

Índice de massa corporal, percepção do peso corporal e transtornos mentais comuns entre funcionários de uma universidade no Rio de Janeiro

Body mass index, body weight perception and common mental disorders among university employees in Rio de Janeiro

Alessandra Bento Veggi,^a Claudia S Lopes,^a Eduardo Faerstein^a e Rosely Sichieri^a

Original version accepted in English

^aDepartamento de Epidemiologia, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Resumo

Objetivo: Foi testada a hipótese de que a autopercepção inadequada do peso corporal, com ou sem obesidade, estaria associada aos transtornos mentais comuns (TMC).

Método: Foram analisados dados de um corte transversal de 4.030 funcionários de uma universidade no Rio de Janeiro, que participaram da Fase 1 (1999) de um estudo longitudinal (Estudo Pró-Saúde). Os participantes (de 22 a 59 anos) preencheram um questionário, que incluiu a avaliação da presença de transtornos mentais comuns através do General Health Questionnaire (GHQ-12). O índice de massa corporal (IMC=kg/m²) foi calculado com base em medidas de massa corporal e estatura, e os participantes classificaram seu peso corporal nas seguintes categorias: muito acima do ideal, um pouco acima do ideal, ideal, um pouco abaixo do ideal, muito abaixo do ideal.

Resultados: Entre as mulheres, 58,3% daquelas com índice de massa corporal menor que 25,0 kg/m² consideraram-se acima do peso ideal; entre os homens, esse percentual foi de 23,5%. Através da análise multivariada por regressão logística ajustada por idade, renda, atividade física recreativa, morbidade auto-referida e índice de massa corporal, observou-se uma forte associação entre a presença de transtornos mentais comuns e a percepção de peso muito acima do ideal entre as mulheres (OR=1,84, IC 95%=1,22-2,76). Entre as mulheres, o índice de massa corporal apresentou uma tendência de associação com a presença de transtornos mentais comuns (*p* da tendência=0,05) que não persistiu após o ajuste por renda e morbidade auto-referida.

Conclusão: A percepção inadequada do peso corporal, independente do índice de massa corporal, esteve associada à presença dos transtornos mentais comuns nas mulheres, mas não nos homens. Uma possível explicação para essa associação está relacionada à maior pressão sociocultural disseminada entre as mulheres para se enquadrarem ao ideal de magreza vigente.

Descritores: Índice de massa corporal; Percepção do peso; Transtornos mentais; Obesidade; Imagem corporal; Questionários.

Abstract

Objective: We tested the hypothesis that inadequate self-perception of body weight with or without obesity would be associated with common mental disorders (CMD).

Method: We analyzed cross-sectional data from 4,030 university employees participating in the longitudinal Pró-Saúde Study Phase 1 (1999) in Rio de Janeiro. Participants (22-59 years of age) were invited to fill out a questionnaire that includes an evaluation of common mental disorders by General Health Questionnaire (GHQ-12). Body mass index (BMI=kg/m²) was calculated based on measured weight and height, and participants self-classified their own current body weight as highly above ideal, slightly above ideal, ideal, slightly below ideal or highly below ideal.

Results: Among woman 58.3% of those with body mass index lower than 25.0 kg/m² considered themselves as being above ideal weight; for men, this proportion was 23.5%. Multivariate logistic regression adjusted for age, income, leisure-time physical activity, self-reported health problem and body mass index, showed that body weight perception highly above ideal had a strong association with common mental disorders among women (OR=1.84, 95%CI= 1.22-2.76). For women but not men, body mass index showed a borderline association with common mental disorders (*p*-trend=0.05) that did not persist after adjustment for income and self-reported health problem.

Conclusion: Inadequate body weight perception, independent of body mass index, was associated with common mental disorders in women, but not men. One possible explanation for this association may be the socio-cultural pressure placed on women to conform the thinness ideal.

Keywords: Body mass index; Weight perception; Mental disorders; Obesity; Body image; Questionnaires.

Introdução

Nas últimas décadas, as pressões sociais para termos um corpo esbelto têm se intensificado e nos referimos às pessoas com sobrepeso de uma forma depreciativa.¹⁻² Por serem estigmatizados, indivíduos com sobrepeso são um alvo comum do preconceito e da discriminação nos locais de trabalho, relacionamen-

tos sociais, assim como pelos profissionais de saúde, devido à sua aparência física.³⁻⁴

Muitos fatores socioculturais, incluindo a pressão dos colegas, pais, mídia, e outros elementos do ambiente social, podem afetar o padrão das pessoas com relação ao peso. A autopercepção do peso corporal é um aspecto importante da imagem corporal.⁵⁻⁶

Provavelmente reflete a satisfação e as preocupações sobre o peso corporal e pode ser influenciada por normas e padrões sociais da cultura dominante.⁷

Tem sido bem documentado o fato do peso “ideal” ser muito menor que o peso da mulher média e a maioria das mulheres, quando comparadas a esse padrão rigoroso, sentem estarem acima desse peso ideal.⁵⁻⁶ Esse fenômeno é mais prevalente nas culturas industriais e em geral na cultura ocidental e é bem mais comum entre as mulheres do que entre os homens, espelhando diferenças transculturais na importância da magreza para as mulheres.⁸ Constitui uma fonte significativa de sofrimento para muitas mulheres e tem sido associado a consequências adversas, incluindo maior frequência de transtornos mentais comuns e comportamentos não saudáveis de controle de peso.⁶⁻⁹

Ainda que haja alguns achados que sugerem que a obesidade em pacientes clínicos pode estar associada a transtornos psicológicos,⁸⁻⁹ é menos clara a evidência de que o sofrimento psicológico também seja maior em populações não clínicas de obesos.¹⁰ Vários estudos transversais e prospectivos, mas não todos,¹¹ relataram comorbidade psiquiátrica em indivíduos obesos.¹²⁻¹⁵ Onyike et al,¹⁴ utilizando dados do *The Third National Health and Nutrition Examination Survey*, encontraram que a associação entre obesidade e depressão depende da gravidade da obesidade. A associação entre excesso de peso corporal e transtornos psiquiátricos poderia ser explicada pelo seguimento de dietas¹³ ou por outras doenças.¹⁶ Roberts et al¹⁷⁻¹⁸ encontraram associações entre IMC (índice de massa corporal) e doença mental em idosos.

No entanto, a relação entre obesidade e saúde mental é ainda controversa; esses resultados discordantes podem ser influenciados pela possibilidade de uma via causal bidirecional desses eventos: a morbidade psiquiátrica pode levar à obesidade¹⁹⁻²² ou a obesidade pode causar sofrimento psicológico.^{14-15,23} Além disso, estudos têm utilizado uma ampla gama de métodos e critérios para definir e mensurar os transtornos psiquiátricos, obesidade e sobrepeso.^{10,14}

Levando em conta a hipótese de que a obesidade pode causar sofrimento psicológico devido à pressão social para um corpo esguio, também é provável que uma autopercepção inadequada do peso, com ou sem obesidade, possa ser associada à morbidade psiquiátrica. Dessa forma, o objetivo deste estudo foi o de avaliar as associações entre IMC e percepção inadequada do peso corporal com transtornos mentais comuns em uma população não institucionalizada utilizando uma metodologia padronizada para medir o peso e a percepção do peso corporal.

Métodos

Este estudo é parte do Estudo Pró-Saúde, uma investigação que objetiva avaliar os determinantes sociais da morbidade física e mental entre funcionários técnicos e administrativos de uma universidade no Estado do Rio de Janeiro. Os indivíduos deram seu consentimento informado por escrito antes de preencherem um questionário durante seu horário de trabalho. Neste estudo, as análises são baseadas nos dados transversais coletados em 1999, de 4.030 participantes. Após serem excluídos indivíduos acima de 60 anos (102), mulheres grávidas (5), mulheres em licença maternidade (2), aqueles que relataram doenças que afetam o IMC, tais como diabetes e hipertireoidismo (215), e aqueles sobre os quais não havia informações sobre o peso ou estatura (105), percepção de peso corporal (35) e transtornos mentais comuns (40), restaram 3.526 participantes para as presentes análises.

Peso (quilos) e estatura (metros) foram medidos por nutricionistas treinados segundo um método padronizado que utilizou balanças digitais com precisão de 0,1 kg e capacidade de 150 kg e uma plataforma com uma barra de medição acoplada com precisão de 0,1 cm. O Índice de Massa Corporal ($I=Kg/m^2$) foi classificado de acordo com as recomendações da Organização Mundial de Saúde.²⁴

A percepção de peso corporal baseou-se na autopercepção do participante sobre seu próprio peso corporal, classificando-o em cinco categorias, tais como: muito acima do ideal, um pouco acima do ideal, ideal, um pouco abaixo do ideal ou muito abaixo do ideal.

Os transtornos mentais comuns (TMC) foram avaliados por meio de um questionário auto-administrado com 12 itens, o *General Health Questionnaire* (GHQ-12),²⁵ um questionário bem estabelecido para rastreamento de transtorno psiquiátrico não psicótico na população geral.²⁶ O GHQ foi validado em sua versão original²⁷ e na versão brasileira,²⁸ tendo nos dois casos a Entrevista Clínica Estruturada (*Clinical Interview Schedule*) como padrão-ouro.²⁹ Cada um dos 12 itens do instrumento pergunta se o entrevistado experimentou recentemente um sintoma ou comportamento específico, classificado em uma escala de quatro pontos, como segue: “de nenhuma forma” (código 1); “não mais do que de costume” (código 2); “mais do que de costume” (código 3); e “muito mais do que de costume” (código 4). Os casos de doença mental são definidos conforme a probabilidade de um indivíduo apresentar um transtorno mental comum, já que é improvável que a distribuição dos sintomas avaliados demonstre uma dicotomia pronunciada entre casos e não-casos. Os critérios são baseados em limites de pontuação, que costumam variar entre os tipos de amostras e de ambientes. O limiar é definido a partir do método de classificação de um caso original, que fornece uma dicotomia simples entre “caso” provável e “não-caso”. Aqueles que tiveram escores de 3 ou mais (numa escala de 12) no GHQ foram classificados como casos de transtornos mentais comuns. Os 12 itens do GHQ cobrem sentimentos de tensão, depressão, incapacidade de lidar com situações habituais, ansiedade e falta de confiança.

Variáveis sociodemográficas (idade, escolaridade, renda familiar per capita, estado civil), ocorrência auto-relatada de doença nas duas semanas anteriores – que prejudicaram as atividades da vida diária –, e atividade física recreativa nas duas semanas anteriores foram avaliadas como possíveis variáveis de confusão para as associações entre IMC e percepção inadequada de peso corporal com TMC. A renda familiar per capita foi calculada dividindo a renda familiar total pelo número de pessoas que viviam desse orçamento e foi categorizada em quartis.

Análise estatística

As médias foram comparadas usando o teste t ou ANOVA e as variáveis categorizadas por meio do Qui-quadrado. Para o estudo da associação entre IMC, percepção inadequada do peso corporal e presença de TMC foram calculados as razões de chance (*odds ratios* - OR) e os intervalos de confiança de 95% (IC 95%). A análise multivariada utilizou regressão logística e dois conjuntos de modelos foram avaliados considerando a presença de transtorno mental comum como a variável dependente. O primeiro conjunto de modelos avaliou a associação entre IMC e transtornos mentais comuns com e sem ajuste de idade, renda, exercícios físicos recreacionais e problemas de saúde auto-relatados. Os outros modelos avaliaram a associação entre percepção inadequada de peso corporal e TMC, incluindo IMC como uma variável contínua. Todos os dados foram analisados em Stata 6.0.³⁰

Resultados

A prevalência geral de TMC foi de 34,5% entre as mulheres e de 22,3% entre os homens. A maior prevalência de TMC foi encontrada entre as mulheres com menor escolaridade e renda. Tanto entre os homens como entre as mulheres os problemas de saúde auto-relatados foram mais frequentes nos que tinham TMC.

O IMC médio aumentou ligeiramente com a idade para ambos os sexos e diminuiu com maior escolaridade e maior renda entre as mulheres, mas não entre os homens. O IMC foi menor entre os homens e mulheres que nunca haviam se casado (Tabela 1).

Tabela 1 – Índice de massa corporal médio e desvio padrão (DP) de acordo com os fatores de risco de uma universidade brasileira, 1999

| | Índice de massa corporal (kg/m ²) | | | | | |
|--|---|------|------|----------------------|------|------|
| | Homens | | | Mulheres | | |
| | N* | X | (DP) | N* | X | (DP) |
| Idade (Anos) | | | | | | |
| 22-29 | 247 | 25,3 | 4,4 | 200 | 23,6 | 3,8 |
| 30-39 | 655 | 26,3 | 4,1 | 787 | 24,9 | 4,8 |
| 40-49 | 536 | 26,5 | 3,9 | 715 | 26,6 | 5,1 |
| 50-59 | 164 | 26,3 | 4,0 | 222 | 28,5 | 5,5 |
| | P**=0,002 | | | P***<0,001 | | |
| Renda (quartis) | | | | | | |
| 1º quartil | 471 | 26,1 | 4,4 | 407 | 26,8 | 5,4 |
| 2º quartil | 396 | 26,2 | 4,0 | 506 | 26,0 | 5,0 |
| 3º quartil | 293 | 26,5 | 4,2 | 438 | 24,4 | 5,1 |
| 4º quartil | 331 | 26,2 | 3,8 | 460 | 24,7 | 4,5 |
| | P**=0,48 | | | P***<0,001 | | |
| Problema de saúde auto-referido | | | | | | |
| Sim | 718 | 26,1 | 3,8 | 648 | 25,2 | 4,5 |
| Não | 728 | 26,4 | 4,4 | 1077 | 26,0 | 5,3 |
| | P**=0,22 | | | P***=0,002 | | |
| Atividade física recreativa | | | | | | |
| Sim | 272 | 26,0 | 4,3 | 501 | 25,8 | 5,26 |
| Não | 1270 | 26,3 | 4,1 | 1314 | 25,8 | 5,01 |
| | P**=0,23 | | | P***=0,94 | | |

* Os totais variam devido aos valores diferenciais que faltam

**ANOVA ou test t

A prevalência de sobrepeso (IMC \geq 25,0 kg/m²) entre as mulheres foi de 53,3%, e entre os homens, de 64,9%. Ainda que a concordância entre a classificação do IMC e a percepção de peso corporal tenha sido alta (coeficiente Kappa=0,77 entre homens e 0,68 entre mulheres – Tabela 2), as mulheres tiveram uma tendência de se classificarem como acima do peso ideal, ao passo que os homens tiveram uma percepção de estarem abaixo do peso ideal, mesmo tendo um IMC normal. As prevalências de percepções de peso corpo-

ral abaixo do ideal foram de 14,1% entre os homens e de 7,2% entre as mulheres e as prevalências de percepção de peso corporal acima do ideal foram de 56,7% e de 70,9%, respectivamente.

Três por cento das mulheres que estavam abaixo do peso e 50,8% das que tinham peso normal se consideravam acima do peso ideal. Já 8,3% dos homens com peso abaixo do normal e 15,2% dos que tinham peso normal manifestavam terem peso acima do ideal (Tabela 2).

Tabela 2 – Classificação do índice de massa corporal (IMC) de acordo com o sexo e percepção do peso corporal entre funcionários de uma universidade brasileira, 1999

| | Índice de Massa Corporal (kg/m ²) | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|---|------|-------------------|------|-------|------|----------|------|-------------------|------|-------|------|
| | Homens | | | | | | Mulheres | | | | | |
| | <18,5 | | 18,5-24,99 | | >25,0 | | <18,5 | | 18,5-24,99 | | >25,0 | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Percepção do peso corporal | | | | | | | | | | | | |
| <i>Abaixo do ideal</i> | 20 | 83,4 | 173 | 32,3 | 23 | 2,3 | 24 | 75,0 | 89 | 10,2 | 26 | 2,6 |
| <i>Ideal</i> | 02 | 8,3 | 281 | 52,2 | 187 | 18,0 | 07 | 21,9 | 343 | 39,0 | 61 | 6,2 |
| <i>Acima do ideal</i> | 02 | 8,3 | 81 | 15,2 | 826 | 79,7 | 01 | 3,1 | 447 | 50,8 | 905 | 91,2 |
| TOTAL | 24 | 1,5 | 535 | 33,5 | 1036 | 64,9 | 32 | 1,7 | 879 | 46,2 | 992 | 52,1 |
| c² | | | P<0,001 | | | | | | P<0,001 | | | |
| Kappa | | | 0,77 | | | | | | 0,68 | | | |

Entre os homens, tanto nos modelos ajustados como nos não ajustados, o IMC não estava relacionado a TMC. Entre as mulheres, em um modelo ajustado para idade e atividade física recreativa, a prevalência de TMC aumentou juntamente com as cate-

gorias de IMC para sobrepeso. A razão de chances para obesidade foi de 1,35 (IC 95% 1,00-1,83), mas com ajuste adicional para renda e problemas de saúde auto-relatados, a razão de chances diminuiu para 1,26 (IC 95% 0,93-1,72) – Tabela 3.

Tabela 3 – Razão de Chance (OR) e intervalos de confiança de 95% de transtornos mentais comuns (TMC) de acordo com o Índice de Massa Corporal (IMC) e o sexo

| Homens | | | | | | | | |
|---|-----|---------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Índice de Massa Corporal (kg/m ²) | TMC | | Modelo 1 | | Modelo 2 | | Modelo 3 | |
| | N | % casos | OR | IC 95% | OR | IC 95% | OR | IC 95% |
| <18,5 | 24 | 13,0 | 0,35 | 0,08-1,53 | 0,32 | 0,07-1,41 | 0,29 | 0,06-1,33 |
| 18,5-24,99 | 540 | 24,1 | 1,00 | – | 1,00 | – | 1,00 | – |
| 25,0-29,99 | 741 | 43,2 | 0,86 | 0,64-1,17 | 0,87 | 0,65-1,18 | 0,89 | 0,66-1,21 |
| >30,0 | 297 | 21,2 | 1,08 | 0,75-1,57 | 1,10 | 0,76-1,59 | 1,13 | 0,77-1,65 |
| | | | P* = 0,62 | | P* = 0,50 | | P* = 0,41 | |

| Mulheres | | | | | | | | |
|---|-----|---------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Índice de Massa Corporal (kg/m ²) | TMC | | Modelo 1 | | Modelo 2 | | Modelo 3 | |
| | N | % casos | OR | IC 95% | OR | IC 95% | OR | IC 95% |
| <18,5 | 32 | 29,0 | 0,45 | 0,16-1,22 | 0,43 | 0,16-1,18 | 0,49 | 0,18-1,37 |
| 18,5-24,99 | 882 | 35,2 | 1,00 | – | 1,00 | – | 1,00 | – |
| 25,0-29,99 | 647 | 34,8 | 0,97 | 0,76-1,24 | 0,95 | 0,75-1,22 | 0,97 | 0,75-1,25 |
| >30,0 | 363 | 40,4 | 1,35 | 1,00-1,83 | 1,28 | 0,95-1,74 | 1,26 | 0,93-1,72 |
| | | | p* = 0,05 | | p* = 0,09 | | p* = 0,11 | |

Modelo 1 ajustado por idade e atividade física recreativa

Modelo 2 ajustado por idade, atividade física recreativa e renda

Modelo 3 ajustado por idade, atividade física recreativa, renda e problema de saúde auto-referido

* teste de tendência linear

Após o ajuste por idade, renda, atividade física recreativa e problema de saúde auto-relatado, a percepção de peso corporal inadequada foi associada a TMC somente entre mulheres. Ainda que a prevalência de TMC tenha sido maior entre homens e mulheres com percepção corporal muito abaixo do ideal, essas associações não

alcançaram significância estatística. As mulheres com TMC foram as que tiveram percepção do peso corporal como um pouco acima do peso ideal (OR=1,60) e muito acima do peso ideal (OR=1,77). Essa associação aumentou após incluir-se o IMC como uma variável contínua no modelo – OR=1,62 e OR=1,82, respectivamente (Tabela 4).

Tabela 4 – Razão de Chance (OR) Ajustada e intervalo de confiança de 95% para transtorno mental comum (TMC) de acordo com a percepção do peso corporal e sexo

| Homens | | | | | | |
|----------------------------|-----|---------|----------|-----------|----------|-----------|
| Percepção de Peso Corporal | TMC | | Modelo 1 | | Modelo 2 | |
| | n | % casos | OR | IC 95% | OR | IC 95% |
| Muito acima do ideal | 254 | 23,3 | 1,28 | 0,85-1,93 | 1,26 | 0,72-2,21 |
| Pouco acima do ideal | 616 | 21,6 | 1,01 | 0,72-1,43 | 1,01 | 0,69-1,46 |
| Ideal | 436 | 19,5 | 1,00 | – | 1,00 | – |
| Pouco abaixo do ideal | 177 | 29,9 | 1,54 | 0,98-2,43 | 1,65 | 0,97-2,46 |
| Muito abaixo do ideal | 30 | 30,0 | 0,99 | 0,37-2,66 | 0,99 | 0,36-2,72 |

| Mulheres | | | | | | |
|----------------------------|-----|---------|----------|-----------|----------|-----------|
| Percepção de Peso Corporal | TMC | | Modelo 1 | | Modelo 2 | |
| | n | % casos | OR | n | % casos | OR |
| Muito acima do ideal | 496 | 39,9 | 1,77 | 1,27-2,45 | 1,84 | 1,22-2,76 |
| Pouco acima do ideal | 792 | 37,5 | 1,60 | 1,18-2,16 | 1,62 | 1,19-2,22 |
| Ideal | 386 | 27,7 | 1,00 | – | 1,00 | – |
| Pouco abaixo do ideal | 115 | 33,9 | 1,40 | 0,85-2,30 | 1,40 | 0,85-2,30 |
| Muito abaixo do ideal | 17 | 52,9 | 2,28 | 0,66-7,90 | 2,30 | 0,66-7,99 |

Modelo 1 ajustado por idade e atividade física recreativa

Modelo 2 ajustado por idade, renda, atividade física recreativa, problema de saúde auto-referido e IMC como uma variável contínua.

Discussão

Neste estudo populacional, estar fora dos limites daquilo que é considerado como sendo o peso ideal foi associado a TMC somente entre mulheres, mesmo depois de feito o controle para variáveis de confusão, incluindo o IMC. Esses achados estão de acordo com os relatados por Wadden et al,¹ que examinaram o funcionamento psicológico e a satisfação com o peso em 393 meninas adolescentes obesas e não obesas e encontraram que o grau de sobrepeso percebido pelo sujeito tinha significativa correlação com a morbidade psiquiátrica, o que não ocorria com o grau real de sobrepeso (estimado pelo IMC). Outros estudos também encontraram uma associação entre percepção inadequada de peso corporal e morbidade psiquiátrica, em especial entre mulheres.^{5,8-9}

Nosso achado de que a obesidade não se relaciona a TMC sugere que a percepção inadequada de gordura (e não a compleição física) é o fator preditivo mais importante de TMC. A relação entre obesidade e saúde mental é complexa e as investigações sobre o tema têm demonstrado resultados inconclusivos.¹⁰⁻²³ Na medida do que foi possível identificar, poucos estudos foram realizados no Brasil,⁶ um país como características culturais distintas das que prevalecem nos EUA e na Europa, onde a maioria dos estudos foram realizados.

As discrepâncias entre o índice de massa corporal e o peso corporal "ideal" podem levar a estados emocionais negativos, tais como desapontamento e insatisfação, colocando os indivíduos em risco de terem transtornos psiquiátricos.³¹⁻³⁵ Os indivíduos que tiveram a percepção de estarem com sobrepeso ou peso abaixo do normal podem, muitas vezes, sentir-se isolados ou discriminados por seus colegas.³³⁻³⁵

Neste estudo, a chance de apresentar transtornos mentais comuns foi maior entre aquelas mulheres que se consideraram com sobrepeso e abaixo do peso, independentemente do seu peso de acordo com os padrões do IMC. Também observamos que a insatisfação com o peso corporal foi tão alta como em outros estudos, tendo cerca de 50% das mulheres com peso normal se sentido acima do peso ideal. Nunes et al,⁶ em um estudo populacional transversal com mulheres com idades entre 12 e 29 anos, em Porto Alegre, encontraram que 46% delas tinha um peso ideal menor que seu peso real e que 37% delas se consideravam gordas.

Ainda que tenhamos encontrado uma boa concordância entre o IMC e a percepção de peso corporal, as mulheres com sobrepeso e peso abaixo do normal apresentaram uma percepção de peso corporal mais adequada do que as mulheres com peso normal, sugerindo que a incorporação de crenças culturais em relação à magreza como o equivalente da beleza feminina pode resultar em uma visão crítica do próprio corpo.³⁵ Algumas mulheres parecem ser mais sensíveis a essa pressão social e, dessa forma, podem experimentar morbidade psiquiátrica não-psicótica como resultado do fracasso em atingir o ideal cultural de atratividade física.³⁴ Por outro lado, os TMC podem acentuar essa preocupação e aumentar a insatisfação com o corpo.

A percepção masculina de peso corporal mostrou uma concordância um pouco maior com o IMC, em comparação às mulheres.⁵ No entanto, uma importante percentagem dos homens com sobrepeso e peso maior que o normal subestimaram seu peso corporal. Essa tendência de se sentirem abaixo do peso corporal ideal encontrada entre os homens tem sido detectada em alguns estudos recentemente.³⁶⁻³⁷ A dismorfia muscular é uma condição clínica que afeta homens que, apesar de terem hipertrofia muscular, sentem-se fracos e pequenos, sendo o equivalente à percepção inadequada do peso corporal em mulheres que tentam se adaptar ao padrão corporal ideal.³⁷

A maior prevalência de TMC entre mulheres, em comparação aos homens, tem sido observada em muitos estudos, inclusive

em uma análise anterior do Estudo Pró-Saúde.³⁸ Explicações ambientais, particularmente diferenças de gênero nos papéis sociais, parecem ser as mais plausíveis.³⁹

O padrão de magreza tem sido idealizado em nossa cultura, estimulando muitas mulheres a considerarem seu peso ideal dentro dos limites do peso inferior ao ideal. Esse "ideal de magreza" tão difícil de atingir pode contribuir para níveis mais elevados de transtornos mentais comuns entre as mulheres.⁴⁰ No entanto, deve-se reconhecer que vários outros fatores – biológicos, psicológicos e socioculturais – devem ser considerados para explicar adequadamente a ocorrência de TMC entre as mulheres.^{17-18, 41}

Finalmente, ainda que nossos resultados não corroborem a associação entre TMC e IMC, sugerem uma associação limítrofe entre $IMC \geq 30$ kg/m² e TMC, somente entre mulheres. Roberts et al,⁴¹ em um estudo longitudinal nos EUA, encontraram um risco aumentado de depressão associado à obesidade e discutiram a complexidade da relação entre obesidade e doença mental. A natureza transversal do desenho do estudo limita qualquer conclusão sobre a temporalidade e a direção subjacentes às associações observadas. Mais estudos são necessários para identificar os fatores associados à percepção feminina inadequada sobre seu peso e para distinguir as formas pelas quais e a extensão em que a percepção inadequada do peso corporal leva a TMC em algumas mulheres.

Este estudo foi parcialmente apoiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro – FAPERJ (processo E26/150.889/99).

Recebido em 24.03.2004

Aceito em 04.08.2004

Referências

1. Wadden TA, Stunkard AJ. Social and psychological consequences of obesity. *Ann Intern Med.* 1985;(6 Pt 2):1062-7.
2. Stunkard AJ, Sobal J. Psychosocial consequences of obesity. In: Brownell KD, Fairburn, CG. *Eating disorders and obesity.* New York: Guilford Press; 1995.
3. Appolinario, JC. Obesidade e psicopatologia. In: Halpern A, Matos AFG, Suplicy H, Mancini MC, Zanella MT. *Obesidade.* São Paulo: Lemos; 1998. p. 217-23.
4. Myers A, Rosen JC. Obesity stigmatization and coping: relation to mental health symptoms, body image and self-esteem. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 1999;23(3):221-30.
5. Fallon AE, Rozin P. Sex differences in perceptions of desirable body shape. *J Abnorm Psychol.* 1985;94(1):102-5.
6. 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.
7. Ogden J, Evans C. The problem with weighting: effects on mood, self-esteem and body image. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 1999;20(3):272-7.
8. Rierdan J, Koff E. Weight, weight-related aspects of body image, and depression in early adolescent girls. *Adolescence.* 1997;32(127):615-24.
9. Buddeberg-Fisher B, Klaghofer R, Reed V. Associations between body weight, psychiatric disorders and body image in female adolescents. *Psychoter Psychosom.* 1999;68(6):325-32.
10. Friedman MA, Brownell KD. Psychological correlates of obesity: moving to the next research generation. *Psychol Bull.* 1995;117(1):3-20.
11. Palinkas LA, Wingard DL, Barret-Conor E. Depressive symptoms in overweight and obese older adults: a test of "jolly fat" hypothesis. *J Psychosom Res.* 1996;40(1):59-66.
12. Siegel JM, Yacey AK, McCarthy WJ. Overweight and depressive symptoms among African American Women. *Prev Med.* 2000;31(3):232-40.
13. Hayes D, Ross CE. Body and mind: the effect of exercise, overweight and physical health on psychological well-being. *J Health Hum Behav.*

1986;27(4):387-400.

14. Onyike CU, Crum RM, Lee HB, Lyketsos, CG, Eaton, WW. Is Obesity associated with major depression? Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey *Am J Epidemiol.* 2003;158(12):1139-47.
15. Doll HA, Petersen SE, Stewart-Brow SL. Obesity and physical and emotional well-being: associations between body mass index, chronic illness and physical and mental components of the SF-36 questionnaire. *Obes Res.* 2000;8(2):160-70.
16. Ross CE. Overweight and depression. *J Health Soc Behav.* 1994;35(1):63-79.
17. Roberts RE, Kaplan GA, Shema SJ, Strawbridge WJ. Are the obese at greater risk for depression? *Am J Epidemiol.* 2000;152(2):163-70.
18. Roberts RE, Strawbridge WJ, Deleger S, Kaplan GA. Are the fat more jolly? *Ann Behav Med.* 2002;24(3):169-80.
19. Carter FA, Bulik CM, Joyce PR. Direction of weight change in depression. *J Affect Disord.* 1994;30(1):57-60.
20. Barefoot JC, Heitmann BL, Helms MJ, Williams RB, Surwit RS, Siegler IC. Symptoms of depression and changes in body weight from adolescence to mid-life. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 1998;22(7):688-94.
21. DiPietro L, Anda RF, Williamson DF, Stunkard AJ. Depressive symptoms and weight change in a national cohort of adults. *Int J O.* 1992;16(10):745-53.
22. Pine DS, Cohen P, Brook J, Coplan JD. Psychiatric symptoms in adolescence as predictors of obesity in early adulthood: a longitudinal study. *Am J Public Health.* 1997;87(8):1303-10.
23. Istvan J, Zavela K, Weidner G. Body weight and psychological distress in NHANES I. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 1992;16(12):1999-1003. Commented in: *Int J Obes Relat Metab Disord.* 1993;17(8):485-6.
24. World Health Organization. *Obesity: preventing and managing the global epidemic.* Geneva: WHO; 1997.
25. Goldberg D, Williams P. *A user's guide to the general Health Questionnaire.* NFER- Windsor: Nelson Publishing; 1998.
26. Goldberg D. *The detection of psychiatric illness by questionnaire.* London: Oxford University Press; 1972.
27. Stansfeld SA, Marmot MG. *Social class and minor psychiatric disorder in British Civil Servants: a validated screening survey using General Health Questionnaire.* *Psychol Med.* 1992;22(3):739-49.
28. Mari JJ, Williams P. A comparison of the validity of two psychiatric screenings questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using Relative Operating Characteristic (ROC) analysis. *Psychol Med.* 1985;15(3):651-9.
29. Goldberg DP, Blackwell B. *Psychiatric illness in general practice: A detailed study using a new method of case identification.* *Br Med J.* 1970;1(707):439-43.
30. *Stata Statistical Software, Release 6.0,* College Station, TX: Stata Corporation; 1999.
31. Adami GF, Gandolfo P, Campostano A, Meneghelli A, Ravera G, Scorpinaro N. Body image and body weight in obese patients. *Int J Eat Disord.* 1997;24(3):299-306.
32. Hill AJ, Williams J. Psychological health in a non-clinical sample of obese women. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 1998;22(6):578-83.
33. Klesges RC, Klem ML, Klesges LM. The relationship between changes in body weight and changes in psychosocial functioning. *Appetite.* 1992;19(2):145-53.
34. Mc Carthy M. The thin ideal, depression and eating disorders in women. *Behav Res Ther.* 1990;28(3):205-15.
35. Blowers LC, Loxton NJ, Grady-Flessner, M, Occhipinti S, Dawe S. The relationship between sociocultural pressure to be thin and body dissatisfaction in preadolescent girls. *Eat Behav.* 2003;4(3):229-44.
36. Drewnowski A, Yee DK. Men and body image: are males satisfied with their body weight? *Psychosom Med.* 1987;49(6):626-34.
37. Assunção SSM. Dismorfia muscular. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002;24(3):80-4.
38. Lopes CS, Faerstein E, Chor D. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Estudo Pró-Saúde. *Cad Saude Publica.* 2003;19(6):1713-20.
39. Jenkins R. Sex differences in minor psychiatric morbidity. *Psychol Med Monogr.* 1985; Suppl 7:1-53.
40. Bebbington PE. Sex and depression. *Psychol Med.* 1998;28(1):1-8.
41. Roberts RE, Deleger S, Strawbridge WJ, Kaplan, G. Prospective association between obesity and depression: evidence from the Alameda County Study. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2003;27(4):514-21.

Correspondência

Claudia S Lopes
 Instituto de Medicina Social /UERJ
 R. São Francisco Xavier, 524 - 7º andar - sl. 7015
 Maracanã - 20559-900
 Rio de Janeiro, RJ, Brasil
 E-mail: lopes@uerj.br

O arquivo disponível sofreu correções conforme ERRATA publicada no Volume 27 Número 1 da revista.