

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE**

**MARIZA OGLIARI**

**PERCEPÇÃO DA IMAGEM CORPORAL, ESTADO  
NUTRICIONAL, RISCO CARDIOVASCULAR, USO DE  
MEDICAMENTOS E PRÁTICAS INTEGRATIVAS DOS  
PACIENTES ATENDIDOS EM UMA CLÍNICA-ESCOLA DE  
ESTÉTICA**

**MARINGÁ  
2017**

MARIZA OGLIARI

**PERCEPÇÃO DA IMAGEM CORPORAL, ESTADO  
NUTRICIONAL, RISCO CARDIOVASCULAR, USO DE  
MEDICAMENTOS E PRÁTICAS INTEGRATIVAS DOS  
PACIENTES ATENDIDOS EM UMA CLÍNICA-ESCOLA DE  
ESTÉTICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde do Centro Universitário de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Rose Mari Bennemann  
Coorientadora: Dr<sup>ª</sup>. Lucia Elaine Ranieri Cortez

MARINGÁ  
2017

**MARIZA OGLIARI**

Percepção da imagem corporal, estado nutricional, risco cardiovascular, uso de medicamentos e práticas integrativas dos pacientes atendidos em uma clínica-escola de estética

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde do Centro Universitário de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde pela Comissão Julgadora composta pelos membros:

**COMISSÃO JULGADORA**

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Rose Mari Bennemann  
Centro Universitário de Maringá

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Mônica de Andrade  
Unifran Universidade de Franca

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Rute Grossi Milan  
Centro Universitário de Maringá

Aprovado em: 14 de dezembro de 2017.

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos aqueles que  
contribuíram para sua realização.

## AGRADECIMENTOS

A Deus pelo dom da vida e pela força que me deu para não desistir apesar das dificuldades.

Ao Centro Universitário de Maringá, por ter me possibilitado desenvolver este trabalho.

À Coordenação da clínica de estética do Centro Universitário de Maringá, professoras, secretárias e todos os envolvidos pela oportunidade oferecida e apoio para a realização deste trabalho.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde/ UniCesumar pelos valiosos ensinamentos.

Aos colegas do Mestrado em Promoção da Saúde, pela amizade, apoio e demonstração de companheirismo, o que foi extremamente importante para a conclusão deste mestrado.

À minha família pelo apoio para que eu chegasse ao término do curso.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho.

“Ensinou a amar a vida, não desistir de lutar, renascer da derrota, renunciar às palavras e pensamentos negativos. Acreditar nos valores humanos e a ser otimista. Aprendi que mais vale tentar do que recuar... Antes acreditar que duvidar, o que vale na vida não é o ponto de partida e sim a nossa caminhada.”

Cora Coralina

## **Percepção da imagem corporal, estado nutricional e risco cardiovascular, uso de medicamentos e práticas integrativas dos pacientes atendidos em uma clínica-escola de estética**

### **RESUMO**

O ser humano é o único ser vivo capaz de pensar sobre o corpo e definir a identidade por meio da aparência física, relacionando, muitas vezes, um corpo perfeito ao sucesso, felicidade e saúde. A submissão a uma cultura que valoriza um corpo extremamente magro, faz com muitas pessoas se sintam insatisfeitas com o corpo que possuem. O objetivo do presente estudo foi verificar a percepção da imagem corporal, estado nutricional e risco cardiovascular, uso de medicamentos e práticas integrativas de pacientes atendidos em uma clínica-escola de estética. Para isso, foi realizado um estudo transversal, com coleta de dados secundários, utilizando-se as fichas de atendimento (prontuários) de pacientes com idade igual ou superior a 20 e menor que 60 anos, de ambos os sexos, atendidos na clínica de estética do Centro Universitário de Maringá (UNICESUMAR), no período de julho de 2016 a julho de 2017. A percepção da imagem corporal foi autorreferida por meio da escala de nove silhuetas. A avaliação do estado nutricional dos pacientes foi realizada pelo índice de massa corporal (IMC). O risco para doenças cardiovasculares foi determinado pela medida da circunferência da cintura (CC). Informações sobre perfil sociodemográfico, uso de medicamentos e práticas integrativas foram coletadas com o auxílio de formulário específico. Para a análise estatística, utilizou-se tabelas de frequências bivariadas e teste de Qui-quadrado. Foram avaliadas 95 fichas de atendimento (prontuários) de pacientes. Dessas, 92,63% eram de pacientes do sexo feminino, a maioria com mais de 40 anos, convivendo com familiares e de nível superior completo. Com relação às práticas integrativas, a maioria (48,42%) afirmou não fazer uso de medicamentos, e 78,95% não consomem chás. Cerca de 80% dos pacientes avaliados foram classificados como pré-obesos ou obesos e apresentaram risco cardiovascular elevado. Contudo, a associação entre o IMC e o risco cardiovascular dos pacientes não foi estatisticamente significativa ( $p=0,3414$ ). No que tange aos tratamentos estéticos procurados, os pacientes pré-obesos e obesos com risco cardiovascular elevado foram aqueles que mais procuraram tratamento para redução de medidas. Sobre a percepção da imagem corporal, 84,21% dos pacientes avaliados mostraram-se insatisfeitos com o corpo pelo excesso de peso. Entre os pacientes insatisfeitos por excesso de peso, 18,97% estavam com o peso adequado. Todos os pacientes pré-obesos e obesos

avaliados manifestaram insatisfação com a imagem corporal. Não houve associação estatisticamente significativa ( $p=0,1741$ ) entre o risco cardiovascular e a satisfação com a imagem corporal. Muitos pacientes relataram não fazer uso da medicina tradicional/natural e/ou complementar/alternativa. Dessa forma, o presente estudo permitiu observar que a maioria dos pacientes que procuraram por tratamentos estéticos estão acima do peso ideal e insatisfeitos com a imagem corporal, o que exige atenção especial dos esteticistas na medida em que pode ser preditivo de comportamentos que coloquem em risco a saúde e o bem-estar do indivíduo. Ações de promoção de saúde e implementação de intervenções que objetivem educar e estimular a adoção de hábitos saudáveis de vida, são necessários para prevenção da obesidade, promoção e recuperação da saúde da população envolvida.

**Palavras-chave:** Autopercepção. Estética. Índice de Massa Corporal. Corpo. Saúde.



## **Perception of body image, nutritional status and cardiovascular risk, use of medications and integrative practices of patients attended at a clinical school of aesthetics**

### **ABSTRACT**

The human is the only living that is able to think about his body and define his identity through physical appearance, related to, many times, a perfect body to success, happiness and health. The submission of a culture values a body extremely thin, so that the people feel dissatisfied with their body. The objective of the present study was to verify the perception of body image, nutritional status and cardiovascular risk, use of medications and integrative practices of patients attended in a aesthetics clinical school. For this, was realized a transversal studied, with secondary data collection, using 95 records of attendance (medical records) of patients with 20 years old and under 60 years old, of both sexes, attended at the aesthetic clinic of the University Center of Maringá (UNICESUMAR), from July 2016 until July 2017. The perception of body image was self-reported through the scale of nine silhouettes. The evaluation of the nutritional status of the patients was performed by body mass index (BMI). The risk for cardiovascular disease was determined by waist circumference (WC). Information about sociodemographic profile, medicine use and integrative practices were collected with the help of a specific form. For the statistical analysis, we used a bivariate chart of frequency and Chi-square test. The study showed that 92.63% of patients attended were women, most of them over 40 years of age, living with relatives and with a complete upper level. In relation the integrative practices, the most affirm that don't make using of medicines and / or consumption of teas. About 80% of the evaluated patients were classified as pre-obese or obese and presented high cardiovascular risk. However, the association between BMI and cardiovascular risk was not statistically significant ( $p = 0.3414$ ). Regarding the aesthetic treatments sought, pre-obese and obese patients with high cardiovascular risk were those who sought more treatment for reduction of measures. On the perception of body image, 84.21% of the patients evaluated were dissatisfied with their body by being overweight. Among the patients dissatisfied because they're overweight, 18.97% were of adequate weight. All pre-obese and obese patients evaluated showed dissatisfaction with their body image. There was no statistically significant association ( $p = 0.1741$ ) between cardiovascular risk and body image satisfaction. In this way, the present study allowed us to observe that the majority of patients who seek aesthetic treatments are above ideal weight and unsatisfied with their body image, that requires special attention from health professionals in the mean that it can be predictive of behaviors which deteriorate daily life and endanger the health and well-being of the individual. A lot of patients reported that they don't use traditional/natural and/or complementary/alternative medicine, which detective the need of actions for health promotion in this sense. In addition, it's necessary to implement programs that aim to educate the population and stimulate the adoption of healthy habits of life to prevent obesity and promote and recover the health of the population involved.

**Keywords:** Self perception. . Aesthetics. Body mass index. Body. Health.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Escala de silhuetas proposta por STUNKARD <i>et al.</i> (1983).....	29
----------	---	----

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos pacientes atendidos em uma clínica-escola de estética, segundo perfil sociodemográfico. Maringá, PR., Brasil, 2017.....	36
Tabela 2	Associação entre estado nutricional e risco cardiovascular dos pacientes atendidos em uma clínica-escola de estética, Maringá, PR., Brasil, 2017...	37
Tabela 3	Imagem corporal e risco cardiovascular dos pacientes atendidos em uma clínica-escola de estética, Maringá, PR, Brasil, 2017.....	37
Tabela 4	Uso de práticas integrativas, nutri cosméticos e ingestão de água dos pacientes atendidos em uma clínica escola de estética, Maringá, PR., Brasil, 2017.....	38
Tabela 5	Índice de massa corporal, risco cardiovascular e procedimentos estéticos procurados pelos pacientes atendidos em uma clínica-escola de estética, Maringá, PR., Brasil, 2017.....	38

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	24
1.1 Objetivo geral .....	26
1.2 Objetivos específicos .....	26
2 REVISÃO DA LITERATURA .....	27
2.1 Promoção da saúde .....	27
2.2 A estética e a busca pelo corpo ideal .....	28
2.3 Imagem corporal .....	29
2.4 Estado nutricional .....	32
2.5 Risco cardiovascular .....	34
2.6 Práticas integrativas .....	35
2.7 Intervenções e ações de promoção da saúde sobre noção de beleza.....	37.
3 METODOLOGIA.....	39
3.1 Delineamento e local do estudo .....	39
3.2 Aspectos éticos .....	39
3.3 Coleta de dados .....	39
3.4 Percepção da imagem corporal .....	39
3.5 Estado Nutricional .....	40
3.6 Risco para doenças cardiovasculares .....	41
3.7 Práticas integrativas.....	30
3.8 Análise Estatística.....	41
4 ARTIGO 1 .....	42
5 NORMAS DO ARTIGO 1 .....	58z
5.1 Revista .....	58
5.2 Formatação geral do manuscrito .....	58
5.3 Formatação da estrutura do manuscrito .....	59
5.3.1 Título .....	59
5.3.2 Resumo .....	59
5.3.3 Descritores .....	59
5.3.4 Introdução .....	60

5.3.5 Metodologia .....	60
5.3.6 Resultados .....	60
5.3.7 Discussão .....	60
5.3.8 Conclusões ou considerações finais.....	60
5.3.9 Agradecimentos .....	61
5.3.10 Referências .....	61
5.3.11 Anexos .....	61
5.3.12 Orientações para ilustrações .....	61
5.3.13 Orientações para citações e depoimentos.....	62
6 CONCLUSÃO.....	64
7 REFERÊNCIAS .....	65
8 ANEXOS .....	70
8.1 Anexo A: Instrumento de coleta de dados .....	70
8.2 Anexo B: Declaração de autorização do local .....	75

# 1 INTRODUÇÃO

O ser humano é o único ser vivo capaz de pensar sobre si mesmo, suas ambições e seu corpo, podendo, inclusive, classificá-lo como gordo ou magro (VEALE e GILBERT, 2014). Essa capacidade de considerar-se com objeto e definir a identidade por meio da aparência física possibilita a formação de avaliações negativas sobre si, podendo gerar preocupações excessivas e sentimentos de frustração e angústia (VEALE e GILBERT, 2014; WEBB e ZIMMER-GEMBECK, 2016).

Diversos fatores influenciam a internalização de padrões de beleza e a construção da imagem ideal, podendo assim contribuir para o desenvolvimento da insatisfação corporal, transtornos alimentares e outros problemas psicológicos (HARDIT e HANNUM, 2012; SHRIVER *et al.*, 2013; CHAKER *et al.*, 2015; WEBB e ZIMMER-GEMBECK, 2016), como a ansiedade. Pessoas ansiosas são mais preocupadas com a forma física e mais propensas a incorporar ideais de beleza pré-concebidos (HARDIT e HANNUM, 2012).

Outro fator considerável envolve pensamentos e sentimentos sobre ser aceito e/ou valorizado por outras pessoas (AMARAL *et al.*, 2011; HARDIT e HANNUM, 2012; WEBB e ZIMMER-GEMBECK, 2016). De acordo com Webb e Zimmer-Gembeck (2016), o ser humano tem a necessidade de ser aceito como indivíduo fisicamente atraente e relaciona a aparência ao sucesso social, de forma a temer uma avaliação negativa sobre seus atributos físicos mais do que a outros aspectos, como inteligência e personalidade (WEBB e ZIMMER-GEMBECK, 2016). A aparência física também pode ser relacionada ao sucesso pessoal e profissional. Pessoas fisicamente atraentes são mais agradáveis, tem maior sucesso no matrimônio e são mais propensas a serem bem-sucedidas em suas carreiras (SIERMINSKA e LIU, 2015).

Por fim, deve-se destacar a influência de terceiros no estabelecimento de padrões físicos que afetam a autoestima (HARDIT e HANNUM, 2012). Nesse sentido, pais, sociedade e mídia destacam-se como propagadores dos ideais de beleza, sendo que os modelos impostos pela mídia surgem como os principais responsáveis pela forma com que as pessoas estão satisfeitas com a aparência (AMARAL *et al.*, 2011; NOURI *et al.*, 2011; WEBER, 2011; ANDRADE *et al.*, 2012; FRANKO *et al.*, 2012; HARDIT e HANNUM, 2012; MATAIX, 2012; CHO e LEE, 2013; CHAKER *et al.*, 2015; FRANCISCO *et al.*, 2015; BELL *et al.*, 2016; WEBB e ZIMMER-GEMBECK, 2016).

Embora os homens também sofram com a pressão estimulada pelo conceito de metrossexualidade, as mulheres ainda são as mais fortemente impactadas por esses fatores, preocupando-se mais com a aparência e adotando comportamentos mais extremos para conseguir o corpo dito ideal (MATAIX, 2012; CHAKER *et al.*, 2015; WEBB e ZIMMER-GEMBECK, 2016). É comum, por exemplo, que elas busquem utilizar vestimentas propostas por programas de televisão e artigos de revistas como forma de melhorar a aparência (LAMBROU *et al.*, 2012). Além do mais, a cultura brasileira submete-as a um padrão de beleza que idealiza um corpo extremamente magro, estimulando-as a procurarem de forma excessiva por procedimentos estéticos muitas vezes desnecessários, afetando diretamente a saúde e qualidade de vida (SILVA *et al.*, 2011; WEBER, 2011; HARDIT e HANNUM, 2012; CHO e LEE, 2013; ARROYO, 2014; FRANCISCO *et al.*, 2015; WEBB e ZIMMER-GEMBECK, 2016).

Os procedimentos com finalidades estéticas atualmente disponíveis são altamente sofisticados e eficazes, possibilitando a solução de muitos problemas relacionados à aparência corporal (WEBER, 2011). Contudo, a busca por um corpo perfeito pode ser considerada um problema uma vez que aumenta a probabilidade do indivíduo ficar exposto a diversas patologias associadas à imagem corporal, cada vez mais frequentes em nossa sociedade (AMARAL *et al.*, 2011; WEBER, 2011; MATAIX, 2012; CHO e LEE, 2013). Dentre elas, o transtorno dismórfico corporal (TDC) destaca-se por poder levar a comorbidades como a depressão, transtornos alimentares (bulimia e anorexia, principalmente) e até suicídio (CRUZADO *et al.*, 2010; NASCIMENTO *et al.*, 2010; WEBER, 2011; LAMBROU *et al.*, 2012; CHO e LEE, 2013; FRANCISCO *et al.*, 2015).

Profissionais da saúde devem estar aptos para identificar comportamentos de risco e atuar na mobilização e educação de indivíduos, comunidade e sociedade, criando estratégias para proteger e promover a saúde, capacitando os indivíduos a adotarem um comportamento mais positivo e pró-ativo em seus processos de saúde-doença, melhorando as condições de vida e reduzindo os riscos e vulnerabilidade às doenças (CAMPOS e RODRIGUES-NETO, 2008; HEIDEMANN *et al.*, 2012; KOK e VRIES, 2015; KIM e YOO, 2016; SWENSON *et al.*, 2016).

As práticas integrativas surgem como uma importante estratégia para promoção, manutenção e recuperação de saúde, assim como prevenção de agravos, uma vez que busca um ideal de saúde baseado no equilíbrio entre mente, corpo e espírito, em um modelo de atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo (BRASIL, 2006; GUIDO *et al.*, 2015; BEN-ARYE *et al.*, 2016).

## **1.1 Objetivo geral**

Verificar a percepção da imagem corporal, estado nutricional e risco cardiovascular, uso de medicamentos e práticas integrativas dos pacientes atendidos em uma clínica-escola de estética.

## **1.2 Objetivos específicos**

- Descrever os pacientes, segundo características sociodemográficas;
- Verificar a satisfação com a imagem corporal;
- Avaliar o estado nutricional e risco cardiovascular dos pacientes;
- Verificar a associação entre a percepção da imagem corporal e o estado nutricional;
- Verificar a associação entre estado nutricional e risco cardiovascular;
- Verificar a associação entre a percepção da imagem corporal e o risco cardiovascular;
- Verificar o consumo de água, uso de medicamentos fitoterápicos e chás;
- Identificar os tipos de procedimentos estéticos procurados, segundo o estado nutricional e o risco cardiovascular.



## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 Promoção da saúde

A promoção da saúde refere-se a um conjunto de práticas multi e intersetoriais que envolvem ações educativas, políticas, regulatórias e organizacionais voltadas aos indivíduos, grupos ou comunidades, com o objetivo de estimular a capacidade de aprendizado e desenvolvimento de habilidades pessoais para tornar os indivíduos e as populações mais autônomos em seus processos de saúde-doença, melhorando as condições de vida e reduzindo os riscos e vulnerabilidade às doenças (CAMPOS e RODRIGUES-NETO, 2008; HEIDEMANN *et al.*, 2012; KOK e VRIES, 2015). A promoção da saúde capacita as pessoas para um comportamento mais positivo e pró-ativo, permitindo que exista comunicação, informação e controle sobre a melhoria em sua condição (KIM e YOO, 2016; SWENSON *et al.*, 2016).

Conforme a carta de Ottawa, elaborada em 1986 e desde então adotada como uma referência na área, a qualidade de vida é o principal instrumento norteador para mudanças de estilo de vida a fim de chegar a um excelente estado de saúde inserido em um conceito de bem-estar muito amplo, propiciando a longevidade do indivíduo (CAMPOS e RODRIGUES-NETO, 2008; HEIDEMANN *et al.*, 2012).

Na saúde coletiva, esse tema vem ganhando destaque, uma vez que traz uma concepção que vai além de evitar ou diminuir o risco de doenças e prolongar a vida (CAMPOS e RODRIGUES-NETO, 2008; HEIDEMANN *et al.*, 2012). As ações profissionais comprometidas com a corresponsabilidade e bem-estar coletivo estão diretamente relacionadas a meios e situações que diminuem custos, promovem a qualidade de vida e aumentam as chances de saúde (CAMPOS e RODRIGUES-NETO, 2008; HEIDEMANN *et al.*, 2012).

Ao entender a promoção da saúde, os profissionais da área estão aptos para evitar que os pacientes tenham comportamentos pouco saudáveis, diminuindo o fator de risco para futuras doenças. No entanto, ainda existe um quadro de grande diversidade de concepções sobre promoção da saúde, qualidade de vida e dificuldades, por parte dos profissionais de saúde, para pôr em prática os conhecimentos, sinalizando uma considerável lacuna entre teoria e prática (HEIDEMANN *et al.*, 2012; ZABALETA-DEL-OLMO *et al.*, 2015).

Embora se reconheça a importância de promover ações baseadas nos princípios e nas diretrizes da promoção da saúde, a atenção de saúde ainda mantém caráter curativo, individual

e fragmentado (HEIDEMANN *et al.*, 2012). Logo, o desafio consiste na formação de profissionais capazes de criar estratégias e projetos com o intuito de proteger e promover a saúde nas populações (HEIDEMANN *et al.*, 2012; SWENSON *et al.*, 2016). Nesse sentido, a educação surge como um importante instrumento para mobilizar indivíduos, comunidade e sociedade, estimulando a aprendizagem através da comunicação e promovendo a saúde através de mudanças voluntárias no comportamento (HEIDEMANN *et al.*, 2012; KOK e VRIES, 2015).

## **2.2 A estética e a busca pelo corpo ideal**

A estética (do grego: perceber, sentir) é a ciência que trata da natureza da beleza (WEBER, 2011). Durante toda a História, filósofos como Platão, René Descartes, Aristóteles e Hegel tentaram definir o que torna uma coisa bela (WEBER, 2011). Nos dias atuais, essa definição está cada vez mais restrita e inalcançável, de forma que a obsessão pelo corpo perfeito e rejuvenescido, com forte rejeição às marcas naturais do envelhecimento, caracteriza a sociedade moderna (MATAIX, 2012; SILVA *et al.*, 2013; ARROYO, 2014; FERREIRA *et al.*, 2014; DAVID *et al.*, 2015). Corpos esculpidos e irreais aparecem como sinônimos de sucesso, felicidade e até mesmo saúde, o que estimula as mulheres a procurarem um corpo cada vez mais magro e os homens a obterem um físico atlético e musculoso (SILVA *et al.*, 2011; WEBER, 2011; HARDIT e HANNUM, 2012; MATAIX, 2012; CHAKER *et al.*, 2015; FRANCISCO *et al.*, 2015; WEBB e ZIMMER-GEMBECK, 2016).

Como resultado, vemos o surgimento de uma infinidade de procedimentos estéticos e uma crescente demanda por intervenções que buscam suprimir os sentimentos de tristeza e incapacidade gerados pela frustração com a imagem (WEBER, 2011; MATAIX, 2012; SILVA *et al.*, 2013; DAVID *et al.*, 2015).

Existem três teorias que procuram explicar a relação entre o processo de auto percepção e a insatisfação com o corpo. A primeira teoria é a da autodiscrepância e prevê que as pessoas experimentam a insatisfação quando há discrepância entre os atributos que elas possuem (eu real) e os atributos que elas esperam possuir (eu ideal) (ARROYO, 2014). A segunda, teoria da comparação social, postula que os indivíduos tendem a comparar uns aos outros em um esforço de se autoavaliar (FITZSIMMONS-CRAFT *et al.*, 2012; ARROYO, 2014). Por fim, a terceira teoria (teoria da objetificação) postula que, na cultura ocidental, os corpos das mulheres são tratados como objetos que devem ser olhados e sexualmente contemplados. Isso muitas vezes leva as mulheres a visualizarem-se como objetos que devem ser avaliados (FITZSIMMONS-CRAFT *et al.*, 2011; FITZSIMMONS-CRAFT *et al.*, 2012; ARROYO, 2014).

É comum que mulheres com autopercepção negativa do corpo assumam comportamentos autodepreciativos, que colocam em risco sua saúde e bem-estar, para se (re) encaixarem na sociedade (FITZSIMMONS-CRAFT *et al.*, 2011; ARROYO, 2014; FERREIRA *et al.*, 2014). Estudos indicam que a insatisfação com a imagem pode levá-las a distúrbios alimentares, abuso de medicamentos, e realização de procedimentos cirúrgicos e estéticos a fim de modificar a aparência, mesmo reconhecendo os riscos e possíveis efeitos colaterais (AMARAL *et al.*, 2011; FITZSIMMONS-CRAFT *et al.*, 2011; NOURI *et al.*, 2011; FRANKO *et al.*, 2012; FERREIRA *et al.*, 2014; DAVID *et al.*, 2015; BELL *et al.*, 2016). Muitas buscam procedimentos cirúrgicos ou estéticos sem indicações médicas, motivadas pelo imediatismo para obtenção do corpo ideal em detrimento do engajamento em um programa de atividade física (AMARAL *et al.*, 2011; WEBER, 2011).

Por essa perspectiva, a autoestima surge como um indicador importante para comportamentos de risco associados a transtornos corporais e alimentares. A baixa autoestima parece levar a distúrbios alimentares, provavelmente como alternativa para melhorar a aparência por meio de dietas ou outros tipos de comportamentos alimentares (FRANCISCO *et al.*, 2015). Em contrapartida, pessoas que possuem maior autoestima internalizam menos os ideais de beleza e tendem a ter menos comportamentos de risco (FRANCISCO *et al.*, 2015).

Isto posto, entende-se a necessidade de considerarmos a fundo os transtornos associados à imagem corporal e os comportamentos que os norteiam, como estratégia para promoção e recuperação da saúde dos indivíduos afetados.

### **2.3 Imagem corporal**

A imagem corporal pode ser definida como a percepção do próprio corpo, representando de forma multidimensional como os indivíduos pensam, sentem e se comportam a respeito de seus atributos físicos (GLANER *et al.*, 2013; DANIS *et al.*, 2016). Pode ser considerada sob dois aspectos importantes: percepção corporal e satisfação com o corpo (DANIS *et al.*, 2016). Os padrões socioculturais e a mídia contribuem para os problemas com a imagem corporal, uma vez que ditam um ideal de beleza tanto para homens, quanto para mulheres, aumentando o número de casos de pessoas insatisfeitas com sua imagem (GASKIN *et al.*, 2013; GLANER *et al.*, 2013).

Webb e Zimmer-Gembeck (2016) sugerem que indivíduos que fazem dietas restritivas, em geral, baseiam a autoestima na aparência física e apresentam insatisfação com o corpo. Além de que, tendem a influenciar pessoas do seu convívio a adotarem comportamentos semelhantes

e aumentam a ansiedade dessas com questões relacionadas à própria aparência (WEBB e ZIMMER-GEMBECK, 2016).

De fato, quanto menor o peso desejado, mais frequentemente notam-se atitudes relacionadas à verificação do corpo (KACHANI *et al.*, 2013). Normalmente, nas brasileiras a insatisfação com o corpo está relacionada a medidas da barriga, quadris e membros inferiores (principalmente coxas) (KACHANI *et al.*, 2013; FERREIRA *et al.*, 2014).

Outro estudo mostrou que alterações da percepção do peso corporal estão significativamente associadas a sintomas depressivos, principalmente em mulheres (GASKIN *et al.*, 2013).

As mulheres também são as mais propensas a superestimar sua categoria de peso, estando mais susceptíveis a distúrbios alimentares e práticas de risco para a perda de peso (ANDRADE *et al.*, 2012).

As preocupações e insatisfações com a imagem corporal também afetam crianças (SHRIVER *et al.*, 2013), adolescentes (GLANER *et al.*, 2013) e mulheres na terceira idade (SILVA *et al.*, 2011; FERREIRA *et al.*, 2014). É comum que as idosas associem o processo de envelhecimento como um momento de perda de espaço, valor e prestígio social. As principais objeções relacionam-se a alteração da distribuição de gordura corpórea (aumento de peso), aparecimento de rugas, sinais senis e perda de massa muscular (FERREIRA *et al.*, 2014).

O esforço pela magreza como consequência da preocupação com a imagem também é comum entre determinados profissionais, como modelos, atores e dançarinos. Autores mostram que 31,9% dos dançarinos não estão satisfeitos com seu corpo e muitas vezes sofrem de distúrbios alimentares, baixa autoestima, depressão, vergonha de seu próprio corpo e alterações de emoções (DANIS *et al.*, 2016).

Outros fatores associados à insatisfação com a imagem corporal incluem uso abusivo de álcool, inatividade física, estado civil (SILVA *et al.*, 2011) e dor crônica (SENKOWSKI e HEINZ, 2016).

A insatisfação com a imagem corporal pode levar a uma série de complicações como a depressão, bulimia, anorexia e o transtorno dismórfico corporal (TDC). O TDC, primariamente chamado de dismorfofobia, é uma doença psiquiátrica que consta na Classificação Internacional das Doenças Edição 10 (CID10) da Organização Mundial de Saúde (OMS) caracterizada como a preocupação excessiva com uma anomalia física menor ou um defeito de aparência imaginado, que pode causar sofrimento, tristeza e prejuízo significativo nas atividades sociais ou ocupacionais do indivíduo acometido (CRUZADO *et al.*, 2010; WEBER, 2011; LAMBROU *et al.*, 2012; SILVA *et al.*, 2013; DAVID *et al.*, 2015).

Em nossa população, é uma doença cada vez mais comum, que atinge ambos os sexos, em várias faixas etárias e socioculturais (WEBER, 2011; DAVID *et al.*, 2015). Contudo, ainda é uma condição subdiagnosticada, com prognóstico e tratamento complexos (CRUZADO *et al.*, 2010). Alguns autores consideram a vigorexia, doença na qual a pessoa busca incessantemente um corpo musculoso, como um subtipo de TDC (WEBER, 2011).

Pessoas com TDC têm uma fixação em monitorar a sua imagem de forma involuntária e repetitiva e exibem uma perturbação no processamento emocional/avaliativo de sua autoimagem que leva a um aumento da consciência de defeitos discretos ou de defeitos que não são vistos por outras pessoas, sendo considerados delírios (LAMBROU *et al.*, 2012; VEALE e GILBERT, 2014). Ao relatar seus defeitos, utilizam descrições negativas, emotivas e com base moral, demonstrando maior sentimento de angústia (LAMBROU *et al.*, 2012; SILVA *et al.*, 2013).

Por supervalorizar a importância da aparência, apresentam a tendência de comparar e julgar as pessoas segundo critérios de atração (LAMBROU *et al.*, 2012; VEALE e GILBERT, 2014). Também sentem mais medo de serem hostilizados ou rejeitados e vergonha de se exporem fisicamente em atividades sociais (SILVA *et al.*, 2013). Consequentemente, evitam situações públicas ou de intimidade que possam provocar ansiedade relacionada à aparência, como olhar fotos ou vídeos feitos por outra pessoa, utilizar determinados tipos de espelhos ou estar sob certa iluminação (VEALE e GILBERT, 2014).

No convívio social, as pessoas com TDC tendem a ser solteiras ou separadas/divorciadas, desempregadas e menos instruídas, e assumem comportamentos típicos, como: manter a cabeça abaixada, alterar a sua postura, lavar e escovar os cabelos repetidamente, utilizar maquiagem ou preenchimentos em excesso, usar o cabelo e roupas para camuflar um defeito percebido, comparar sua aparência com a de outras pessoas e perguntar repetidamente sobre o seu “defeito” (AMARAL *et al.*, 2011; LAMBROU *et al.*, 2012; SILVA *et al.*, 2013; VEALE e GILBERT, 2014; DAVID *et al.*, 2015). Tais comportamentos são projetados para prevenir a rejeição ou humilhação, no entanto, o indivíduo pode ser rejeitado justamente por agir assim (VEALE e GILBERT, 2014).

Devido aos comportamentos repetitivos, semelhanças na fenomenologia das obsessões e compulsões, padrão de comorbidades, características genéticas e familiares, envolvimento de circuitos cerebrais e resposta ao tratamento, o TDC é considerado um transtorno obsessivo compulsivo (NASCIMENTO *et al.*, 2010; VEALE e GILBERT, 2014).

Esse transtorno atinge predominantemente as mulheres, que recorrem aos cosméticos e procedimentos estéticos, incluindo cirurgias plásticas, com mais frequência com a perspectiva

de aliviar o seu incômodo com a aparência física e sentir-se melhor (NASCIMENTO *et al.*, 2010; AMARAL *et al.*, 2011; LAMBROU *et al.*, 2012; SILVA *et al.*, 2013; VEALE e GILBERT, 2014).

No entanto, é comum que as pacientes não se sintam satisfeitas mesmo após cirurgias, podendo até precipitar psicoses, comportamento suicida ou violência direcionada ao profissional de saúde (SILVA *et al.*, 2013). Amaral e colaboradores (2011) investigaram a incidência de insatisfação corporal e de TDC em mulheres que realizaram cirurgias plásticas e mostraram que, após a intervenção, a maioria das pacientes ainda relata algum tipo de incômodo com a aparência, que pode ser o mesmo que motivou a cirurgia ou outro, sugerindo que elas podem buscar outras estratégias de modificação do corpo ou mesmo nova submissão a procedimentos cirúrgicos. O estudo também revelou que, embora todas reconheçam a importância da atividade física para a saúde, recuperação e manutenção da estética corporal ou bem-estar diário, a maioria não possui disposição para a prática (AMARAL *et al.*, 2011).

LAMBROU *et al.* (2012) relataram que mulheres com TDC queixaram-se quase duas vezes mais sobre sua pele, quando comparadas ao controle. Com relação à face, as queixas chegaram a ser 10 vezes superiores, sugerindo que as preocupações relacionadas à aparência foram quantitativamente maiores.

Com relação aos procedimentos estéticos, o estudo mostrou que mulheres com TDC realizaram procedimentos significativamente com mais frequência, mas também foram as que apresentaram níveis mais elevados de angústia durante a execução desses tratamentos (LAMBROU *et al.*, 2012). Dessa forma, é necessário que os profissionais envolvidos estejam atentos aos sintomas e busquem estratégias para identificar e minimizar a angústia do paciente.

As ações destinadas à promoção da saúde podem repercutir positivamente sobre a satisfação com a imagem corporal e a prevenção de complicações como o TDC. Assim, parece ser pertinente monitorar a insatisfação corporal com o intuito de desenvolver ações multidisciplinares que promovam mudanças e esclarecimentos quanto ao perfil morfológico adequado à saúde (GLANER *et al.*, 2013).

## **2.4 Estado nutricional**

O organismo do ser humano necessita de uma série de nutrientes para o funcionamento ideal. Ao analisar o estado nutricional é possível proferir se essas necessidades fisiológicas estão sendo supridas. A ingestão adequada de alimentos é primordial, uma vez que a falta de nutrientes ou desnutrição podem acarretar deficiência em funções, desequilíbrio, complicações

como a dificuldade de cicatrização, infecções, redução da síntese de proteínas e aumento da morbimortalidade (ACUÑA e CRUZ, 2004).

Dentre as alterações do estado nutricional mais importantes destacam-se a desnutrição e a obesidade, que podem contribuir para o aumento de uma série de agravos para a saúde (ACUÑA e CRUZ, 2004; CASTAÑEDA-SÁNCHEZ *et al.*, 2016). No homem, a desnutrição, por exemplo, está relacionada a diminuição da capacidade física e nas mulheres a riscos reprodutivos, por outro lado a obesidade acarreta uma série de doenças crônicas, entre elas as cardiovasculares, hipertensão arterial sistêmica, diabetes tipo 2 e dislipidemias (CASTAÑEDA-SÁNCHEZ *et al.*, 2016).

A carência de nutrientes na alimentação está muitas vezes relacionada ao estilo de vida. Nos dias atuais, observa-se que muitas vezes, como consequência do stress e vida agitada, as pessoas se esquecem de ingerir alimentos saudáveis essenciais para suprir as carências nutricionais (SOARES e BARRETO, 2014).

Apesar da importância da dieta equilibrada não é fácil atender a essa necessidade principalmente quando estão disponíveis uma série de alimentos de alto teor calórico que favorecem a obesidade ou dietas da moda que muitas vezes diminuem o número de refeições diárias, eliminam certos alimentos ou grupos de macro e micronutrientes essenciais e podem resultar, posteriormente, em sérios riscos a saúde do indivíduo (DIAS *et al.*, 2013; GASKIN *et al.*, 2013).

A avaliação do estado nutricional pode ser realizada através de métodos convencionais, como história clínica, exame físico e pela antropometria (estatura, peso, combinações de peso e estatura, circunferências, pregas cutâneas, entre outras) (ACUÑA e CRUZ, 2004).

O índice de massa corporal (IMC) relaciona a massa corpórea e a estatura do indivíduo sendo um dos índices mais utilizados em estudos populacionais. Alguns autores sugerem que o IMC é um parâmetro que pode ser associado à internalização dos ideais socioculturais de beleza, busca por estratégias para alteração da aparência e insatisfação com o corpo (FRANCISCO *et al.*, 2015; WEBB e ZIMMER-GEMBECK, 2016). Tanto homens quanto mulheres podem assumir comportamentos diversos para alcançar o IMC ideal e aumentar, assim, o grau de satisfação com o corpo (CHO e LEE, 2013; FRANCISCO *et al.*, 2015).

De fato, os indivíduos com IMC elevados tendem a ser mais insatisfeitos com sua imagem corporal, provavelmente devido ao excesso de peso, e são os que mais almejam alcançar os padrões de um corpo magro, expressando um desejo intrínseco de se encaixar nas demandas de beleza da vida contemporânea (SILVA *et al.*, 2011; FERREIRA *et al.*, 2014). Por

outro lado, baixos valores de IMC podem estar associados à bulimia, anorexia ou desnutrição calórica proteica (GLANER *et al.*, 2013).

GLANER *et al* (2013) observaram que o IMC e a obesidade abdominal estavam associados à insatisfação com a imagem corporal em adolescentes do sexo masculino. Indivíduos com baixo IMC e com obesidade abdominal apresentaram aproximadamente cinco vezes mais chance de insatisfação com a imagem corporal.

NOURI *et al* (2011) avaliaram mulheres americanas e constataram que quanto maior o IMC, maior a insatisfação com corpo. A exposição à mídia e internalização do padrão ocidental de magreza também foram relacionadas à insatisfação.

HARDIT & HANNUM (2012) observaram que mulheres com escores mais altos de IMC são mais ansiosas, recebem mais críticas dos pais e são mais provocadas por colegas. Contudo, mulheres com IMC considerado normal e com IMC abaixo da média também sentem-se pressionadas pela mídia, pais e sociedade com relação à sua aparência, sendo que as últimas foram as que relataram sofrer maior influência e apoio aos valores socioculturais, o que pode torná-las modelos de promoção desses valores na sociedade em geral (HARDIT e HANNUM, 2012).

Desta forma, a avaliação do estado nutricional é de grande importância na prática clínica para facilitar o diagnóstico dos problemas nutricionais e acompanhar as intervenções terapêuticas e de promoção de saúde realizadas (ACUÑA e CRUZ, 2004).

## **2.5 Risco cardiovascular**

A obesidade é considerada como principal fator de risco para o surgimento das doenças crônicas não-transmissíveis, dentre elas as doenças cardiovasculares (CARVALHO *et al.*, 2015). O número de enfermidades e muitas vezes morte por doenças cardiovasculares crescem constantemente não só no Brasil, mas no mundo. Esse fato é motivo para preocupação geral, pois acarreta vários malefícios e diminui a qualidade de vida das populações (PIMENTA *et al.*, 2014; SOARES e BARRETO, 2014; CARVALHO *et al.*, 2015; KEIHANI *et al.*, 2015).

Para que a obesidade ou o sobrepeso possam ser tratados ou prevenidos, a condição do peso do paciente precisa ser avaliada (ABESO, 2016). A combinação de massa corporal e distribuição de gordura é, provavelmente, a melhor opção para preencher a necessidade de avaliação clínica (ABESO, 2016);

O IMC é o índice mais utilizado para avaliação da adiposidade corporal, porém é pouco descritivo quanto à distribuição de tecido adiposo/muscular (DIAS *et al.*, 2013; PIMENTA *et al.*, 2014; ABESO, 2016). Considerando que a forma pela qual a gordura está distribuída pelo



corpo pode ser mais importante que a gordura corpórea total na determinação do risco individual de doenças, torna-se fundamental utilizar indicadores que determinem esse tipo de distribuição (DIAS *et al.*, 2013). O ideal é que o IMC seja associado a outras medidas da distribuição de gordura corporal para diminuir as limitações de cada uma das avaliações isoladas (ABESO, 2016).

A obesidade abdominal está diretamente relacionada à gordura visceral (intra-abdominal), que é vista como depósito patogênico e considerada um dos fatores de risco para doenças cardiovasculares (como hipertensão arterial), além de conferir riscos para a síndrome metabólica, redução de HDL, resistência à insulina entre outras, independentemente da gordura corporal total (MATEO-GALLEGO *et al.*, 2012; PIMENTA *et al.*, 2014; SOARES e BARRETO, 2014; CARVALHO *et al.*, 2015; KEIHANI *et al.*, 2015; ABESO, 2016).

Vários indicadores antropométricos podem ser utilizados para avaliar a obesidade abdominal (GLANER *et al.*, 2013; CARVALHO *et al.*, 2015). A circunferência de cintura (CC) tem sido amplamente utilizada para avaliar a adiposidade local por refletir melhor o conteúdo de gordura visceral e também se associar muito à gordura corporal total, podendo prever risco de doenças cardiovasculares e síndrome metabólica em adultos (DIAS *et al.*, 2013; PIMENTA *et al.*, 2014; ABESO, 2016).

Recentemente, a CC foi identificada como fator de risco na faixa etária pediátrica (DIAS *et al.*, 2013). Estudos mostram que crianças e adolescentes também vêm mostrando alterações do tamanho do abdômen, aumentando a incidência de doenças cardiovasculares nas mesmas, uma vez que a prevalência de sobrepeso e obesidade é alarmante também nessa faixa etária (ANDAKI *et al.*, 2012; DIAS *et al.*, 2013).

Portanto, é relevante estimular a mudança do comportamento alimentar desde cedo por meio de práticas de educação nutricional que contribuam para que a criança faça escolhas alimentares saudáveis (DIAS *et al.*, 2013). Ademais, seria interessante a adoção de medidas que visem à promoção da prática de atividade física, uma vez que o sedentarismo contribui para o excesso de peso e consequente risco cardiovascular (CARVALHO *et al.*, 2015).

## **2.6 Práticas integrativas**

As práticas integrativas também conhecidas como complementares não são uma novidade no mundo (GUIDO *et al.*, 2015). Os primeiros registros sobre uso de plantas medicinais na América Latina datam de 1493 e expõem a visão integradora sobre a saúde tradicionalmente adotada pelos antigos povos indígenas (GUIDO *et al.*, 2015).

Muitos dos conceitos centrais da medicina complementar/integrativa são baseados nos princípios da medicina baseada em evidências, bem como na filosofia de que a saúde está baseada no equilíbrio entre a mente, o corpo e o espírito, em uma abordagem bio-psico-social-espiritual centrada no paciente (GUIDO *et al.*, 2015; BEN-ARYE *et al.*, 2016). É sabido que as práticas integrativas associadas à medicina moderna podem trazer benefícios terapêuticos que contribuem para a melhoria das condições de saúde do indivíduo (ISCHKANIAN e PELICIONI, 2012).

Atualmente, estima-se que mais de 400 milhões de pessoas na América Latina usam a medicina tradicional/natural e/ou complementar/alternativa (GUIDO *et al.*, 2015). Essa prática tem crescido exponencialmente e mobiliza um mercado de cerca de três bilhões de dólares por ano em produtos na região (GUIDO *et al.*, 2015). A quantidade e a qualidade dos estudos científicos sobre o assunto também tem aumentado constantemente e o Brasil está na vanguarda deste movimento (GUIDO *et al.*, 2015).

Em 2006, o Ministério da Saúde deu um passo importante no estabelecimento de políticas para garantir a integralidade na atenção à saúde criando a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS). A PNPIC atendeu à necessidade de se conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências que já estavam sendo desenvolvidas na rede pública de muitos municípios e estados, destacando-se aquelas no âmbito da medicina tradicional Chinesa: acupuntura, homeopatia, fitoterapia, medicina antroposófica, entre outras (BRASIL, 2006).

As práticas integrativas, aliadas à promoção e educação em saúde, trazem uma nova maneira de abordar a saúde pública, promovendo a redução de custos e contribuindo para evitar a instalação ou agravamento de doenças (ISCHKANIAN e PELICIONI, 2012).

Há um grande número de estudos que apoiam o uso da medicina complementar/integrativa em diversas áreas, como obstetrícia, dermatologia (CANT *et al.*, 2012) e oncologia (BEN-ARYE *et al.*, 2016). Inclusive, o termo “Oncologia Integrativa” refere-se especificamente ao uso de terapias complementares e integrativas em colaboração com cuidados oncológicos convencionais (BEN-ARYE *et al.*, 2016).

Na Inglaterra, estudo mostrou que as práticas integrativas que alcançaram maior sucesso em ambientes hospitalares do Serviço Nacional de Saúde foram: aromaterapia, reflexologia, massagem e acupuntura, além de yoga, hipnose, moxabustão, florais de Bach e dietoterapia (CANT *et al.*, 2012).

Mesmo em ascensão, a adoção das práticas integrativas enfrenta dificuldades devido às diferenças da medicina moderna. É necessário que se invista na formação de profissionais

qualificados em práticas não convencionais, além de maiores incentivos a pesquisa e desenvolvimento para integrar saberes e práticas nas diversas áreas do conhecimento, desenvolvendo projetos humanizados, integrais e transdisciplinares (ISCHKANIAN e PELICIONI, 2012).

## **2.7 Intervenções e ações de promoção da saúde sobre noção de beleza**

O desafio na atualidade é manter atitudes positivas e comportamentos saudáveis diante das pressões sociais sofridas nos diversos níveis contextuais no que diz respeito a beleza, como grupos de amigos, ambiente familiar e meios de comunicação (WEBB e ZIMMER-GEMBECK, 2016).

CHAKER *et al* (2015) mostraram que mulheres que participaram de um grupo, interagindo com indivíduos receptivos sentiram-se mais aceitas e menos julgadas sobre o seu corpo. Isto sugere que motivar as pessoas a escolher ambientes de apoio pode ajudá-las a se sentirem mais confortáveis e satisfeitas com sua aparência.

Da mesma forma, possuir amigos que se sentem mais satisfeitos com sua aparência parece ajudar a aliviar alguma insatisfação relacionada à aparência ao longo do tempo (WEBB e ZIMMER-GEMBECK, 2016).

Devido às diferenças culturais encontradas em relação aos efeitos mediadores dos transtornos corporais e alimentares, os programas de prevenção devem ser empiricamente estudados em cada região antes de ser amplamente adotado, para ter em conta as especificidades de cada população-alvo (FRANCISCO *et al.*, 2015).

Há também de se compreender o processo de internalização do padrão de beleza como um processo dinâmico e mutável. Estudos recentes relatam um novo padrão de beleza para o corpo feminino, sugerindo que o ideal de magreza tem sido substituído por um ideal atlético, caracterizado por um corpo mais musculoso e tonificado (BELL *et al.*, 2016). Ainda assim, como os tipos de corpo idealizados são diferentes entre homens e mulheres, indica-se que as intervenções preventivas e terapêuticas entre homens e mulheres com insatisfação corporal sejam diferentes (SILVA *et al.*, 2011; CHO e LEE, 2013).

Cabe ainda ao profissional de saúde assumir uma postura eticamente correta, respeitando a autonomia e os valores do paciente, mas também considerando as indicações técnicas, os riscos associados e, principalmente, o benefício que determinado procedimento trará ao paciente (WEBER, 2011).

O TDC não deve ser negligenciado ou minimizado, uma vez que a preocupação obsessiva do indivíduo com sua aparência pode evoluir para comorbidades graves como

alternativa para resolução do problema (CRUZADO *et al.*, 2010; SILVA *et al.*, 2013; VEALE e GILBERT, 2014). O tratamento deve considerar uma abordagem multidisciplinar, procurando opções terapêuticas que envolvam fármaco e psicoterapia (SILVA *et al.*, 2013). Com relação à pesquisa, percebe-se ainda uma baixa frequência de publicações com resultados nacionais, mostrando que este tema necessita ser melhor explorado (SALINA-BRANDÃO *et al.*, 2011).

Por fim, é importante estimular a prática de atividade física e alimentação balanceada como forma de modificação e não apenas manutenção do corpo, promovendo o bem-estar físico e emocional e a gestão do peso de forma saudável (AMARAL *et al.*, 2011; WEBB e ZIMMER-GEMBECK, 2016).

Estudos que permitam uma melhor compreensão dos fatores que possam contribuir para o aparecimento, aumento e diminuição do sentimento de insatisfação com a aparência são vitais para a concepção de futuros programas de prevenção e intervenção para reduzir distúrbios da imagem corporal e alimentares (FITZSIMMONS-CRAFT *et al.*, 2012; WEBB e ZIMMER-GEMBECK, 2016).

Em um contexto econômico e político, identificar a magnitude do efeito da aparência física sobre os resultados no mercado de trabalho (também conhecidos como o efeito de beleza) pode ajudar a explicar, até certo ponto, a diferença nas respostas individuais e a desigualdade salarial observada em ambos os sexos e em diferentes culturas. Neste sentido, estudos que avaliam as diferenças entre os países podem ser críticos para a criação e desenvolvimento de leis antidiscriminação em todo o mundo (SIERMINSKA e LIU, 2015).

## **3 METODOLOGIA**

### **3.1 Delineamento e local do estudo**

O estudo foi transversal, com coleta de dados secundários. Foram utilizadas as fichas de atendimento (prontuários) de pacientes adultos, com idade igual a 20 e menor que 60 anos, de ambos os sexos, atendidos na clínica de estética do Centro Universitário de Maringá (UNICESUMAR), no período de julho de 2016 a julho de 2017.

### **3.2 Aspectos éticos**

O estudo foi desenvolvido em consonância com as diretrizes da Resolução nº466/12 de 12 de dezembro de 2012, que regulamenta as ações de pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012). O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do UNICESUMAR e aprovado pelo parecer número 2.022.107.

### **3.3 Coleta de dados**

Para coleta de dados foram consultadas as fichas de avaliação corporal e facial, preenchidas previamente pelos estudantes da clínica de estética da UNICESUMAR.

Os dados foram coletados com o auxílio de formulário, conforme Anexo 1. Esses dados incluíram:

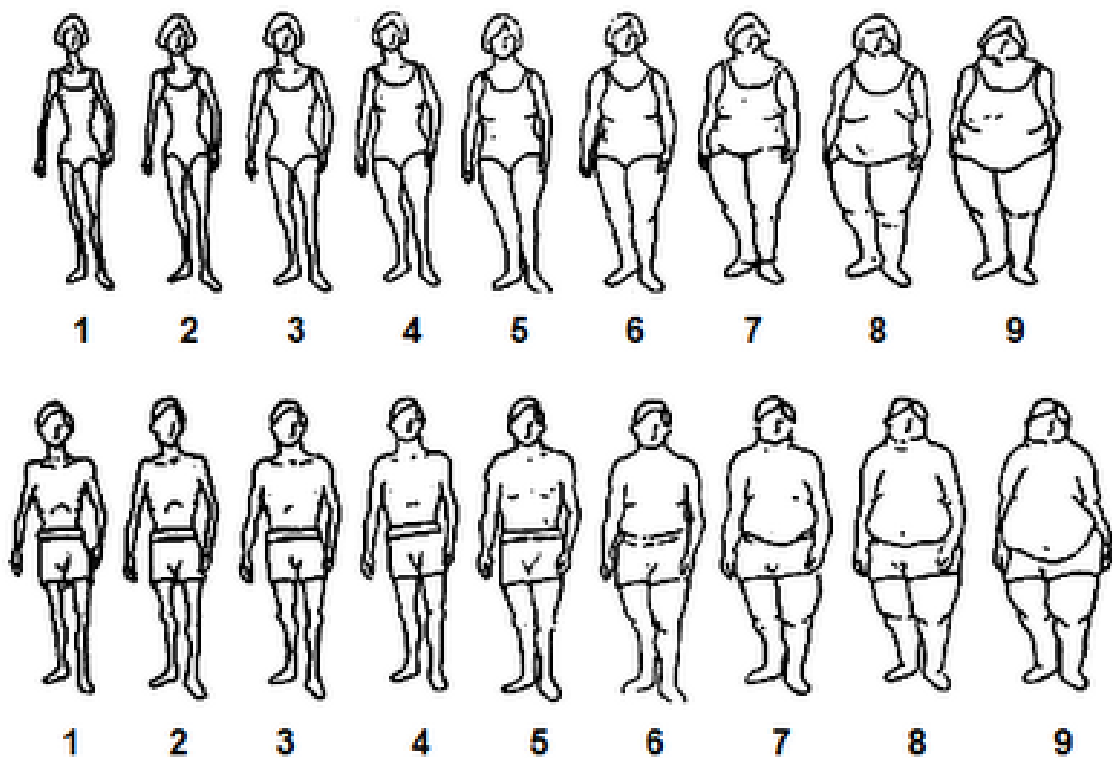
- Dados sociodemográficos: idade (caracterizada por grupo etário: 20-29 anos, 30-39 anos, 40-49 anos e 50 a 59 anos), sexo (masculino ou feminino), escolaridade, estado civil (solteiro, união consensual, separado/divorciado/desquitado e viúvo), arranjo familiar (mora sozinho ou acompanhado), situação ocupacional (ativo ou inativo economicamente), classe econômica;
- Dados antropométricos: peso, estatura, circunferência da cintura;
- Outros: uso de chás, fitoterápicos, e procedimento estético utilizado e percepção da imagem corporal.

### **3.4 Percepção da imagem corporal**

A percepção da imagem corporal foi avaliada pelo tipo físico ideal e pelo nível de satisfação com a imagem corporal. A imagem corporal foi autorreferida por meio da escala de nove silhuetas proposta por Stunkard *et al.* (1983) que classifica desde a magreza (silhueta 1) até a obesidade severa (silhueta 9), conforme a figura 1.

O conjunto de silhuetas foi mostrado aos indivíduos e as seguintes perguntas foram realizadas: Qual é a silhueta que melhor representa a sua aparência física atualmente? Qual é a silhueta que você gostaria de ter? Para verificar a insatisfação corporal, foi utilizada a diferença entre a silhueta atual (SA) e silhueta ideal (SI), apontadas pelo indivíduo. O avaliador não emitiu opinião na escolha das silhuetas.

Para variações entre SA e SI igual a zero, o indivíduo foi classificado como satisfeito; se diferente de zero, o indivíduo foi classificado como insatisfeito. Para diferenças positiva, a insatisfação foi considerada pelo excesso de peso e, quando negativa, a insatisfação foi pela magreza (FERREIRA *et al.*, 2014).



**Figura 1.** Escala de silhuetas proposta por STUNKARD *et al.* (1983).

### 3.5 Estado Nutricional

A avaliação do estado nutricional foi realizada por meio do indicador nutricional: índice de massa corporal (IMC). O IMC foi calculado dividindo-se o peso corporal (kg), pela estatura (m) elevada ao quadrado:  $IMC (kg/m^2) = P/E^2$

O estado nutricional foi determinado por meio da classificação preconizada pela World Health Organization (WHO, 1995): baixo peso ( $IMC < 18,5 kg/m^2$ ), peso adequado ( $IMC \geq 18,5$  e  $\leq 24,9 kg/m^2$ ), pré-obesidade ( $IMC \geq 25$  e  $\leq 29,9 kg/m^2$ ), obesidade classe I ( $IMC \geq 30$  e  $\leq 34,9 kg/m^2$ ), obesidade classe II ( $IMC \geq 35$  e  $\leq 39,9 kg/m^2$ ) e obesidade classe III ( $IMC \geq 40 kg/m^2$ ).

### **3.6 Risco para doenças cardiovasculares**

O risco para doenças cardiovasculares foi determinado por meio da medida da circunferência da cintura (CC).

Considerou-se como risco cardiovascular aumentado quando a medida de CC foi igual ou superior a 94 cm, nos homens e 80 cm, nas mulheres, de acordo com o preconizado pela Federação Internacional de Diabetes (ABESO, 2016).

### **3.7 Práticas integrativas**

Para coleta de dados foram consultadas as fichas de avaliação corporal e facial, preenchidas previamente pelos estudantes da clínica de estética da UNICESUMAR.

Os dados foram coletados com o auxílio de formulário, conforme Anexo 1.

- uso de chás, fitoterápicos, uso de medicamento homeopáticos, alopáticos, ortomoleculares e florais.

### **3.8 Análise Estatística**

Para a análise estatística os dados foram descritos por meio de tabelas de frequências bivariadas. Utilizou-se o teste de Qui-quadrado ( $\chi^2$ ) para medir a associação entre o IMC e o risco cardiovascular e entre a imagem corporal e o risco cardiovascular dos pacientes. Considerou-se um nível de confiança de 95% ( $\alpha = 0,05$ ). Os dados foram analisados no Programa Statistical Analysis Software (SAS, *version* 9.4), a partir de uma base de dados construída por meio do aplicativo Excel.

## 4 ARTIGO 1

### **PERCEPÇÃO CORPORAL, ESTADO NUTRICIONAL, RISCO CARDIOVASCULAR, USO DE MEDICAMENTOS E PRÁTICAS INTEGRATIVAS**

Mariza Ogliari<sup>1</sup>, Lucia Elaine Ranieri Cortez<sup>2</sup>, Eraldo Schunk Silva<sup>3</sup>, Rose Mari Bennemann<sup>4</sup>

**RESUMO:** a submissão a uma cultura que valoriza um corpo extremamente magro, faz com que muitas pessoas se sintam insatisfeitas com o corpo que possuem. O objetivo do presente estudo foi verificar a percepção da imagem corporal, estado nutricional, risco cardiovascular, uso de medicamentos e práticas integrativas de pacientes atendidos em uma instituição de ensino superior de estética. O estudo foi transversal com coleta de dados secundários. A percepção da imagem corporal foi autorreferida pela escala de nove silhuetas. O estado nutricional foi avaliado pelo índice de massa corporal e o risco cardiovascular pela circunferência da cintura. A maioria dos pacientes atendidos são mulheres adultas pré-obesas (43,10%), ou obesas (37,93%), insatisfeitas com a imagem corporal. Não foi observada associação estatisticamente significativa entre índice de massa corporal, satisfação com imagem corporal e risco cardiovascular. Contudo, é importante que os profissionais de saúde estejam atentos a essas variáveis para promoverem a saúde e bem-estar do indivíduo.

**DESCRITORES:** Imagem corporal; Estética; Índice de Massa Corporal; Doenças cardiovasculares; Saúde.

<sup>1</sup>Esteticista e Cosmetóloga. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde do Centro Universitário de Maringá. Maringá, PR, Brasil.

<sup>2</sup>Farmacêutica Bioquímica. Doutora em Química de Produtos Naturais. Docente de Estética e Cosmética, Farmácia, Medicina e do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde do Centro Universitário de Maringá. Maringá, PR, Brasil.

<sup>3</sup>Estatístico. Doutor em Agronomia. Docente de Estatística e do Programa de Pós-Graduação em Bioestatística da Universidade Estadual de Maringá. Maringá, PR, Brasil.

<sup>4</sup>Nutricionista. Doutora em Saúde Pública. Docente de Nutrição e do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde do Centro Universitário de Maringá. Pesquisadora do Instituto Cesumar de Ciência, Tecnologia e Inovação – ICETI. Maringá, PR, Brasil.

**Autor Correspondente:**

Mariza Ogliari



Centro Universitário de Maringá

Av. Guedner, 1610 – 87050-900 – Maringá, PR, Brasil

E-mail: marizaogliariestetica@outlook.com

**ABSTRACT:** The submission of a culture values a body extremely thin, do thta the people feel dissatisfied with their body. The objective of the present study was to verify the perception of body image, nutritional status, cardiovascular risk, medication use and integrative practices of patients attended in a clinical school of aesthetics. The study was transversal with collection of the secondary data. The perception of body image was self-reported by the scale of nine silhouettes. The nutritional status was assessed by body mass index and cardiovascular risk by the circumference of the waist. The most of patients attended are obese (37,93%) adult women or pre obese (43,10%), dissatisfied with their body image. Association between the index of body mass, body image satisfaction and cardiovascular risk there wasn't note. However, it is important for health professionals to be attentive of these variables to promote the health and well-being of the person.

**Key words:** Body image; Aesthetics; Body mass index; Cardiovascular diseases; Health.

## INTRODUÇÃO

Durante toda a História, filósofos como Platão, René Descartes, Aristóteles e Hegel tentaram definir o que torna uma coisa bela<sup>(1)</sup>. Nos dias atuais, esta definição está cada vez mais restrita e inatingível, de forma que a obsessão pelo corpo perfeito e rejuvenescido, com forte rejeição às marcas naturais do envelhecimento, tem caracterizado a sociedade moderna<sup>(2,3)</sup>.

A imagem corporal pode ser definida como a percepção do próprio corpo, representando de forma multidimensional como os indivíduos pensam, sentem e se comportam a respeito de seus atributos físicos, podendo ser considerada sob dois aspectos importantes: percepção corporal e satisfação com o corpo<sup>(4,5)</sup>.

Fatores como ansiedade, necessidade de aceitação/valorização, e influência de terceiros (como pais, sociedade e mídia) influenciam a internalização de padrões de beleza e a construção da imagem ideal, e podem contribuir para o desenvolvimento da insatisfação corporal, transtornos alimentares e outros problemas psicológicos<sup>(6,7)</sup>.

As mulheres são as mais fortemente impactadas por esses fatores, preocupando-se mais com a aparência e adotando comportamentos mais extremos para conseguir o corpo dito ideal, submetendo-se, muitas vezes, à procedimentos estéticos desnecessários como forma de suprimir os sentimentos de tristeza e incapacidade gerados pela frustração com a imagem, o que afeta diretamente sua saúde e qualidade de vida<sup>(2,6,7)</sup>.

Ao se preocupar com a imagem, o indivíduo também deve considerar que o organismo necessita de uma série de nutrientes para o funcionamento ideal. Quando se avalia o estado nutricional, é possível verificar se as necessidades fisiológicas estão sendo supridas ou não<sup>(8)</sup>. Entre as alterações do estado nutricional destacam-se a desnutrição e a obesidade, sendo esta última considerada como principal fator de risco para o surgimento das doenças crônicas não-transmissíveis, dentre elas as doenças cardiovasculares<sup>(8-10)</sup>.

Desta forma, a percepção da imagem corporal e o estado nutricional devem ser alvos de investigação por profissionais de saúde, na medida em que podem ser preditivas de comportamentos que deterioram a vida cotidiana e colocam em risco a saúde e o bem-estar do indivíduo.

Neste sentido, profissionais da saúde devem estar aptos para identificar comportamentos de risco e atuar na mobilização e educação de indivíduos, comunidade e sociedade, criando estratégias para proteger e promover a saúde, capacitando os indivíduos a adotarem um comportamento mais positivo e proativo em seus processos de saúde-doença, melhorando as condições de vida e reduzindo os riscos e vulnerabilidade às doenças<sup>(11-14)</sup>.

Em 2006, o Ministério da Saúde deu um passo importante no estabelecimento de políticas para garantir a integralidade na atenção à saúde criando a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS). A PNPIC atendeu à necessidade de se conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências que já estavam sendo desenvolvidas na rede pública de muitos municípios e estados, destacando-se aquelas no âmbito da medicina tradicional Chinesa: acupuntura, homeopatia, fitoterapia, medicina antroposófica, entre outras<sup>(15)</sup>. Atualmente, estima-se que mais de 400 milhões de pessoas na América Latina usam a medicina tradicional/natural e/ou complementar/alternativa<sup>(16)</sup>.

As práticas integrativas, aliadas à promoção e educação em saúde, trazem uma nova maneira de abordar a saúde pública, promovendo a redução de custos e contribuindo para evitar a instalação ou agravamento de doenças<sup>(17)</sup>.

Desta forma, o objetivo do presente estudo foi verificar a percepção corporal, estado nutricional, risco cardiovascular, uso de medicamentos e práticas integrativas dos pacientes frequentadores de uma clínica de uma instituição de ensino superior de estética.

## **MÉTODO**

O estudo foi transversal, com coleta de dados secundários. Os dados foram obtidos por meio de consulta das fichas de avaliação corporal e facial, dos pacientes frequentadores de uma clínica de uma instituição de ensino superior de estética, no período de julho de 2016 a julho de 2017. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do UNICESUMAR e aprovada pelo parecer número 2.022.107.

Foram incluídas as fichas de pacientes adultos, com idade  $\geq 20$  e  $< 60$  anos, de ambos os sexos, atendidos na clínica de estética.

A percepção da imagem corporal foi determinada pelo tipo físico ideal e pelo nível de satisfação com a imagem corporal. A imagem corporal foi autorreferida por meio da escala de nove silhuetas<sup>(18)</sup>. Foram apresentadas diversas silhuetas representando desde a magreza (silhueta 1) até a obesidade severa (silhueta 9). O conjunto de silhuetas foi mostrado aos indivíduos e as seguintes perguntas foram realizadas: qual é a silhueta que melhor representa a sua aparência física atualmente? Qual é a silhueta que você gostaria de ter? Para verificar a insatisfação corporal, foi utilizada a diferença entre a silhueta atual (SA) e silhueta ideal (SI), apontadas pelo indivíduo. O avaliador não emitiu opinião na escolha das silhuetas. Quando a variação entre SA e SI apresentou valor igual a zero, o indivíduo foi classificado como satisfeito; se diferente de zero, classificou-se como insatisfeito. Quando a diferença foi positiva,

a insatisfação foi considerada pelo excesso de peso e, quando negativa, a insatisfação foi pela magreza.

A avaliação do estado nutricional dos pacientes foi realizada por meio do indicador nutricional: índice de massa corporal (IMC). O IMC foi calculado dividindo-se o peso corporal (kg), pela estatura (m) elevada ao quadrado:  $IMC (kg/m^2) = P/E^2$ . O estado nutricional dos pacientes foi determinado por meio da classificação preconizada pela Organização Mundial de Saúde<sup>(19)</sup>: baixo peso ( $IMC < 18,5 kg/m^2$ ), peso adequado ( $IMC \geq 18,5$  e  $\leq 24,9 kg/m^2$ ), pré-obesidade ( $IMC \geq 25$  e  $\leq 29,9 kg/m^2$ ), obesidade classe I ( $IMC \geq 30$  e  $\leq 34,9 kg/m^2$ ), obesidade classe II ( $IMC \geq 35$  e  $\leq 39,9 kg/m^2$ ) e obesidade classe III ( $IMC \geq 40 kg/m^2$ ).

O risco para doenças cardiovasculares foi determinado por meio da medida da circunferência da cintura (CC). A Federação Internacional de Diabetes estabelece como ponto de corte para risco cardiovascular aumentado a medida de CC igual ou superior a 94 cm em homens e 80 cm em mulheres<sup>(20)</sup>.

O perfil sociodemográfico foi verificado por meio de perguntas contidas nas fichas de avaliação que caracterizavam o sexo, idade, arranjo familiar e escolaridade.

O uso de medicamentos e práticas integrativas foi verificado pelo questionário com respostas de alternativa sim ou não existente da ficha de avaliação contendo perguntas que verificaram o uso de medicamentos, consumo de chás e uso de nutricosméticos.

Para a análise estatística os dados foram descritos por meio de tabelas de frequências bivariadas. Utilizou-se o teste de Qui-quadrado ( $\chi^2$ ) para medir a associação entre o IMC e o risco cardiovascular e entre a imagem corporal e o risco cardiovascular dos pacientes. Considerou-se o nível de confiança de 95% ( $\alpha = 0,05$ ). Os dados foram analisados no Programa Statistical Analysis Software (SAS, *version* 9.4), a partir da base de dados construída por meio do aplicativo Excel.

## RESULTADOS

Foram consultadas 95 fichas de avaliação corporal e facial da clínica. A tabela 1 apresenta o perfil sociodemográfico dos pacientes atendidos. A maioria, 88 (92,63%), dessas fichas eram de pacientes do sexo feminino, e sete (7,37%) do sexo masculino. Com relação à faixa etária, 23 (24,21%) pacientes tinham idade abaixo de 30 anos, 11 (11,58%) entre 30 a 39 anos e 58 (61,05%) com 40 ou mais anos. Praticamente todos os pacientes, 89 (93,68%), relataram morar com familiares e a maior parte deles, 35 (36,84%), tem nível superior completo.

Tabela 1 – Distribuição dos pacientes atendidos em uma clínica escola de estética, segundo perfil sociodemográfico. Maringá, PR, Brasil, 2017

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	88	92,63
Masculino	07	7,37
<b>Faixa etária</b>		
Menos de 30 anos	23	24,21
30 a 39 anos	11	11,58
40 anos ou mais	58	61,05
Não declarada	03	3,16
<b>Mora com</b>		
Familiares	89	93,68
Sozinha	6	6,32
<b>Escolaridade</b>		
Fundamental incompleto	5	5,26
Fundamental completo	7	7,37
Médio incompleto	6	6,32
Médio completo	15	15,79
Superior incompleto	6	6,32
Superior completo	35	36,84
Não declarada	21	22,10

No que concerne a percepção da imagem corporal, 57 pacientes utilizaram a escala de nove silhuetas para autorreferi-la sendo 7 do sexo masculino e 50 feminino; Destes, 48 (84,21%) mostraram-se insatisfeitos com o corpo pelo excesso de peso sendo 4 do sexo masculino e 44 pessoas do sexo feminino e apenas nove pacientes (15,79%) consideraram-se satisfeitos com o corpo, correspondendo a 3 homens e 6 mulheres.

Com relação ao estado nutricional, apenas 41 pacientes forneceram os dados de peso corporal (kg) e estatura (m) para cálculo do IMC sendo 40 mulheres e 1 homem. Oito pacientes (19,51%) apresentaram peso adequado todos do sexo feminino ( $IMC \geq 18,5$  e  $\leq 24,9$  kg/m<sup>2</sup>), 16 (39,02%) foram classificados como pré-obesos sendo 1 do sexo masculino e 15 feminino ( $IMC \geq 25$  e  $\leq 29,9$  kg/m<sup>2</sup>), e 17 (41,46%) foram considerados obesos ( $IMC \geq 30$ ) sendo todos do sexo feminino.

Quando analisada a percepção da imagem corporal e estado nutricional em conjunto, observa-se que entre os pacientes insatisfeitos com o corpo pelo excesso de peso, 11 (18,97%) estavam com o peso adequado. Todos os pacientes pré-obesos, 25 (43,10%), e obesos, 22 (37,93%), manifestaram insatisfação com a imagem corporal.

Os 41 pacientes também foram avaliados com relação ao risco cardiovascular, sendo 1 do sexo masculino e 40 feminino. Nove (21,95%) apresentaram baixo risco cardiovascular sendo todos do sexo feminino e 32 (78,05%) apresentaram risco cardiovascular elevado entre

eles 1 do sexo masculino e 31 feminino. Dentre os pacientes com baixo risco cardiovascular, sete (77,78%) foram classificados como pacientes pré-obesos/obesos. Com relação aos 32 pacientes com risco cardiovascular elevado, 26 (81,25%) foram classificados como pré-obesos/obesos. O teste de Qui-quadrado mostrou que a associação entre o IMC e o risco cardiovascular dos pacientes não foi significativa ( $p=0,3414$ ) (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição dos pacientes, segundo estado nutricional e risco cardiovascular, Maringá, PR, Brasil, 2017

IMC	Risco Cardiovascular				p-valor
	Não		Sim		
	n	%	n	%	
Adequado	2	22,22	6	18,75	0,3414
Pré-obeso/Obeso	7	77,78	26	81,25	
Total	9		32		

O teste de Qui-quadrado também mostrou que não foi observada associação significativa ( $p=0,1741$ ) entre o risco cardiovascular e a satisfação com a imagem corporal (Tabela 3). Entre os 48 pacientes insatisfeitos com sua imagem corporal, 13 (27,08%) não apresentaram risco cardiovascular. Todavia, 5 (55,56%) das pessoas satisfeitas com a imagem corporal apresentaram risco cardiovascular elevado.

Tabela 3 – Imagem corporal e risco cardiovascular dos pacientes atendidos em uma clínica escola de estética, Maringá, PR, Brasil, 2017

Risco cardiovascular	Tipo de silhueta				p-valor
	Insatisfeita por excesso		Satisfeita		
	N	%	n	%	
Não	13	27,08	4	44,44	0,1741
Sim	35	72,92	5	55,56	

Sobre as práticas integrativas, uso de nutricosméticos e hábitos de ingestão hídrica, 50 (52,63%) pessoas não fazem uso de nenhum tipo de medicamento sendo elas 5 homens e 45 mulheres, 46 (48,42%) não usam nutricosméticos, entre eles 5 do sexo masculino e 41 do sexo feminino, 75 (78,95%) não consomem chás, 7 do sexo masculino e 68 feminino e 44 (46,31%) afirmam ingerir dois litros ou mais de água diariamente sendo 6 homens e 38 mulheres (Tabela 4).

Tabela 4 – Uso de práticas integrativas, nutri cosméticos e ingestão de água dos pacientes atendidos em uma clínica escola de estética, Maringá, PR, Brasil, 2017

	n	%
<b>Faz uso de medicamentos</b>		
Não	50	52,63
Sim	41	43,16
Não declarado	04	4,21
<b>Faz usos de nutricosméticos</b>		
Não	46	48,42
Sim	42	44,21
Não declarado	07	7,37
<b>Faz uso de Chás</b>		
Não	75	78,95
Sim	15	15,79
Não declarado	05	5,26
<b>Quantidade de água ingerida ao dia</b>		
Menos de dois litros	30	31,58
Dois litros ou mais	44	46,31
Não declarado	21	22,11

Em relação aos tratamentos procurados, observou-se que pessoas com peso adequado não procuraram tratamentos para fibro edema gelóide (FEG) (Tabela 5). Chama a atenção o fato de uma pessoa do sexo feminino com peso adequado e sem risco cardiovascular ter procurado tratamento para gordura. Os pacientes pré-obesos todos do sexo feminino (38,46%) e obesos também do sexo feminino (46,15%) com risco cardiovascular elevado foram aqueles que mais procuraram tratamento para gordura.

Tabela 5 - Índice de massa corporal, risco cardiovascular e procedimentos estéticos procurados pelos pacientes atendidos em uma clínica escola de estética, Maringá, PR, Brasil, 2017

IMC	Risco Cardiovascular			
	Não		Sim	
	n	%	n	%
<b>Adequado</b>				
FEG	-	-	-	-
Pele/face	-	-	3	50,00
Gordura	1	50,00	3	50,00
Outras	1	50,00	-	-
<b>Pré-obeso</b>				
FEG	-	-	1	7,69
Pele/face	1	33,33	4	30,77
Gordura	1	33,33	5	38,46
Outras	1	33,33	3	23,08
<b>Obeso</b>				
FEG	1	25,00	1	7,69
Pele/face	2	50,00	2	15,38
Gordura	1	25,00	6	46,15
Outras	-	-	4	30,77

FEG- fibro edema gelóide

## DISCUSSÃO

O ser humano é o único ser vivo capaz de pensar sobre o corpo e definir sua identidade através da aparência física, relacionando, muitas vezes, um corpo perfeito ao sucesso, felicidade e saúde<sup>(1,21)</sup>. Embora os homens também sofram com a pressão estimulada pelo conceito de metrosexualidade, as mulheres ainda são as mais fortemente impactadas por esses fatores, preocupando-se mais com a aparência e adotando comportamentos mais extremos para conseguir o corpo dito ideal<sup>(2,6,7)</sup>. Como observado em estudos anteriores<sup>(1,21)</sup>, o presente estudo mostrou que os procedimentos estéticos foram procurados predominantemente por mulheres (92,63%).

Sobre a percepção da imagem corporal, todos os pacientes classificados como pré-obesos ou obesos manifestaram insatisfação com a imagem corporal. De fato, como observado por outros autores, indivíduos com IMC elevado tendem a ser mais insatisfeitos com a imagem corporal, provavelmente devido ao excesso de peso. Além disso, são os que mais almejam alcançar os padrões de um corpo magro, expressando um desejo intrínseco de se encaixar nas demandas de beleza da vida contemporânea<sup>(3,21)</sup>. Já para Gaskin e colaboradores<sup>(22)</sup>, a percepção da imagem corporal independe do peso medido ou percebido, podendo estar relacionado a outros fatores, como a depressão. Isso pode explicar porque cerca de 20% dos indivíduos com o peso adequado manifestaram insatisfação com o corpo, julgando-se com sobrepeso.

Glaner e colaboradores<sup>(4)</sup> observaram que o IMC e a obesidade abdominal estavam associados à insatisfação com a imagem corporal. Indivíduos com baixo IMC e com obesidade abdominal apresentaram aproximadamente cinco vezes mais chance de insatisfação com a imagem corporal. Nesse estudo, não foi observada associação estatisticamente significativa ( $p=0,1741$ ) entre o risco cardiovascular e a satisfação com a imagem corporal.

No tocante ao estado nutricional, diversos estudos abordam essa temática no mundo todo. Castañeda-Sánchez e colaboradores<sup>(10)</sup> observaram alterações no estado nutricional em



pacientes do México e apontaram sobrepeso e obesidade em seus resultados. Na Espanha, um estudo avaliou o risco cardiovascular em pacientes de ambos os sexos, mostrando que os homens tiveram risco cardiovascular elevado em maior proporção<sup>(23)</sup>. No Brasil, no estudo realizado em São Paulo com adolescentes mostrou que 9,4% tinham sobrepeso e 18,8% eram obesos, apontando que uma das causas da obesidade é a quantidade de alimentos de alto teor calórico disponíveis no mercado<sup>(24)</sup>. No Maranhão, um estudo com jovens universitários relatou alterações no perfil lipídico de ambos os sexos e encontrou elevada frequência de risco cardiovascular nos mesmos<sup>(9)</sup>. Na Bahia, outro estudo mostrou taxa de sobrepeso elevada na faixa etária de 30 a 39 anos, com maior taxa de obesidade abdominal e risco cardiovascular elevado em pessoas com idade mais avançadas<sup>(25)</sup>. Alguns autores sugerem que o IMC é um parâmetro que pode ser associado à internalização dos ideais socioculturais de beleza, busca por estratégias para alteração da aparência e insatisfação com o corpo<sup>(7,26)</sup>. No presente estudo, observou-se que, de fato, a maioria dos pacientes (80,48%) que procuraram a clínica escola para realização de intervenções estéticas foram classificados como pré-obesos e obesos.

Além do IMC, é recomendável que outras medidas de distribuição de gordura corporal sejam realizadas para a avaliação clínica do paciente<sup>(20)</sup>, tendo em vista que a forma pela qual a gordura está distribuída pelo corpo pode ser mais importante que a gordura corpórea total na determinação do risco individual de doenças<sup>(24)</sup>. Desta forma, a circunferência da cintura também foi determinada, uma vez que ela está diretamente relacionada à gordura visceral (intra-abdominal), que é vista como depósito patogênico e considerada um dos fatores de risco para doenças cardiovasculares (como hipertensão arterial), além de conferir riscos para a síndrome metabólica, redução de HDL, resistência à insulina entre outras, independentemente da gordura corporal total<sup>(9,20,23,25,27)</sup>. Apesar disso, o estudo não verificou associação estatisticamente significativa entre o IMC e o risco cardiovascular dos pacientes.

Quanto às práticas integrativas, atualmente, estima-se que mais de 400 milhões de pessoas na América Latina usam a medicina tradicional/natural e/ou complementar/alternativa no tratamento e prevenção de diversas doenças<sup>(16)</sup>. A quantidade e a qualidade dos estudos científicos sobre o assunto também tem aumentado constantemente e o Brasil está na vanguarda deste movimento<sup>(16)</sup>. O uso de práticas integrativas também é muito comum em outros locais, como Arábia Saudita<sup>(28)</sup>, e México<sup>(29)</sup>, onde muitas pessoas recorrem ao uso de chás e plantas medicinais como primeiros socorros antes da utilização de outros medicamentos sintéticos.

Neste trabalho, observou-se que 52,63% dos pacientes não fazem uso de nenhum tipo de medicamento e 78,95% afirmam não terem por hábito o consumo de chás. Este contrassenso observado pode estar relacionado a hábitos culturais locais ou, até mesmo, falta de conhecimento/instrução para adoção de tais práticas no autocuidado.

Com relação aos tipos de procedimentos realizados, estudos sugerem que as brasileiras tendem a buscar por procedimentos que reduzem medidas relacionadas a barriga, quadris e membros inferiores (principalmente coxas)<sup>(3,30)</sup>. Neste estudo, também observou-se maior procura por procedimentos que objetivam a redução de gordura corporal, logo, redução de medidas. Os pacientes pré-obesos (38,46%) e obesos (46,15%) com risco cardiovascular foram aqueles que mais procuraram tratamento para gordura. Destaca-se o fato de uma pessoa com peso adequado e sem risco cardiovascular ter procurado tratamento para gordura, o que reforça a ideia de que nem sempre a satisfação com o corpo está associada ao peso medido.

O estudo realizado apresentou limitações importantes quanto ao não preenchimento adequado de todos os dados das fichas por parte dos alunos que as preencheram. Seria interessante que num estudo posterior psicólogos investiguem o transtorno dismórfico corporal que tem fortes indícios de estar acontecendo com os frequentadores das clínicas de estética e façam uma parceria para solucionar tal problema.

## **CONCLUSÃO**

O presente estudo permitiu observar que a insatisfação com a imagem corporal está cada vez mais presente nos dias atuais assim como o excesso de peso, o que aumenta a procura por procedimentos estéticos a fim de alcançar o corpo ideal. Ainda que comum em muitos locais do mundo, a maior parte dos pacientes afirmaram não fazer uso da medicina tradicional/natural e/ou complementar/alternativa, o que mostra a necessidade de ações de promoção de saúde neste sentido. A maioria dos pacientes atendidos são mulheres, pré-obesas ou obesas, e estão insatisfeitas com a imagem corporal, o que exige atenção especial dos profissionais de saúde na medida em que pode ser preditivo de comportamentos que deterioram a vida cotidiana e colocam em risco a saúde e o bem-estar do indivíduo. Deste modo, faz-se necessário a implementação de programas que objetivem educar a população e estimular a adoção de hábitos saudáveis de vida para prevenção da obesidade e promoção e recuperação da saúde da população envolvida, por meio de um olhar profissional mais crítico e atento às necessidades reais dos pacientes.

## **AGRADECIMENTO**

Ao Centro Universitário de Maringá, por ter me possibilitado desenvolver este trabalho. À Coordenação da clínica de estética do Centro Universitário de Maringá, professoras, secretárias e todos envolvidos pela oportunidade oferecida e apoio para a realização desse trabalho. A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho.

## **REFERÊNCIAS**

1. Weber JBB. Estética e bioética. Revista da AMRIGS. 2011; 55: 302-305.
2. Mataix J. Cult of the Body Beautiful: At What Cost? Actas Dermosifiliog. 2012; 103: 655-660.

3. Ferreira AA, Menezes MFG, Tavares EL, Nunes NC, Souza FP, Albuquerque NAF, Pinheiro MAM. Estado nutricional e autopercepção da imagem corporal de idosas de uma Universidade Aberta da Terceira Idade. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2014; 17: 289-301.
4. Glaner MF, Pelegrini A, Cordoba CO, Pozzobon ME. Associação entre insatisfação com a imagem corporal e indicadores antropométricos em adolescentes. *Rev. Bras. Educ. Fís. Esporte.* 2013; 27: 129-136.
5. Danis A, Jamaludin AN, Majid HAMA, Isa KAM. Body image perceptions among dancers in urban environmental settings. *Procedia Soc. Behav. Sci.* 2016; 222: 855 – 862.
6. Chaker Z, Chang FM, Hakim-Larson J. Body satisfaction, thin-ideal internalization, and perceived pressure to be thin among Canadian women: The role of acculturation and religiosity. *Body Image.* 2015; 14: 85–93.
7. Webb HJ, Zimmer-Gembeck MJ. A longitudinal study of appearance-based rejection sensitivity and the peer appearance culture. *J. Appl. Dev. Psychol.* 2016; 43: 91–100.
8. Acuña K, Cruz T. Avaliação do estado nutricional de adultos e idosos e situação nutricional da população brasileira. *Arq. Bras. Endocrinol. Metab.* 2004; 48: 345-361.
9. Carvalho CA, Fonseca PCA, Barbosa JB, Machado SP, Santos AM, Silva AAM. Associação entre fatores de risco cardiovascular e indicadores antropométricos de obesidade em universitários de São Luís, Maranhão, Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2015; 20: 479-490.
10. Castañeda-Sánchez O, Lugo-Caro M, Yepiz-Ortega R. Estado nutricional en un grupo de adolescentes de Pueblo Yaqui, Sonora, México. *Atención Familiar.* 2016; 23: 104-108.

11. Heidemann ITSB, Boehs AE, Fernandes GCM, Wosny AM, Marchi JG. Promoção da saúde e qualidade de vida: concepções da carta de Ottawa em produção científica. *Ciênc. Cuid. Saúde*. 2012; 11: 613-619.
12. Kok G, Vries NK. Health education and health promotion. In: Wright JD ed, *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*. 2 ed. Waltham: Elsevier; 2015: 620-627.
13. Kim SJ, Yoo IY. Health promotion behavior of chinese international students in Korea including acculturation factors: a structural equation model. *Asian Nurs. Res*. 2016; 10: 25-31.
14. Swenson ER, Bastian ND, Nembhard HB. Data analytics in health promotion: Health market segmentation and classification of total joint replacement surgery patients. *Expert Syst. Appl*. 2016; 60: 118–129.
15. Ministério da Saúde (BR). *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS*. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
16. Guido PC, Ribas A, Gaioli M, Quattrone F, Macchi A. The state of the integrative medicine in Latin America: The long road to include complementary, natural, and traditional practices in formal health systems. *Eur. J. Integr. Med*. 2015; 7: 5–12.
17. Ischkanian PC, Pelicioni MCF. Desafios das práticas integrativas e complementares no SUS visando a promoção da saúde. *Rev. Bras. Crescimento Desenvol. Hum*. 2012; 22: 233-238.
18. Stunkard AJ, Sorenson T, Schlusinger F. Use of the Danish Adoption Register for the study of obesity and thinness. In: Kety SS, Rowland LP, Sidman RL, Matthysse SW eds, *The genetics of neurological and psychiatric disorders*. New York: Raven; 1983: 115-120.

19. World Health Organization (WHO). Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: World Health Organization; 1995.
20. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO). Diretrizes brasileiras de obesidade. 4ª ed. São Paulo, SP: Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica; 2016.
21. Silva DAS, Nahas MV, Sousa TF, Duca GFD, Peres KG. Prevalence and associated factors with body image dissatisfaction among adults in southern Brazil: A population-based study. *Body Image*. 2011; 8: 427– 431.
22. Gaskin JL, Pulver AJ, Branch K, Kabore A, James T, Zhang J. Perception or reality of body weight: Which matters to the depressive symptoms. *J. Affect. Disord*. 2013; 150: 350-355.
23. Mateo-Gallego R, Bea AM, Jarauta E, Perez-Ruiz MR, Civeira F. Age and sex influence the relationship between waist circumference and abdominal fat distribution measured by bioelectrical impedance. *Nutr. Res*. 2012; 32: 466-469.
24. Dias LCGD, Cintra RMGC, Arruda CM, Mendes CN, Gomes CB. Relação entre circunferência abdominal e estado nutricional em pré-escolares de Botucatu, SP. *RCE*. 2013; 9: 95-104.
25. Soares DA, Barreto SM. Sobrepeso e obesidade abdominal em adultos quilombolas, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30: 341-354.
26. Francisco R, Espinoza P, González ML, Penelo E, Mora M, Rosés R, Raich RM. Body dissatisfaction and disordered eating among Portuguese and Spanish adolescents: The role of individual characteristics and internalisation of sociocultural ideals. *J. Adolesc*. 2015; 41: 7-16.

27. Keihani S, Hosseinpanah F, Barzin M, Serahati S, Doustmohamadian S, Azizi F. Abdominal obesity phenotypes and risk of cardiovascular disease in a decade of follow-up: the tehran lipid and glucose study. *Atherosclerosis*. 2015; 238: 256-263.
28. Al-Asmari A, Manthiri RA, Abdo N, Al-Duaiji FA, Khan HA. Saudi medicinal plants for the treatment of scorpion sting envenomation. *Saudi J. Biol. Sci.* 2017; 24: 1204-1211.
29. Sharma A, Flores-Vallejo RC, Cardoso-Taketa A, Villarreal ML. Antibacterial activities of medicinal plants used in Mexican traditional medicine. *J. Ethnopharmacol.* 2017; 208: 264-329.
30. Kachani AT, Brasiliano S, Cordás TA, Hochgraf PB. Body checking and associated cognitions among Brazilian outpatients with eating disorders and nonpsychiatric controls. *Body Image*. 2013; 10: 127– 130.

## **5 NORMAS DO ARTIGO 1 (Essa parte não precisa revisar)**

### **5.1 Revista**

A revista selecionada para submissão do artigo foi a Revista Cogitare Enfermagem – ISSN 1414-8536.

### **5.2 Formatação geral do manuscrito**

- Formato: “.doc”.
- Folha: Tamanho A4.
- Margens: 2,5 cm nas quatro margens.
- Fonte: *Times New Roman*; fonte 12 (incluindo tabelas e referências). Para citação direta com mais de 3 linhas, utilizar fonte 10.
- Itálico: Somente para palavras ou expressões em idioma diferente do qual o manuscrito foi redigido ou em transliteração de depoimentos.
- Notas de rodapé: a partir da segunda página, usar os seguintes símbolos e nesta sequência: †, ‡, §, ¶, ††, ‡‡, §§, †††, etc.
- Espaçamento: duplo no decorrer do manuscrito, inclusive no resumo. Simples para título, descritores, citação direta com mais de três linhas e em transliteração de depoimento.
- Limite de palavras conforme categoria de artigo (incluindo referências):
  1. Editorial: Limite máximo de 600 palavras;
  2. Artigos originais: Limite máximo 4500 palavras;
  3. Revisão: Limite máximo de 5000 palavras;
  4. Reflexão: Limite máximo de 2000 palavras;
  5. Comunicação livre: Limite máximo de 2000 palavras;
  6. Relato de experiência/caso: Limite máximo 2000 palavras.
- Estrutura do manuscrito:
  1. Título (somente no mesmo idioma do artigo);
  2. Resumo (somente no mesmo idioma do artigo);
  3. Descritores (somente no mesmo idioma do artigo);
  4. Introdução;
  5. Metodologia;
  6. Resultados;



- 7. Discussão;
- 8. Considerações finais;
- 9. Referências.

**Observação:** agradecimentos, apoio financeiro ou técnico, declaração de conflito de interesse financeiro e/ou de afiliações:

- É responsabilidade dos autores as informações e autorizações relativas aos itens mencionados acima;
- Deverá contar em uma nova seção, logo após a conclusão. Citar o número do edital ao qual a pesquisa está vinculada.

### **5.3 Formatação da estrutura do manuscrito**

O manuscrito não poderá ter a identificação dos autores, esta identificação deverá estar somente na página de identificação.

As palavras “resumo”, “descritores”, “introdução”, “método”, “resultados”, “discussão”, “considerações finais/conclusão”, “referências” e demais que iniciam as seções do corpo do manuscrito devem ser digitadas em caixa alta, negrito e alinhadas à esquerda.

#### *5.3.1 Título*

- Deve aparecer no mesmo idioma do manuscrito;
- Tem limite de 16 palavras;
- Caixa alta, negrito, espaçamento simples e centralizado.

#### *5.3.2 Resumo*

Incluir, de forma estruturada, informações de acordo com a categoria do artigo. Incluir: objetivo, método, resultados e conclusão.

Texto limitado a 150 palavras, no idioma no qual o artigo foi redigido.

Não poderão conter abreviaturas, nem siglas.

#### *5.3.3 Descritores*

- Apresentados imediatamente abaixo do resumo e no mesmo idioma deste, sendo a palavra “descritores” em: caixa alta e negrito;
- Limitados de 3 a 5, separados por ponto e vírgula, e a primeira letra de cada descritor em caixa alta;
- Os descritores devem identificar ou refletir os principais tópicos do artigo;
- Para determiná-los, consultar a lista de Descritores em Ciências da Saúde (DECS): <http://decs.bvs.br>;

- Também poderão ser utilizados descritores do *Medical Subject Headings (MeSH)*: [www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html](http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html).

- Espaçamento simples entre linhas, conforme exemplo:

**DESCRITORES:** Educação; Cuidados de enfermagem; Aprendizagem; Enfermagem; Ensino.

#### 5.3.4 *Introdução*

Deve conter justificativa, fundamentação teórica e objetivos. A justificativa deve definir claramente o problema, destacando sua importância, lacunas do conhecimento, e o referencial teórico utilizado quando aplicável.

#### 5.3.5 *Metodologia*

Deve conter o método empregado, período e local em que foi desenvolvida a pesquisa, população/amostra, critérios de inclusão e de exclusão, fontes e instrumentos de coleta de dados, método de análise de dados.

Para pesquisa que envolva seres humanos os autores deverão explicitar a observação de princípios éticos, em acordo com a legislação do país de origem do manuscrito, e informar o número do parecer de aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa de acordo com a legislação vigente.

#### 5.3.6 *Resultados*

Informações limitadas aos resultados da pesquisa. O texto deve complementar informações contidas em ilustrações apresentadas, não repetindo os dados.

Inserir sempre o valor de “n” e a porcentagem entre parênteses. Lembrando que n abaixo de 10 deverá estar escrito por extenso e igual ou acima de 10 deverá ser numérico.

Exemplo: “Dos 100 participantes, 15 (15%) referiram melhora do quadro e seis (6%) referiram piora”.

#### 5.3.7 *Discussão*

Apresentação de aspectos relevantes e interpretação dos dados obtidos. Relação e discussão com resultados de pesquisas, implicações e limitações do estudo. Não devem ser rerepresentados dados que constem nos resultados.

#### 5.3.8 *Conclusões ou considerações finais*

- Destacar os achados mais importantes, comentar as limitações e implicações para pesquisas futuras;

- Fundamentadas nos objetivos, resultados e discussão, evitando afirmações não relacionadas ao estudo e/ou novas interpretações. Incluir as contribuições do estudo realizado.

### 5.3.9 Agradecimentos

Destinar nesta seção os agradecimentos as agências de financiamentos ou organizações que de alguma forma contribuirão para a realização do estudo.

Não se aplica agradecer pessoas ou autores que colaboraram na pesquisa.

### 5.3.10 Referências

- As referências devem ser numeradas consecutivamente na ordem em que aparecem no texto pela primeira vez, e apresentadas de acordo com o estilo Vancouver.
- Limite máximo de 30 referências;
- Exclusivamente, para Artigo de Revisão, não há limite quanto ao número de referências;
- Sugere-se incluir referências atuais e estritamente pertinentes à problemática abordada, evitando número excessivo de referências em uma mesma citação;
- Artigos disponíveis online devem ser citados segundo normas de versão eletrônica;

### 5.3.11 Anexos

Os anexos, quando indispensáveis, devem ser citados no texto e inseridos após as referências.

### 5.3.12 Orientações para ilustrações

Por ilustrações entendem-se tabelas, quadros e figuras (gráficos, diagramas, fotos).

São permitidas, no máximo, 5 ilustrações as quais devem ser numeradas consecutivamente, em algarismos arábicos.

Devem ser indicadas no texto com a primeira letra maiúscula.

**Exemplo:** Tabela 2, Quadro 1, Figura 3.

A fonte das informações da ilustração, quando resultante de outra pesquisa, deve ser citada e constar nas referências.

#### 5.3.12.1 Tabelas e quadros

- Dimensão máxima de 22 cm de altura por 16,5 cm de largura;
- Utilizar traços internos somente abaixo e acima do cabeçalho e, na parte inferior da tabela;
- Não devem apresentar nem linhas verticais e horizontais no interior da tabela;
- Devem ser inseridas o mais próximo possível da indicação, e desenhadas com ferramenta apropriada do *Microsoft Word for Windows 98®* ou compatíveis;
- Utilizar fonte *Times New Roman*, tamanho 12, espaçamento simples entre linhas;
- O título de tabelas e quadros deve ser colocado imediatamente acima destes, com espaçamento simples, sem negrito. Seguindo os exemplos abaixo:

**Exemplo 1:** Quadro 1 - Intervenções de enfermagem. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2010 (Sem ponto final)

**Exemplo 2:** Tabela 1 - Características socioeconômicas de gestantes portadoras de diabetes *mellitus* tipo II. Curitiba, PR, Brasil, 2015 (Sem ponto final)

**Exemplo de tabela:**

		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Escolaridade</b>	Analfabeta	9	9
	Lê e escreve	10	10
	Ensino fundamental completo	21	21
	Ensino médio completo	43	43
	Ensino superior completo	17	17

Os títulos das colunas devem ser curtos; quando abreviados devem constar por extenso na legenda.

#### 5.3.12.2 Figuras (Gráficos, Diagramas, Fotos)

Dimensão máxima de 22 cm de altura por 16,5 cm de largura.

Devem ser apresentadas no texto, o mais próximo possível da indicação, e anexadas em arquivo separado, com qualidade necessária à publicação. Preferencialmente, no formato JPEG, GIF ou TIFF, com resolução mínima de 300 dpi.

O título da figura deve ser colocado imediatamente abaixo desta, separado por ponto do nome da cidade, estado, país e ano. Esses últimos separados por vírgula e sem ponto final.

**Exemplo:** Figura 1 - Estilos de liderança segundo a Teoria do Grid Gerencial. São Paulo, SP, Brasil, 2011

Não são publicadas fotos coloridas e fotos de pessoas (exceto as de acesso público, já publicadas).

#### 5.3.13 Orientações para citações e depoimentos

##### 5.3.13.1 Citação indireta ou paráfrase

Informar o número da referência imediatamente ao término do texto, sem espaço, entre parênteses, e antes do sinal gráfico.

**Exemplo:** O enfermeiro contribui para a prevenção de condições incapacitantes<sup>(1)</sup>.

##### 5.3.13.2 Citação sequencial/intercalada

Separar os números de cada referência por traço, quando for sequencial.

**Exemplo:** <sup>(8-10)</sup> - a informação refere que as referências 8, 9 e 10 estão inclusas.

Separar os números de cada referência por vírgula, quando for intercalada.

**Exemplo:** <sup>(8,10)</sup> - a informação refere que as referências 8 e 10 estão inclusas.

##### 5.3.13.3 Citação direta com até três linhas

Inserida no corpo do parágrafo e entre aspas. O número e página correspondentes à citação literal devem constar sobrescritos, entre parênteses e separados por dois pontos.

**Exemplo:** <sup>(8:13)</sup> – a informação se refere à referência 8, página 13.

#### 5.3.13.4 Citação direta com mais de três linhas

Constar em novo parágrafo, justificado à direita e com recuo de 4 cm da margem esquerda, digitada em fonte *Times New Roman* 10, espaço simples entre linhas, sem aspas.

O número e página correspondentes à citação direta devem constar sobrescritos, entre parênteses e separados por dois pontos.

**Exemplo:** <sup>(8:345-6)</sup> - o número 8 se refere à referência e o 345-9 às páginas.

#### 5.3.13.5 Depoimento

A transliteração de depoimento deverá constar em novo parágrafo, digitada em fonte *Times New Roman* 12, itálico, com espaçamento simples entre linhas, sem aspas.

Comentários do autor devem estar entre colchetes e sem itálico.

A identificação do sujeito deve ser codificada (explicar a codificação na metodologia), entre parênteses, sem itálico e separada do depoimento por ponto.

**Exemplo:** [Comunicação] *é você expressar algo, dizer alguma coisa a alguém é o ato de se comunicar [...].* (Familiar 2)

## 6 CONCLUSÃO

O presente estudo nos permitiu observar que a insatisfação com a imagem corporal está cada vez mais presente nos dias atuais assim como o excesso de peso, o que aumenta a procura por procedimentos estéticos a fim de alcançar o corpo ideal. Ainda que comum em muitos locais do mundo, a maior parte dos pacientes afirmaram não fazer uso da medicina tradicional/natural e/ou complementar/alternativa, o que revela a necessidade de ações de promoção de saúde neste sentido. A maioria dos pacientes que buscam por tratamentos estéticos são mulheres, pré-obesas ou obesas, e estão insatisfeitas com sua imagem corporal, o que exige atenção especial dos profissionais de saúde na medida em que pode ser preditivo de comportamentos que deterioram a vida cotidiana e colocam em risco a saúde e o bem-estar do indivíduo. Deste modo, faz-se necessário a implementação de programas que objetivem educar a população e estimular a adoção de hábitos saudáveis de vida para prevenção da obesidade e promoção e recuperação da saúde da população envolvida, através de um olhar profissional mais crítico e atento às necessidades reais dos pacientes.

## 7 REFERÊNCIAS

ABESO. **Diretrizes brasileiras de obesidade**. 4<sup>a</sup> ed. São Paulo, SP: Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica, 2016.

ACUÑA, K.; CRUZ, T. **Avaliação do estado nutricional de adultos e idosos e situação nutricional da população brasileira**. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, v. 48, n. 3, p. 345-361, 2004.

AMARAL, A. C. S.; FORTES, L. D. S.; FERREIRA, M. E. C. **Imagem corporal e atividade física em mulheres que realizaram cirurgia estética**. HU Revista, v. 37, n. 1, p. 31-38, 2011.

ANDAKI, A. C. R.; TINOCO, A. L. A.; MENDES, E. L.; ANDAKI-JÚNIOR, R.; HILLS, A. P.; AMORIM, P. R. S. **Different waist circumference measurements and prediction of cardiovascular risk factors and metabolic syndrome in children**. Obesity Research & Clinical Practice, v. 6, p. e149-e157, 2012.

ANDRADE, F. C. D.; RAFFAELLI, M.; TERAN-GARCIA, M.; JERMAN, J. A.; GARCIA, C. A.; GROUP, U. A. S. **Weight status misperception among Mexican young adults**. Body Image, v. 9, p. 184-188, 2012.

ARROYO, A. **Connecting theory to fat talk: Body dissatisfaction mediates the relationships between weight discrepancy, upward comparison, body surveillance, and fat talk**. Body Image, v. 11, p. 303-306, 2014.

BELL, H. S.; DONOVAN, C. L.; RAMME, R. **Is athletic really ideal? An examination of the mediating role of body dissatisfaction in predicting disordered eating and compulsive exercise**. Eating Behaviors, v. 21, p. 24-29, 2016.

BEN-ARYE, E.; SHAVIT, E.; WIENTAL, H.; SCHIFF, E.; AGOUR, O.; SAMUELS, N. **Overcoming communication challenges in integrative supportive cancer care: The integrative physician, the psycho-oncologist, and the patient**. Complementary Therapies in Medicine, v. 29, p. 9-15, 2016.

BRASIL. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. 1<sup>a</sup> ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CAMPOS, M. O.; RODRIGUES-NETO, J. F. **Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde**. Revista Baiana de Saúde Pública, v. 32, n. 2, p. 232-240, 2008.

CANT, S.; WATTS, P.; RUSTON, A. **The rise and fall of complementary medicine in National Health Service hospitals in England**. Complementary Therapies in Clinical Practice, v. 18, p. 135-139, 2012.

CARVALHO, C. A. D.; FONSECA, P. C. D. A.; BARBOSA, J. B.; MACHADO, S. P.; SANTOS, A. M. D.; SILVA, A. A. M. D. **Associação entre fatores de risco cardiovascular**

**e indicadores antropométricos de obesidade em universitários de São Luís, Maranhão, Brasil.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 2, p. 479-490, 2015.

CASTAÑEDA-SÁNCHEZ, O.; LUGO-CARO, M.; YEPIZ-ORTEGA, R. **Estado nutricional en un grupo de adolescentes de Pueblo Yaqui, Sonora, México.** *Atención Familiar*, v. 23, n. 3, p. 104-108, 2016.

CHAKER, Z.; CHANG, F. M.; HAKIM-LARSON, J. **Body satisfaction, thin-ideal internalization, and perceived pressure to be thin among Canadian women: The role of acculturation and religiosity.** *Body Image*, v. 14, p. 85-93, 2015.

CHO, A.; LEE, J.-H. **Body dissatisfaction levels and gender differences in attentional biases toward idealized bodies.** *Body Image*, v. 10, p. 95-102, 2013.

CRUZADO, L.; VÁSQUEZ, É.; HUAVIL, J. **Trastorno dismórfico corporal con desenlace fatal: reporte de un caso.** *Anales de la Facultad de Medicina*, v. 71, n. 1, p. 51-53, 2010.

DANIS, A.; JAMALUDIN, A. N.; MAJID, H. A. M. A.; ISA, K. A. M. **Body image perceptions among dancers in urban environmental settings.** *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, v. 222, p. 855 – 862, 2016.

DAVID, F. D.; CALIL, J. A.; GRAGNANI-FILHO, A. **Transtorno dismórfico corporal e rinoplastia.** *Arquivos Catarinenses de Medicina*, v. 44, p. 121-125, 2015.

DIAS, L. C. G. D.; CINTRA, R. M. G. D. C.; ARRUDA, C. M.; MENDES, C. N.; GOMES, C. B. **Relação entre circunferência abdominal e estado nutricional em pré-escolares de Botucatu, SP.** *Revista Ciência em Extensão*, v. 9, n. 1, p. 95-104, 2013.

FERREIRA, A. A.; MENEZES, M. F. G.; TAVARES, E. L.; NUNES, N. C.; SOUZA, F. P. D.; ALBUQUERQUE, N. A. F.; PINHEIRO, M. A. M. **Estado nutricional e autopercepção da imagem corporal de idosas de uma Universidade Aberta da Terceira Idade.** *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 17, n. 2, p. 289-301, 2014.

FITZSIMMONS-CRAFT, E. E.; BARDONE-CONE, A. M.; KELLY, K. A. **Objectified body consciousness in relation to recovery from an eating disorder.** *Eating Behaviors*, v. 12, p. 302-308, 2011.

FITZSIMMONS-CRAFT, E. E.; HARNEY, M. B.; KOEHLER, L. G.; DANZI, L. E.; RIDDELL, M. K.; BARDONE-CONE, A. M. **Explaining the relation between thin ideal internalization and body dissatisfaction among college women: The roles of social comparison and body surveillance.** *Body Image*, v. 9, p. 43-49, 2012.

FRANCISCO, R.; ESPINOZA, P.; GONZÁLEZ, M. L.; PENELO, E.; MORA, M.; ROSÉS, R.; RAICH, R. M. **Body dissatisfaction and disordered eating among Portuguese and Spanish adolescents: The role of individual characteristics and internalisation of sociocultural ideals.** *Journal of Adolescence*, v. 41, p. 7-16, 2015.

FRANKO, D. L.; COEN, E. J.; ROEHRIG, J. P.; RODGERS, R. F.; JENKINS, A.; LOVERING, M. E.; CRUZ, S. D. **Considering J.Lo and Ugly Betty: A qualitative**



**examination of risk factors and prevention targets for body dissatisfaction, eating disorders, and obesity in young Latina women.** *Body Image*, v. 9, p. 381–387, 2012.

GASKIN, J. L.; PULVER, A. J.; BRANCH, K.; KABORE, A.; JAMES, T.; ZHANG, J. **Perception or reality of body weight: Which matters to the depressive symptoms.** *Journal of Affective Disorders*, v. 150, p. 350-355, 2013.

GLANER, M. F.; PELEGRINI, A.; CORDOBA, C. O.; POZZOBON, M. E. **Associação entre insatisfação com a imagem corporal e indicadores antropométricos em adolescentes.** *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte* v. 27, n. 1, p. 129-136, 2013.

GUIDO, P. C.; RIBAS, A.; GAIOLI, M.; QUATTRONE, F.; MACCHI, A. **The state of the integrative medicine in Latin America: The long road to include complementary, natural, and traditional practices in formal health systems.** *European Journal of Integrative Medicine*, v. 7, p. 5–12, 2015.

HARDIT, S. K.; HANNUM, J. W. **Attachment, the tripartite influence model, and the development of body dissatisfaction.** *Body Image*, v. 9, p. 469–475, 2012.

HEIDEMANN, I. T. S. B.; BOEHS, A. E.; FERNANDES, G. C. M.; WOSNY, A. D. M.; MARCHI, J. G. **Promoção da saúde e qualidade de vida: concepções da carta de Ottawa em produção científica.** *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 11, n. 3, p. 613-619 2012.

ISCHKANIAN, P. C.; PELICIONI, M. C. F. **Desafios das práticas integrativas e complementares no SUS visando a promoção da saúde.** *Revista Brasileira de Crescimento Desenvolvimento Humano*, v. 22, p. 233-238, 2012.

KACHANI, A. T.; BRASILIANO, S.; CORDÁS, T. A.; HOCHGRAF, P. B. **Body checking and associated cognitions among Brazilian outpatients with eating disorders and nonpsychiatric controls.** *Body Image*, v. 10, p. 127– 130, 2013.

KEIHANI, S.; HOSSEINPANAH, F.; BARZIN, M.; SERAHATI, S.; DOUSTMOHAMADIAN, S.; AZIZI, F. **Abdominal obesity phenotypes and risk of cardiovascular disease in a decade of follow-up: the tehran lipid and glucose study.** *Atherosclerosis*, v. 238, p. 256-263, 2015.

KIM, S. J.; YOO, I. Y. **Health promotion behavior of chinese international students in Korea including acculturation factors: a structural equation model.** *Asian Nursing Research*, v. 10, p. 25-31, 2016.

KOK, G.; VRIES, N. K. D. **Health education and health promotion.** In: WRIGHT, J. D. (Ed.). *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*. 2. ed. v. 10. Waltham: Elsevier, 2015. p. 620-627.

LAMBROU, C.; VEALE, D.; WILSON, G. **Appearance concerns comparisons among persons with body dysmorphic disorder and nonclinical controls with and without aesthetic training.** *Body Image*, v. 9, p. 86–92, 2012.

MATAIX, J. **Cult of the Body Beautiful: At What Cost?** *Actas Dermo-sifiliográficas*, v. 103, n. 8, p. 655-660, 2012.

MATEO-GALLEGO, R.; BEA, A. M.; JARAUTA, E.; PEREZ-RUIZ, M. R.; CIVEIRA, F. **Age and sex influence the relationship between waist circumference and abdominal fat distribution measured by bioelectrical impedance.** *Nutrition Research*, v. 32, p. 466-469, 2012.

NASCIMENTO, A. L.; MOREIRA, M. M.; LUNA, J. V.; FONTENELLE, L. F. **Comorbidade entre transtorno dismórfico corporal e transtornos alimentares: uma revisão sistemática.** *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 59, n. 1, p. 65-69, 2010.

NOURI, M.; HILL, L. G.; ORRELL-VALENTE, J. K. **Media exposure, internalization of the thin ideal, and body dissatisfaction: Comparing Asian American and European American college females.** *Body Image*, v. 8, p. 366–372, 2011.

PIMENTA, I. L.; SANCHES, R. C.; PEREIRA, J. P. R.; HOURI, B. F.; MACHADO, E. L. G.; MACHADO, F. S. G. **Medidas das circunferências abdominal e cervical para mensurar riscos cardiovasculares.** *Revista Médica de Minas Gerais* v. 24, n. Supl 9, p. S16-S19, 2014.

SALINA-BRANDÃO, A.; CASSETARI, B. M.; DAROZ, R.; FERNANDES, V.; BOLSONI-SILVA, A. T. **Transtorno dismórfico corporal: uma revisão da literatura.** *Temas em Psicologia*, v. 19, n. 2, p. 525–540, 2011.

SENKOWSKI, D.; HEINZ, A. **Chronic pain and distorted body image: implications for multisensory feedback interventions.** *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, v. 69, p. 252-259, 2016.

SHRIVER, L. H.; HARRIST, A. W.; PAGE, M.; HUBBS-TAIT, L.; MOULTON, M.; TOPHAM, G. **Differences in body esteem by weight status, gender, and physical activity among young elementary school-aged children.** *Body Image*, v. 10, p. 78–84, 2013.

SIERMINSKA, E. M.; LIU, X. M. **Beauty and the Labor Market.** In: SMELSER, N. J.; BALTES, P. B. (Ed.). *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*. 2. ed. v. 2. Amsterdam; New York: Elsevier, 2015. p. 383-391.

SILVA, D. A. S.; NAHAS, M. V.; SOUSA, T. F. D.; DUCA, G. F. D.; PERES, K. G. **Prevalence and associated factors with body image dissatisfaction among adults in southern Brazil: A population-based study.** *Body Image*, v. 8, p. 427–431, 2011.

SILVA, M. L. D. A.; TAQUETTE, S. R.; ABOUDIB, J. H. C. **Transtorno dismórfico corporal: contribuições para o cirurgião plástico.** *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, v. 28, n. 3, p. 499-506, 2013.

SOARES, D. A.; BARRETO, S. M. **Sobrepeso e obesidade abdominal em adultos quilombolas, Bahia, Brasil.** *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, n. 2, p. 341-354, 2014.

STUNKARD, A. J.; SORENSON, T.; SCHLUSINGER, F. **Use of the Danish Adoption Register for the study of obesity and thinness.** In: KETY, S. S. *et al* (Ed.). *The genetics of neurological and psychiatric disorders*. New York: Raven, 1983. p. 115-120.

SWENSON, E. R.; BASTIAN, N. D.; NEMBARD, H. B. **Data analytics in health promotion: Health market segmentation and classification of total joint replacement surgery patients.** Expert Systems with Applications, v. 60, p. 118–129, 2016.

VEALE, D.; GILBERT, P. **Body dysmorphic disorder: The functional and evolutionary context in phenomenology and a compassionate mind.** Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, v. 3, p. 150–160, 2014.

WEBB, H. J.; ZIMMER-GEMBECK, M. J. **A longitudinal study of appearance-based rejection sensitivity and the peer appearance culture.** Journal of Applied Developmental Psychology, v. 43, p. 91–100, 2016.

WEBER, J. B. B. **Estética e bioética.** Revista da Associação Médica do Rio Grande do Sul, v. 55, n. 3, p. 302-305, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Physical status: the use and interpretation of anthropometry.** Geneva: World Health Organization; 1995.

ZABALETA-DEL-OLMO, E.; BOLIBAR, B.; GARCÍA-ORTÍZ, L.; GARCÍA-CAMPAYO, J.; LLOBERA, J.; BELLÓN, J. Á.; RAMOS, R. **Building interventions in primary health care for long-term effectiveness in health promotion and disease prevention. A focus on complex and multi-risk interventions.** Preventive Medicine, v. 76, p. S1-S4, 2015.

## 8 ANEXOS

### 8.1 Anexo A: Instrumento de coleta de dados

#### FICHA DE AVALIAÇÃO

Data de avaliação \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Nome:

Data de nascimento \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Sexo Masc (  ) Fem (  ) Est. Civil:

Endereço:

Cidade:

Telefones:

Email:

Profissão:

Escolaridade:

Queixa Principal:

Queixas secundárias:

Faz uso de algum medicamento Sim(  ) Não (  )

Quais:

É de uso prolongado Sim (  ) Não (  )

Duração e prescrição:

Tipo de medicamento:

Fitoterápico: (  )Quais:

Nutricosméticos: (  )Quais:

Homeopático (  )Quais:

Alopáticos (  )Quais:

Ortomoleculares (  )Quais:

Florais (  )Quais:

Chás (  )Quais:

DOENÇAS ASSOCIADAS:

HÁBITOS DE VIDA:

**PROCEDIMENTOS ESTÉTICOS ANTERIORES:**

Já realizou cirurgia estética: Sim ( ) Não ( ) Qual:

Já realizou tratamentos estéticos: Sim ( ) Não ( ) Quais/Quando:

Teve bons resultados Sim( ) Não ( ) Pouco ( )

Qual a expectativa em relação ao tratamento atual:

Faz uso de Cosméticos Sim( ) Não ( ) Qual:

Alergia a medicamentos/cosméticos Sim ( ) Não ( ) Qual \_\_\_\_\_

Esta Gestante Sim ( ) Não ( ) Tempo de Gestante: \_\_\_\_\_ Lactante Sim( ) Não( )

Ciclo menstrual: Norma( ) Regular( ) Irregular ( )

Faz uso de contraceptivo Sim ( ) Não ( ) Qual:

Funcionamento intestinal: Regular( ) Irregular ( )

Usa lentes de contato Sim( ) Não ( )

Portador de Marcapasso Sim ( ) Não ( )

Prótese Sim ( ) Não ( )

Que Tipo: Dentaria ( ) Pino ( ) Placa ( ) Polimetilmetacrilato ( )

Em qual região da face esta localizada :

Complicações:

Diabetes Sim ( ) Não( ) Faz Controle:

Qual medicamento:

Hipertensão ( ) Hipotensão ( ) Faz controle:

Qual Medicamento:

Asma: Sim ( ) Não ( ) Bronquite: Sim ( ) Não ( ) Câncer Sim ( ) Não ( )

Cardíaco Sim ( ) Não ( ) Epilético Sim ( ) Não ( ) Hepatite Sim ( ) Não ( )

Rinite Sim ( ) Não ( )

A(O) Sra(Sr) Atualmente mora sozinho ou com familiares?

Atualmente esta trabalhando ? ( ) Sim ( ) Não.

**DADOS ANTROPOMÉTRICOS**

Peso:

Altura:

IMC:

#### PERIMETRIA

Tórax:

Cintura:

Abdome:

Quadril:

Coxa:

Braço:

#### DOBRA CUTÂNEA:

Bicipital:

Tricipital:

Peitoral:

Subescapular:

Axilar média:

Supra Ilíaca:

Abdominal:

Coxa:

#### HÁBITOS ALIMENTARES: COMPOSIÇÃO DO CARDÁPIO

- Açúcar
- Frituras
- Massas/molhos
- Cereais
- Frutas
- Verduras
- Legumes
- Oleaginosas
- Leite e derivados
- Industrializados (enlatados, congelados)
- Diet/Light

Bebida Alcoólica

Fumante: Sim  Não

Bebe água com frequência?  Sim  Não Quantidade: \_\_\_ Litros ou \_\_\_ copos por dia

Usa Filtro / bloqueador solar regularmente:  Sim  Não FPS: \_\_\_\_\_

Marcar com um X qual a silhueta que melhor representa a sua aparência física atualmente:



Qual a silhueta que você gostaria de ter?





## 8.2 Anexo B: Declaração de autorização do local

### DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DO LOCAL

Maringá / PR, 06 / janeiro / 2017.

Ilma Sr.<sup>a</sup>

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Nilce Marzolla Ideriha

*Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UniCesumar)*

UNICESUMAR – Centro Universitário Cesumar

Prezada Coordenadora,

Eu, Lilian Rosana dos Santos Moraes declaro, a fim de viabilizar a execução do projeto de pesquisa intitulado PERCEPÇÃO DA IMAGEM CORPORAL, ESTADO NUTRICIONAL, RISCO CARDIOVASCULAR, USO DE MEDICAMENTOS E PRÁTICAS INTEGRATIVAS DOS PACIENTES ATENDIDOS EM UMA CLÍNICA ESCOLA DE ESTÉTICA, sob a responsabilidade dos pesquisadores Mariza Ogliari e Rose Mari Bennemann que a Clínica de Estética da Unicesumar, conforme Resolução CNS/MS 466/12, assume a responsabilidade de fazer cumprir os Termos da Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde e demais resoluções complementares à mesma, viabilizando a produção de dados da pesquisa citada, para que se cumpram os objetivos do projeto apresentado.

Esperamos, outrossim, que os resultados produzidos possam ser informados a esta instituição por meio de Relatório anual enviado ao CEP ou por outros meios de praxe.

De acordo e ciente,



Lilian Rosana dos Santos Moraes  
CPF: 017.661.259-99

**Prof.<sup>a</sup> Lilian Moraes**  
COORD. ESTÉTICA E COSMÉTICOS  
CREFITO 40485-F