

ASSOCIAÇÃO DA PERCEPÇÃO DE IMAGEM CORPORAL COM A RESISTENCIA CARDIACA E INDICE DE ADIPOSIDADE CORPORAL EM PRATICANTES DE EXERCICIOS FISICOS

Fabiano Piazzon da Silva¹
Pedro Jorge Cortes Morales¹
Mônica Faitarone Brasilino²
Fabrício Faitarone Brasilino¹

RESUMO

A realização de atividade física promove diversos benefícios para o organismo. Entretanto, com a pressão social para que se atinja um padrão de beleza ideal, observa-se, na atualidade, uma alta insatisfação com a própria imagem corporal. A fim de avaliar o grau de satisfação com o próprio corpo, o presente estudo teve como objetivo associar a percepção da imagem corporal, o índice de adiposidade corporal (IAC) e a resistência cardíaca. Essas variáveis foram avaliadas por meio do teste de Ruffier-Dickson, do cálculo do IAC e da escala de silhuetas de Kakeshita (2009), fazendo-se uma análise comparativa entre os indivíduos. A amostra foi composta por 30 praticantes de exercícios físicos em academia de Joinville, na faixa etária de 18 a 45 anos, sendo 20 do sexo feminino entre 21 a 45 anos com média de 28,6 ($\pm 6,0$) anos e 10 do sexo masculino entre 18 a 45 anos com média 30,1 ($\pm 8,1$) anos. Após análise observou-se que 60% dos indivíduos avaliados tem resistência cardíaca fraca ou muito fraca, mesmo estes estando ativos na academia. Em relação à percepção da imagem corporal, os resultados sugeriram uma insatisfação com o próprio corpo, em que 51% do sexo feminino e 27% do sexo masculino superestimaram seu tamanho corporal. Percebe-se, portanto, que a amostra avaliada, além de não possuir um bom condicionamento físico, não está satisfeito com o seu próprio corpo, enxergando-se de forma negativa.

Palavras-chave: Percepção de imagem corporal. Resistência cardíaca. IAC.

1-Universidade da Região de Joinville (Univille), Joinville-SC, Brasil.

2-Universidade de Franca (UNIFRAN), Franca-SP, Brasil.

ABSTRACT

Association of perception of body image with the resistance and cardiac index of adiposity in practitioners of physical exercises

The performance of physical activities promotes several benefits to the body. However, with the social pressure to reach a pattern of ideal beauty, it is observed, in the present days, a high dissatisfaction with the own image. To assess the degree of satisfaction with own body, the present study aimed to associate body image perception, body adiposity index (BAI) and cardiac resistance. These variables were evaluated through the Ruffier-Dickson test, the BAI calculation and the Kakeshita's silhouettes scale (2009), making a comparative analysis among the individuals. The sample consisted of 30 physical exercise practitioners in a Joinville gym, of which 20 were women between the ages of 21 and 45 years, and the mean age was 28.6 (± 6.0) and 10 males aged 18 and 45 years, and mean age of 30.1 (± 8.1). After analysis, it was observed that 60% of the evaluated individuals have weak or very weak cardiac resistance, even if they're active in the gym. Regarding body image perception, the results suggested a dissatisfaction with the body itself, in which 51% of females and 27% of males overestimated their body size. It can be seen, therefore, that the evaluated sample, besides not having a good physical conditioning, is not satisfied with its own body, seeing themselves in a negative way.

Key words: Body image. Heart rate. BAI.

E-mails dos autores:

fabiano.piazzon@gmail.com

pedro.jorge@univille.br

mfaitarone@yahoo.com.br

fabriciofaitarone@univille.br

INTRODUÇÃO

Atividade física é qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos, resultando em um gasto energético maior se comparado com os níveis de repouso. O exercício físico, por outro lado, é uma atividade física planejada, isto é, uma repetição de sequência de movimentos que possui frequência, duração e intensidade, cujo objetivo está relacionado com a melhora da saúde (Caspersen e colaboradores, 1985).

Sabe-se que a prática de atividade física promove diversos benefícios no organismo como um todo, como a manutenção do peso corporal e o aumento do metabolismo, a prevenção de doenças cardiovasculares e osteoarticulares, o controle dos níveis de colesterol e da pressão arterial e muitos outros.

Além disso, a atividade física também pode trazer benefícios psicológicos e sociais, como a prevenção da depressão, o alívio do estresse e a melhora da autoestima e do convívio social (Teixeira e colaboradores, 2009).

Entretanto, quando realizado de forma exagerada, os exercícios físicos podem originar uma dependência patológica (Pereira Junior e colaboradores, 2009), causando diversos problemas de saúde ao invés das melhoras já citadas. Estima-se que aproximadamente 80% dos pacientes diagnosticados com anorexia nervosa e 55% dos pacientes bulímicos fazem a prática de exercícios físicos compulsivamente em algum momento de sua história clínica (Davis, 1997 em Teixeira, 2009).

Com o aumento da incidência de transtornos alimentares e distorção da imagem corporal, a prática inadequada dos exercícios físicos tem se tornado cada vez mais frequente. Consequentemente, os profissionais da área da saúde devem prestar mais atenção a essa problemática, com o intuito de diagnosticar corretamente os portadores desses distúrbios para que haja um acompanhamento adequado dos mesmos, promovendo a melhora do quadro.

Imagem corporal é a percepção que temos de nosso próprio corpo juntamente com os sentimentos em relação à forma, tamanho e partes constituintes (Martins e colaboradores, 2010). É uma expressão muito empregada pelos profissionais que têm como foco de

trabalho o corpo humano, entre os quais médicos, fisioterapeutas, psicólogos, profissionais de educação física, entre outros (Tavares, 2003).

Tavares (2003, p. 39) ainda apresenta:

É fácil observar que o entendimento desse termo difere bastante entre eles. No entanto, algumas referências parecem fazer sentido e são bem aceitas por esse grupo de profissionais. Por exemplo, fazer uma intervenção com o objetivo de “desenvolver a imagem corporal” ou “melhorar a imagem corporal”, constatar que uma pessoa com alguma doença ou deficiência apresenta “alteração ou distúrbio de imagem corporal” ou, ainda, “fazer uma avaliação para verificar a imagem corporal” de um paciente ou de um aluno afim de subsidiar uma proposta de tratamento ou ação pedagógica são expressões que parecem ter significados claros.

A insatisfação com a própria imagem corporal e a pressão social para se atingir o padrão de beleza da atualidade exerce uma forte influência na forma em que se percebe e se avalia o próprio corpo. Ao mesmo tempo em que houve uma piora dos hábitos alimentares e da prática de exercícios da população em geral, decorrente do processo de modernização e urbanização, percebe-se que há cada vez mais casos relatados de indivíduos com distúrbios da imagem corporal (Silva e colaboradores, 2007).

Isso se deve ao atual cenário conflitante vigente, no qual ideias paradoxais são impostas para a sociedade: por um lado, há certo estímulo para o consumo de alimentos de baixo teor nutricional e de fácil acesso, além do sedentarismo, uma vez que se é exigido otimização do tempo e alta produtividade (herança do modelo fordista); do outro, a mídia bombardeia os indivíduos com a ideia de que sucesso, beleza e felicidade estão interligados com um corpo perfeito (Andrade e Bosi, 2003).

Esses distúrbios da imagem corporal presentes cada vez mais na sociedade, frequentemente levam a distúrbios alimentares como a anorexia e a bulimia. Essas doenças têm como principais sintomas o medo de engordar, a preocupação excessiva com os alimentos, o desejo de emagrecer e, com dito anteriormente, distorção da imagem corporal (Martins e colaboradores, 2010).

Geralmente afetam adolescentes e adultos jovens do sexo feminino, podendo causar prejuízos biológicos, psicológicos e aumento morbimortalidade.

Entretanto, o que costumava ser preocupação exclusivamente feminina passou a fazer parte do universo masculino também. Um exemplo de transtorno disfórmico corporal que acomete os homens é a vigorexia. Essa condição consiste na preocupação excessiva do indivíduo em ficar forte e musculoso. Para isso, são dispendidas diversas horas do dia para a prática de exercícios físicos objetivando o ganho de massa muscular, o que pode ocasionar prejuízo social, além de abuso de anabolizantes e problemas de saúde (Assunção, 2002).

Nesse sentido, a prática de exercícios físicos monitorada por um profissional da educação física pode se tornar um poderoso coadjuvante no tratamento de diversas enfermidades físicas e psicológicas e um componente importante na adoção de um estilo de vida saudável. Tendo em vista que o nível de atividade física é fator determinante da capacidade cardiorrespiratória, torna-se crucial esse acompanhamento para obter melhores resultados.

Conforme Araújo e colaboradores (2013) em Borfe e colaboradores (2017):

Para sobreviver, o ser humano depende do oxigênio, e quando realiza um trabalho físico tem necessidade de aumentar a entrada de ar para os pulmões, incrementar a circulação sanguínea e ativar vias metabólicas específicas nos músculos esqueléticos, resultando em uma maior captação e utilização do oxigênio. Exercícios que envolvem grandes grupos musculares produzem respostas nos sistemas respiratório, cardiovascular e muscular, e essas respostas aumentam até um limite definido como consumo máximo de oxigênio (VO₂máx) ou condição aeróbica do indivíduo.

Essa resistência cardiorrespiratória, frequentemente é chamada igualmente de resistência cardiovascular, aptidão cardiovascular, resistência cardíaca, capacidade aeróbia, aptidão cardiorrespiratória, aptidão aeróbia ou/e às vezes mais amplamente "resistência" - embora a resistência pode igualmente referir a habilidade do músculo de fazer o trabalho repetido sem fadiga.

A resistência cardíaca é avaliada por meio da frequência cardíaca (FC), a qual é mensurada por meio de palpação ou aparelhos pessoais de monitoramento chamados frequencímetros. A técnica de palpação para a mensuração da FC compreende a contagem do número de batimentos através da palpação utilizando-se a ponta dos dedos médio e indicador sobre a artéria carótida, ou artéria radial (White Jr., 1977 apud Marins e colaboradores, 1998. p.115).

A frequência cardíaca é modulada pelas duas divisões do sistema nervoso periférico: o simpático e o parassimpático. O primeiro, responsável por aumentar a frequência cardíaca e a força de contração, atua por meio de receptores adrenérgicos, sendo ativado em situações de luta ou fuga e exercícios físicos intensos.

Portanto, há uma intensa dilatação dos vasos sanguíneos musculares e, também, dos brônquios e bronquíolos, permitindo uma melhor oxigenação muscular e uma consequente melhora no desempenho físico.

Já o último age por meio de receptores colinérgicos, produzindo um efeito oposto, isto é, reduzindo a frequência cardíaca. Esse ramo do sistema periférico é responsável pelo "rest and digest", ou seja, sua ativação ocorre durante o repouso e após refeições, no qual o corpo reduz a circulação de sangue nos músculos, concentrando-o no sistema digestório.

Com isso, percebe-se que há um equilíbrio entre o funcionamento de ambos, garantindo a modulação da frequência cardíaca e um correto funcionamento do organismo frente a diversas situações (Silverthorn, 2010).

Existem diferentes protocolos e procedimentos para a realização de testes, contudo, há sempre uma dificuldade prática e real em se determinar quando um indivíduo efetivamente alcançou o seu máximo. Por sua maneira fácil de mensuração, a FC tem sido a mais frequentemente empregada para esse fim (Kindermann e colaboradores, 2002 apud Araújo e Pinto, 2005).

Dentro disso, existe o protocolo de Ruffier - Dickson (Granel e Cervera, 2003), o qual utiliza a FC como mensuração da resistência cardíaca, a fim de se determinar o condicionamento físico do indivíduo. Esse protocolo consiste em aferir a FC em três

momentos: em repouso (FC1), após a realização de 45 agachamentos em um período de 30 segundos (FC2) e por último, após 1 minuto da realização dos agachamentos (FC3) (Granel e Cervera, 2003). Esse protocolo é de fácil aplicação uma vez que não utiliza materiais (apenas um cronômetro) e não necessita de um local específico. Por isso, pode ser utilizado sem grandes recursos, sendo assim um método barato e eficaz.

Além da resistência cardíaca, outro dado importante para a prescrição de atividade física é a gordura corporal. O Índice de Adiposidade Corporal (IAC) é uma nova proposta para a predição de gordura corporal que vem ganhando espaço como uma alternativa ao Índice de Massa Corporal (IMC) que é largamente mais utilizado.

O IMC é o parâmetro que foi inventado em 1832 por Adolphe Quetelet, e, reavaliado mais tarde por Ancel Keys. Seu cálculo utiliza a fórmula matemática do peso (Kg) dividido pela estatura (m) ao quadrado, é uma referência utilizada para aferir fatores de risco para doenças segundo a OMS, porém sua medida representa muito mais corpulência que a adiposidade uma vez que indivíduos musculosos e obesos podem apresentar o mesmo índice.

O novo Índice de Adiposidade Corporal foi apresentado por Bergman e colaboradores (2011), em uma publicação na Revista Obesity. O IAC utiliza a medida de circunferência do quadril e a estatura e é através dessas duas medidas que se propõem quantificar a gordura corporal. A fórmula do cálculo de Índice de Adiposidade Corporal é mais complexa quando comparada com a do IMC. A fórmula do Índice de Adiposidade Corporal (Jucá, 2013) se dá dividindo a medida da circunferência do quadril (cm), pela estatura (m), multiplicada pela raiz quadrada da estatura (m), e diminui-se 18 do resultado. O diferencial está nos valores de referência utilizado para a leitura, onde o IAC difere gênero masculino e gênero feminino.

Este estudo tem como objetivo geral determinar os índices de associação da percepção de imagem corporal com a resistência cardíaca e o IAC em praticantes de exercícios físicos em academia de Joinville.

MATERIAIS E MÉTODOS

Os procedimentos metodológicos da pesquisa são de cunho teórico-bibliográfico, de campo, quantitativo e estudo transversal.

A população/amostra da pesquisa foi composta por praticantes de musculação, matriculados em uma academia de Joinville-SC, em um total de 30 indivíduos de ambos os sexos, na faixa etária de 18 a 45 anos, que participam de exercícios na academia e que foram convidados a participar do teste.

Foi solicitado o preenchimento do TCLE, que informa os objetivos da pesquisa, sua metodologia e a solicitação da participação do mesmo. Os indivíduos participaram da pesquisa de forma voluntária. Os procedimentos para a realização dos testes utilizados, foram:

Com base no protocolo de Ruffier- (Granel e Cervera, 2003), primeiramente mediu-se a frequência cardíaca em repouso durante 15 segundos. Realizou-se 30 flexões sobre as extremidades inferiores (agachamentos) por 45 segundos. A frequência cardíaca foi medida novamente durante 15 segundos após finalizadas as execuções. Um minuto depois de finalizado, foi medida novamente a frequência cardíaca por 15 segundos. Calculou-se, assim, o índice da prova.

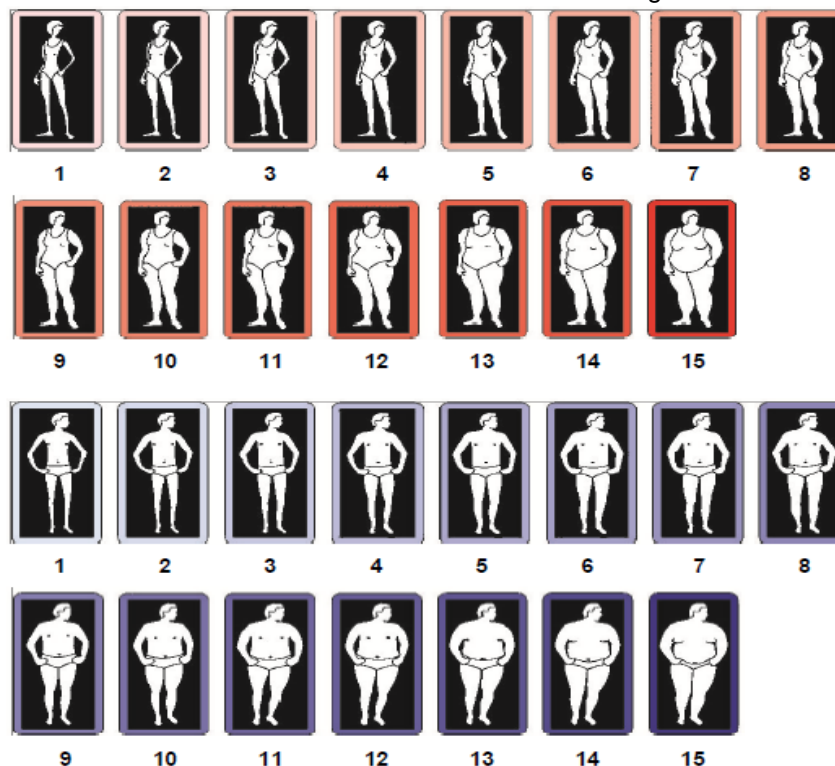
O Índice de Adiposidade Corporal utiliza a medida de circunferência do quadril e a estatura (Bergman e colaboradores, 2011). A estatura foi aferida com um estadiômetro portátil, da marca Sanny, fixado a uma parede sem roda pé, com 2,2 metros de extensão. Realizou-se a medida da estatura a partir da posição ortostática; pés descalços e com os calcanhares unidos, olhar fixo num ponto à frente e para a circunferência do quadril foi utilizada uma fita metálica da marca Sanny, com precisão de 0,1 mm. Para o cálculo do IMC utilizou-se uma balança digital com carga máxima de 200 kg e resolução de 0,1 kg de precisão da marca G-tech. A pesagem foi realizada com os alunos de pés descalços. Após a coleta dos dados foi feito o cálculo que se propõe a quantificar a gordura corporal.

Fórmula do IAC: $[\text{Quadril} / (\text{altura} \times \sqrt{\text{altura}})] - 18$

A percepção da imagem corporal foi avaliada através da Escala de Silhuetas Adaptadas para Adultos Brasileiros, proposta por Kakeshita e colaboradores (2009), com

figuras enumeradas de 1 a 15, representando gradativamente desde a magreza até a obesidade severa. Os participantes escolheram o número da silhueta considerada

mais semelhante à sua atualmente (PIC1), e logo após, escolheram o número da silhueta que pretendiam obter (PIC 2), conforme demonstra a figura 1.



Fonte: Kakeshita e colaboradores (2009).

Figura 1 - Escala de silhuetas para adultos (feminino e masculino).

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNIVILLE, conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisa com seres humanos, obtendo parecer favorável para a sua execução, sob número 2.207.564.

Para a análise e interpretação dos dados obtidos foi utilizada a estatística descritiva com medidas de tendência central (média) e dispersão (desvio padrão). O teste Shapiro Wilk demonstrou normalidade entre as variáveis investigadas, optando-se assim pelos testes paramétricos. O comparativo das amostras se deu pelo Teste-t de Student para amostras independentes, adotando nível de significância $p < 0,05$. Utilizou-se a matriz do coeficiente de Pearson para correlacionarmos as variáveis investigadas e o coeficiente de determinação, adotando Anova One Way, nível de significância $p < 0,05$. Utilizou-se a análise de frequência, sendo absoluta e relativa.

Para a associação dos dados o teste do qui-quadrado foi empregado, sendo o erro de significância ($\alpha < 0,05$). O programa estatístico utilizado foi o Action 2.9.

RESULTADOS

Na tabela 1, são demonstrados os valores médios, desvio padrão, maiores e menores, da idade, peso, estatura, de todos os indivíduos e para o sexo masculino e feminino.

Comparando-se os valores médios, mínimos e máximos e desvio padrão de idade, peso corporal e estatura, entre o sexo masculino e feminino (tabela 1), observa-se que para o sexo masculino a média de idade é de 30,1 anos \pm 8,1, tendo como idade mínima o valor de 18 anos e máximo de 45 anos, enquanto que para o sexo feminino a média é de 28,6 anos \pm 6,0, o valor da idade mínima é de 21 anos e máxima é de 45 anos.

Podemos observar que para o sexo masculino a média de peso corporal é de 81,3 Kg \pm 11,3, tendo como peso mínimo o valor de 55,60 kg e máximo de 91,00 kg, enquanto que para o sexo feminino a média é de 62,1 Kg \pm 9,9, o valor do peso mínimo é de 46,00 kg e máximo é de 79,50 kg. Observando a estatura, verificamos que o sexo masculino apresenta uma média de 1,78 m \pm 0,1 sendo que a estatura mínima é de 165 cm e a máxima de 191 cm, já no sexo feminino a média corresponde a 1,64 m \pm 0,1, tendo como valores mínimos e máximos 152 cm e 181 cm respectivamente.

Todos os valores referentes as variáveis de idade, peso corporal e estatura do sexo masculino são superiores: média de idade é de 30,1 anos \pm 8,1 a média de peso corporal é 81,3 Kg \pm 11,3 e a média estatura é 178 cm \pm 0,1.

Já no comparativo dos indivíduos por sexo nas diferentes variáveis (Tabela 2), encontrou-se significâncias estatísticas ($p < 0,05$) na imagem corporal e no IAC, com diferença relativa de 86,7% ($p = 0,04$) e 21,7% ($p = 0,001$) respectivamente.

Tabela 1 - Caracterização dos em praticantes de exercícios físicos em academia de Joinville-SC.

Variáveis	Total	Masculino	Feminino
	n=30	n=10	n=20
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Idade	29,1 \pm 6,8	30,1 \pm 8,1	28,6 \pm 6,0
Peso	68,5 \pm 13,8	81,3 \pm 11,3	62,1 \pm 9,9
Estatura	1,69 \pm 0,1	1,78 \pm 0,1	1,64 \pm 0,1

Legenda: \bar{X} = média, SD= desvio padrão, Δ = diferença absoluta, Δ (%) = diferença relativa, p= teste-t de Student ($p < 0,05$).

Tabela 2 - Comparativo da percepção de imagem corporal, resistência cardíaca, índice de adiposidade corporal e índice de massa corporal em praticantes de exercício físico em academia de Joinville-SC.

Variáveis	Masculino	Feminino	Δ	Δ %	P
	n=10	n=20			
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$			
Imagem corporal	1,1 \pm 1,5	8,3 \pm 1,2	7,2	86,7%	0,04*
Resistência cardíaca	9,9 \pm 5,7	10,8 \pm 10,3	0,88	8,9%	0,63
IAC	23,0 \pm 2,6	28,0 \pm 3,6	5,0	21,7%	0,001*
IMC	25,7 \pm 2,6	26,7 \pm 15,7	1,0	3,7%	0,85

Legenda: \bar{X} = média, SD= desvio padrão, Δ = diferença absoluta, Δ (%) = diferença relativa, p= teste-t de Student (* $p < 0,05$).

Tabela 3 - Classificação da resistência cardíaca, por meio do escore do teste Ruffier-Dickson, em todos praticantes de exercício físico (n=30) em academia de Joinville-SC.

Classificação	n	freq	freq %
10 á 15 ou mais	18	60,0%	
5 á 10	8	26,7%	
1 á 5	4	13,3%	
Menos de 1	-	0,0%	

Legenda: freq= frequência absoluta, freq%= frequência relativa, Escore do teste Ruffier-Dickson: 10 a 15 ou mais - baixo, 5 a 10 - médio, 1 a 5 - bom, menos de 1 - muito bom.

Tabela 4 - Classificação da resistência cardíaca, por meio do escore do teste Ruffier-Dickson, em praticantes de exercício físico no sexo masculino e feminino em academia de Joinville-SC.

Classificação	Masculino		Feminino		Δ	Δ %	p
	n=10	n=20	n=20	n=20			
	Freq.	freq %	freq	freq %			
10 á 15 ou mais	5	50,0%	13	65,0%	8	160%	0,92
5 á 10	2	20,0%	6	30,0%	4	200%	
1 á 5	3	30,0%	1	5,0%	-2	-67%	
Menos de 1	0	0,0%	0	0,0%	0	-	

Legenda: Δ = diferença da frequência absoluta, Δ %= diferença frequência da relativa, Escore do teste Ruffier-Dickson: 10 a 15 ou mais - baixo, 5 a 10 - médio, 1 a 5 - bom, menos de 1 - muito bom, p= teste qui-quadrado ($p < 0,05$).

Tabela 5 - Relação entre a percepção de imagem corporal e a resistência cardíaca, índice de adiposidade corporal (IAC) em praticantes de exercício físico em academia de Joinville-SC.

Correlação Variável x variável	Total n=30		Masculino n=10		Feminino n=20	
	r	r ²	r	r ²	r	r ²
	I.A.C x PIC 1	0,55	30%	0,52	27%	0,71
I.A.C x PIC 2	0,18	3%	0,52	27%	0,35	12%
Resist card x PIC 1	0,06	0%	0,11	1%	0,05	0%
Resist card x PIC 2	0,13	2%	0,27	8%	0,09	1%
IMC x PIC 1	0,38	14%	0,62	39%	0,38	14%
IMC x PIC 2	0,14	2%	0,76	57%	0,13	2%
Quadril x PIC 1	0,66	43%	0,52	27%	0,73	53%
Quadril x PIC 2	0,21	4%	0,47	23%	0,09	1%

Nas tabelas 3 e 4, são apresentadas a classificação da resistência cardíaca de todos os indivíduos e por sexo, respectivamente.

Os dados apresentados na tabela 3, referentes aos índices de resistência cardíaca das amostras, encontrados por meio do teste de Ruffier-Dickson, onde os participantes realizaram o teste e cumpriram com o protocolo.

DISCUSSÃO

Os benefícios da atividade física para a saúde são amplamente relatados na literatura (Teixeira e colaboradores, 2009). Muitos estudos destacam que a prática regular de atividade física reduz o risco de morte por doenças cardiovasculares e a mortalidade por outras causas, estando incluídas nas diretrizes em cardiologia do esporte e do exercício da sociedade brasileira de cardiologia e da sociedade brasileira de medicina do esporte (Ghorayeb e colaboradores, 2013). Apesar disso, mesmo com indivíduos ativos, a grande maioria (60% da amostra) se encontra com uma resistência fraca ou muito fraca ao esforço físico.

Uma possível justificativa para esses resultados negativos acerca da resistência cardíaca e da condição ao esforço em indivíduos cuja prática de exercícios físicos é regular, é que a população em geral se encontra em condições físicas ruins. Isso pode ser evidenciado pelos indicadores apresentados pelo Ministério da Saúde, no qual, nos últimos 10 anos, a prevalência da obesidade no Brasil aumentou em 60%, passando de 11,8% em 2006 para 18,9% em 2016. O excesso de peso também subiu de 42,6% para 53,8% nesse período e colabora para maior prevalência de hipertensão e

diabetes. Os dados divulgados fazem parte da Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) realizada pelo Ministério da Saúde em todas as capitais do país (Vigitel, 2016).

Os dados apresentados na tabela 3, referentes aos índices de resistência cardíaca das amostras, encontrados por meio do teste de Ruffier-Dickson, demonstraram que nenhum indivíduo se classificou como excelente (0%), quatro se encontram na faixa de boa resistência (13,3%), oito na faixa média (26,7%) e 18 na faixa baixa adaptação ao esforço (60%).

Os resultados da tabela 4 não foram estatisticamente significantes, corroborando com a tabela 2.

Ou seja, não houve diferença entre os gêneros na resistência cardíaca, concluindo-se que há uma baixa aptidão física encontrada tanto em homens quanto em mulheres. Esses resultados são explicados, parcialmente, pela menor capacidade de transporte de oxigênio em razão da menor taxa de hemoglobina da mulher em relação ao homem (Amoretti e Brion, 2001).

Isso pode ser justificado pela baixa quantidade amostral (n=30), sendo díspar entre os sexos (n masculino = 10; n feminino = 20).

Ainda, são necessários mais estudos para que se consiga realizar uma avaliação adequada para o teste de Ruffier-Dickson. Para isso, são necessárias comparações entre resultados da aplicação de outros testes utilizados, como por exemplo o teste de Cooper ou o teste do banco.

Na tabela 5, pode-se observar a relação entre percepção de imagem corporal (PIC), resistência cardíaca e IAC entre os

sexos. A correlação positiva que se obteve entre as variáveis IAC e PIC 1 (como os indivíduos se veem), demonstrou correlação forte para o sexo feminino ($r = 0,71$) e moderada para o masculino ($r = 0,52$). Ou seja, quanto maior o IAC, maior a PIC 1. Têm-se, assim, que 51% do sexo feminino e 27% do sexo masculino superestimaram seu tamanho corporal, ou seja, se veem de uma maneira negativa. Isso indica a insatisfação geral com a imagem corporal, a qual é demonstrada pelo desejo por menores valores de percentual de gordura (emagrecer) e/ou no aumento de massa magra (ganho de massa muscular).

Com isso, pode-se verificar que as pessoas satisfeitas com sua imagem corporal são poucas, na qual geralmente as mulheres são mais insatisfeitas por estarem acima do peso e os homens por estarem acima do peso e/ou não estarem fortes.

Esses dados corroboram com o fato de que as relações com o corpo são amplamente influenciadas por questões multifatoriais e socioculturais.

Estes fatores conduzem homens e mulheres a apresentarem um conjunto de preocupações e insatisfações com a imagem corporal, influenciando diretamente a busca pela melhor aparência física (Petroski e colaboradores, 2010).

CONCLUSÃO

A sociedade em geral acredita que tem hábitos saudáveis em seu cotidiano, tratando da promoção da saúde e sabendo da importância de um estilo de vida ativo fisicamente.

Porém, o que se vê é o oposto a esse discurso, uma vez que o trabalho, os filhos, o cansaço e outros fatores são motivos para negligenciar a prática regular de exercício físico.

Assim, percebe-se uma maior suscetibilidade a adoção de comportamentos de risco à saúde, como um consumo alimentar pobre nutricionalmente e um menor envolvimento em atividades físicas regulares. Isso foi observado nos resultados referentes a resistência cardíaca da população estudada, na qual pode-se concluir que, mesmo se considerando ativos, a maioria dos indivíduos (60%) se classificou como fraca ou muito fraca.

Quanto aos dados da percepção de imagem corporal, têm-se que tanto no sexo masculino (27%) quanto no feminino (51%) houve uma superestimação da imagem corporal, demonstrando, assim, uma insatisfação com seu próprio corpo.

Esse resultado já era esperado, uma vez que diariamente as pessoas são bombardeadas, por meio da mídia, por ideais de forma física inatingíveis, os quais são associados à felicidade e à realização pessoal.

Conclui-se, portanto, que os indivíduos como um todo se encontram com um condicionamento físico ruim, além de estarem insatisfeitos com o próprio corpo, mesmo considerando-se ativos fisicamente.

REFERÊNCIAS

- 1-Amoretti, R.; Brion, R. *Cardiologia do esporte*. São Paulo. Manole. 2001. p.82.
- 2-Andrade, A.; Bosi, M.L.M. *Mídia e subjetividade: impacto no comportamento alimentar feminino*. Revista de nutrição. Campinas. Vol. 16. Num. 1. 2003. p. 117-125.
- 3-Araújo, C.G.S.; Pinto, V.L.M. *Frequência cardíaca máxima em testes de exercício em esteira rolante e em cicloergômetro de membros inferiores*. Arquivos brasileiros de cardiologia. Vol. 85. Num. 1. 2005. p.45-50.
- 4-Assunção, S.S.M. *Dismorfia muscular*. Revista brasileira de psiquiatria. São Paulo. Vol. 24. Num. 3. 2002. p. 80-84.
- 5-Bergman, R.N.; Stefanovski, D.; Buchanan, T.A.; Summer, A.E.; Reynolds, J.C.; Sebring, N.G.; Xiang, A.H.; Watanabe, R.M. *Um índice melhor de adiposidade corporal*. Revista Obesity. Vol. 19. Num. 5. 2011. p.1083-1089.
- 6-Borfe, L.; e colaboradores. *Associação entre a obesidade infantil e a capacidade cardiorrespiratória: revisão sistemática*. Revista brasileira promoção da saúde. Fortaleza. Vol. 30. Num. 1. 2017. p.118-124.
- 7-Caspersen, C.J.; Powell, K.E.; Christenson, G.M. *Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research*. Public health reports. Vol. 100. Num. 2. 1985. p.126.

8-Ghorayeb, N.; Costa, R.V.C.; Castro, I.; Daher, D.J.; Oliveira Filho, J.A.; Oliveira, M.A.B.; e colaboradores. Diretriz em Cardiologia do Esporte e do Exercício da Sociedade Brasileira de Cardiologia e da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte. Arq Bras Cardiol. Vol 100. Num. 1. Supl. 2. 2013. p. 1-41.

9-Granell. J.C.; Cervera. V.R. Teoria e planejamento do treinamento desportivo. Porto Alegre-RS. ArtMed. 2003. p. 84.

10-Jucá, E.O. Análise de Correlação dos Índices de Adiposidade Corporal, Massa Corporal e do Percentual de Gordura Corporal em Escolares do Município de Porto Velho. 2013. Disponível em: <<http://www.def.inir.br/downloads/1921monografiadicleidproducaofinal.pdf>>. Acesso em: 18/06/2017.

11-Kakeshita, I.S.; Silva, A.I.P.; Zanatta, D.P.; Almeida, S.S. Construção e fidedignidade teste-reteste de escalas de silhuetas brasileiras para adultos e crianças. Psicologia: teoria e pesquisa. Vol. 25. Num. 2. 2009. p. 263-270.

12-Marins, J.C.B.; Luiz, A.; Monteiro, A.; Jesus, G. de. Validação do tempo de mensuração da frequência cardíaca após esforço submáximo a 50 e 80%. Rev. Bras. Med. Esporte. Vol. 4. Num. 4. 1998. p.114-119.

13-Martins, C.R.; Pelegrini, A.; Matheus, S.C.; Petroski, E.L. Insatisfação com a imagem corporal e relação com estado nutricional, adiposidade corporal e sintomas de anorexia e bulimia em adolescentes. Revista Psiquiatria. Vol. 32. Num. 1. 2010. p.19-23.

14-Pereira Junior, A.A., Rohlf, I.C.P.M.; Lima, W.C.; Dependência ao exercício físico e a síndrome do excesso de treinamento: consequências do excesso de exercício. Revista da Unifebe. Num. 7. 2009.

15-Petroski, E.L.; Pires-Neto, C.S.; Glaner, M.F (organizadores). Biométrica. 1ª edição. Jundiaí. Fontoura. 2010. p.169.

16-Silva, A.B.; Dalvi, L.T.; Amorim, M.F.; Raso, W.; Avaliação do perfil dos frequentadores de

academia do plano piloto. Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento. Vol. 1. Num. 2. 2007. p.47-54. Disponível em: <<http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/17>>

17-Silverthorn, D.U. Fisiologia Humana: uma abordagem integrada. 5ª edição. Porto Alegre. Artmed. 2010. p.259.

18-Tavares, M.C.G.C.F. Imagem corporal: conceito e desenvolvimento. 1ª edição brasileira. Barueri-SP. Editora. Manole. 2003. p.145.

19-Teixeira, P.C.; e colaboradores. A prática de exercícios físicos em pacientes com transtornos alimentares. Revista de Psiquiatria Clínica. Vol. 36. Num. 4. 2009. p. 145-152.

20-Vigitel (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), 2016. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/abril/17/Vigitel_17-4-17-final.pdf>. Acesso em 05/11/2017.

Recebido para publicação em 30/03/2018
 Aceito em 05/11/2018