

Autopercepção do peso corporal, estado nutricional e consumo alimentar de funcionários de uma universidade pública brasileira

Self-perception of body weight, nutritional status and food consumption of employees of a public university in Brazil

Rodrigues da Silva Dias, Fábria Morgana; De Castro Azevedo, Edynara Cristiane; Falcão de Melo Rodrigues, Maria Lucicleide; Cabral de Lira, Pedro Israel; Coelho Cabral, Poliana

Universidade Federal de Pernambuco - UFPE.

Recibido: 27/mayo/2015. Aceptado: 29/enero/2016.

RESUMO

Introdução: A autopercepção do peso corporal é uma importante dimensão da imagem corporal e pode revelar como a pessoa vê seu próprio peso, as preocupações e a satisfação a ele relacionadas. Ela pode sofrer influência de diversos fatores, como cultura, idade, sexo e nível de escolaridade.

Objetivo: Identificar a associação do estado nutricional e do consumo alimentar com a autopercepção do peso corporal de funcionários de uma universidade pública de Recife.

Métodos: A amostra foi composta por 267 funcionários, avaliados por meio de questionário que abordou aspectos demográficos, socioeconômicos, dietéticos e de estilo de vida, além da avaliação antropométrica e da percepção do peso corporal.

Resultados: Cerca de 60% da amostra apresentaram excesso de peso, dentre os quais, quase 20% eram obesos, sem diferença entre os sexos. Quanto à percepção do peso, 38,0% e 9,7% dos homens e

41,2% e 22,9% das mulheres se perceberam como acima do peso e muito acima do peso, respectivamente ($p=0,0035$). Quando se comparou o estado nutricional e a percepção do peso, só entre os homens houve discordância ($p=0,0049$), com subestimação do peso. Em relação ao consumo alimentar, as mulheres que se percebiam com excesso de peso atenderam mais às recomendações de gorduras e açúcares do que as diagnosticadas. Além disso, as mulheres consumiam mais alimentos para compensar momentos tristes do que os homens.

Discussão e Conclusões: O sobrepeso e obesidade constituem um problema de saúde pública em acordo com os resultados das pesquisas populacionais brasileiras. A subestimação do peso dificulta a percepção do sujeito sobre a necessidade de tratamento do excesso de peso e a adesão ao mesmo enquanto o uso de alimentos para compensar momentos tristes colabora para manutenção desse excesso. Logo, intervenções que considerem a percepção do peso corporal são essenciais para diminuir a prevalência de excesso de peso e da distribuição de risco de gordura corporal assim como o consumo de alimentos compensatórios.

Correspondencia:

Fábria Morgana Rodrigues da Silva Dias
fabia.mrsilva@gmail.com

PALAVRAS-CHAVE

Peso corporal, percepção do peso, peso corporal ideal.

ABSTRACT

Introduction: The body weight perception is an important component of body image and can show how the people see themselves, the anxiety and the satisfaction with the weight. The body weight perception can be influenced for several factors, as culture, age, sex and educational level.

Objective: Identify association between nutritional status and food consumption with self-perception of body weight of employees of a public university in Recife.

Methods: Two hundred and sixty seven employees were assessed through a questionnaire that addressed demographics, socioeconomics, dietetics and life style variables, beyond anthropometric assessment and perception of body weight.

Results: About 60% of the sample studied had overweight and, among them, almost 20% was obese, but there wasn't difference between sexes. In relation to body weight perception, 38,0% and 9,7% of the men and 41,2% and 22,9% of the women perceived themselves as overweight and obese, respectively ($p=0,0035$). When nutritional status was compared with the perception, only among men there was difference ($p=0,0049$), with weight underestimation. Regarding food consumption, the women who perceived themselves as overweight responded more recommendations for fat and sugar than those who had a diagnosis. Moreover, women consumed more food to compensate sad moments than men.

Discussion and Conclusions: The overweight and obesity are public health problem in Brazil. The weight underestimation decrease the perception of the people about the necessity and adherence of treatment of overweight and the consumption of food to compensate sad moments help to keep the obesity. Therefore, interventions considering the perception of weight are essential to decrease the overweight, distribution of risk of body fat and use of food to compensate sad moments.

KEYWORDS

Body weight, body weight perception, ideal body weight.

ABREVIATURAS

- CC: Circunferência da cintura.
- IMC: Índice de Massa Corporal.
- OMS: Organização Mundial de Saúde.
- S/O: Sobrepeso/Obesidade.
- UFPE: Universidade Federal de Pernambuco.

INTRODUÇÃO

A autopercepção do peso corporal é um componente relevante da imagem corporal e pode revelar como a pessoa vê seu próprio peso, as preocupações e a satisfação a ele relacionadas¹. Essa percepção pode sofrer influência de diversos fatores, como sexo, idade, renda, nível de escolaridade, profissão e cultura. Destaca-se dentre esses fatores a pressão cultural e midiática prevalentemente ocidental, que tem valorizado e reproduzido um padrão de beleza em que o corpo feminino deve ser excessivamente magro enquanto o masculino musculoso²⁻¹¹. Esse modelo de beleza desconsidera a importância de um estado nutricional adequado para aquisição e manutenção de uma boa condição de saúde e pode levar a comportamentos anormais de controle de peso, como dietas restritivas, a exemplo do que ocorre nos Transtornos Alimentares, que são problemas de alta morbimortalidade para os quais as políticas públicas de saúde ainda não dispõem de suficiente atenção^{1,3-5,6,11}. Por outro lado, a percepção inadequada do peso corporal por subestimação, mais comum entre homens, pode trazer risco de obesidade e suas comorbidades a pessoas que estão com excesso de peso e consideram-se eutróficas, além de dificultar a aceitação de estratégias de perda de peso^{9,12-14}. Diante desses problemas de adoecimento da população, é imprescindível entender o comportamento da variável autopercepção do peso corporal para além dos muros da adolescência e compreendê-la também entre adultos jovens e de meia-idade.

OBJETIVO

Nesse estudo objetivou-se identificar a associação do estado nutricional mensurado e do consumo alimentar com a autopercepção do peso corporal de funcionários de uma universidade pública da cidade de Recife, no estado de Pernambuco, Brasil.

MÉTODOS

O estudo é do tipo transversal, envolvendo funcionários de ambos os sexos da área de saúde da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), realizado no período de abril a setembro de 2010. A população elegível compreendeu todos os 634 funcionários (425 docentes e 209 técnicos administrativos) lotados nos Centros de Ensino da Área de Saúde. Foram excluídas as gestantes.

A amostra foi estimada utilizando-se o programa *Statcalc* do *software* EPI-INFO, versão 6.04, a partir dos

seguintes parâmetros: Nível de significância de 95% ($1-\alpha$), um poder de estudo de 80% ($1-\beta$), proporção de 1:1, considerando-se a exposição (excesso de peso) e risco relativo igual a 1,7. Com base nesses critérios, a amostra necessária (mínima) ficou em torno de 250 funcionários, cuja seleção foi por conveniência e a captação se deu por adesão. A amostragem por conveniência se deu devido ao não comparecimento dos participantes selecionados pela amostragem aleatória. Então, para que se conseguisse o n necessário, a equipe treinada (três estudantes da graduação em Nutrição da Universidade Federal de Pernambuco) e o pesquisador responsável pela pesquisa convidavam os participantes e compareciam em dia agendado ao local de trabalho desses para a coleta dos dados.

As seguintes medidas foram verificadas: peso, altura e circunferência da cintura (CC). Para a determinação do peso corporal foi utilizada uma balança eletrônica digital Plena, capacidade 150kg com divisão de 100g e para a estatura um estadiômetro portátil (Ghrum Polar Manufacture, Suíça) com precisão de 1mm. Tanto o peso quanto a altura foram mensurados segundo técnicas preconizadas por Lohman, Roche e Martorel¹⁵ e serviram de base para o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), cuja classificação utilizada foi a proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS)¹⁶ em 1995. A fim de identificar o padrão de distribuição da massa adiposa (obesidade andróide ou ginecóide), foi utilizada a CC, com uso de fita métrica não-extensível posicionando-a no ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca. Os pontos de corte adotados foram os preconizados pela OMS¹⁷ em 1998. As medidas antropométricas foram realizadas em duplicata pelo mesmo avaliador e desprezadas quando o erro entre elas foi maior que 100g para peso, 0,5cm para altura e 0,1cm para circunferência da cintura. O valor resultante das medidas foi a média entre elas.

Os participantes responderam ao questionário auto-aplicável com perguntas sobre variáveis demográficas, socioeconômicas, dietéticas e de estilo de vida. Eles foram questionados quanto à percepção sobre o próprio peso com a possibilidade de marcar quatro opções: magro, normal, um pouco acima do peso e muito acima do peso¹⁸. Foi considerada como autopercepção inadequada do peso aquela em desacordo com o diagnóstico do estado nutricional realizado pelo IMC^{1,4}. No questionário também constavam perguntas sobre a quantidade de porções de alimentos consumidos diariamente referentes a cada grupo da pirâmide alimentar para

adultos, adaptada de Philippi et al¹⁹. Além disso, foram coletados dados referentes ao consumo de alimentos para compensar momentos de tristeza, raiva ou ansiedade, bem como a prática e número de vezes que utilizaram estratégias dietéticas para perda de peso. Cada funcionário foi informado sobre os resultados obtidos nas suas avaliações, recebeu orientação nutricional individualizada, e quando necessário, foi também encaminhado para acompanhamento médico e nutricional.

A construção do banco de dados e a análise estatística foram realizadas no programa Epi-info versão 6.04. Com o objetivo de avaliar a associação entre as variáveis do estudo, foi utilizado o Teste do Qui-quadrado, com correção de Yates quando aplicável. Foi adotado o nível de significância de 5% para rejeição da hipótese de nulidade.

O estudo foi pautado pelas normas éticas para pesquisa envolvendo seres humanos, constantes da resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde e Declaração de Helsinki, e foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Pernambuco (Registro CEP/CCS/UFPE Nº 285/09). Os funcionários que concordaram em participar receberam todas as informações sobre o estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Foram analisados 267 funcionários, sendo 135 do sexo masculino (50,6%), com média de idade $43,5 \pm 11,5$ anos. Observou-se que 27,5% dos homens e 8,3% das mulheres possuíam nível de escolaridade até o ensino fundamental, por outro lado, 29,0% e 57,6%, respectivamente, cursaram o ensino superior ($p < 0,001$) (Tabela 1) e, dentre esses, muitos tinham pós-graduação. Infelizmente, não foi possível estratificar os grupos em docentes e técnicos administrativos porque só havia 33 docentes ou 13% da amostra. Além disso, entre os técnicos administrativos havia pessoas de diferentes níveis de instrução.

Quanto à percepção do peso corporal (Tabela 1), foi evidenciada diferença estatística significativa entre os sexos, com 38,0% e 9,7% dos homens e 41,2% e 22,9% das mulheres se percebendo como acima do peso e muito acima do peso, respectivamente ($p = 0,0035$). Vale ressaltar que nenhuma mulher e apenas quatro homens se perceberam magros. Por isso, essas pessoas foram agrupadas junto às que se percebiam normais, de acordo com a classificação do questionário utilizado.

Tabela 1. Características socioeconômicas, demográficas, de estilo de vida, antropométricas e percepção do peso corporal de funcionários de ambos os sexos da área de saúde da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – Recife (2010).

Variáveis	Masculino			Feminino			*p
	n	%	■IC 95%	n	%	■IC 95%	
Grau de instrução							
≤ensino fundamental	36	27,5	(20,2-36,1)	11	8,3	(4,4-14,8)	<0,0001
≤ensino médio	57	43,5	(34,9-52,4)	45	34,1	(26,2-42,9)	
Ensino superior	38	29,0	(21,6-37,7)	76	57,6	(48,7-66,0)	
Total	131	100,0		132	100,0		
Faixa etária (anos)							
20-49	100	74,6	(66,2-81,6)	75	57,3	(48,3-65,8)	0,0043
≥50	34	25,4	(18,4-33,7)	56	42,7	(34,2-51,7)	
Total	134	100,0		131	100,0		
Percepção do peso							
Magro ou normal	70	52,3	(43,5-60,9)	47	35,9	(27,9-44,8)	0,0035
Acima do peso	51	38,0	(29,9-46,9)	54	41,2	(32,8-50,2)	
Muito acima do peso	13	9,7	(5,5- 16,3)	30	22,9	(16,2-31,2)	
Total	134	100,0		131	100,0		
°IMC (kg/m²)							
<24,9	47	35,6	(27,6-44,5)	53	41,1	(32,6-50,1)	0,6564
25≤IMC<30	57	43,2	(34,7-52,1)	50	38,8	(30,4-47,8)	
≥30	28	21,2	(14,8-29,4)	26	20,2	(13,8-28,3)	
Total	132	100,0		129	100,0		
◆CC (risco elevado)							
Sem	52	43,7	(34,7-53,1)	23	18,4	(12,3-26,5)	<0,0001
Com	67	56,3	(46,9-65,3)	102	81,6	(73,5-87,4)	
Total	119	100,0		125	100,0		
Exercício físico							
Sim	74	55,6	(46,8-64,2)	49	37,4	(29,2-46,3)	0,0044
Não	59	44,4	(35,8-53,2)	82	62,6	(53,7-70,8)	
Total	133	100,0		131	100,0		
Fuma							
Sim	24	17,9	(12,0-25,7)	10	7,6	(3,9-13,8)	0,0193
Não e Ex-fumante	110	82,1	(74,3-88,0)	122	92,4	(86,2-96,1)	
Total	134	100,0		132	100,0		
Bebe							
Sim	90	70,9	(62,0-78,4)	70	53,8	(44,9-62,6)	0,0072
Não	37	29,1	(21,6-38,0)	60	46,2	(37,4-55,0)	
Total	127	100,0		130	100,0		

Obs.:O número total de indivíduos em cada variável é diferente em razão do número de respondentes entrevistados. ■IC – Intervalo de Confiança, *p= Teste do Qui-quadrado °IMC =índice de massa corporal ◆CC=circunferência da cintura.

Na Tabela 1 também se encontra descrita a frequência de desvios do estado nutricional antropométrico segundo o IMC e a CC. Foi evidenciado que aproximadamente 60% da amostra estudada apresentaram excesso de peso, dentre os quais, cerca de 20% eram obesos, não sendo encontrada diferença estatística significativa entre os sexos. Apenas duas pessoas estavam abaixo do peso e, por isso, elas foram agrupadas junto às eutróficas. Quanto à CC, 56,3% dos homens e 81,6% das mulheres foram classificados na faixa de risco elevado ($p=0,0001$). No que se refere ao estilo de vida, os homens praticavam mais exercício físico (55,6% versus 37,4% $p=0,0044$), bebiam mais (70,9% versus 53,8% $p=0,0072$) e fumavam mais que as mulheres (17,9% versus 7,6% $p=0,0193$).

Quanto à comparação entre o estado nutricional diagnosticado pelo IMC e a percepção do peso corporal (Tabela 2), apenas entre os homens houve discordância significativa entre o diagnóstico e a percepção ($p=0,0049$), de forma que dos 43,1% e 21,5% dos homens, classificados como portadores de sobrepeso e obesidade (S/O), respectivamente, apenas 38,1% e 9,7%, se percebiam nessas categorias de estado nutricional. A esse respeito, apenas 35,4% dos homens foram classificados como eutróficos, enquanto 52,2% se

percebiam nessa condição. A idade e o grau de instrução não influenciaram a percepção do peso corporal para homens ($p=0,1604$; $p=0,8499$) e mulheres ($p=0,70001$; $p=0,1793$).

Em relação ao consumo alimentar, 19,9% dos funcionários referiu estar em dieta, mas destes, apenas 32,4% foram orientados por nutricionista. As pessoas que se percebiam acima do peso e muito acima do peso tenderam mais ao comportamento de estar em dieta quando comparadas às que se percebiam abaixo ou no peso adequado ($p<0,007$). A proporção de portadores de S/O que estavam em dieta foi de 27,0% e 22,7%, respectivamente. Não obstante, entre as pessoas que estavam em dieta, 14,3% destacaram-se por não ter excesso de peso. Dessas, a maioria recebeu orientação dietética de profissional da saúde (nutricionista e/ou médico).

Mais mulheres do que homens tinham feito dieta ($p=0,0093$) e mais vezes ($p=0,0249$), de modo que 58,1% delas informaram ter feito dieta mais de 3 vezes e somente 29,0% deles disseram o mesmo. Quanto maior o IMC, maior foi a chance de ter feito dieta alguma vez na vida ($p<0,001$), mas não foi observado aumento no número de vezes que já fez dieta com o aumento do valor do IMC ($p=0,9446$).

Tabela 2. Estado nutricional diagnosticado e percepção do peso corporal em funcionários de ambos os sexos da área de saúde da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – Recife (2010).

Variáveis	Estado nutricional diagnosticado (°IMC)			Percepção do peso corporal			*p
	n	%	■IC 95%	n	%	■IC 95%	
HOMENS							
Eutrofia/Normal	46	35,4	(27,3-44,30)	70	52,2	(43,5-60,9)	0,0049
Sobrepeso/Acima do peso	56	43,1	(34,5-52,0)	51	38,1	(29,9-46,9)	
Obesidade/Muito acima do peso	28	21,5	(15,0-29,8)	13	9,7	(5,5-19,3)	
Total	130	100,0		134	100,0		
MULHERES							
Eutrofia/Normal	52	40,9	(32,4-50,0)	47	35,9	(27,8-44,8)	0,6706
Sobrepeso/Acima do peso	50	39,4	(30,9-48,4)	54	41,2	(32,8-50,1)	
Obesidade/Muito acima do peso	25	19,7	(13,4-27,9)	30	22,9	(16,2-31,2)	
Total	127	100,0		131	100,0		

Obs.:O número total de indivíduos em cada variável é diferente em razão do número de respondentes entrevistados. ■IC – Intervalo de Confiança, *p= Teste do Qui-quadrado °IMC =índice de massa corporal.

Na Tabela 3, é possível observar que não houve diferença estatística significativa entre homens que eram diagnosticados com excesso de peso e entre os que se percebiam com excesso em relação a estar em dieta, uso de alimentos compensatórios, prática de exercício físico, consumo de frutas, açúcares e gordu-

ras. A Tabela 4 também não evidencia diferença estatisticamente significativa entre mulheres diagnosticadas com excesso de peso e as que se percebiam com excesso em relação a estar em dieta, a prática de exercício e o consumo de frutas. Quanto ao consumo de alimentos ricos em gorduras e açúcares, as mulhe-

Tabela 3. Consumo alimentar e estilo de vida, de acordo com o diagnóstico do excesso de peso pelo IMC e a percepção como acima do peso, de funcionários do sexo masculino da área de saúde da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – Recife (2010).

Variáveis	Diagnóstico de S/O (IMC)			Percepção acima e muito acima do peso			p
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	
Está em dieta							
Sim	12	18,8	(10,5-30,8)	10	21,3	(11,2-36,1)	0,9291
Não	52	81,2	(69,2-89,5)	37	78,7	(63,9-88,8)	
Total	64	100,0		47	100,0		
Uso de al. comp.*							
Sim	11	13,4	(7,2-23,2)	10	13,7	(7,1-24,2)	0,8544
Não	71	86,6	(76,8-92,8)	63	86,3	(75,8-92,9)	
Total	82	100,0		73	100,0		
Exercício físico							
Sim	44	52,4	(41,3-63,3)	34	54,0	(41,0-66,4)	0,9810
Não	40	47,6	(36,7-58,7)	29	46,0	(33,6-59,0)	
Total	84	100,0		63	100,0		
Frutas**							
Não atende	72	90,0	(80,7-95,3)	55	93,2	(82,7-97,8)	0,7169
Atende	08	10,0	(4,7-19,3)	04	6,8	(2,2-17,3)	
Total	80	100,0		59	100,0		
Gorduras**							
Não atende	09	11,2	(5,6-20,8)	09	15,3	(7,6-27,5)	0,6604
Atende	71	88,8	(79,2-94,4)	50	84,7	(72,5-92,4)	
Total	80	100,0		59	100,0		
Açúcares**							
Não atende	15	18,8	(11,2-29,4)	12	20,3	(11,4-33,2)	0,9863
Atende	65	81,2	(70,6-88,8)	47	79,7	(66,8-88,6)	
Total	80	100,0		59	100,0		

* Uso de alimentos compensatórios ** Atendimento às recomendações segundo a pirâmide alimentar adaptada (Philippi et al, 1999).

Tabela 4. Consumo alimentar e estilo de vida, de acordo com o diagnóstico do excesso de peso pelo IMC e a percepção como acima do peso, de funcionários do sexo feminino da área de saúde da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – Recife (2010).

Variáveis	Diagnóstico de S/O (IMC)			Percepção acima e muito acima do peso			P
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	
Está em dieta							
Sim	19	33,9	(22,2-47,9)	02	10,5	(1,8-34,5)	0,0954
Não	37	66,1	(52,1-77,8)	17	89,5	(65,5-98,1)	
Total	56	100,0		19	100,0		
Uso de al. comp.*							
Sim	30	40,5	(29,5-52,6)	07	18,4	(8,3-34,9)	0,0320
Não	44	59,5	(47,4-70,5)	31	81,6	(65,1-91,7)	
Total	74	100,0		38	100,0		
Exercício físico							
Sim	27	36,5	(25,8-48,5)	14	35,9	(21,7-52,8)	0,8856
Não	47	63,5	(51,5-74,1)	25	64,1	(47,2-78,3)	
Total	74	100,0		39	100,0		
Frutas**							
Não atende	47	79,7	(66,8-88,6)	22	78,6	(58,5-91,0)	0,8681
Atende	12	20,3	(11,4-33,2)	06	21,4	(9,0-41,5)	
Total	59	100,0		28	100,0		
Gorduras**							
Não atende	45	77,6	(64,4-87,1)	03	11,1	(2,9-30,3)	<0,0001
Atende	13	22,4	(12,9-35,6)	24	88,9	(69,7-97,1)	
Total	58	100,0		27	100,0		
Açúcares**							
Não atende	47	79,7	(66,8-88,6)	10	35,7	(19,3-55,9)	<0,0001
Atende	12	20,3	(11,4-33,2)	18	64,3	(44,1-80,7)	
Total	59	100,0		28	100,0		

* Uso de alimentos compensatórios ** Atendimento às recomendações segundo a pirâmide alimentar (Philippi et al, 1999).

res que se percebiam com excesso de peso atenderam mais às recomendações do que as diagnosticadas. Por outro lado, o consumo de alimentos compensatórios foi bem maior no grupo com excesso de peso diagnosticado.

Entre as pessoas que usavam determinados alimentos para compensar momentos tristes, 73,7% eram mulheres ($p=0,0001$). Os alimentos compensatórios mais consumidos foram: chocolates (31,9%), massas (17,4%) e refrigerantes (13%). Cerca de 2% referiram consumir todos.

DISCUSSÃO

Preferiu-se o nível de escolaridade do funcionário na categorização do perfil socioeconômico, visto que na universidade a renda tem forte relação com o nível de instrução. Assim, os resultados sugerem, principalmente para as mulheres, uma situação favorável em termos de conhecimento sobre os riscos do excesso de peso, visto que 57,6% delas cursaram ensino superior. As mulheres também se percebiam mais com S/O do que os homens, o que pode ser explicado pela pressão cultural que a sociedade ocidental exerce, com modelos de beleza inalcançáveis^{1,3-6,11-13,21-22}. Ainda, só entre as mulheres, houve concordância entre o diagnóstico nutricional e a percepção do peso, evidenciando maior preocupação da mulher com a estética e, mesmo que em menor escala, com a saúde^{6,12,21-22}.

A prevalência de S/O foi alta, seguindo o cenário atual de transição nutricional no Brasil e em Pernambuco, com o aumento da frequência de S/O concomitante à diminuição da prevalência de desnutrição²³⁻²⁴. Diante da multiplicidade de fatores causais relacionados ao excesso de peso, vê-se que o aumento da prevalência de S/O tem sido acompanhado, principalmente nos homens, pela diminuição da percepção do excesso de peso, ou seja, da sensibilidade no auto-diagnóstico de S/O. Talvez por ser tão prevalente, os sujeitos deixem de reconhecer S/O como um problema de saúde sério^{12,20} ou reconheçam um corpo volumoso como afirmação da sua masculinidade, visto que a magreza é associada à ideia de corpo perfeito feminino ou ser afeminado^{4,20}.

Quanto à obesidade abdominal, importante fator de risco cardiovascular, mais mulheres (81,6%) que homens (56,3%) possuíam risco elevado segundo a CC. Todavia, o acúmulo de gordura abdominal na mulher é mais de tecido adiposo subcutâneo (menor risco) e no homem o acúmulo maior é de gordura visceral (maior risco)²⁵. Por outro lado, o processo de envelhecimento está associado à perda de gordura subcutânea e aumento de gordura visceral, em ambos os sexos²⁶. Portanto, a população do estudo como um todo, composta por adultos com média de idade na faixa de 40 anos, deve ser alvo de intervenção visando à redução da CC e da gordura no depósito visceral.

Outrossim, não foi encontrada associação significativa entre percepção do peso e faixa etária ou nível de instrução. Similarmente, Minnen et al.⁹ não encontraram associação significativa entre percepção do sobre-

peso e idade. Alguns estudiosos afirmam aumento da percepção apropriada do peso com maior nível de instrução^{9,15}, enquanto outros não^{3,8}. Os homens praticavam mais exercício físico que as mulheres, pois apesar de mais preocupadas com o peso^{11,21}, elas não tendem a recorrer ao exercício quando se sentem gordas e querem perder peso, e sim a estratégias dietéticas^{6,7,13}.

Em relação ao consumo alimentar, aproximadamente 20% dos funcionários estava em dieta, mas a maioria não foi orientada por nutricionista, o que pode levar a não adoção de hábitos alimentares saudáveis e necessários à redução/controle do peso^{6,9}. Foi baixa a proporção de pessoas com S/O que estava em dieta (menos de 30%), o que pode mostrar, entre outros fatores, as dificuldades de adesão a um programa de perda de peso, em que a desistência fica em torno de 50% após o primeiro atendimento¹⁴. Os resultados corroboram que a percepção adequada do excesso de peso é essencial para a participação em programas de redução/controle de peso^{6,12,18}, apesar de não ser o único fator que influencia essa participação⁹. Também havia pessoas magras ou normais que faziam dieta talvez por ter percepção distorcida do peso^{7,10}.

A prática de fazer dieta para perda ponderal geralmente se inicia entre os 13 e 14 anos, continua na idade adulta e é reportado também por mulheres desnutridas e eutróficas¹⁰. No presente estudo, uma parcela elevada de homens e mulheres já fizeram dieta várias vezes, principalmente elas^{6,13}. Com o aumento do IMC, aumentou também a possibilidade dos participantes já terem feito dieta alguma vez na vida, apesar de não ocorrer associação entre IMC e o número de vezes que já fizeram dieta. Possivelmente esse resultado deva-se ao fato de que muitos obesos já fizeram dieta várias vezes de forma inadequada e não obtiveram resultados satisfatórios⁷.

Estar com excesso de peso ou se perceber nessa categoria não influenciou *estar em dieta*, prática de exercício físico e consumo de frutas, para homens e mulheres. Porém, quanto ao consumo de alimentos ricos em gorduras e açúcares, as mulheres que se percebiam com excesso de peso consumiam menos (1-2 porções diárias) do que as diagnosticadas, pois a percepção do excesso de peso facilita a adesão a estratégias dietéticas de perda ponderal^{6,12,18}.

O consumo de alimentos compensatórios foi bem maior no grupo de mulheres com excesso de peso diagnosticado do que nas que se percebiam com ex-

cesso, pois pessoas com IMC elevado podem ficar sob estresse e aumentar o consumo desses alimentos, o que se transforma em um ciclo vicioso, induzindo ou perpetuando o excesso de peso. O uso de alimentos compensatórios pode ser um indício de comportamento compulsivo em momentos de ansiedade, depressão, tristeza, raiva e foi observado principalmente nas mulheres e em pessoas que se percebiam com excesso de peso⁷. Os alimentos mais consumidos nesses momentos possuíam sabor doce, que conhecidamente está envolvido com mecanismos fisiológicos de obtenção de prazer³⁰.

Vale salientar que os dados apresentados tem certa especificidade, por serem obtidos a partir de uma amostra de funcionários da área de saúde de uma universidade pública do Nordeste brasileiro. Essa especificidade, que dificulta a generalização, com a possibilidade de viés de seleção constitui uma limitação no estudo que, porém, não o empobrece por ser atual, original e ter achados corroborados por estudos nacionais e internacionais.

CONCLUSÃO

Intervenções são essenciais na população de estudo para diminuir a prevalência de excesso de peso e da distribuição de risco de gordura corporal, considerando que a subestimação do peso corporal pode colaborar para uma baixa adesão a estratégias saudáveis de controle de peso e o consumo de alimentos compensatórios contribui para a manutenção do quadro de S/O. Nesse contexto é importante também estimular a procura pela ajuda do profissional habilitado na área de alimentação e nutrição, a saber, o nutricionista, a fim de que os sujeitos adotem hábitos alimentares mais saudáveis e tenham melhor qualidade de vida. Outrossim, mais estudos são necessários sobre a percepção do peso e sua relação com prática de atividade física e dieta, a fim de direcionar as ações educativas a partir de avaliação do estado nutricional que pondere no diagnóstico nutricional a percepção do sujeito sobre seu próprio peso.

REFERÊNCIAS

1. Nunes MA, Olinto MTA, Barros FB, Camey S. Influência da percepção do peso e do Índice de Massa Corporal nos comportamentos alimentares anormais. *Rev Bras Psiquiatr.* 2001; 23 (1): 21-7.
2. Goetz ER, Camargo BV, Bertoldo RB, Justo AM. Representação social do corpo na mídia impressa. *Psicol Soc.* 2008; 20 (2): 226-36.
3. Del Ciampo LA, Rodrigues DMS, Del Ciampo IRL, Cardoso VC, Bettiol H, Barbieri MA. Percepção corporal e atividade física em uma coorte de adultos jovens brasileiros. *Rev bras cresc e desenv hum.* 2010. 07; 20(3) 671-79.
4. Veggi AB, Lopes CS, Faerstein E, Sichieri R. Índice de massa corporal, percepção do peso corporal e transtornos mentais comuns entre funcionários de uma universidade no Rio de Janeiro. *Rev Bras Psiquiatr.* 2004; 26(4): 242-7.
5. Santos EMC, Tassitano RM, Nascimento WMF, Petribú MMV, Cabral PC. Satisfação com o peso corporal e fatores associados em estudantes do ensino médio. *Rev Paul Pediatr* 2011; 29(2): 214-23.
6. Rodríguez-Rodríguez E, Aparicio A, López-Sobaler AM, Ortega RM. Percepción del peso corporal y medidas adoptadas para su control en población española. *Nutr Hosp.* 2009; 24(5): 580-7.
7. Bernardi F, Cicheler C, Vitolo MR. Comportamento de restrição alimentar e obesidade. *Rev Nutr Campinas.* 2005; 18 (1), 85-93.
8. Paeratakul S, White MA, Williamson DA, Ryan DH, Bray GA. Sex, Race/Ethnicity, Socioeconomic Status, and BMI in Relation to Self-Perception of Overweight. *Obes Res.* 2002; 10 (5): 345-50.
9. Minnen KV, Davis WA, Bruce DG, Davis TME. Accuracy, determinants, and consequences of body weight self-perception in type 2 diabetes: the Fremantle Diabetes Study. *J Diabetes Complicat.* 2010; 25: 1-6.
10. Malinauskas BM, Raedeke TD, Aeby VG, Smith JL, Dallas MB. Dieting practices, weight perceptions, and body composition: a comparison of normal weight, overweight, and obese college females. *Nutr J.* 2006; 5:11.
11. Andrade A, Bosi MLM. Mídia e subjetividade: impacto no comportamento alimentar feminino. *Rev Nutr Campinas.* 2003; 16 (1): 117-25.
12. Lemon SC, Rosal MC, Zapka J, Borg A, Andersen V. Contributions of weight perceptions to weight loss attempts: Differences by body mass index and gender. *Body Image.* 2009; 6:90-6.
13. Howard NJ, Hugo GJ, Taylor W, Wilson DH. Our perception of weight: Socioeconomic and sociocultural explanations. *Obes Res Clin Pract;* 2008; 2:125-31.
14. Guimarães NG, Dutra ES, Ito MK, Carvalho KMB. Adesão a um programa de aconselhamento para adultos com excesso de peso e comorbidades. *Rev Nutr.* 2010;23(3):323-33.
15. Lohman TG, Roche AF, Martorell R. Anthropometric standardization reference manual. Abridged, 1991. p90.
16. World Health Organization. Physical status: The use and interpretation of anthropometry. WHO Technical Report Series, n. 854, 1995.
17. World Health Organization – WHO. Obesity. Report WHO Consult. Obesity (Geneva), p. 7-15, 1998.
18. Alwan H, Viswannathan B, Williams J, Paccaud F, Bovet P. Association between weight perception and socioeconomic status among adults in Seychelles. *BMC Public Health.* 2010; 10: 467.

19. Philippi ST, Latterza AR, Cruz ATR, Ribeiro LC. Pirâmide alimentar adaptada: guia para escolha dos alimentos. *Rev. Nutr.* 1999; 12 (1):65-80.
20. Nicolaou M, Doak C, Dam RV, Hosper K, Seidell J, Stronks K. Body size preference and body weight perception among two migrants groups of non-Western origin. *Public Health Nutr.* 2008; 11(12): 1332-41.
21. Johnson F, Cooke L, Croker H, Wardle J. Changing perceptions of weight in Great Britain: comparison of two populations surveys. *BMJ.* 2008.
22. Linder J, McLaren L, Siou GL, Csizmadia I, Robson PJ. The Epidemiology of Weight Perception: Perceived Versus Self-reported Actual Weight Status among Albertan adults. *Can J Public Health.* 2010; 101(1): 56-60.
23. Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF 2008/2009): Antropometria e Estado Nutricional de Crianças, Adolescentes e Adultos no Brasil. IBGE, 2010.
24. III Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição (PESN). Situação Alimentar, nutricional e de saúde no estado de Pernambuco: contexto socioeconômico e de serviços. Departamento de Nutrição/UFPE, Instituto Materno Infantil de Pernambuco e Secretaria Estadual de Saúde. Pernambuco, 2008.
25. Dos Santos DM, Sichieri R. Índice de massa corporal e indicadores antropométricos de adiposidade em idosos. *Rev Saúde Pública,* 2005, 39(2), 163-8.
26. Pou KM, Massaro JM, Hoffmann U, Lieb K, Vasan R, O'Donnell CJ, et al. Patterns of abdominal fat distribution. *Diabetes Care,* 2009; 32 (3): 481-5.
27. Santos SF, Sales AD. Antropologia de uma academia de musculação: um olhar sobre o corpo e um espaço de representação social. *Rev bras Educ Fís Esporte.* 2009; 23 (2): 87-102.
28. Dunker KLL, Fernandes CPB, Filho DC. Influência do nível socioeconômico sobre comportamentos de risco para transtornos alimentares em adolescentes. *J Bras Psiquiatr.* 2009; 58(3):156-61.
29. Almeida SS, Zanatta DP. Imagem corporal, ansiedade e depressão em pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica. *Estud Psicol (Natal).* 2012; 17(1): 153-60.
30. Rosa MAC, Slavutzky SMB, Pechansky F, Kessler F. Processo de desenvolvimento de um questionário para avaliação de abuso e dependência de açúcar. *Cad Saúde Pública.* 2008; 24(8): 1869-76.