

RESUMO

A obesidade é uma doença multifatorial quanto a sua etiologia e patogênese. A presença de obesidade é considerada um fator de risco para várias doenças. A busca pelo corpo ideal tornou-se um sonho de consumo, especialmente, das mulheres. Procuramos analisar neste estudo, o perfil da clientela atendida em um spa. Os resultados mostraram que 70% da amostra (n= 554) foi constituída por mulheres. A idade média dos clientes foi de 48,9±11,5 anos e a média do IMC 27,3±4,0 kg/m². Em relação à perda de peso, observamos uma perda de aproximadamente 3,14kg no período de 6 dias de internação. Os motivos alegados para a busca do tratamento foram os mais variados, entretanto, a preocupação com a estética foi o principal. (Arq Bras Endocrinol Metab 2000; 44/6: 497-501)

Unitermos: Spa; Obesidade; Perda de peso; Tratamento da obesidade.

ABSTRACT

Obesity is a multifactorial disease regarding its etiology and pathogenesis and is considered a risk factor for several diseases. The search for the ideal body has become a dream, especially among women. In this study, we analyzed the profile of clients assisted in a spa. The results showed that 70% of the sample (n= 554) was composed by women. Customers mean age was of 48.9±11.5 years and the average BMI was 27.3±4.0 kg/m². We observed a loss of approximately 3.14kg in the 6-day period of admission. The reasons alleged for searching treatment were the most varied, however, the concern with the aesthetics was the main issue. (Arq Bras Endocrinol Metab 2000; 44/6: 497-501)

Keywords: Spa; Obesity; Weight loss; Obesity treatment.

A OBESIDADE É UMA CONDIÇÃO DE excesso de tecido adiposo em relação à massa corpórea magra. Ela reflete um desequilíbrio a longo prazo entre a ingestão e o gasto calórico. O sobrepeso e a obesidade podem ser definidos em relação a valores normais que dependem dos padrões culturais aceitos e que variam com a idade e sexo do indivíduo (1).

A presença da obesidade é considerada um fator de risco para várias doenças, como diabetes, hipertensão, cardiopatias, doenças músculo-esqueléticas e câncer, influenciando desta forma a qualidade de vida e a longevidade do indivíduo, além, de representar um valor estético negativo (2,3).

Entre as mudanças no estilo de vida que vem ocorrendo principalmente nos países desenvolvidos, está o decréscimo da atividade física, o tempo de permanência em frente da televisão e o aumento do consumo de alimentos energéticos (4).

*Cristine B. Savi
Raquel K. de Salles
Lúcia A.Z.R. Zeni
Giovanna M.R. Fiates*

Departamento de Nutrição, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina e Spa do Hotel Plaza Itapema, Itapema, SC

*Recebido em 01/07/99
Revisto em 24/02/00 e em 17/07/00
Aceito em 16/11/00*

Atualmente, a população está se tornando alvo de várias doenças conseqüentes da mudança do estilo de vida e do hábito alimentar inadequado. Conforme mostram dados do Ministério da Saúde, o percentual de homens obesos cresceu 30% e de mulheres 43%, entre os anos de 1976 a 1991. O aumento da prevalência de obesidade na população brasileira provavelmente é decorrente destas mudanças (5).

É cada vez maior a procura da população por maneiras eficazes para a perda de peso. Estudos da indústria da dieta indicam que cerca de 50 milhões de americanos estão fazendo algum tipo de dieta. O negócio de perda de peso é uma fonte de grande lucro financeiro. Os consumidores sempre estão procurando por uma forma fácil e rápida de perder peso. Visando esta fatia de mercado, são colocados anualmente milhares de produtos nas prateleiras, que raramente garantem o que suas propagandas anunciam (6).

São inúmeros os obstáculos freqüentemente responsabilizados pelo excesso de peso dos obesos e a ineficácia dos tratamentos para perda de peso. Estudo realizado no Centro Clínico de Nutrição, na Universidade da Virgínia ressalta a importância do aconselhamento psicológico concomitante, aos pacientes de programas de perda de peso. Entre os problemas mais encontrados nesta pesquisa estão: a discórdia familiar, danos financeiros, perda de um amor, infelicidade na escola ou no trabalho, sentimento de solidão, aborrecimento, raiva e depressão. Estas situações freqüentemente estão associadas aos episódios de comer em excesso (7).

A observação clínica diária, mostra claramente a íntima relação entre o contexto emocional de uma pessoa e sua relação com os alimentos. As emoções de cunho depressivo ou ansioso exercem influência decisiva nos processos de perda ou ganho de peso. Desta forma, no tratamento da obesidade a abordagem emocional é, juntamente com os aspectos nutricionais, um dos esteios do processo terapêutico (8).

Nesta procura interminável de programas de redução de peso estão os *spas*, locais onde as pessoas se hospedam e recebem dietas hipocalóricas, bem como programas intensivos de atividade física voltados para aumentar a queima calórica (9).

Com o intuito de conhecer melhor a clientela que busca um *spa*, foi feito um levantamento de dados, buscando identificar: sexo, idade, índice de massa corporal no momento da internação e média de perda de peso no período.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, onde a amostra foi constituída por clientes atendidos em um *spa* no município de Itapema, no período de julho de 1997 a março de 1998. O programa consistia em 6 dias (de segunda a sábado) de internação, incluídas todas as refeições, atividade física e acompanhamento da equipe de saúde.

Dados de identificação: os dados de identificação, como sexo e idade, foram coletados a partir de fichas preenchidas pelos pacientes no momento da internação.

Dados antropométricos: para a coleta de peso e altura, todos os pacientes vestiam roupas de banho e estavam descalços. O peso, sempre averiguado antes do desjejum, foi aferido em uma balança da marca Filizzola, com capacidade máxima de 150 Kg. A altura foi obtida utilizando-se o antropômetro da balança.

Avaliação nutricional: foi realizada através dos dados de peso e altura, utilizando o método do Índice de Massa Corporal (IMC), seguindo a classificação proposta pela WHO (10).

Dieta prescrita: foi oferecida aos pacientes uma dieta hipocalórica que variou de 700 a 900 calorias, divididas em 6 refeições por dia.

Atividade física: diariamente os pacientes participavam de uma série de atividades físicas programadas que compreendia: alongamento, hidroginástica, ginástica localizada e dança.

Tratamento Estatístico: Os dados de cada grupo foram analisados estatisticamente por análise de variância com fator único. A comparação entre os grupos foi feita aplicando o teste de Duncan. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

O estudo avaliou 554 clientes, sendo 391 (70%) do sexo feminino e 163 (30%) do sexo masculino. A média de idade foi de $48,9 \pm 11,5$ anos e a média de IMC, para ambos os sexos, foi de $27,31 \pm 4,02$ kg/m².

A perda de peso média apresentada pelos clientes, após o tratamento, foi de $3,14 \pm 1,32$ kg.

Com relação ao estado nutricional dos clientes, constatou-se que mais da metade das mulheres (54,1%) estava eutrófica, e que 45,3% apresentavam sobrepeso (Tabela 1). Já em relação ao sexo masculino, o percentual de eutrofia foi bem menor (12,9%); no entanto, 87,1% apresentavam algum grau de sobrepeso (Tabela 2).

Tabela 1. Relação do estado nutricional com a idade média, IMC médio de entrada e de saída e média de perda de peso no sexo feminino.

Estado Nutricional	Amostra		Idade (anos)	IMC (Kg/m ²)		Perda de Peso (kg)
	Nº	%		de Entrada	de Saída	
Eutrofia	212	54,2	43,6 ± 12,2	22,5 ± 1,5	21,6 ± 1,4	2,29 ± 0,84
Magreza	02	0,5	35,5 ± 4,9	17,7 ± 0,5	16,7 ± 0,4	2,55 ± 0,07
Sobrepeso I	134	34,3	48,5 ± 11,4	27,1 ± 1,4	26,0 ± 1,4	2,90 ± 2,10
Sobrepeso II	37	9,5	48,9 ± 13,8	32,7 ± 2,2	31,5 ± 2,2	3,31 ± 0,68
Sobrepeso III	06	1,5	54,2 ± 10,8	42,6 ± 1,8	40,4 ± 1,7	5,55 ± 2,53

p<0,05

Ao relacionar a idade das mulheres com o estado nutricional, observou-se que aquelas que estavam na faixa etária mais elevada, foram as classificadas com o maior índice de sobrepeso (Tabela 1). Encontrou-se significância estatística (F[4,38]= 5,47; p= 0,0002), ao se comparar a idade das mulheres magras com a idade das mulheres com sobrepeso I, II e III.

Quanto à média do IMC das mulheres no momento da admissão e na saída (Tabela 1), observou-se uma diminuição. Com relação ao IMC de entrada, a redução foi estatisticamente significativa nos grupos de mulheres eutróficas (F[1,26]= 34,7; p = 10⁻⁶), com sobrepeso grau I (F[1,26]= 38,13; p= 10⁻⁶), e com sobrepeso grau II (F[1,72]= 5,91; p=0,017).

Observamos ainda que, após o tratamento, houve perda de peso nos diferentes grupos de mulheres. No entanto, essa resposta foi significativamente maior (F[4,38]= 12,44; p= 10⁻⁶), no grupo com sobrepeso grau III, quando comparado com os demais grupos.

Em relação ao sexo masculino (Tabela 2), houve associação significativa (F[3,159]= 7,46; p= 0,0001), quando comparou-se o sobrepeso grau III com os outros grupos.

Os resultados apresentados na Tabela 2 mostram que, embora o tratamento dietético tenha reduzido o IMC, essa alteração foi estatisticamente signifi-

cante somente no grupo dos homens eutróficos (F[1,40]= 10,25; p= 0,002), com sobrepeso I (F[1,15]= 31,59; p= 10⁻⁶) e com sobrepeso II (F[1,12]= 6,15; p= 0,01).

Todos os grupos do sexo masculino apresentaram perda de peso. No entanto, à semelhança do que ocorreu no sexo feminino, essa resposta foi significativamente maior (F[4,38]= 12,44; p= 10⁻⁶) no grupo com sobrepeso III em relação aos outros grupos (Tabela 2).

DISCUSSÃO

A obesidade é um problema clínico complexo, fonte importante de frustração para o profissional que atua com este paciente e, sobretudo, um grande desafio terapêutico. A presença de obesidade evidencia que o indivíduo vive um desequilíbrio nutricional, energético e psicoexistencial (5,11).

Possivelmente a maior procura de mulheres (70%) para o tratamento no *spa* deve-se ao fato de haver maior prevalência de obesidade no sexo feminino, e ao impacto social a que as mulheres que vivem esta situação são submetidas (1,12).

Estudo semelhante realizado em outro *spa*, indicou também, uma maior procura de indivíduos do sexo feminino: de um total de 197 pacientes estuda-

Tabela 2. Relação do estado nutricional com a idade média, IMC médio de entrada e de saída e média de perda de peso no sexo masculino.

Estado Nutricional	Amostra		Idade (anos)	IMC (Kg/m ²)		Perda de Peso (kg)
	Nº	%		de Entrada	de Saída	
Eutrofia	21	12,9	51,2 ± 14,4	24,1 ± 0,9	23,2 ± 0,9	2,70 ± 0,67
Sobrepeso I	79	48,5	51,5 ± 9,1	27,7 ± 1,3	26,6 ± 1,2	1,01 ± 1,01
Sobrepeso II	61	37,4	53,6 ± 9,8	32,7 ± 2,6	31,5 ± 2,6	4,09 ± 1,01
Sobrepeso III	02	1,2	19,5 ± 5,0	43,1 ± 0,1	41,0 ± 1,0	6,05 ± 3,32

p<0,05

dos, 161 (82,2%) eram mulheres e somente 36 (17,8%) eram homens (13).

Vários aspectos podem estar envolvidos na maior prevalência de mulheres que procuram os *spas*. As mudanças sociais estão levando a uma inserção cada vez maior das mulheres no mercado de trabalho, onde a boa aparência física é muito valorizada. A sociedade contemporânea está dando particular ênfase ao corpo, por vezes resultando em anormalidades de comportamento, a chamada morfomania. Portanto, indivíduos que não se enquadram neste modelo, principalmente as mulheres, são alijados socialmente (14).

Ocorrem ainda mudanças na composição corporal e ganho de peso progressivo, à medida que a idade avança. A diminuição da energia despendida associada com menor atividade física, mudanças no estilo de vida e diminuição da função ovariana, estão fortemente associadas com as mulheres. As trocas na composição corporal que acompanham a menopausa, expõem as mulheres a um acúmulo de gordura abdominal, aumentando os riscos para doenças cardiovasculares (15-17).

Observou-se que a perda de peso ocorreu em todos os grupos, porém, foi significativamente maior, em ambos os sexos, quanto maior o grau de sobrepeso no início do tratamento. Embora tenha ocorrido perda de peso, não podemos atribuir este resultado a uma diminuição da gordura corporal.

Dietas muito restritivas são consideradas inadequadas do ponto de vista científico, pois provocam grandes perdas de água, eletrólitos, minerais, glicogênio e outros tecidos isentos de gordura, representando uma mínima redução da massa adiposa. A perda de tecido metabolicamente ativo, em especial tecido magro, provoca uma redução da taxa do metabolismo basal, causando uma diminuição do gasto energético. Estes eventos não contribuem para a manutenção do peso perdido (18-20).

O tratamento em *spa* é um método rápido para perda de peso, pois associa dietas de baixas calorias a atividade física intensa. Entretanto, como o tipo de tecido perdido não representa necessariamente gordura corporal, especialmente em um período curto de tratamento, esta forma de intervenção pode servir apenas como uma alavanca inicial para os indivíduos que pretendam adotar mudanças permanentes nos seus hábitos alimentares e estilo de vida. Somente a perda de peso lenta e gradual, garante o máximo de redução de gordura corporal e mínima perda de massa magra, alcançando assim o sucesso na manutenção do peso.

AGRADECIMENTOS

Ao SPA do Hotel Plaza Itapema, em especial à gerente Irva Menegon por permitir e estimular a pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. WHO. **Obesity - preventing and managing the global epidemic**. Geneva:WHO, 1997.
2. Assis MAA. **Consulta em nutrição**. Florianópolis:Insular, 1997.
3. Salom IL. Weigh control and nutrition: know when to intervene. **Geriatrics** 1997;52:297-9.
4. Deheeger M, Rolland-Cacheram F, Fontvieille AM. Physical activity and body composition in 10. year old French children: linkages with nutritional intake? **Int J Obes** 1997;21:372-9.
5. Cândido LM, Campos AM. **Alimentos para fins especiais - dietéticos**. São Paulo:Varela, 1996.
6. Katch FI, McArdle WD. Controle de peso. In: _____, eds. **Nutrição, Exercício e Saúde**. 4ª ed. Rio de Janeiro:Medisi, 1996;pp:391-421.
7. Russ CS, Ciavarella PA, Atkinson RL. A comprehensive outpatient weight reduction program: dietary patterns, psychological considerations, and treatment principles. **J Am Diet Assoc** 1984;84:444-6.
8. Mattfeldt-Beman MK, Corrigan SA, Stevens VJ, Sugars CP, Dalcina T, Givim J, et al. Participants' evaluation of weight-loss program. **J Am Diet Assoc** 1999;99:66-71
9. Ewald W. Spa treatment of adiposity. Experiences about more than 1000 patients. **Munch Mediz Wochens** 1977;119:1531-4.
10. WHO. **Physical status: the use and interpretation of anthropometry**. Geneva:WHO, 1995.
11. Mahan LK, Arlin M. Weight management. In: _____, eds. **Krause's Food, Nutrition & Diet Therapy**. 8th ed. Philadelphia:WB. Saunders Co, 1993;pp:315-41.
13. Suplicy H. Spa Estância Betânia - perfil de 197 pacientes. **Anais, 7º Simpósio Internacional sobre Obesidade**. Porto Alegre, 1997.
14. Halpern A. **Entenda a obesidade. E emagreça**. São Paulo:MG Editores Associados Ltda, 1994.
15. Phoelman ET, Tchernof A. Traversing the menopause: changes in energy expenditure and body composition. **Coron Artery Dis** 1998;9:799-803.
16. Rissanen P, Hamalainen P, Vaninen M, Tenhunen-Eskelinen M, Uusitupa M. Relationship of metabolic variables to abdominal adiposity measured by different anthropometric measurements and dual-energy X-ray absorptiometry in obese middle-aged women. **Int J Obes** 1997;21:367-71.

17. Arrington R, Bonner J, Stitt KR. Weight reduction methods of college women. **J Am Diet Assoc** 1985;85:483-4.
18. Steven BH. Advances and perspectives in obesity treatment. **Rev Bras Nutr Clin** 1997;12:80-5.
19. Clinical Guidelines on the Identification, Evolution, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults: Executive Summary. **Am J Clin Nutr** 1998;68:899-917.
20. Francischi RPP, Pereira LO, Freitas CS, Klopfer M, Santos RC, Vieira P, et al. Obesidade: atualização sobre sua

etiologia, morbidade e tratamento. **Rev Nutr** 2000;13:17-28.

Endereço para correspondência:

Raquel Kuerten de Salles
Departamento de Nutrição, CCS-UFSC
Campus Universitário - Trindade
88.040-900 Florianópolis, SC