

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
CURSO DE MESTRADO

**EFEITO DO EXERCÍCIO AERÓBIO COMBINADO COM IMAGINAÇÃO
DIRIGIDA NA IMAGEM CORPORAL E NA INTENSIDADE DOS SINTOMAS
DEPRESSIVOS EM MENINAS ADOLESCENTES COM SOBREPESO**

FLORIANÓPOLIS

2006

SUZANA DALLANHOL

**EFEITO DO EXERCÍCIO AERÓBIO COMBINADO COM IMAGINAÇÃO
DIRIGIDA NA IMAGEM CORPORAL E NA INTENSIDADE DOS SINTOMAS
DEPRESSIVOS EM MENINAS ADOLESCENTES COM SOBREPESO**

**Dissertação apresentada como requisito
parcial à obtenção do grau de Mestre em
Psicologia, Programa de Pós-Graduação
em Psicologia, Mestrado, Centro de
Filosofia e Ciências Humanas.**

Orientador: Prof. Dr. Emílio Takase

FLORIANÓPOLIS

2006

TERMO DE APROVAÇÃO

SUZANA DALLANHOL

EFEITO DO EXERCÍCIO AERÓBIO COMBINADO COM IMAGINAÇÃO DIRIGIDA NA IMAGEM CORPORAL E NA INTENSIDADE DOS SINTOMAS DEPRESSIVOS EM MENINAS ADOLESCENTES COM SOBREPESO

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Mestrado, Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina, pela seguinte banca examinadora:

Orientador: Prof. Dr. Emílio Takase
Departamento de Psicologia, UFSC

Prof. Dr. Mauro Luís Vieira
Departamento de Psicologia, UFSC

Prof. Dr. Tales de Carvalho
Centro de Ed. Física e Desportos, UDESC

Prof. Dr. José Baus
Departamento de Psicologia, UFSC

Florianópolis, 18 de agosto de 2006.

Ao meu querido amigo e colega desde o início da graduação, o psicólogo, mestre e professor universitário Sérgio Jackes Jablonski Jr. Nós, que lhe conhecemos de perto, sabemos da injustiça.

AGRADECIMENTOS

Ao professor Emílio Takase, por ter me orientado na execução de um experimento no âmbito da Psicologia do Exercício, que teve para mim um significado duplamente importante: uniu o grande interesse pelo estudo do exercício e seus efeitos psicobiológicos à minha formação acadêmica.

À Patrícia Barbosa Martins Trichês, amiga e companheira na pesquisa e nas disciplinas do mestrado, pela generosidade, cooperação e estímulo.

À diretoria do Colégio, que aprovou a realização da pesquisa com as alunas. Às secretárias e aos professores, que facilitaram o acesso aos dados.

Às meninas, muito queridas e que tiveram papel fundamental.

À academia, que gentilmente cedeu seus equipamentos.

Ao professor Rodrigo, que foi instrutor nas sessões de exercício.

Aos pesquisadores do Lanespe, especialmente July, Laurent e Luciano que foram ótimas companhias.

Aos meus pais, Olga e Wilmar e à Heloísa, ao Gui e à Dora.

À Shirley, amiga de todas as horas, comadre e afilhadinha de casamento, junto com o Júnior.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Neurociências da UFSC.

Aos professores que gentilmente aceitaram o convite para participar da banca de avaliação desse trabalho, Professores Mauro Luís Vieira, José Baus e Tales de Carvalho.

À equipe do ICPG.

A todos os alunos para quem já lecionei.

E aos meus gatos, Hare e Luli, pela companhia constante ao lado do teclado, na frente do monitor, pelas sonecas em cima dos artigos...

SUMÁRIO

RESUMO.....	i
ABSTRACT	ii
1. INTRODUÇÃO.....	01
1.1Objetivos.....	04
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	05
2.1. Marco teórico.....	05
2.2. Adolescência	06
2.3. Consumo energético, dispêndio, sobrepeso e obesidade.....	08
2.4. Imagem corporal e insatisfação corporal	11
2.5. Sintomas depressivos: avaliação, limitações e prevalência.....	13
2.6. Exercício físico e saúde.....	16
2.7. Imaginação dirigida: ensaio cognitivo da situação real	17
2.8. Hipóteses.....	20
3. MÉTODO	21
3.1. Participantes	21
3.2. Procedimentos	22
3.3. Medidas quantitativas	27
3.3.1. IMC	27
3.3.2. Imagem corporal	27
3.3.3. Intensidade dos sintomas depressivos.....	28
3.4. Dados qualitativos: entrevista final	28
3.5. Procedimentos de análise dos dados	29
4. RESULTADOS	31
5. DISCUSSÃO	41
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
7. REFERÊNCIAS	50
8. LISTA DE TABELAS, LISTA DE FIGURAS e LISTA DE SIGLAS	62
9. ANEXOS	63

DALLANHOL, Suzana. **Efeito do exercício aeróbio combinado com imaginação dirigida na imagem corporal e na intensidade dos sintomas depressivos em meninas adolescentes com sobrepeso.** Florianópolis, 2006. 59f. Dissertação de Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientador: Prof. Dr. Emílio Takase

RESUMO

A insatisfação corporal e os sintomas da depressão têm maior prevalência em meninas, a partir da puberdade, do que em meninos. O exercício físico pode ter efeitos positivos na imagem corporal e na intensidade dos sintomas depressivos em adolescentes com sintomas leves a moderados.

Objetivos: Verificar o efeito de oito semanas de: (a) exercício aeróbio e (b) exercício aeróbio combinado com imaginação dirigida na imagem corporal e na intensidade dos sintomas depressivos em meninas adolescentes com sobrepeso, em comparação com um (c) grupo controle.

Procedimentos: Trinta e quatro adolescentes do sexo feminino com sobrepeso foram divididas, através de sorteio, em três grupos e responderam o *Body Shape Questionnaire* e o *Beck Depression Inventory*. O grupo GI (n=12) fez exercício aeróbio combinado com imaginação dirigida, 2 vezes por semana. O grupo GII (n=12) fez exercício aeróbio com a mesma frequência. O grupo GIII (n=10), controle, não participou de nenhuma atividade. Ao final de oito semanas, durante as quais os grupos GI e GII realizaram as atividades experimentais, as participantes responderam novamente os questionários.

Resultados: Houve redução significativa na intensidade dos sintomas depressivos nos grupos experimentais GI e GII, e não no grupo controle. Os resultados dos grupos GI e GII foram semelhantes. Quanto à imagem corporal, não houve alteração em nenhum dos três grupos.

Conclusão: Tanto o programa de exercício quanto o programa de exercício combinado com imaginação dirigida, com duração de oito semanas, promoveram redução na intensidade dos sintomas depressivos em meninas adolescentes com sobrepeso, em comparação com o grupo controle. A imagem corporal não foi alterada em nenhum dos três grupos.

Palavras-chave: Imagem corporal; Sintomas depressivos; Exercício aeróbio.

DALLANHOL, Suzana. **Effect of aerobic exercise combined with guided imagery on body image and depression symptoms' intensity on overweight adolescent girls.** Florianópolis, 2006. 59f. Dissertação de Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientador: Prof. Dr. Emílio Takase

ABSTRACT

Body dissatisfaction and depression symptoms are prevalent on females, since puberty, then on males. Exercise may be effective on body image improvement and depressive symptoms reduction.

Objectives: To verify the effect of 8 weeks of: (a) aerobic exercise and (b) aerobic exercise combined with guided imagery on body image and depression symptoms' intensity on overweight adolescent girls, compared to (c) a control group.

Procedures: Thirty-four overweight female adolescents were randomly assigned to participate, during eight weeks, in one of the three groups: GI (exercise and guided imagery), GII (exercise), and GIII (control). They completed the Body Shape Questionnaire and Beck Depression Inventory, both pre-test and post-test.

Results: Depressive symptoms' intensity was significantly reduced in the two experimental groups, but not in the control group. There were no differences among results in GI and GII, suggesting that the effects of both experimental conditions were similar. Body image has not been modified.

Conclusion: Both an exercise program and an exercise program combined with guided imagery were efficient in reducing depression symptoms' intensity on overweight adolescent girls, compared to a control group. Body image did not suffer any alteration among the three groups.

Key words: Body dissatisfaction; Depression; Aerobic exercise.

EFEITO DO EXERCÍCIO AERÓBIO COMBINADO COM IMAGINAÇÃO DIRIGIDA NA IMAGEM CORPORAL E NA INTENSIDADE DOS SINTOMAS DEPRESSIVOS EM MENINAS ADOLESCENTES COM SOBREPESO

A adolescência é um período no desenvolvimento que vai dos 10 aos 19 anos (OMS, 1989; PROSAD, 1989) e é caracterizado por inúmeras transformações que podem influenciar a saúde do indivíduo durante toda a vida. É nessa fase que ocorrem também as mudanças físicas que marcam a saída da infância e a forma como os adolescentes são percebidos pelos outros (Sands & Wardle, 2003; Siegel, 2002). É sob influência do meio-ambiente que o adolescente vai assimilar conceitos e se comportar diante dos desafios que encontra (Blowers, Loxton, Grady-Flessner, Occhipinti, & Dawe, 2003).

A formação da imagem corporal nessa fase é freqüentemente perturbadora, principalmente para as meninas (Hargreaves & Tiggemann, 2002). Os fatores que predis põem à insatisfação corporal em adolescentes do sexo feminino incluem o Índice de Massa Corporal (IMC) e a pressão social para emagrecer (Thompson, Coover, Richards, Johnson, & Cattarin, 1995), o hábito de fazer dieta para emagrecer (Byele, Archibald, Graber, & Brooks-Gunn, 2000) e a internalização do ideal de magreza disseminado pelos meios de comunicação (Stice & Bearman, 2001; Sinton & Birch, 2006).

Além da insatisfação corporal, a adolescência é um período de vulnerabilidade à sintomatologia da depressão (Southall & Roberts, 2002). Na infância, a prevalência da depressão é baixa, aumentando durante a adolescência, quando atinge taxas semelhantes às encontradas em adultos (Mazure & Maciejewski, 2003). Os sintomas depressivos aumentam consideravelmente nas meninas em comparação com os meninos, no início da adolescência, sendo que essa prevalência continua na idade adulta (Hanklin, Abramson, Moffitt, Silva, McGee, & Angell, 1998). Há pesquisas cujos resultados apontam a insatisfação corporal como uma característica que consistentemente leva à depressão na adolescência (McCathy, 1990; Nolen-Hoeksema, 1994; Petersen, Sarigiani, & Kennedy, 1991). Segundo McCabe e Ricciardelli (2006), há uma relação moderada e estável entre sintomas depressivos e distúrbios alimentares em adolescentes do sexo feminino. A ocorrência de sintomas depressivos nessa fase requer atenção e não é indicado que seja tratada com fármacos (NICE, 2005).

Segundo Stice e Whitenton (2002) e Tiggemann (2004), as sucessivas tentativas de fazer dieta por conta própria e os esforços radicais e incorretos para perder peso levam a um subsequente aumento do peso e risco de agravamento do sobrepeso em meninas adolescentes.

O exercício, a dança e outras atividades que envolvem o movimento têm efeitos positivos na imagem corporal e no humor (Riva & Melis, 1998), além de melhorarem parâmetros fisiológicos (Foss & Keteyian, 2000). Já foram encontradas evidências científicas que ligaram a prática de exercícios físicos à redução dos sinais de insatisfação corporal (Asçi, 2003; Fox, 2000) e à diminuição dos sintomas depressivos (Atlantis, E., Chow, Kirby, & Singh, 2004), inclusive em meninas adolescentes (Nabkasorn, Miayai, Sootmongkol, Junprasert, Yamamoto, Arita, & Miyashita, 2005). Segundo publicação do *American College of Sports Medicine* (2000), os benefícios para a saúde, provenientes do exercício regular, foram confirmados através de inúmeras pesquisas e manter-se fisicamente ativo traz ganhos tanto para o indivíduo quanto para o sistema público de saúde.

Um estilo de vida ativo na adolescência, se mantido também durante os anos seguintes, parece ser uma forma eficaz e autônoma de prevenção dos transtornos associadas ao sedentarismo (Dunn, Trivedi, Kampert, Clark, & Chambliss, 2002; Ball, Brown, & Crawford, 2002). Um estudo realizado por Alves, Montenegro, Oliveira e Alves (2005) apurou que a prática de exercícios físicos durante a adolescência contribuiu para uma maior atividade física de lazer na fase adulta. Desenvolver hábitos corretos é a forma mais indicada para manter o peso dentro da faixa saudável, pois um estilo de vida fisicamente ativo afeta mecanismos neurais que regulam o humor, além de incrementar o gasto energético basal (Bouchard, 2003).

Também o ensaio cognitivo tem tido sua eficácia demonstrada no controle do estresse inerente a algumas situações e dos pensamentos automáticos que permeiam os episódios depressivos (Taylor, Pham, Rivkin, & Armor, 1998; Cooper, Tindall-Ford, Chandler, & Sweller, 2001). No caso de adolescentes que tentam restringir o consumo calórico, estar frente a esses alimentos pode disparar respostas fisiológicas como taquicardia e aumento da pressão arterial (Legenbauer, Vögole, & Rüdell, 2004; Fioravanti, Polzonetti, Nocca, Spera, Falcone, Lazzari, & Colosimo, 2004). A imaginação dirigida pode ser aprendida e utilizada quando há a expectativa de que sejam evocados comportamentos inadequados em situações ansiogênicas (Lennings, 1996).

Tanto o exercício físico quanto a combinação do exercício com a imaginação dirigida parecem ser alternativas seguras, sem efeitos colaterais e com uma ótima relação custo-benefício. No entanto, um limite para a prescrição do exercício como terapia no manejo dos sintomas depressivos é a falta de consenso a respeito da modalidade, duração e frequência

necessárias para a obtenção de resultados positivos (Dunn, Trivedi, Kampert, Clark, & Chambliss, 2002).

Esse estudo experimental randomizado procurou contribuir para o avanço no estabelecimento de critérios para a recomendação do exercício na terapia dos sinais de transtornos da imagem corporal e dos sintomas depressivos.

A pergunta dessa pesquisa experimental foi: Qual o efeito do exercício aeróbico e, também, do exercício aeróbico combinado com imaginação dirigida, na imagem corporal e na intensidade dos sintomas depressivos em adolescentes do sexo feminino com sobrepeso?

1.1. Objetivos

Objetivo principal

Verificar o efeito de um programa de oito semanas de: (a) exercício aeróbico e (b) exercício aeróbico combinado com imaginação dirigida, na imagem corporal e na intensidade dos sintomas depressivos em meninas adolescentes com sobrepeso, em comparação com (c) um grupo controle.

Objetivos específicos

1. Verificar se há modificação no resultado do Questionário de Imagem Corporal (BSQ) entre a fase anterior e posterior das intervenções, para cada grupo.
2. Investigar se a pontuação no Inventário de Depressão de Beck (BDI) é diferente antes e depois das oito semanas de intervenções, para cada grupo.
3. Comparar os resultados do IMC (Índice de Massa Corporal), do BSQ e do BDI entre os grupos GI *versus* GIII, GII *versus* GIII e, GI *versus* GII, no pré-teste e no pós-teste.
4. Verificar se há associação entre as variáveis: valores do IMC e escores do BSQ; IMC e BDI; BSQ e BDI, nos três grupos, no pré-teste e no pós-teste.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1. Marco teórico: a perspectiva cognitivista

O comportamento não é só produto do meio, mas ocorre a partir da interação recíproca do indivíduo com o meio. Para que o processo de autocontrole tenha lugar, torna-se imprescindível assumir a existência de processos internos (Markus, 1977). É por intermédio destes que o indivíduo pode fazer inferências acerca das relações contingenciais entre estímulos, respostas e conseqüências. As respostas externas têm como substrato estas representações cognitivas (Gonçalves, 2000).

O modelo cognitivo da psicologia se apóia na premissa de que as desordens psicológicas podem ser caracterizadas por conteúdos cognitivos específicos, que mantêm tais desordens. Os pensamentos automáticos são cognições não-volitivas, isto é, que foram internalizadas pelo indivíduo e são mantidas a despeito da sua lógica no contexto da realidade objetiva (Beck, Brown, Steer, Eidelson, & Riskind, 1987). Os sintomas não ocorrem no vazio, portanto é preciso analisar as circunstâncias particulares que influem nos comportamentos (Freeman & Dattilio, 1998).

Esquemas cognitivos são crenças a respeito de nós mesmos, elaboradas freqüentemente a partir da valorização de certas características, em detrimento de outras (Markus, 1977). A insatisfação corporal pode também ser compreendida como resultado de esquemas cognitivos ou pensamentos automáticos baseados em um padrão de beleza mantido culturalmente e amplamente disseminado (Klaczynki, Goold, & Mudry, 2004) que valoriza o corpo ideal caracteristicamente magro para as mulheres (Blowers, Loxton, Grady-Flessner, Occhipinti, & Dawe, 2003; Stice, 1998; Hargreaves & Tiggeman, 2002). Segundo Thompson e Stice (2001), a internalização do ideal de magreza, que é um esquema corporal, refere-se à dimensão em que um indivíduo aceita o que é socialmente definido e se comporta de forma a tentar se aproximar desse ideal. A internalização do ideal de magreza, o sentimento de inadequação por não enquadrar-se nele e as sucessivas tentativas para atingí-lo, levam muitas adolescentes a desenvolver problemas psicológicos, como insatisfação corporal, distúrbios alimentares e depressão (Thompson & Stice, 2001; Bearman, Presnell, Martinez, & Stice, 2006).

A participação em um programa de exercícios aeróbios moderados pode fortalecer uma auto-imagem positiva (Asçi, 2003), baseada na percepção de outras competências corporais que não só a aparência (Calfas & Taylor, 1994) e combater os sintomas da

depressão (Salmon, 2001). A imaginação dirigida, que é a simulação cognitiva de uma situação real, na ausência de estímulos sensoriais (Driskell, Copper, & Moran, 1994), promove uma antecipação das sensações envolvidas na situação e uma possibilidade de aprender a lidar melhor com elas, quando em contato com a realidade (Taylor, Pham, Rivkin, & Armor, 1998). Além desses possíveis benefícios, a prática de exercício favorece o controle ponderal ao longo dos anos (Bouchard, 2003) e oferece poucos riscos aos praticantes (ACSM, 2000), especialmente aos jovens (Dunn, Trivedi, Kampert, Clark, & Chambliss, 2002).

2.2. Adolescência

“A adolescência não é um momento de conclusão, mas sim de crise e de amadurecimento do pensamento” (Vygotsky, 2000, p. 229). A frase, escrita por Vygotsky na década de 30, parece ter estreita relação com a etapa de maturação do sistema nervoso central (SNC) que caracteriza a fase da adolescência. Nos seres humanos, o amadurecimento das estruturas corticais é um fator limitante ao desenvolvimento cognitivo. Há fortes evidências de que o SNC só atinge o pleno desenvolvimento da sua estrutura por volta do início da terceira década da vida. Em uma investigação longitudinal sobre o desenvolvimento do encéfalo que utilizou técnicas de neuroimagem e contou com 145 indivíduos de quatro a 21 anos, conduzida por Giedd, Blumenthal, Jeffries, e col. (1999), foi verificado um aumento não-linear no córtex, sendo que a curva de desenvolvimento do lobo frontal e do lobo parietal teve um pico aos doze anos, o lobo temporal, aos 16, enquanto no lobo occipital o aumento foi até os vinte anos de idade. O lobo frontal está relacionado com o planejamento de ações futuras e com o controle do movimento; o lobo parietal, com a sensação somática, a formação da imagem do corpo e a relação da imagem do corpo com o espaço extra-pessoal, o lobo temporal, com a audição e, através das suas estruturas mais profundas – o hipocampo e o núcleo amigdalóide – com aspectos da aprendizagem, memória e emoção. O lobo occipital está relacionado com a visão (Kandel, Schwartz, & Jessell, 2003).

Como biologicamente o desenvolvimento ainda está incompleto, no âmbito social, os adolescentes estão especialmente propensos às influências ambientais (Byele, Archibald, Graber, & Brooks-Gunn, 2000). É nessa fase, que intermedeia a infância e a idade adulta, que constróem as bases para a individualidade (Blowers, Loxton, Grady-Flessner, Occhipinti, & Dawe, 2003) e desenvolvem hábitos que podem ter implicações para o futuro da sua saúde e bem-estar (Call, Riedel, Hein, Mc Loyde, Petersen, & Kipke, 2002). Os anos anteriores à puberdade também são importantes para o desenvolvimento sadio, mas a adolescência marca

uma transição em aspectos como autonomia, liberdade de escolha e formação de conceitos, que continuam sendo aprimorados na vida adulta (Hargreaves & Tiggemann, 2003). É a fase em que, gradualmente, passa-se mais tempo em contextos fora da família e do ambiente escolar, sob uma crescente influência vinda de outras pessoas como amigos, namorados, ídolos e mídias (Call, Riedel, Hein, McLoyd, Petersen, & Kipke, 2002). Por isso, o ambiente em que o adolescente está inserido é crítico e a maneira como ele o percebe pode determinar o bem-estar ou o risco para comportamentos destrutivos (Sim & Zeman, 2006).

A insatisfação corporal, muito freqüente em adolescentes, especialmente nas meninas, e os sintomas depressivos, mesmo que leves, não devem ser encarados como normais da idade (Cole, Martin, Peeke, Seroczynski, & Hoffman, 1998), ou como característicos da personalidade (Spanemberg & Juruena, 2004).

Embora a insatisfação corporal seja uma elaboração cognitiva (Stice & Whitenton, 2002), muitas vezes exagerada, que resulta em um sentimento de inadequação, não é prudente negligenciar o sobrepeso evidente em indivíduos adolescentes. É interessante que eles recebam orientação para que essa condição não evolua e não tenha conseqüências contrárias ao desenvolvimento saudável (Kopelman, 2000).

O excesso de peso na adolescência pode ter efeitos deletérios nas subseqüentes características econômicas e sociais e na saúde. Um estudo de coorte randomizado, envolvendo uma amostra de 10.039 adolescentes e jovens ingleses com idades entre dezesseis e 24 anos mostrou que, sete anos depois, aqueles que tinham excesso de peso no início da pesquisa haviam completado menos anos de estudo, tiveram ganhos financeiros menores (independente de no início não ter havido diferença econômica e social), e haviam se casado menos que os jovens com peso normal. Em contraste, os adolescentes com doenças crônicas na primeira coleta de dados não diferiram dos que não tinham excesso de peso nesses itens. Os autores concluíram que o excesso de peso na adolescência trouxe importantes conseqüências econômicas e sociais, que foram maiores que aquelas relativas a outras condições orgânicas crônicas. A discriminação contra pessoas com excesso de peso pode ter influenciado nesses resultados (Gortmaker, Must, Perrin, Sobol, & Dietz, 1993).

2.3. Consumo energético, dispêndio, sobrepeso e obesidade

O excesso de peso é um dos problemas sociais mais complexos da atualidade (Conway & René, 2004). O custo da obesidade para o sistema público de saúde pode ser muito alto, uma vez que esta condição está freqüentemente associada a fatores de risco como hipertensão, hiperlipidemia e diabetes (A. C. S. M., 2000). A obesidade corresponde ao mais

importante fator de risco para o desenvolvimento de diabetes mellitus do tipo 2 (Kolpeman, 2000). Para o indivíduo, pode ser uma condição estigmatizante (Bray, 2004) e afetar significativamente o bem-estar (Dobrow, Kamenetz, & Devlin, 2002).

Há um crescimento do sobrepeso e da obesidade entre as crianças brasileiras da ordem de 0,5% ao ano, segundo levantamento realizado na década de noventa, o que significa que os problemas de saúde decorrentes desse quadro poderão vir à tona na próxima geração de adultos, já que da infância à idade adulta o problema tende a se agravar, se não houver ações orientadas para a contenção (Lobstein, Baur, & Uauy, 2004). Uma pesquisa longitudinal, realizada na Austrália por Ball, Brown e Crawford (2002), com 8.726 mulheres de dezoito a 23 anos, mostrou que, após quatro anos, apenas 44% das participantes haviam mantido o IMC dentro da faixa de variação de 5% do medido inicialmente, enquanto 41% haviam ganhado peso e 15% haviam perdido peso. Quando o controle estatístico para os fatores sociodemográficos foi realizado, as que mantiveram o peso foram predominantemente as que tinham o IMC na faixa normal no início do estudo. Os autores concluíram que as fases da adolescência e início da idade adulta são importantes para aprender e utilizar estratégias que promovam a manutenção do peso saudável.

Altos índices de problemas cardíacos, ortopédicos, diabetes, cânceres, desordens endócrinas, e outras condições poderão ser observados em adultos jovens com excesso de peso e, ainda, a dependência dessas pessoas do sistema público de saúde provavelmente vai durar a vida toda (Conway & René, 2004). Exclusão social, depressão, distúrbios de ansiedade e deterioração do quadro psicológico freqüentemente acompanham os demais problemas de saúde decorrentes do aumento ponderal exagerado (Lobstein, Baur, & Uauy, 2004; Bouchard, 2003).

O ganho excessivo de peso é resultado de uma disfunção fisiológica do organismo com etiologia ambiental, comportamental, genética e neuroendócrina (Bouchard, 2003). Mudanças dietéticas e aumento do sedentarismo são considerados como fatores cruciais no avanço do sobrepeso e da obesidade (Uauy, Albala, & Kain, 2001).

A causa fundamental do aumento do tecido gorduroso no organismo é um balanço incorreto entre a quantidade de energia consumida e o gasto energético que decorre das atividades diárias (Bray, 2004). Quando há mais energia entrando no organismo humano do que sendo utilizada, toda a quantidade excedente é transformada em gordura e estocada nas células adiposas. A Primeira Lei da Termodinâmica contém a afirmação que energia não é criada nem destruída; portanto, peso corporal é perdido quando o dispêndio calórico excede a ingestão calórica (equilíbrio negativo), e peso é ganho quando ocorre a situação contrária,

considerando que 1 kg de gordura equivale a 7.700 kcal de energia (Berne & Levy, 2000). O desequilíbrio positivo, quando ocorre de forma crônica, leva ao sobrepeso e, posteriormente, à obesidade (Bray, 2004). Para a manutenção do peso não é necessário que haja uma regulação exata da quantidade de energia ingerida. Durante um curto período, alguma energia pode ser provida pelo estoque que existe no corpo como também uma ingestão excessiva pode ser gasta sem aumentar os estoques habituais. Essa regulação é promovida por um complexo mecanismo de controle neural, que envolve a atuação de peptídeos no hipotálamo (Berthoud, 2002).

Segundo Kandel, Schwartz e Jessell (2003, p. 1002) “acredita-se que a ingestão alimentar esteja sob controle de duas regiões no hipotálamo: uma região ventromedial e uma região lateral”. Há mecanismos de curto prazo, que influem no tamanho das refeições individuais, e mecanismos de longo prazo, que regulam o peso corporal total. No entanto, “hábitos aprendidos e sensações subjetivas de prazer podem se sobrepor a sinais de retroalimentação interoceptivos” (Kandel, Schwartz, & Jessell, 2003, p. 1002).

Os avanços na caracterização dos mecanismos hipotalâmicos de controle da fome e da homeostase energética foram possíveis graças à identificação do hormônio leptina (Zhang, Proença, Maffel, Barone, Leopold, & Friedman, 1994) e do estudo de sua ação no sistema nervoso central. A leptina é um hormônio produzido pelo tecido adiposo branco, proporcionalmente à quantidade desse tecido no organismo (Schwartz, Woods, Porte, Seeley, & Baskin, 2000). A transdução do sinal da leptina depende da sua ligação a um receptor transmembrana e da ação subsequente de outras enzimas catalíticas que darão continuidade ao sinal. A transdução do sinal da leptina, intermediada por reações que envolvem diversas enzimas, age no controle do ritmo de disparos neuronais que regulam a liberação, nos terminais sinápticos, de neurotransmissores relacionados ao controle da fome e da termogênese (Berthoud, 2002). O principal modulador do sinal da leptina é a insulina. Esse hormônio também apresenta ação no sistema nervoso central, mais especificamente, no hipotálamo e utiliza para isso o mesmo tipo de receptor que recebe seu sinal nos tecidos periféricos. Isto significa que a transdução do sinal da insulina também ocorre a partir de reações encadeadas, mediadas por enzimas, que são cascatas de transdução de sinal. É através da modulação da expressão desses intermediários que as respostas funcionais trazidas pela leptina e pela insulina da periferia mantêm um controle adequado entre a ingestão alimentar e a termogênese e, em consequência, a manutenção do peso corporal. Qualquer falha, em algum dos componentes desse complexo sistema de controle da homeostase energética, pode resultar em descontrole do peso (Velloso, 2006).

Ao contrário de pesquisas desenvolvidas em modelos animais, que encontraram defeitos genéticos espontâneos, e em outros casos os simularam, e, assim, proporcionaram avanços na compreensão do funcionamento do sistema insulina-leptina e sua ação hipotalâmica, os achados em humanos ainda não foram suficientes para confirmar essas hipóteses (Velloso, 2006; Schwartz, Woods, Porte, Seeley, & Baskin, 2000). Diante dos dados epidemiológicos atuais, o sobrepeso e a obesidade desenvolvidos como consequência de defeitos genéticos são relativamente raros em humanos (Kopelman, 2000). A suscetibilidade à obesidade pode até ter influência da herança genética, que afeta os sinais internos do organismo, mas um meio-ambiente “obesogênico” é necessário para que a expressão do fenótipo ocorra (Berthoud, 2002). Embora evidências apontem para a importância dos fatores genéticos no ganho de peso em excesso, os fatores não-genéticos, notadamente os ambientais, têm papel relevante (Mancini & Halpern, 2006; Bouchard, 1994).

Lobstein, Baur e Uauy (2004) argumentaram que a rápida mudança no número de crianças e adolescentes com excesso de peso, em uma população relativamente estável, indica que os componentes genéticos não são os fatores primários para o desenvolvimento do sobrepeso. Essa ênfase ambiental pressupõe que as ações para conter o aumento dos casos de sobrepeso e obesidade devem incluir a modificação no ambiente imediato das crianças e adolescentes, que se reflitam nos seus hábitos, além do desenvolvimento de políticas públicas que sirvam de apoio às mudanças (Conway & René, 2004). Atualmente, a indicação clínica para o tratamento do sobrepeso e da obesidade pediátrica envolve, ainda, a psicoterapia cognitivo-comportamental com foco em mudança na alimentação e no hábito de fazer exercícios físicos (Mancini & Halpern, 2006).

O sobrepeso difere da obesidade em algumas características. A diferença básica entre sobrepeso e obesidade é a maior porcentagem de massa corporal no obeso. Conseqüentemente, o IMC que caracteriza obesidade é maior. Outra diferença diz respeito à manutenção de um balanço energético positivo por um tempo mais prolongado. Isto é, a equação de entrada e gasto energético não se mantém em equilíbrio e ocorre um acúmulo de tecido adiposo que pode ser crescente, extrapolar o sobrepeso e atingir o ponto de corte para obesidade. Um estilo de vida sedentário junto à redução da atividade física habitual responde por uma grande quantidade de casos de sobrepeso (Lobstein, Baur & Uauy, 2004; Bouchard, 2003). Segundo Sallis, Simons-Morton, Stone e col. (1996), a atividade física tende a declinar durante a adolescência, principalmente entre as meninas, o que constitui um risco para o desenvolvimento de problemas de saúde.

2.4. Imagem corporal e insatisfação corporal

Imagem corporal é um fenômeno psicológico, subjetivo, que corresponde à imagem de nosso corpo que formamos cognitivamente e, também, aos sentimentos desenvolvidos em relação a essas características (Di Pietro, 2001).

O esquema corporal precede a formação da imagem corporal. No esquema corporal, determinadas características são ‘destacadas’ do todo e supervalorizadas, enquanto outras características permanecem no ‘fundo’ e são subvalorizadas. Comparativamente, a percepção corporal baseada na supervalorizada característica ‘aparência’ deixa de apreciar outros aspectos do corpo. Assim, as sensações sinestésicas, o prazer de existir através do corpo fica em segundo plano, como parece acontecer com muitas adolescentes. Ao aterem-se à busca da ‘figura ideal’, que afinal não as compõem, sentem-se insatisfeitas, tristes e inadequadas. A insatisfação corporal é um quebra-cabeça faltando uma peça, o que deixa a ‘imagem’ corporal incompleta (Eu, Mesma, 2006). Só um parágrafo! É que eu não queria perder a idéia...

A valorização social da magreza, principalmente para as mulheres, contribui para que as adolescentes relacionem essa característica a um ideal a ser mantido ou atingido (Stice & Whitenton, 2002; Tiggmann, Hargreaves, Polivy, & McFarlane, 2004). A partir da puberdade, as meninas acumulam mais gordura corporal, característica das mulheres e, muitas vezes, percebem-se mais distantes desse ideal (Ricciardelli & McCabe, 2001). Essa discrepância entre o ideal internalizado a partir das influências sociais e a imagem que têm de si próprias refere-se à insatisfação corporal (Tiggmann, Gardiner, & Slater, 2000; Thompson & Stice, 2001).

Há um crescente consenso sobre a necessidade da investigação das alterações da imagem corporal para a prevenção e o controle das condições associadas (Stice & Bearman, 2001; McCabe, Ricciardelli, & Banfield, 2001; Lowe & Levine, 2005). As alterações da percepção corporal fazem parte dos critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-IV, A.P.A., 2000), para caracterização dos transtornos alimentares.

É comum, durante a adolescência, as meninas se sentirem gordas e terem o desejo de emagrecer, mesmo estando com o peso na faixa normal (Spangler & Stice, 2001; Dunkley, Wertheim, & Paxton, 2001; Pesa, Syre & Jones, 2000). A insatisfação corporal entre meninas, a partir da puberdade, é verificada também entre aquelas com IMC dentro da classificação normal (Hargreaves & Tiggemann, 2002). Thomsem, Bower e Barnes (2004) verificaram que atletas adolescentes do sexo feminino com IMC próximo a 20 kg/m² reportaram “sentirem-se

gordas”. Atualmente, é mais comum que as adolescentes sintam-se insatisfeitas do que satisfeitas com seus corpos (Sim & Zeman, 2006).

De acordo com Ricciardelli e McCabe (2001), o incremento do Índice de Massa Corporal (IMC) está relacionado com o agravamento da insatisfação corporal em adolescentes do sexo feminino. Esse achado é semelhante aos resultados encontrado por Blowers, Loxton, Grady-Flessner, Occhipinti e Dawe (2003), Burrows e Cooper (2002), Sands e Wardle (2003), Rolland, Farnill e Griffiths, (1998), Oliver e Thelen (1996) e Sinton e Birch (2006), que, em meninas adolescentes, encontraram correlação entre sobrepeso e insatisfação corporal.

Stice (1998), afirma que a internalização do ideal de magreza tem relação com a insatisfação corporal porque o ideal é inatingível para muitas mulheres. Estudos verificaram que adolescentes que viram imagens de modelos profissionais muito magras reportaram níveis mais altos de insatisfação corporal imediatamente após a exposição às fotos, do que aquelas que viram fotografias de mulheres com IMC normal (Pinhas, Toner, Ali, Garfinkel, & Stuckless, 1999; Shaw, 1995). Outras pesquisas, que incluíram exibição de fotos de modelos ultramagras, também associaram, logo após as imagens terem sido mostradas às adolescentes, um aumento da insatisfação corporal (Martin & Gentry, 1997), distorções em estimativas em relação ao tamanho corporal (Waller, Hamilton, & Shaw, 1992), além de humor deprimido (Pinhas, Toner, Ali, Garfinkel, & Stuckless, 1999).

Os meios de comunicação, a família e os amigos exercem influência social na internalização do ideal de magreza, através de críticas e comentários quanto a conceitos de beleza (Young, McFatter, & Clopton, 2001; Field, Camargo, Taylor, Berkey, Roberts, & Colditz, 2001). Uma adolescente com sobrepeso que não se sinta insatisfeita com as formas do seu corpo estará em menor risco de desenvolver sintomas associados à insatisfação corporal do que outras (Burrows & Cooper, 2002; Pesa, Syre, & Jones, 2000; Stice & Whitenton, 2002). Ao contrário, as que sentirem insatisfação corporal poderão desenvolver humor deprimido e distúrbios alimentares. Uma reação comum à insatisfação corporal é adotar dietas para reduzir o peso (Tiggemann, 2004; Gruber, 2001; Huon & Walton, 2000).

A prevalência do hábito de fazer dieta é tão grande que entre as mulheres, dos países ocidentais a preocupação com a restrição alimentar é quase constante (Field, Camargo, Taylor, Berkey, Roberts, & Colditz, 2001). No entanto, as tentativas de diminuir o consumo calórico podem ser seguidas por episódios de compulsão ou por outros distúrbios do comportamento alimentar (Presnell & Stice, 2003; Tiggemann, 2004; Lowe & Levine, 2005). Em longo prazo, as tentativas de restrição alimentar seguidas de compulsão podem aumentar o risco para o desenvolvimento da obesidade em adolescentes do sexo feminino (Stice,

Hayward, Cameron, Killen, & Taylor, 2000; Tiggemann, 2004), conseqüentemente aumentando a insatisfação corporal (Bearman, Presnell, Martinez & Stice, 2006). Na adolescência as meninas têm uma probabilidade consistentemente maior do que os meninos em adotar estratégias extremas para promover mudanças corporais, mesmo as que estão com o IMC normal (Bearman, Presnell, Martinez, & Stice, 2006). Essas estratégias são: utilização de suplementos e pílulas para emagrecer, dietas muito severas, bulimia e prática de exercícios extenuantes (Ricciadelli & McCabe, 2001). Os meninos adolescentes, diferente dos seus pares do gênero feminino, tendem a adotar comportamentos voltados à perda de peso quando apresentam um IMC alto (Falkner, Neumark-Sztainer, Story, & col., 2001).

Estudos indicaram a insatisfação corporal como precursora de sintomas depressivos em adolescentes do sexo feminino (Cole, Martin, Peeke, Seroczynski, & Hoffman, 1998; Rierdan, Koff, & Stubbs, 1989; McCabe, Ricciardelli, & Banfield, 2001; Siegel, 2002; Stice, Hayward, Cameron, Killen, & Taylor, 2000), mesmo após o controle estatístico de outras variáveis, como baixo suporte social (Siegel, 2002). Essa relação parece ser unidirecional, uma vez que não se confirmaram as hipóteses de que sintomas depressivos predisõem à insatisfação corporal (Siegel, 2002; Stice & Whitenton, 2002).

2.5. Sintomas depressivos: avaliação, limitações e prevalência

A depressão é um transtorno do humor e alguns dos sintomas que caracterizam o diagnóstico são: humor deprimido, interesse ou prazer diminuídos, alterações significativas no peso corporal ou no apetite, insônia ou hipersonia, fadiga ou perda de energia, sentimento de inutilidade ou culpa excessiva, capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, indecisão, agitação ou retardo psicomotor, pensamentos de morte recorrentes (DSM-IV, APA, 2000). Há diferentes graus de depressão, e dependendo da frequência e intensidade dos sintomas, é possível classificá-los como leves, moderados ou graves (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961).

No entanto, o acesso aos sintomas depressivos através de instrumento de auto-relato não reúne evidências suficientes para a caracterização de categorias diagnósticas, mas refere-se a graus de gravidade dos sintomas (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961). A presença de determinados sintomas da depressão não é suficiente para distinguir categorias diagnósticas (Chen, Eaton, Gallo, Nestadt, & Crum, 2000). A formulação de um diagnóstico só pode ser realizada mediante a integração de informações, incluindo as que se obtêm diante do indivíduo, através de suas próprias descrições e de seus sinais corporais. Mesmo através do

exame clínico, nem sempre as evidências descrevem uma condição que satisfaz os critérios de classificação diagnóstica (Fleck, Lafer, Sougey, Del Porto, Brasil, & Juruena, 2003). Nesses casos há a classificação do quadro como não clínico ou subclínico (A.P.A., 2000). De qualquer forma, o comprometimento social e ocupacional relaciona-se mais com o tempo de permanência dos sintomas do que com suas intensidades (Fleck, Lafer, Sougey, & col., 2003).

O fato de nominar uma condição tem implicações sociais, pois a nomenclatura psicodiagnóstica é freqüentemente carregada de representações sociais estigmatizadoras. Muitos estudos que utilizam apenas instrumentos psicométricos e adotam nomenclaturas de categorias diagnósticas, podem induzir erradamente à idéia de prevalência de um transtorno em determinada população (Stepke, 2000), quando na verdade, tiveram acesso a dados que não justificaram tais diagnósticos. Nestes casos de simplificação arbitrária, trata-se de atribuir um rótulo, e não elaborar um diagnóstico. A intensidade dos sintomas da depressão pode flutuar ao longo do tempo, em diferentes subcategorias de transtornos afetivos -- bipolar, unipolar, distímia, transtorno depressivo maior, depressão dupla (Spanemberg & Juruena, 2004; Chen, Eaton, Gallo, Nestadt, & Crumm, 2000). “Pode acontecer de um indivíduo, esquizofrênico, ter a mesma pontuação no BDI que outro indivíduo, psicótico, dado que ambos no momento apresentam a mesma intensidade de depressão, apesar dos diagnósticos diferentes” (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961, p. 569).

Esclarecidas essas limitações, a nomenclatura empregada nessa revisão da bibliografia manteve os termos ‘depressão’, ‘transtorno depressivo’ e ‘sintomas depressivos’ de acordo com os autores originais dos artigos citados, que utilizaram essa nomenclatura algumas vezes de forma intercambiável e inespecífica.

Estudos de prevalência em diferentes países ocidentais mostraram que o transtorno depressivo era muito freqüente, e chegou a ser diagnosticado em até 10% da população mundial, anualmente (Fleck, Lafer, Sougey, & col., 2003). Apesar de ser um transtorno recorrente para um número expressivo de pessoas, 30% a 50% dos casos de depressão deixam de ser diagnosticados todos os anos (Davidson & Meltzer-Broody, 1999). A depressão ainda carrega um estigma. Murray e Lopez, (1997) verificaram, em um estudo longitudinal, que apenas 25% dos que apresentaram sintomas depressivos buscaram tratamento, nos anos seguintes ao primeiro levantamento. Em mulheres, a freqüência é duas a três vezes maior que em homens (Mazure & Maciejewski, 2003).

A prevalência da depressão aumenta muito durante a adolescência, em comparação com a infância, em que é relativamente incomum (Mazure & Maciejewski, 2003). Uma revisão na literatura elaborada por Fleming e Offord (1990), mostrou que, entre crianças pré-

púberes, a prevalência do transtorno depressivo é da ordem de 2%, e chega a 8% nos adolescentes. A chegada da puberdade tem forte relação com esse incremento nos casos de depressão. Outro fato que diferencia a depressão infantil daquela que ocorre na adolescência está relacionado ao gênero. Entre crianças que não atingiram a puberdade, há uma equivalência na distribuição dos casos entre os sexos. Entre adolescentes, a prevalência da depressão é similar àquela observada entre adultos, isto é, para cada duas ou três meninas com diferentes graus de depressão, há um menino com o problema (Birmaher, Ryan, Williamson, Brent, Kaufman, & col., 1996). A depressão na adolescência aumenta, em até quatro vezes, a probabilidade de o transtorno se manifestar na fase adulta, incluindo as comorbidades (outros diagnósticos associados que têm influência mútua no prognóstico), como dificuldades no entrosamento social (Southall & Roberts, 2002).

A ocorrência da depressão em um maior número de meninas do que em meninos foi demonstrada em diferentes países (Mazure & Maciejewski, 2003). No Brasil, em uma pesquisa realizada em Curitiba (Bahls, 2002) com alunos do ensino fundamental e médio de um mesmo colégio, 72,3% dos participantes que satisfizeram o critério para depressão (segundo os escores no BDI) eram meninas, em contraste com 27,7% que eram meninos.

Alguns autores (Stice & Bearman, 2001; Sinton & Birch, 2006; McCabe & Ricciardelli, 2006; Sim & Ziman, 2006), demonstraram haver correlação entre a sensação da insatisfação corporal e sintomas depressivos e em meninas. Outros estudos sugeriram que a imagem corporal positiva estava negativamente correlacionada à depressão em adolescentes do sexo feminino (Ricciardelli & McCabe, 2001; Thompson & Stice, 2001). Stice e Bearman (2001), em uma pesquisa longitudinal com garotas, constataram uma forte correlação entre internalização do ideal de magreza, pressão percebida para ser magra, insatisfação corporal, hábito de controlar a alimentação e episódios bulímicos, com o incremento dos sintomas depressivos.

Há outras explicações para a prevalência da depressão em meninas, a partir da puberdade: as diferenças neuroendócrinas entre os dois sexos podem ter influência, já que, em períodos de grande variação hormonal, como antes da menstruação, durante a gravidez e depois do parto, os sintomas depressivos costumam ser relatados de forma acentuada. Alguns estudos sugeriram que, nos dias que antecedem a menstruação, pelo menos 43% das mulheres reportam variações do humor, incomuns aos outros períodos (Nolen-Hoeksema, 1994). Houve evidências indiretas de que a queda nos níveis de estrogênio tinha relação com sintomas da depressão nas mulheres (Nolen-Hoeksema, 1994). Outro achado importante foi

que as meninas experimentam mais estresse nas relações interpessoais do que seus pares do gênero oposto (Rudolph, 2002).

O desenvolvimento e a avaliação de métodos psicofarmacológicos e psicossociais para tratar a depressão na adolescência têm avançado bastante, desde que o diagnóstico do problema começou a ser reconhecido para os jovens. A utilização de antidepressivos tricíclicos não demonstrou ter sido eficaz para crianças e adolescentes, segundo o resultado da meta-análise realizada por Hazell, O'Connell, Heathcote, Robertson e Henry (1995). A investigação sobre um inibidor seletivo da recaptação de serotonina, a fluoxetina, mostrou resultado superior ao placebo em um estudo duplo-cego com adolescentes deprimidos, mas não foi observada a remissão total dos sintomas (Emslie, Heiligenstein, Wagner, Hoog, & col., 2002). Um documento lançado pela *British Psychological Society* em parceria com o *The Royal College of Psychiatrists* (NICE, 2005) com as diretrizes para o tratamento da depressão em crianças e adolescentes, recomendou que não fossem prescritos medicamentos antidepressivos para os casos de depressão leve a moderada. As Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (Fleck, Lafer, Sougey, Del Porto, & col., 2003), não contemplaram especificamente o manejo do transtorno durante a adolescência.

Considerando que o tratamento farmacológico não é indicado para os graus de depressão de menor gravidade nos anos iniciais do desenvolvimento, as pesquisas com exercício físico têm trazido resultados promissores: uma revisão na literatura e meta-análise realizada por Lawlor e Hopker (2001), resultou na conclusão de que o exercício físico pode ser eficaz na redução dos sintomas depressivos, notadamente nos casos de depressão leve e moderada.

2.6. Exercício físico e saúde

Exercício é uma atividade regular, estruturada, executada de forma intencional, visando aprimorar a capacidade física do indivíduo. Exercício aeróbio envolve a utilização prolongada de grandes grupos musculares, como no ciclismo, corrida e natação. O conceito de atividade física está relacionado com movimentos espontâneos, nos períodos de lazer ou nas atividades regulares da vida diária (Foss & Keteyian, 2000). Tanto o exercício quanto a atividade física são importantes na manutenção da saúde (Bouchard, 2003). No entanto, como a atividade física não é estruturada, as pessoas podem acabar tornando-a irregular, dissipando seus benefícios.

Estudos ligam o hábito de fazer exercício à proteção dos efeitos do estresse na saúde física e psicológica, ainda que as causas não tenham sido suficientemente esclarecidas

(Salmon, 2001). Além desses efeitos, o exercício físico aumenta o dispêndio de energia e torna mais lenta a perda de tecido livre de gordura que ocorre quando uma pessoa perde peso por restrição calórica (A.C.S.M., 2000). Quando o controle do peso é desejável, além dos outros benefícios à saúde, o exercício parece ser uma opção de baixo custo e sem efeitos indesejáveis, desde que praticado corretamente (Ball, Brown, & Crawford, 2002). Um dos mecanismos através dos quais a prática de exercício parece afetar a imagem corporal é na elaboração do esquema corporal que, entre aqueles que se exercitam regularmente, é apoiado também em aspectos como força, vitalidade e resistência e não só na aparência.

Uma única sessão de exercício já pode afetar positivamente o humor, em indivíduos previamente sedentários ou em indivíduos ativos, desde que a sessão seja tão ou mais intensa do que estão habituados (Steptoe, Kimbell & Basford, 1998). O exercício extenuante em pessoas que não têm um bom condicionamento físico pode afetar negativamente o humor (Raglin & Wilson, 1996).

Mais importante que os efeitos agudos de uma única sessão, são os efeitos duradouros de um programa longo. Estudos já demonstraram associação entre exercício e boa saúde psicológica. Norris, Carol e Cochrane (1992) obtiveram resultados que correlacionavam participação em exercícios com baixos índices de depressão entre adolescentes.

2.7. Imaginação dirigida: ensaio cognitivo da situação real

Em termos evolucionistas, há duas distinções significativas entre primatas não-humanos e humanos: a capacidade de criar representações mentais complexas (Heyes, 2003) e a sintaxe (Kolb & Whishaw, 2002) que é a utilização da linguagem em uma estrutura gramatical. A cognição interpela as respostas comportamentais humanas aos eventos externos. A habilidade de imaginar eventos futuros já foi explorada na psicologia. Os psicólogos do desenvolvimento, por exemplo, já estudaram a capacidade simbólica das crianças em relação aos eventos e como elas utilizaram essa capacidade na aprendizagem. Psicólogos cognitivistas investigaram como a representação mental afetava as ações das pessoas (Taylor, Pham, Rivkin, & Armor, 1998).

Mas, o que são representações cognitivas intencionais?

Imagine-se caminhando em meio a árvores altas, com troncos fortes e grama verde. Há flores pelo caminho e você pode sentir um perfume puro e denso que emana da natureza. Mais adiante, você vai encontrar uma pedra e, sobre ela, haverá uma aranha. Você vai se aproximar, sem desviar do caminho, e passar ao lado dela, para seguir adiante...

Ou, então: *Imagine-se chegando em casa. Você abre a porta, cumprimenta seus familiares e segue para o seu quarto. Guarda suas coisas, vai até a torneira e lava as mãos. Como está com fome, pensa no que quer comer. Segue até a cozinha, pega prato, talheres, copo e guardanapo. Coloca-os na mesa. Abre a geladeira e pega o alimento que você quer. Senta e começa a servir-se...*

Esse é o princípio básico de um tipo de técnica psicoterapêutica chamada ‘imaginação dirigida’, que é utilizada por diferentes abordagens psicológicas (Arcaro, 1997). A expressão ‘imaginação dirigida’ é aplicada aqui com o mesmo sentido da expressão em Inglês ‘*guided imagery*’ que, segundo Sternberg (2000), remete a exercícios para a produção de imagens, sensações, cheiros, sons, em estado de vigília. Isso é feito quando se apresenta oralmente a descrição de uma situação para outro indivíduo imaginar, de modo que, para realizar a tarefa, ele precise preencher alguns campos das instruções com representações próprias, espontâneas.

A imaginação pode envolver representações cognitivas de quaisquer modalidades sensoriais, além da visual. É possível imaginar sabores, cheiros, sons, etc. A imaginação pode criar imagens mentais até de coisas que não existem (Sternberg, 2000). Para que a técnica da imaginação dirigida seja eficiente, as representações elaboradas pelo indivíduo devem ter um aspecto realístico, apesar de ocorrerem na ausência dos estímulos sensoriais que, de fato, que as provocariam (Arcaro, 1997).

Alguns estudos comprovaram que ensaiar mentalmente uma ação tem efeito positivo na execução dessa ação (Driskell, Copper, & Moran, 1994; Lennings, 1996). Durante a fase de imaginação de uma ação motora, ocorre a ativação de músculos específicos correspondentes àqueles envolvidos na ação propriamente dita (Beisteiner, Höllinger, Lindinger, Lang, & Berthoz, 1995; Bonnet, Decety, Jeannerod, & Requin, 1997). Imaginação dirigida significa ensaio cognitivo de uma ação, sem movimentos articulares, a partir da descrição oral da cena, realizada por outra pessoa (Driskell, Copper, & Moran, 1994).

A imaginação dirigida tem sido utilizada com sucesso tanto para o aperfeiçoamento de ações motoras, no âmbito da prática desportiva (Cooper, Tindall-Ford, Chandler, & Sweller, 2001), como para amortecer respostas ao estresse (Saunders, Driskell, Johnston, & Salas, 1996). Em um estudo experimental randomizado com crianças submetidas a cirurgias, feito por Huth, Broome e Good (2004), a imaginação dirigida foi uma intervenção eficaz na redução da dor no período pós-operatório. Lennings (1996) utilizou a técnica como ferramenta para a diminuição da agressividade com adolescentes na fase escolar. Durante o processo psicoterapêutico, os jovens descreviam situações em que haviam perdido o controle

e haviam apresentado comportamentos violentos. Depois, em sessões individuais, e após um breve relaxamento, a pesquisadora descrevia a situação e os guiava a imaginarem uma outra maneira de resolvê-la, de forma mais assertiva.

Em relação ao comportamento alimentar, a imaginação dirigida foi utilizada na dessensibilização da repulsa a certos alimentos, em mulheres adultas com obesidade e sobrepeso, em um estudo de caso conduzido por Marcontell, Laster e Johnson (2002). O resultado foi a reversão do quadro, sendo que, ao final do tratamento, as participantes puderam ingerir os alimentos que antes eram aversivos sem se sentirem enjoadas.

A efetividade da imaginação dirigida depende da capacidade individual de gerar representações mentais fiéis à realidade. O processo da imaginação de uma situação com detalhes ocorre na memória de trabalho, que tem uma capacidade reduzida para armazenar informações. Por isso, é necessário que a imaginação dirigida seja conduzida de forma que não haja um número muito grande de características, o que extrapolaria a capacidade da memória de trabalho (Cooper, Tindall-Ford, Chandler, & Sweller, 2001). Segundo Driskell, Copper e Moran (1994), os dados sugerem que a duração de aproximadamente 20 minutos seja ótima para o resultado da intervenção. De acordo com o mesmo autor, para conseguir os benefícios máximos da imaginação dirigida, o treino deve ter uma ou duas sessões semanais. Isso significa que a duração prolongada não é efetiva porque pode levar à distração e se tornar cansativa. Os efeitos positivos tendem a declinar com a ausência do treinamento imagético regular, sendo que, em duas semanas, aproximadamente 50% dos ganhos são reduzidos e, em três semanas, são extintos por completo.

As conclusões obtidas através de outros estudos, que manipularam o exercício e a imaginação dirigida em diferentes situações experimentais e verificaram seus efeitos sobre a imagem corporal e os sintomas depressivos, agregaram evidências para a elaboração das hipóteses nesse experimento, que estão descritas as seguir.

2.8. Hipóteses

Na comparação entre os três grupos independentes no pré-teste (GI x GII x GIII), não haveria diferenças quanto às distribuições de cada uma das variáveis dependentes, ou seja, IMC, BSQ e BDI;

Na comparação entre os três grupos independentes no pós-teste (GI x GII x GIII), haveria diferenças quanto às distribuições de cada uma das variáveis dependentes, ou seja, IMC, BSQ e BDI.

Para o grupo GI: haveria redução nos sinais de insatisfação corporal e nos sintomas depressivos no pós-teste, em relação ao pré-teste;

Para o grupo GII: haveria redução dos sinais de insatisfação corporal e dos sintomas de depressão no pós-teste, em relação ao pré-teste;

Para o grupo GIII não haveria diferença significativa entre o pré-teste e o pós-teste.

Na comparação entre os grupos independentes GI e GIII: No pré-teste, não haveria diferença, em relação às variáveis BSQ e BDI. No pós-teste, haveria diferença.

Na comparação entre os grupos independentes GII e GIII: No pré-teste, não haveria diferença, em relação às variáveis BSQ e BDI. No pós-teste, haveria diferença.

Na comparação entre os grupos independentes GI e GII: No pré-teste, não haveria diferença, em relação às variáveis BSQ e BDI. No pós-teste, haveria diferença.

Quanto à correlação das variáveis:

Haveria correlação entre: IMC e BSQ e, também, entre BSQ e BDI.

Para testar essas hipóteses foi utilizado um modelo de pesquisa com delineamento experimental, conforme a descrição que segue.

3. MÉTODO

Esse estudo teve um delineamento experimental e os resultados foram analisados quantitativamente entre os grupos, com medidas repetidas (pré-teste e pós-teste) e, em cada grupo entre o pré-teste e o pós-teste. As correlações das variáveis (IMC, BSQ e BDI) foram testadas, duas a duas, para cada grupo.

Em caráter complementar, uma análise qualitativa das verbalizações das participantes, nas entrevistas coletivas de encerramento, realizadas em cada grupo, foi utilizada para compor os resultados e enriquecer a discussão.

3.1. Participantes

As participantes desse estudo foram as alunas do ensino médio de um colégio particular localizado em uma cidade litorânea do estado de Santa Catarina. O colégio contava, à época, com um total de 3.562 matrículas, sendo que no ensino médio eram 964. Desse total, 491 eram estudantes do sexo feminino, com idades entre 15 e 18 anos.

Através de dados fornecidos pelo próprio colégio, foram selecionadas as alunas do ensino médio que apresentaram o Índice de Massa Corporal, segundo a fórmula de Quetelet ($IMC = \text{massa corporal (kg)} / \text{altura (m}^2\text{)}$) indicativo de sobrepeso, de acordo com a idade. A tabela com os pontos de corte que serviram de referência para essa pesquisa (anexo 1) foram estabelecidos por Cole, Bellizzi, Flegal e Dietz (2000). O IMC tem uma associação significativa com excesso de peso na infância e adolescência e é, atualmente, a maneira mais conveniente de medir a adiposidade corporal (Lobstein, Baur, & Uauy, 2004; Mei, Grummer-Strawn, Pietrobelli, Goulding, Goran, & Dietz, 2002).

A adoção do ponto de corte do IMC indicativo de sobrepeso como critério de inclusão para a seleção da amostra teve como objetivo reduzir as diferenças entre esses valores, o que poderia ocorrer caso não fosse estabelecido um parâmetro mínimo. Como sobrepeso frequentemente tem relação com imagem corporal (Sinton & Birch, 2006) e insatisfação corporal tem associação com sintomas depressivos em muitas meninas (Siegel, 2002), utilizar o IMC, o gênero e o grau escolar como parâmetros de inclusão teoricamente reduziria as discrepâncias amostrais quanto às medidas psicométricas, como de fato aconteceu.

Além das medidas apresentadas, outros testes foram aplicados para acessar sinais de: estresse, ansiedade e distúrbios alimentares. No entanto, como a análise estatística dos dados no pré-teste revelou distribuições homogêneas quanto aos escores do *Body Shape*

Questionnaire e do *Beck Depression Inventory*, para os três grupos, esse trabalho foi limitado às suas análises.

3.2. Procedimentos

3.2.1. Seleção da amostra

Foram analisadas as 464 fichas das avaliações antropométricas das alunas do ensino médio, que já haviam sido elaboradas por professores de educação física do colégio. A medição e pesagem de todos os alunos dessa instituição são feitas regularmente no início de cada ano letivo. Oitenta e cinco alunas satisfizeram o critério de inclusão de sobrepeso e 2 alunas apresentaram IMC indicativo de obesidade, ainda que discreta, segundo os valores estabelecidos por Cole, Bellizzi, Flegal, & Dietz (2000). Todas estas meninas foram contatadas por telefone, pela pesquisadora, para responderem sobre o interesse em participar da pesquisa e verificar a existência de características que pudessem excluí-las da amostra.

3.2.2. Levantamento dos critérios de exclusão

No primeiro contato pessoal, além da explicação dos procedimentos da pesquisa, foram levantadas outras características fundamentais para a participação: estar apta para a prática de exercícios físicos, não estar tomando medicamentos de ação central e não fazer outros exercícios sistemáticos, além da educação física escolar, no período compreendido entre os três meses anteriores e os dois meses de duração do experimento.

Para reduzir a possibilidade de haver algum risco, que impedisse a adolescente de participar em um programa de exercícios aeróbios moderados e/ou intensos, cada uma que havia manifestado interesse em participar respondeu oralmente às perguntas do “Questionário sobre Prontidão para Atividade Física” - *Par-Q & Você* (A. C. S. M., 2000, p. 12). Trata-se de um questionário composto de sete perguntas com a possibilidade de responder *sim* ou *não*, para cada questão. Além das sete questões originais, uma oitava foi adicionada ao questionário e outra questão foi modificada para adaptá-la aos objetivos (anexo 2). Não houve exigência de um atestado de saúde emitido por médico, imediatamente antes do início deste estudo, já que “um impacto potencialmente negativo na participação em atividade física pode vir da sugestão de que o exercício é perigoso, ou da insistência para que todas as pessoas de vida sedentária recebam esclarecimento médico antes de se tornarem mais ativas” (*American College of Sports Medicine*, 2000, p. 17). Além disso, todas as alunas selecionadas não tinham restrições para participarem das aulas de educação física escolar.

Um termo de consentimento livre e informado (anexo 3) foi encaminhado, antes do início da coleta de dados, para os pais das participantes ou seus responsáveis e foi assinado e devolvido, para permitir a inclusão de cada adolescente em todo o procedimento. Na mesma via, a própria menina assinou e retornou o consentimento para a utilização dos dados na pesquisa e publicação, garantindo que não haveria divulgação de nenhuma informação que permitisse o reconhecimento das participantes, do colégio ou da academia envolvida no experimento.

As adolescentes que satisfizeram as prerrogativas foram incluídas em uma lista (n = 34) para serem sorteadas, através de uma tabela de números randômicos, para a participação em um dos três grupos da pesquisa.

O grupo GI com 12 participantes fez exercício aeróbio, de forma coletiva, duas vezes por semana e, ao término das sessões de 60 minutos de exercício, acompanhou sessões de imaginação dirigida durante 15 minutos. O grupo GII, com o mesmo número de participantes, fez somente o mesmo tipo de exercício aeróbio, com a mesma duração e intensidade, no mesmo local e horário e com o mesmo professor. O grupo GIII, composto por dez meninas, serviu como controle e não realizou as atividades planejadas para os grupos GI e GII.

As atividades descritas (exercício e imaginação dirigida) foram realizadas ao longo de oito semanas consecutivas, duas vezes por semana. Um mínimo de 75% de presença nas sessões foi requerido para a inclusão da participante no cálculo dos resultados. Nenhuma participante foi excluída por excesso de faltas. Ao todo, foram realizadas dezesseis sessões de exercício e dezesseis sessões de imaginação dirigida, para o grupo GI e 16 sessões de exercício, para o grupo GII.

As participantes do grupo controle (GIII) tiveram a possibilidade de participar de um programa de exercícios orientados após o término da pesquisa, com a duração de oito semanas, garantindo assim oportunidade semelhante às demais participantes.

3.2.3. Resumo dos procedimentos de seleção da amostra, exclusão progressiva de participantes e formação dos três grupos da pesquisa

1. Análise das fichas das avaliações antropométricas, realizadas por professores do colégio, das meninas do ensino médio (n = 464);
2. Separação das fichas das alunas que apresentaram IMC igual ou maior do que o ponto de corte para sobrepeso, de acordo com a idade (n = 87);
3. Contato telefônico com cada provável participante, explicação da pesquisa e levantamento dos critérios preliminares de exclusão: a) interesse em participar (n =

- 74), b) resultado da entrevista baseada no questionário adaptado *Par-Q e Você*, para verificar a aptidão para fazer exercícios aeróbios moderados e/ou intensos ou o consumo de medicamentos de ação central (n = 70), c) não ter feito exercícios regulares nos três meses antecedentes ao início (n = 62) e d) comprometimento, durante as oito semanas, em realizar apenas os exercícios físicos constantes do programa da pesquisa (n = 58);
4. Encaminhamento dos termos de consentimento livre e informado aos pais ou responsáveis e às prováveis participantes e retorno dos documentos assinados (n = 42);
 5. Confirmação da participação ou da desistência via telefone e definição da amostra final (n = 34);
 6. Sorteio para definir as participantes no grupo GI (n = 12), no grupo GII (n = 12) e no grupo GIII (n = 10).
 7. Verificação da inclusão dos dados das participantes nos cálculos estatísticos, seguindo o critério de 75 % de presença nas atividades dos grupos GI e GII e preenchimento de todos os questionários de auto-relato utilizados na pesquisa (n = 34).

3.2.4. Local

As atividades experimentais foram realizadas em uma academia de ginástica que ficava no mesmo terreno do colégio onde foi feita a seleção da amostra, porém, era administrada por terceiros e não pela diretoria do colégio. A academia oferecia regularmente aulas das modalidades: ginástica, artes marciais, capoeira, dança e musculação e contava com aproximadamente 1000 alunos matriculados. O espaço para a realização da pesquisa foi cedido gratuitamente, ficando a cargo da pesquisadora apenas o pagamento das horas de trabalho do professor encarregado de ministrar as aulas de ciclismo *indoor*, que era funcionário da academia. A sala onde foram realizadas as aulas coletivas dessa pesquisa contava com 18 cicloergômetros, sendo que um deles ficava sobre uma plataforma de 20 cm de altura, voltado de frente para os demais e era reservado ao professor. Este espaço estava localizado no andar superior do prédio da academia e era fechado por uma divisória de vidro, através da qual não era possível enxergar sem aproximar o rosto da superfície. Durante as aulas, a porta ficava fechada e não era permitida a observação por pessoas que não estavam envolvidas com os procedimentos.

3.2.5. Exercício aeróbio

O exercício físico escolhido para esse estudo foi realizado em cicloergômetro (marca TRG®, modelo *Progress 2200 Indoor*®), em aulas coletivas, que duravam 60 minutos, ministradas por um professor de educação física, registrado no conselho de regulamentação profissional, com treinamento e experiência nessa atividade. Nesse experimento, a modalidade foi chamada de ciclismo *indoor*, mas comumente recebe também outras denominações como *Spinning*®, *Studio cycling*®, *Power pacing*®, *Bike class*, *Bike indoor*, etc. (Wikipédia, acesso em 10/07/2006). Todas as aulas de ciclismo *indoor* foram acompanhadas de músicas pré-gravadas em CDs e reproduzidas por aparelho eletrônico com alto-falantes.

O grupo GI teve aulas as segundas e quartas-feiras e o grupo GII, as terças e quintas-feiras, no mesmo horário, no período vespertino. A frequência cardíaca das participantes foi monitorada durante o exercício, de forma a garantir que permanecesse dentro da seguinte faixa: durante a fase de aquecimento, com duração de cinco minutos, 50% da frequência cardíaca máxima (FC_{máx}). Durante a fase aeróbia, que correspondia aos 40 minutos seguintes, 60 a 80% da FC_{max}. Nos cinco minutos de esfriamento, 50% da FC_{max}. Esse monitoramento ocorreu através da tomada da pulsação, pela própria participante, que recebeu treinamento específico do professor antes do início da primeira aula. Os outros 10 minutos eram utilizados para exercícios de alongamento muscular e flexibilidade articular. A fórmula utilizada para o cálculo da frequência cardíaca máxima, adequada à idade, foi proposta por Karvonen, Kentala e Mustala (1957): $FC_{max} = 220$ (batimentos por minuto) – idade (em anos). Desvio padrão = ± 10 a 12 batimentos/minuto (A.C.S.M., 2000, p.241).

3.2.6. Imaginação dirigida

As sessões de imaginação dirigida foram realizadas apenas pelas integrantes do grupo GI, ao final de cada sessão de exercício, na mesma sala onde foram ministradas as aulas de ciclismo *indoor*, acompanhadas por música suave e com volume baixo. Foram conduzidas pela própria pesquisadora, psicóloga, com experiência na atividade. Cada sessão de imaginação dirigida teve a duração aproximada de 15 minutos. Os temas abordados foram definidos junto às participantes, a partir da segunda semana da pesquisa, com antecedência de uma semana, para garantir que refletissem os interesses das mesmas. Cada sessão foi composta por quatro fases: a primeira era de relaxamento muscular progressivo, a segunda fase, de informação sobre o tema da sessão, a terceira etapa compreendia a concentração e o foco no tema e o último momento da sessão de imaginação dirigida era o da ativação

psicomotora, que pressupunha a reprodução cognitiva da situação proposta de forma tão fiel como se estivesse sendo realizada pelo próprio indivíduo de forma observável. Os temas abordados nas sessões de imaginação dirigida estão descritos na Tabela 1.

Tabela 1. Temas abordados nas sessões de imaginação dirigida, para o grupo GI.

Sessão	Temas abordados
1	Importância do exercício físico, efeitos do exercício no organismo. Sensação de relaxamento após o exercício.
2	Alterações que os novos hábitos poderiam trazer para a vida; imaginar-se comendo uma opção saudável após a aula de ciclismo.
3	Perceber como foi a 1ª semana com a inclusão do exercício, o que afetou a rotina, verificar como foi possível encaixar o exercício no dia-a-dia. Visualizar-se vindo para a aula.
4	Como não permitir que a preguiça seja um empecilho para a prática do exercício. Quais poderiam ser os benefícios do exercício. Visualizar-se integrada ao grupo.
5	Imaginar um alimento que não aprecie, mas que compreenda ser saudável. Imaginar-se o incluindo na alimentação naquele dia.
6	Compreender a importância de planejar antes o que comer. Imaginar a quantidade e a qualidade do alimento que iria comer mais tarde.
7	Pensar sobre o valor de dormir bem. Imaginar mudanças quanto aos hábitos noturnos e visualizar-se as implementando.
8	Após um mês de exercícios físicos regulares, verificar quais mudanças puderam ser percebidas. Criar uma imagem cognitiva de si mesma com as mudanças decorrentes desse estilo de vida.
9	Lembrar-se de como é possível agir em benefício próprio. Colocar as mãos em uma parte do organismo que precisasse de mais atenção naquele momento. Imaginar-se cuidando de si.
10	Pensar na quantidade de frutas, verduras e legumes que estão constantemente na dieta. Planejar melhorias. Ver-se comendo com equilíbrio diferentes alimentos.
11	Imaginar-se em uma situação que gerasse ansiedade. Visualizar-se em ação construtiva para enfrentar a situação ansiogênica.
12	Visualizar-se comendo por compulsão e sentindo culpa. Em seguida, imaginar-se comendo confortavelmente um alimento saboroso e calórico.
13	Imaginar-se estudando um assunto complexo, se mantendo calma e relaxada, sem apelar para a comida como um paliativo da ansiedade. Imaginar outra atividade apaziguante.
14	Utilização da mentalização em outras ocasiões. Pensar nas provas e nos trabalhos que deveriam ser apresentados. Planejar cognitivamente a utilização da mentalização em situações cotidianas.
15	Ater-se às mudanças evidenciadas nestas semanas. Verificar pontos positivos alcançados. Imaginar-se serena frente às situações ansiogênicas.
16	Avaliar os benefícios da continuação dos exercícios físicos. Visualizar o cotidiano com o sedentarismo. Depois, com a adesão ao exercício. Mentalizar a escolha e a implementação das ações para continuar se exercitando com regularidade e sempre.

3.3. Medidas Quantitativas

Todas as medidas numéricas foram coletadas no período compreendido entre os três dias anteriores ao início das atividades (pré-teste) e repetidas durante os três dias subsequentes ao fim das práticas propostas (pós-teste). Os questionários de auto-relato foram respondidos individualmente por cada participante, em situação coletiva, com início simultâneo para cada grupo e a presença da pesquisadora para esclarecer quaisquer dúvidas.

3.3.1. Índice de Massa Corporal (IMC)

Todas as participantes selecionadas foram pesadas em uma balança mecânica da marca Filizola®, com carga máxima de 150 kg e precisão de 100g. A estatura foi aferida com um estadiômetro vertical, acoplado à balança, graduado com fita métrica em centímetros, com precisão de 1 mm. Durante a tomada das medidas, as meninas permaneceram em pé, vestidas com roupas leves e descalças. A partir desses dados foi calculado o IMC de cada uma, através da fórmula $IMC = \text{massa corporal (kg)} / \text{altura (m}^2\text{)}$. Essas medidas antropométricas, realizadas por uma professora de educação física com experiência, foram incluídas na ficha individual de avaliação (anexo 4).

3.3.2. Imagem corporal

As participantes responderam o Questionário de Imagem Corporal (anexo 5), versão em português do *Body Shape Questionnaire* (BSQ), desenvolvido originalmente por Cooper, Taylor, Cooper e Fairburn (1987) e validado para utilização com pacientes não clínicos ou com distúrbios alimentares. A tradução do questionário para a Língua Portuguesa foi realizada por Cordás e Neves (1999) e validada no Brasil por Di Pietro (2001). A versão em Língua Portuguesa apresentou manutenção das características da escala original. A consistência interna (Cronbach, 1951), medida pelo alfa de Cronbach foi de 0,9696 (Di Pietro, 2001).

O *Body Shape Questionnaire* vem sendo utilizado em estudos sobre a importância da imagem corporal para a saúde psicológica (Oliveira, Bosi, Vigário, & Vieira, 2003; Young, McFatter, & Clopton, 2001). O Questionário de Imagem Corporal é um instrumento de auto-relato composto por 34 itens que avaliam as concepções sobre o próprio corpo. Há, por exemplo, a pergunta “Ao estar nua, como ao tomar banho, você se sente gorda?”, ou, também, “Ver seu reflexo (por exemplo, num espelho ou na vitrine de uma loja) faz você se sentir mal em relação ao seu corpo?”. Para cada pergunta há uma escala tipo Likert que apresenta seis possibilidades de resposta: 1. Nunca, 2. Raramente, 3. Às vezes, 4. Frequentemente, 5. Muito

freqüentemente e 6. Sempre. A instrução do questionário é para que a respondente considere “como vem se sentindo em relação à aparência nas últimas quatro semanas”.

As faixas de pontuação do BSQ correspondem a categorias de insatisfação corporal, segundo a instrução de aplicação (Di Pietro, 2001).

0 - 110 ⇒ nenhuma
110 - 138 ⇒ leve
138 - 167 ⇒ moderada
167 - 204 ⇒ grave

3.3.3. Intensidade dos sintomas depressivos

Foi aplicado o Inventário para Depressão de Beck (BDI – *Beck Depression Inventory*), uma escala de auto-relato de 21 itens, cada um com quatro afirmações sobre o mesmo sintoma que correspondem a uma pontuação específica de 0, 1, 2 ou 3 escores (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961). Esse instrumento acessa os sintomas cognitivos, afetivos, motivacionais e fisiológicos da depressão subentendendo graus crescentes de intensidade de acordo com a pontuação obtida (Gorestein & Andrade, 1998). O primeiro item, por exemplo, contém as seguintes afirmações: “ Não me sinto triste”; “Eu me sinto triste”; “Estou sempre triste e não consigo sair disso” e “Estou tão triste e infeliz que não consigo suportar”. A utilização do BDI com adolescentes foi validada tanto para pacientes não clínicos como para pacientes clínicos (Beck, Steer, & Garbin, 1988).

A versão em Língua Portuguesa (anexo 5) foi desenvolvida e validada por Cunha (2001). Nessa escala os respondentes são instruídos a escolher a afirmação “que descreve melhor a maneira como você tem se sentido na última semana, incluindo hoje”.

A classificação da intensidade dos sintomas depressivos com base nos escores totais do BDI conforme norma da versão em português é a que segue (Cunha 2001, p. 58).

0 – 11 ⇒ Mínima
12 – 19 ⇒ Leve
20 – 35 ⇒ Moderada
36 – 63 ⇒ Grave

3.4. Dados qualitativos: entrevista final

Ao final do procedimento experimental e da coleta dos dados quantitativos, foram realizadas três entrevistas coletivas com as participantes, uma em cada grupo. O propósito foi acessar dados qualitativos sobre suas vivências subjetivas relacionadas ao desejo de redução ponderal (relatado por todas) e opiniões quanto à importância atribuída à magreza na

sociedade. No início, todas as participantes foram informadas que o áudio daqueles encontros seria gravado, para que pudessem ser feitas as transcrições de seus depoimentos e a inclusão desses dados na pesquisa. Ainda que o roteiro de cinco perguntas principais (anexo 6) tenha sido o mesmo para os três grupos, as entrevistas foram conduzidas de maneira flexível e informal, para que os próprios grupos fomentassem discussões e trocas de informações (Wilkison, 1998; Wertheim, Paxton, Schutz, & Muir, 1997).

3.5. Procedimentos da análise dos dados

3.5.1. Análise estatística dos dados quantitativos

A análise dos resultados quantitativos foi realizada através de provas estatísticas não-paramétricas (Bisquerra, Sarriera, & Martínez, 2004).

Os dados foram analisados através do programa informatizado *Statistical Package for Social Sciences™ (SPSS 8.0 for Windows, SPSS Inc., EUA)*.

Para comparar se existiam diferenças estatísticas entre as amostras independentes dos três grupos no pré-teste e no pós-teste, foi utilizada a análise de variância unidirecional de Kruskal-Wallis (H de Kruskal-Wallis).

Para comparar as amostras relacionadas, isto é, se existiam diferenças significativas em cada grupo entre os pré-testes e os pós-testes, foi utilizada a prova T de Wilcoxon.

A prova U de Mann-Whitney foi utilizada para determinar as diferenças de IMC, escores no BSQ e escores no BDI, entre os grupos GI e GIII, entre os grupos GII e GIII e entre os grupos GI e GII, tanto nos pré-testes quanto nos pós-testes.

O teste de correlação de Spearman foi utilizado para verificar a correlação entre as variáveis IMC *versus* BDI e IMC *versus* BSQ, além da correlação entre BSQ *versus* BDI, tanto nos pré-testes quanto nos pós-testes.

3.5.2. Análise dos dados qualitativos (entrevista semi-estruturada)

Segundo Wilkison (1998) a realização de entrevistas semi-estruturadas em grupo é uma estratégia produtiva para deixar os respondentes mais à vontade e favorecer colocações espontâneas. A obtenção e a análise dos dados qualitativos dessa pesquisa foram baseadas no método dos grupos focais proposto por esse autor e também utilizado por Wertheim, Paxton, Schutz e Muir (1997), além de Tiggmann, Gardiner e Slater (2000).

As fitas gravadas foram transcritas e as transcrições foram comparadas ao áudio por outra pessoa, que não estava presente no momento das entrevistas. Os dois pesquisadores,

separadamente, estabeleceram categorias para as respostas, que foram confrontadas para assegurar a consistência.

Dentro de cada categoria de resposta foi assinalado o número de vezes em que ocorreram as frases pertinentes, em cada grupo. Algumas verbalizações, que representaram idéias freqüentes, foram descritas nos resultados.

4. RESULTADOS

4.1. Dados quantitativos

O grupo GI (exercício e imaginação dirigida) teve $n = 12$. O grupo GII (exercício), teve $n = 12$ e o grupo GIII (controle) ficou com $n = 10$. A média da idade das participantes da amostra foi 15,73 anos, com desvio padrão de 0,7. A idade mínima foi de 15 e a máxima foi de 17 anos.

4.1.1. Descrição da amostra no pré-teste

No pré-teste foi verificado que os grupos eram homogêneos em relação às variáveis valores do IMC, escores no BSQ e escores no BDI (ver tabela 2).

Tabela 2. Descrição da amostra no pré-teste (média \pm desvio-padrão)

	GI	GII	GIII	<i>p</i>
IMC (kg/m ²)	25,5 \pm 2,0	25,7 \pm 1,9	25,6 \pm 1,1	0,645
Escore no BSQ	129,5 \pm 5,7	131,0 \pm 6,4	129,4 \pm 6,9	0,773
Escore no BDI	12,5 \pm 2,5	12,9 \pm 2,4	12,9 \pm 2,3	0,632

Legenda: GI: grupo de exercício e imaginação dirigida; GII: grupo de exercício; GIII: grupo controle.
IMC: Índice de Massa Corporal; BDI: Beck Depression Inventory; BSQ: Body Shape Questionnaire
Diferença significativa onde $p < 0,05$

Grupo GI: Os valores do BSQ variaram de 120 a 138 pontos. Os escores do Beck Depression Inventory (BDI) ficaram dentro de um intervalo de 8 a 16 pontos.

Grupo GII: Os resultados do BSQ ficaram entre 120 a 136 pontos. No BDI, a pontuação ficou entre 8 e 16 pontos.

Grupo GIII: No BSQ, a contagem dos escores foi de 120 a 138. O BDI teve pontuação variando de 8 a 18 pontos.

4.1.2. Descrição da amostra no pós-teste

No pós-teste, houve diferenças estatísticas entre os três grupos quanto ao **IMC** ($p = 0,016$), e ao **BDI** ($p = 0,000$), mas não houve diferença quanto ao BSQ ($p = 0,442$). Portanto, ao contrário do que aconteceu com a intensidade dos sintomas depressivos, as intervenções não promoveram diferenças nos resultados relativos à imagem corporal. Os dados estão na tabela 3.

Tabela 3. Descrição da amostra no pós-teste (média ± desvio-padrão)

	GI	GII	GIII	<i>p</i>
IMC (kg/m ²)	24,2 ± 2,7	24,7 ± 1,5	25,6 ± 1,1	0,016*
Escore no BSQ	127,6 ± 5,9	128,4 ± 7,3	131,3 ± 7,5	0,442
Escore no BDI	8,5 ± 1,4	8,7 ± 1,5	12,2 ± 1,8	0,000*

Legenda: GI: grupo de exercício e imaginação dirigida; GII: grupo de exercício; GIII: grupo controle.
 IMC: Índice de Massa Corporal; BDI: Beck Depression Inventory; BSQ: Body Shape Questionnaire
 Diferença significativa onde **p*<0,05

Grupo GI: No BSQ, a pontuação variou de 120 e 134 pontos. O BDI teve um intervalo de 7 a 10 pontos.

Grupo GII: A pontuação do BSQ ficou entre 120 e 136. No BDI foi de 7 a 11 pontos.

Grupo GIII: A pontuação do BSQ foi de 120 a 138. A do BDI foi de 10 a 14 pontos.

4.1.3. Comparação dos resultados do grupo GI entre o pré-teste e o pós-teste

No grupo GI, que realizou exercício combinado com imaginação dirigida, a intensidade dos sintomas da depressão, medida pelo BDI, teve redução significativa. O mesmo ocorreu com o IMC. A insatisfação corporal, em contrapartida, não foi reduzida, já que os escores no BSQ não tiveram diferença estatisticamente significativa em relação ao pré-teste (ver tabela 4)

Tabela 4. Comparação do grupo GI entre o pré-teste e o pós-teste

	Pré-teste	Pós-teste	<i>p</i>
IMC (kg/m ²)	25,5 ± 2,0	24,2 ± 2,7	0,008*
Escore no BSQ	129,5 ± 5,7	127,6 ± 5,9	0,480
Escore no BDI	12,5 ± 2,5	8,5 ± 1,4	0,005*

Legenda: GI: grupo de exercício e imaginação dirigida (os valores estão expressos como média e desvio padrão)
 IMC: Índice de Massa Corporal; BDI: Beck Depression Inventory; BSQ: Body Shape Questionnaire
 Diferença estatística onde **p*<0,05

4.1.4. Comparação dos valores do grupo GII entre o pré-teste e o pós-teste

No grupo GII, que realizou somente exercício, houve diminuição significativa dos escores no BDI, o que corresponde à redução da intensidade dos sintomas depressivos. O IMC também foi reduzido. A insatisfação corporal não sofreu alteração significativa (tabela 5).

Tabela 5. Comparação do grupo GII entre o pré-teste e o pós-teste

	Pré-teste	Pós-teste	<i>p</i>
IMC (kg/m ²)	25,7 ± 1,9	24,7 ± 1,5	0,009*
Escore no BSQ	131,0 ± 6,4	128,4 ± 7,3	0,444
Escore no BDI	12,9 ± 2,4	8,7 ± 1,5	0,003*

Legenda: GII: grupo de exercício (os valores estão expressos como média e desvio padrão)
 IMC: Índice de Massa Corporal; BSQ: Body Shape Questionnaire; BDI: Beck Depression Inventory
 Diferença estatística onde **p*<0,05

4.1.5. Comparação dos valores do grupo GIII entre o pré-teste e o pós-teste

No grupo GIII, que não realizou as atividades experimentais e foi utilizado como controle, nenhuma das variáveis foi modificada (tabela 6).

Tabela 6. Comparação do grupo GIII entre o pré-teste e o pós-teste

	Pré-teste	Pós-teste	<i>p</i>
IMC (kg/m ²)	25,6 ± 1,1	25,6 ± 1,1	0,959
Escore no BSQ	129,4 ± 6,9	131,2 ± 7,5	0,401
Escore no BDI	12,0 ± 2,3	12,2 ± 1,8	0,739

Legenda: GIII: grupo controle

IMC: Índice de Massa Corporal; BDI: Beck Depression Inventory; BSQ: Body Shape Questionnaire

Os valores estão expressos como média e desvio padrão. Diferença estatística onde $p < 0,05$

Portanto, houve diferenças estatísticas apenas para os grupos GI e GII, entre o pré-teste e o pós-teste em relação às variáveis IMC e BDI. Os escores no BSQ não foram alterados em nenhum dos três grupos (tabela 7).

Tabela 7. Resultados pré-teste e pós-teste do IMC, BSQ e BDI nos três grupos

Variáveis	Pré-teste	Pós-teste	<i>p</i>
IMC (kg/m ²)			
GI	25,5 ± 2,0	24,2 ± 2,7	0,008*
GII	25,7 ± 1,9	24,7 ± 1,5	0,009*
GIII	25,6 ± 1,1	25,6 ± 1,1	0,959
Escore no BSQ			
GI	129,5 ± 5,7	127,6 ± 5,9	0,408
GII	131,0 ± 6,4	128,4 ± 7,3	0,444
GIII	129,4 ± 6,9	131,2 ± 7,5	0,401
Escore no BDI			
GI	12,5 ± 2,5	8,4 ± 1,4	0,005*
GII	12,9 ± 2,4	8,7 ± 1,5	0,003*
GIII	12,0 ± 2,3	12,2 ± 1,8	0,739

Legenda: GI: grupo de exercício e imaginação dirigida; GII: grupo de exercício; GIII: grupo controle

IMC: Índice de Massa Corporal; BDI: Beck Depression Inventory; BSQ: Body Shape Questionnaire

Resultados expressos como média e desvio padrão. Diferença estatística onde $*p < 0,05$.

4.1.6. Comparação entre os grupos GI e GIII no pré-teste e no pós-teste

No pré-teste, não foi verificada nenhuma diferença entre os grupos GI e GIII, quanto às variáveis IMC, BSQ e BDI, o que indica que os dois grupos tinham a mesma distribuição. Os resultados estão descritos na tabela 8.

Tabela 8. Comparação entre os grupos GI e GIII no pré-teste

Pré-teste	GI	GIII	<i>p</i>
IMC (kg/m ²)	25,5 ± 2,0	25,5 ± 1,1	0,346
Escore no BSQ	129,5 ± 5,7	129,4 ± 6,9	0,923
Escore no BDI	12,5 ± 2,5	12,0 ± 2,3	0,674

Legenda: GI: grupo de exercício e imaginação dirigida; GIII: grupo controle
IMC: Índice de Massa Corporal; BSQ: Body Shape Questionnaire; BDI: Beck Depression Inventory
Os valores estão expressos como média e desvio padrão. Diferença estatística quando $p < 0,05$

No pós-teste, houve diferença estatística em relação ao IMC, e em relação ao BDI, que foram reduzidos no grupo GI. Quanto ao BSQ, não foi verificada diferença entre os dois grupos. A tabela 9 contém os valores obtidos

Tabela 9. Comparação entre os grupos GI e GIII no pós-teste

	GI	GIII	<i>P</i>
IMC (kg/m ²)	24,2 ± 2,7	25,5 ± 1,1	0,011**
Escore no BSQ	127,6 ± 5,9	131,2 ± 7,5	0,228
Escore no BDI	8,5 ± 1,4	12,2 ± 1,8	0,000*

Legenda: GI: grupo de exercício e imaginação dirigida; GIII: grupo controle
IMC: Índice de Massa Corporal; BSQ: Body Shape Questionnaire; BDI: Beck Depression Inventory
Os valores estão expressos como média e desvio padrão. Diferença estatística onde ** $p < 0,05$

Assim, o exercício combinado à imaginação dirigida se mostrou eficaz na redução da intensidade dos sintomas de depressão e, também, no Índice de Massa Corporal das adolescentes, em comparação ao grupo controle.

4.1.7. Comparação entre os grupos GII e GIII no pré-teste e no pós-teste

Na comparação pré-teste, entre os grupos GII e GIII, não houve diferenças entre as distribuições das variáveis IMC, BSQ e BDI, como mostram os dados da tabela 10.

Tabela 10. Comparação entre os grupos GII e GIII no pré-teste

	GII	GIII	<i>P</i>
IMC (kg/m ²)	25,7 ± 1,9	25,6 ± 1,1	0,722
Escore no BSQ	131,0 ± 6,4	129,4 ± 6,9	0,674
Escore no BDI	12,9 ± 2,4	12,0 ± 2,3	0,646

Legenda: GII: grupo de exercício; GIII: grupo controle
IMC: Índice de Massa Corporal; BSQ: Body Shape Questionnaire; BDI: Beck Depression Inventory
Os valores estão expressos como média e desvio padrão. Diferença estatística quando $p < 0,05$

No pós-teste, houve diferença em relação à variável BDI, mas não foram constatadas diferenças estatísticas quanto às variáveis IMC e BSQ, entre os grupos GII e GIII. Os resultados estão na tabela 11.

Tabela 11. Comparação entre os grupos GII e GIII no pós-teste

	GII	GIII	<i>p</i>
IMC (kg/m ²)	24,7 ± 1,5	25,6 ± 1,1	0,059
Escore no BSQ	128,4 ± 7,3	131,2 ± 7,5	0,346
Escore no BDI	8,7 ± 1,5	12,2 ± 1,8	0,000*

Legenda: GII: grupo de exercício; GIII: grupo controle

IMC: Índice de Massa Corporal; BSQ: Body Shape Questionnaire; BDI: Beck Depression Inventory

Os valores estão expressos como média e desvio padrão. Diferença estatística onde **p*<0,05

Pode-se afirmar que o exercício teve influência na redução da intensidade dos sintomas depressivos das componentes do grupo GII, já que o grupo controle, que não fez exercício, não apresentou mudanças nos escores do BDI. Os resultados do BSQ não foram modificados, o que sugere que a imagem corporal não foi influenciada pela prática do exercício.

4.1.7. Comparação entre os grupos GI e GII no pré-teste e no pós-teste

Não houve diferenças entre os grupos GI e GII, no pré-teste, em relação às variáveis IMC, BSQ e BDI, como pode ser observado nos resultados apresentados na tabela 12.

Tabela 12. Comparação entre os grupos GI e GII no pré-teste

	GI	GII	<i>p</i>
IMC (kg/m ²)	25,5 ± 2,0	25,7 ± 1,9	0,643
Escore no BSQ	129,5 ± 5,7	131,0 ± 6,4	0,464
Escore no BDI	12,5 ± 2,5	12,9 ± 2,4	0,637

Legenda: GI: grupo de exercício e imaginação dirigida; GII: grupo de exercício

IMC: Índice de Massa Corporal; BSQ: Body Shape Questionnaire; BDI: Beck Depression Inventory

Os valores estão expressos como média e desvio padrão. Diferença estatística onde **p*<0,05

No pós-teste, os resultados estatísticos comprovaram que não houve diferença nas distribuições das variáveis entre os dois grupos experimentais, como exposto na tabela 13.

Tabela 13. Comparação entre os grupos GI e GII no pós-teste

	GI	GII	<i>p</i>
IMC (kg/m ²)	24,2 ± 2,7	24,7 ± 1,5	0,088
Escore no BSQ	127,6 ± 5,9	128,4 ± 7,3	0,838
Escore no BDI	8,5 ± 1,4	8,7 ± 1,5	0,782

Legenda: GI: grupo de exercício e imaginação dirigida; GII: grupo de exercício

IMC: Índice de Massa Corporal; BSQ: Body Shape Questionnaire; BDI: Beck Depression Inventory

Os valores estão expressos como média e desvio padrão. Diferença estatística onde **p*<0,05

O exercício realizado sozinho, ou combinado à imaginação dirigida, promoveu resultados semelhantes quanto à redução na intensidade dos sintomas depressivos em adolescentes com sobrepeso. A insatisfação corporal não foi diminuída em ambos os grupos, o que sugere que as duas intervenções não surtiram efeito significativo sobre a imagem corporal.

Os dois grupos experimentais, quando comparados ao grupo controle, tiveram redução nos escores do BDI. Portanto, o exercício combinado à imaginação dirigida e o exercício realizado sem o acréscimo da técnica cognitiva foram produtivos para a redução da intensidade dos sintomas depressivos nas adolescentes com sobrepeso.

A insatisfação corporal não foi afetada pelas condições experimentais.

A conclusão dessa pesquisa foi a de que tanto o exercício, quanto o exercício combinado com imaginação dirigida, foram eficazes, de forma equivalente, para reduzir a intensidade dos sintomas depressivos, mas não provocou alteração significativa na imagem corporal, em adolescentes do sexo feminino com sobrepeso.

Não foram constatadas associações entre as variáveis IMC e BDI, IMC e BSQ e BSQ e BDI, nos três grupos, tanto no pré-teste quanto no pós-teste, segundo provas de correlação de Spearman.

4.2. Dados qualitativos: entrevista semi-estruturada final

O total refere-se ao número de frases citadas dentro de cada categoria, pelas participantes dos três grupos. Entre parênteses está o número de frases (f), correspondentes a essa categoria, por grupo. As citações das participantes foram gravadas nas entrevistas e transcritas aqui sem discriminar em qual dos grupos foram ditas.

A primeira, a segunda e a terceira perguntas foram baseadas em entrevista formulada por Tiggmann, Gardiner e Slater (2000).

Primeira pergunta: “Por que as mulheres querem ser magras ou mais magras?”

Categoria comparação com mídia: a categoria de respostas com maior frequência se referiu à influência do padrão mostrado nos meios de comunicação.

Total, f = 28. (GI, f = 10; GII, f = 9; GIII, f = 9).

Expressões como: “Também, a gente só vê mulher magra. É na banca, na TV, no desfile”; “Porque é mais bonito”; “As modelos são lindas” ;“Tudo cai bem nelas, fica

certinho”; “Também, a roupa nem precisa ser bonita. Com aquele corpo eu ia usar tudo o que eu quizesse”; “Todo mundo quer ser assim”; “É a moda. É mais *fashion*”; “As mulheres querem sempre emagrecer pra se acharem mais bonitas”; “É pra ficarem mais parecidas com as fotos que tem por aí. O gatinho vê a foto, olha pro lado e estranha”; “E elas dizem que comem um monte, principalmente chocolate. Até parece, são magérrimas. Pra ser bonita tem é que parar de comer besteira e passar a alface” “Quando entrevistam as artistas com corpo bonito, só perguntam o que elas comem e tal”, “Pode notar, toda mulher bonita que aparece é bem magra”.

Categoria magreza e felicidade: Outras colocações frequentes foram sobre a ligação entre magreza e felicidade.

Total, n = 24. (GI, n = 11; GII, n = 7; GIII, n = 5)

Por exemplo: “Se alguém quer elogiar logo diz que a pessoa emagreceu, que está mais bonita”; “A mulher gorda sempre quer emagrecer, faz de tudo”; “gorda feliz só se fingir”; “Nunca que vão colocar uma gordinha pra fazer propaganda de nada. Tem sempre uma menina livre, pulando, magra”; “Isso que mostram de que se é magra é feliz, é ilusão. Na vida é diferente. Ou sei lá. Só que se eu ficar mais fina, acho que vou me sentir ‘tudo’”; “O problema é que quando engordo, eu esqueço que só a magreza não resolve”.

Categoria aparência e autoconfiança: a auto-estima e a autoconfiança, baseadas na aparência corporal, foram citadas.

Total, f = 20. (GI, f = 5; GII, f = 8; GIII, f = 7)

Algumas frases citadas nos grupos de discussão: “Se eu não me acho bonita com essa barriga por que alguém vai achar?”; “Depois que eu engordei, nem dá vontade de ir à praia. Pra *Mole*, nem pensar”; “Eu não gosto quando fica aparecendo pneuzinho na calça jeans. Acho ridículo; “Ser chamada de gorda é péssimo”; “A guria magra sempre tem chance com os caras. A gorda nem chega nos bonitinhos”, “Se tu tais com a amiga toda certinha tu já ficas achando que ela tá com mais chance; “Ah, aí não, nem sempre rola desse jeito. Tem um monte de gatinho que acha feio mulher muito magra”; “E tu acredita nisso?”; “Ah, tem sim”; “Muito magra até vai, mas gorda eles não saem”.

Segunda pergunta: “O fato de cada uma de vocês ter respondido que quer perder peso significa que estão insatisfeitas com a forma atual?”

Categoria insatisfação corporal: várias respostas apontaram para a insatisfação atual com a imagem corporal.

Total, f = 33. (GI, f = 10; GII, f = 9; GIII, f = 13)

Algumas disseram: “Até o verão eu quero afinar bem”; “Todo mundo quer ser magra e eu também”; “Não é que eu não me goste, às vezes até me aceito, mas eu sei que vou ficar melhor”; “Emagrecer agora que sou nova é mais fácil porque depois fica pior ainda”; “Meu corpo não é e nem vai ser como o das modelos, mas bem que dá pra ficar melhor”; “É, magrinha eu acho que nunca vou ser. Na minha família, as mulheres são mais cheias. Mas não é por isso que vou querer ficar como estou”; “Eu não gosto do culote, parece que o que eu como vai parar ali”; “Ah, não tô nada satisfeita”.

Categoria satisfação corporal: houve afirmações que demonstravam satisfação com a própria aparência e foram apontadas partes específicas do corpo.

Total, f = 14. (GI, f = 4; GII, f = 6; GIII, f = 4).

“Meu cabelo é bonito e eu tenho a mão delicada”; “Eu não mudaria nada no meu rosto”; “A proporção do meu corpo é legal. Tipo assim, o tronco, as pernas”; “A cor, eu gosto da cor que eu fico quando pego um sol”; “Eu uso muita mini-saia, shorts, gosto das minhas pernas”; “Todo mundo quer ter seio grande, eu tenho e não queria emagrecer ali”; “No verão, bem bronzeada, meu cabelo fica claro. Fica lindo”; “Adoro pintar a unha do pé, acho estilo”

Terceira pergunta: “Os rapazes gostam das mulheres tão magras como as mulheres querem ser ou admiram?”

Categoria “rapazes não gostam muito magras”: Algumas meninas afirmaram que os rapazes não gostam de mulheres muito magras.

Total, f = 19. (GI, f = 8 ; GII, f = 7; GIII, f = 4)

“Meu namorado acha feio mulher muito magrela”; “Na verdade, pra eles tem que ter mais um pouco de corpo, desde que a barriga seja seca”; “É, tem que ter a barriga magra, mas a coxa não pode ser muito fina”; “Perna fina homem não gosta”; “Ah, tá, se chega uma modelo tu achas que eles vão dispensar?” ; “Homem não liga tanto pra essas coisas de celulite e coisa que mulher se preocupa”; “Quando a gente ta junto, vendo revista, ele acha horrível aquelas pernas finas”.

Categoria “rapazes gostam magras”: Também disseram que eles apreciam mulheres magras

Total, f = 16. (GI, f = 5; GII, f = 5; GIII, f = 6)

“As magras é que eles acham que tem corpão”; “Eles já se acostumaram a ver mulher assim. Pode notar, é só o que tem em revista, desfile”; “ Minha mãe diz que quando ela tinha nossa idade, era diferente. Eu digo pra ela que agora é assim. É moda”; “É já me disseram isso também, que mudou, que as modelos antes eram tipo Luíza Brunet, mais cheias. Hoje os caras

só olham pr'uma tipo Galisteu"; "Acho que, se tiver que escolher, eles preferem a gente magrinha"; "Mais magra, os amigos acham bonita. Se não, eles têm medo de apresentar".

Quarta pergunta: "Falar sobre esse assunto, como estamos fazendo agora, é tranqüilo ou deixa vocês desconfortáveis ou ansiosas?"

Categoria confortáveis no grupo:

Total, f = 23 ; (GI, f = 11 ;GII; f = 8; GIII, f = 6)

"Aqui nós estamos na mesma, não acho ruim falar"; "É verdade mesmo"; "Pena que tá acabando a pesquisa, é difícil falar sobre esse assunto fora daqui"; "Tinha que ter uma aulas, pra todo mundo poder trocar idéias assim de vez em quando"; "Eu acho bom falar da gente assim, à vontade"; "Vai ter outra pesquisa dessa?"; "Por que eu acharia ruim, não é nada demais, é conversa de mulher"; "Eu to ótima".

Categoria desconfortáveis no grupo:

Total, f = 4; (GI, f = 0;GII; f = 3; GIII, f = 0)

"Ai, sei lá, nunca é bom, sempre dá uma coisa"; "Eu preferia nem ter que pensar nisso"; "Ai, que coisa tola".

Categoria desconfortáveis em casa: Algumas meninas responderam que pensar sobre isso quando estavam sozinhas às vezes trazia sensação ruim:

Total, f = 14 ; (GI, f = 4 ;GII; f = 4 ; GIII, f = 6)

"Em casa é que é meio chato, eu já deixei de sair porque estava me sentindo gorda"; "Pior é pensar nisso e ir correndo pra geladeira"; "É mesmo, quando eu fico triste eu só quero é comer. Aí, piora"; "Comer é bom na hora, depois deprime"; "Eu não gosto quando alguém chega e fala que eu engordei. Eu não páro mais de pensar que eu sou gorda".

Quinta pergunta: "Como vocês se sentiram nesses dois meses, participando das atividades?"

Categoria respostas positivas:

Total, f = 31 ; (GI, f = 12;GII; f = 10 ; GIII, f = 9)

As respostas foram positivas: "Eu adorei"; "Quero ver se eu continuo malhando porque eu não faltei nem um dia"; "No início achei estranho, não tava entendendo bem. Depois percebi que responder os questionários me fez olhar pra mim"; "A mentalização, já tô fazendo pra outras coisas"; "Dá pra controlar o pensamento, ao invés de ficar só pensando bobagem"; "É que quando a gente é gorda, só escuta cobrança. Aqui, eu vim porque escolhi. Por isso que eu acho que só melhorei".

5. DISCUSSÃO

O objetivo principal desse estudo experimental foi verificar o efeito do exercício e do exercício combinado à imaginação dirigida na imagem corporal e na intensidade dos sintomas depressivos em adolescentes do sexo feminino com sobrepeso.

A pesquisa contou com uma amostra total de 34 participantes e desenho experimental. Portanto, nada se pôde afirmar quanto à epidemiologia da insatisfação corporal ou dos sintomas depressivos, o que não estava incluído nos objetivos.

Todas as meninas incluídas na amostra ($n = 34$) apresentaram insatisfação corporal leve ($110 \geq 138$) a moderada ($138 \geq 167$), sendo que a pontuação máxima foi 140 e a mínima foi 120 no *Body Shape Questionnaire*, nas duas ocasiões em que as adolescentes responderam o questionário. Esse resultado está de acordo com os dados publicados por outros autores, que demonstraram que a insatisfação corporal é freqüente em meninas, mesmo sem excesso de peso. Braggion, Matsudo e Matsudo (2000) verificaram, através de uma pesquisa realizada com 28 adolescentes do sexo feminino, estudantes do ensino médio de uma escola no estado de SP, com idades entre 14 e dezessete anos, nenhuma com sobrepeso, que 21,4 % da amostra se consideravam gordas e 32% já haviam tentado restringir o consumo de calorias na tentativa de emagrecer. Benedikt, Wertheim e Love (1998) encontraram 60% de meninas adolescentes com insatisfação corporal e engajadas em comportamentos para reduzir o peso, sendo que apenas 13% da amostra estavam com sobrepeso.

Na nossa pesquisa, não foi encontrada correlação estatisticamente significativa entre IMC e escores no BSQ. No entanto, outros autores já encontraram evidências estatísticas de que, quanto maior o IMC, mais alta a insatisfação corporal em mulheres jovens (Huon, & Walton, 2000; Dunkley, Wertheim, & Paxton, 2001; Gruber, 2001).

A hipótese de que a prática do exercício teria uma influência positiva na imagem corporal, medida pelo *Body Shape Questionnaire*, não se confirmou, tendo sido nula também a hipótese de que o exercício combinado à imaginação dirigida alteraria a pontuação no teste.

O resultado da pontuação no BSQ não se alterou estatisticamente entre o pré-teste e o pós-teste, em nenhum dos três grupos, o que indica que as intervenções não surtiram efeito significativo na modificação da imagem corporal, que continuou dentro da mesma faixa de classificação anterior.

Em outras pesquisas, a realização de exercícios já demonstrou eficácia em relação à redução da insatisfação corporal. O experimento conduzido por Fisher e Thompson (1994), obteve resultados positivos e semelhantes quando comparou um grupo de adolescentes que

fez seis semanas de exercícios anaeróbios combinados com aeróbios e outro grupo que participou de terapia cognitivo-comportamental. Na avaliação da imagem corporal pós-teste, ambos os grupos melhoraram, em relação a um grupo controle.

Asçi (2003), em um estudo de dez semanas, com exercícios aeróbios duas vezes por semana, observou redução na insatisfação corporal de mulheres jovens universitárias. Em outro experimento, Norris, Carroll e Cochrane (1992), utilizaram um programa de dez semanas, com frequência de duas vezes por semana, para investigar o resultado sobre o bem-estar psicológico de adolescentes do sexo feminino e verificaram redução dos sintomas de ansiedade, depressão e insatisfação corporal no grupo experimental, em relação ao grupo controle. Caruso e Gill (1992) dividiram 34 mulheres jovens em três grupos, para verificar o efeito das intervenções na imagem corporal. Um grupo praticou ginástica aeróbica, outro, treinamento com pesos e para o terceiro grupo, várias atividades lúdicas que dependiam do recrutamento de grandes grupos musculares foram desenvolvidas. As três condições promoveram melhoras significativas no auto-conceito. Bons resultados foram obtidos também por Cromarty, Robeinson, Callcott e Freeston (2004), que, em um estudo em que combinaram psicoterapia cognitivo-comportamental com exercício, para um grupo de 16 pessoas verificaram melhoras significativas na imagem corporal no pós-teste, em relação à condição inicial.

Em contrapartida, um estudo para verificar o efeito agudo de uma única sessão de exercício na imagem corporal de um grupo de mulheres (Fallon & Hausenblas, 2005) com 19,7 anos, em média, todas já ativas, isto é, que faziam exercícios regularmente há pelo menos um ano, não obteve resultados positivos em relação a um grupo controle. Às participantes foram mostradas fotografias retiradas de revistas (Vogue®, Cosmopolitan®). Elas, então, responderam um questionário sobre imagem corporal, fizeram 1 hora de exercício moderado e, novamente, observaram as fotos e responderam o questionário. Não foi encontrada diferença significativa entre os resultados. Outro estudo (Page, Fox, McManus, & Armstrong, 1993), valeu-se de um único grupo e comparou os resultados antes e depois de um programa de dez semanas de exercícios em bicicleta ergométrica. Os resultados mostraram que a imagem corporal das 18 participantes não foi alterada.

Entre as bases de dados consultadas, não foram encontrados estudos que combinassem exercícios físicos e imaginação dirigida, o que dificultou a comparação dos resultados obtidos com outros experimentos que fossem semelhantes. Por esse motivo, essa discussão foi limitada à comparação dos efeitos do exercício e da imaginação dirigida com trabalhos que

utilizaram as técnicas separadamente, tanto em relação à imagem corporal como em relação aos sintomas depressivos.

A imaginação dirigida se mostrou eficaz na redução da insatisfação corporal em um experimento randomizado (Esplen, Garfinkel, Olmsted & Gallop, 1996), que comparou os efeitos entre dois grupos: um tratado com imaginação dirigida e outro que realizou relaxamento progressivo e serviu como controle. O primeiro grupo teve redução significativa dos sintomas de insatisfação corporal.

Nesse experimento, entretanto, os temas das sessões de imaginação dirigida foram definidos em conjunto com as participantes. As sessões estiveram focadas em estratégias de continuidade da prática de exercícios físicos, mesmo após o encerramento das oito semanas (sessões 1, 2, 3, 4, 8, 15 e 16); controle da ansiedade relacionada com a alimentação (sessões 6, 10, 12, 13 e 15) e dessensibilização em relação aos alimentos saudáveis, porém, pouco apreciados pelas participantes (sessões 2, 5, 6 e 10). Em nenhuma sessão a imaginação dirigida tratou especificamente da apreciação do próprio corpo. A não inclusão de sessões com o conteúdo especificamente voltado ao esquema corporal pode ter interferido nos resultados da modificação da imagem corporal. No entanto, nada se pode afirmar com precisão, uma vez que a exposição aos fatores culturais que são subjetivamente internalizados pelas adolescentes é constante e contínua. Talvez a duração de oito semanas tenha sido insuficiente para a mudança do esquema corporal que parece preceder as alterações na imagem corporal em pessoas sedentárias que se tornam fisicamente ativas.

A insatisfação corporal das meninas com sobrepeso que participaram dessa pesquisa ficou também evidente a partir da análise dos dados qualitativos, provenientes da entrevista final. As adolescentes relataram se compararem às outras meninas e também às figuras femininas divulgadas na mídia, freqüentemente magras. Citaram a influência do padrão dos modelos na percepção que tinham de si próprias. Chegaram a comparar magreza com liberdade e com felicidade, dando sinais de que a assimilação dos esquemas corporais ‘corretos’ recebera acentuada influência cultural e era fortemente baseado na aparência, em detrimento de outras características. Suas verbalizações foram indícios de que internalizaram o padrão que liga magreza à beleza (e beleza ao sucesso) e procuraram se organizar de forma a perseguir uma aproximação a esse padrão. Como se sentiam distantes dele e, em suas palavras, em “desvantagem” em relação às garotas “magras”, acabaram desenvolvendo insatisfações em relação a si próprias.

Como os dados qualitativos foram coletados em caráter complementar, a análise mais rigorosa do conteúdo e as associações com os dados quantitativos foram deixadas para um relatório mais específico e apenas os resultados das entrevistas foram incluídos nessa dissertação.

As entrevistas trouxeram informações que estavam de acordo com as teorias elaboradas por Stice (1994; 1998), Thompson e Stice (2001), Sinton e Birtch (2006), Tiggemann, Hargreaves, Polivy e McFarlane, (2004); McCabe e Ricciardelli (2006) e Champion e Furnham (1999), a partir de pesquisas com adolescentes do sexo feminino, que relacionaram a insatisfação corporal e a depressão em adolescentes ao esquema corporal baseado na aparência e à percepção da pressão social para serem magras.

Um tipo de intervenção que já se mostrou eficaz, na redução dos distúrbios de imagem corporal, incluiu a clara exposição da teoria de que o conceito de beleza vigente é um estereótipo social, que não representa a diversidade humana. Peterson, Tantleff-Dunn e Bedwell (2006) conduziram um estudo sobre imagem corporal em que comparavam três grupos de adolescentes: um ouvia explicações sobre o impacto psicológico das tentativas de padronização do conceito de beleza e sua relação com o estímulo ao consumo, e outro ouvia explicações sobre um assunto qualquer, sem relação com o tema. O terceiro era controle. O grupo da exposição da teoria teve uma resposta melhor que os outros. Diferentes autores realizaram estudos sobre intervenções educacionais e obtiveram resultados animadores quanto ao incremento positivo da imagem corporal entre meninas (Steiner-Adair, Sjostrom, Franko, & col., 2002; Stice, 1994; Stice, Chase, Stormer, & Appel, 2001; Stice & Ragan, 2002).

Não foi encontrada correlação entre as variáveis: escores no BSQ e escores no BDI, ao contrário do resultado obtido por Di Pietro (2001), que observou essa relação em uma amostra de 164 estudantes, tanto do gênero masculino quanto feminino. A associação entre insatisfação corporal e sintomas depressivos em adolescentes foi verificada também por Stice, Hayward, Cameron, Killen e Taylor (2000), em uma amostra com 1.024 meninas de 13 a 19 anos de idade. Na mesma amostra, no entanto, os autores não encontraram correlação entre IMC e depressão, tampouco entre IMC e insatisfação corporal e concluíram que a questão da imagem corporal é determinada mais por fatores culturais do que objetivamente pela forma corporal dos indivíduos insatisfeitos. Stice e Bearman (2001), em um estudo com 231 adolescentes do sexo feminino, verificaram que a insatisfação corporal influenciou no aumento dos sintomas depressivos das garotas, mesmo controlando variáveis intervenientes, como suporte social. Outro estudo (Wiederman & Pryor, 1999) que verificou a existência de correlação entre insatisfação corporal e depressão foi realizado com 228 estudantes do sexo

feminino. Já Kostanski e Gullone (1998), em um levantamento com 516 adolescentes de ambos os sexos com idades entre doze e 18 anos, não encontraram correlação entre estas variáveis.

Em relação aos sintomas depressivos, no pré-teste as meninas apresentaram graus de intensidade leves (a pontuação no BDI foi de 8 a 18 pontos, sendo que a média foi de $12 \pm 2,5$ pontos). O *Beck Depression Inventory* é, entre outros, um instrumento que acessa os sintomas depressivos e, segundo Cunha (2001, p.13), “não é indicado para identificar categorias nosológicas”. Portanto, a classificação dos sintomas, relatados através do BDI não poderia corresponder diretamente a categorias diagnósticas de depressão, mas a um indício sintomático importante. Considerando que a prevalência da depressão em adolescentes corresponde a até 8% e que o quadro tende a permanecer ou mesmo se agravar nos períodos subsequentes (Fleming & Offord, 1990; Spanberg & Juruena, 2004), os dados obtidos nessa pesquisa podem indicar a importância de levantamentos específicos, já que resultados obtidos através de amostra reduzida não podem ser interpretados como dados epidemiológicos.

Um estudo longitudinal, na população local, para elucidar melhor a questão da epidemiologia e evolução dos sintomas depressivos desde a adolescência seria uma contribuição importante. O modelo da psicopatologia do desenvolvimento, que é o estudo das origens e do curso dos transtornos psicológicos ao longo dos anos (Stroufe & Rutter, 1984) propõe a investigação das características apresentadas pelo indivíduo durante a vida. Os sintomas não surgem de uma hora para outra, mas vão sendo construídos historicamente a partir da interação de padrões genéticos e sociais.

Cunha (2001) encontrou média de 9,51 ($\pm 7,17$) pontos em uma amostra não-clínica de 150 adolescentes, sem controle do IMC. Comparativamente, nessa pesquisa, a pontuação média das meninas com sobrepeso estava bem acima desse valor no pré-teste. Em contraste, no pós-teste a média da pontuação no BDI caiu para 8,5 ($\pm 2,5$) nos grupos GI e GII enquanto manteve-se inalterada no grupo GIII. Os sintomas depressivos, portanto, caíram para a faixa de classificação mínima após as oito semanas de exercício. A hipótese testada através do experimento, que haveria redução dos sintomas depressivos nos grupos de meninas que realizassem exercício e exercício combinado à imaginação dirigida, o que não seria observado no grupo controle, foi confirmada.

Nesse aspecto, a redução da intensidade dos sintomas de depressão, os resultados estão de acordo com os achados de Nabkasorn, Miayai, Sootmongkol, Junprasert, Yamamoto, Arita e Miyashita (2006), que, em um estudo experimental de oito semanas de corrida,

constataram a redução significativa de sintomas depressivos em 21 adolescentes do sexo feminino (idade: $18,7 \pm 0,2$) que, no pré-teste apresentaram sintomas leves a moderados, acessados através de teste psicométrico. O grupo controle ($n = 28$), que não realizou atividade experimental alguma não teve alterações nos resultados.

Em outro experimento (Roth & Holmes, 1987), com duração de 11 semanas, e três grupos independentes (grupo de exercício, grupo de relaxamento e grupo controle), com amostra composta por jovens ($18,9 \pm 1,3$ anos) de ambos os sexos, o grupo que participou de sessões coletivas de corrida em esteira elétrica apresentou resultados estatisticamente superiores na redução dos sintomas, medidos pelo BDI, em comparação aos outros dois grupos.

No estudo experimental de Steptoe, Edwards, Moses e Mathews (1989), com duração de 12 semanas, no grupo que participou de um programa de exercícios aeróbios os sintomas de depressão foram reduzidos em relação ao grupo controle. Em uma investigação comparativa, entre um grupo com dez semanas de terapia cognitiva (uma vez por semana), um grupo com exercício aeróbio (três vezes por semana) e um grupo controle (sem atividades), Jeffrey e Craighead (1987) constataram que os grupos experimentais tiveram resultados superiores ao grupo controle no tocante à gravidade do conjunto dos sintomas de depressão.

Em um estudo experimental randomizado, com duração de oito semanas, que comparou os efeitos entre exercício aeróbio e exercício anaeróbio nos sintomas de depressão em 99 sujeitos divididos entre os dois grupos, houve uma significativa redução dos sintomas acessados pelo BDI em ambos, e não houve diferença entre os grupos (Martinsen, Hoffart, & Solberg, 1989). Esse dado aponta para a possibilidade da utilização tanto de exercícios aeróbios como anaeróbios no processo terapêutico dos sintomas depressivos.

Já Jeffrey e Craighead (1987), propuseram três grupos experimentais: um de terapia cognitiva, outro de exercício aeróbio e outro com a combinação de exercício e terapia. Nesse caso, todos os grupos tiveram melhoras nos resultados do BDI, porém indiferenciadas.

A imaginação dirigida se mostrou eficaz na redução de sintomas depressivos em pacientes com câncer, em comparação com um grupo controle e um grupo de relaxamento progressivo, que não apresentaram resultados positivos. Neste mesmo estudo, o resultado da avaliação em relação à ansiedade também não foi diferente entre o pré-teste e o pós-teste (Sloman, 2002). Em um experimento randomizado com uma amostra de mulheres bulímicas, a condução de sessões de imaginação dirigida levou à redução dos sintomas de comer

compulsivamente, vomitar e pensar insistentemente em comida e no peso, em comparação a um grupo controle que, durante as 6 semanas da pesquisa, participou de palestras (Esplen, Garfinkel, Olmsted, Gallop, & Kennedy, 1998).

Outro tipo de intervenção com grupos de adolescentes também trouxe benefícios psicológicos às participantes, como no seguinte caso: a redução de sintomas depressivos em adolescentes foi obtida por Steese, Dollette, Phillips, Hossfeld, Matthews e Taormina (2006), utilizando reuniões em grupo exclusivamente com meninas, para discutir questões como imagem corporal, dificuldades de relacionamento, etc., reforçando o argumento de que o suporte social colabora para reduzir a influência de agentes estressores e promover o bem-estar em adolescentes do sexo feminino. No nosso estudo, a adesão às oito semanas do programa, por adolescentes que não estavam fazendo exercícios físicos nos três meses anteriores, pode também ter tido influência social já que uma das barreiras percebidas, por adolescentes do sexo feminino, que justifica o não engajamento nesse tipo de atividade é a falta de companhia e a insegurança quanto ao próprio corpo (Dwyer, Allison, Goldenberg, Fein, Yoshida, & Boutilier, 2006).

Uma maneira de ter esclarecido melhor essa questão, a da influência da variável ‘convívio social’, teria sido a inclusão de um grupo que realizasse outra atividade coletiva, que não as propostas aos grupos de exercício e exercício combinado com imaginação dirigida. Esta pode ser uma alternativa metodológica para pesquisas futuras, que tenham o propósito de pôr à prova a eficácia do exercício ou da imaginação dirigida com um controle mais restritivo das variáveis. De qualquer forma, a impossibilidade de este desenho experimental ser duplo-cego ainda manteria uma limitação metodológica à interpretação dos resultados. No caso de experimentos sobre imaginação dirigida, para verificar seu potencial isolado, seria interessante realizá-la de forma independente, para pelo menos um grupo e utilizar um instrumento que acessasse, indiretamente, a capacidade efetiva de cada sujeito de elaborar imagens cognitivas. Nessa pesquisa, a imaginação dirigida foi estudada como um complemento ao exercício, tendo sido a possibilidade terapêutica do exercício na promoção da saúde psicológica, o foco principal.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar dos avanços em relação às oportunidades educacionais e profissionais que as mulheres vêm alcançando nas recentes décadas, a relação com o corpo ainda parece ser uma opressiva fonte de constrangimento. Talvez outros avanços possam acontecer, impulsionados justamente por elas, meninas, que se vêem diante de um quadro discrepante, em relação aos seus pares do gênero masculino, quanto à valorização da beleza. As questões femininas ou feministas atuais não precisam ser tratadas com fogueiras, mas não devem ser ignoradas. Se, de um lado do mundo as mulheres são obrigadas a cobrir seus corpos como sinal de submissão, a cultura ocidental procura enaltecer a forma como se fosse prova de sucesso e condição para a felicidade. Alguma organização social, desde que espontânea e não imposta, pode ser necessária para que ocorra uma transformação no olhar sobre o corpo da mulher. E, principalmente, no seu próprio olhar...

A questão central não é o tipo de beleza valorizado socialmente, mas a auto-avaliação feita em função da aparência, tendo como parâmetro um tipo ideal. Tocar no assunto e provocar discussões talvez promova estratégias educacionais de ação e enfrentamento, considerando que “educação é a capacidade de perceber as conexões ocultas entre os fenômenos” (Václav Havel, *apud* Capra, 2002, p. 1). Assim, pode-se ampliar um ambiente onde cada indivíduo tenha noção do seu potencial e da sua capacidade de resistência às pressões do meio.

Quanto ao humor deprimido, os sintomas leves verificados na adolescência, como os que foram descritos nesse trabalho, ou mesmo na infância, podem ter uma ligação com a depressão clínica constatada na fase adulta. Esses sintomas são frequentemente negligenciados e entendidos como meras características da personalidade. Os psicodiagnósticos costumam ser do tipo “tudo ou nada” dependendo se o critério diagnóstico for totalmente alcançado ou não, com um restrito sistema de classificação. Assim, o transtorno depressivo pode ser clínico ou subclínico. Se atingir o critério clínico, é doença. Caso contrário, não é. As evidências quanto aos sintomas depressivos reconhecidos em adolescentes apontam para a necessidade de aprimorar a teoria do desenvolvimento relacionada às psicopatologias. A depressão na infância e na adolescência ainda é muito comparada à depressão na fase adulta. No entanto, os sintomas depressivos revelados por crianças e adolescentes podem ter um outro peso, principalmente nas meninas, que são educadas para serem meigas, delicadas, tolerantes e, conseqüentemente, não deixarem muito evidentes esses sintomas. Então, quando chegam a ser adultas e aprendem a revelar

comportamentos que correspondam aos critérios diagnósticos do transtorno depressivo, os sintomas já estão mais intensos. Aí, pode parecer que não há mais como prevenir, só como remediar.

Citando Bandura: “Se os benefícios dos hábitos saudáveis fossem colocados em uma pílula, esta seria declarada um marco nos avanços científicos das ciências da saúde” (Bandura, 2004, p. 143). Como não dá para produzir pílulas de exercício, conseqüentemente não é possível vendê-lo. Ou, bem que há tentativas de disseminar a informação de que o exercício é perigoso e precisa sempre de orientação para ser executado. Com todo o respeito aos profissionais que vendem o exercício e que querem exclusividade no mercado, o exercício é seguro para a maioria das pessoas e não parece oferecer mais riscos do que outras atividades. Também por isso, a psicologia pode aprofundar mais a relação com o treinamento físico e descobrir formas de conjugá-lo a outras técnicas clínicas, desde que baseadas em sólidas evidências científicas.

Não existem soluções fáceis para os conflitos psicológicos, muito menos considerando a complexidade do ser humano. Mas há de existir mais descobertas, aplicações, enfim, alternativas que valorizem mudanças sociais, modificações nos hábitos e ampliação da autoconsciência, que nos devolvam a liberdade, a autonomia, desencoragem a dependência e não busquem nos manter apenas reféns da grande indústria.

7. REFERÊNCIAS

Alves, J. G. B., Montenegro, F. M. U., Oliveira, F. A., & Alves, R. V. (2005). Prática de esportes durante a adolescência e atividade física de lazer na vida adulta. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 11 (5), 291-294.

American College of Sports Medicine. Kenney, W. L., Humphrey, R. H., Bryant, C. X., Mahler, D. A., Froelicher, V. F., & Miller, N. H., editores; tradução: Estima, P. C. (2000). *Teste de esforço e prescrição de exercício*. 5ª edição, Rio de Janeiro, RJ: Revinter.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th edition (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatry Association.

Arcaro, N. T. (1997). *Imagens mentais em psicoterapia: Estudo empírico sobre sua eficácia e a importância da atitude e da habilidade do cliente em manejá-las*. Tese de Doutorado, São Paulo, SP: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Asçi, F. H. (2003). The effects of physical fitness training on trait anxiety and physical self-concept of female university students. *Psychology of Sport and Exercise*, 4, 255-264.

Atlantis, E., Chow, C. M., Kirby, A., & Singh, M. F. (2004). An effective exercise-based intervention for improving mental health and quality of life measures: a randomized controlled trial. *Preventive Medicine*, 39, 424-434.

Bahls, S. C. (2002). Epidemiology of depressive symptoms in adolescents of a public school in Curitiba, Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (2), 63-67.

Ball, K., Brown, W., & Crawford, D. (2002). Who does not gain weight? Prevalence and predictors of weight maintenance in young women. *International Journal of Obesity*, 26 (12), 1570-1578.

Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Education and Behavior*, 31 (2), 143-164.

Bearman, S. K., Presnell, K., Martinez E., & Stice, E. (2006). The skinny on body dissatisfaction: a longitudinal study of adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence*, 35 (2), 217-229.

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: 25 years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.

Beck, A. T., Brown, G., Steer, R. A., Eidelson, J. I., & Riskind, J. H. (1987). Differentiating anxiety and depression: A test of the cognitive content specificity hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 179-183.

Beisteiner, R., Höllinger, P., Lindinger, G., Lang, W., & Berthoz, A. (1995). Mental representation of movements. Brain potentials associated with imagination of hand movements. *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology*, 96, 183-193.

Benedikt, R., Werthein, E. H., & Love, A. (1998). Eating attitudes and weight-loss attempts in female adolescents and their mothers. *Journal of Youth and Adolescence*, 27 (1), 43-57.

Berthould, H. R. (2002). Multiple neural systems controlling food intake and body weight. *Neuroscience and Behavioral Reviews*, 26, 393-428.

Berne R. M. & Levy, M. N. (1990). *Fisiologia*, 4ª edição, São Paulo, SP: Guanabara.

Birmaher, R., Ryan, N., Williamson, D., Brent, D., Kaufman, J., Dahl, R., Perel, J., & Nelson, B. (1996). Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1427-1439.

Bisquerra, R., Sarriera, J. C., & Martínez, F.; tradução: Murad, F. (2004). *Introdução à estatística: enfoque informático com o pacote estatístico SPSS*, 1ª edição, Porto Alegre, RS: Artmed.

Blowers, L. C., Loxton, N. J., Grady-Flessner, M., Occhipinti, S., & Dawe, S. (2003). The relationship between sociocultural pressure to be thin and body dissatisfaction in preadolescent girls. *Eating Behaviors*, 4, 229-244.

Bonnet, M., Decety, J., Jeannerod, M., & Requin, J. (1997). Mental simulation of an action modulates the excitability of spinal reflex pathways in man. *Cognitive Brain Research*, 5, 221-228.

Bouchard, C. (1994). Genetics of obesity: overview and research directions. Em *The genetics of obesity*, ed. C. Bouchard, 223-266. Boca Raton: CRC Press.

Bouchard, C.; tradução: Marino, D. (2003). *Atividade física e obesidade*. 1ª Edição. Barueri, SP: Manole.

Braggion, G. F., Matsudo, S. M. M., & Matsudo, V. K. R. (2000). Consumo alimentar, atividade física e percepção da aparência corporal em adolescentes. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 8 (1), 15-21.

Bray, G. A. (2004). Obesity is a chronic, relapsing neurochemical disease. *International Journal of Obesity*, 28, 34-38.

Burrows, A., & Cooper, M. (2002). Possible risk factors in the development of eating disorders in overweight pre-adolescent girls. *International Journal of Obesity*, 26 (9), 1268-1273

Byele, L., Archibald, A. B., Graber, J., & Brooks-Gunn, J. (2000). A prospective study of familial and social influences on girls' body image and dieting. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 155-164.

Call, K. T., Riedel, A. A., Hein, K., McLoyd, V., Petersen, A., & Kipke, M. (2002). Adolescent health and well-being in the twenty-first century: a global perspective. *Journal of Research on Adolescence*, 12 (1), 69-98.

Capra, F.; tradução: Cipolla, M. B. (2002). *As conexões ocultas*. 1ª edição, São Paulo, SP: Cultrix.

Caruso, C. M., & Gill, D. L. (1992). Strengthening physical self-perceptions through exercise. *Journal of Sport Medicine and Physical Fitness*, 32, 416-427.

Calfas K. J., & Taylor W. C. (1994). Effects of physical activity on psychological variables on adolescents. *Pediatric Exercise Science*, 6, 406-423.

Conway, B., & René, A. (2004). Obesity as a disease: no lightweight matter. *Obesity Reviews*, 5, 145-151.

Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494.

Cooper, G., Tindall-Ford, S., Chandler, P., & Sweller, J. (2001). Learning by imaging. *Journal of Experimental Psychology: Applied*, 7 (1), 68-82.

Cole, D. A., Martin, J. M., Peeke, L. G., Seroczynski, A. D., & Hoffman, K. (1998). Are cognitive errors of underestimation predictive or reflective of depressive symptoms in children? A longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 481-496.

Cole, T. J., Bellizzi, M. C., Flegal, K. M., & Dietz, W. H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Journal of Medicine*, 320, 1240-1243.

Cordás, T. A., & Neves, J. E. P. (1999). Escalas de avaliação de transtornos alimentares. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 26 (1), 1-5.

Champion, H., & Furnham, A. (1999). The effect of the media on body satisfaction in adolescent girls. *European Eating Disorders' Review*, 7, 213-228.

Chen, L. S., Eaton, W. W., Gallo, J. J., Nestadt, G., & Crum, R. M. (2000). Empirical examination of current depression categories in a population-based study: Symptoms, course and risk factors. *American Journal of Psychiatry*, 157, 573-580.

Cromarty, P., Robinson, G., Callcott, P., & Freeston, M. (2004). Cognitive therapy and exercise for panic and agoraphobia in primary care: pilot study and service development. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 32, 371-374.

Cronbach, L. J. (1951) Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16, 297-335.

Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das escalas Beck*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

Davidson, J. R. T., & Meltzer-Broody, E. E. (1999). The underrecognition and undertreatment of depression: what is the breadth and depth of the problem? *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, (suppl. 7), 4-9.

Di Pietro, M. (2001). *Validade interna, dimensionalidade e desempenho da escala BSQ – “Body Shape Questionnaire” em uma população de estudantes universitários*. Tese de Mestrado, São Paulo, SP: Escola Paulista de Medicina, Unifesp.

Dobrow, I. J., Kamenetz, C., & Devlin, M. (2002). Psychiatric aspects of obesity. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (Supl III), 63-67.

Driskell, J. E., Copper, C., & Moran, A. (1994). Does mental practice enhance performance? *Journal of Applied Psychology*, 79 (4), 481-492.

Dunkley, Wertheim, & Paxton, (2001). Examination of a model of multiple sociocultural influences on adolescent girls body dissatisfaction and dietary restraint. *Adolescence*, 36 (142), 265-280.

Dunn, A. L., Trivedi, M. H., Kampert, J. B., Clark, C. G., & Chambless, H. O. (2002). The DOSE study: a clinical trial to examine efficacy and dose response of exercise as treatment for depression. *Controlled Clinical Trials*, 23, 584-603.

Dwyer, J. J. M., Allison, K. R., Goldenberg, E. R., Fein, A. J., Yoshida, K. K., & Boutilier, M. A. (2006). Adolescent girls'perceived barriers to participation in physical activity. *Adolescence*, 41 (161), 75-89.

Emslie, G., Heiligenstein, J., Wagner, K., Hoog, S., Ernest, D., Brown, E., Nilsson, M., & Jacobson, J. (2002). Fluoxetine for acute treatment of depression in children and adolescents: A placebo-controlled randomized clinical trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 1205-1215.

Esplen, M. J., Garfinkel, P. E., Olmsted, M., & Gallop, R (1996). Guided imagery and its effects in promoting self soothing in bulimia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 58 (64), 44-53.

Esplen, M. J., Garfinkel, P. E., Olmsted, M., Gallop, R. M., & Kennedy, S.(1998). A randomized controlled trial of guided imagery in bulimia nervosa. *Psychological Medicine*, 28, 1347-1357.

Fallon, E. A., & Hausenblas, H. A. (2005). Media images of the ‘ideal’ female body: can acute exercise moderate their psychological impact? *Body Image*, 2 (1), 62-73.

Falkner, N. H., Neumark-Sztainer, D., Story, M., Jeffery, R.W., Beuhring, T., & Reisnick, M. D. (2001). Social, educational and psychological correlates of weight status in adolescents. *Obesity Research*, 9, 32-42.

Field, A. E., Camargo, C. A., Taylor, C. B., Berkey, C. S., Roberts, S. B., & Colditz, G. A. (2001). Peer, parent, and media influences on the development of weight concerns and frequent dieting among preadolescent and adolescent girls and boys. *Pediatrics*, 107 (1), 54–60.

Fisher, E., & Thompson, J. K. (1994). A comparative evaluation of cognitive-behavioral therapy versus exercise therapy for the treatment of body image disturbance. Preliminary findings. *Behavior Modification*, 18 (2), 171-185.

Fioravanti, M., Polzonetti, C. M., Nocca, D., Spera, G., Falcone, S., Lazzari, R., & Colosimo, A. (2004). Emotional activation of obese and normal women due to imagery and food content of verbal stimuli in a memory task. *Eating Behaviors*, 5, 47-54.

Fleck, M. P. A., Lafer, B., Sougey, E. B., Del Porto, J. A., Brasil, M. A., & Juruena, M. F. (2003). Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25 (2), 114-122.

Fleming, J., & Offord, D. (1990). Epidemiology of childhood depressive disorders: A critical review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 571-580.

Fox, K. R. (2000). Self-esteem, self-perceptions and exercise. *International Journal of Sport Psychology*, 31, 228-240.

Foss, M. L., & Keteyian, S. J. (2000). *Bases fisiológicas do exercício e do esporte*. 6ª edição. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan.

Freeman, A., & Dattilio, F. M. (1998). *Compreendendo a terapia cognitiva*. 1ª edição, Campinas, SP: Editora Psy.

Giedd, J. N., Blumenthal, J., Jeffries, N. O., Castellanos, F. X., Liu, H., Zijdenbos, A., Paus, T., Evans, A. C., & Rapoport, J. (1999). Brain development during childhood and adolescence: a longitudinal MRI study. *Nature Neuroscience*, 2 (10), 861-863.

Gonçalves, Ó. (2000). *Terapias cognitivas: teorias e práticas*. 3ª edição. Porto, Portugal: Edições Afrontamento.

Gorestein, C., & Andrade, L. (1998). Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Revista Brasileira de Psiquiatria Clínica*, 25 (5), 245-250.

Gortmaker, S. L., Must, A., Perrin, J. M., Sobol, A. M., & Dietz, W. H. (1993). Social and economic consequences of overweight in adolescence and young adulthood. *New England Journal of Medicine*, 329 (14), 1008-1012.

Gruber, A. (2001). Why do young women diet? The roles of body fat, body perception and body ideal. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62 (8), 609-611.

Hankin, B. L., Abramson, L. Y., Moffitt, T. E., Silva, P. A., McGee, R., & Angel, K. E. (1998). Development of depression from preadolescence to young adulthood: Emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 128-140.

Hargreaves, D., & Tiggemann, M. (2002). The role of appearance schematicity in the development of adolescent body dissatisfaction. *Cognitive Therapy and Research*, 26 (6), 691-700.

Hargreaves, D., & Tiggemann, M. (2003). The effect of 'thin ideal' television commercials on body dissatisfaction and schema activation during early adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 32 (5), 367-373.

Hazell, P., O'Connell, D., Heathcote, D., Robertson, J., & Henry, D. (1995). Efficacy of tricyclic drugs in treating child and adolescent depression: a meta-analysis. *British Medical Journal*, 310, 897-901.

Heyes, C. (2003). Four roots of cognitive evolution. *Psychological Review*, 11 (4), 713-727.

Huon, G F., & Walton, C. J.(2000). Initiation of dieting among adolescent females. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 226-230.

Huth, M. M., Broome, M. E., & Good, M. (2004). Imagery reduces children's post-operative pain. *Pain*, 110, 439-448.

Jeffrey, F., & Craighead, L. W. (1987). Aerobic exercise and cognitive therapy in the treatment of dysphoric moods. *Cognitive Therapy & Research*, 11 (2), 241-251.

Kandel, E. R., Schwartz, J. H., & Jessel, T. M.; tradução: Mello, L. E., & Britto, L. R. (2003). *Princípios da Neurociência*. 4ª edição. Barueri, SP: Manole.

Karvonen, M. J., Kentala, E., & Mustala, O. (1957). The effects of training on heart rate. A longitudinal study. *Annales medicinae experimentalis et biologiae Fenniae*, 35 (3), 307-315.

Klaczynski, P. A., Goold, K. W., & Mudry, J. J. (2004). Culture, obesity stereotypes, self-esteem, and the "thin ideal": A social identity perspective. *Journal of Youth and Adolescence*, 33 (4), 307-317.

Kolb, B., & Wishaw, I. (2002). *Neurociência do comportamento*. 1ª edição, Barueri, SP: Manole.

Kostanski, M., & Gullone, E. (1998). Adolescent body image dissatisfaction: relationships with self-esteem, anxiety, and depression controlling for body mass. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 39, 255-262.

Kopelman, P. G. (2000). Obesity as a medical problem. *Nature*, 404, 635-643.

Lawlor, D. A., & Hopker, S. W. (2001). The effectiveness of exercise as an intervention in the management of depression: systematic review and meta-regression analysis of randomised controlled trials. *British Medical Journal*, 322, 1-8.

Legenbauer, T., Vögele, C., & Rüdell, H. (2004). Anticipatory effects of food exposure in women diagnosed with bulimia nervosa. *Appetite*, 42, 33-40.

Lennings, C. J. (1996) Adolescent aggression and imagery: contributions from object relations and social cognitive theory. *Adolescence*, 31, 831-840.

Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Seeley, J. R., & Hops, H. (1991). Comorbidity of unipolar depression: major depression with dysthymia. *Journal of Abnormal Psychology*, 100 (2), 205-213.

Lobstein, T., Baur, L., & Uauy, R. (2004). Obesity in children and young people: A crisis in public health. *Obesity Reviews*, 5 (1), 4-85.

Lowe, M. R., & Levine, A. S. (2005). Eating motives and the controversy over dieting: Eating less than needed versus less than wanted. *Obesity Res.* 13, 797–806.

Mancini, M. C., & Halpern, A. (2006). Pharmacological treatment of obesity. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 50 (2), 377-389.

Marcontell, D. K., Laster, A. E., & Johnson, E. (2002). Cognitive-behavioral treatment of food neophobia in adults. *Journal of Anxiety Disorders*, 16, 341-349.

Markus, H. (1977). Self-schemata and processing information about the self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 63-78.

Martin, C., & Gentry, J. (1997). Stuck in the model strap: The effects of models in ads on female pre-adolescents and adolescents. *Journal of Advertising*, 26 (2), 19-33.

Martinsen, E. W., Hoffart, A., & Solberg, O. (1989). Comparing aerobic with nonaerobic forms of exercise in the treatment of clinical depression: a randomized trial. *Comprehensive Psychiatry*, 30 (4), 324-331.

Mazure, C. M., & Maciejewski, P. K., (2003). The interplay of stress, gender and cognitive style in depressive onset. *Archives of Women's Mental Health*, 6, 5-8.

McCabe, M. P., Ricciardelli, L. A., & Banfield, S. (2001). Body image, strategies to change muscles and weight, and puberty. Do they impact on positive and negative affect among adolescent boys and girls? *Eating Behaviors*, 2, 129-149.

McCabe, M. P., & Ricciardelli, L. A. (2006) A prospective study of extreme weight change behaviors among adolescents boys and girls. *Journal of Youth and Adolescence*, 35 (3), 425-434.

McCathy, M. (1990). The thin ideal, depression and eating disorders in women. *Behavioral Research and Therapy*, 28, 205-218.

Mei Z., Grummer-Strawn L. M., Pietrobelli A., Goulding A., Goran M. I., & Dietz, W.H. (2002). Validity of body mass index compared with other body-composition screening indexes for the assessment of body fatness in children and adolescents. *American Journal of Clinical Nutrition*, 7597–985.

Murray, C. J. L., & Lopez, A. D. (1997). Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global burden of disease study. *Lancet*, 349, 1436-1442.

Nabkasorn, C., Miyai, N., Sootmongkol, A., Junprasert, S., Yamamoto, H., Arita, M., & Miyashita, K. (2005). Effects of physical exercise on depression, neuroendocrine stress hormones and physiological fitness in adolescent females with depressive symptoms. *European Journal of public health*, 16 (2), 179-184.

NICE. Nation Colaborating Center for Mental Health (2005). Depression in children and young people: indentification and management in primary, community and second care. *Clinical Guideline*, 28, 1-25.

Nolen-Hoesksema, S. (1994). An integrative model for the emergency of gender differences in depression in adolescence. *Journal of Research on Adolescence*, 4, 519-534

Norris, R., Carroll, D., & Cochrane, R. (1992). The effects of physical activity and exercise training on psychological stress and well-being in an adolescent population. *Journal of Psychosomatic Research*, 36 (1), 55-65.

Oliveira, F. P., Bosi, M. L. M., Vigário, P. S., & Vieira, R. S. (2003). Comportamento alimentar e imagem corporal em atletas. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 9 (6), 348-356.

Oliver, K. K., & Thelen, M. H. (1996). Children's perceptions of peer influence on eating concerns. *Behavioral Therapy* 27 (1), 25–39.

Organización Mundial de la Salud. (1989). *Conclusiones de las discusiones sobre juventud*. 42ª Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra.

Page, A., Fox, A., McManus, A., & Armstrong, N. (1993). Profiles of self-perception change following na eight week aerobic training. *Proceedings of UK Sport*, 22, 56-62.

Pesa, J. A., Syre, T. R., & Jones, E. (2000). Psychological differences associated with body weight among female adolescents: The importance of body image. *Journal of Adolescence Health*, 26, 330-337.

Petersen, A. C., Sarigiani, P. A., & Kennedy, R. E. (1991). Adolescent depression: Why more girls? *Journal of Youth and Adolescence*, 20, 247-271.

Presnell, K., & Stice, E. (2003). An experimental test of the effect of weight-loss dieting on bulimic pathology: Tipping the scales in a different direction. *Journal of Abnormal Psychology* 112, 166–170.

PROSAD (1989). *Programa de saúde do adolescente – Bases Programáticas*. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Materno-Fetal. Brasília.

Pinhas, L., Toner, B. B., Ali, A., Garfinkel, P. E., & Stuckless, N. (1999). The effects of the ideal of female beauty on mood and body satisfaction. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 223-226.

Peterson, R. D., Tantleff-Dunn, S., & Bedwell, J. S. (2006). The effects of exposure to feminist ideology on women's body image. *Body Image*, 99, 1-10.

Raglin, J. S., & Wilson, M. (1996). State anxiety following 20 minutes of bicycle ergometer exercise at selected intensities. *International Journal of Sports Medicine*, 17, 467-471.

Riva, G., & Melis, L. (1998). Virtual reality for the treatment of body image disturbance. *Virtual Reality in Neuro-Psycho-Physiology*, 1, (4) 22-35.

Roth, D. L., & Holmes, D. S. (1987). Influence of aerobic exercise training and relaxation on physical and psychological health following stressful life events. *Psychosomatic Medicine*, 49, 355-365.

Ricciardelli, L. A., & McCabe, M. (2001). Children's body image concerns and eating disturbance: a review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 21 (3), 325-344.

Rierdan, J., Koff, E., & Stubbs, M. L. (1989). A longitudinal analysis of body image as a predictor of the onset and persistence of adolescent girls' depression. *Journal of Early Adolescence*, 9, 454-466.

Rolland, K., Farnill, D., & Griffiths, R. A. (1998). Eating attitudes and the body mass index of Australian school children aged 8–12 years. *European Eating Disorders Review* 6 (2), 107–114.

Rudolph, K. D. (2002). Gender differences in emotional responses to interpersonal stress during adolescence. *Journal of Adolescence Health*, 30 S, 3-13.

Sallis, J. F., Simons-Morton, E. J., Stone, E. J., Corbin, C. B., Epstein, L. H., Faucette, N., Iannotti, R. J., Killen, J. D., Klesges, R. C., Petray, C. K., Rowland, T. W., & Taylor, W. C. (1996). Determinants of physical activity and interventions in youth. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 24 (supplement), 248-257.

Salmon, P. (2001). Effects of physical exercise on anxiety, depression, and sensitivity to stress: A unifying theory. *Clinical Psychology Review*, 21 (1), 33-61.

Sands, E. R., & Wardle, J. (2003). Internalization of ideal body shapes in 9–12-year-old girls. *International Journal of Eating Disorders*, 33 (2), 193–204.

Saunders, T., Driskell, J. E., Johnston, J. H., & Salas, E. (1996). The effect of stress inoculation training on anxiety and performance. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1 (2), 170-186.

Schwartz, M. W., Woods, S. C., Porte Jr, D., Seeley, R. J., & Baskin, D. G. (2000). Central nervous system control of food intake. *Nature*, 404, 661-671.

Shaw, J. (1995). Effects of fashion magazines on body dissatisfaction and eating psychopathology in adolescent and adult females. *International Journal of Eating Disorders*, 3 (1), 15-23.

Siegel, J. M. (2002). Body image change and adolescent depressive symptoms. *Journal of Adolescent Research*, 17, 27-41.

Sim, L., & Zeman, J. (2006). The contribution of emotion regulation to body dissatisfaction and disordered eating in early adolescent girls. *Journal of Youth and Adolescence*, 35 (2), 219-228.

Sinton, M. M., & Birch, L. L. (2006). Individual and sociocultural influences on pre-adolescent girls' appearance schemas and body dissatisfaction. *Journal of Youth and Adolescence*, 35 (2), 165-175.

Slooman, R. (2002). Relaxation and imagery for anxiety and depression control in community patients with advanced cancer. *Cancer Nursing*, 25 (6), 432-435.

Southall, D., & Roberts, J. E. (2002). Attributional style and self-esteem in vulnerability to adolescent depressive symptoms following life stress: A 14-week prospective study. *Cognitive Therapy and Research*, 26 (5), 563-579.

Spanemberg, L., & Juruena, M. F. (2004). Distímia: características históricas e nosológicas e sua relação com transtorno depressivo maior. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26 (3), 300-311.

Spangler, D. L., & Stice, E. (2001). Validation of the beliefs about appearance scale. *Cognitive Therapy and Research*, 25, 813-827.

Steese, S., Dollette, M., Phillips, W., Hossfeld, E., Matthews, G., & Taormina, G. (2006). Understanding girls' circle as an intervention on perceived social support, body image, self-efficacy, locus of control, and self-esteem. *Adolescence*, 41, 55-74.

Stepke, F. L. (2000). Diagnóstico psiquiátrico: rótulo, transtorno, comorbilidade. *Revista Médica de Chile*, 128 (7), 705-707.

Stephens, A., Edwards, S., Moses, J., & Matthews, A. (1989). The effects of exercise training on mood and perceived coping ability in anxious adults from the general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 33, 537-547.

Steiner-Adair, C., Sjöström, L., Franko, D. L., Pai, S., Trucker, R., Becker, A. E., & col. (2002). Primary prevention of risk factors for eating disorders in adolescent girls: Learning from practice. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 401-411.

Sternberg, R. J.; trad. Borges, M. R. (2000). *Psicologia Cognitiva*, 1ª edição, Porto Alegre, RS: Artmed.

Stice, E. (1994). Review of the evidence for a sociocultural model of bulimia nervosa and an exploration of a mechanism of action. *Clinical Psychology Review*, 14 (7), 633-661.

Stice, E. (1998). Modeling of eating pathology and social reinforcement of the thin-ideal predict onset of bulimic symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 931-944.

Stice, E., & Bearman, S. K. (2001). Body image and eating disturbances prospectively predict increases in depressive symptoms in adolescent girls: A growth curve analysis. *Developmental Psychology*, 37 (5), 597-607.

Stice, E., Hayward, C., Cameron, R., Killen, J. D., & Taylor, C. B. (2000). Body image and eating related factors predict onset of depression in female adolescents: A longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology* 109, 438-444.

Stice, E., & Ragan, J. (2002). A preliminary controlled evaluation of an eating disturbance psychoeducational intervention for college students. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 59-171.

Stice, E., & Whitenton, K. (2002). Risk factors for body dissatisfaction in adolescent girls: A longitudinal investigation. *Developmental Psychology*, 38, 669-678.

Stroufe, L. A., & Rutter, M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child Development*, 55, 17-29.

Taylor, S. E., Pham, L. B., Rivkin, I. D., & Armor, D. A. (1998). Mental simulation, self-regulation, and coping. *American Psychologist*, 53 (4), 429-439.

Thompson, J. K., Covert, M. D., Richards, K. J., Johnson, S., & Cattarin, J. (1995). Development of body image, eating disturbance, and general psychological functioning in female adolescents: Covariance structure modeling and longitudinal investigations. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 221-236.

Thompson, J. K., & Stice, E. (2001). Thin-ideal internalization: Mounting evidence for a new risk factor body-image disturbance and eating pathology. *Current Directions in Psychological Science*, 10, 181-183.

Thomsem, S. R., Bower, D. W., & Barnes, M. D. (2004). Photographic images in women's health, fitness, and sports magazines and the physical self-concept of a group of adolescent female volleyball players. *Journal of Sport & Social Issues*, 23 (3), 266-283.

Tiggemann, M. (2004). Dietary restraint and self-esteem as a predictor of weight gain over an 8-year time period. *Eating Behaviors*, 5, 251-259.

Tiggemann, M., Hargreaves, D., Polivy, J., & McFarlane, T. (2004). A word-stem completion task to assess implicit processing of appearance-related information. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 73-78.

Tiggemann, M., Gardiner, M., & Slater, A. (2000). I would rather be size 10 than have straight A's: A focus group study of adolescent girls wish to be thinner. *Journal of Adolescence*, 23, 645-659.

Uauy, R., Albala, C., & Kain, J. (2001). Obesity trends in Latin America: transiting from under-to overweight. *Journal of Nutrition*, 131 (3) 893-899.

Velloso, L. A. (2006). O controle hipotalâmico da fome e da termogênese – implicações no desenvolvimento da obesidade. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, 50 (2), 165-176.

Vygotsky, L. S.; trad. Bezerra, P. (2000). *A construção do pensamento e da linguagem*. 1ª edição, São Paulo, SP: Martins Fontes.

Waller, G., Hamilton, K., & Shaw, J. (1992). Media influences on body size estimation in eating disordered and comparison subjects. *British Review of Bulimia and Anorexia Nervosa*, 6 (2), 81-87.

Wertheim, E. H., Paxton, S. J., Schutz, H. K., & Muir, S. L. (1997). Why do adolescent girls watch their weight? An interview study examining sociocultural pressures to be thin. *Journal of Psychosomatic Research*, 42 (4), 345–355.

Wikipédia. www.wikipedia.com. Acesso em 10/07/2006.

Wilkinson, S. (1998). Focus group in health research: Exploring the meaning of health and illness. *Journal of Health Psychology*, 3, 329-348.

Wiederman, M. W., & Pryor, T. L. (1999). Body dissatisfaction, bulimia, and depression among women: The mediating role of drive for thinness. *International Journal of Eating Disorders*, 27 (1), 90-95.

Young, E. A., McFatter, R., & Clopton, J. R. (2001). Family functioning, peer influence and media influence as predictors of bulimic behavior. *Eating Behaviors*, 2, 323-337.

Zhang, Y., Proença, R., Maffel, M., Barone, M., Leopold, L., & Friedman, J. M. (1994). Positional cloning of the mouse obese gene and its human homologue. *Nature*, 372, 425-432.

8. LISTA DE TABELAS, LISTA DE FIGURAS E LISTA DE SIGLAS

8.1. Lista de tabelas

Tabela 1: Temas das sessões de imaginação dirigida, para o grupo GI	26
Tabela 2: Descrição da amostra no pré-teste	31
Tabela 3: Descrição da amostra no pós-teste	32
Tabela 4: Comparação do grupo GI entre o pré-teste e o pós teste	32
Tabela 5: Comparação do grupo GII entre o pré-teste e o pós teste	32
Tabela 6: Comparação do grupo GIII entre o pré-teste e o pós teste	33
Tabela 7: Resultados pré-teste e pós-teste do IMC, BSQ e BDI nos três grupos.....	33
Tabela 8: Comparação entre os grupos GI e GIII no pré-teste	35
Tabela 9: Comparação entre os grupos GI e GIII no pós-teste	35
Tabela 10: Comparação entre os grupos GII e GIII no pré-teste	35
Tabela 11: Comparação entre os grupos GII e GIII no pós-teste	36
Tabela 12: Comparação entre os grupos GI e GII no pré-teste	36
Tabela 13: Comparação entre os grupos GI e GII no pós-teste	36
Tabela A: Pontos de corte na classificação de sobrepeso e obesidade.....	anexo

8.2. Lista de figuras

Figura 1: Comparação dos escores do BSQ entre o pré-teste e o pós-teste	34
Figura 2: Comparação dos escores do BDI entre o pré-teste e o pós-teste	34

8.3. Lista de siglas

IMC:	Índice de Massa Corporal
BSQ:	<i>Body Shape Questionnaire</i>
BDI:	<i>Beck Depression Inventory</i>
GI:	Grupo de exercício e imaginação dirigida
GII:	Grupo de exercício
GIII:	Grupo controle

ANEXOS

**Anexo 1. Tabela dos valores do IMC com os pontos de corte para
sobrepeso e obesidade, de acordo com a idade**
(Cole, Bellizzi, Flegal, & Dietz, 2000).

Tabela A. Valores do IMC para ponto de corte na classificação de sobrepeso e obesidade, de acordo com a idade de crianças e adolescentes

Idade (anos)	IMC (kg/m ²) sobrepeso		IMC (kg/m ²) obesidade	
	Meninos	Meninas	Meninos	Meninas
2	18.41	18.02	20.09	19.81
2.5	18.13	17.76	19.80	19.55
3	17.89	17.56	19.57	19.36
3.5	17.69	17.40	19.39	19.23
4	17.55	17.28	19.29	19.15
4.5	17.47	17.19	19.26	19.12
5	17.42	17.15	19.30	19.17
5.5	17.45	17.20	19.47	19.34
6	17.55	17.34	19.78	19.65
6.5	17.41	17.53	20.23	20.08
7	17.92	17.75	20.63	20.51
7.5	18.16	18.03	21.09	21.02
8	18.44	18.35	21.60	21.57
8.5	18.76	18.69	22.17	22.18
9	19.10	19.07	22.77	22.81
9.5	19.46	19.45	23.39	23.46
10	19.84	19.86	24.00	24.11
10.5	20.20	20.29	24.57	24.77
11	20.55	20.74	25.10	25.42
11.5	20.89	21.20	25.58	26.05
12	21.22	21.68	26.02	26.67
12.5	21.56	22.14	26.43	27.24
13	21.91	22.58	26.84	27.76
13.5	22.27	22.98	27.25	28.20
14	22.62	23.34	27.63	28.57
14.5	22.96	23.66	27.98	28.87
15	23.29	23.94	28.30	29.11
15.5	23.60	24.17	28.60	29.29
16	23.90	24.37	28.88	29.43
16.5	24.19	24.54	29.14	29.56
17	24.46	24.70	29.41	29.69
17.5	24.73	24.85	29.70	29.84
18	25	25	30	30

Legenda: IMC: Índice de Massa Corporal

Anexo 2. Questionário sobre Prontidão para Atividade Física

***Par-Q e Você* (A.C.S.M., 2000)**

Um questionário para pessoas de 15 a 69 anos de idade.

A atividade física é alegre e saudável, e cada vez mais um maior número de pessoas vem se tornando mais ativas a cada dia. Ser mais ativo é muito seguro para a maioria das pessoas. Todavia, algumas pessoas devem ser examinadas por seus médicos antes de se tornarem fisicamente muito mais ativas.

O *Par-Q* irá dizer se você deve ser examinada pelo seu médico antes de começar a praticar exercícios físicos. Bom senso é seu melhor guia para responder essas perguntas. Por favor, responda cada pergunta honestamente:

Responda *sim* ou *não*.

1. Seu médico já mencionou alguma vez que você tem uma condição cardíaca e que você só deve realizar atividade física recomendada por seu médico?
2. Você sente dor no tórax quando realiza atividade física?
3. No mês passado, você teve dor torácica quando não estava realizando atividade física?
4. Você perdeu o equilíbrio por causa de tontura ou, alguma vez perdeu a consciência?
5. Você tem algum problema ósseo ou de articulação que poderia piorar em consequência de uma alteração em sua atividade física?
6. Seu médico está prescrevendo medicamentos para sua pressão, condição cardíaca, ou qualquer outra condição?*
7. Você está utilizando algum medicamento por conta própria?***
8. Você conhece alguma outra razão que a impeça de realizar a atividade física?

*Questão adaptada segundo os objetivos dessa pesquisa. No questionário original não consta 'qualquer outra condição'.

**Questão adicionada ao questionário para essa pesquisa. Inexistente no original.

Anexo 3. Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

“Efeito do exercício aeróbio combinado com imaginação dirigida em adolescentes”

Será realizado na Academia xxxxxxx um estudo para verificar quais os efeitos físicos e psicológicos do exercício aeróbio e do treinamento mental em adolescentes do sexo feminino que estão no ensino médio.

Para a realização desse estudo, será necessário verificar o peso e a estatura da participante, com a finalidade de acompanhar possíveis mudanças em relação a essas medidas. Alguns testes psicológicos também serão administrados, na forma de questionários de auto-relato, preenchidos individualmente.

Nenhum procedimento é invasivo ou doloroso e não ameaçam a integridade física ou psicológica da participante.

As participantes desse estudo farão aulas coletivas de ciclismo *indoor* e participarão de sessões de imaginação dirigida ou vão compor um grupo sem atividade, para comparar com os demais. Todas as atividades se estenderão por até dez semanas consecutivas.

Não haverá nenhum tipo de recompensa financeira, tanto para as pesquisadoras quanto para as participantes.

Este estudo fará parte de uma dissertação de mestrado a ser apresentada ao Departamento de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina. A autora, psicóloga Suzana Dallanhol (CRP 12/1616), está à disposição para esclarecer quaisquer dúvidas através dos telefones xxxx e xxxxx e do e-mail xxxx.

Os resultados da pesquisa serão encaminhados para publicação em periódicos de divulgação científica. Em hipótese alguma será revelado o nome da participante ou qualquer outra informação que permita a identificação das instituições envolvidas na pesquisa, além da UFSC.

Acredito ter sido suficientemente informado(a) sobre a pesquisa que será desenvolvida e sobre os dados que serão coletados.

Ficaram claros para mim os propósitos desse estudo, os procedimentos a serem realizados, assim como as garantias de confiabilidade e esclarecimentos. Ficou entendido que a participação está isenta de despesas.

Concordo voluntariamente que a adolescente convidada, que está legalmente sob minha responsabilidade, participe desse estudo. Poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o andamento das atividades da pesquisa, sem qualquer consequência.

Data:

Nome, número do RG e assinatura do responsável legal pela participante

Concordo voluntariamente em participar das atividades propostas para o estudo dos efeitos do exercício e da imaginação dirigida nos aspectos físicos e psicológicos de adolescentes do sexo feminino, com o consentimento dos meus responsáveis legais.

Data:

Nome, número do RG e assinatura da participante na pesquisa

Anexo 4. Ficha individual de avaliação

Grupo GI Grupo GII Grupo GIII

Dados pessoais

Nome _____

Data de nascimento ____ / ____ / 19 ____

Telefones _____

E-mail _____

Frequência: presente em _____ sessões, o que corresponde a _____%.

Valores das medidas antropométricas

Massa pré-teste (kg) _____

Massa pós-teste (kg) _____

Estatuta pré-teste (cm) _____

Estatuta pós-teste (cm) _____

IMC pré-teste (kg/m²) _____

IMC pós-teste (kg/m²) _____

Escores nos testes psicométricos

BSQ pré-teste _____

BSQ pós-teste _____

BDI pré-teste _____

BDI pós-teste _____

Classificações nominais das pontuações do BSQ e do BDI

BSQ pré-teste _____ BSQ pós-teste _____

BDI pré-teste _____ BDI pós-teste _____

Observações _____

Anexo 5. Body Shape Questionnaire (BSQ)

Gostaríamos de saber como você vem se sentindo em relação à sua aparência nas últimas quatro semanas. Por favor, leia cada questão e faça um círculo apropriado.

Use a legenda abaixo:

- | | |
|--------------|-------------------------|
| 1. Nunca | 4. Frequentemente |
| 2. Raramente | 5. Muito frequentemente |
| 3. Às vezes | 6. Sempre |

Por favor, responda todas as questões.

Nas últimas quatro semanas:

- | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Sentir-se entediada faz você se preocupar com sua forma física? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2. Você tem estado tão preocupada com sua forma física a ponto de sentir que deveria fazer dieta? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. Você acha que suas coxas, quadril ou nádegas são grande demais para o restante de seu corpo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4. Você tem sentido medo de ficar gorda (ou mais gorda)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5. Você se preocupa com o fato de seu corpo não ser suficientemente firme? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6. Sentir-se satisfeita (por exemplo após ingerir uma grande refeição) faz você sentir-se gorda? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7. Você já se sentiu tão mal a respeito do seu corpo que chegou a chorar? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8. Você já evitou correr pelo fato de que seu corpo poderia balançar? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9. Estar com mulheres magras faz você se sentir preocupada em relação ao seu físico? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10. Você já se preocupou com o fato de suas coxas poderem espalhar-se quando se senta? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11. Você já se sentiu gorda, mesmo comendo uma quantidade menor de comida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

12. Você tem reparado no físico de outras mulheres e, ao se comparar, sente-se em desvantagem? 1 2 3 4 5 6
13. Pensar no seu físico interfere em sua capacidade de se concentrar em outras atividades (como por exemplo, enquanto assiste à televisão, lê ou participa de uma conversa)? 1 2 3 4 5 6
14. Estar nua, por exemplo, durante o banho, faz você se sentir gorda? 1 2 3 4 5 6
15. Você tem evitado usar roupas que a fazem notar as formas do seu corpo? 1 2 3 4 5 6
16. Você se imagina cortando fora porções de seu corpo? 1 2 3 4 5 6
17. Comer doce, bolos ou outros alimentos ricos em calorias faz você se sentir gorda? 1 2 3 4 5 6
18. Você deixou de participar de eventos sociais (como, por exemplo, festas) por sentir-se mal em relação ao seu físico? 1 2 3 4 5 6
19. Você se sente excessivamente grande e arredondada? 1 2 3 4 5 6
20. Você já teve vergonha do seu corpo? 1 2 3 4 5 6
21. A preocupação diante do seu físico leva-lhe a fazer dieta? 1 2 3 4 5 6
22. Você se sente mais contente em relação ao seu físico quando de estômago vazio (por exemplo pela manhã)? 1 2 3 4 5 6
23. Você acha que seu físico atual decorre de uma falta de autocontrole? 1 2 3 4 5 6
24. Você se preocupa que outras pessoas possam estar vendo dobras na sua cintura ou estômago? 1 2 3 4 5 6
25. Você acha injusto que as outras mulheres sejam mais magras que você? 1 2 3 4 5 6
26. Você já vomitou para se sentir mais magra? 1 2 3 4 5 6
27. Quando acompanhada, você fica preocupada em estar ocupando muito espaço (por exemplo, sentado num sofá ou no banco de um ônibus)? 1 2 3 4 5 6
28. Você se preocupa com o fato de estarem surgindo dobrinhas em seu corpo? 1 2 3 4 5 6
29. Ver seu reflexo (por exemplo, num espelho ou na vitrine de uma loja) faz você sentir-se mal em relação ao seu físico? 1 2 3 4 5 6
30. Você belisca áreas de seu corpo para ver o quanto há de 1 2 3 4 5 6

gordura?

31. Você evita situações nas quais as pessoas possam ver seu corpo (por exemplo, vestiários ou banhos de piscina)? 1 2 3 4 5 6

32. Você toma laxantes para se sentir magra? 1 2 3 4 5 6

33. Você fica particularmente consciente do seu físico quando em companhia de outras pessoas? 1 2 3 4 5 6

34. A preocupação com seu físico faz-lhe sentir que deveria fazer exercícios? 1 2 3 4 5 6

Anexo 6. Beck Depression Inventory (BDI)

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) diante da afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira como você tem se sentido nesta semana, incluindo hoje. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

1. 0 Não me sinto triste.

- 1 Eu me sinto triste.
- 2 Estou sempre triste e não consigo sair disso.
- 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

2. 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.

- 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
- 2 Acho que nada tenho a esperar.
- 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.

3. 0 Não me sinto um fracasso.

- 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
- 2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
- 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.

4. 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.

- 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
- 2 Não encontro um prazer real em mais nada.
- 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.

5. 0 Não me sinto especialmente culpado.

- 1 Eu me sinto culpado às vezes.
- 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
- 3 Eu me sinto sempre culpado.

6. 0 Não acho que esteja sendo punido.

- 1 Acho que posso ser punido.
- 2 Creio que vou ser punido.
- 3 Acho que estou sendo punido.

7. 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.

1 Estou decepcionado comigo mesmo.

2 Estou enojado de mim.

3 Eu me odeio.

8. 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.

1 Sou crítico em relação a mim devido a minhas fraquezas ou meus erros.

2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.

3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.

9. 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar.

1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.

2 Gostaria de me matar.

3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.

10. 0 Não choro mais que o habitual.

1 Choro mais agora do que costumava.

2 Agora, choro o tempo todo.

3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira.

11. 0 Não sou mais irritado agora do que já fui.

1 Fico molestado ou irritado mais facilmente do que costumava.

2 Atualmente me sinto irritado o tempo todo.

3 Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me.

12. 0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.

1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.

2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.

3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.

13. 0 Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outra época.

1 Adio minhas decisões mais do que costumava.

2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.

3 Não consigo mais tomar decisões.

14. 0 Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser.

1 Preocupo-me por estar parecendo velho ou sem atrativos.

2 Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.

3 Considero-me feio.

15. 0 Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes.

1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.

2 Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa.

3 Não consigo fazer nenhum trabalho.

16. 0 Durmo tão bem quanto de hábito.

1 Não durmo tão bem quanto costumava.

2 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir.

3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir.

17. 0 Não fico mais cansado que de hábito.

1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava.

2 Sinto-me cansado ao fazer quase qualquer coisa.

3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.

18. 0 Meu apetite não está pior do que de hábito.

1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.

2 Meu apetite está muito pior agora.

3 Não tenho mais nenhum apetite.

19. 0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.

1 Perdi mais de 2,5 Kg.

2 Perdi mais de 5,0 Kg.

3 Perdi mais de 7,5 Kg.

Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos: SIM () NÃO ()

20. 0 Não me preocupo mais que o de hábito com minha saúde.

1 Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre.

2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso.

3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa.

21. 0 Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual.

1 Estou menos interessado por sexo que costumava.

2 Estou bem menos interessado em sexo atualmente.

3 Perdi completamente o interesse por sexo.

Anexo 7. Roteiro da entrevista final

- 1.** Por que as mulheres querem ser magras ou, mais magras?*
- 2.** O fato de cada uma de vocês ter respondido que quer perder peso significa que estão insatisfeitas com a forma atual?*
- 3.** Os rapazes gostam das mulheres tão magras como as próprias mulheres querem ser ou admiram?*
- 4.** Falar sobre esse assunto, como estamos fazendo agora, é tranquilo ou deixa vocês desconfortáveis ou ansiosas?
- 5.** Como vocês se sentiram nesses dois meses, participando das atividades?

*Perguntas baseadas em Tiggmann, Gardiner e Slater (2000).

Anexo 8. Glossário

Autonomia: senso de independência.

Auto-relato: relato feito pelo próprio indivíduo sobre sua experiência.

Beck Depression Inventory (BDI): Inventário de Depressão de Beck. Teste psicométrico desenvolvido por Beck e colaboradores para acessar sintomas da depressão e classificar a intensidade do estado depressivo do respondente.

Body Shape Questionnaire (BSQ): Questionário de Imagem Corporal. Teste de auto-relato para acessar informações sobre a preocupação do respondente com relação à sua forma corporal.

Cérebro: é uma parte do encéfalo e não sinônimo dele. Especificamente, é a parte maior do prosencéfalo.

CID-10: Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão. Diretrizes diagnósticas elaboradas pela Organização Mundial de Saúde.

Cognição: processo por meio do qual o conhecimento é adquirido e utilizado.

Conflito: existência simultânea de oportunidades, necessidades, objetivos ou demandas incompatíveis.

Comorbidade: qualquer condição clínica distinta, adicional, que existe ou pode ocorrer durante o curso clínico de uma outra condição e interfere no seu curso e prognóstico.

Comportamento:

Coorte: grupos de pessoas nascidas durante o mesmo período histórico.

Córtex: conjunto de neurônios que formam uma lâmina fina, sulcada, de cor cinzenta que cobrem os hemisférios do encéfalo. Em cada um dos dois hemisférios o córtex é dividido em quatro lobos anatomicamente distintos: frontal, temporal, parietal e occipital.

Cortical: referente ao córtex.

Crítérios de diagnóstico: relação de características essenciais que devem estar presentes no quadro clínico para a classificação de uma condição de acordo com o DSM-IV ou CID-10.

Cultura: conjunto de valores, atitudes, comportamentos e crenças transmitidas através dos processos de aprendizagem entre os grupos sociais.

Depressão: condição psicológica caracterizada por sentimentos de tristeza, falta de interesse em muitas atividades, sentimento de culpa e de inutilidade.

Diagnóstico: classificação descritiva feita com de acordo com DSM-IV ou o CID-10. Nomear uma condição torna mais precisa a troca de informações sobre ela.

Distímia:

DSM-IV: em inglês, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition*; Manual Diagnóstico e Estatístico das Desordens Mentais, quarta edição. Elaborado pela *American Psychiatric Association*. Relaciona critérios específicos para a classificação de uma condição em categoria diagnóstica.

Encéfalo: parte do sistema nervoso central contida na caixa craniana, consistindo de três regiões mais amplas que são: o encéfalo posterior (bulbo, ponte e cerebelo), o mesencéfalo e o prosencéfalo (diencéfalo e hemisférios cerebrais).

Enzima: molécula de proteína que controla uma reação química, combinando duas substâncias ou quebrando uma substância em duas partes, funcionando como catalisador.

Epidemiologia: é o estudo da distribuição, incidência, prevalência e duração de uma condição.

Esquema cognitivo: conjunto de crenças, conhecimentos ou expectativas sobre algo, baseado na aprendizagem.

Esquizofrenia: transtorno psicológico caracterizado por delírios, alucinações, pensamentos desorganizados, agitação ou imobilidade, emoções embotadas, entre outros sinais e sintomas.

Estereótipo: característica única valorizada além da sua importância em detrimento dos outros aspectos que compõem o todo.

Estresse: estado de tensão psicológica.

Estrogênios: classe de hormônios esteróides femininos que inclui o estradiol e a progesterona.

Estudo de coorte: é um estudo realizado por um longo período em uma população bem definida, isto é, população de pessoas com idades cronológicas muito próximas.

Estudo duplo-cego: é um estudo onde nem os pesquisadores, nem os participantes sabem quais são os grupos experimentais e quais são os grupos controles. Esse delineamento minimiza a influência das expectativas sobre os resultados.

Estudo longitudinal: é o estudo que observa o evento à medida que ele ocorre, ao longo do tempo.

Estudo transversal: é o estudo realizado em determinado ponto do tempo.

Estudo experimental: é o estudo em que há o controle dos fatores que possam intervir em uma condição enquanto é feita a manipulação de variáveis para verificar o efeito das mesmas sobre os organismos.

Fenótipo: (1) a manifestação externa detectável de um genótipo específico. (2) Traços comportamentais e físicos de um organismo.

Figura: aspecto percebido em destaque em relação ao fundo.

Fundo: aspectos do todo que são percebidos como secundários.

Gene: a unidade funcional e física fundamental da hereditariedade, portadora de informações de uma geração para a seguinte; um segmento do DNA (ácido desoxirribonucleico), composto de uma região transcrita e um sequência reguladora que possibilita a transcrição (a síntese de RNA – ácido ribonucleico - com o uso de um molde de DNA).

Gênero: conjunto de significados sociais associados ao fato de um indivíduo ser biologicamente fêmea ou macho.

Genótipo: composição genética de um organismo.

Hipocampo: estrutura cortical encefálica localizada na região medial do lobo temporal. Tem função importante ligada à aprendizagem e à memória.

Hipotálamo: estrutura encefálica situada na parte ventral do diencéfalo que contém muitos núcleos associados à regulação da temperatura, à fome, à sede e ao comportamento sexual.

Hormônio: molécula secretada por órgão endócrino no sistema circulatório e que atua como sinalizador de longa distância, ativando receptores nas células alvo.

Humor: emoção ou sentimento abrangente que influencia a maneira como o indivíduo se percebe e como percebe o ambiente.

Imaginação dirigida: elaboração de representações cognitivas de uma situação descrita por outra pessoa.

Imagem corporal: representação cognitiva da própria aparência.

Indoor: (inglês) em ambiente interno.

Insatisfação corporal: infelicidade em relação à própria aparência.

Insulina: hormônio liberado pelas células β do pâncreas. Regula os níveis de glicose no sangue.

Leptina: hormônio protéico liberado pelos adipócitos (células que armazenam gordura) que promove a comunicação entre o tecido gorduroso e o hipotálamo para regular a fome de acordo com a quantidade de gordura armazenada no organismo.

Lobo frontal: região do encéfalo situada sob o osso frontal.

Lobo occipital: região do encéfalo situada sob o osso occipital.

Lobo parietal: região do encéfalo situada sob o osso parietal.

Lobo temporal: região do encéfalo situada sob o osso temporal.

Matéria cinzenta: áreas do sistema nervoso compostas predominantemente de corpos celulares, levando a uma aparência cinzenta.

Medicamentos antidepressivos: substâncias químicas sintéticas que tratam os sintomas depressivos. As drogas antidepressivas mais amplamente utilizadas fazem parte de três classes maiores: os compostos tricíclicos, os inibidores da monoamina oxidase (IMAO) e os inibidores seletivos da recaptção de serotonina.

Medicamentos antidepressivos inibidores da monoamina oxidase (IMAO): supostamente agem no encéfalo reduzindo a degradação de aminas biogênicas (serotonina e noradrenalina) pela enzima monoamina oxidase, assim fazendo com que mais neurotransmissor esteja disponível para liberação nas sinapses aminérgicas e prolongando a ação dos transmissores aminérgicos. Foram os primeiros antidepressivos efetivos a serem usados clinicamente.

Medicamentos antidepressivos inibidores seletivos da recaptção de serotonina: substâncias (por ex. fluoxetina, paroxetina e sertralina) que prolongam as ações da serotonina liberada sinápticamente devido à inibição de sua recaptção, sem afetar a recaptção de outros neurotransmissores.

Medicamentos antidepressivos tricíclicos: ou inibidores gerais da recaptção de aminas biogênicas. Formam uma classe de substâncias químicas que inibem a recaptção de noradrenalina e serotonina. Recebem a denominação 'tricíclicos' por causa de suas estruturas moleculares com três anéis.

Memória: processo através do qual o conhecimento é codificado, retido e, posteriormente, recuperado.

Memória de trabalho: processo de armazenamento temporário de informação, com capacidade limitada.

Mente: conjunto de operações cognitivas realizadas pelo sistema nervoso.

Neurônios: células através das quais as informações são transmitidas no sistema nervoso.

Neurotransmissor: substância química liberada pelo botão terminal de um neurônio que tem efeito excitatório ou inibitório sobre outro neurônio.

Núcleo: (1) termo genérico utilizado para descrever uma massa claramente distinguível de neurônios, em geral no interior do encéfalo. (2) organela no corpo celular que contém os cromossomos.

Núcleo amigdalóide: conjunto de neurônios que formam uma estrutura localizada na parte profunda do encéfalo e que coordena as respostas vegetativas e endócrinas dos estados emocionais.

Parâmetros estatísticos: estatísticas que descrevem as características das populações.

Percepção: processo de consciência que envolve uma interpretação da sensação.

Prevalência: ocorrência predominante de uma condição em um grupo de pessoas com características semelhantes que estão inseridas na população.

Psicologia: estudo científico do comportamento e dos processos cognitivos dos animais, incluindo o ser-humano.

Psicoterapia: intervenção realizada através de métodos psicológicos, em seres humanos.

Psicofarmacologia: estudo científico dos efeitos das substâncias químicas nos processos cognitivos e no comportamento.

Psicologia do exercício: área do conhecimento que estuda a relação entre bem-estar psicológico e prática de exercício físico (que, de fato, nunca é só físico, já que os processos cognitivos não são interrompidos durante o exercício). É uma área do conhecimento, porém, no Brasil, ainda não é reconhecida pelo Conselho Federal de Psicologia como especialidade distinta da ‘psicologia do esporte’. No entanto, são áreas distintas. Em alguns países a especialidade profissional recebe a denominação de ‘psicologia do esporte e do exercício’.

Psicologia cognitiva: abordagem psicológica que enfatiza o papel dos processos de pensamento na compreensão do comportamento.

Psicologia evolucionista: área de pesquisa que estuda como os processos psicológicos se desenvolveram por meio da seleção natural (comportamentos que auxiliarem a sobrevivência ou aumentarem as chances de reprodução tenderão a persistir durante o curso da história evolutiva).

Puberdade: processo biológico de mudança, caracterizado pelo desenvolvimento das características sexuais secundárias.

Randomização: procedimento de escolha aleatória que assegura que cada participante de um experimento tenha igual probabilidade de ser colocado em um grupo específico.

Receptor: (1) proteína especializada que detecta sinais químicos, tais como neurotransmissores e inicia uma resposta celular. (2) célula especializada que detecta estímulos ambientais e gera respostas neurais.

Sensação: entrada básica e elementar das informações dos estímulos.

Sinais: são percepções do ponto de vista do observador.

Síndrome: grupo de sinais e sintomas que ocorrem juntos. É menos específico que transtorno.

Sintomas: são relatos da própria pessoa sobre como ela se sente.

Sistema nervoso: nome coletivo para todos os neurônios do corpo.

Sistema nervoso central (SNC): parte do sistema nervoso que inclui o encéfalo e a medula espinhal.

Sistema nervoso periférico: mesmo anatomicamente separado do SNC esta funcionalmente envolvido com este. E composto de feixes especializados de neurônios (ganglios) e de nervos periféricos que transmitem informações para o SNC e executam comandos motores gerados no encéfalo e na medula.

Supostos paramétricos: incluem os seguintes critérios: a) a amostra é grande, com $n > 30$; b) a amostra procede de uma população distribuída segundo a lei normal; c) a variável dependente é quantitativa contínua; d) existe homoscedasticidade (homogeneidade de variâncias) entre os grupos.

Testes estatísticos não-paramétricos: não fazem suposições sobre a distribuição da população.

Testes estatísticos paramétricos: assumem uma distribuição normal dos dados em uma população. Só podem ser aplicados com variáveis que cumprem os requisitos chamados 'supostos paramétricos'.

Testes psicométricos: instrumentos de avaliação padronizados, construídos a partir da observação da curva de distribuição da população em relação aos itens que pretendem testar. A validação ou *standardização* refere-se à tendência para a pontuação dos itens terem a mesma distribuição entre os avaliados, o que é feito aplicando-se o teste em um grande número de pessoas e utilizando-se de provas estatísticas para verificar, entre outros aspectos, a **consistência interna**.

Transdução de sinal em cascata: uma série de eventos sequenciais que passa um sinal recebido por um receptor transmembrana através de uma série de moléculas intermediárias até as moléculas reguladoras finais, modificando a resposta ao sinal.

Transtornos afetivos (ou transtornos de humor): são caracterizados por sentimentos e emoções desordenados, quando o afeto parece separado da realidade. Os indivíduos podem ter sentimentos de extrema euforia (mania) ou tristeza profunda (depressão) que não são justificados pelos eventos em suas vidas.

Transtorno bipolar: transtorno psicológico do humor caracterizado por episódios de mania entremeados por episódios de depressão.

Transtorno unipolar: transtorno psicológico do humor caracterizado por depressão ininterrupta ou períodos de depressão que não se alternam com períodos de mania. A mania sem períodos de depressão é rara.