.

CAFRI G; THOMPSON JK. Measuring Male Body Image: A review of the current methodology. *Psychology of Men and Masculinity* 2004; 5 (1): 18-29.

CALDWELL MB, BROWNELL KD, WILFLEY DE. Relationship of weight, body dissatisfaction, and self-esteem in African American and white female dieters. *Int J Eat Disord* 1997;22(2):127-30.

CARADAS AA, LAMBERT EV, CHARLTON KE. An ethnic comparison of eating attitudes and associated body image concerns in adolescent South African schoolgirls. *J Hum Nutr Dietet* 2001; 14: 111-120.

CASH TF, MORROW TFC, HRABOSKY JI, PERRY. How has body image changed? A cross section investigation of college women e men from 1983 to 2001. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2004; 72 (6): 1081-1089.

CHANG VW, CHRISTAKIS NA. Self-perception of weight appropriateness in the United States. *Am J Prev Med* 2003; 24 (4):332-339.

CHANG VW, CHRISTAKIS, NA. Extent and determinants of discrepancy between self-evaluation of weight status and clinical standards. *J Gen Intern Med* 2001;16: 538-543.

CHOR D, FAERSTEIN E, KAPLAN GA, LYNCH J, LOPES CS. Association of weight change with ethnicity and life course socioeconomic position among Brazilian civil servants. *International Journal of Epidemiology* 2004; 33:100-106.

CITELI MT. Fazendo diferenças: teoria sobre gênero, corpo e comportamento. *Revista Estudos Feministas* 2001; 9(2):131-145.

COSTA DM. Introdução ao planejamento para o gênero: um guia prático. Rio de Janeiro: IBAM, Fundação Ford, 1997.

COUTINHO ESF, ALMEIDA FILHO N, MARI JJ, RODRIGUES L. Gender and Minor Psychiatric Morbidity: results of a case-control study in developing country. *The International Journal of Psychiatry in Medicine* 1999; 29 (2): 197-208.

COUTINHO, E.S.F. Fatores sócio-demográficos e Morbidade Psiquiátrica Menor: Homogenidade ou Heterogenidade? Tese de doutorado. Universidade Federal da Bahia, 1995.

CRAWFORD D, CAMPBELL K. Lay definitions of ideal weight and overweight. *International Journal of Obesity* 1999; 23:738-745.

CULLARI S, ROHRER JM, BAHM C. Body image perceptions across sex and age groups. *Perceptual and Motor Skills* 1998; 87: 839-847.

DAVISON KK, MARKEY CN, BIRCH LL. Etiology of body dissatisfaction and weight concerns among 5-year-old girls. *Appetite* 2000; 35: 143-151.

DEMAREST J, LANGER E. Perception of body shape by underweight, average and overweight men and women. *Perceptual and Motor Skills* 1996; 83:569-570.

DOLLAN BM, BIRTCHNELL SA, LACEY JH. Body image distortion in non-eating disordered women and men. *Journal of Psychosomatic Research* 1987; 31(4): 513-20.

DONATH S. The validity of the 12-item General Health Questionnaire in Australia: a comparison between three scoring methods. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2000, 35: 231-235.

DONATH SM. Who's overweight? Comparison of the medical definition and community views. *MJA* 2000; 172: 375-377.

DREWNOWSKI A, YEE DK. Men and body image: are males satisfied with their body weight? *Psychosomatic Medicine* 1987; 49:626-634.

DUNCAN GE, ANTON SD, NEWTON RL, Perri MG. Comparison of perceived health to physiological measures of health in black and white women. *Preventive Medicine* 2003; 36:624-628.

DURKIN SJ, PAXTON SJ. Predictors of vulnerability to reduced body image satisfaction and psychological wellbeing in response to exposure to idealized female media images in adolescent girls. *Journal of Psychosomatic Research* 2002; 53: 995-1005.

DUTTON GR, MARTIN PD, BRANTLEY PJ. Ideal weight goals of african-american women participating in a weight management program. *Body Image* 2004; 305-310.

EATON, W.W. Progress in the epidemiology of anxiety disorders. *Epidemiologic Reviews* 1995; 17 (1): 32-38.

EPI-INFO 6.0. Centers for Disease Control and prevention (CDC). Release 6.04. WHO: Geneva, 1997.

FAERSTEIN E, LOPES CS, VALENTE K, PLA MA, FERREIRA B. Pré-testes de um questionário multidimensional autopreenchível: A experiência do estudo Pró-Saúde. *Physis* 1999; 9: 117-130.

FALLON A. Culture in the mirror: Sociocultural determinants of body image. In: Cash TF, Pruzinsky T. *Body image: Development, deviance and change*. New York: Guilford Press 1990.

FALLON AE, ROZIN P. Sex differences in perceptions of desirable body shape. *Journal of Abnormal Psychology* 1985; 94 (1):102-105.

FATIMAH A, IDRIS MN, ROMZI MA, FAIZAH H. Perception of body weight status among office workers in two government departments in Kuala Bampur. *Mal J Nutr* 1995; 1: 11-19.

FEINGOLD A, MAZZELLA R. Gender differences in body image are increasing. *Psychological Science* 1998; 9:190-195.

FINLAY-JONES R A, BURVILL PW. The prevalence of minor psychiatric morbidity in the community. *Psychological Medicine* 1977; 7: 475-489.

FISCHLER C. Obeso benigno, obeso maligno. In: Sant'Anna DB, (org). *Políticas do corpo: elementos para uma história das práticas corporais*. 1995; SP: Estação Liberdade.

FITZBORN ML, BLACKMAN LR, AVELLONE ME. The relationship between body image discrepancy and body mass index across ethnic groups. *Obesity Research* 2000; 8:582-589.

FITZGIBBON ML, BLACKMAN LR, AVELLONE, ME. The relationship between body image discrepancy and body mass index across ethnic groups. *Obesity Research* 2000; 8: 582-589.

FONSECA VM, SICHIERI R, VEIGA GV. Fatores associados à obesidade em adolescentes; *Revista de Saúde Pública* 1998; 32(6):.541-9.

FONTAINE KL. The conspiracy of culture. Women's issues in body size. *Nurs. Clin. North Am* 1991; 26 (3): 669-76.

FORBES GB, DOROSZEWICZ K, CARD K, ADAMS- CURTIS L. Association of the thin body ideal, ambivalent sexism and self-esteem with body acceptance and the preferred body size of college women in Poland and the United States. *Sex Roles* 2004; 50: 331-345.

FRANKO DL, STRIEGEL-MOORE RH. The role of body dissatisfaction as a risk factor for depression in adolescent girls. Are the differences black and white? *Journal of Psychosomatic Research* 2002; 53: 975-983.

FREEDMAN REK, CARTER MM, SBROCCO T, GRAY JJ. Ethnic differences in preferences for female weight and waist-to-hip ratio: A comparison of African-American and White American college and community samples. *Eating Behaviors* 2004; 5:191-198.

FURNHAM A, BAGUMA P. Cross-cultural differences in the evaluation of male and female body shapes. *Int. J Eating Disorders* 1994; 15 (1): 81-89.

GARNER DM, GARFINKEL PE. Sociocultural factors in development of anorexia nervosa. *Psychol Med* 1980; 10: 647-56.

GISPERT R, RAJMIL L, SCHIAFFINO A, HERDMAN M. Sociodemographic and health related correlates of psychiatric distress in a general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003; 38: 677-83.

GOLDBERG EL, BLACKWELL B. Psychiatric illness in general practice. A detailed study using a new method of case identification. *British Medical Journal* 1970; 439-443.

GOLDBERG D, WILLIAMS P. A user's guide to the general Health Questionnaire. NFER-Nelson, 1998.

GOLDBERG EL, HUXLEY E. *Common mental disorders: a biosocial model*. London: Routledge, 1992.

GOLDENBERG M, RAMOS MS. NA civilização das formas: O corpo como valor. In: GOLDBERG M. *Nu & Vestido: Dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca*. SP: Ed. Record, 2002, P. 19-40.

GOMES, R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão: *Ciência e Saúde Coletiva* 2003, 8(3): 825-829.

GORDON-LARSEN P, ADAIR LS, POPKIN BM. The relationship of ethnicity, socioeconomic factors and overweight in US adolescent. *Obesity Research* 2003; 11(1): 121-129.

GRAHAM P, JACKSON R. The analysis of ordinal agreement data: beyond weighted kappa *J Clin Epidemiol* 1993; 46 (9): 1055-1062.

GRIEP RH, CHOR D, FAERSTEIN E, LOPES C. Confiabilidade teste reteste dos aspectos da rede social no Estudo pró Saúde. *Revista de Saúde Pública* 2003; 37 (3): 379-85.

- GRIEP RH, CHOR D, FAERSTEIN E, LOPES C. Social support: scale test-retest reliability in the Pró-Saúde Study. *Cadernos de Saúde Pública* 2003;19 (2) :625-631.
- GROESZ LM, LEVINE MP, MURNEN SK. The Effect of Experimental Presentation of Thin Media Images on Body Satisfaction: A Meta-Analytic Review. *International Journal of Eating Disorders* 2002; 31:1-16.
- GROGAN, S; WAINWRIGHT, N. Growing up in the culture of slenderness. *Women's Studies International Forum* 1996; 19 (6): 665-73.
- GUARALDI GP, ORLANDI E, BOSELLI P, TARTONI PL. Body size perceptions and dissatisfaction in female subjects of different ages. *Psychoter Psychosom* 1995; 64:149-155.
- GUTIÉRREZ- FIZAC JL, GARCIA EL, RODRIGUEZ-ARTALEJO F, BANEGAS JRB; GUALLAR-CASTILLÓN P. Self-perception of being overweight in Spanish adults. *European Journal of Clinical Nutrition* 2002; 56:866-872.
- GUZMÁN, LMR; GARCIA,RR. Percepción de la imagen corporal, índice de massa corporal y sobrepeso en estudiantes universitarios del sudeste. *Revista Mexicana de Pediatría* 2001; 6 (4):135-138.
- HALPERN A , MATOS AFG, SUPPLY HL, MANCINI MC, ZANELLA, MT. *Obesidade*. SP: Ed. Lemos, 1998.
- HEILBORN ML & SORJ B. *Estudos de gênero no Brasil*, p. 183-221, 1998.
- IACOPONI E. *The detection of Emotional Disorders by Primary Care Physicians: A study in São Paulo, Brazil*, University of London, UK, 1989.
- IRVING, LM. Mirror images: effects of the standard of beauty on the self and body esteem of women exhibiting varying levels of bulimic symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology* 1990; 9: 230-242.
- JENKINS R. Sex differences in minor psychiatric morbidity. *Psychological Medicine* 1985, supplement 7: 1-53.

KAPLAN SL, BUSNER J, POLLAC S. Perceived weight, actual weight and depressive symptoms in a general adolescent sample. *International Journal of Eating Disorders* 1988; 7: 107-113.

KJELSAS E, AUGESTAD LB, FLANDERS D. Screening of males with eating disorders. *Eat Weight Disord* 2003; 8 (4) 304-10.

KLERMAN, G & WEISSEMAN, M. Continuities and discontinuities in anxiety disorders. In: Willian, P; Wilkinson, G; Rawnsley, K. *The scope of epidemiological psychiatry*. Routledge, London, 1989.

KRAUSS PL. Body Image, decision making and breast cancer treatment. *Cancer Nursing* 1999; 22(6): 421-427.

LABRE MP. Adolescent boys and muscular male body ideal. *Journal of Adolescent Health* 2002; 30: 233-42.

LAKE AJ, STAIGER PK, GLOWINSKI H. Effect of Western culture on women's attitudes to eating and perceptions of body shape. *International Journal of Eating Disorders* 2000; 27(1): 83-9.

LANDIS JR, KOCH GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977; 33: 159-74.

LEWIS G. Overbias in the assessment of anxiety and depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1991; 26:265-272.

LIMA MS. Epidemiologia e impacto social. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 1999; 21: ST I- ST5.

LIMA MS, BÉRIA JU, TOMASI E, CONCEIÇÃO AT, MARI JJ. Stressful life events and minor psychiatric disorders: an estimate of the population attributable fraction in a Brazilian community-based study. *Int J Psychiatry Med* 1996;26:213-24.

LISNER L. Psychosocial aspects of obesity: Individual and societal perspectives. *Scandinavian Journal of Nutrition* 1997; 41: 75-79.

LOPES CS, FAERSTEIN E, CHOR D. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do estudo pró-saúde. *Cadernos de Saúde Pública* 2003; 19 (5): 1713-1720.

LUDERMIR AB, MF. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas à transtornos mentais comuns. *Revista de Saúde Pública* 2002; 36 (2):213-221.

MADRIGAL-FRITSCH H, IRALA-ESTÉVEZ J, MARTINEZ-GONZALEZ MA, KEARNEY J, GIBNEY M, MARTINEZ-HERNÁNDEZ JA. Percepción de la imagen corporal como aproximación cualitativa al estado de nutrición. *Salud Publica de México* 1999; 41(6):479-485.

MAIO MC, MONTEIRO S, CHOR D, FAERSTEIN E, LOPES, CS. Cor/raça no Estudo Pró-Saúde: resultados comparativos de dois métodos de autoclassificação no Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2005, 21(1): 171-180.

MARI JJ, WILLIAMS P. A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using Relative Operating Characteristic (ROC) analysis. *Psychological Medicine* 1985; 15: 651-659.

MARI JJ. *Minor Psychiatric Morbidity in Three Primary Care Clinics in the City of São Paulo*; Institute of Psychiatry, University of London, UK, 1986.

MAY SM. Modelling observer agreement- an alternative to kappa. *J Clin Epidemiol* 1994; 47(11):1315-1324.

MC CABE MP, RICCIARDELLI LA. Body image dissatisfaction among males across lifespan: A review of past literature. *Journal of Psychosomatic Research* 2004; 56:675-685.

MC CARTHY M. The thin ideal, depression and eating disorders in women. *Behav Res Ther* 1990; 28 (3):205-215.

MC FARLANE T, MC CABE RE, JARRY J, OLMSLED MP, POLIVY J. Weight related and shape related self evaluation in eating disordered and non eating disordered women. *Int J Eat Disord* 2001; 29: 328-335.

Mc LAREN L, GAUVIN L. Does the “average size” of women in the neighborhood influence a woman’s likelihood of body dissatisfaction? *Health & Place* 2003; 9: 327-335.

MC LAREN L, HARDY R, KUH D. Women’s body satisfaction at midlife and lifetime body size: a prospective study. *Health Psychology* 2003; 22(4):370-377.

MC LAREN L, KUH D. Women’s body dissatisfaction, social class and social mobility. *Social Science & Medicine* 2004; 58:1575-1584.

MELZER D, BUXTON J, VILLAMIL E. Decline in common mental disorder prevalence in men during the sixth decade life: Evidence from the National Psychiatric Morbidity Survey. *Soc Psychiatr Epidemiol* 2004, 39: 33-38.

MENDONÇA CP, ANJOS LA. Aspectos das práticas alimentares e atividade física como determinante do crescimento do sobrepeso e obesidade no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2004; 20 (3): 698-709.

MEYERS P, BIOCCA F. The elastic body image: the effect of television advertising and programming on body image distortions in young women. *Journal of Communications* 1992; 42: 108-131.

MILLER KJ, GLEAVES DH, HIRSCH TG, GREEN BA, SNOW AC, CORBETT CC, Comparisons of body image dimensions by race/ethnicity and gender in a university population. *International Journal of Eating Disorders* 2000;27:310-16.

MINER-RUBINO K, TWENGE JT, FREDRICKSON BF. Trait self-objectification in women:Affective and personality correlates. *Journal of Research in Personality* 2002; 36: 147-172.

MITCHEL KS, MAZZEO SE. Binge eating and psychological distress in ethnically undergruade men and women. *Eating Behaviors* 2004; 5: 157-169.

MIZES JS, HEFFNER M, MADISON JK, VANARDO-SULLIVAN P. The Validity of subjective measures of body image disturbance. *Eating Behaviors* 2004; 5:55-66.

MONTEIRO CA, CONDE WL. Evolução da obesidade nos anos 90: a trajetória da enfermidade segundo estratos sociais no Nordeste e Sudeste do Brasil. In: Monteiro

CA. (org.). Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças. 2ª ed. aumentada. São Paulo: Hucitec/NUPENS-USP.,2000. p. 421-31.

MONTEIRO CA, WOLNEY LC, CASTRO IRR. A tendência cambiante da relação entre escolaridade e risco de obesidade no Brasil (1975-1997). Cadernos de Saúde Pública 2003; 19 (supl.1):s67-75.

MONTEIRO, AC. Espelho, espelho meu:...percepção corporal e categorização nosográfica do transtorno dismórfico corporal.. Dissertação de mestrado em ciências na área de saúde pública. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2003

MORAES DEB. O adolescente e a percepção de seu corpo: satisfação com a imagem corporal, estado nutricional e uso de dietas restritivas. [tese de doutorado]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina; 2001.

MORAES MLQ. Usos e limites da categoria gênero. Cadernos Pagu 1998; 11: 99-105.

MORGAN CM, AZEVEDO AC. Aspectos Socioculturais. In: NUNES MAA, APPOLINÁRIO JC, ABUCHAIM ALG, COUTINHO W. Transtornos alimentares e obesidade. Porto Alegre: Artmed; 1998, p.86-96.

MORROW JA, CASH TF, HRABOSKY JI, PERRY, AA. How has body image changed? A cross-seccional investigation of college women and men from 1983 to 2001. Journal of Consulting and Clinical Psychology 2004; 72(6):1081-1089.

MURNEN SK, SMNOLAK L, MILLS JA, GOOD L. Thin, sexy women and strong muscular men: grade school children's responses to objectified images of women and men. Sex Roles 2004; 29: 427-437.

MYERS A, ROSEN JC. Obesity Stigmatization and coping: relation to mental health symptoms, body image and self-esteem. International Journal of Obesity 1999; 23: 221-230.

NEUMARK- SZTAINER D, CROLL J, STORY M, HANNAN PJ, FRENCH AS, PERRY, C. Ethnic/ racial differences in weight related concerns and behaviors among adolescent girls

and boys findings from project EAT. *Journal of Psychosomatic Research* 2002, 53: 963-974.

NEWMAN, D. *Sociology*. London: Sage publications (2000).

NICHOLSON L. Interpretando gênero. *Revista Estudos Feministas* 2000; 2: 9-42.

NICHOLSON, L. Interpretando o gênero. *Estudos Feministas* 2000; 8 (2):9-41.

NUNES MA, OLINTO MTA, BARROS FC, CAMEY S. Influência da percepção de peso e do índice de massa corporal nos comportamentos alimentares anormais *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2001; 23(1):21-7.

ODGEN J, EVANS C. The problem with weighing: effects on mood, self-esteem and body image. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorder* 1996; 20(3):272-277.

OLINTO MTA. Reflexões sobre o uso do conceito gênero e/ou sexo na epidemiologia: um exemplo nos modelos hierarquizados de análise. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 1998; 1 (2):161-169.

OLIVARDIA R, POPE HG, HUDSON JI. Muscle Dysmorphia in male weightlifters: A case-control study. *American Journal of Psychiatry* 2000; 157(8):1291-1296.

OLIVARDIA R, POPE HG, MANGWETH B, HUDSON JI. Eating disorders in college men. *American Journal of Psychiatry* 1995; 152, 1279-1285.

PADGETT J, BIRO FM. Different shapes in different cultures: body dissatisfaction, overweight and obesity in African-american and Caucasian females. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2003;16: 349-354.

PAERATAKUL S, WHITE MA, WILLIAMSON DA, RYAN DH, BRAY GA. Sex, race/ethnicity, socioeconomic status, and BMI in relation to self-perception of overweight. *Obesity Research* 2002; 10 (5):345-350.

PEARLSON GD, FLOURNOY LH, SIMONSON M, SLAVNEY PR. Body image in obese adults. *Psychological Medicine* 1981; 11:147-154.

PICCINELLI M, WILKINSON G. Gender differences in depression: critical review. *British Journal of Psychiatry* 2000; 177: 486-92.

PIMENTA, AM; COELHO, S; MARÇAL, KA; KAC, G; VELÁSQUEZ MELENDEZ, G. Avaliação da concordância entre a percepção do peso corporal e o diagnóstico antropométrico de sobrepeso em mulheres atendidas em um centro de saúde de Belo Horizonte. *Revista Mineira de Enfermagem* 2001; 5:7-12.

PINHAS L, TONER BB, ALI A, GARFINKEL PE, STUCKLESS N. The effects of the ideal of female beauty on mood and body satisfaction. *International Journal of Eating Disorders* 1999; 25(2): 223-226.

PINHEIRO RS, VIACAVA F, TRAVASSOS C, BRITO AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva* 2002;7(4): 687-707.

RAND CSW, WRIGHT BA. Thinner females and heavier males: Who says? A comparison of female to male ideal body sizes across a wide age span. *International Journal of Eating Disorders* 2001; 29: 45-50.

RICHINS, M. Social Comparison and the idealized images of advertising. *Journal of Consumer Research: An Interdisciplinary Quarterly* 1991; 18 (1): 71-83.

RIERDAN J, KOFF E. Weight, weight-related aspects of body image, and depression in early adolescent girls. *Adolescence* 1997; 32: 615-624.

ROBINSON TN, KILLEN JD, LITT IF, HAMMER LD, WILSON DM, HAYDEL KF, HAYWARD C, TAYLOR CB. Ethnicity and body dissatisfaction: are Hispanic and Asian girls at increased risk for eating disorders? *Journal of Adolescence Health* 1996; 19: 384-393.

ROBINSON TN, KILLEN JD, LITT IF, HAMMER LD, WILSON DM, HAYDEL KF, HAYWARD C, TAYLOR, CB. Ethnicity and body dissatisfaction: Are Hispanic and Asian girls at increased risk for eating disorders? *Journal of Adolescent Health* 1996, 19: 384-393.

RODIN J. Cultural and psychological determinants of weight concerns. *Ann Intern Med*, 1993; 119: 643-645.

RUBINSTEIN S, CABALLERO B. Is Miss America an undernourished role model? JAMA 2000;283 (22): 1569.

RUMPEL C, INGRAN DD, HARRIS TB, MADANS J. The association between weight change and psychological well-being in women. International Journal of Obesity 1994; 18: 179-83.

RUSSEL CJ, KEEL PK. Homosexuality as a specific risk factor for eating disorder. International Journal of Eating Disorder 2002; 31(3):428-34.

SAIKALI CJ, SOUBHIA CS, SCALFARO BM, CORDÁS TA. Imagem corporal nos transtornos alimentares. Revista Clínica de Psiquiatria 2004; 31 (4) 164-166.

SAMPEI MA, RIBEIRO LC, DEVINCENZI MV, SIGULEM, DM. Adolescência: Estado Nutricional, Práticas e distúrbios alimentares e atividade física. Compacta Nutrição 2002; 3(3), 7-18.

SÁNCHEZ-VILLEGAS A, MADRIGAL-FRITSCH H, MARTINEZ GONZALES MA, KEARNEY J, GIBNEY MJ, IRALA J, MARTINEZ, JA. Perception of body image as indicator of weight status in the European Union. J Hum Nutr Dietet 2001; 14: 93-102.

SANTOS, SM. Homicídios em Porto Alegre, 1996: análise ecológica de sua distribuição e contexto sócio-espacial. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1999. 133 p.

SANDS R. Reconceptualization of body image and drive for thinness. International Journal of Eating Disorders 2000; 28: 397-407.

SCHIAFFINO A, RODRIGUES M, PASSARIN MI, REGIDOR, BONEL C, FERNÁNDEZ E. Odds ratio o razón de proporciones? Gaceta Sanitária 2003; 17(1):70-4.

SCIACCA JP, MELBY CL, HYNER GC, BROWN AC, FEMEA PL. Body Mass Index and Perceived Weight Status in young adults. Journal of Community Health 1991;16(3):159-168.

SCOTT J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. Educação e Realidade. 1990; 16(2):5-22.

SCOTT, JW. A Gender and politics of History. *Cadernos Pagu* 1994; 3: 11-28.

SHIH MY, KUBO C. Body shape preference and body satisfaction in Tawanese college students. *Psychiatric Research* 2002; 11: 215-228.

SHUR EA, MARY S, STEINER H. Body dissatisfaction and dieting in young children. *International Journal of Eating Disorders* 2000; 27: 74-82.

SICHERI R. Dietary Patterns and Their Associations with Obesity in the Brazilian City of Rio de Janeiro. *Obesity Research* 2002; 10: 42-48.

SILVA AM. In: GRANDO JC. *A desconstrução do Corpo*. Blumenal: Edifurb, 2001.

SILVA EF, PEREIRA MG. Avaliação das estruturas de concordância/ discordância nos estudos de confiabilidade. *Revista de Saúde Pública* 1998; 32 (4): 383-93.

SILVA, LF. Saúde das mulheres: o gênero, determinante cultural de saúde. *Arquivos de Medicina* 1999; 13 (supl. 5): 31-34.

SIQUEIRA KS, APPOLINÁRIO JC, SICHERI R. Overweight, obesity and binge eating in a non-clinical sample of five Brazilian cities. Artigo submetido para a revista *Obesity Research*.

SMITH DE, THOMPSON JK, RACZYNSKI JM, HILNER JE. Body Image among men and women in a biracial cohort: The Cardia Study. *International Journal of Eating Disorders* 1999; 25: 71-82.

SNAITH P. Body Image Disorders. *Psychother Psychosom* 1992; 58:119-124.

SNOOKS MK, HALL SK,. Relationship of body size, body image and self-esteem in African-American, European-American and Mexican-American middle class women. *Health Care for Women International* 2002; 23: 460-466.

SOUZA MFM, SILVA, GR. Risco de distúrbios mentais menores em área metropolitana da região sudeste do Brasil. *Revista de Saúde Pública* 1998; 32(1): 50-8.

STANFELD SA, MARMOT MG. Social Class and minor psychiatric morbidity. A validate screening survey using the general health questionnaire in British Civil servants. *Psychological Medicine* 1992; 22: 739-749.

STANFELD SA, RAEL EG, SHIPLEY M et al. Social support and psychiatric sickness absence: A prospective study of British civil servants. *Psychological Medicine* 1997; 27: 35-48.

STATA STATISTICAL SOFTWARE. Stata Corporation, College Station, TX: Release, 7.0, 2001.

STUHLREHER W; RYAN W. Factors associated with distortion in body image perception in college women. *Am J Health Studies* 1999; 15 (1) 8-13.

SZABO CP. Playboy centrefolds and eating disorders from male to female pathology. *Safr Med J* 1996; 806(7): 838-9.

TAYLOR CB, SHARPE T, SHISLAK C, BRYSON S, ESTES LS, GRAY N, MCNIGHT KM, CRAGO M, KRAEMER HC, KILLEN JD. Factors Associated with Weight Concerns in Adolescent Girls. *Int. J. Eat. Disord* 1998; 24:31-42.

TERRY PC, LANE AM, WARREN L. Eating attitudes, body shape perceptions and mood of elite rowers. *J Sci Med Sport* 1999; 2(1): 67-77.

THOMPSON AM, CHAD KE. The relationship of pubertal status to body image, social physique anxiety and preoccupation with weight and nutritional status in young females. *Canadian Journal of Public Health* 2000; 91(3): 207-211.

THOMPSON JK. *Body image, eating disorders and obesity*. Washington, DC. American Psychological Association, 1996.

THOMPSON JK. *Body Image, Eating disorders and Obesity*. Washington D.C.: American Psychological Association, 1996.

THOMPSON SH, RAFIROIU AC, SARGENT RG. Examining gender, racial and age differences in weight concern among third, fifth, eighth and eleventh graders. *Eating Behaviors* 2003; 3: 307-323.

THORNTON B, MAURICE J. Physique contrast effect: adverse impact of idealized body images for women. *Sex Roles* 1997; 37: 433-439.

TIMMS D. Gender, social mobility and psychiatric diagnoses. *Soc Sci Med* 1998; 9:1235-1247.

TONIAL S. Desnutrição e obesidade: faces contraditórias na miséria e na abundância. Recife: IMIP; 2001. 189p.

TRAVASSOS C; WILLIAMS DR. The concept and measurement of race and their relationship to public health: a review focused on Brazil and the United States. *Cadernos de Saúde Pública* 2004; 20(3): 660-678.

VAITSMAN, J. Hierarquia de gênero e iniquidade em saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* 1994; 1(1).

VEGGI AB, LOPES CS, SICHIERI R, FAERSTEIN E. Body Mass Index, Body Weight Perception and Common Mental Disorders: Pró-Saúde Study. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2004; 26(4):242-247.

VILETE LMP, COUTINHO ESF, FIGUEIRA ILV. Confiabilidade da versão em português do inventário de fobia social (SPIN) entre adolescentes estudantes do município do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública* 2004; 20(1): 89-99.

VILLANO LAB, NANHAY ALG, MORAES LR, et al. Results from Rio de Janeiro Center. In: USTUN TB, SARTORIUS N. *Mental Illness in General Health Care: An International Study*. John Wiley & Sons:Chinchester, 1995.

VORACEK M, FISHER ML. Shapely centerfolds? Temporal change in body measures: trend analysis. *BMJ* 2002; 325: 21-28.

WADDEN TA, FOSTER GD, STUNKARD AJ, LINOWITZ JR. Dissatisfaction with weight and figure in obese girls: discontent but not depression. *International Journal of Obesity* 1989; 13:89-97.

WALL TD, BOLDEN RI, BORRILL CS, CARTER AJ, GOLYA DA, HARDY GE, HAUNES CE, RICK JE, SHAPIRO DA, WEST MA. Minor psychiatric disorder in NHS staff: occupational and gender differences. *Journal of Psychiatry* 1997; 171: 519-523.

WEICH S, SLOGGETT A, LEWIS G. Social roles and gender differences in the prevalence of common mental disorders. *British Journal of Psychiatry* 1998; 173: 489-493.

WHISENHUNT BL, WILLIAMSON DA. Perceived weight status in normal weight and overweight women. *Eating Behaviors* 2002; 3: 229-238.

WIEDERMAN MW, PRYOR TL. Body dissatisfaction, bulimia, and depression among women: The mediating role of drive for thinness. *International Journal of Eating Disorders* 2000; 27(1): 90-5.

WISEMAN CD, GRAY JJ, MASIMANN JE ET AL. Cultural expectations of thinness in women: an update. *International J Eating Disorders* 1992; 11: 85-89.

WONG Y. Female beauticians may be a high risk group for developing eating disorders. *Nutrition Research* 2003; 23: 1297-1302.

WORD HEALTH ORGANIZATION-WHO. Obesity- Preventing and managing the global Epidemic. Geneva: Report of a WHO Expert Committee, 1998.

WRIGHT E, WHITEHEAD TL. Perceptions of body size and obesity: a selected review of the literature. *Journal of Community Health* 1987; 12 (2): 117-129.

XIE B, LIU C, CHOU C, XIA J, SPRUIJT-METZ D, GONG J, YAN L, WANG H, Johnson A. Weight perception and psychological factors in Chinese adolescents. *Journal of Adolescent Health* 2003; 33:202-210.

YELLAND C, TIGGEMANN M. Muscularity and the gay ideal: body dissatisfaction and disordered eating in homosexual men. *Eating Behaviors* 2003; 4: 107-116.