

LUCILA SEREJO DE FREITAS GARCIA

**AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE E DOENÇA PARA
CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM PROBLEMA DE OBESIDADE**

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO

MESTRADO EM PSICOLOGIA

CAMPO GRANDE - MS

2008

LUCILA SEREJO DE FREITAS GARCIA

**AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE E DOENÇA PARA
CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM PROBLEMA DE OBESIDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia, Área de Concentração: Psicologia da Saúde, sob orientação da Prof^ª. Dr^ª. Angela Elizabeth Lapa Coêlho.

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO

MESTRADO EM PSICOLOGIA

CAMPO GRANDE - MS

2008

A dissertação apresentada por LUCILA SEREJO FREITAS GARCIA, intitulada “AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE E DOENÇA PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM PROBLEMA DE OBESIDADE”, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em PSICOLOGIA à Banca Examinadora da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), foi

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Angela Elizabeth Lapa Coêlho
(orientadora/ UCDB)

Prof^ª. Dr^ª. Ana Raquel Rosas Torres (UCG)

Prof^ª. Dr^ª. Heloisa Bruna Grubits Freire (UCDB)

Prof^ª. Dr^ª. Lucy Nunes R. Martins (UCDB)

Campo Grande-MS, 26 setembro de 2008.

Dedico ao meu esposo Jesus Garcia que sempre esteve ao meu lado acalmando-me com palavras sábias e confortando minhas lágrimas, transformando dificuldades em virtudes, as quais serviram de alicerce para que eu pudesse chegar até o final.

Ao meu filho Brenno, que teve que esperar muitas vezes por atenção e, por ter aceitado a minha ausência.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Agradeço a Deus pela benção e dádiva da vida e pelos inúmeros benefícios que me fizestes, principalmente, o de ter abençoado para que eu pudesse concluir esta dissertação.

À Profª/Drª Angela Elizabeth Lapa Coêlho, pelas palavras amigas, encorajadoras, estimulando minha criatividade e por ter acreditado em mim, aceitando-me como orientanda e, caminhando lado a lado nesta longa jornada.

À amiga e Mestre Pamela Staliano, que sempre me ajudou nos momentos mais difíceis, muito obrigada.

Aos funcionários do Programa de Obesidade Infantil – POI, em especial ao Dr. Sandro Trindade Benites, Drª Samanta Abrão e à Educadora Física Sandra Camilo Duailibi, por terem cedido seu espaço para que eu pudesse realizar esta pesquisa, principalmente, por ter me oferecido todo suporte, facilitando meu acesso ao hospital e aos participantes do Programa.

Aos usuários do Programa, que gentilmente aceitaram participar desta pesquisa, relatando questões sobre sua condição de portadores de obesidade.

Às Profª Drª. Ana Raquel Rosas Torres, Profª Drª Heloisa Bruna Grubits Freire e Profª Drª Lucy Nunes R. Martins por terem aceito compor minha banca examinadora, dedicando seu tempo e atenção à conclusão final dessa dissertação.

A história demonstrou que os mais notáveis ganhadores tinham superado enormes obstáculos antes de conseguir o êxito. Triunfaram porque se recusaram a sentir-se desanimados pelas suas derrotas.
(B. C. Forbes)

Alguns abandonam os seus objetivos justamente quando estão a ponto de atingi-los, enquanto outros, pelo contrário, conseguem a vitória, esforçando-se com um último impulso antes de se renderem.
(Políbio)

RESUMO

Atualmente, evidencia-se uma progressão da transição nutricional, caracterizada pela redução na prevalência dos déficits nutricionais e ocorrência mais expressiva de sobrepeso e obesidade não só na população adulta, mas também em crianças e adolescentes, presente tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento. A obesidade pode ser relacionada a uma alta taxa de morbidade e mortalidade, resultante de inúmeros fatores tais como: aspectos biológicos, psicológicos, sociais, culturais, econômicos. O objetivo desta pesquisa foi analisar as Representações Sociais (RS) de saúde e doença de crianças e adolescentes com problema de sobrepeso e obesidade, bem como realizar avaliação postural destas crianças e adolescentes. Participaram desta pesquisa 17 usuários de ambos os sexos, sendo 13 meninas e quatro meninos que estavam cadastrados no Programa de Obesidade Infantil (POI) do Hospital Regional Rosa Pedrossian, no município de Campo Grande, MS, nos meses de maio a julho de 2007. Os instrumentos utilizados foram: uma entrevista estruturada com o intuito de analisar as RS que os usuários atribuem à saúde e à doença e informações complementares como, o perfil sócio-demográfico, a relação familiar e a vivência escolar; um roteiro de avaliação postural, simetrográfo e fio de prumo para avaliar as possíveis alterações posturais decorrentes da obesidade, bem como, o Índice de Massa Corporal (IMC) dos participantes. Os resultados revelaram que houve maior incidência de meninas com sobrepeso e/ou obesidade 76,47% (n=13). Identificou-se também a presença de alteração postural em ambos os sexos de joelho valgo (88,23%), ombro em desnível (64,70%), assimetria de tornozelo (64,70%), escápulas aduzidas (76,47%), escoliose (23,53%), abdome protuso (83,35%), hiperlordose lombar (70,6%) e pé plano (58,8%). Esses desvios podem alterar a curvatura vertebral modificando a postura causando dor, deformidades, limitações, cansaço físico etc. A análise das respostas sobre as RS de saúde e de doença foram agrupadas e categorizadas. Para as RS de saúde foram descritas cinco categorias, as mais incidentes foram: atribuir sensações e/ou sentimentos (felicidade, bem-estar/disposição) (47,04%), ser magro (a) (29,40%), ter hábito de vida saudável (17,64%). E para as RS de doença foram descritas cinco categorias, sendo que as que mais se destacaram foram: problema de saúde (doença de pele, febre, gripe, dor, depressão, cardiopatia) (64,70%), obesidade (35,28%). E em relação à imagem corporal, observou-se que todos os participantes sentiam-se insatisfeitos com sua forma física. Ao que se refere à presença de sobrepeso e obesidade em outros integrantes da família, 58,82% (n=10) dos participantes residiam com algum familiar com essa condição. E ainda, os próprios familiares foram citados como fonte de comentários preconceituosos sobre seu estado. Acredita-se que esses resultados possam subsidiar a elaboração de possíveis ações e estratégias de cunho preventivo e também que estejam voltados à promoção da saúde no que se refere à obesidade e suas vicissitudes, contemplando não só a criança e o adolescente que frequenta o POI, mas, também, seus familiares.

Palavras chaves: obesidade; saúde; doença; alterações posturais.

ABSTRACT

Nowadays, the progression of the nutritional transition is becoming evident, both in developed and developing countries, characterized by the decrease in nutritional deficit prevalence and significant occurrence of overweight and obesity, not only in the adult population but also in children and adolescents. The obesity can be related to high morbidity and mortality rates due to countless factors such as: biological, psychological, social, cultural and economic aspects. This research aimed at analyzing the Social Representations of health and disease in children and adolescents with overweight and obesity problems, as well as carrying out these children and adolescents posture evaluation. Thirteen girls and four boys participated in the research, all of them were registered with the Infant Obesity Program (IOP) (Programa de Obesidade Infantil- POI) at Hospital Regional Rosa Pedrossian, in Campo-Grande – MS, from May to July, 2007. The tools for the study were: a structured interview with the intention of investigating the SR that the boys and the girls give to health and disease and complementary information like their socio-demographic profile, the family relation and the school life; a posture evaluation schedule, symmetograph and a plumb line were also used to evaluate the possible posture alteration caused by obesity, as well as the Body Mass Index (BMI). The results showed that there was a higher incidence of overweight and/or obesity 76.47% (n=13) in girls. It was also possible to identify the presence of genu valgum posture alteration in both sexes (88.23%), shoulder drop (64.70%), asymmetry in the ankle (64.70%), adduced scapula (76.47%), scoliosis (23.53%), protrudent abdomen (83.35%), lumbar hyperlordosis (70.6%), and flat feet (58.8%). These problems can alter the vertebral curvature causing pain, deformities, limitation, physical exhaustion, etc. The analyses were put together and classified in SR of health and SR of disease. For the first ones, five categories were described, the highest incidence were: causing sensations and/or feelings (happiness, well-being/ state of health) (47.04%), being thin (a) (29.40%), having healthy habits (17.64%). For the ones related to disease, five categories were mentioned and the most important were: Health problem (dermatology diseases, temperature, cold, depression, cardiopathy) (67.70%), and obesity (35.28%). In relation to the body image, it was observed that all the participants were unhappy with their physical appearance. Concerning to overweight and obesity among other members of the family, 58.82% of the participants had someone in the family with this problem. Their own family members were mentioned as some of the people who comment on their condition with prejudice. It is believed that these results can support the development of possible preventive actions and strategies, and that they are also aimed at promoting the health related to obesity and its vicissitudes, taking into account not only the children or adolescents who go to IOP, but all their families.

Keywords: Obesity; health; disease; posture alteration

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Classificação de excesso de peso em adultos de acordo com o IMC.....	24
Tabela 2 – Classificação do IMC de acordo com idade e sexo.....	26
Tabela 3 – Dados sócio-demográficos.....	75
Tabela 4 – Descrição Clínico-Fisioterapêutica dos participantes de ambos os sexos de acordo com o Índice de Massa Corporal – IMC (<u>n</u> e %) – Vista anterior.....	78
Tabela 5 – Descrição Clínico-Fisioterapêutica dos participantes de ambos os sexos de acordo com o Índice de Massa Corporal – IMC (<u>n</u> e %) – Vista Posterior.....	79
Tabela 6 – Descrição Clínico-Fisioterapêutica dos participantes de ambos os sexos de acordo com o Índice de Massa Corporal – IMC (<u>n</u> e %) – Vista Lateral Esquerda e Direita.....	80
Tabela 7 - Tipos de atividades mais realizadas pelas crianças e adolescentes	84
Tabela 8 – Representações Sociais de Saúde.....	86
Tabela 9 – Representações Sociais de Doença.....	89
Tabela 10 – Partes do corpo que as crianças e os adolescentes mais e menos gostam (no início da participação no POI).....	92
Tabela 11 – Partes do corpo que as crianças e os adolescentes mais e menos gostam (no término da participação no POI).....	94
Tabela 12 – Comparação entre as partes do corpo que as crianças e os adolescentes mais gostam na 1ª e na 2ª fase.....	96
Tabela 13 - Comparação entre as partes do corpo que as crianças e os adolescentes menos gostam na 1ª e na 2ª fase.....	97

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	15
2.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE A OBESIDADE.....	16
2.1.1 Breve histórico da obesidade.....	16
2.1.2 Panorama epidemiológico da obesidade na infância e na adolescência no mundo e no Brasil.....	19
2.1.3 Caracterizando a obesidade na infância e na adolescência.....	22
2.1.4 Consequências fisioterapêuticas da obesidade na infância e na adolescência.....	29
2.1.4.1 Breve histórico da ciência básica do sistema músculo-esquelético e sua aplicação.....	30
2.1.5 Obesidade e fatores de risco.....	33
2.1.5.1 Obesidade e artrite.....	34
2.1.5.2 Obesidade e doenças da coluna.....	35
2.1.6 Aspectos Psicossociais.....	36
2.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE PSICOLOGIA DA SAÚDE E OS SENTIDOS DE SAÚDE E DOENÇA.....	39
2.2.1 Os modelos de atendimento em saúde – Biomédico e Biopsicossocial.....	42
2.2.2 Os sentidos de saúde e de doença.....	45
2.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	51
2.3.1 Definindo representações sociais.....	51
2.3.2 Representações sociais de saúde e doença.....	55
2.3.2.1 Breve histórico das representações sociais.....	55
2.3.3 Representações do corpo.....	59
3 OBJETIVOS.....	65
3.1 Objetivo Geral.....	66
3.2 Objetivos Específicos.....	66

4 MÉTODO.....	67
4.1 Local.....	68
4.2 Participantes.....	69
4.3 Instrumentos.....	69
4.3.1 Simetrógrafo e Fio de Prumo.....	69
4.3.2 Roteiro de Avaliação Postural.....	70
4.3.3 Entrevista.....	71
4.4 Procedimentos e Aspectos Éticos.....	71
4.5 Procedimentos de Análise.....	72
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	73
5.1 Dados Sócio-demográficos e IMC.....	74
5.2 Alterações Posturais.....	76
5.3 A Estrutura Familiar e a Vivência na Escola.....	81
5.4 Atividades Realizadas pelas Crianças e Adolescentes.....	84
5.5 Análise das Representações Sociais sobre Saúde e Doença.....	86
5.5.1 Representações Sociais de Saúde.....	86
5.5.2 Representações Sociais de Doença.....	89
5.6 Aspectos Corporais.....	91
5.7 Participação no Programa.....	97
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	103
REFERÊNCIAS.....	106
APÊNDICES.....	115
ANEXOS.....	135

1 INTRODUÇÃO

O excesso de peso é considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) um sério problema de Saúde Pública. A incidência e prevalência vêm aumentando significativamente na população ocidental, sobretudo em crianças e adolescentes. Foi identificado que a obesidade tem como causa básica a oferta de alimentos ricos em calorias e a falta de atividade física regular, agravada por problemas emocionais. Esse crescimento vertiginoso é preocupante, pois o excesso de peso traz sérias complicações para a saúde das pessoas, além de discriminá-las socialmente, acarretando-lhes sérios problemas psicossociais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2004).

De acordo com Ades e Kerbaux (2002), é importante ressaltar que na sociedade, a questão de ser “gordo” ou “magro” é veiculada pela mídia, na maioria das vezes, sem nenhuma relação com a saúde. O corpo magro é considerado como o ideal, sem levar em conta as diferenças genéticas. E a obesidade é comumente associada à falta de controle de impulsos, preguiça e desleixo. Sendo assim, o excesso de peso pode ser um fator de sofrimento para as pessoas que não conseguem alcançar o corpo perfeito estabelecido socialmente. De acordo com as autoras, é comum encontrar relatos de pessoas que procuram o alimento em grandes quantidades após eventos agradáveis ou desagradáveis. A permanência desses estímulos e comportamentos pode ser decorrente da história pessoal construída, muitas vezes, desde a infância.

Diante deste quadro, muitos programas de intervenção voltados para as crianças e os adolescentes vêm sendo pensados e desenvolvidos na tentativa de minimizar os aspectos negativos acarretados pelo excesso de peso, principalmente, em função da cobrança e pressão estabelecidas socialmente, podendo contribuir para que as pessoas tenham baixa auto-estima, ansiedade, depressão e busquem o isolamento social. No entanto, sabe-se que existe o problema da adesão das pessoas a esses programas, e que o entendimento das pessoas sobre saúde e doença poderá influenciar de maneira direta ou indireta, nessa adesão.

Foi justamente essa questão do entendimento sobre saúde e doença que fez com que a pesquisadora se aproximasse da Psicologia, manifestando o interesse em ingressar no Programa de Mestrado em Psicologia, sob o olhar da Psicologia da Saúde com o aporte teórico da Teoria das Representações Sociais. Nesse sentido, buscando compreender as representações que as crianças e os adolescentes têm sobre saúde e doença. Com essa compreensão, haveria a possibilidade de existir um melhor entendimento para atuar na prevenção da obesidade e na promoção da saúde, dando voz às crianças e aos adolescentes que estão vivenciando essa condição.

Dessa forma, a dissertação foi construída da seguinte maneira: a fundamentação teórica foi

dividida em três esferas. Na primeira encontram-se algumas considerações sobre a obesidade e um breve histórico da obesidade, consequências fisioterapêuticas sobre a obesidade na infância e na adolescência, breve histórico da ciência básica do sistema músculo-esquelético, bem como os fatores de risco associados à obesidade; a segunda é composta de algumas considerações sobre a Psicologia da Saúde e sua interface com o estudo dos sentidos de saúde e doença; e, por fim, a terceira expõe uma breve abordagem sobre as representações sociais, teoria que norteou a análise dos dados desta pesquisa.

No capítulo dos objetivos, encontra-se o objetivo geral proposto, que consistiu em analisar as representações sociais de saúde e doença de crianças e adolescentes com problema de obesidade. No capítulo referente aos passos de execução da pesquisa, ou seja, no método, encontram-se o local de realização da pesquisa, os participantes e os instrumentos utilizados, o simetrográfo, o fio de prumo, o roteiro de avaliação postural e a entrevista estruturada. No capítulo referente aos resultados e discussão serão encontrados os dados sócio-demográficos dos participantes, bem como os dados referentes à avaliação postural, delineada por meio de tabelas, e a categorização das entrevistas sobre as representações que as crianças e os adolescentes atribuem à saúde e à doença. Por último, são feitas as considerações finais sobre o trabalho realizado.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Este capítulo está dividido em três sub-itens. No primeiro, serão feitas considerações sobre obesidade e seus desdobramentos, como histórico, epidemiologia, consequências fisioterapêuticas, fatores de risco e aspectos psicossociais. No segundo, serão abordados aspectos sobre Psicologia da Saúde, bem como os modelos de atendimento em saúde e as representações sociais de saúde e doença. No terceiro, será destacada a teoria das Representações Sociais e sua aplicabilidade no âmbito da saúde.

2.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE OBESIDADE

Atualmente, evidencia-se que o número de pessoas com obesidade vem crescendo e sendo até mesmo conferido como problema de saúde pública, por atingir proporções epidêmicas. Contudo a obesidade não é uma doença recente, há indícios da existência dessa enfermidade em tempos remotos. Sendo assim, algumas considerações sobre os aspectos históricos da obesidade serão descritos a seguir.

2.1.1 Breve Histórico da Obesidade

A obesidade vem aumentando em uma taxa alarmante em todo o mundo, atingindo crianças e adultos. Todavia, essa epidemia não parece ser somente deste século. Repetto (1998) revela que a obesidade é considerada a enfermidade metabólica mais antiga, há mais de 20 mil anos já era observada em pinturas, estátuas em pedras e figuras de mulheres com obesidade. Foram encontradas múmias egípcias, pinturas em porcelanas da era pré-cristianismo e esculturas gregas e romanas na América pré-colombiana, vasos dos Maias, Astecas e Incas, todos com temáticas relacionadas à obesidade.

Na Idade da Pedra, já visualizavam os primeiros indícios dos tipos de obesidade, a glútea e a abdominal, vistas em esculturas encontradas em vários lugares da Europa. A obesidade tipo glútea, caracterizada hoje como obesidade ginecóide, nesse período predominava mais na França, Espanha, Creta, Iugoslávia, Tchecoslováquia e Ucrânia. A obesidade do tipo abdominal, conhecida atualmente como andróide, foi encontrada na Áustria

e na Romênia. A obesidade visceral estava relacionada com a população que tinha muitos alimentos e mais sedentarismo, estando associada às enfermidades, enquanto a obesidade glútea associava-se a uma fase temporária de armazenamento de gordura garantindo a sobrevivência da pessoa e de sua espécie, não parecendo estar relacionadas às enfermidades (REPETTO, 1998).

A obesidade sempre esteve presente, de forma marcante, desde os tempos da pré-história, e foi vista, em muitas épocas, como símbolo de beleza e de fertilidade. Estudiosos, resgatando a história da obesidade, descobriram que, no período Neolítico (aproximadamente 10.000 anos a.C.), as “deusas” eram admiradas e cultuadas por seus quadris, coxas e seios volumosos (MARQUES, 2007). Mas, nessa mesma época, Hipócrates, médico greco-romano, em seus manuscritos, já alertava para os perigos que a obesidade oferecia para a saúde, afirmando que a morte súbita acontecia mais em pessoas com sobrepeso do que em pessoas com o peso ideal. Eles relatavam que, para emagrecer, as pessoas deveriam praticar uma sobrecarga grande de exercícios e depois se alimentar somente uma vez ao dia, não tomar banho, dormir em cama dura e caminharem desnudas a maior parte do tempo (REPPETO, 2003).

Atualmente, a pessoa com obesidade sofre com as discriminações em todas as partes do mundo, o que não foi diferente no período romano, como relata Repetto (1998, p. 4).

Neste período romano, a obesidade era vista como uma doença social e moral capaz de derrubar tiranos e aviltar até os patrícios mais ricos. O gordo era considerado de modo geral, uma pessoa de má índole ou boba. É conhecida uma frase de Cícero, que dirigindo-se a um adversário disse: “um grande ventre é incapaz de produzir um espírito sutil”.

Era observado que, nesse período, as pessoas já se preocupavam com a estética não se importando com as enfermidades que a obesidade causava, em que a farmacologia, a dietética eram considerados os pilares fundamentais da Medicina antiga, como afirma Mazzini (1998). Porém, para os médicos, o tratamento consistia em ter uma dieta à base de alimentos com baixa caloria, como pão de cevada, vegetais verdes, diminuição do consumo de líquidos e comidas, em tomar banho várias vezes por dia e praticar atividades físicas. Apesar de os estudiosos e os médicos da época preocuparem-se com a obesidade e suas conseqüências, ela era vista com desprezo, quadro esse não muito diferente nos dias de hoje.

Galeno, considerado no século II o maior médico da Antiguidade, foi discípulo de Hipócrates, escreveu sobre variados aspectos como anatomia, fisiologia, higiene e terapêutica. Ele considerava a obesidade como um distúrbio de personalidade da pessoa. Destacou dois tipos de obesidade: a obesidade natural (moderada) e a obesidade mórbida (exagerada). Galeno afirmava que a obesidade era consequência da falta de disciplina da pessoa (REPETTO, 1998).

Marques (2007) relata que, durante o Império Romano, os padrões de beleza foram se modificando, e começaram a serem apreciados os corpos esbeltos e magros, o que obrigava as mulheres a fazerem sofridos e prolongados jejuns. Porém, na sociedade greco-romana, as personalidades socialmente privilegiadas, como artistas, nobres e políticos, tinham liberdade de manter seus hábitos alimentares excêntricos. A história da arte modifica o conceito de beleza feminina com as obras do século XIII ao século XX, que retratavam corpos de damas magras e com formas delineadas, o conceito de excesso de gordura como sinônimo de beleza deixa de ser aceito. Kislinger (1998) argumenta que os médicos do Império Bizantino relatavam que a obesidade era decorrente de uma dieta farta, falta de exercícios e mudanças de humor. Nesses casos, o paciente recebia recomendações de ter uma dieta rica em vegetais, frutas, peixes e aves, e era proibido comer carne vermelha, crustáceos, pão, queijo e vinho. Os exercícios e banhos termais eram aconselháveis para a perda de peso porque faziam suar. É visto que a dieta, a atividade física e as drogas purgativas e indutoras de vômito, nesse período, eram métodos recomendados no tratamento dessa enfermidade milenar.

Segundo Reppeto (1998), o filósofo e médico Italiano Santório foi quem iniciou o método quantitativo de avaliar o peso corporal, inventando uma cadeira-balança que media o peso do paciente em diversas situações: comendo, bebendo, dormindo, fazendo exercício e durante a evolução de uma enfermidade. Posteriormente, outros estudiosos a isso deram continuidade, e surgiu o Índice de Massa Corporal (IMC), que nos dias de hoje é o método mais utilizado por ser de fácil acesso e manuseio. Lambert Adolphe Jacques Quetelet, em 1853, foi quem formulou o IMC, por isso possui também o nome de índice de Quetelet, consistindo no cálculo do peso em quilogramas dividido pela altura em metros ao quadrado, sendo representado pela fórmula $IMC = \text{Peso (kg)} / \text{altura (m)}^2$. Para Quetelet, se o resultado desse cálculo fosse maior ou igual a 30, a pessoa era considerada com obesidade. Para Fisberg (2005), apesar de ser considerada imprópria para crianças em pleno desenvolvimento corporal e hormonal, a utilização do IMC é a mais utilizada para monitorar o desenvolvimento da obesidade e as modificações apresentadas pelas crianças e adolescentes.

Sydenham, conhecido como “Hipócrates moderno”, escreveu no século XVII, a primeira monografia sobre obesidade, em latim e tinha como objetivo focar os aspectos clínicos da obesidade, e a partir daí foram surgindo outros trabalhos, mudando o enfoque sobre a obesidade, da preocupação estética para os problemas trazidos pelo excesso de peso em relação à saúde. Na última década, o problema de pessoas com obesidade cresceu em países em desenvolvimento como o Brasil, e pessoas de todas as idades são atingidas (REPETTO, 1998).

2.1.2 Panorama Epidemiológico da Obesidade na Infância e na Adolescência no Mundo e no Brasil.

A obesidade é considerada uma doença crônica que não distingue idade, sexo ou condição sócio-econômica, pois afeta crianças, adolescentes e adultos, apresentando-se tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento, estando relacionada a uma alta taxa de morbidade e mortalidade, sendo resultante da ação de inúmeros fatores tais como: hábitos alimentares inadequados, falta de atividade física e condições psicológicas (REPETTO, 1998; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2004; OLIVEIRA et al., 2004a; CAMPOS; LEITE; ALMEIDA, 2006; BERNARDI; CICHELERO; VITOLO, 2005).

Na África e na Ásia, a obesidade ainda é incomum, porém a prevalência na população urbana é maior comparada com a população rural. Verificou-se também que nos últimos dez anos, houve um aumento de 10% a 40% nos casos de obesidade na Europa, destacando-se a Inglaterra. Já para a Região Oeste do Pacífico, compreendendo a Austrália, Japão, Samoa e China, observou-se também um aumento da prevalência de obesidade; porém, dentre esses, a China e o Japão ainda são os que menos apresentam taxa de obesidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998).

Nesse último século, o aumento da obesidade no mundo é consequência de vários fatores, sendo ela considerada uma doença epidêmica que vem se propagando até em países orientais, nos quais a prevalência era baixa. Todavia, a obesidade é multifatorial e resultante de uma relação entre fatores genéticos e ambientais. Coutinho (1998), reportando-se a estudos, faz uma apreciação de que, considerando as pessoas em suas particularidades, muitos casos sugerem que o componente ambiental pode exercer um papel secundário na

determinação do peso corporal, uma vez que esses estudos têm evidenciado grande influência dos fatores genéticos na caracterização fenotípica da obesidade.

Alguns estudos apontam que a obesidade nos Estados Unidos (EUA) é tida como o problema nutricional mais freqüente, chegando a afetar um terço da população geral e dentre essas pessoas acometidas, 15 a 20% são crianças (DAMIANI; OLIVEIRA, 2002; CAMPOS, 1995).

De acordo com Magalhães, Azevedo e Mendonça (2003), outros estudos, realizados nos Estados Unidos (EUA) nas últimas quatro décadas, demonstraram o aumento da obesidade entre os adolescentes. Entre 1980 e 1994, houve um índice acentuado da prevalência de obesidade nos adolescentes na faixa etária compreendida entre 12 a 17 anos.

Oliveira (2000) também relatou que, na última década, a obesidade nos Estados Unidos e no Brasil aumentou em torno de 50%, e que 25% das crianças têm obesidade ou apresentam sobrepeso, considerando, também, que 40 a 80% dessas crianças terão problemas com obesidade quando adultas. Os autores apontam que 50% das crianças com obesidade aos sete anos possivelmente serão adultos com obesidade, e 80% dos adolescentes com obesidade têm grandes possibilidades de se tornarem adultos com problemas de obesidade.

Ferriani et al. (2005) apontam para um dado da Organização Mundial de Saúde, o qual estima que aproximadamente 15 milhões de crianças jovens no Brasil pesam mais que o ideal, o que significa mais que 15% da população infanto-juvenil apresentando peso corporal em excesso.

Segundo Magalhães, Azevedo e Mendonça (2003), os estudos realizados no Brasil na década de 1990, com adolescentes de dez a 19 anos, identificaram o aumento da prevalência de obesidade, principalmente nos grandes centros urbanos, independentemente da classe social a qual pertenciam os adolescentes.

De acordo com Francischi et al. (2000), a desnutrição era assumida como um problema relevante para países em desenvolvimento, e a obesidade seria para países desenvolvidos. Com o decorrer dos anos, a obesidade no Brasil está sendo considerada como problema de saúde pública, porém como um evento recente, pois a prevalência de obesidade nunca se apresentou em graus epidêmicos como na atualidade.

Outros estudos sinalizam a incidência de obesidade em diversas regiões do Brasil. Oliveira et al. (2004b) relatam que estudos realizados nas regiões sudeste e nordeste em 1974-1975, pelo Estudo Nacional da Despesa Familiar (EndeF) e também com a Pesquisa sobre Padrões de Vida (PPV) realizada em 1996-1997, indicaram um aumento na prevalência

de sobrepeso e obesidade de 4,1% para 13,9% em crianças e adolescentes de seis a 18 anos de idade.

Oliveira et al. (2004b, p. 2-3) salientam que

O sobrepeso e a obesidade em algumas cidades brasileiras já atingem mais de 20% das crianças e adolescentes, como exemplo no Recife que está alcançando 35% destas. Porém a obesidade não está limitada somente em nosso país, tem-se notado um considerável aumento da obesidade na América do Norte, América Latina, África do Sul, Malásia e Nações do Pacífico.

Srinivasan et al. (1996 apud OLIVEIRA et al., 2004b) realizaram um estudo longitudinal do qual participaram 191 adolescentes com obesidade. Entre os participantes, 110 (58%) permaneceram com problema de obesidade na vida adulta. Também houve uma prevalência significativa de hipertensão 8,5 vezes maior e valores de LDC-C e de triglicérides de 3,1 e 8,3 vezes maior respectivamente, quando relacionados aos que não apresentaram sobrepeso ou obesidade.

Um outro estudo sobre a prevalência de sobrepeso e obesidade foi desenvolvido por Caires et al. (2005), incluindo 435 adultos (faixa etária de 22 a 69 anos) pertencentes a diferentes classes sociais, com o objetivo de determinar a prevalência de sobrepeso, obesidade e seus fatores de risco entre os funcionários da Universidade Estadual de Feira de Santana (Feira de Santana-BA). Os autores concluíram que existia prevalência de sobrepeso e obesidade, mostrando-se elevada e semelhante às descritas em alguns estudos realizados no Brasil. Esses resultados apontam para a necessidade de adoção de medidas de controle e prevenção da obesidade por parte dos órgãos de saúde.

Terres et al. (2004) conduziram um estudo transversal de base populacional, realizado no município de Pelotas, no Rio Grande do Sul, em 2001 e 2002, envolvendo 960 adolescentes com idade entre 15 e 18 anos, no qual os participantes foram medidos, pesados e responderam a um questionário auto-aplicável. Os resultados sinalizaram prevalência de obesidade em 5% da população, enquanto que 20,9% apresentaram sobrepeso e, levando-se em consideração o comportamento dos adolescentes em prevenir o problema de obesidade, esses índices são considerados alarmantes pelos autores, os quais fizeram colocações sobre a necessidade de implantar campanhas mais eficazes, com o intuito de melhor orientar os adolescentes.

2.1.3 Caracterizando a obesidade na Infância e na Adolescência

No passado, uma criança era considerada como saudável quando era “gordinha”. Até nos dias de hoje, as mães ficam preocupadas quando seus filhos não querem comer, e cedem para a criança os alimentos que ela deseja que, na sua maioria, são ricos em açúcares e carboidratos. Para Torriente et al. (2002), a obesidade tem aumentado de forma alarmante em países desenvolvidos e em desenvolvimento, constituindo-se como o principal problema de má nutrição de adultos, e é uma enfermidade que tem aumentado significativamente entre as crianças. Os autores citam dados da Organização Pan-Americana de Saúde do ano de 2003, os quais revelam que existem no mundo 17,6 milhões de crianças com obesidade com idade abaixo de cinco anos e, ainda, que o número de crianças com obesidade entre seis a 11 anos mais do que dobrou desde a década de 1960.

Sabe-se que esse aumento vertiginoso dos casos de obesidade infantil em diversos países do mundo, inclusive no Brasil, deve-se, entre outros fatores, à acessibilidade atual a alimentos riquíssimos em calorias. Esse aumento não ocorreu somente nas populações de poder aquisitivo mais elevado, como também nas populações menos privilegiada e mais carente, associando-se à inatividade física (TORRIENTE et al., 2002).

De acordo com Foz e Formiguera (1998), a obesidade pode iniciar em qualquer idade. Para os autores, a existência de obesidade durante o primeiro ano de vida não significa que a criança será um adulto com problemas de obesidade. Entre os quatro e 11 anos de idade é uma segunda fase para o desenvolvimento da obesidade. Nesse período, pode haver um aumento progressivo do peso, ultrapassando o limite máximo considerado normal para a idade. Normalmente, a obesidade progressiva permanece por toda a vida, acarretando um aumento das células gordurosas.

Para as meninas, a puberdade (variando entre nove a doze anos) é o período no qual é comum desenvolver a obesidade, em função da menarca e da ação de hormônios. Essa obesidade pode persistir até a vida adulta; por isso, os primeiros anos de vida são fundamentais, tanto para os meninos, quanto para as meninas. Há evidências clínicas sugerindo a existência da predisposição genética, tendo como exemplo famílias inteiras com obesidade. Para Foz e Formiguera (1998), é impossível separar as influências genéticas das ambientais, partindo da idéia de que os membros de uma mesma família compartilham os mesmos fatores ambientais, tais como alimentação e estilo de vida. Existe uma relação entre a

obesidade e a dieta não somente pelo alimento como também pela quantidade e a frequência da ingestão calórica. O aumento diário da ingestão calórica é um dos fatores desencadeantes da obesidade na infância, principalmente entre as crianças que se alimentam de comidas artificiais e industrializadas. As crianças que se alimentam de maneira mais saudável têm menos propensão a desenvolver a obesidade.

Os autores Foz e Formiguera (1998, p. 20) chamam a atenção para o fato de que:

Mulheres obesas ou com sobrepeso aos dezoito anos possuem maior chance de óbito quando jovem. Entre trinta e cinco e cinquenta e seis anos podem ir a óbito por câncer, doenças cardíacas, derrame, suicídio. Estas abandonam a escola mais cedo e têm menos probabilidade de casarem-se, possuem uma renda mensal menor que as mulheres não obesas. Para os homens exceto que as possibilidades de casarem – se são menores, os outros fatores quando comparados com as mulheres são menos prováveis.

É importante que os pais revejam vários fatores que podem desencadear a obesidade nas crianças e adolescentes, tais como obesidade na primeira infância, pais vivendo com obesidade, peso maior que quatro quilos ao nascimento, assistir à TV várias horas por dia somando-se muitas horas por semana, alimentar-se assistindo à televisão, dormir menos de oito horas por noite, inatividade física e ingestão de alimentos que não contribuem para uma alimentação saudável e equilibrada (FOZ; FORMIGUERA, 1998).

Para Coutinho (1998), a inatividade física e o aumento do consumo calórico são fatores predisponentes para a obesidade; contudo, a evolução tecnológica, facilitando a vida das pessoas, faz com que diminua ainda mais o gasto energético, como exemplo, o telefone celular, o telefone sem fio, o vidro elétrico do carro, o controle da televisão, e assim, com a somação, em um ano pode-se observar que todas essas facilidades e comodidades levam a uma significativa redução de gasto energético.

No entanto, a inatividade física e o consumo excessivo de gorduras saturadas no alimento também estão relacionados com o aparecimento da obesidade. Com relação aos métodos de classificação da obesidade Cintra, Costa e Fisberg (2005) expõem que a obesidade é classificada atualmente de acordo com o excesso ponderal e características metabólicas do tecido adiposo. Outras classificações consideram fatores etiológicos, período de início do quadro e quais os fatores desencadeantes.

Hoje, o método mais utilizado na classificação da obesidade é o IMC, por ser um método de fácil manuseio relacionando peso e altura, o qual classifica as pessoas em: abaixo do peso, normal, sobrepeso e obesidade, que está dividida em leve, moderada e grave. A Tabela 1 apresenta os valores para cada classificação.

Tabela 1 – Classificação de excesso de peso em adultos de acordo com IMC.

Classificação	IMC
Abaixo do peso	$< 18,50$
Variação normal	$18,50 - 24,99$
Sobrepeso:	$\geq 25,00$
Pré-obeso	$25,00 - 29,99$
Obeso Classe I	$30,00 - 34,99$
Obeso Classe II	$35,00 - 39,99$
Obeso Classe III	$\geq 40,00$

Fonte: OMS, 2004.

Para a OMS (2004), não há, até o momento, o mesmo nível de concordância sobre a classificação de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes como em adultos, porque as crianças e os adolescentes encontram-se em pleno desenvolvimento físico e hormonal, ocasionando alterações constantes, aumentando o peso de modo gradual na infância, caindo durante a idade pré-escolar e aumentando novamente durante a adolescência e início da maturidade. Porém, Cintra, Costa e Fisberg (2005) relatam que é importante a utilização desses índices em crianças e adultos por oferecer uma noção geral da composição corporal. Por conseguinte, o IMC é mais recomendado para adulto, porque o IMC aumenta gradativamente com a idade, de maneira que o ponto de corte, independente da idade, pode ser utilizado para mensurar a massa corpórea.

Cintra, Costa e Fisberg (2005, p. 43) complementam afirmando que

[...] apesar da utilização do IMC ser considerada imprópria para crianças em função das rápidas alterações ocorridas na forma e composição corporal durante o desenvolvimento, é uma medida clinicamente importante, porque a estatura apresenta certa influência sobre a gordura corporal, podendo ser utilizado para monitorar o desenvolvimento da obesidade bem como as modificações apresentadas pelas crianças e pelos adolescentes que estejam em tratamento.

Ainda com relação à utilização do IMC para avaliar crianças e adolescentes, os autores Dâmaso, Teixeira e Curi (2005, p. 134) salientam que:

[...] além das variações do IMC para crianças e adolescentes, tem-se utilizado este método pela maioria das pesquisas relacionadas à obesidade, porque hoje não se encontra um outro método que seja fidedigno para esta faixa etária até mesmo por seu custo ser baixo e por estimar a prevalência da obesidade em uma população. A outra forma de avaliação é a densitometria óssea (medida de menor variabilidade, portanto de maior precisão), porém não é muito utilizada devido a seu alto custo tornando-se inviável para a população de menor poder aquisitivo.

Diante disso, não basta somente afirmar que uma criança está com problema de obesidade, não basta simplesmente observar se ela permanece dentro dos critérios de melhor aparência, pois o excesso de peso pode ser facilmente confundido com obesidade, contudo existem diferenças significativas entre sobrepeso e obesidade. Em relação a essa diferenciação entre obesidade e sobrepeso, Bouchard (2003) argumenta que o sobrepeso é, sob vários aspectos, muito diferente da obesidade. A obesidade caracteriza-se por excesso significativo de peso e, particularmente, de massa de tecido adiposo.

Existem também outros métodos para classificar sobrepeso e obesidade como: circunferência abdominal e relação cintura-quadril; hidrometria, absorciometria de RX de radiação energética estável (Dexa); técnicas de imagem (ultrassom, tomografia computadorizada e ressonância magnética). Contudo esses métodos são de custos bastante elevados, impossibilitando muitas vezes sua utilização em pesquisas (CINTRA; COSTA; FISBERG, 2005).

Para classificar sobrepeso e obesidade, a presente pesquisa utilizou como parâmetro para a avaliação do IMC das crianças e adolescentes a mesma tabela que é utilizada pelo Programa de Obesidade Infantil (POI) do Hospital Regional Rosa Pedrossian, no município de Campo Grande, no Estado de Mato Grosso do Sul. Isso, para que não ocorra nenhuma diferença entre os dados do IMC das crianças e dos adolescentes obtidos pelo POI com os dados desta pesquisa.

A Tabela 2 apresenta o índice de massa corporal a partir do qual é identificado sobrepeso ou obesidade, conforme o sexo e a idade. Viuniski (2000) constatou que, por ser

menos arbitrária, mais universal e mais representativa do que as outras então utilizadas, essa nova tabela deverá ser instrumento útil para fornecer um levantamento internacional da prevalência da obesidade em crianças e adolescentes.

Tabela 2 – Classificação do IMC de acordo com a idade.

Idade (anos)	Criança acima do Peso (Sobrepeso)		Criança Obesa	
	Meninos	Meninas	Meninos	Meninas
2	18,4	18	20,1	20,1
3	17,9	17,6	19,6	19,4
4	17,6	17,3	19,3	19,1
5	17,4	17,1	19,3	19,2
6	17,6	17,3	19,8	19,7
7	17,9	17,8	20,6	20,5
8	18,4	18,3	21,6	21,6
9	19,1	19,1	22,8	22,8
10	19,8	19,9	24	24,1
11	20,6	20,7	25,1	25,4
12	21,2	21,7	26	26,7
13	21,9	22,6	26,8	27,8
14	22,6	23,3	27,6	28,6
15	23,3	23,9	28,3	29,1
16	23,9	24,4	28,9	29,4
17	24,5	29,4	29,4	29,7
18	25	30	30	30

Fonte: FISBERG, M. Atualização em obesidade Infantil e Adolescente. São Paulo: Atheneu, 2005.

Levando em consideração o quadro atual sobre a obesidade na infância e na adolescência e tentando articular estratégias que possam mudar esse quadro, Fernandes (2007) expõe que é extremamente necessário que os pais tenham consciência do problema que seus filhos possuem, e que é preciso mudar hábitos diários, começando por substituir a televisão, o churrasco, o refrigerante, os doces, andar de elevador, andar de escada rolante, andar muito de carro, por coisas saudáveis, como uma alimentação balanceada e praticar atividade física. Contudo o resultado almejado somente será alcançado com satisfação, se toda a família se empenhar em mudar de vida.

Seria de suma importância que os meios de comunicação investissem mais em orientar a população para ter uma alimentação mais saudável ao invés de exibir programas nos quais

mostram alimentos gordurosos ricos em calorias, pessoas com corpo magérrimo e dietas milagrosas à base de medicação e *shakes*. Sabe-se que a melhor dieta para qualquer pessoa é mudar hábitos de vida. Porém, não se pode atribuir a culpa somente aos meios de comunicação; deve-se ainda cobrar a atuação dos órgãos responsáveis pela saúde da população, para que incentivem e forneçam melhores condições para a população levar uma vida saudável (FERNANDES, 2007).

Pensando nas questões de prevenção da obesidade, Fernandes (2007, p. 21) argumenta que:

[...] uma das tarefas que precisam ser desenvolvidas é a conscientização da prevenção. São recomendações gerais que devem ser feitas à população geral, a começar pelas escolas [...] com a criação de programas que orientam a população quanto à alimentação correta em todas as faixas etárias [...].

Fernandes (2007) expõe ainda que os órgãos de saúde, principalmente as Unidades Básicas de Saúde (UBS), que atendem as pessoas com menor poder aquisitivo, deveriam criar grupos informativos, com médicos, nutricionistas e profissionais de áreas afins para orientar a população quanto à alimentação, prevenção de doenças e promoção de saúde.

Sabe-se que tão importante quanto à alimentação é a prática de atividade física. Assim, Fernandes (2007) chama atenção para o fato de que as três esferas de governo - federal, estadual e municipal - deveriam disponibilizar profissionais em ginásios, praças e outros locais públicos, para que haja a prática constante de ginástica, que atenda a um maior número de pessoas, principalmente, quem não pode custear as atividades em academias de ginástica.

Fernandes (2007) salienta que, ao se analisarem as condições de saúde de crianças e de adultos, pode-se observar que as crianças apresentam menos problemas de saúde relacionados à obesidade, quando comparadas com os adultos; porém essas crianças têm maior risco de tornarem adolescentes e adultos com problemas de obesidade, expondo-se a riscos de manifestar doenças crônicas como as doenças cardíacas, diabetes e problemas ósseos.

Para que a criança tenha sucesso no processo de reeducação alimentar, é necessário que toda a família trabalhe em conjunto, pois os pais são espelhos para seus filhos, e a criança só obterá bons resultados quando toda a família adotar um estilo de vida saudável. Usualmente, em uma família, quando uma criança está com obesidade, há mais alguém com sobrepeso ou com obesidade nessa mesma família (FERNANDES, 2007).

Para Silva, Balaban e Motta (2005), o nível socioeconômico interfere na prevalência de sobrepeso e obesidade devido à disponibilidade de alimentos e o acesso à informação. Os autores desenvolveram um estudo transversal envolvendo 1616 crianças e adolescentes em idades pré-escolar, escolar de diferentes condições socioeconômicas da cidade de Recife. Os resultados revelaram que as prevalências de sobrepeso diminuíram à medida que ocorreu o aumento da faixa etária, apresentando-se mais evidentes entre crianças e adolescentes de melhores condições socioeconômicas, quando comparados a crianças e adolescentes de condição socioeconômica inferior.

Ramos e Barros Filho (2003) relatam que o fator de risco mais significativo para o aparecimento de obesidade na criança é a presença de obesidade em seus pais, pelo somatório da influência genética e ambiental. De acordo com os autores, a criança que tem pais portadores de obesidade tem 80% de chance de ter problema de obesidade. Quando apenas o pai ou a mãe tem obesidade, essa chance cai para 40%. É importante ressaltar que o adolescente que tiver o peso acima do percentil 95 terá de cinco a vinte vezes mais chances de tornar-se adulto com excesso de peso.

Em um estudo realizado por Ramos e Barros Filho (2003), com adolescentes da rede estadual de ensino da cidade de Bragança Paulista, SP, relacionando o estado nutricional dos adolescentes com o estado nutricional dos pais, os resultados revelaram que a prevalência de obesidade daqueles foi baixa e houve uma relação da obesidade deles, quando comparada com o estado nutricional de seus pais.

Oliveira et al. (2004a) realizaram um estudo que teve como objetivo identificar a influência de fatores biológicos e ambientais no desenvolvimento de hipertensão arterial (HA) em crianças na faixa etária de cinco a nove anos de idade, matriculadas no ano letivo de 2001 da rede de ensino público e privado da zona urbana de Feira de Santana, BA. Os resultados revelaram que o excesso de peso está fortemente associado à presença de HA na infância, sendo fundamental o esclarecimento dos profissionais de saúde, educadores e familiares acerca da importância da modificação do estilo de vida para prevenção e tratamento da obesidade e suas co-morbidades.

Siqueira e Monteiro (2007) realizaram um estudo avaliando crianças e adolescentes com idade entre sete e 14 anos, matriculados em uma escola de ensino fundamental situada em um bairro de classe média alta, no município de São Paulo. A pesquisa teve como objetivo analisar a associação entre aleitamento materno na infância e a obesidade em crianças de famílias brasileiras de alto nível socioeconômico. Os dados revelaram que as crianças e

adolescentes que nunca receberam aleitamento materno tiveram um maior índice de obesidade na idade escolar.

O excesso de peso faz com que as pessoas apresentem inúmeros problemas, dentre os quais as alterações nas articulações. Esses problemas não acometem apenas a população adulta, mas também as crianças que, cada vez mais, estão apresentando esses tipos de alterações, comprometendo o seu desenvolvimento físico.

2.1.4 Considerações Fisioterapêuticas sobre a Obesidade na Infância e na Adolescência

Gallahue (2005) define a infância e a adolescência, segundo a classificação convencional da idade cronológica, com o período da infância entre dois e dez anos de idade e a adolescência, compreendida entre dez e 20 anos de idade. Para o Estatuto da Criança e do Adolescente, ECA (2002), até os doze anos de idade incompletos, a pessoa é considerada criança e, entre doze e dezoito anos, compreende a fase da adolescência.

De acordo com Magalhães, Azevedo e Mendonça (2003), a adolescência é compreendida entre dez e dezenove anos de idade, fase essa bastante crítica, pois é nesse momento de transição que se manifestam as principais alterações posturais devido às intensas transformações no processo de crescimento e desenvolvimento.

2.1.4.1. Breve Histórico da Ciência Básica do Sistema Músculo-esquelético e sua Aplicação

Salter (2001) retrata que, desde os primórdios, as pessoas têm procurado corrigir as deformidades oriundas de lesões traumáticas do sistema músculo-esquelético. O autor sinaliza que, na era Paleolítica (9000.a. C), as superstições começaram a ser substituídas pelo raciocínio, o que tornou possível usar talas, enfaixar membros enfraquecidos e ossos fraturados. E, por volta de 5000 a.C., na era Neolítica, iniciou-se a prática grosseira de amputações de membros doentes ou com lesões.

No ano 2000 a.C., os egípcios desenvolveram o conceito de muletas. A Grécia tomou o lugar do Egito como centro de cultura em torno do século V a.C., Já Hipócrates, conhecido por seus ensinamentos e por meio seus discípulos, tornou-se o Pai da Medicina. Galeno, médico grego, no século II d.C., mudou-se para Roma, tornando-se fundador da investigação experimental. Salter (2001) relata que os primeiros 18 séculos d.C. viram o avanço lento, porém progressivo, da Medicina e da cirurgia, culminando para as significativas contribuições de John Hunter, da Inglaterra (1728-93), que desde então foi reverenciado como o pai da pesquisa cirúrgica.

A partir da segunda metade do século XX, houve o progresso na ciência da Medicina e da cirurgia, caracterizando a ortopedia como um ramo da Medicina que é relativamente novo. Em 1741, Nicolas Andry, então professor de Medicina em Paris, publicou um livro cuja tradução para o português é “Ortopedia: A arte de prevenir ou corrigir deformidades nas crianças”. Ele criou o termo ortopedia das palavras gregas: *orthos*, que significa reto ou sem deformidades, e *país*, *paidós*, que significa criança, expressando que a maioria das deformidades no adulto tem sua origem na infância (SALTER, 2001).

Atualmente, a assistência aos usuários com distúrbios e lesões traumáticas do sistema músculo-esquelético teve uma grande evolução, como aponta Salter (2001, p. 2):

Presentemente a ortopedia visa incluir todas as idades e é definida como arte e ciência da prevenção, investigação, diagnósticos e tratamento dos distúrbios e lesões traumáticas do sistema músculo-esquelético por meio de recursos médicos, cirúrgicos e fisioterápicos, compreendendo o estudo da fisiologia e da patologia músculo-esquelética e de outras ciências básicas correlatas.

Assim, faz-se necessário relatar o quanto o trabalho dentro de uma equipe multiprofissional é importante para usuários com determinados distúrbios ou lesões traumáticas, com a equipe de profissionais médicos ortopedistas e reumatologistas atuando na área de pediatria, atendendo especificamente nas partes ósseas e metabólicas, cirurgiões, bem como os fisioterapeutas atuando na parte sensitivo-motora, e os psicólogos desempenhando seu papel importantíssimo de suporte emocional e psicológico para os usuários.

É freqüente a associação entre obesidade e doenças músculo-esqueléticas (DME), devido à sobrecarga mecânica para os ossos e as articulações, a qual desempenha importante

papel na patogênese, nas manifestações clínicas e na evolução das DME. Radominski (1998) chama a atenção para o fato de que a incapacidade proveniente dessas co-morbidades é fator determinante na redução da qualidade de vida dos usuários.

Dentre todas as alterações músculo-esqueléticas, as principais abordadas neste estudo são duas: a osteoartrite e as doenças da coluna. Então, para situar o leitor sobre essas doenças, primeiramente será abordado sobre a postura normal da pessoa e como há evolução para uma alteração músculo-esquelética.

Quando se fala em postura, Sacco et al. (1997) relatam que se imagina uma pessoa em pé com uma linha de gravidade (fio de prumo) passando por determinados pontos corporais, porém cada pessoa desenvolve seu equilíbrio, podendo então, essa linha, passar ora à frente, ora atrás de determinada articulação.

Dâmaso, Teixeira e Curi (2005) complementam, afirmando que a postura não pode ser padronizada ou estabelecida por meio de normas, pois ela varia devido à ação do meio ambiente, das experiências anteriores de movimento, dos aspectos psicoafetivos, das condições anatomo-fisiológicas (sexo, raça, idade) e também pelo componente cultural. Para os autores, não se pode especificar somente músculos, ligamentos e articulações nas alterações posturais, mas também a atuação dos mecanismos reguladores do tônus a qual impõe variações do equilíbrio de pessoa para pessoa, as quais oscilam ao redor de uma posição média, constituindo assim o que os autores chamam de atitude.

Então uma boa postura é a atitude que uma pessoa assume utilizando a menor quantidade de esforço muscular e, ao mesmo tempo, protegendo as estruturas de suporte contra as sobrecargas excessivas e os traumas. Os desvios posturais, tais como lordose cervical, cifose e escoliose, podem levar ao uso incorreto de outras articulações, tais como as dos ombros, braços, articulações temporo-mandibulares, quadris, joelhos e pés. Manter a postura errada por um tempo prolongado pode acarretar alterações posturais ocasionando o enrijecimento das articulações vertebrais e o encurtamento dos músculos (SACCO et al., 1997).

Existem várias causas de alterações posturais que atuam conjuntamente, porém uma das causas importantes é o excesso de peso corporal que influencia no deslocamento anterior do centro da gravidade, levando às alterações de arcos plantares (pés planos, pronados), joelho varo ou valgo, alteração no equilíbrio, alterações nos eixos vertebrais (posturais) e nos discos intervertebrais, alteração torácica e conseqüentemente na mecânica respiratória (SACCO et al., 1997).

Sacco et al. (1997) observaram a associação da obesidade com alterações

osteoarticulares pelo excesso de massa corporal, havendo diminuição da estabilidade e aumento das necessidades mecânicas para adaptação corporal.

As crianças que são portadoras de obesidade e têm abdome protuso, geralmente, têm o centro de gravidade alterado, por isso necessitam de ajustes posturais para encontrar uma postura satisfatória, elas inclinam a pelve e desenvolvem joelhos valgos, conseqüentemente levando a dores nas costas e no joelho devido à sobrecarga nessas regiões.

Knoplich (1982) argumenta que existe uma estreita relação entre o corpo e o psiquismo, e que muitas das posturas adotadas pelas pessoas são reflexos de seu estado emocional. Uma postura positiva ou negativa é fruto do que as pessoas estão vivenciando, ou seja, se por um lado as alegrias e as boas notícias “abrem” a postura, por outro lado, frente ao medo, a angústia, bem como os pensamentos negativos as pessoas tendem a assumir uma postura curvada, com o intuito de se protegerem dos mesmos. O autor complementa que pessoas deprimidas, ansiosas, com tensões psicológicas acabam provocando tensão muscular e andam como se carregassem todos os problemas do mundo nas costas, alterando assim, o equilíbrio do corpo e desenvolvendo vícios posturais que podem ocasionar enrijecimento das articulações vertebrais e encurtamento dos músculos.

Considerando que a obesidade é definida como o acúmulo de tecido gorduroso que acarreta prejuízos à saúde e causa dificuldades respiratórias, distúrbios do aparelho locomotor, dislipidemias, hipertensão, diabetes tipo II (síndrome plurimetabólica), baixa auto-estima e piora da qualidade de vida (ADES; KERBAUY, 2002; PINHEIRO; FREITAS; CORSO, 2004); ela pode influenciar no desenvolvimento e manutenção dos vícios posturais duplamente, tanto em função do excesso de peso quanto em relação ao estado emocional, decorrente da baixa auto-estima.

Além dos problemas posturais que o excesso de peso e o estado emocional causam às pessoas portadoras de obesidade, há grande preocupação com os fatores de risco associados à obesidade, que vem, cada vez mais cedo, acometendo crianças com excesso de peso.

2.1.5 Obesidade e Fatores de Risco

Com relação aos fatores de risco decorrentes da obesidade, Fisberg (2005) expõe que, com a elevação da prevalência da obesidade na infância, os principais riscos para a saúde dessas crianças são: a elevação de triglicérides e colesterol, alterações ortopédicas, dermatológicas e respiratórias.

Ainda sobre os fatores de risco, os autores Magalhães, Azevedo e Mendonça (2003) chamam atenção para o fato de que maus hábitos alimentares e falta de exercícios físicos são aspectos que pré-dispõem as pessoas a diversas doenças ao longo de suas vidas, tais como, hipertensão arterial, doenças coronarianas, osteoarticulares, vícios posturais, anomalias congênitas e adquiridas, alterações respiratórias e musculares, frouxidão ligamentar e problemas psicológicos.

Romaldini et al. (2004) realizaram um estudo sobre fatores de risco para aterosclerose em crianças e adolescentes com história familiar de doença arterial coronariana prematura, no período de março de 1998 a fevereiro de 2000. O objetivo da pesquisa foi analisar a prevalência de dislipidemia em 109 crianças e adolescentes com idade entre dois anos completos e 20 anos incompletos, com história familiar de doença arterial coronariana prematura, assim como as associações com outros fatores de risco para aterosclerose. Os participantes eram vinculados à Unidade de Nutrição e Metabolismo do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas (HC) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

Os dados indicaram que é necessário iniciar na infância a prevenção da doença arterosclerótica, e o pediatra deve estar atento para identificar e intervir precocemente nos seus fatores de risco, para que sejam adotados programas preventivos de saúde, que incluam hábitos alimentares adequados e estilo de vida saudável (ROMALDINI et al., 2004).

Diante disso, este trabalho destacará uma co-morbidade relevante para esta pesquisa, que são as doenças músculo-esqueléticas, dentre as quais as mais frequentes são, a osteoartrite e doenças da coluna. Esses distúrbios músculo-esqueléticos só são superados pelas complicações cardiovasculares que vêm em primeiro lugar.

2.1.5.1 Obesidade e Artrite

A obesidade traz sérias complicações a curto, médio e longo prazo. É preciso cuidar das crianças e adolescentes, pois o risco de eles permanecerem portadores de obesidade na fase adulta é muito grande, bem como com alterações decorrentes da obesidade. Dentre essas alterações, destaca-se a artrite que atualmente se caracteriza como causa importante de invalidez entre os adultos e provoca limitação dos movimentos, incapacitando para o trabalho, diminuindo a qualidade de vida e levando a custos onerosos para o sistema de saúde. O tipo de artrite que mais tem acometido os adultos é a osteoartrite (FERNANDES, 2007).

A osteoartrite é um processo degenerativo e crônico, caracterizado por degeneração da cartilagem articular, dor e rigidez à movimentação, que afeta as articulações nos joelhos, quadris, tornozelos, punho, coluna vertebral e ombros. Ela provoca, com o decorrer do tempo, o deterioramento da cartilagem levando a uma dor crônica. A pessoa com osteoartrite sente dores quando inicia o movimento de deambulação, esses sintomas são intensificados na pessoa com obesidade, pelo aumento da pressão nas articulações, e isto favorece a uma progressão mais rápida da doença. Sabe-se que mais de 45% das pessoas com obesidade têm artrite degenerativa nos joelhos (GLIMET; NASSE; KUNTZ, 1990).

Vasconcelos, Dias e Dias (2006) realizaram um estudo envolvendo 35 voluntários de ambos os sexos, com índice de massa corporal (IMC) maior que 30, com o diagnóstico clínico e radiográfico de osteoartrite de joelho. O objetivo foi analisar como a intensidade da dor pode influenciar a capacidade funcional objetiva de pessoas portadoras de obesidade com osteoartrite de joelho, em um delineamento transversal e observacional. Também foi analisada a influência da gravidade dos achados radiográficos, da idade, índice de massa corporal (IMC) e tempo dos sintomas de osteoartrite na capacidade funcional objetiva. Os dados revelaram que a intensidade da dor está relacionada à capacidade funcional objetiva de pessoas com obesidade com osteoartrite de joelho, de forma moderada.

Radominski (1998) relata que um estudo epidemiológico realizado pela National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES), em 1997, mostrou que mulheres portadoras de obesidade com IMC maior que 30 e menor que 35 corriam quatro vezes mais o risco de osteoartrite de joelho que as mulheres com IMC menor que 25. Para os homens com os índices de obesidade, o risco estava 4,8 vezes aumentado quando comparados com pessoas com o peso normal.

Ainda com relação ao desenvolvimento de osteoartrite em portadores de obesidade, Spector, Hart e Doyle (1994 apud RADOMINSKI, 1998) desenvolveram um estudo longitudinal, realizado com um grupo de gêmeas portadoras de obesidade pareadas com um grupo gêmeo-controle sem obesidade. As análises demonstraram incidência aumentada de osteoartrite tibiofemoral e patelofemoral. Em média, as gêmeas com osteoartrite eram três a cinco Kg mais pesadas que o gêmeo-controle sem a doença. Os autores evidenciaram ainda que cada quilo de elevação no peso corporal adicionava risco de aparecimento de alterações radiológicas e osteófitos de osteoartrite de tibiofemoral em 14% e, em 32%, para osteoartrite patelofemoral.

2.1.5.2 Obesidade e Doenças da Coluna

Outro problema freqüente em portadores de obesidade são as doenças da coluna, cujos problemas relacionados vêm aumentando significativamente com o excesso de peso, levando a pessoa a ter dores e desconfortos. A presença de abdome protuso predispõe a pessoa com obesidade ao deslocamento anterior do centro de gravidade, levando o aumento da lordose lombar e inclinação anterior da pelve (Anteroversão). Isso proporciona o aumento da cifose torácica levando ao aumento da lordose cervical e ao deslocamento anterior da cabeça. Todas essas alterações levam a outros comprometimentos como encurtamentos e alongamentos excessivos que, com a anteroversão da pelve, ocasionará uma rotação interna dos quadris e, conseqüentemente, joelhos valgos e pés planos. É observado que nas crianças com obesidade ocorre valgismo pelo afastamento dos membros inferiores resultante do excesso de gordura na região das coxas. Ocorre também uma diminuição da estabilidade e deficiência no equilíbrio corporal e pé plano, quando associado ao alargamento da base de sustentação no início da marcha (CAMPOS, 1995).

Radominski (1998) relata que a obesidade troncular aumenta a sobrecarga mecânica da coluna lombar; salienta também que vários autores, utilizando o IMC e as pregas cutâneas, demonstraram associação da obesidade com hérnia discal.

Dentre os estudos realizados com pessoas portadoras de obesidade para identificar problemas na coluna, pode-se citar o estudo realizado por Bankoff (2002), cujo objetivo foi estudar as alterações morfológicas do sistema locomotor decorrentes da obesidade. O estudo

envolveu 19 participantes de ambos os sexos, pertencentes ao programa de atividade física para portadores do Ambulatório de Obesidade do Hospital das Clínicas da Unicamp. A coleta de dados foi feita por meio de um sistema de avaliação postural computadorizada do laboratório de eletromiografia e avaliação postural (FEF/ Unicamp). Os resultados revelaram que houve incidência de desvios posturais tais como: lordose cervical; cifose; hiperlordose; convexidade sacral aumentada; inclinação pélvica; aumento excessivo da região do abdome e diminuição das distâncias entre o meato acústico externo e os ombros.

As diversas pesquisas que estão sendo desenvolvidas sobre obesidade, principalmente, no âmbito da infância e adolescência, não enfatizam os aspectos sociais e econômicos oriundos dessa condição. Atualmente, sabe-se que é extremamente importante preocupar-se com a implementação de atividades voltadas para a prevenção de problemas de saúde e para a promoção da saúde, as quais levem em consideração as diferenças sociais e as questões econômicas, para assim ocorrerem mudanças incisivas e eficazes com relação aos hábitos alimentares e ao trato com a saúde em geral. Só dessa forma as estratégias sobre sobrepeso e obesidade poderão ser minimizadas.

2.1.6 Obesidade e Aspectos Psicossociais.

Atualmente, há uma grande preocupação com relação aos problemas psicossociais que a obesidade vem acarretando às pessoas. Considerando essa perspectiva, Bernardi, Cichelero e Vítolo (2005) ressaltam que, como é descrita como uma doença crônica, de difícil controle e com altos índices de insucesso terapêutico, a incidência da obesidade pode apresentar repercussões orgânicas e psicossociais.

Segundo Barbosa (2004), os aspectos psicológicos são observados na obesidade exógena que é resultante de um processo que envolve todo o contexto de vida do adolescente. Fisberg (2005) acrescenta que as características que envolvem a obesidade exógena estão na dinâmica familiar, no excesso de ingestão alimentar caracterizada por alimentos ricos em carboidratos e gorduras, no sedentarismo, maus hábitos alimentares e dificuldades nas relações psicoafetivas.

Programas educacionais realizados para aumentar o conhecimento da criança sobre nutrição e saúde e também para influenciar de maneira positiva a qualidade da alimentação e

atividade física, já foram desenvolvidos. Porém, ainda, são escassos estudos sobre a sua efetividade (DE MELLO; LUFT; MEYER, 2004).

A obesidade infantil tem alcançado índices alarmantes e com grande repercussão na população brasileira, tornando-se um fator relevante na área da saúde, principalmente devido às alterações que trazem para a vida das crianças, tais como conseqüências físicas, sociais, e psicológicas. De acordo com Luiz (2005), os estudos demonstram que as crianças com obesidade têm maiores riscos de manifestar problemas psicológicos e de saúde. Com isso devem ser levados em consideração os aspectos emocionais que podem estar vinculados à obesidade, facilitando assim o aparecimento de problemas psicológicos, como a ansiedade, depressão e dificuldades comportamentais.

Um dos momentos críticos para o aparecimento da obesidade é o início da adolescência, devido às intensas transformações no processo de crescimento e desenvolvimento ponderal. Sendo assim, Fleitlich (1997) argumenta que as transformações hormonais, funcionais, afetivas e sociais, e as alterações do universo físico (corporal) que ocorrem com essas pessoas quando chegam à adolescência, vêm como um turbilhão e, se não tiver o respaldo necessário para lidar com essa nova situação, o adolescente terá muita dificuldade para enfrentar esse desconhecido universo físico e mental.

Damiani e Oliveira (2002) relatam que as pessoas revelaram dificuldades em realizar atividades do dia-a-dia como ir à escola, praticar determinados exercícios físicos, procurar emprego, comprar roupas e divertir-se. Conseqüentemente, no decorrer da vida, a obesidade caminhará para outras barreiras como timidez e problemas no relacionamento afetivo.

Segundo Ades e Kerbaux (2002), a questão sobre excesso de peso pode ser um fator de sofrimento para as pessoas que não alcançaram um corpo ideal, devido à cobrança da sociedade. Os autores argumentam que, na atual sociedade, o que é veiculado pela mídia como ser gordo ou magro, na maioria das vezes não tem relação com a saúde.

De acordo com Bernardi, Cichelero e Vítolo (2005), existem evidências de que grande parte das pessoas com obesidade come para resolver ou compensar problemas dos quais, às vezes, não têm consciência. Essas pessoas enxergam a comida como fonte de prazer e conseqüentemente restringem ainda mais suas relações afetivas e sociais. Todo esse processo leva a um ciclo vicioso no qual há ganho progressivo de peso e solidão cada vez maior.

Ferrani et al. (2005) afirmam que o adolescente com obesidade sente-se inseguro em relação a sua imagem física tendo distorção da imagem corporal, imaginando que as pessoas o vêem com hostilidade e desprezo. Isso se torna um fator agravante na interação social, sofrendo ele discriminações que interferem em seus relacionamentos sociais e afetivos.

Quando se depara com a obesidade, o adolescente enfrenta muitos problemas em relação à aceitação de sua imagem corporal e valorização de seu próprio corpo.

Foi desenvolvido por Conti, Frutuoso e Gambardella (2005) outro estudo realizado sobre insatisfação corporal, cujo objetivo foi analisar a associação entre excesso de peso e insatisfação corporal de 147 adolescentes de ambos os sexos, de uma instituição da rede particular de ensino fundamental de Santo André, SP. Os resultados mostraram que, entre as meninas, houve um índice maior de insatisfação em diversas áreas corporais, como cabelo, nádegas, quadril, coxas, pernas, estômago, ombros/costas, tônus muscular, peso e aparência de uma forma geral, enquanto que, entre os meninos, houve insatisfação apenas para a área do estômago, cintura e peso corporal.

Ainda com relação às alterações psicossociais de crianças e adolescentes portadores de obesidade, Varella (2007) argumenta que a auto-estima reduzida, a distorção da auto-imagem e a visão preconceituosa da sociedade podem acarretar quadros depressivos, abuso de drogas e transtornos de ansiedade na adolescência.

Os autores Stunkard e Wadden (1992) enfatizam que a falta de confiança, o sentimento de isolamento, atribuído ao fracasso da família e dos amigos em compreender o seu problema em relação à obesidade, assim como a discriminação que enfrentam as pessoas vivendo com obesidade, remetem o adolescente com obesidade a uma grande sobrecarga psicológica.

Frente a essas alterações psicológicas decorrentes da obesidade, depara-se novamente com a necessidade de se implantar estratégias voltadas às crianças e adolescentes, enfatizando como estes compreendem a obesidade e como lidam com as questões de preconceito e discriminação. Atualmente, há uma preocupação em analisar o sentido de saúde e doença sob o olhar da criança, com o intuito de proporcionar uma melhor compreensão das necessidades emocionais e sociais dessa população, facilitando a interação e o diálogo entre a criança e o profissional da saúde.

2.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE PSICOLOGIA DA SAÚDE E OS SENTIDOS DE SAÚDE E DOENÇA

Os primeiros movimentos no sentido de oficializar a Psicologia no Brasil como profissão iniciaram-se nos anos 1950. Contudo inúmeros profissionais já atuavam na área desde a década de 1920. Na década de 1950, neste país, foram instalados oficialmente os primeiros serviços estruturados de Psicologia Hospitalar, mais precisamente de 1952 a 1954 na Ortopedia, e em 1957 na Unidade de Reabilitação, ambas no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (SEBASTIANI, 2000).

No início dos anos 1960, a Psicologia foi reconhecida oficialmente como profissão no Brasil, período em que se observou uma expansão na atuação de psicólogos, no sentido de desenvolverem seus trabalhos vinculados a hospitais gerais. Nesse período, em Cuba, foi fundada a primeira Sociedade de Psicologia da Saúde do mundo. Portanto, no Brasil como em outros países da América Latina, iniciaram-se atividades voltadas para a atenção à saúde da população, com a participação de psicólogos, expandindo seu campo de atuação para além das clássicas delimitações do modelo clinicalista e da atividade estritamente dedicada à então chamada “saúde mental” (SEBASTIANI, 2000). A partir da década de 1970, ocorreu um intenso desenvolvimento nas áreas acadêmicas de graduação, pós-graduação, publicação de artigos, encontros científicos de caráter regional e nacional, e implementação de práticas na área.

Ao mesmo tempo em que países da América Latina como o Brasil, Argentina e Uruguai, com movimentos ligados à Medicina Psicossomática, os Estados Unidos (EUA), Canadá e México com Behavior Medicine identificaram a participação efetiva de psicólogos cuja atuação residia principalmente em hospitais e outras instituições de saúde, não necessariamente vinculadas à saúde mental e a Psiquiatria. Essa prática apresentava-se como um desafio a esses profissionais, uma vez que sua formação tivesse lhes oferecido demandas bastante distintas do atual modelo de atuação (SEBASTIANI, 2000). Partindo da premissa de que a Psicologia é uma ciência nova, mais nova ainda é a Psicologia da Saúde, implementada em 1978 como parte da Psicologia, utilizando conhecimentos advindos de campos diversos como a Medicina, a Biologia, a Epidemiologia, a Saúde Pública, a Sociologia e a Antropologia. No decorrer desse período, pode-se observar que houve uma crescente inserção

dos psicólogos em redes públicas, como também em instituições privadas (SEBASTIANI, 2000).

Na década de 1980, a Psicologia da Saúde vivenciou um momento de grande produtividade, tanto no Brasil quanto em outros países das Américas. Em 1983, no Brasil, aconteceu o primeiro encontro nacional de Psicologia na área hospitalar. Nessa mesma década, observou-se um aumento na procura de profissionais capacitados, especificamente na área de Psicologia da Saúde e suas sub-áreas, para preencher os quadros funcionais em hospitais, ambulatorios, Unidade Básica de Saúde (UBS), centros de saúde e programas de orientações, prevenção e educação da saúde, tanto nas esferas públicas municipais, quanto estaduais e federais. Já na década de 1990, houve um crescente reconhecimento da importância da Psicologia da Saúde em equipes multidisciplinares. Pode-se observar a conquista da Psicologia da Saúde por meio dos avanços na área. Porém existe a necessidade de amadurecimento profissional, seja no campo técnico-metodológico, seja sob a ótica de questões mais diretamente ligadas à identidade profissional (AGUIAR et al., 2004).

Matarazzo (1980 apud ENUMO, 2003, p. 11) definiu esse novo campo da Psicologia como:

Psicologia da Saúde é um agregado de contribuições específicas da psicologia para a promoção e manutenção da saúde, a prevenção e tratamento de doenças, a identificação de etiologias e diagnósticos voltados à saúde, doença e disfunções relacionadas, e para análise e promoção do sistema de cuidados com a saúde e formação de políticas de saúde.

A Psicologia da Saúde destaca-se como ciência e profissão, tendo em vista a otimização do trabalho interdisciplinar, estreitando vínculos das vertentes assistenciais, de formação e pesquisa, e aglutinando estratégias globais que possibilitam dar respostas aos problemas que implicam desenvolver uma nova forma de pensamento em saúde, satisfazendo as demandas e necessidades das populações (SEBASTIANI, 2000).

A Psicologia da Saúde é vista como um campo que integra o conhecimento psicológico relevante para a manutenção da saúde, prevenção e adaptação às demandas impostas pela doença (STROEBE; STROEBE, 1995).

Scliar (2002) argumenta que a discussão sobre saúde surgiu há pouco tempo, decorrente das necessidades de se planejarem ações de saúde, tanto individual quanto coletiva. A Organização Mundial de Saúde (OMS) (1948 apud SCLiar 2002, p. 93) definiu

o conceito de saúde como: “[...] saúde é o estado de mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de enfermidade”. Scliar (2002) relata que, no passado, provavelmente as pessoas contestavam somente a “ausência de enfermidade”, devido ao fato de não estarem doentes, o que correspondia subjetivamente a sintomas e objetivamente a sinais, podendo ser diagnosticados com exames de radiografia e exames de sangue. Nesse caso, o “estado de mais completo bem-estar físico, mental e social”, é um conceito que pode ser entendido de maneira orgânica como peso ideal, pressão arterial normal ou pode ser bastante relativo ao equilíbrio mental ou social, como salário, escolaridade, condições sócio-econômicas.

De acordo Scliar (2002, p. 94), “bem-estar” é visto como algo subjetivo e difícil de ser quantificável, parecido com a “felicidade”. Ele salienta que “[...] é antes uma “imagem horizonte” do que um alvo concreto. [...]”. Isso não significa que saúde/doença é algo separado, pois não o são, porque fazem parte de um continuum que condiz ao processo saúde/ enfermidade e em que os fatores da doença podem estar presentes antes mesmo que ela se manifeste.

Com relação a este conceito da OMS, os autores Segre e Ferraz (1997, p.539) expõem que: “[...] essa definição, até avançada para época em que foi realizada, é, no momento, irreal, ultrapassada e unilateral.” Os autores criticam essa definição da OMS, questionando o que seria perfeito bem-estar. Pois certamente, o que significa bem-estar para uma pessoa não necessariamente o é para outra. Segre e Ferraz (1997, p. 540) argumentam ainda que “[...] a definição de saúde da OMS está ultrapassada porque faz destaque entre o físico, o mental e o social. [...]”. Eles enfatizam uma continuidade entre o psíquico e somático, uma vez que o psíquico corresponde ao corpo e vice e versa, representando um sistema contínuo sem estabelecer uma divisão entre ambos.

No que tange à unilateralidade da definição da OMS, Segre e Ferraz (1997, p. 541) salientam que “[...] há que se discutir o conceito de qualidade de vida. [...] entende-se que qualidade de vida seja algo intrínseco, só possível de ser avaliado pelo próprio sujeito. [...]”. Dentro desse contexto, os autores fazem alusão a uma visão ampliada de saúde pública, que deve observar, descrever, avaliar e administrar indicadores. Segre e Ferraz (1997, p. 542), baseando-se na questão do subjetivismo das pessoas, concluem com o seguinte questionamento: “[...] não se poderá dizer que saúde é um estado de razoável harmonia entre sujeito e sua própria realidade.”

Pensando na mudança do processo saúde/doença no âmbito da Psicologia da Saúde, cabe ressaltar as três vertentes propostas por Spink (2003), que transita da esfera intra-

individual para explicação do processo saúde/doença, incorporação do social de forma mecânica até a adoção de uma postura mais dinâmica face ao social. A primeira vertente está voltada à explicação do aparecimento da doença como organismo individual. Ela abrange duas correntes distintas: uma influenciada pela abordagem psicanalítica e outra ligada às teorias de personalidade. A segunda vertente enfatiza os aspectos psicossociais que podem ser responsáveis pelo surgimento da doença. Spink (2003, p. 46) expõe que:

[...] esta segunda vertente está intrinsecamente relacionada às posturas de promoção da saúde e prevenção de doença. [...] Assim se a primeira vertente pertencia à esfera das emoções e das terapias, a segunda parece pertencer à esfera da educação.

Já a terceira vertente distingue-se das outras em muitos sentidos, uma vez que ela privilegia a perspectiva do paciente e não mais a do médico ou sistema de saúde, pertence à esfera da conscientização. Spink (2003, p. 47) argumenta que “[...] a terceira vertente, ao contrário, não tem por objetivo formular leis causais; a doença é vista como um fenômeno psicossocial, historicamente construído [...]”.

Com o desenvolvimento da Psicologia da Saúde, surgiu o desafio ao modelo biomédico, que predominava desde o século passado, estando presente na maioria das práticas de saúde. Dentro dessa perspectiva, será abordado a seguir, um breve comentário sobre a transição do Modelo Biomédico ao Modelo Biopsicossocial.

2.2.1 Modelos de Atendimento em Saúde - Biomédico e Biopsicossocial.

Considerando que os significados e os sistemas de explicação sobre o processo de saúde/doença não se reduzem a evidências orgânicas, mas estão intrinsecamente relacionados às características de cada sociedade, a Psicologia da Saúde e áreas afins propõem o Modelo Biopsicossocial no atendimento à saúde, contrapondo-se ao Modelo Biomédico. Isso porque ele não tem nada a oferecer no sentido de orientar os esforços preventivos, necessários para reduzir a incidência de doenças crônicas como, por exemplo, obesidade e doenças cardiovasculares, já que a promoção da saúde e a prevenção de doenças são pressupostos

principais que orientam a atuação dos profissionais no âmbito da saúde (TRAVERSO-YÉPES, 2001; STROEBE; STROEBE, 1995).

Tentando conceituar o Modelo Biomédico, De Marco (2006, p. 64) afirma que: “[...] este modelo refletindo referencial técnico-instrumental das biociências exclui o contexto psicossocial dos significados, dos quais uma compreensão plena e adequada dos pacientes e suas doenças depende. [...]”

Os autores Stroebe e Stroebe (1995) complementam que o Modelo Biomédico entende que para cada doença existe uma causa biológica primária que pode ser sempre identificável, ignorando o fato de que muitas doenças são resultantes da interação de fatos sociais, psicológicos e biológicos.

Traverso-Yépez (2001) argumenta que o Modelo Biomédico prioriza o orgânico e propõe que toda doença ou alteração física pode ser explicada por alterações no processo fisiológico resultante de lesões, desequilíbrios bioquímicos e hormonais, infecções bacterianas ou virais e similares.

Engel (1977 apud STROEBE; STROEBE, 1995) salienta que a necessidade de substituir o Modelo Biomédico reside na importância de considerar a saúde e a doença como um processo contínuo, pois só dessa forma, seria possível atuar em nível de prevenção primária, não ficando apenas nos níveis secundário e terciário próprios do Modelo Biomédico, que nada tem a oferecer no sentido de orientar os esforços preventivos que são necessários para reduzir a incidência de doenças crônicas, no qual é necessário haver mudança de crenças relativas à saúde, bem como de atitudes e comportamentos.

Diante dessas críticas ao Modelo Biomédico, um novo modelo foi proposto, o Modelo Biopsicossocial, que, segundo Stroebe e Stroebe (1995), considera que os fatores biológicos, psicológicos e sociais são determinantes importantes da saúde e da doença, em que a pessoa é concebida como a pedra angular no sentido de orientar as práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças. Nesse modelo, a pessoa é também responsável por seu estado, antes delegado somente aos profissionais de saúde. Os autores complementam que os profissionais devem considerar a interação dos fatores biopsicossociais como extremamente relevantes tanto na avaliação da saúde quanto nas recomendações para eventual tratamento.

Nesse contexto, Spink (2003) salienta que a adoção dessa nova maneira de lidar com o processo saúde-doença implica em dois grandes saltos qualitativos: o primeiro, refere-se ao fato de se abordar a doença não apenas como uma experiência individual, mas também como um fenômeno coletivo articulado à ação das forças ideológicas da sociedade; e o segundo, por deixar de privilegiar a visão médica como padrão incontestável ao encarar a doença,

delegando também ao paciente a responsabilidade pela mesma. Vertente que “[...] possibilita o confronto entre o significado (social) da experiência e o sentido (pessoal) que lhe é dado pelo indivíduo”. (SPINK, 2003, p. 47).

O Modelo Biopsicossocial considera que a doença não é algo estático, mas um processo, que começa antes mesmo que a pessoa seja afetada, daí a necessidade de se instituir estratégias que atuem em nível de prevenção primária. Mesmo porque, não há universalidade no que se relaciona ao processo saúde-doença, pois as pessoas que chegam para o atendimento apresentando quaisquer problemas são oriundas dos mais diversos estratos sociais, faixas etárias e regiões culturais. Nem sempre, o profissional da saúde irá encontrar pessoas com as mesmas noções sobre o adoecimento. O que torna imprescindível considerar os aspectos psicológicos e sociais no processo saúde-doença (ENUMO, 2003; BEZERRA JR., 2001).

Com relação ao Modelo Biopsicossocial, De Marco (2006, p. 64) expõe que este modelo

[...] proporciona uma visão integral do ser e do adoecer que compreende as dimensões física, psicológica e social. Quando incorporada ao modelo de formação do médico, coloca a necessidade de que o profissional, além do aprendizado e evolução das habilidades técnico-instrumentais, evolua também as capacidades relacionais que permitem o estabelecimento de um vínculo adequado e uma comunicação efetiva.

De Marco (2006, p. 64) chama a atenção para a necessidade de se desenvolverem ações que incorporem as características do Modelo Biopsicossocial em um processo de educação permanente aos profissionais de saúde, em especial aos médicos, no qual as atividades destaquem uma função denominada “[...] dupla-face, em que o aluno funciona tanto como alvo das ações tanto como agente transformador.”

Muito embora vários pesquisadores estejam se esforçando para consolidar o Modelo Biopsicossocial, ainda existem profissionais que comungam do Modelo Biomédico, mesmo porque, como afirma De Marco (2006), a formação do médico é construída dentro do Modelo Biomédico, o que dificulta a esses profissionais ter uma visão ampliada de saúde, fazendo com que desconsiderem a importância do usuário enquanto responsável por sua condição de saúde, bem como, dos outros profissionais da área da saúde, lidando com esses como se fossem meros coadjuvantes no processo saúde-doença. O Modelo Biomédico valoriza o corpo, seus sinais e sintomas, mas se esquece da pessoa e de seu sofrimento. As técnicas

como os raios X, as análises químicas e a ressonância magnética, não deixam de ser extremamente importantes e caracterizadas como conquistas essenciais para a área da saúde, contudo, não captam a dimensão psicossocial das pessoas e, por isso, sua utilização não deve ser salientada em detrimento da relação médico/profissional da saúde – paciente (REIS, 1998).

Além do entendimento sobre os modelos de atendimento em saúde, outro fator que tem tido destaque nos trabalhos na área da saúde, é a compreensão dos sentidos de saúde e doença nos mais diversos grupos populacionais, uma vez que, essa compreensão pode influenciar na criação e desenvolvimento de estratégias específicas para cada grupo.

2.2.2 Os Sentidos de Saúde e Doença

Todo conceito é construído partindo de um contexto social, e, para que sua origem seja elucidada, é necessário esclarecer seu sentido atual. Sendo assim, os significados distintos atribuídos à saúde/doença são oriundos das mudanças ocorridas em toda sociedade, no âmbito econômico, político, cultural e psicossocial (MOREIRA; DUPAS, 2003)

De acordo com Castro (2003), ao longo da história do ser humano, a concepção sobre o adoecer muda de acordo com as crenças, transita de uma perspectiva naturalística, em que saúde e doença eram atribuídas à interação dos deuses, para uma maior autonomia de seus atos, e apresenta-se como independente da natureza.

Ausebel et al. (1980 apud BORUCHOVITCH; FELIX-SOUSA; SCHALL, 1991) relatam que a importância de estudos dos conceitos e dos processos pelos quais esses se formam reside no fato de se viver, sobretudo, num mundo de conceitos. E, ainda, que a investigação na área de formação de conceitos vem se concentrando na análise dos fenômenos cognitivos e sociais envolvidos na aquisição dos mesmos.

Boruchovitch, Felix-Sousa e Schall (1991, p. 418) destacam algumas divergências entre os representantes da perspectiva cognitiva na formação dos conceitos e expõem as premissas básicas para esta formação:

- a) Os conceitos são vistos como “alicerces” da experiência cognitiva, cujos significados posteriores não são construídos, mas absorvem os primeiros e

mais simples significados; b) Os conceitos emergem como extensão do conhecimento já existente; c) A finalidade básica do conceito é facilitar a aquisição de novos conceitos; d) A aprendizagem de conceitos é considerada gradativa, contínua; e) Há ganhos progressivos no nível abstenção no qual ocorre processo de aquisição de conceito.

Boruchovitch, Felix-Sousa e Schall (1991) ressaltam ainda que influências dos fatores sociais estão fortemente ligados na formação dos conceitos, mesmo porque é atribuída a importância das pessoas fazerem parte de uma sociedade em determinado movimento histórico, guiando-se por certos valores, os quais se traduzem e se expressam na gênese dos conceitos. Dessa maneira, os autores argumentam que antes de um conceito “[...] ser ensinado ou transmitido, deve ser pensado como um produto de uma rede de configurações que, ao mesmo tempo, lhe tecem, lhe imprimem marcas e lhe conferem significados”(p. 419). Além disso, os autores salientam que

[...] por um lado, o conceito de doença é espontâneo, concreto e facilmente adquirido pela criança, visto que se refere a uma experiência direta que ela vivencia, e por outro é um conceito formal, abstrato, científico e com atributos essenciais precisos. (BORUCHOVITCH; FELIX-SOUSA; SCHALL, 1991p. 419).

Medeiros, Bernardes e Guareschi (2005) explicitam que, quando se elege determinado conceito, como no caso da saúde, não se faz de qualquer lugar, ele é tomado a partir daquele território no qual se aprende a olhá-la. A saúde então passa a ser tema da realidade que opera determinados processos existenciais, ao mesmo tempo em que ela só é possível a partir de determinada operação de certos campos de conhecimento nos quais ocorrem transportes, traduções, interpretações, ou seja, maneiras de representações que ao darem sentidos a determinados fenômenos, produzem modos de as pessoas se relacionarem. Os autores argumentam ainda que, quando se anuncia “saúde para todos em 2000”, como na Assembléia Mundial de Saúde, no ano de 1997, “adicionam-se” não só anos a vida, mas vida aos anos.

[...] a psicologia entra nessa esteira de problematização à medida que saúde está relacionada não só como algo para todos, mas produção de vida, que pode ser entendida por condições físicas, psicológicas e sociais, ou seja, os aspectos orgânicos, comportamentais e sociais constitutivos da forma de representar o ser humano como um ser biopsicossocial. Então por intermédio do conceito de saúde - biológica, psicológica e sociológica –

conceitua-se também determinado sujeito, um sujeito tridimensionalizado e, ao mesmo tempo, tripartido biopsicossocial. (MEDEIROS; BERNARDES; GUARESCHI, 2005, p. 264)

Dentro desse contexto, entende-se que saúde é definida na integralidade, ou seja, partindo de uma visão holística da pessoa, levando-se em consideração suas relações intra e intersociais (MEDEIROS; BERNARDES; GUARESCHI, 2005).

Oliveira, Egry e Gejer (1997) chamam a atenção para a importância do estudo dos processos de saúde-doença e salientam que a compreensão desse processo se faz permeando toda a organização da prática em saúde e toda relação do usuário com o sistema de saúde, suas crenças, seus modos de agir e sua adesão ou não aos cuidados em saúde.

Oliveira, Egry e Gejer, (1997, p. 81) salientam que:

Faz-se importante a discussão sobre as concepções de saúde de uma comunidade porque são esses entendimentos que embasam a maneira como as pessoas encaram a saúde e como lidam com a enfermidade, e isso também se reflete na adesão ou não ao tratamento.

Pode-se, então, dizer que o processo saúde-doença representa um conjunto de relações e variáveis que produz e condiciona o estado de saúde e modifica os diversos movimentos históricos e o conhecimento científico da humanidade. Clayton e Thomas (2000, p. 1583) definem saúde como:

Condição em que todas as funções do corpo e da mente estão normalmente ativas. A Organização Mundial de Saúde define saúde como um estado de bem-estar físico, mental ou social completo e não a mera ausência de doença ou enfermidade. Essa definição tem pouca utilidade na avaliação do indivíduo e quando pretendemos definir quem determina o bem-estar: se o profissional da saúde ou o indivíduo. Muitas pessoas vivenciam um estado de bem-estar, embora possam ser classificadas como não-saudáveis por outros.

Clayton e Thomas (2000) definem doença como uma condição de não estar bem. E ainda fazem uma distinção entre doença e enfermidade, enquanto a primeira pode ser tangível e mensurável, a segunda é altamente individual e pessoal.

Com relação aos sentidos de saúde/doença, muitos estudos vêm sendo desenvolvidos na tentativa de esboçar seus significados. Oliveira, Egry e Gejer (1997) realizaram um estudo envolvendo 104 adolescentes, com o objetivo de caracterizar o perfil de saúde/doença dos adolescentes usuários de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) pertencente à rede municipal da cidade de São Paulo. Os dados foram coletados durante o período de janeiro de 1988 a dezembro de 1991, época em que foi desenvolvido um programa específico de atenção ao adolescente. Os autores relataram que foi possível perceber que a intervenção no processo saúde/doença desses adolescentes estava centrada na dimensão singular, resultando em produtos também singulares, já que se fundamentava nas consultas médicas e psicológicas individuais.

Apesar da tentativa em sistematizar a assistência a esse grupo populacional, o programa não foi capaz de superar a assistência médica individualizada, como forma privilegiada de intervenção no processo saúde/doença desses adolescentes. Os autores concluem que, em relação às manifestações sobre o processo saúde/doença, há uma necessidade de se ir além do paradigma biológico e levar em consideração as demais dimensões da vida do adolescente, como as sociais, psicológicas, culturais etc, que interferem no processo saúde/doença.

Borges e Japur (2005) desenvolveram um estudo visando contribuir com o discurso da necessidade de um fazer-em-saúde embasado em práticas locais, democráticas e próximas à população. O trabalho foi desenvolvido em um bairro de classe média baixa de uma cidade de grande porte do interior do Estado de São Paulo. No trabalho, foram envolvidas 1300 famílias divididas em cinco grupos comunitários, escolhidas por critério geográfico dentro da área de abrangência do Programa de Saúde da Família (PSF). O objetivo foi descrever os sentidos de saúde/doença produzidos em grupos comunitários realizados no contexto PSF. O estudo baseou-se no construcionismo social como base teórico-metodológica, com a perspectiva de compreender que os sentidos construídos pelas pessoas sobre si mesmas e sobre o mundo são produzidos nas interações entre as pessoas, situadas em contextos históricos específicos e sustentados pelos processos locais de negociação dos sentidos, sejam eles consensos ou disputas, em suas práticas cotidianas, em que:

[...] a atenção em saúde é vista como uma prática social dentro de um contexto histórico e cultural, e cujos sentidos são permanentemente reconstruídos pelas interações entre profissionais e comunidade, imersos em

universos de significação mais amplos já disponíveis, por exemplo, as políticas gerais de saúde. (BORGES; JAPUR, 2005, p.509).

Nesse estudo, os temas discutidos pelos grupos foram: “O que é estar com saúde”, “O que é estar doente” e “O que é cuidar da saúde”. O questionário foi gravado e transcrito posteriormente para a análise, na qual os participantes indicaram que a sua compreensão estava associada ao cuidado com a saúde e com o período de vida em que se encontravam. Ao discutir sobre promoção de saúde, foi reconhecido como recurso privilegiado, isto é, quando se falava de lugar e pessoas saudáveis. Porém, ao ser abordado sobre alguma doença ou fragilidade, foram questionados os serviços e as intervenções profissionais. Diante do contexto das conversações, é que se gerou a reflexão sobre os vários sentidos produzidos em torno dos temas referentes à saúde em seus cotidianos, valorizando uma maior aproximação entre os grupos envolvidos, facilitando novos espaços de conversação e de consensos, na qual o diálogo foi ferramenta-mestra da relação, favorecendo a construção de novos sentidos no âmbito da assistência local desejada (BORGES; JAPUR, 2005).

O estudo desenvolvido por Boruchovitch, Felix-Sousa e Schall (1991) teve como objetivo compreender o que professores e alunos do primeiro grau pensam sobre doença e como cuidam de sua saúde. A amostra envolveu 123 professores e 394 alunos, de escolas públicas e particulares do município do Rio de Janeiro. Utilizou-se um questionário que envolveu diversas temáticas, dentre as quais se encontravam questões de conceituação de saúde/doença e cuidados com a saúde, como: “Como você cuida da sua saúde?” e “O que é doença para você?” entre outras. Nos resultados referentes ao depoimento dos professores, constatou-se que a concepção saúde/doença precisa ser repensada no contexto escolar. É importante que os professores tenham espaço para pensar sistemática e criticamente sobre suas concepções e práticas sobre saúde/doença, para que essas possam ser refletidas não em termos de se constituírem exclusivamente como conceitos complexos por parte dos alunos, mas sim como conceitos que se constroem a partir da troca de saberes, que deve acontecer no processo de ensino-aprendizagem. Já a concepção de doença para os alunos foi relatada por meio de sensações, afetos ou nome, dando uma idéia de concretude. A resposta de maior incidência com relação à saúde foi categorizada em ação de cuidados físicos, que podem ser exemplificados quanto à higiene, alimentação e busca de atendimento médico/farmacológico.

Moreira e Dupas (2003) realizaram um estudo sobre o significado de saúde e de doença na percepção da criança. O objetivo foi compreender o significado que a criança na faixa etária de 7 a 12 anos atribui à saúde e à doença. Os participantes foram divididos em

dois grupos, sendo o primeiro constituído por criança em ambiente escolar da rede pública, e o segundo, por crianças hospitalizadas em uma unidade pediátrica de médio porte em uma cidade do interior de São Paulo. Esse trabalho teve como referencial teórico-metodológico o interacionismo simbólico, cujo instrumento utilizado foi uma entrevista semi-estruturada para explorar as definições expostas pelas crianças, partindo de duas questões básicas: “o que é saúde para você?” e “o que é doença para você?”. Com relação ao conceito de saúde, os participantes relacionaram-na a algo que proporcionava liberdade, cuidado com o corpo e com alimentação, sensação de bem-estar e de felicidade.

A concepção de doença para as crianças, na escola, teve vários conceitos, porém, relacionados a algum momento que elas já presenciaram, mas do qual não faziam parte. Já no hospital, as crianças levantaram questões acerca da sua experiência, tanto física quanto emocional, e de como elas estavam sofrendo naquele momento, de ficar longe de casa e dos amigos. Sendo assim, identificou-se que em ambos os grupos, a definição de saúde foi semelhante, ou seja, caracterizaram algo que lhes proporcionou liberdade e que estava condicionado aos cuidados com o corpo e com a alimentação. Já quanto à concepção de doença, as crianças do ambiente escolar conceituaram doença de uma forma mais teórica, questionando sobre suas causas e conseqüências. Contudo as crianças hospitalizadas definiram doença de forma mais concreta, expressando sua própria experiência e situação.

Pensando nos estudos que vêm sendo desenvolvidos no entendimento do processo saúde/doença, uma das teorias que está sendo utilizada como arcabouço teórico-metodológico é a teoria da Representação Social e seus desdobramentos.

2.3. CONSIDERAÇÕES SOBRE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

A teoria das representações sociais, RS, tem sido motivo de muitas discussões; contudo, nos últimos 30 anos, o número de pesquisas sobre essa teoria tem surpreendido. Essa teoria teve como precursor Serge Moscovici, que iniciou trabalhos nessa área fazendo avançar e desenvolver estudos das representações sociais, elaborando e defendendo essa teoria, possibilitando futuros estudos. A partir da década de 1970, é que emergiu no Brasil, o interesse por essa teoria, caracterizando um aspecto moderno do conhecimento popular, que,

desde então, vem sendo utilizado em muitos estudos, em especial no que se refere ao campo da saúde e da doença (WOLFGANG, 1993).

2.3.1. Definindo Representação Social

O conceito que se denomina representação social ou “representação coletiva” foi proposto inicialmente por Durkheim, que desejava enfatizar a especificidade e a primazia do pensamento social em relação ao pensamento individual. No âmbito da Sociologia, as Representações Sociais (RS) eram compreendidas como “[...] artifícios explanatórios irredutíveis a qualquer análise posterior. Sabia-se que as representações sociais existiam nas sociedades, mas ninguém se importava com sua estrutura ou com sua dinâmica interna”. (MOSCOVICI, 2003, p. 45). O pensamento de Moscovici sofreu influência de Durkheim, com seu conceito de representações coletivas. Contudo, Durkheim afirmou que tais representações seriam produto de uma grande colaboração que se estendeu não apenas no espaço, mas no tempo. Para realizá-las, uma multidão de vários espíritos uniu, misturou, juntou suas idéias e sentimentos. Longas séries de gerações acumularam aqui sua experiência e saber (MESTRE; PINOTTI, 2004).

Subseqüentemente, Moscovici buscou abordar o conceito de RS que foi introduzido primeiramente na França, em 1961, com o trabalho intitulado “A Psicanálise – a sua imagem e o seu público”. Nessa pesquisa, o autor propõe a noção de “representação social” para analisar a relação entre os conhecimentos produzidos pela Psicanálise enquanto ciência e a maneira como ela era apreendida por várias camadas da população francesa em meados dos anos 1950. Nesse período, Moscovici realçou as diferenças entre os modelos científicos e os não-científicos no que se refere à Psicanálise, abordando o deslocamento de sentido de um modelo ao outro. É nesse deslocamento que as RS aparecem como “saber ingênuo” ou “saber do senso comum”, em oposição ao saber produzido pela ciência. Moscovici (1978 p. 24) salienta a “[...] formação de um outro tipo de conhecimento adaptado a outras necessidades, obedecendo a outros critérios, num contexto social preciso [...]”.

Quando Moscovici (1978) propôs a noção de RS, seu principal objetivo foi tentar estabelecer uma articulação entre os fenômenos individuais e os fenômenos sociais, ou seja, entre o indivíduo e a sociedade. Para isso, norteou-se na intersecção entre o individual e o

social, tentando introduzir uma articulação entre a experiência individual e os modelos sociais e, tendo como resultado um modo particular de apreensão do real.

Moscovici (2003, p. 9-10) complementa que:

As representações são entidades quase tangíveis, elas se entrecruzam e se cristalizam, continuamente através de uma palavra, de um gesto, ou duma reunião em nosso mundo cotidiano. Nelas empregam a maioria de nossas relações estabelecidas, os objetos que nós produzimos ou consumimos e as comunicações que estabelecemos. Nós sabemos que elas correspondem de um lado, à prática específica que produz esta substância, do mesmo modo como a ciência ou o mito corresponde a uma prática científica ou mística.

Para Spink (1993), as RS são definidas como maneiras de conhecimento prático, inserindo-se especificamente entre as correntes que estudam o conhecimento do senso comum. Para a autora, as RS são as expressões de permanências culturais como são o lócus da multiplicidade, da diversidade e da contradição, ou seja, as RS são campos socialmente estruturados na interface de contextos sociais de curto e longo alcance históricos.

De acordo com a definição clássica apresentada por Jodelet (1985 apud SPINK, 1993), as representações sociais são formas particulares de entendimento prático, direcionadas à comunicação e à compreensão de um contexto social e de uma teoria filosófica que transmite ao mundo em que se vive o pensamento e suas representações. Manifestam-se como elementos cognitivos, imagens, conceitos, categorias, teorias, porém, de modo algum se restringindo aos componentes cognitivos.

Spink (1993, p. 300) complementa que:

[...] sendo socialmente elaboradas e compartilhadas contribuem para a construção de uma realidade comum que possibilita a comunicação. Diante disso, as representações sociais são essencialmente, fenômenos sociais que mesmo acessados a partir do seu conteúdo cognitivo, tem de ser compreendidos a partir do seu contexto de produção.

Conforme Jodelet (1993 apud LIMA; FERRAZ, 1999), as RS são compreendidas como um ato de pensamento no qual uma pessoa se relaciona com um sujeito. Essas são correspondentes a um processo de apropriação da realidade externa, pelo pensamento, e à

elaboração psicológica (cognitiva e afetiva) e social (contexto ideológico, histórico, pertença de classe do indivíduo) dessa realidade. A autora relata também que as RS são como sistemas de interpretação que norteiam a relação do indivíduo com o mundo e com os outros, guiando e organizando-lhe as condutas. Segundo a autora, as representações:

[...] estão ligadas a sistemas de pensamento mais amplos, ideológicos ou culturais, a um estado de conhecimentos científicos, assim como à condição social e à esfera da experiência privada e afetiva dos indivíduos. (JODELET 1993 apud LIMA; FERRAZ, 1999, p. 35).

Dessa maneira, as RS posicionam-se entre o objeto e o sujeito do conhecimento, demonstrando que não existe uma relação direta e estável entre os dois, nem mesmo os dois são definidos estaticamente enquanto tais. Em outras palavras, a posição de sujeito e objeto é tão indefinida quanto a relação que se estabelece entre estes a partir da mediação das RS. Dessa forma, entende-se que “[...] não existe um corte dado entre o universo exterior e o universo do indivíduo (ou do grupo) que o sujeito e o objeto não são absolutamente heterogêneos em seu campo comum”. (MOSCOVICI, 1978, p. 48).

Aliás, é a própria representação quem define o significado do objeto e, por conta disso, quem define o próprio objeto. Dessa maneira, as representações são as próprias ferramentas da pessoa no processo de decodificação da realidade, ou seja, “[...] no que se refere à realidade, essas representações são tudo o que nós temos, aquilo a que nossos sistemas perceptivos, como cognitivos são ajustados”. (MOSCOVICI, 2003, p. 32).

Assim, as RS estão livres de ser um esboço do objeto, uma versão sobre as coisas. Como mediadoras entre o sujeito e o objeto e com a capacidade de posicionar cada um dos dois na construção do conhecimento, as RS são as próprias coisas. Em outras palavras, as representações não têm a capacidade de remontar as coisas como elas podem ter sido, mas o ato da re-apresentação implica uma reconstituição do objeto, uma reconstrução daquilo sobre o qual se fala; portanto não existe uma história dada, existe sim, um tempo sobre o que se fala. Decodificar a realidade a partir da representação é, portanto, (re)construir as concepções sobre aquilo que se vê (MOSCOVICI, 2003).

Em resumo, as RS não consideram a pessoa de forma isolada, uma vez que ela pertence a um grupo, elas analisam os porquês, cujo objetivo é entender os significados de quaisquer fatos e questões que permeiam o contexto social das pessoas.

Pensando na construção das RS na esfera infanto-juvenil, Duveen (2000, p. 265) argumenta que “[...] a criança nasce em um mundo que já está estruturado pelas representações sociais de sua comunidade, o que lhe garante a tomada de um lugar em um conjunto sistemático de relações e práticas sociais. [...]” O autor entende que a criança passa a internalizar paulatinamente as representações vigentes em seu contexto social à medida que adquire uma identidade. Assim, quando as representações são internalizadas, elas expressam a relação das pessoas com o ambiente que conhecem e, concomitantemente, essas representações situam as pessoas nesse contexto.

Diante disso, a capacidade das RS de se constituírem enquanto próprias coisas está intimamente vinculada a uma convenção do mundo externo, ou seja, a construção de um acervo coletivo de significados que deve ser consultado para que se compreenda (ou se constitua) a realidade. É o processo que Moscovici divide em duas etapas: ancoragem e objetivação, responsáveis pelo registro das RS. O primeiro processo, a ancoragem, é responsável por transformar tudo aquilo que parece perturbador e distante, em algo conhecido, ou seja, é justapor o diferente a alguma coisa já conhecida e significada. Ancorar é alocar um objeto dentro do acervo de convenções já existentes: “[...] coisas que não são classificadas e que não possuem nome são estranhas, não existentes e ao mesmo tempo ameaçadoras”. (MOSCOVICI, 2003, p. 61). Enfim, a ancoragem é uma mostra da luta da pessoa contra a imprevisibilidade, aquilo que ela não pode controlar. Dar nome às coisas é, de certa maneira, construir previsões sobre elas mesmas, estabelecer seu funcionamento e as regras que podem ser quebradas de acordo com a discrepância da classificação.

O segundo processo – a objetivação – é a concretização do processo de familiarização de um objeto e a transformação da realidade em imagem, fazendo com que o objeto pesquisado deixe de ser desconhecido e transforme-se em uma imagem estável, conhecida e controlada. Objetivar é, assim, dar substrato a um objeto aparentemente vazio.

Sobre estes dois processos, Moscovici (2003, p. 78) complementa que:

[...] ancoragem e objetivação são, pois, maneiras de lidar com a memória em movimento e a memória dirigida para dentro, está sempre colocando e tirando objetos pessoas e acontecimentos, que ela classifica de acordo com um tipo e os rotula com um nome. A segunda, sendo mais ou menos

direcionada para fora (para outros), teria dois conceitos e imagens para juntá-los e reproduzi-los no mundo exterior para fazer as coisas conhecidas a partir do que já é conhecido.

Assim, enquanto a ancoragem refere-se à utilização de representações já existentes, a objetivação é essencialmente uma operação formadora de imagens, isto é, um processo pelo qual noções abstratas são transformadas em algo concreto (SPINK, 1993).

2.3.2. Representações Sociais de Saúde e de Doença

Cada vez mais se verifica que, no campo da saúde, são desenvolvidos estudos sobre a representação de saúde e de doença. A categoria representações sociais tem se tornado objeto de reflexão, sendo utilizada como referencial teórico-metodológico nesse campo (GOMES; MENDONÇA; PONTES, 2002).

Diante disso, será comentado um breve relato da evolução das representações sociais de saúde e de doença e, subsequente, elencadas algumas pesquisas e como estas têm abordado o campo das RS e introduzidas no cotidiano das pessoas.

2.3.2.1. Breve Histórico sobre as Representações Sociais de Saúde e de Doença.

As diversas representações de saúde e doença podem coexistir por meio da persistência de modelos antigos, mas que ainda atendem a necessidades atuais. O percurso histórico dos conceitos de saúde e de doença é permeado por uma história de construções de significados sobre a natureza, as funções e a estrutura do corpo, bem como, sobre as relações corpo-espírito e pessoa-ambiente (GOMES; MENDONÇA; PONTES, 2002).

Para Sevalho (1993), as representações transitam pela concepção de doença partindo de um desequilíbrio entre as forças da natureza, passando pela concepção de que as doenças são entidades exteriores ao organismo, associadas com processos mágico-religiosos ou castigos resultantes de pecados cometidos pelos pacientes, até culminarem, de certa forma, em uma concepção de mundo em que transformações nos processos sociais de produção e novas

formas de organização social do espaço, público e privado coloca a pessoa como centro de referência. Para o autor, a representação de doença permitiu que surgisse a idéia do estresse, decorrente da exposição do corpo a grandes tensões. O cansaço físico e mental, associado também ao desgaste do corpo humano, poderia também ser um fator desencadeante do estresse.

As RS vêm sendo bastante utilizadas em estudos na área da saúde. Herzlich (2005, p. 161) é uma das primeiras autoras a estudar temas como saúde e doença no campo das RS. Para ela:

[...] saúde e doença constituem um dos mais pertinentes locais de estudo da relação da representação social, do pensamento comum ao pensamento científico. [...] essas representações estão enraizadas na realidade social e histórica, relacionando o indivíduo à ordem social [...].

Para Herzlich (2005), o esclarecimento biológico pode reproduzir visões de mundo mais abrangente. Por meio das representações da doença temos a possibilidade de ter acesso às crenças, às interpretações, ao conjunto de relações sociais de uma população. Elas podem transpor o biológico e afetar os preconceitos, a segregação, o estigma, e a inserção social.

Minayo (2000, p. 158) destaca alguns aspectos no mesmo sentido, relatando sobre como as RS de saúde-doença no campo das Ciências Sociais são importantes. De acordo com a autora, nas Ciências Sociais, essas representações “[...] são definidas como categorias de pensamento, de ação e de sentimento que expressam a realidade, explicam-na, justificando-a ou questionando-a”.

Segundo Minayo (2000), para se entenderem essas representações, é importante estudá-las a partir de bases econômicas, políticas e cultural da população em que se vive. A autora argumenta que, “[...] na construção histórica da saúde e da doença tanto são atores e autores, os intelectuais e técnicos do setor como a população”. (MINAYO, 2000, p. 194).

Os autores Adam e Herzlich (2001) salientam que, nesse sentido, faz-se importante integrar as dimensões psicológicas e sociais ao processo saúde-doença. As representações cotidianas de experiência da doença possuem os elementos simbólicos e morais que vão fortemente intervir em todas as etapas do reconhecimento da doença, de demanda de cuidados e de restauração do estado de saúde. Essa busca de sentido, inseparável da identidade do sujeito e da de ator social, manifesta-se em todas as atitudes e comportamentos face à doença.

Segundo Adam e Herzlich (2001), ao tentar entender os fenômenos orgânicos, as pessoas fundamentam-se em conceitos, símbolos e estruturas de bases internas, semelhantes aos grupos sociais e culturais de que fazem parte. Todavia, ao falar de RS de saúde ou de doença, não se deve pensar que as pessoas simplesmente concordam com as falas coletivas. Elas elaboram representações baseadas no coletivo, todavia as utilizam e moldam de diversas formas, em função dos conhecimentos individuais e dos contextos no qual se realiza esse trabalho interpretativo.

A importância de estudos no campo das RS relacionados à prática de saúde está na possibilidade de percepção de processos e mecanismos nos quais o sentido do objeto em estudo é construído pelos sujeitos concretos, em suas relações cotidianas. No caso da Aids, encontram-se imbricadas a sexualidade, a importância de afirmação da pessoa, o afeto, demandas e desejo, em conjunção com normas, valores, informações e outros fatores de diferentes ordens. Dessa forma, fica transparente a complexidade que engloba o conhecimento elaborado sobre a prevenção e tratamento dessa doença (CASTANHA; ARAÚJO, 2006).

Castanha e Araújo (2006) apontam a utilização da teoria das RS no campo da saúde, como uma maneira atual de pensá-la dentro de um espaço que centralize as mudanças sociais que ocorrem decorrente das relações inter e intragrupoais, estruturadas dialeticamente. É importante pensar a saúde em algo que tome como ponto de partida as RS e pertencas dos grupos humanos de forma integral, para uma análise de seus problemas ou potenciais, centrada na dimensão interpessoal do comportamento social e na relevância da dimensão psicossociológica.

Gomes, Mendonça e Pontes (2002, p. 1214) destacam quatro formas de abordar as RS no campo da doença. A primeira, segue o paradigma da tradição empirista, procurando compreender as representações de doença baseado nas crenças presentes no senso-comum. A segunda se orienta por uma visão da Antropologia cognitiva, que se volta, entre outros aspectos, para investigação de como a linguagem e a cultura estruturam a percepção. Dessa maneira, os modelos de doença são estudados em termos formais e semânticos. Na terceira abordagem, qualificada como interpretativa, as representações de doença são vistas culturalmente constituídas, centrando-se no seu significado. Os autores complementam que: “[...] os estudos interpretativos, em geral procuram articular cultura e doença, entendendo que a doença não é uma entidade, mas um modelo explicativo”.

Por último, Gomes, Mendonça e Pontes (2002) destacam a abordagem crítica, que entende as representações de doença como mistificação. Estudos dentro dessa abordagem geralmente são baseados no pensamento neomarxista, que se esforçam para entender questões

de saúde à luz de forças políticas e econômicas que padronizam relações interpessoais, moldam comportamentos sociais, que geram significados socialmente compartilhados e condicionam experiências coletivas.

Diante desse contexto, Gomes, Mendonça e Pontes (2002, p. 1211) questionam quando e de que maneira as representações de doenças servem aos interesses daqueles que se encontram no poder. Salientando que: “[...] para isso a análise das representações de doença se encaminha para um desmascaramento crítico dos interesses dominantes”.

Com relação à abordagem das RS no âmbito da saúde e da doença, Laplantine (2001) relata quatro modos distintos. O primeiro baseia-se no estatuto social de pessoas, como agricultores, operários, professores, médicos, psicólogos, psicanalistas, isto é, na articulação e compreensão do sentido das representações sociais de saúde e doença e seu contexto de produção material e simbólica. A segunda abordagem resume-se em se questionar diretamente as lógicas dos sistemas etiológico-terapêuticos, demonstrando duas formas diferentes de representações. Uma considera a doença como algo externo ao indivíduo e cuja definição corresponde à opção assumida pela corrente que domina a Medicina contemporânea e às interpretações dos discursos e comportamentos manifestos pela maioria dos doentes. A outra forma de representar considera que a doença não é o contrário da saúde, porque não há doença em si, nem tampouco saúde em si, mas existem reações felizes ou infelizes, provedoras de prazer ou de dor, que são modos originais de se adaptar a situações inesperadas.

A terceira abordagem adota os questionamentos sobre os modelos epistemológicos utilizados para pensar e explicar a doença. Dentre eles, se destacam o modelo biomédico, o modelo psicológico (psicanalítico ou psicossomático) e o modelo relacional (LAPLANTINE, 2001).

E, por fim, a quarta abordagem consiste em se questionar sobre as representações sociais de doença e como estas são elaboradas no contato com sistemas terapêuticos aos quais a pessoa pode recorrer nos dias de hoje e cujas áreas enfatizadas são a Psicanálise, Homeopatia, Acupuntura, e Medicina (LAPLANTINE, 2001).

Outra questão que vem sendo alvo de interesse de pesquisas que estudam as RS de saúde e de doença são as RS de corpo, no intuito de tentar entender como as pessoas avaliam a concepção de corpo articulando-o com o processo saúde-doença.

2.3.3. Representação do Corpo

Vasconcelos, Sudo e Sudo (2004, p. 70) chamam a atenção para uma breve abordagem histórica sobre RS do corpo, pois o corpo e a beleza sofreram transformações desde o final da Idade Média até a Idade Moderna, na qual a mulher era considerada

[...] de esbelta a roliça, de natural a pintada. A silhueta e o rosto feminino foram correspondendo a diferentes condições de dieta, de estatuto e de riqueza, dando origem a novos padrões de aparência e gosto, a novas idéias de beleza e erotismo.

No período do Renascimento, a beleza ganhou um novo valor, sendo reconhecida como um reflexo, preditor de caráter moral e social, e passou a ser fundamental ter como atributo a beleza, que passa a ser uma obrigação. No século XVI, começaram então a aparecer as mudanças na questão da higiene física e aparência pessoal, fazendo com que as pessoas se dedicassem mais às partes do corpo que se apresentavam descobertas, como o rosto e as mãos. Nesse período, o ideal de beleza física feminina era de um corpo mais roliço e de seios grandes, opondo-se ao ideal feminino da época medieval que caracterizava um corpo estreito e de seios pequenos. Na maioria das vezes, a beleza feminina era imposta pelos homens, com seus critérios de beleza. Porém, no final do século XVII, a gordura como forma de alimento e constituinte do corpo passa a ser percebida como algo saudável, característica essa atribuída aos ricos, pois para os pobres significava falta de saúde, de pouca beleza e principalmente sinal de pobreza (MARQUES, 2007).

Já no século XVIII, esse conceito sobre gordura modifica-se, seja como alimento, seja como componente do corpo, constatando-se uma mudança na estética feminina, caracterizada por uma figura esguia e lânguida, que expressava delicadeza de sentimento e sensibilidade expressados pela sua fisionomia. Dessa maneira, ditou-se a aparência para o padrão de beleza feminino no século XIX. Esse padrão permaneceu durante o século XX, e a aparência física possuía uma representação social importante. Nesse período, ocorreram mudanças entre o físico e as roupas, passando-se a expor o corpo. Os alimentos começaram, então, a ser selecionados para os cardápios, pois alguns alimentos eram considerados como causadores de problemas à saúde e à forma física. Todo esse contexto demonstra que os meios de

comunicação desempenharam importante papel porque se utiliza de um padrão estético para comercializar seus produtos (VASCONCELOS; SUDO; SUDO, 2004, MARQUES, 2007).

Os produtos dietéticos passaram a ter papel importante principalmente para a manutenção de um corpo esguio, sem barriga. Para o homem, ter barriga deixou de ser sinal de respeitabilidade e passou a ser considerado como desleixo, pois ser portador de obesidade era pavoroso. No final do século XX, a velhice deixou de ser uma virtude, predominando a norma social que dita a aparência jovem, a magreza feminina passou a ser sinal externo de sucesso, e a busca por uma imagem corporal esbelta, uma obsessão. E a beleza tornou-se um valor inerente ao feminino, magro, branco e de classe média. Vasconcelos, Sudo e Sudo (2004 p. 74), questionando, complementam “[...] como podem os corpos gordos, de cor, pobres, ser representados sem se cair em estereótipos negativos e sem jogar com os preconceitos? ”

A concepção de corpo e os sentidos, a noção de cultura, permitem compreender a produção simbólica e os sistemas de símbolos existentes nas representações sociais. Na Idade Média, o corpo e a alma não eram dissociados; o corpo, quando pensava de forma individual, não tinha sentido, ele existia dentro de um corpo social (MARQUES, 2007).

A partir do século XXI, tornou-se mais evidente a obsessão em se alcançar um corpo magro, imaginando que com este seria possível achar o equilíbrio e a felicidade, ou até transparecer a imagem de uma pessoa feliz, levantando a questão também de que o magro é inatingível pela sociedade. Vasconcelos, Sudo e Sudo. (2004 p. 76) salientam que:

[...] na cultura da atualidade marcada por valores dominantes como competição, consumismo, o corpo é um corpo pautado no individualismo, contido pela musculatura, é um corpo mercadoria, um corpo aparência, um corpo ferramenta, um corpo consumidor, um corpo função de promoção social, que pode trazer um retorno, um corpo que deve expressar saúde.

Nas sociedades ocidentais contemporâneas, o culto à magreza está diretamente relacionado à imagem de poder, beleza e mobilidade social num contexto contraditório e paradoxal. Por um lado, encontram-se as indústrias de alimentos ricos em calorias, objetivando o lucro com o consumo, e de outro, a cobrança de magreza e sujeição a um ideal estético cada vez mais difícil de se alcançar. Nesse contexto, não surpreende o aumento significativo da prevalência de obesidade, reconhecido como questão de saúde pública. Observa-se também o crescimento acentuado de transtornos do comportamento alimentar

(TCA), bem como de seus precursores: comportamentos alimentares anormais e práticas inadequadas de controle de peso (BOSI; ANDRADE, 2004).

Diante disso, há uma excessiva preocupação com a beleza e a perfeição do corpo, na atual sociedade, tornando-se então fenômeno de massa que atinge ambos os sexos, exprimindo-se, de maneira mais transparente e evidente, para as mulheres, em especial as mais jovens, por meio de desenhos de feminilidade. A cultura do belo sexo, a época do belo sexo, o culto da magreza, a superioridade estética do feminino, o mito da beleza, a determinação cultural na magreza feminina, o ideal de magreza, a beleza de ser magra, são manifestações que demonstram o lugar predominante que o corpo da mulher; magro, jovem e esbelto, ocupa na dinâmica social moderna (GATTO, 2007). Essa busca pelo ideal de corpo magro se intensificou a partir da década de 1970 e conduziu à adoção dos chamados comportamentos alimentares anormais e práticas inadequadas de controle de peso (BOSI; ANDRADE, 2004).

O interesse pela razão para recusar ou mudar suas características físicas está, assim, associada à pressão social que a pessoa enfrenta para adequar seus atributos físicos à percepção do corpo perfeito, tendo grande poder sobre a relação entre a pessoa e a sua própria imagem constituindo-se em uma maneira de expressão de sua subjetividade (GATTO, 2007).

Na tentativa pelo corpo perfeito, a imagem do espelho ou de uma foto, é imprópria e insuficiente, pois sempre lhe falta algo. E a percepção dessa ausência tem grande influência sobre a imagem que cada pessoa tem de si mesma e sobre o amor próprio, atingindo a sua auto-imagem. O crescimento de padrões alimentares incorretos, exagerados, e o comportamento de fazer dietas que buscam o emagrecimento e utilizar vários recursos de embelezamento, articulam formas de encarar com a insatisfação da imagem corporal e com o controle do corpo (GATTO, 2007).

Diante disso, a pessoa com obesidade passa a ter um corpo sem saúde, estigmatizado pelo excesso, pois viola a norma, a regra vigente na vida social, pois a pessoa que tem excesso de peso passa a ser diferente dos outros, sendo caracterizada como uma pessoa negativa, que carrega um “estigma”, uma pessoa fraca e diminuída. Por conseguinte, ao ser abordada a questão “ser gordo”, é importante ressaltar que esta pessoa marcada pela condição pós-moderna é assim considerada pela atual sociedade, impondo para que essas pessoas emagresçam, fazendo com que se gere um pavor doentio de engordar (SUDO; LUZ, 2007).

A magreza passa a ser símbolo de boas maneiras, entendida como símbolo da própria felicidade e de uma pessoa bem sucedida profissionalmente, nos relacionamentos sociais, amorosos e na sexualidade. Esta, uma época de “lipofobia”, relacionada a uma obsessão pela

magreza e uma rejeição pela obesidade, estigmatizando uma grande parcela da população excluída do imaginário. Diante dessa concepção, o ser “gordo” torna-se um corpo desmedido e sem saúde. Ao “ser gordo” recaem representações de uma pessoa que não consegue se adequar ao modelo dominante na atualidade, imposto a partir da égide científica, que, ao equacionar excesso de gordura e doença, traz para a população uma culpabilização, por não alcançar uma silhueta magra para as mulheres e musculosa para os homens, tornando-se difícil de ser encarada (SUDO; LUZ, 2007).

Diante dos padrões de exigência pela magreza, a mulher é mais atingida do que os homens, pois os conselhos de beleza propalados são destinados mais para as mulheres; porém o mercado masculino já é permeado por estes conselhos, principalmente no que tange aos regimes e ginástica. Os autores Sudo e Luz (2007, p. 4) complementam que:

[...] o gordo surge em algumas reportagens, opondo-se ao obeso, que é considerado uma pessoa doente. Porém, é possível perceber que há uma ambivalência em relação aos termos utilizados entre os que possuem os “quilos indesejados” e os que são enquadrados como doentes. “Gordo, roliço, gordinho, gordão, gorducho, rechonchudo, balofo e obeso acabam por definir em si uma mesma pessoa.

Com relação ao sentimento e percepção das pessoas frente a seus corpos, os autores Vasconcelos, Sudo e Sudo (2004) argumentam que a maneira com que pessoa lida, sente e percebe o seu corpo reflete uma realidade coletiva e passa a ter um sentido diante de um contexto social que é atribuído às representações constituídas de sentidos, imagens e significados dentro de um universo simbólico.

Dentro desse contexto, os autores Serra e Santos (2003) desenvolveram uma pesquisa na ENSP/Fiocruz sobre a relação entre o adolescente e a obesidade como construção simbólica e discursiva, com a participação da revista Capricho, e cujo objetivo foi analisar a compreensão das estratégias discursivas adotadas pela mídia quanto às práticas alimentares de emagrecimento. O estudo centrou-se na produção dos sentidos e significados desses discursos, procurando identificar como saberes encontram-se no espaço midiático de forma a contribuir para a construção do senso comum. Essa pesquisa foi de natureza qualitativa, descritiva e exploratória. Os autores concluíram que existe a importância da dimensão educativa dos profissionais de saúde e nutrição para o público adolescente, particularmente do sexo feminino. Informar e orientar os adolescentes em relação aos seus hábitos alimentares é

um desafio que se impõe àqueles que acreditam que o corpo pode e deve ser pensado em suas múltiplas dimensões, não se restringindo os padrões modulares estéticos.

Outra questão que está presente nos estudos sobre os aspectos corporais é a auto-imagem corporal. Para exemplificar esse tipo de estudo, elencou-se a pesquisa desenvolvida por Ferriani et al. (2005), cujo objetivo da pesquisa foi conhecer a percepção de adolescentes com obesidade e a influência dessa percepção na vida social dos participantes. Participaram do estudo 14 adolescentes, com idade entre 10 e 13 anos que participavam do “programa multidisciplinar de assistência ao adolescente obeso” da Escola de enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, no ano de 2002. Foi utilizada uma entrevista semi-estruturada, em que algumas perguntas foram feitas aos adolescentes diante de um espelho, tais como: “Como você se vê diante do espelho?”, “Qual é a parte do seu corpo que você mais gosta?”, “Você acha que seu corpo atrapalha na sua vida, em quê?”. Os resultados evidenciaram os seguintes núcleos temáticos: a relação entre o corpo obeso e o espelho (a recusa, a evitação, a preferência), e as influências na vida social (construção de identidade, aparência física, mídia, transformações biológicas, vestimentas, preconceitos, limitações, aspectos sociais etc.).

A maioria das falas revelou a insatisfação do adolescente com obesidade, com seu corpo diante do estigma social, que dita o corpo magro como sendo o padrão de beleza. A interferência da mídia na imposição do corpo magro faz com que, cada vez mais, os adolescentes busquem para si esse estereótipo considerado como o da perfeição; porém, quando se trata de adolescentes com obesidade, essa imposição social ocasiona insatisfação corporal, sentimentos de angústia, vergonha e rejeição ao próprio corpo. O adolescente com obesidade passa a se perceber “diferente” perante a sociedade, afetando negativamente a sua auto-estima e auto-imagem corporal. Dessa maneira, os autores desse estudo chamam a atenção para alertar sobre a importância que deve ser dada na educação dos adolescentes sobre a questão do corpo e, principalmente, para atentarem-se os profissionais da saúde e educação às questões sociais e econômicas, e esforcem-se na tentativa de influenciar positivamente os sentidos assumidos por esses adolescentes (FERRIANI et al., 2005).

Sudo e Luz (2007) realizaram um trabalho intitulado “O gordo em pauta: representações do ser gordo”, cujo objetivo foi analisar as representações sociais acerca do “ser gordo”, por meio de uma análise qualitativa e interpretativa de 14 matérias que foram capas de duas revistas semanais brasileiras entre os anos de 1997 e 2002, buscando, por meio da análise bibliográfica em conjunto com o material de campo, refletir sobre RS sobre o ser gordo na atualidade. Esse artigo privilegiou a utilização do conceito representação social tal

como é utilizado pelas ciências sociais. Para os autores, esse tipo de análise comparativa mostrou-se relevante, pois os produtos jornalísticos são homogêneos, expostos e dominados pela lógica da concorrência que acaba por homogeneizar os produtos gerando uma similaridade entre eles, o chamado “jogo de espelhos”.

Outro aspecto importante para esse trabalho foi a escolha das revistas, pois possuem como principal público, leitores de uma mesma classe social, ou seja, pessoas de um grupo social da mesma categoria, tendo por critérios, aspectos socioeconômicos descritivos como renda, ocupação e educação. As diferenças que cada grupo social tem ao se relacionar com o corpo, com a dietética, exprimem não só as questões econômicas, mas principalmente as regras e valores que regem cada classe social (SUDO; LUZ, 2007).

Sudo e Luz (2007) complementam que, ao estudarem as imagens atribuídas ao “ser gordo” e a seu corpo, buscaram analisar como são elaboradas as percepções sobre essa parcela da população, o que gera representações sociais que assumem então um caráter coletivo, e enfatizar como os discursos são construídos acenando para o que serve de suporte para os valores culturais dominantes – em relação ao corpo – na sociedade contemporânea.

Considerando as repercussões psicológicas decorrentes da obesidade que podem ser influenciadas pela percepção do corpo, pelos relacionamentos sociais e pela mídia, buscou-se com esta pesquisa, dar voz as crianças e aos adolescentes, analisando as suas representações sociais sobre saúde e doença, tendo em vista que essas representações podem intervir na sua adesão aos programas de prevenção e tratamento.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

O objetivo do presente estudo foi analisar as representações sociais de saúde e doença de crianças e adolescentes com problemas de obesidade.

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar as características sócio-demográficas das crianças e adolescentes;
- Aferir o IMC das crianças e adolescentes participantes do Programa de Obesidade Infantil (POI);
- Realizar a avaliação postural de crianças e adolescentes com sobrepeso e obesidade;
- Verificar a manifestação de possíveis alterações posturais de crianças e adolescentes com sobrepeso e obesidade;
- Identificar aspectos familiares e escolares dos participantes, tentando verificar se há alguma relação entre os contextos e a presença de sobrepeso/obesidade;
- Identificar os tipos de atividades realizadas pelas crianças e adolescentes no seu cotidiano;
- Analisar as representações sociais de saúde e de doença para as crianças e os adolescentes com problema de sobrepeso/obesidade;
- Identificar alguns aspectos corporais relatados pelos participantes;
- Compreender a visão que as crianças e os adolescentes tinham sobre a sua participação no POI.

4 MÉTODO

Antes de delinear os passos percorridos pela pesquisa, achou-se importante caracterizar o local em que a mesma foi desenvolvida, bem como o programa de que as crianças e adolescentes participam, uma vez que esse programa pode influenciar o entendimento dos participantes sobre os cuidados com a saúde, em especial, ao que se relaciona com o problema de sobrepeso e obesidade.

4.1 Local

A pesquisa foi desenvolvida no serviço ambulatorial do Programa de Obesidade Infantil (POI) do Hospital Regional Rosa Pedrossian, no município de Campo Grande, no Estado de Mato Grosso do Sul. Esse programa teve início no ano de 2003 e conta com uma equipe multiprofissional (psicólogo, educador físico, médico pediatra, médico endocrinologista e nutricionista). A participação dos psicólogos nos atendimentos começou em julho de 2007, com o desenvolvimento de um trabalho com os usuários, dando-lhes suporte emocional e psicológico. Antes, o hospital não tinha profissionais suficientes para a demanda desses usuários. Anteriormente, havia apenas um psicólogo que ministrava palestras nos dias de encontro. Hoje, o programa conta com mais um psicólogo, que faz atendimento em grupo ou individual durante a semana.

O POI tem por objetivo atender as crianças e os adolescentes que são encaminhados para o programa com o diagnóstico de obesidade, realizado pelos profissionais que os atenderam em outras instituições de saúde. A partir desse momento, eles entram em uma fila de espera para serem integrados ao programa. De acordo com as vagas disponíveis no POI, as crianças são incluídas, formando dois grupos mensais de, no máximo, vinte pessoas divididas por idade, isto é, são formados em média 24 grupos, atendendo aproximadamente 480 crianças e adolescentes por ano. Após a etapa de formação dos grupos, são realizados quatro encontros pela equipe multiprofissional (pediatra endocrinologista, nutricionista, psicólogo e educador físico) em um período de trinta dias. Nesses encontros, as palestras são ministradas por esses profissionais, e, posteriormente, solicitam-se alguns exames laboratoriais. No último encontro, é entregue para cada participante um plano alimentar correspondente a sua situação nutricional. Após trinta dias do último encontro, o grupo retorna para mais uma reunião para que os profissionais avaliem os resultados durante essa fase de adaptação e as mudanças no

estilo de vida de cada pessoa.

Hoje, existe uma fila de espera de 280 crianças e adolescentes para serem atendidos no programa. O hospital é quem dá subsídio para esse programa, que também foi implementado no Hospital Militar de Campo Grande, MS.

4.2 Participantes

Foram convidados a participar da pesquisa 17 usuários do Programa, de ambos os sexos. Destes, dois apresentavam sobrepeso, 15 tinham problema de obesidade, e todos participaram de um mesmo grupo no período de 11 de maio a 7 de julho de 2007. Desses participantes, 14 eram crianças e três, adolescentes, atendidos pelo Programa de Obesidade Infantil (POI) do Hospital Regional Rosa Pedrossian, no município de Campo Grande, no Estado de Mato Grosso do Sul.

4.3 Instrumentos

Para a coleta de dados, foram utilizados os seguintes instrumentos: um simetrógrafo, fio de prumo um roteiro de avaliação postural e uma entrevista estruturada, os quais serão descritos a seguir:

4.3.1 Simetrógrafo e Fio de Prumo

O Simetrógrafo é um aparelho de aproximadamente 2,00 m x 0,90 m, riscado na vertical e na horizontal formando quadrados de 5 cm de lado, com uma armação que o permite ficar em pé, e um fio de prumo, que consiste em um aparelho composto por uma peça de metal presa em um fio que serve para indicar a vertical do lugar ou para confirmar a

verticalidade de qualquer objeto. Esses instrumentos avaliam possíveis desvios posturais mais evidentes (ANEXO II).

4.3.2 Roteiro de Avaliação Postural

Esse roteiro de avaliação corporal completa de biomecânica foi proposto inicialmente por Kendall, McCrary e Provance (1995), e adaptado e adequado para o público alvo da presente pesquisa, pois a literatura descrita pelos autores continha itens que não eram relevantes para esta pesquisa, sendo, então, retiradas somente as partes necessárias para a realização das avaliações. A avaliação postural foi realizada individualmente e com a presença dos cuidadores. Os participantes estavam com o mínimo de roupa possível, de pé (posição ortostática), e de frente para a pesquisadora (posição anterior). Com auxílio de um pincel atômico, foram feitas marcas na placa do simetrógrafo para identificar alguns pontos anatômicos, tais como: Acrômio, Cristas ilíacas, Trocanteres, Côndilos e Maléolos. Em seguida, foram comparadas as alturas dos pontos do lado esquerdo e do direito em relação ao quadriculado da placa, no qual se pode observar se existe alguma alteração em relação à simetria desses pontos.

Ainda de frente para a pesquisadora (posição anterior), observou-se se existia alguma assimetria nos ombros, quadril, joelhos, tornozelos e pés. Em seguida, a criança e o adolescente ficaram de lado e de costas para a pesquisadora (posição lateral e posterior) em relação ao aparelho, e foi observado, por meio da marcação de pontos anatômicos, se existe uma acentuação das curvaturas anatômicas da coluna vertebral (cervical, torácica e lombar), pelve, articulação do quadril, joelhos (hiper-extensão ou semi-flexão e frouxidão ligamentar), tornozelos (frouxidão ligamentar) e pés (planos, pronados) (ANEXO III). Esta avaliação foi realizada com o intuito de auxiliar na discussão dos relatos sobre os aspectos corporais contemplados na entrevista, e sua importância na vivência das crianças e dos adolescentes.

4.3.3 Entrevista

Foram realizadas duas entrevistas estruturadas com as crianças e os adolescentes. A primeira entrevista contemplou os dados sócio-demográficos da criança e do adolescente, sua vivência familiar e escolar, imagem corporal, e os sentidos que eles dão à saúde e à doença (APÊNDICE B). Também foi questionado sobre a presença de doenças associadas e a utilização de medicação. Na segunda entrevista, as perguntas versaram sobre a participação no programa e a aceitação do tratamento, e uma pergunta referente à imagem corporal que já havia sido realizada na primeira fase, com intuito de analisar se houve mudanças na aceitação corporal, mediante a participação no programa.

4.4 Procedimentos e Aspectos Éticos

Inicialmente, a pesquisadora entrou em contato com o responsável pelo POI, para apresentar e explicar a sua pesquisa. A proposta da pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética (CEP) da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB) (ANEXO I). Em seguida, a pesquisadora freqüentou o POI, esporadicamente, durante seis meses, a fim de conhecer na prática como era seu funcionamento, ou seja, a formação e duração dos grupos, adesão dos participantes e familiares e serviços oferecidos. Após esse período, um grupo foi selecionado por conveniência. As atividades deste grupo foram realizadas no período de 07 de maio a 11 de julho de 2007, e contou com 17 usuários de ambos os sexos.

Na primeira reunião, a pesquisadora apresentou a proposta da pesquisa para as crianças e os adolescentes e seus responsáveis. Após a aceitação voluntária de participarem da pesquisa, os responsáveis pelos participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Os instrumentos foram aplicados individualmente. No início das entrevistas, os participantes foram informados que poderiam parar de responder às questões a qualquer momento da aplicação e também que poderiam ficar sem responder a qualquer questão, se não se sentissem à vontade. Solicitou-se a prévia autorização para que as entrevistas fossem

gravadas, bem como foi lhes assegurado o total sigilo das respostas.

Esta pesquisa foi realizada em duas etapas. A primeira etapa foi realizada em quatro encontros, sendo que no primeiro foi aferido o IMC de todos os participantes e nos encontros seguintes, ocorreram às entrevistas individuais, composta por 14 perguntas (APÊNDICE B) e a avaliação postural (ANEXO III).

Na segunda etapa, que ocorreu após 30 dias do último encontro com a pesquisadora, foi aferido novamente o IMC de todos os participantes e realizada outra entrevista com a criança e o adolescente, a fim de entender como estavam se sentindo participando do POI e o que mudou em suas vidas. Nessa etapa, a entrevista foi composta apenas por seis questões, como discriminado no Apêndice B.

4.5 Procedimentos de Análise

A análise dos conteúdos das entrevistas seguiu as seguintes etapas:

- Transcrição das entrevistas na íntegra (APÊNDICE C);
- Agrupamento dos relatos escritos dos participantes para cada pergunta;
- Realização de leituras consecutivas, com a finalidade de aprender e elencar os temas que emergiram para cada pergunta;
- Identificação das falas por palavras que sintetizassem o conteúdo dos relatos;
- Escolha de falas que representassem os temas elencados;
- E por fim, as categorias foram descritas em tabelas para uma melhor visualização dos dados.

Os dados referentes à avaliação postural, bem como os dados sócio-demográficos foram analisados e apresentados em tabelas.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, serão abordados os resultados e sua discussão. Primeiro, serão descritos os dados sócio-demográficos e do IMC dos participantes, seguidos dos dados obtidos com a realização da avaliação postural das crianças e adolescentes, bem como da análise dos conteúdos das entrevistas.

5.1. Dados Sócio-Demográficos e IMC

Esta pesquisa contou com a participação de 17 pessoas, sendo 13 meninas e quatro meninos, atendidos no Programa de Obesidade Infantil (POI), do Hospital Regional Rosa Pedrossian, na cidade de Campo Grande, Mato Grosso do Sul.

De acordo com os dados apresentados na Tabela 3, observou-se que a maioria dos participantes foi de meninas, representando 76,47% (n=13) do total. A idade dos participantes variou entre cinco e dezessete anos, com uma média de 10,9 anos.

Tabela 3 – Dados sócio-demográficos e IMC

DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E IMC	Meninas		Meninos		Total	
	N	%	N	%	N	%
IDADE:						
5 anos	-	-	01	5,88	01	5,88
8 anos	01	5,88	-	-	01	5,88
9 anos	04	23,52	-	-	04	23,52
10 anos	01	5,88	-	-	01	5,88
11 anos	03	17,65	01	5,88	04	23,52
12 anos	03	17,65	-	-	03	17,65
13 anos	-	-	01	5,88	01	5,88
16 anos	01	5,88	-	-	01	5,88
17 anos	-	-	01	5,88	01	5,88
Total	13	76,47	04	23,53	17	100
ESCOLARIDADE:						
Pré-escola	-	-	01	5,88	01	5,88
Ensino fundamental	12	70,59	03	17,65	15	88,24
Ensino médio	01	5,88	-	-	01	5,88
CLASSIFICAÇÃO DO IMC (1ª FASE):						
Sobrepeso	02	11,76	-	-	02	11,76
Obesidade leve	05	29,41	-	-	05	29,41
Obesidade moderada	04	23,52	01	5,88	05	29,41
Obesidade grave	02	11,76	03	17,65	05	29,41
CLASSIFICAÇÃO DO IMC (2ª FASE):						
Sobrepeso	02	11,76	-	-	02	11,76
Obesidade leve	06	35,29	-	-	06	35,29
Obesidade moderada	03	17,65	02	11,76	05	29,41
Obesidade grave	02	11,76	02	11,76	04	23,52

Com relação a esse resultado, pode-se observar, na literatura vigente, que a prevalência de sobrepeso e/ou obesidade no sexo feminino, quando comparada ao sexo masculino, depende da faixa etária do participante. Estudos sinalizam que há uma maior incidência de sobrepeso e obesidade entre os meninos enquanto crianças, dado que se mostra distinto quando o público alvo das pesquisas são os adultos. No estudo realizado por Ramos e Barros Filho (2003), que avaliou crianças e adolescentes com sobrepeso e obesidade, 12,83% dos meninos apresentaram obesidade, enquanto que nas meninas o índice foi de 9,43%. Campos, Leite e Almeida (2006) revelaram em seu estudo que há uma distinção nessa comparação entre as classes sociais, ou seja, em crianças e adolescentes com baixo nível

socioeconômico, há uma maior incidência entre as meninas, 19,8%, do que entre os meninos, 14,4%. Já entre crianças e adolescentes com maior nível socioeconômico, a proporção foi de 33,7% para os meninos e de 15,7% para as meninas.

Essa prevalência de meninas com obesidade, se contrapondo a dados da literatura vigente, que indica maior número entre os meninos, pode estar associada ao período da puberdade, ou seja, entre nove e doze anos, no qual 64,70% do total das meninas participantes se encontravam.

Associando a obesidade com a idade das crianças, os autores Foz e Formiguera (1998) argumentam que a obesidade pode iniciar em qualquer idade, indicando ainda que, se a criança apresentar obesidade entre os quatro e 11 anos de idade, possivelmente permanecerá com problema de obesidade na idade adulta. Para os autores, as meninas estão mais susceptíveis na puberdade que é o período no qual é comum desenvolver a obesidade, em função da menarca e da ação de hormônios, podendo persistir até a vida adulta.

Outro aspecto analisado nesta pesquisa foi com relação ao Índice de Massa Corporal (IMC) aferido nas crianças e nos adolescentes, levando em consideração os parâmetros de acordo com a idade e sexo (FISBERG, 2005). Esse dado foi avaliado em duas fases, a primeira ocorreu no início da participação das crianças e dos adolescentes no POI, e a segunda, realizada após trinta dias de participação. Em ambas as fases, os índices de sobrepeso e obesidade apresentaram-se os mesmos, 11,76% (n=2) e 88,21% (n=15), respectivamente. Contudo, houve uma melhora no quadro de obesidade em dois casos, em que um participante passou de obesidade moderada na primeira fase para obesidade leve na segunda, e um participante também passou de obesidade grave na primeira fase para obesidade moderada na segunda fase.

5.2. Alterações Posturais

Considerando que as alterações posturais podem ter várias causas dentre elas, o excesso de peso corporal (SACCO et al., 1997) e o estado emocional, baixa auto-estima (KNOPLICH, 1982), fez-se necessário analisar a manifestação de possíveis alterações posturais nas crianças e adolescentes com sobrepeso e obesidade. Nesse sentido, tanto a entrevista, com as seguintes questões: Você sente dificuldade para andar?; Você sente dor em

alguma parte do seu corpo?; e Você sente cansaço?, +como os instrumentos fisioterapêuticos foram utilizados para avaliar possíveis desvios posturais, e até que ponto esses desvios podem estar interferindo no desempenho dos participantes em suas atividades diárias, refletindo em seu estado emocional, e na sua vida social.

A maioria dos participantes respondeu que não sentia dificuldade para andar, o que representou 76,47% (n=13) das respostas. Com relação à presença de dor no corpo, 47,05% (n=8) das crianças e dos adolescentes relataram que sentiam dor em alguma parte do seu corpo, as partes mais mencionadas foram os joelhos, as costas e os pés, como por exemplo:

Tenho dor nas costas e nos pés. (F, 12 anos).

Quando vô jogar bola aí eu sinto dor nos dois joelhos e nas costas toda. (F, 12 anos).

Essas alterações, de certa forma, interferem na prática social do esporte, e isso faz com que a criança e o adolescente reduzam a prática de atividade física ou deixe de realizá-la, fazendo com que se diminua o gasto energético e, conseqüentemente, possa acarretar o ganho de peso. Esses fatores são mencionados por Torriente et al. (2002) como os principais desencadeantes da obesidade, podendo afetar o convívio familiar, o tempo dedicado ao lazer e à saúde, repercutindo de forma negativa social e emocionalmente sobre o portador de obesidade.

A partir dos relatos da entrevista, com relação à sensação de cansaço, doze participantes (70,58%) afirmam que se sentiam cansados. Essa informação está presente em algumas falas descritas abaixo:

Sinto, sempre, mesmo quando eu tô brincando ou assistindo TV. (M, 11 anos)

Às vezes tenho cansaço, mesmo quando tô assistindo TV, por causa do calor (F, 11 anos).

Sinto cansada mesmo sem fazer nada. (F, 12 anos)

Sinto quando eu ando com minha mãe pra ir no mercado. (F. 10 anos).

Pode-se observar nas falas que o cansaço pode ser justificado pelo excesso de peso, como nos aponta Fisberg (2005), que argumenta que à medida que aumenta o excesso de

peso, aumentam também as complicações decorrentes da obesidade, e uma das complicações mais freqüente é a alteração da mecânica respiratória, oriundas de alterações da função ventilatória, em consequência do acúmulo de gordura nas costelas e espaços intercostais, no diafragma e no parênquima pulmonar, o que leva a pessoa a sentir-se cansada, mesmo quando não está fazendo nada ou realizando pequenos esforços como brincar, andar ou conversar.

As alterações identificadas por meio das avaliações com os instrumentos fisioterapêuticos foram descritas em três âmbitos: vista anterior, vista posterior e vista lateral direita e esquerda.

Na Tabela 4, podem-se observar os dados referentes à vista anterior, havendo uma maior prevalência de alteração postural de joelho valgo (88,23%), seguido de ombro em desnível e assimetria de tornozelo, ambos com (64,70%). Tais alterações posturais podem acarretar, no decorrer do tempo, consequências físicas, sociais e psicológicas, como por exemplo: limitação dos movimentos ósseos e articulares, restrição de algumas atividades diárias como deambulação (marcha) e prática de atividade física, osteoartrite, dificuldade no convívio social e relacional, auto-estima rebaixada, restrição na interação com os pares.

Por isso, faz-se necessário o cuidado com as crianças e adolescentes com obesidade, pois, se mudarem os hábitos de vida ainda criança, essas alterações poderão ser minimizadas. Cabe salientar que a postura da criança varia de acordo com as fases de crescimento que ela apresenta, ocorrendo, no entanto, adaptações corporais que acompanham o desenvolvimento neuropsicomotor (FISBERG, 2005).

Tabela 4 - Descrição Clínico-Fisioterapêutica dos participantes de ambos os sexos de acordo com o Índice de Massa Corporal – IMC (n e %) – Vista Anterior

Características Avaliadas	Feminino				Masculino		Total	
	Sobrepeso		Obesidade		Obesidade		n = 17	%
	n = 02	%	n = 11	%	n = 04	%		
Inclinação lateral de cabeça à direita	-	-	02	18,18	01	25	03	17,64
Inclinação lateral de cabeça à esquerda	-	-	02	18,18	01	25	03	17,64
Ombro em desnível	01	50	07	63,63	03	75	11	64,70
Joelho valgo	02	100	10	90,90	03	75	15	88,23
Joelho varo	-	-	-	-	-	-	-	-
Tornozelo – assimetria	01	50	07	63,63	02	50	10	58,82
Pelve em desnível	01	50	06	54,54	04	100	11	64,70

Obs: O mesmo participante foi avaliado como apresentando mais de uma alteração.

Esses dados vêm ao encontro das observações realizadas por Sacco et al. (1997), que argumentam que as alterações posturais mais freqüentes do excesso de peso residem em alterações de arcos plantares, joelho varo ou joelho valgo, alterações no equilíbrio, alterações nos eixos vertebrais e nos discos intervertebrais.

Com relação aos dados referentes às alterações posturais da vista posterior, que estão demonstradas na Tabela 5, pode-se observar a prevalência de escápulas aduzidas 76,47% e escoliose 23,53%, que, dentre as alterações posturais decorrentes do excesso de peso, se destacam como as mais freqüentes, que podem resultar em alterações da mecânica respiratória, dores generalizadas nas costas, alterações estéticas e funcionais. Campos, Silva e Fisberg (2005) também identificaram a presença destes desvios posturais, cuja incidência foi de 41,30% quando associados à obesidade.

Tabela 5 – Descrição Clínico-Fisioterapêutica dos participantes de ambos os sexos de acordo com o Índice de Massa Corporal – IMC (n e %) – Vista Posterior

Características Avaliadas	Feminino				Masculino		Total	
	Sobrepeso		Obesidade		Obesidade		n = 17	%
	n = 02	%	n = 11	%	N = 04	%		
Escápulas abduzidas	-	-	-	-	-	-	-	-
Escápulas aduzidas	01	50	08	72,72	04	100	13	76,47
Escoliose convexa à direita	-	-	-	-	01	25	01	5,88
Escoliose convexa à esquerda	01	50	03	27,27	-	-	04	23,52

Obs: O mesmo participante foi avaliado como apresentando mais de uma alteração.

Sacco et al. (1997) argumentam que os desvios posturais como escoliose podem ainda prejudicar as articulações dos ombros, braços, quadris, joelhos e pés. Os autores complementam afirmando que manter a postura errada por um tempo prolongado pode acarretar sérias alterações posturais, ocasionando enrijecimento das articulações vertebrais e encurtamento dos músculos.

Nos dados sobre as alterações da vista lateral direita e esquerda, que estão descritas na Tabela 6, as características que mais se sobressaem são: abdome protuso, 82,35%, hiperlordose lombar, 70,6%, e pé plano, 58,8%. Desvios esses que, de acordo com a literatura, podem alterar a curvatura vertebral, modificar a postura causando dor, deformidades,

limitações, cansaço físico, dificuldade de sustentação corporal, locomoção entre outros problemas (CAMPOS; SILVA; ANHESIM, 2005).

Tabela 6 – Descrição Clínico-Fisioterapêutica dos participantes de ambos os sexos de acordo com o Índice de Massa Corporal – IMC (n e %) – Vista Lateral Esquerda e Direita.

Características Avaliadas	Feminino				Masculino		Total	
	Sobrepeso		Obesidade		Obesidade		n = 17	%
	<u>n</u> = 02	%	<u>n</u> = 11	%	<u>N</u> = 04	%		
Inclinação anterior de cabeça	-	-	04	36,36	03	75	07	41,17
Ombro protuso	-	-	07	63,63	04	100	11	64,70
Ombro retraído	-	-	01	9,09	-	-	01	5,88
Hiperlordose lombar	02	100	08	72,72	02	50	12	70,58
Retificação lombar	-	-	01	9,09	01	25	02	11,76
Abdome protuso	01	50	10	90,90	03	75	14	82,35
Anteroversão de pelve	-	-	06	54,54	03	75	09	52,94
Retroversão de pelve	02	100	05	45,45	01	25	08	47,05
Pé plano	-	-	08	72,72	02	50	10	52,82

Obs: O mesmo participante foi avaliado como apresentando mais de uma alteração.

Vale ressaltar que a maioria dos participantes desta pesquisa apresentou pelo menos um tipo de alteração, e que quanto mais acentuada era a obesidade, mais alterações apresentavam. Esses dados são semelhantes aos resultados do estudo de Campos, Silva e Anhesim (2005), que apresentaram a prevalência de abdome protuso (86,95%) anteroversão pélvicas (82,61%) e hiperlordose lombar (71,74%) em crianças e adolescentes com obesidade, acompanhadas pelo centro de pesquisas aplicadas à saúde da Universidade de São Marcos (CEPAS).

Na presente pesquisa, os resultados revelaram que, sete meninas (63,63%), apresentaram ombro protuso, e se encontravam no período da puberdade, ou seja, entre nove e doze anos. Esse dado pode sinalizar o reflexo do estado emocional na adoção dessa postura inadequada. Esse dado vem ao encontro ao argumento de Knoplich (1982), de que há uma estreita relação entre o corpo e o psiquismo, e as pessoas muitas vezes fazem uso do corpo para se protegerem de determinados sentimentos. Um dos fatores que tem causado desequilíbrio na postura das mulheres é o problema dos seios grandes ou desproporcionais ao corpo, em especial no período da puberdade, quando há o aparecimento dos seios. Isso faz

com que as meninas nessa fase, muitas vezes, adotem uma postura inadequada para esconder os seios, arqueando os ombros.

É observado que, quando existe alguma alteração, seja para aumentar, seja para diminuir uma curvatura vertebral, a postura é modificada, repercutindo nos músculos e articulações o que resulta em dor, deformidades, incapacidades, cansaço físico, limitação da função respiratória e, por fim, para aumentar a manutenção da postura em pé, ocorre aumento do consumo de energia (CAMPOS; SILVA; ANHESIM, 2005). Essas alterações também podem refletir no desempenho dessas crianças e adolescentes no âmbito escolar, bem como na atitude que eles assumem no contexto familiar.

5.3. A Estrutura Familiar e a Vivência na Escola

Este estudo também se propôs a identificar alguns aspectos familiares e escolares das crianças e adolescentes, tentando verificar se existe alguma relação entre esses contextos e a presença de sobrepeso e obesidade. Campos (1995) argumenta que na obesidade exógena, fruto de aspectos ambientais, socioculturais e estilo de vida, a dinâmica familiar interfere na maioria dos casos, tendo como principal característica maus hábitos alimentares, relacionamento intrafamiliar complicado, relações psicoafetivas alteradas e os distúrbios do vínculo mãe-filho. Para a autora, a postura que algumas famílias adotam perante o alimento contribui para o aparecimento de alguns desajustes como: o encontro para as refeições do qual foi abolido o diálogo substituído pela comida, tornando o ato de comer uma atitude automática em que, na maioria das vezes, a noção de saciedade pode passar despercebida.

Com intuito de conhecer a composição familiar e a existência de mais alguém na família que tivesse problema de obesidade, foi feita a pergunta: “Com quem você mora?”. Os dados revelaram que 47% (n=8) moram com o pai e a mãe, 29,41% (n=5) moravam somente com a mãe, e 23,52% (n=4) moravam com a mãe e o padrasto. Sobre a presença de sobrepeso e obesidade em outros integrantes da família como pai, mãe, padrasto, irmãos, avós etc, um total de 58,82% (n=10) das crianças e adolescentes residiam com algum familiar com essa condição. Isso pode ser exemplificado pelas falas:

Com minha mãe, meu pai e meus irmãos. Minha irmã tem problema com o

peso também. (M, 13 anos)

Moro com minha mãe, meu pai, minha irmã e meu irmão. Meu pai também é gordo, e minha mãe pesava 116 quilos, agora ela emagreceu porque fez redução. (F, 11 anos)

Moro com meu padrasto, minha mãe e minha irmã. Meu pai verdadeiro, quando eu vi ele dá ultima vez, ele tava gordo que nem eu, eu não vejo ele direto. (F, 9 anos)

Essas falas remetem às causas genéticas e ambientais da obesidade, sinalizando que tanto os pais quanto os irmãos de alguns participantes também apresentam problema de obesidade. Os autores Foz e Formiguera (1998) corroboram esses dados ao afirmarem que, quando há uma pessoa com problema de obesidade na família, geralmente existem mais membros dessa mesma família sofrendo com problema de obesidade. Para os autores é impossível separar as influências genéticas das ambientais, partindo da idéia de que os membros de uma mesma família compartilham os mesmos fatores ambientais, tais como a alimentação e o estilo de vida.

Diante dos resultados desta pesquisa, seria interessante que o POI pudesse ampliar a sua estrutura, visando incluir nas suas estratégias o núcleo familiar da criança e do adolescente, tendo em vista o relato dos mesmos de que outros membros da família tinham sobrepeso ou obesidade. Com a inclusão de outros membros da família no atendimento, haveria uma maior probabilidade de adesão as estratégias do programa. No programa, as crianças e os adolescentes são orientados a aderirem a hábitos de vida saudáveis, e o mesmo não é feito com os outros membros de sua família, o que pode dificultar aos participantes do POI a mudarem efetivamente seus hábitos. Em casos mais graves, o núcleo familiar pode ser caracterizado também como um ambiente de discriminação e preconceito, como pode ser evidenciado na seguinte fala:

Minha mãe às vezes me chateia. Ontem, ela me chamou pra estender roupa no varal, aí eu falei pera aí. Aí eu não sei o que ela falou ou eu falei, a ela me chamou de baleia. Isso me chateia, mais eu não falo nada, porque eu não posso fica falando. (F, 9 anos)

Stunkard e Wadden (1992) enfatizam que, para a criança e o adolescente, a falta de confiança e o sentimento de isolamento, atribuído ao fracasso da família e dos amigos em

compreender o problema, remetem-lhes a uma grande sobrecarga psicológica.

Assim, entende-se que os contextos familiar e escolar podem aumentar a sobrecarga psicológica no ajustamento da criança e do adolescente com problema de sobrepeso e obesidade, influenciando também nas atividades desenvolvidas por eles.

Para conhecer a vivência das crianças e dos adolescentes na escola, foram feitas três perguntas: “Na hora do recreio em sua escola o que você faz?” “O que você acha da escola?” e “Do que você não gosta na escola?”. Quanto à pergunta referente às atividades dos participantes na hora do recreio, sete pessoas (41,17%) responderam que brincavam, e dez pessoas (58,82%) relataram ficar sentadas, andando ou conversando com os amigos, como se pode observar os relatos abaixo:

Fico conversando na hora do recreio, tenho bastante amigos lá. [...]. (F, 16 anos)

[...] eu na hora do recreio como minha bolacha e de vez em quando como lanche da escola [...]. (F, 11 anos)

Eu fico andando, fico sentada conversando com minhas amigas [...]. (F, 12 anos)

Observou-se por meio dos relatos que a maioria dos participantes, no momento em que poderiam realizar algum tipo de atividade física, que comumente as crianças e adolescentes realizam, como brincar de pega-pega, esconde-esconde, jogar bola, etc., não o fazem, preferindo ficarem somente sentados conversando ou lanchando. Pode-se inferir que o fato dessas crianças e adolescentes não participarem de atividades físicas, como as brincadeiras, pode estar relacionado com o sobrepeso e a obesidade, vindo ao encontro das respostas de uma das questões descritas anteriormente, que versava sobre a presença de dor no corpo e cansaço em atividades rotineiras, para a qual houve um índice considerável de respostas que sinalizavam a presença de dor, principalmente, quando realizavam alguma atividade física.

Com relação à escola, foi feita a seguinte pergunta: “O que você acha da escola?” A seguir, estão exemplos de relatos dos participantes:

Acho legal, as matérias cada vez mais eu aprendo mais. (F, 11 anos)

Gosto da escola, aula de pintura, karate, futebol, artes computador gosto muito dele. (computador). (M, 5 anos)

Acho chata. Por causa da professora que chama todo mundo de palhaço e manda calar a boca. Tenho duas amigas na escola. (F, 8 anos)

Essas falas retratam que as crianças e os adolescentes, em sua maioria, não demonstram nenhuma restrição à escola, bem como a sua vivência escolar. Com exceção de uma criança, que expõe sua opinião sobre uma professora e o desrespeito com que ela trata os alunos. Assim, pode-se entender que muitas vezes, os profissionais da escola são responsáveis pelas restrições que as crianças e os adolescentes fazem ao ambiente escolar.

Com relação às respostas sobre “Do que você não gosta na escola?”, as falas sinalizaram conteúdos de discriminação e preconceito:

Não gosto dos que me xingam de gordo, Zé do alho, box do gordinho, me sinto magoado. Isso é todo dia, aí eu choro todo dia, eu falo para minha mãe e ela vai na escola, mas não adianta, eles não faz nada. Sinto triste só na escola porque fora de lá ninguém me xinga. (M, 11 anos)

Não gosto da diretora da escola, os guris me chamam de gorda (Obs.: criança começa a chorar quando fala e disse que não fala isto para ninguém). (F, 12 anos).

Me chateia, porque os meninos me chamam de gorda, aí eu me sinto chateada. Falei pra minha mãe e ela fala assim, você é gorda o que, você que. O vizinho também me chama de gorda quando eu vô andar de bicicleta [...]. (F, 9 anos).

Esses relatos revelam a discriminação e a rejeição demonstradas pelos colegas da escola, como também os sentimentos negativos de serem motivo de brincadeiras e piadas indecorosas, de mau gosto, o que diminui ainda mais a auto-estima e a vontade de se relacionar com outras pessoas e faz com que eles se sintam inferiores aos outros.

A maneira como as crianças e os adolescentes são tratados pelos colegas, explica o porquê de elas não gostarem da escola. Esse fato faz com que, muitas vezes, comecem a não querer mais frequentar a escola, apresentem problemas de aprendizagem, procurem a coordenação da escola chorando porque os amigos não param de chamá-los de gordo, baleia, box do gordinho, Zé do alho, levando-os a conviver com uma discriminação social diária.

Frente a essa questão, estudos salientam as dificuldades encontradas e vivenciadas pelas pessoas com obesidade. Damiani e Oliveira (2002) salientam que as pessoas revelaram dificuldades em realizar atividades do dia-a-dia como ir à escola, fazer determinados exercícios físicos, procurar emprego, comprar roupas e divertir-se. Conseqüentemente, no decorrer da vida, pessoas com problema de obesidade poderão encontrar outras barreiras como timidez e problemas no relacionamento afetivo.

5.4. Atividades Realizadas pelas Crianças e Adolescentes

Para identificar quais os tipos de brincadeiras que as crianças e adolescentes estavam realizando em seu dia a dia, foi feita a pergunta “Quais as brincadeiras de que você mais gosta?”, que foram agrupadas em duas categorias: ativa e passiva, descritas na Tabela 7.

Tabela 7 - Tipos de atividades mais realizadas pelas crianças e adolescentes

Categorias	Meninas		Meninos		Total	
	<u>n</u>	%	<u>n</u>	%	<u>N</u>	%
ATIVA:						
Andar de bicicleta	04	23,52	03	17,64	07	41,17
Pega-pegas	04	23,52	01	5,88	05	29,40
Jogar bola	02	11,76	02	11,76	04	23,52
Esconde-esconde	03	17,64	01	5,88	04	23,52
Pular corda	02	11,76	-	-	02	11,76
Correr	01	5,88	-	-	01	5,88
PASSIVA:						
Computador	03	17,64	01	5,88	04	23,52
Carrinho de controle remoto	-	-	01	5,88	01	5,88
Não brinca	03	17,64	-	-	03	17,64

Obs: Na categoria ativa, sete crianças e adolescentes relataram mais de uma resposta. E, na categoria passiva, cinco crianças e adolescentes relataram mais de uma resposta.

Na categoria ativa, as respostas mais incidentes foram: andar de bicicleta (41,17%), brincar de pega-pegas (29,41%), jogar bola (23,52%) e brincar de esconde-esconde (23,52%). Já na categoria passiva, as duas respostas relatadas pelas crianças e adolescentes foram: ficar no computador (23,52) e brincar de carrinho de controle remoto (5,88%). E ainda, quatro participantes (17,64) revelaram que não brincam.

De acordo com os dados obtidos, as brincadeiras escolhidas pelos participantes são de certa forma, comuns para a idade que as crianças e adolescentes se encontravam. Contudo, também se procurou saber o tempo gasto pelos participantes em frente à TV, por meio das seguintes questões: “Você gosta de assistir TV?” e “Quanto tempo você gasta por dia assistindo TV?”, a fim de saber se essas crianças e adolescentes passavam mais tempo diário realizando algum tipo de brincadeira que tivesse gasto energético ou se ficavam mais tempo em frente à TV, em que quase não há gasto energético.

Dessa forma, as falas dos participantes revelaram que praticamente todos os participantes, exceto uma pessoa, disseram gostar de assistir TV. Em relação ao tempo gasto assistindo TV, as crianças e adolescentes relataram que passam em média três horas e meia,

diárias e 24 horas e meia semanais em frente à TV. Esse dado vem ao encontro a preocupação de alguns autores, como Coutinho (1998), que sinalizam que a realização de atividades que não contribuem para um gasto energético considerável é vista como um dos fatores que predis põem o surgimento e/ ou manutenção da obesidade. Foz e Formiguera (1998) também argumentam que assistir TV várias horas por dia somando-se muitas horas semanais é considerado um dos fatores responsáveis por desencadear ou até mesmo manter quadros de obesidade em crianças e adolescentes.

Outro tema que está intrinsecamente relacionado ao sobrepeso e a obesidade, abordado nesta pesquisa, foram as representações sociais de saúde e doenças, ou seja, procurou-se identificar os sentidos que as crianças e os adolescentes revelam sobre saúde e doença, uma vez que esses sentidos podem estar relacionados com sua maneira de lidar com possíveis obstáculos oriundos ou decorrentes da obesidade.

5.5. Análise das Representações Sociais sobre Saúde e Doença

Neste tópico, será analisado qual o entendimento das crianças e adolescentes sobre RS de saúde e doença, cujos relatos foram agrupados por temáticas identificadas, conforme descritas a seguir:

5.5.1. Representações Sociais de Saúde

Para analisar as representações sociais de saúde das crianças e adolescentes, foi feita a seguinte pergunta: “Para você, o que é estar com saúde?”. As falas foram agrupadas em cinco categorias que podem ser observadas na Tabela 8. Após a análise dos relatos, foi identificado que as categorias são semelhantes às categorias criadas em estudos anteriores.

Tabela 8 – Representação Social de Saúde

Categorias de Saúde	Meninas		Meninos		Total	
	n	%	N	%	n	%
1 – Atribuir sensações e/ou sentimentos (felicidade, bem-estar/ disposição).	06	35,28	02	1,76	08	47,04
2 – Ser magro(a)	04	23,52	01	5,88	05	29,40
3 – Ter hábitos de vida saudáveis	03	17,64	-	-	03	17,64
4 – Não soube responder	02	11,76	01	5,88	03	17,64
5 – Ausência de doença	02	11,76	-	-	02	11,76

Obs: As respostas dadas por quatro crianças foram classificadas em mais de uma categoria

Oito (47%) crianças e adolescentes associaram saúde a sensações e/ou sentimentos/ disposição, conforme exposto nos relatos:

Saúde é quando a pessoa é feliz na família e tem bom relacionamento com as pessoas. (M, 13 anos).

A pessoa tá feliz quando tá com saúde. (F, 9 anos).

Saúde é eu tá bem comigo mesma e meu corpo está bem, acho que isso é ter saúde. (F, 16 anos).

Pode-se observar pelos relatos que alguns participantes relacionaram saúde de acordo como eles se sentiam, ou seja, para eles saúde é possuir um bom relacionamento familiar, com os amigos, bem como estar feliz consigo mesmo. A sensação de felicidade e harmonia com outras pessoas significa que estão felizes, e isso é estar saudável.

A relação de saúde com sensação de bem-estar e felicidade também foi encontrada no estudo de Moreira e Dupas (2003), que, ao analisarem um grupo de crianças no ambiente escolar e um grupo de crianças hospitalizadas, encontraram em ambos os grupos respostas semelhantes relativas à saúde, ou seja, algo que lhes proporcionava liberdade, felicidade e bem-estar.

Cinco (29,4%) crianças e adolescentes associaram saúde “a ser magro (a)”, como revelam os relatos a seguir:

Ser magro, é ter saúde. (M, 11 anos).

Acho que é quando a pessoa tá magra, sabe né, tem que ser magro (F, 11 anos).

Saúde pra mim é assim, não ser obeso, mas também ta no peso e comer sempre o alimento correto pra ela não fica comendo muito nem tão pouco é isso. (F, 9 anos).

Com relação a esses relatos Vasconcelos, Sudo e Sudo (2004) salientam que é comum ao portador de obesidade imaginar que, para ter saúde, é preciso ser magro, sendo o corpo deste descrito como um corpo sem saúde, estigmatizado pelo excesso de peso. A pessoa com obesidade acredita que sua condição viola a regra vigente na vida social, tornando-se uma pessoa desmedida e sem saúde, devido às exigências da atual sociedade, de que todas as pessoas com obesidade não têm saúde.

Outra categoria evidenciada na pesquisa foi a que associou saúde a hábitos de vida saudáveis, resposta de três pessoas (17,64%):

Saúde é quando a pessoa tá correndo, andando de bicicleta, tá comendo pouco. (F, 10 anos)

Saúde é quando faz exercício, come menos. (F, 12 anos)

Esse tipo de resposta também foi evidenciado por Moreira e Dupas (2003), com relação à concepção de saúde, cujos aspectos estão ligados ao cuidado com o corpo, em que se enfatiza a prática de exercícios físicos e o cuidado com a alimentação, o que se pode traduzir em ter hábitos de vida saudáveis.

Outro estudo que identificou a associação entre o conceito de cuidado com a saúde e a importância da alimentação foi realizado por Boruchovitch, Felix-Sousa e Schall (1991) que avaliaram professores e escolares de primeiro grau, de escolas públicas e particulares da zona norte do município do Rio de Janeiro.

Saúde foi associada à ausência de doença por duas pessoas (11,76%):

Ser saudável, saúde é quando a pessoa tá boa sem ter doença, essas coisas. (F, 12 anos)

Quando a pessoa não é nem gorda, nem magra, bem estável, não tem

nenhuma doença tipo diabetes, essas coisas. (F, 12 anos)

A ta bem, não ter problema de gordura ou ter é... problema de coração, ser bem humorada, ser alegre. (F, 11 anos)

Por mais que haja um movimento que procure discutir saúde de forma ampliada, de acordo com Segre e Ferraz (1997), ainda é freqüente encontrar esse tipo de resposta, ou seja, em que se associa saúde à ausência de doença ou vice-versa, tal como foi possível observar que, no entendimento de alguns participantes deste estudo, “saúde” se traduz quando a pessoa não está com problema de saúde, até mesmo de obesidade.

5.5.2. Representações Sociais de Doença

Para analisar os sentidos que as crianças e os adolescentes atribuem à doença, foi feita a seguinte pergunta: “Para você, o que é estar doente?”. As falas foram agrupadas em cinco categorias, que podem ser observadas na Tabela 9.

Tabela 9 – Representação Social de Doença

Categorias de Doença	Meninas		Meninos		Total	
	<u>n</u>	%	<u>N</u>	%	<u>n</u>	%
1 – Problemas de saúde (tosse, doença de pele, febre, gripe, dor, depressão, cardiopatia)	10	58,72	01	5,88	11	64,70
2 – Obesidade	04	23,52	02	11,76	06	35,28
3 – Não possuir hábitos de vida saudáveis	01	5,88	-	-	01	5,88
4 – Ser muito magro(a)	01	5,88	-	-	01	5,88
5 – Não soube responder	-	-	01	5,88	01	5,88

Obs: As respostas de três crianças e adolescentes foram classificadas em mais de uma categoria.

A categoria mais freqüente é a que associa doença a sensações desagradáveis no corpo e a problemas com a saúde, 64,70% (n=11), como tosse, doença de pele, febre, gripe, dor, depressão e cardiopatia, exemplificados nas seguintes falas:

Quando não tá bem, ou ta acima do peso que nem eu, ou tipo quando tem problema cardíaco ou tá com depressão (F, 11 anos)

Quando a pessoa ta mal, quando ta com dor. (F, 12 anos)

Gripe, tosse e febre. (F, 12 anos)

Esses relatos das crianças e dos adolescentes associando doença a algo concreto e observável foi delineado por Boruchovitch, Felix-Sousa e Shall (1991), que afirmam ser um conceito de doença adquirido por meio da experiência vivenciada pela pessoa, ou seja, por algo que ela sentiu, algo concreto.

Cabe salientar que a criança que cita problemas cardíacos e depressão, não parece ter vivenciado esses problemas, visto que isso não apareceu na entrevista. Talvez, pelo fato de seu núcleo familiar ser composto apenas por adultos, ela tenha incorporado essa linguagem. Aqui fica uma questão, de até que ponto, a atitude dos pais ou responsáveis por essa criança está influenciando em sua construção das RS de saúde e doença.

Moreira e Dupas (2003) também evidenciaram resultados sobre os sentidos de doença, relacionados a essa questão. As autoras, na sua pesquisa, identificaram que a concepção de doença para as crianças na escola teve vários conceitos relacionados a algum momento que elas já haviam presenciado, mas não fazia parte de suas vidas naquele momento. Já para as crianças hospitalizadas, foram levantadas questões acerca de sua experiência, tanto física, quanto emocional, e de como elas estavam sofrendo naquele momento.

Outra categoria delineada por seis crianças e adolescentes (35,8%) associou doença à obesidade, como se pode observar nos seguintes relatos:

Quando tá gordo, alguma coisa assim. (M, 11 anos)

Quando tá mal assim feito eu, quando tá com o peso assim. (M, 13 anos)

Doente é quando a pessoa não está bem, sentindo bem com ela mesma está fora do tamanho que ela devia tá, fora do peso, ou quando tá com doença de pele, quebrou alguma coisa não tá sentindo bem. Eu me sinto mal de vez em quando, porque meu pai e minha mãe pegam pesado comigo, cobram muito, não pode comer, não pode fazer aquilo, vamos caminhar, mas com meus amigos não. Quando eu paro pra pensar, eu fico magoada, mas só assim acho que não tô legal. (F, 16 anos)

Doente é quando a pessoa tá gorda como eu, sabe né, quando tá magro não fica doente fácil. Não come direito, come tudo errado, aí fica gordo e

fica doente. (F, 11 anos)

Conforme os relatos, alguns participantes associaram doença com seu estado físico; para eles, estar doente é quando a pessoa está com problema de obesidade. Podemos observar que a criança e o adolescente tendem a projetar sua concepção de doença em seu próprio estado físico, agindo com dificuldade, de certa forma, ao lidarem com determinadas situações. Segundo Moreira e Dupas (2003), as representações de doença são derivadas ou originadas da interação social que as pessoas estabelecem com os outros, sendo manipuladas e modificadas por meio de um processo interpretativo usado pela pessoa ao lidar com coisas e situações em que se encontra.

Doença também foi representada por uma participante (5,88%) como não possuir hábitos de vida saudável, outra respondeu que é ser muito magro(a) e outro participante não soube responder. É interessante notar que um participante relacionou doença a falta de relacionamento social, construção evoluída para uma criança de nove anos, que foi além do aspecto concreto da definição.

Às vezes não se alimenta bem, não faz esporte, fica muito presa em casa só vendo TV, aí a pessoa fica doente porque não tem contato com outra pessoa. (F, 9 anos)

Quando a pessoa é muito magra. (F, 9 anos)

Pode-se pensar que a construção das RS pelas crianças e pelos adolescentes pode estar sendo influenciada pelo contexto que estão inseridos, tanto na família, na escola, quanto no POI, ou por outros locais que participem. Duveen (2000), afirma que, a criança passa a internalizar paulatinamente as representações vigentes em seu contexto social à medida que adquire uma identidade. Assim, quando as representações são internalizadas, elas expressam a relação das pessoas com o ambiente que conhecem e, concomitantemente, essas representações situam as pessoas nesse contexto.

Partindo dessa perspectiva, acredita-se que os participantes em um primeiro momento compartilham de representações que a comunidade em que vive comunga, para, à medida que se posiciona no mundo enquanto ser de transformação social vai adquirindo e se identificando com as representações que lhes são mais pertinentes.

5.6 – Aspectos Corporais

Outra pergunta feita neste estudo buscou identificar: “Qual é a parte do seu corpo de que você mais gosta?” e Qual é a parte do seu corpo de que você menos gosta?”. Essas perguntas foram feitas em dois momentos. A primeira ocorreu no início da participação das crianças e adolescentes no POI, e a segunda, foi realizada após 30 dias de participação. As falas da primeira fase foram elencadas em nove categorias para a parte do corpo de que mais gostavam, e em cinco categorias para a parte do corpo de que menos gostavam, o que pode ser observado na Tabela 10.

Tabela 10 – Partes do corpo de que as crianças e adolescentes mais e menos gostam (no início da participação no POI).

Partes do corpo de que mais gosta	Meninas		Meninos		Total	
	<u>n</u>	%	<u>n</u>	%	<u>n</u>	%
Rosto	06	35,29	-	-	06	35,29
Cabelo	04	23,52	-	-	04	23,52
Pescoço	-	-	01	5,88	01	5,88
Mãos	01	5,88	-	-	01	5,88
Pernas	-	-	01	5,88	01	5,88
Olhos	-	-	01	5,88	01	5,88
Bumbum	01	5,88	-	-	01	5,88
Braços	-	-	01	5,88	01	5,88
Nenhuma	01	5,88	-	-	01	5,88
Partes do corpo de que menos gosta						
Barriga	09	52,94	02	11,76	11	64,70
Corpo todo	02	11,76	-	-	02	11,76
Nenhuma	02	11,76	-	-	02	11,76
Cabelo	01	5,88	01	5,88	02	11,76
Rosto	01	5,88	-	-	01	5,88

Obs: A resposta de uma criança foi classificada em mais de uma categoria.

Em relação à parte do corpo de que as crianças e os adolescentes mais gostavam, a categoria mais frequente foi o rosto, 41,17% (n=7) dos participantes, seguida por cabelos, 23,52% (n=4). Isso se pode observar nas falas a seguir:

Gosto do meu rosto [...] (F, 11 anos).

Gosto do meu cabelo, e não gosto da minha barriga. (F, 11 anos)

Analisando-se todos os relatos, os participantes sentiam-se mal em relação ao seu estado físico, pois em todos os casos não houve nenhum participante que relatou gostar do corpo todo, chegando até mesmo a responder não gostar de nada em seu corpo, principalmente no momento em que tinham que comprar roupas por sentirem-se discriminados, julgados e rejeitados. Vasconcelos, Sudo e Sudo (2004) expõem que na atualidade ser magro (a), principalmente para a mulher, simboliza competência, sucesso e controle, enquanto excesso de peso e obesidade representa preguiça, indulgência pessoal, falta de autocontrole e força de vontade. Sendo assim, o excesso de peso oferece conotação pejorativa às crianças e adolescentes, tornando-se possivelmente um dos fatores explicativos para a insatisfação corporal.

Varella (2007) complementa que a auto-estima reduzida, a distorção da auto-imagem e a visão preconceituosa da sociedade podem acarretar quadros depressivos, abuso de drogas e transtornos de ansiedade na adolescência.

Ao questionar sobre a parte do corpo de que menos gostam, 64,70% (n=11) relataram não gostar da barriga, duas pessoas (11,76%) não gostavam do corpo todo, e duas pessoas (11,76%) não gostavam de nenhuma parte, o que se pode observar nas seguintes falas:

[...] não gosto da minha barriga. Não gosto quando eu vou comprar roupa porque eu gosto de alguma coisa e não serve, aí eu me sinto mal, pô! Quase não tem roupa que me serve. (F, 11 anos)

Não acho nada bonito no meu corpo. Eu não gosto do rosto, do meu cabelo, eu acho feio, não sei por quê. (F, 9 anos)

Não gosto de nenhuma, eu gosto do meu rosto e do meu cabelo. (F, 12 anos)

[...] não gosto do meu corpo porque as roupas não fica boa. Aí eu troco quando não serve, aí eu fico chateada. (F, 12 anos)

Tanto os meninos quanto as meninas reportaram insatisfação corporal para a área do estômago (barriga) e para o peso corporal. Essa insatisfação aumenta principalmente quando

precisa expor seus corpos para outras pessoas, o que repercute em sua auto-estima e faz com que se sintam envergonhados e diferentes pela forma como são observados.

Um aspecto relevante para a insatisfação corporal exposta por Vasconcelos, Sudo e Sudo (2004) é a interferência da mídia na imposição do corpo “magro”, fazendo com que, cada vez mais, as pessoas busquem para si esse estereótipo, considerado como o da “perfeição”; porém, quando se trata de crianças e adolescentes com insatisfação corporal, ocorrem sentimentos de angústia, vergonha e rejeição ao próprio corpo, repercutindo negativamente sua auto-imagem corporal perante a sociedade, por sentirem-se inferiores.

Campos (1995) descreve em sua pesquisa que a imagem corporal refere-se àquela representação que se faz do próprio corpo. É fruto da experiência que vem dos sentidos, da percepção com base fisiológica, somando três fatores principais para a formação da imagem corporal, como: a forma que está vinculada à identidade de cada pessoa; o conteúdo que envolve o reconhecimento de sensações internas; e o significado que mostra o corpo como um conjunto, relacionando-se à simbolização, o que é vinculado ao inconsciente.

A autora argumenta ainda que seja importante ressaltar que, com a auto-estima abalada, elas depreciam a própria imagem física, sentem-se inseguras em relação aos outros, imaginando que estes as vêem com desprezo e hostilidade. Isso vem ao encontro dos dados encontrados na presente pesquisa, em que as crianças e os adolescentes, de certa forma, sinalizaram negligência a seus corpos, expressando “não gostarem do corpo todo”, como pode ser observado nas falas, o que pode refletir em preconceito e não-aceitação social.

Na segunda fase da pesquisa, os participantes foram perguntados novamente sobre: “Qual é a parte do seu corpo de que mais gosta?” e “Qual é a parte do seu corpo de que você menos gosta?”. As respostas foram agrupadas em oito categorias para a primeira pergunta, e em sete categorias para a segunda pergunta. O que pode ser observado na Tabela 11.

Tabela 11 - Partes do corpo de que as crianças e os adolescentes mais e menos gostam (ao final da participação no POI).

Partes do corpo de que mais gosta	Meninas		Meninos		Total	
	n	%	n	%	N	%
Rosto	06	35,29	01	5,88	07	41,17
Olhos	03	17,64	01	5,88	04	23,52
Corpo todo	02	11,76	-	-	02	11,76
Cabelo	01	5,88	01	5,88	02	11,76
Nariz	01	5,88	-	-	01	5,88
Mãos	01	5,88	-	-	01	5,88
Pés	01	5,88	-	-	01	5,88
Braços	-	-	01	5,88	01	5,88
Partes do corpo de que menos gosta						
Barriga	09	52,94	03	17,64	12	70,58
Cabelo	01	5,88	01	5,88	02	11,76
Joelho	01	5,88	-	-	01	5,88
Bumbum	01	5,88	-	-	01	5,88
Corpo todo	01	5,88	-	-	01	5,88
Pernas	01	5,88	-	-	01	5,88
Nenhum	01	5,88	-	-	01	5,88

Obs: As respostas de duas crianças foram classificadas em mais de uma categoria.

Nota-se novamente que em relação a parte do corpo que mais gostam, a categoria mais freqüente é o rosto, o que representa 41,17% (n=7) dos participantes. Quatro pessoas (23,52%) gostavam mais dos olhos, duas pessoas (11,76%) gostavam do corpo todo, e duas pessoas (11,76%) relataram gostar mais do cabelo, como observado nas falas a seguir:

Minha cara (rosto), não gosto da minha barriga (M, 11 anos)

A cabeça, o pé, a barriga, tudo é bonito. (F, 9 anos)

Dos olhos e não gosto da minha barriga. (F, 11 anos)

Gosto do cabelo e não gosto da minha barriga. (M, 5 anos)

Ao analisar a parte do corpo de que menos gostavam, as categorias mais freqüentes foram barriga, o que representa 70,58% (n=12), e o cabelo, respostas de 11,76% (n=2), observadas nos seguintes relatos:

Gosto do meu olho e não gosto do meu cabelo (M, 13 anos).

Gosto do meu rosto e não gosto da minha barriga. (F, 11 anos)

Tanto na primeira, quanto na segunda fase, as meninas relataram maior índice de insatisfação, listando maior número de partes do corpo de que menos gostam (por exemplo: barriga, cabelo, rosto, joelho, bumbum, pernas e corpo todo), em comparação aos relatos dos meninos (barriga e cabelo). A associação entre excesso de peso e insatisfação corporal para o sexo feminino expressou-se mais acentuada quando comparada ao sexo masculino. Esse fato pode ser decorrente de a atual sociedade exigir mais das mulheres do que dos homens um padrão de beleza magro. Conti, Frutuoso e Gambardella (2005) afirmam que essas insatisfações corporais para áreas distintas têm diferentes origens, refletindo em atitudes sociais, pois meninos desejam corpo adulto masculino com ombro largo, cintura fina, quadril fino e estômago plano, enquanto as meninas sonham com corpos pequenos, com coxas, nádegas, cintura e estômago delgados, levando a não aceitarem seu corpo como ele é repercutindo em baixa auto-estima e insatisfação com sua aparência física.

Esse dado vem ao encontro do estudo descrito pelos autores, cujo objetivo foi verificar a associação entre excesso de peso e insatisfação corporal de adolescentes de uma escola particular de Santo André, SP. Os resultados mostram que, entre as meninas, houve um índice maior de insatisfação em diversas áreas corporais, decorrente do estigma social, que dita o corpo magro como sendo padrão de beleza.

Comparando os dados obtidos na primeira fase com os da segunda fase, em relação à parte do corpo de que mais gostam, encontraram-se respostas parecidas, que podem ser observadas na Tabela 12.

Tabela 12 – Comparação entre as partes do corpo de que as crianças e os adolescentes mais gostam na 1ª e na 2ª fase.

1ª Fase			2ª Fase		
Partes do corpo	<u>n</u>	%	Partes do corpo	<u>N</u>	%
Rosto	06	35,29	Rosto	07	41,17
Cabelo	04	23,52	Olhos	04	23,52
Pescoço	01	5,88	Todo corpo	02	11,76
Mãos	01	5,88	Cabelo	02	11,76
Pernas	01	5,88	Nariz	01	5,88
Olhos	01	5,88	Mãos	01	5,88
Bumbum	01	5,88	Pés	01	5,88
Braços	01	5,88	Braços	01	5,88
Nenhuma	01	5,88	-	-	-
Total	17	100	Total	19	112

Obs: Na 2ª fase, as respostas de duas crianças foram classificadas em mais de uma resposta.

Apesar de as respostas apresentarem-se parecidas, tanto na primeira fase quanto na segunda, duas meninas responderam, na segunda fase, gostar do corpo todo, resposta que não foi cogitada na primeira. Esse dado pode sinalizar uma maior aceitação do corpo, uma vez que estas duas participantes não obtiveram redução significativa de peso, sendo identificadas com obesidade leve em ambas as fases.

Comparando as partes do corpo que os participantes menos gostam, pode-se observar na Tabela 13, que houve um aumento de insatisfação com a barriga, em que um participante que não havia mencionado essa insatisfação na primeira fase revelou na segunda. E ainda, na segunda fase, foram citadas partes do corpo que não foram mencionadas na primeira.

Tabela 13 – Comparação entre as partes do corpo de que as crianças e os adolescentes menos gostam na 1ª e na 2ª fase.

1ª Fase			2ª Fase		
Partes do corpo	<u>n</u>	%	Partes do corpo	<u>n</u>	%
Barriga	11	64,70	Barriga	12	70,58
Corpo todo	02	11,76	Cabelo	02	11,76
Nenhuma	02	11,76	Joelho	01	5,88
Cabelo	02	11,76	Bumbum	01	5,88
Rosto	01	5,88	Corpo todo	01	5,88
-	-	-	Pernas	01	5,88
-	-	-	Nenhuma	01	5,88
	18	100	Total	19	112

Obs: Na 2ª fase, as respostas de três crianças foram classificadas em mais de uma resposta.

Estes resultados traduzem um aumento de insatisfação corporal por parte de alguns participantes, que pode ser decorrente de inúmeros fatores. Dentre eles, o fato de a maioria das crianças e dos adolescentes não ter perdido o peso corporal esperado no período em que passaram seguindo as orientações dos profissionais do POI, podendo ter gerado baixa auto-estima e não adesão às práticas de vida saudáveis disseminadas pelo programa. Outra possibilidade é que a participação no POI pode ter influenciado na percepção que essas crianças e adolescentes têm de si mesmos, uma vez que são pesados e medidos, atividades essas que não faziam parte de seu cotidiano. Essa insatisfação pode estar sinalizando a pressão exercida tanto pela família quanto pela mídia, em busca do corpo perfeito, como salienta Ades e Kerbaux (2002), que na busca do peso ideal, a pressão da sociedade pode ser um fator de

grande sofrimento para as pessoas com sobrepeso e obesidade.

5.7 - Participação no Programa (POI)

A pesquisa também se propôs a compreender a visão que as crianças e adolescentes tinham sobre sua participação no POI, não no sentido de avaliar o impacto do programa ou questionar sua metodologia, mas sim, entender a repercussão das informações disseminadas pelos profissionais do POI na vida dos participantes. Primeiro, será descrita a questão que versava sobre o conhecimento das crianças sobre sua participação no programa. Posteriormente, serão discutidas as questões sobre o programa, bem como possíveis alterações no cotidiano das crianças e adolescentes relacionadas a essa participação, e por último, qual aspecto de que mais e menos gostaram no programa.

Para saber qual o conhecimento dos participantes sobre a ida ao programa, perguntou-se “Você sabe por que você está aqui?”. Pode-se observar que todos os participantes, (n=17) sabiam o porquê estavam indo ao POI. Para exemplificar, foram elencadas as seguintes falas:

Porque eu tive começo de infarto duas vezes, aí eu vim pra cá por causa disso e pra tentar emagrecer. (M, 17 anos)

Sei, vim pra fazer tratamento para emagrecer. Acho bom porque ajuda as pessoas que estão gordinhas a voltar ao normal. (F, 11 anos)

Porque eu tô gorda, pra mim perder peso. Minha mãe me trouxe e disse que era pra mim emagrecer. (F, 10 anos)

Porque eu tô gorda. Minha mãe falou que eu tô gorda e que eu tinha que vim. (F, 9 anos).

O conhecimento dos participantes com relação à ida ao programa é muito importante, pois maximiza a probabilidade de a criança e o adolescente aceitarem o tratamento, parecendo terem mais consciência de que a adoção de práticas de vida saudáveis é necessária, o que favorece no prognóstico e na interação com o grupo.

Outro fato importante é que os participantes tinham noção de sua condição, isso é, de que estavam com problema de obesidade e precisavam emagrecer. Isso demonstra o primeiro passo para que o tratamento dê certo. Para Bernardi, Cichelero e Vítolo, (2005), os programas

de controle de peso parecem obter melhores resultados quando podem ser implementados ainda na infância e na adolescência. Essa intervenção precoce permite que os hábitos de comportamentos inadequados sejam modificados antes que se tornem mais complexos.

Esta pesquisa foi realizada em duas fases, a primeira ocorreu no início da participação no programa, e a segunda realizada após 30 dias de participação. As perguntas: “Com quem você falou depois da primeira reunião?”, “Como era seu dia antes e depois de você vir para o programa?”, “De que você mais gostou no tratamento?” e “De que você menos gostou no tratamento?”, foram realizadas somente na segunda fase.

Ao perguntar, “Com quem você falou depois da primeira reunião?”, dez pessoas, o que representou 58,82%, não falaram com ninguém, e sete pessoas, o que representa 41,76% dos participantes, relataram ter conversado sobre o programa com algum membro da família, expressando o que achavam e como era o programa, como se pode observar nas falas:

Conversei com minha mãe, eu falei pra ela que era bom. (M, 11 anos)

Falei com minha mãe que achava que ia dar certo. (F, 16 anos)

Falei com minha mãe e com minha avó que eu achei legal. (F, 11 anos).

Falei com minha mãe, que ela me perguntou algumas coisas, e me fez virar pro lado, a minha mãe não queria mais vir aí eu falei pra ela vim e ela veio. (F, 8 anos).

Pode-se observar que para alguns dos participantes a interação com a família é mais difícil; no entanto o envolvimento da família no tratamento é fundamental, pois a família é vista como ponto de referência que proporciona abrigo, orientação, amor, segurança física e emocional aos filhos, funcionando sempre como ponto de equilíbrio. Vista a importância da família na formação da criança e do adolescente, acredita-se ser de grande valia o trabalho constante de orientação familiar para buscar sua conscientização e colaboração no processo de reeducação dos filhos.

Ao questionar para os participantes “Como era seu dia antes e depois de você vir para o programa?”, 15 pessoas (88,23%) relataram que, depois que começaram a participar do programa, muita coisa mudou em suas vidas, principalmente o tempo que passavam assistindo à televisão, pois agora o fazem menos, levam a dieta mais a sério, e a maioria dos participantes começou a fazer algum tipo de exercício físico.

Antes eu ficava na frente da TV o dia todo; só quando eu tava na escola que eu não assistia. Agora eu brinco mais, só assisto mais ou menos 1h30. Hoje eu sigo a dieta certinho, só de vez em quando que eu como doce. (M, 11 anos).

Antes eu assistia muito à TV e ficava no computador. Agora minha mãe não deixa eu ficar muito tempo mais na TV e no computador, mais ou menos 1h30. (M, 13 anos)

Antes eu comia de manhã, tomava leite normal, mesma coisa que eu como agora e, na hora do almoço, comia um pouco mais, daí na janta eu tomava caldo de feijão ou miojo só. Hoje eu como menos e doce, só no final de semana. Hoje eu não tô fazendo mais caminhada e nem academia porque minha mãe tá fazendo cursinho à noite. (F, 11 anos)

Hoje eu tô esmagrecendo e eu não tô ficando mais gorda, e hoje eu faço caminhada e assisto menos TV. (F, 12 anos)

Essas falas sinalizam a questão da reeducação com relação ao estilo de vida vivenciado pelos participantes, aspecto que certamente irá repercutir em um bom prognóstico no que se refere à redução de sobrepeso e da obesidade. Isso também se houver a integração da família com relação à adesão ao POI, uma vez que, se a família não mudar seus hábitos, horários, diminuirá a possibilidade de adesão a estratégias de tratamento porque a criança e o adolescente não se sentirão apoiados. Talvez seja importante ainda que o POI ofereça grupos de apoios para que os familiares tenham um melhor entendimento sobre o problema da criança e do adolescente, auxiliando na vivência destes.

Outra pergunta foi “De que você mais gostou no tratamento?” e “De que você menos gostou no tratamento?”, nove pessoas, o que representou 52,94%, relataram que gostaram da interação dos profissionais com os participantes, das palestras, da dieta, de ter emagrecido. Seis pessoas (35,29%) relataram que gostaram de tudo no tratamento, uma pessoa (5,88%) relatou que não gostou do tratamento, e uma pessoa (5,88%) relatou não se lembrar do que tinha gostado no tratamento. Isso pode ser observado nas seguintes falas:

Legal vim aqui e emagrecer com os outros, é massa, emagrecer junto com saúde. (F, 16 anos).

Eu emagreci mais rápido do que da outra vez que eu fiz dieta sozinha. (F, 11 anos)

Das palestras. (F, 11 anos)

Das brincadeiras que eles faz. (F, 10 anos)

As falas refletem que a maioria dos participantes aderiu ao programa, sem maiores comprometimentos, começando pelas orientações feitas pelos profissionais do POI ao participante e a seu familiar, com relação aos possíveis fatores dietéticos que influenciam o problema, associando-se a história familiar e o estilo de vida (atividade física e o consumo excessivo de comida). Em especial às crianças e os adolescentes, o POI buscou implementar mudanças fundamentais em seu estilo de vida e hábitos alimentares, levando em consideração sua motivação, condição socioeconômica e familiar.

Ao questionar sobre “De que menos você gostou no tratamento?”, onze pessoas, o que representou 64,70%, relataram que não houve nada de que não gostassem no tratamento, quatro pessoas (23,52%) relataram que não gostaram do tratamento por ter que diminuir o tempo em que passavam assistindo à televisão e em frente ao computador, por ter que escrever o recordatório alimentar e por ter pesado. Exemplificados nas seguintes falas:

De ter pesado, porque eles ficam medindo a minha barriga, aí me sinto mal. (M, 11 anos)

De parar de assistir tanto TV, porque eu antes via TV bastante. Tirando a hora que eu ia pra escola e fazer tarefa e caminhar, o resto eu ficava vendo TV. Agora eu posso só 2 horas por dia. (F, 11 anos)

Não gostei de nada. (F, 9 anos)

Ficar escrevendo na sala. (F, 8 anos)

Pode-se observar pelos resultados desta pesquisa que, ao perguntar para os participantes, de que menos tinham gostado no tratamento, a maioria respondeu que a pior coisa foi ter que diminuir o tempo que passavam assistindo à TV. Isso pode ser visto como um dos fatores que predispõem para a obesidade. Esses resultados vêm ao encontro da pesquisa de Foz e Formiguera (1998) que afirmam sobre como é importante os pais reverem todos os fatores que podem ser desencadeadores da obesidade nas crianças e adolescentes, tais como obesidade na primeira infância, pais portadores de obesidade, peso maior que quatro quilos ao nascer, assistirem à TV várias horas por dia, somando-se muitas horas por semana, alimentar-se assistindo à TV, dormir menos de oito horas por noite, inatividade física e

ingestão inadequada de alimentos ricos em calorias, fatores esses que não contribuem para uma alimentação saudável e equilibrada.

A vivência da pesquisadora no programa e sua experiência com os participantes da pesquisa fizeram com que surgissem algumas reflexões. Em especial, a necessidade de que o POI oportunize, juntamente com as palestras, espaços para que os participantes, bem como seus responsáveis coloquem suas experiências frente ao que foi ministrado, tanto os aspectos positivo quanto os negativo. Um exemplo desse espaço, seriam os grupos de apoio, tanto para as crianças e adolescentes quanto para seus responsáveis. Esses grupos poderiam atuar como suporte social, traduzindo-se em espaços nos quais poderiam discutir suas vivências, dificuldades e facilidades em relação ao problema do sobrepeso e da obesidade, favorecendo o convívio social, familiar e pessoal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A obesidade infantil alcança índices preocupantes, e sua prevalência na população brasileira vem adquirindo grande significância na área da saúde, principalmente devido ao impacto que ela causa na vida das crianças e dos adolescentes, acarretando-lhes consequências nas esferas física, social e psicológica.

Considerando os inúmeros prejuízos que o sobrepeso e a obesidade causam às pessoas, nota-se a necessidade do desenvolvimento de estudos sistemáticos sobre esse tema tão emergente, que contemplem cada vez mais o universo infanto-juvenil, o que poderá oportunizar aos profissionais da saúde trabalhar mais efetivamente com a prevenção e a recuperação dos quadros de sobrepeso e de obesidade em fase precoce, uma vez que no adulto, o tratamento torna-se mais difícil e complexo, havendo um comprometimento maior em todas as esferas do cotidiano da pessoa.

Assim, com o intuito de reforçar aspectos que permearam a pesquisa que originou essa dissertação, faz-se necessário tecer comentários sobre alguns pontos. Esses aspectos versam sobre as RS sobre saúde e doença, questões familiares e escolares, considerações sobre avaliação postural e possíveis alterações posturais, aspectos corporais, bem como, considerações sobre o POI, que as crianças e os adolescentes estavam freqüentando.

O estudo das RS cada vez mais está ganhando espaço no âmbito da saúde e muitos motivos justificam essa opção dos pesquisadores utilizarem essa teoria, dentre eles, o fato de que as representações atribuídas pelas pessoas à saúde e à doença influenciam sua adesão a programas de prevenção e promoção da saúde, e analisando essas representações, pode ser possível minimizar entraves nos programas preventivos, maximizando sua eficácia.

Partindo do pressuposto de que a criança quando nasce, passa a comungar das RS vigentes no contexto em que está inserida, tanto as RS de saúde quanto de doença expressa pelos participantes poderiam estar sinalizando um conceito transmitido por seus familiares, amigos, comunidades em que vivem e pelo próprio POI. Foi evidenciado com maior incidência, que os participantes relacionaram saúde a sensações e/ou sentimentos positivos, ser magro e ter hábitos de vida saudáveis. As duas últimas representações podem estar relacionadas à pressão exercida pela mídia, que veicula saúde, sucesso e felicidade com o fato da pessoa estar magra, bem como à cobrança, do próprio programa que estavam participando, que de certa forma, teriam que atingir uma meta, e essa meta seria alcançada por meio da prática de hábitos de vida saudáveis.

No caso da doença, ela foi associada, principalmente, a sensações corporais que as doenças acarretam ou que sinalizam a doença em si, como febre, tosse, obesidade, depressão, cardiopatia. As representações não são muito diferentes dos adultos, que frequentemente

associam doença à percepção dos sintomas, o que reforça a idéia de que as crianças representam o mundo, em um primeiro momento, sob a influência do olhar dos adultos. Esse dado, não deixa de ser preocupante, uma vez que muitas doenças são assintomáticas, e a percepção de que a doença deve estar relacionada a algo visível é prejudicial para a prevenção dos agravos das mesmas.

Com relação aos aspectos familiares e escolares das crianças e adolescentes, procurou-se delinear-los, a fim de analisar a relação entre esses contextos e a vivência do sobrepeso e da obesidade. Frente a essas questões, observou-se que algumas crianças e adolescentes apresentavam dificuldades em sua interação familiar e escolar, podendo ser decorrente da não inclusão do grupo familiar na estrutura do POI e de discriminações e preconceitos oriundos do núcleo familiar e do âmbito escolar. Diante desse resultado, podemos ressaltar a importância do papel do meio externo no tratamento do sobrepeso e da obesidade, bem como na sua prevenção.

Outro fator preocupante ocasionado pelo excesso de peso refere-se às alterações posturais. Os dados da presente pesquisa revelaram que a maioria dos participantes apresentou pelo menos um tipo de alteração postural, que pode estar relacionada ao excesso de peso como também a determinados vícios de postura que essas crianças e adolescentes adotam, uma vez que, muitas meninas na mesma faixa etária das participantes da pesquisa, costumam adotar determinadas posturas para esconder seus corpos, principalmente os seios que estão em fase de desenvolvimento, ocasionado assim, problemas posturais.

Em relação aos aspectos corporais dos participantes, pode-se afirmar que a insatisfação com o corpo foi evidenciado tanto nos meninos quanto nas meninas, principalmente na área do estômago. Insatisfação que tende a se agravar quando há a necessidade de exporem seus corpos para outras pessoas, pois se sentem envergonhados por sua forma física, o que acaba repercutindo ainda mais em sua auto-estima, levando-os a se sentirem rejeitados e estigmatizados por sua aparência corporal.

A participação da família em estratégias de prevenção e tratamento é fundamental, uma vez que ela é vista como ponto de referência que proporciona abrigo, orientação, amor, segurança física e emocional aos filhos, funcionando sempre como ponto de equilíbrio. Acredita-se ser de grande valia o trabalho constante de orientação familiar para buscar sua conscientização e colaboração no processo de reeducação dos filhos. Diante disso, é importante que o POI ofereça grupos de apoio para que os familiares tenham uma melhor compreensão sobre os problemas da criança e do adolescente, auxiliando-os na vivência destes, pois não adianta as crianças e os adolescentes tentarem mudar seus hábitos alimentares

e estilo de vida, se o núcleo familiar não aderir e se conscientizar de que seu filho (a) precisa de ajuda tanto de profissionais como, principalmente, de seus familiares para que se obtenha bons resultados.

Este estudo insere-se na proposta do Mestrado em Psicologia, na qual já foram realizados outros trabalhos sobre representação social de saúde e de doença para pessoas com retinopatia diabética (LIMA, 2005), cuidadores de pessoas que freqüentam a Clínica Escola da UCDB (VERONESE, 2007), cuidadores domiciliares (SANTOS, 2006), e pessoas vivendo com hipertensão e diabetes (SERPA, 2007). Esses trabalhos foram realizados na perspectiva de uma visão integral, dando vozes às pessoas que vivenciaram as problemáticas, fugindo ao padrão de uma visão diagnóstica fragmentada, para uma visão sistêmica.

Salienta-se ainda, que os dados apresentados são específicos para as crianças e os adolescentes que participaram desta pesquisa, e que novos estudos precisam ser desenvolvidos, a fim de melhorar as intervenções realizadas com pessoas com sobrepeso e obesidade. E também, acredita-se que seja fundamental o desenvolvimento de políticas públicas que oportunizem a essa população o acesso a um atendimento mais amplo e comprometido, considerando-se os mais diversos aspectos que permeiam sua condição e o processo de cuidado com sua saúde.

Em suma, com esta pesquisa concretizei uma ampliação do meu conhecimento para que assim pudesse compreender melhor o problema da pessoa que procura os serviços de saúde, não só no aspecto físico como também no aspecto emocional, sob uma perspectiva integral, visualizando o processo saúde doença em um *continuum*. Identifiquei a necessidade dos profissionais da Fisioterapia de ampliar seu campo de conhecimento de forma articulada com a Psicologia, para que trabalhando em conjunto possam dar um atendimento integral as pessoas.

REFERÊNCIAS

ADAM, P.; HERZLICH, C. **Sociologia da Doença e da Medicina**. Bauru: EDUSC, 2001.

ADES, L.; KERBAUY, R. R. Obesidade: realidades e indagações. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 197-216, 2002.

AGUIAR, A.; MEDINA, E.; BESNOSIK, R.; VASCONCELOS, S.; BARRETO, T. A formação em Psicologia da Saúde. **CienteFico**, Salvador, ano IV, v. 1, 2004.

BANKOFF, A. D. P. **Estudo das alterações morfológicas do sistema locomotor: postura corporal x obesidade**, s/pg, 2002.

BARBOSA, V. L. P. **Prevenção da obesidade na infância e na adolescência: exercícios, nutrição e psicologia**. São Paulo: Manole, 2004.

BEZERRA JR, B. Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. do R. (Orgs.), **Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001, 133-169.

BERNARDI, F.; CICHELERO, C.; VÍTOLO, M. R. Comportamento de restrição alimentar e obesidade. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 18, n. 1, p. 01-11, 2005.

BORGES, L. C.; JAPUR, M. Promover e recuperar saúde: sentidos produzidos em grupos comunitários no contexto do programa de saúde da família. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 18, p. 507-519, 2005.

BORUCHOVITCH, E.; FELIX-SOUSA, I. C.; SCHALL, V, T. Conceito de doença e preservação da saúde de população de professores e escolares de Primeiro Grau. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 6, p. 418-425, 1991.

BOSI, L. de M.; ANDRADE, A. Transtornos do Comportamento Alimentar: um problema de saúde coletiva. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 12, v. 2, p. 197 - 202, 2004.

BOUCHARD, C. **Atividade física e obesidade**. São Paulo: Manole, 2003.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)**. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. 5ª ed. Brasília, 2002.

CAIRES, N. F. R.; ARAÚJO, T. M.; LIMA, D. L.; CERQUEIRA, E. de M. M **Sobrepeso e Obesidade entre os Funcionários da UEFS**, Revista Baiana de Saúde Pública, Bahia, v. 29, n. 02, p. 238-250, 2005.

CAMPOS, A. L. R. Aspectos psicológicos da obesidade. In: FISBERG, I. M. (Org.), **Obesidade na infância e na adolescência**. São Paulo: BYK, 1995, p. 71-79.

CAMPOS, L. de A. C.; LEITE, A. J. M.; ALMEIDA, P. C. de. Nível socioeconômico e sua influência sobre a prevalência de sobrepeso e obesidade em escolares adolescentes do município de Fortaleza. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 19, n. 5, p. 531-538, 2006.

CAMPOS, F. S.; SILVA, A. S.; ANHESIM, G. A. Alterações posturais e abordagem fisioterapêutica em crianças e adolescentes obesos. In: FISBERG, M. (Org.), **Atualização em Obesidade na Infância e Adolescência**. São Paulo: Atheneu, 2005, p. 141- 151.

CASTANHA, A. R.; ARAÚJO, L. F. de. Representaciones Sociales de Agentes Comunitarios de Salud Acerca del SIDA. **Psicologia Teoria e Prática**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 17-30, 2006.

CASTRO, J. R. S. **A doença e o sentido do Adoecer**: desafio de uma proposta interdisciplinar na área da saúde, 2003. Disponível em: psicossomatica.org.br/novosite. Acesso em 27 de julho de 2007.

CINTRA, I. de P.; COSTA, R. F. da; FISBERG, M. Composição Corporal na Infância e Adolescência. In: FISBERG, M. (Org.), **Atualização em Obesidade na Infância e Adolescência**. São Paulo: Atheneu, 2005, p. 33-55.

CONTI, M. A.; FRUTUOSO, M. F. P.; GAMBARDELLA, A. M. D. Excesso de Peso e Insatisfação Corporal em Adolescentes. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 18, n. 4, p. 01-11, 2005.

COUTINHO, W. Obesidade: Conceitos e Classificação. In: NUNES, M. A. A; APPOLINÁRIO, J. C; ABUCHAIM, A. L. G. COUTINHO, W. et al. **Transtornos Alimentares e Obesidade**. Porto Alegre: Artmed, 1998, p. 203-206.

CLAYTON, L.; THOMAS, M. D. **Dicionário Médico Enciclopédico**. 17ª Edição, São Paulo: Manole, 2000.

DÂMASO, A. R.; TEIXEIRA, L. R.; CURI, C. M. O. do N. Atividades Motoras na Obesidade. In: FISBERG, M. (Org.), **Atualização em Obesidade na Infância e Adolescência**. São Paulo: Atheneu, 2005, p. 131-151.

DAMIANI, D. D.; OLIVEIRA, R. G. Obesidade – fatores genéticos ou ambientais? **Pediatria Moderna**, São Paulo, v. 38, n 3, p. 57-80, 2002.

DE MARCO, M. A. Do modelo Biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 50, n. 1, p. 60-72, 2006.

DE MELLO, E. D.; LUFT, V. C.; MEYER, F. Atendimento ambulatorial individualizado versus programa de educação em grupo: qual oferece mais mudança de hábitos alimentares e de atividade física em crianças obesas?. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, n. 80 p 468-74, 2004.

DUVEEN, G. Crianças enquanto atores sociais: as representações sociais em desenvolvimento. In: GUARESCHI, A. P.; JOVCHELOVICH, S. (Orgs.). **Textos em representações sociais**. 6ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995, p. 261-293.

ENUMO, S. R. F. Pesquisas sobre Psicologia & Saúde: uma proposta de análise. In: TRINDADE, Z. A.; ANDRADE, A. N. de (Orgs.), **Psicologia e Saúde: um campo em construção**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003, p. 11-31.

FERNANDES, C. I. **Obesidade e suas múltiplas conseqüências**. Goiás: Editora da UCG, 2007.

FERRIANI, M. das G. C.; DIAS, T. S.; SILVA, K. Z. da; MARTINS, C. S. Auto-imagem corporal de adolescentes atendidos em um programa multidisciplinar de assistência ao adolescente obeso. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, n. 1, p. 01-07, 2005.

FISBERG, M. **Atualização em obesidade na infância e adolescência**. São Paulo: Atheneu, 2005.

FLEITLICH, B. W. O papel da imagem corporal e os riscos de transtornos alimentares. **Pediatria Moderna**, São Paulo, v. 32, n. 1-2, p. 56-62, 1997.

FOZ, M.; FORMIGUERA, X. **Obesidad**. Madrid: Harcourt Brace, 1998.

FRANCISCHI, R. P. P.; PEREIRA, L. O.; FREITAS, C. S.; KLOPFER, M.; SANTOS, R. C.; VIEIRA, P.; LANCHÁ JÚNIOR, A. H. Obesidade: Atualização Sobre sua Etiologia,

Morbidade e Tratamento. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 13, n. 1, p. 17-28, 2000.

GALLAHUE, L. D. **Compreendendo o desenvolvimento motor: Bebês, Crianças, Adolescentes e Adultos**. São Paulo: Phorte, 2005.

GATTO, M. E. **O Culto da Magreza**. 2007. Disponível em: http://www.inbio.org.br/index.php?option=com_content&task=view&id=14&Itemid=1/. Acessado em 12.8.07.

GLIMET, T.; NASSE, J. P.; KUNTZ, D. Obesity and arthritis at the knee. **Rev. Rhumnal Osteoartic**, v. 57, n. 3, p. 207-209, 1990.

GOMES, R.; MENDONÇA, E. A.; PONTES, M. L. As Representações Sociais e a Experiência da Doença. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1207-1214, 2002.

HERZLICH, C. A problemática da Representação Social e sua Utilidade no Campo da Doença. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 15, suppl, p. 57-70, 2005.

KENDALL, F. P; McCRARY, E. K; PROVANCE, P. G. **Músculos, provas e funções**. São Paulo: Manole, 1995.

KISLINGER, E. Os cristãos do Oriente: regras de realidades alimentares no mundo bizantino. In: FLANDRIN, J; MONTANARI, M. (Orgs.). **História da Alimentação**. São Paulo: Estação Liberdade, 1998, p. 318-337.

KNOPLICH, J. **Viva bem com a coluna que você tem: dores nas costas, tratamento e prevenção**. 29ª Edição. São Paulo: IBRASA, 1982.

LAPLANTINE, F. Antropologia dos sistemas de representações da doença: sobre algumas pesquisas desenvolvidas na França contemporânea reexaminadas à luz de uma experiência brasileira. In: JODELET, D. (Org.). **As Representações Sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001, p. 241-259.

LIMA, A. C. G. G. de O. D. de. **As representações sociais de saúde e doença para os portadores de diabetes melito que procuram o serviço de diagnóstico e prevenção da retinopatia diabética**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Católica Dom Bosco [UCDB], Campo Grande, 2005.

LIMA, R. de C. P.; FERRAZ, V. E. de F. “Saúde-Doença”, “Normalidade-Desvio”, “Indução-Exclusão”: Representações sociais da síndrome de Down em um centro de educação especial e ensino fundamental. **GT Educação Especial**, São Paulo, n.15, p. 2-17, 1999.

LUIZ, A. M. A. G. Depressão, ansiedade e competência social em crianças obesas. **Estudos de Psicologia**, São José do Rio Preto, v. 10, n. 1, p. 35-39, 2005.

MAGALHÃES, V. C.; AZEVEDO, G.; MENDONÇA, S. Prevalência e fatores associados a sobrepeso e obesidade em adolescentes de 15 a 19 anos das regiões Nordeste e Sudeste do Brasil, 1996 a 1997. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, (suppl. 1), p. 129-139, 2003.

MARQUES, D. As Vênus Contemporâneas. Revista Polêmica, Rio de Janeiro, n. 18, 2007. Disponível em: www.polêmica.uerj.br/poll8/cimagem/p18_dayse.htm.

MAZZINI, I. A alimentação e a medicina no mundo antigo. In: FLANDRIN, J; MONTANARI, M. (Orgs.). **História da Alimentação**. São Paulo: Estação Liberdade, 1998, p. 254-265.

MEDEIROS, F. P.; BERNARDES, G. A.; GUARESCHI, F. M. N. O Conceito de Saúde e suas Implicações nas Práticas Psicológicas. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Porto Alegre, v. 21, n. 3, p. 263-69; 2005.

MESTRE, M.; PINOTTI, R. de C. As Representações Sociais e o Inconsciente Coletivo: um diálogo entre duas linhas teóricas, **Revista Eletrônica de Psicologia – Psico UTP online**, Curitiba, v. 04, n. 04, p. 1-10, 2004. Disponível em www.utp.br/psico.utp.online. Acessado em 01/08/2007.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**, São Paulo: Hucitec, 2000.

MOREIRA, P. L.; DUPAS, G. significados de saúde e de doença na percepção da criança. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, São Carlos, V.11, n.6, p. 757-62; 2003.

MOSCOVICI, S. **A Representação Social da Psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

_____. **Representações Sociais: investigações em psicologia social**. Petrópolis: Vozes, 2003.

OLIVEIRA, A. M. A.; OLIVEIRA, A. C.; ALMEIDA, M. S.; ALMEIDA, F. S.; CRUIFF, J. B. C. F.; SILVA, E. P.; ADAN, L. F. **Fatores Ambientais e Antropométricos Associados à Hipertensão Arterial Infantil**. Salvador: Editora do Departamento de Ciências Biológicas da Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS; e Departamento de Pediatria e Curso de Pós- Graduação em Medicina e Saúde da Universidade Federal da Bahia – UFBA, BA, 2004a.

OLIVEIRA, C. L. de; MELLO, M. T. de; CINTRA, I. de P.; FISBERG, M. Obesidade e síndrome metabólica na infância e adolescência. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 17, n. 2, p. 70-78, 2004b.

OLIVEIRA, M. A. de C.; EGRY, E. Y.; GEJER, D. adolescer e adoecer: Perfil de saúde-doença de adolescentes de uma unidade básica de saúde do município de São Paulo, **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 1, p.15-25, 1997.

OLIVEIRA, R. G. A. Obesidade na infância e na adolescência como fator de risco para doenças cardiovasculares do adulto. **Anais de Simpósio: Obesidade e anemia carencial na adolescência**, Salvador, BA, p. 65-75, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **Obesidade: prevenindo e controlando a epidemia global** – Relatório da Consultoria da OMS. São Paulo: Roca, 2004.

PINHEIRO, A. R. de O.; FREITAS, S. F. T. de; CORSO, A. C. T. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 17, n. 4, p. 01-12, 2004.

RADOMINSKI, S. C. Obesidade e Doenças Músculo-esqueléticas. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 38, n. 5, p. 275-278, 1998.

RAMOS, A. M. P. P.; BARROS FILHO, A. A. Prevalência da obesidade em adolescentes de Bragança paulista e sua relação com a obesidade dos pais. **Arquivos brasileiros de endocrinologia & metabologia**, São Paulo, v. 47, n. 6, 2003.

REIS, J. C. **O sorriso de Hipócrates: a interação biopsicossocial dos processos de saúde e doença**. Lisboa: Veja, 1998.

REPETTO, G. Prevalência, riscos e soluções na obesidade e sobrepeso. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v. 47, n. 6, 2003. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S000427302003000600001&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

_____. Histórico da Obesidade. In: HALPERN, A. et al. (Orgs), **Obesidade**. São Paulo: Lemos Editorial, 1998, p. 03-13.

ROMALDINI, C. C.; ISSLER, H.; CARDOSO, A. L.; DIAMENT, J.; FORTI, N. Fatores de risco para aterosclerose em crianças e adolescentes com história familiar de doença arterial coronariana prematura. **Jornal de Pediatria**, 2004.

SACCO, I. C. N.; COSTA, P. H. L.; DENADAI, R. C., AMADIO, A. C. Avaliação biomecânica de parâmetros antropométricos e dinâmicos durante a marcha em crianças obesas. **Anais do VII Congresso Brasil de Biomecânica**, p. 447-452, 1997.

SALTER, R. B. **Distúrbios e Lesões do Sistema Músculo-esquelético**. São Paulo: Editora Medsi, 2001.

SANTOS, S. J. dos. **Avaliação sócio-demográfica e níveis de saúde física e mental de cuidadores de um programa de atendimento domiciliar**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Católica Dom Bosco [UCDB], Campo Grande, 2006.

SCLIAR, M. **Do mágico ao social: trajetória da saúde pública**. São Paulo: SENAC, 2002.

SEBASTIANI, R. W. Histórico e Evolução da Psicologia da Saúde numa perspectiva Latino-Americana. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. (Org.), **Psicologia da Saúde: um novo significado para a prática clínica**. São Paulo: Guazzelli, 2000, p. 201-222.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 538-542, 1997.

SERPA, A. F. W. G. **Representação social de saúde e doença para portadores de hipertensão arterial e diabetes**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Católica Dom Bosco [UCDB], Campo Grande, 2007.

SERRA, G. M. A.; SANTOS, E. M. dos. Saúde e Mídia na Construção da Obesidade e do Corpo Perfeito. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 691-701, 2003.

SEVALHO, G. Uma abordagem histórica das representações sociais de saúde e doença. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 349-363, 1993.

SILVA, G. A. P.; BALABAN, G.; MOTTA, M. E. F. A. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes de diferentes condições socioeconômicas. **Revista Brasileira de Saúde Materno-infantil**, Recife, v. 5, n. 1, p. 01-08, 2005.

SIQUEIRA, R. S.; MONTEIRO, C. A. Amamentação na infância e Obesidade Na idade escolar em famílias de alto nível socioeconômico. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1 p. 5-12, 2007.

SPINK, M. J. P. O Conceito de Representação Social na Abordagem Psicossocial 1993). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 300-308, 1993.

_____. **Psicologia Social e Saúde: práticas, saberes e sentidos**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

STROEBE, W.; STROEBE, M. S. **Psicologia Social e Saúde**. Lisboa: Editora Piaget, 1995.

STUNKARD, A. J.; WADDEN, T. A. Psychological aspects of severe obesity. **Journal of Clinical Nutrition**, v. 55, (suppl 2), p. 524-532, 1992.

SUDO, N.; LUZ, M. T. O gordo em pauta: representação do ser gordo em revistas semanais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 1033-1040, 2007.

TERRES, N. G.; PINHEIRO, R. T.; HORTA, B. L.; PINHEIRO, K. A. T.; HORTA, L. L. Prevalência e fatores associados ao sobrepeso e à obesidade em adolescentes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 4, 2004.

TORRIENTE, G. M. Z; MOLINA, D. C; DÍAZ, Y; FERNÁNDEZ, A. T; ARGÜELLES, X. H. Obesidad en la infancia: Diagnóstico y tratamiento. **Revista Cubana Pediatría**, Habana, v. 74, n. 3, 2002.

TRAVERSO-YÉPES, M. A interface Psicologia Social e Saúde: perspectivas e desafios, **Revista de Psicologia**, Maringá, v. 6, n. 2, p. 02-10, 2001.

VARELLA, D. **Olha o aviãozinho meu filho**, 2007. Disponível em: [www.file:///C:/Meus documentos/DrauzioVarella-artigos8.03.07.htm](http://www.file:///C:/Meus%20documentos/DrauzioVarella-artigos8.03.07.htm). Acesso em 25 de maio de 2007.

VASCONCELOS, K. S. S; DIAS, J. M. D; DIAS, R. C. Relação entre intensidade de dor e capacidade funcional em indivíduos obesos com osteoartrite de joelho. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, Belo Horizonte, v. 10, n. 2, p. 213-218, 2006.

VASCONCELOS, N. A. DE; SUDO, I.; SUDO, N. Um peso na alma: o corpo gordo e a mídia. **Revista Mal-estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. 4, n. 1, p. 65-93, 2004.

VERONESE, M. A. **As representações sociais do cuidar para os familiares de usuários atendidos pelas clínicas escola da Universidade Católica Dom Bosco**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Católica Dom Bosco [UCDB], Campo Grande, 2007.

VIUNISKI, N. **Obesidade Infantil**: Um Guia Prático. Rio de Janeiro: EPUB, 2000.

WOLFGANG, W. Sócio-Gênese e Características das Representações Sociais. In: PAREDES, A. S.; OLIVEIRA, D. C. de (Orgs.). **Estudos Interdisciplinares de Representação Social**. Goiânia: AB, 1993, p. 03-25.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity**: Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva; 1998.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos realizando uma pesquisa sobre Os Sentidos de Saúde e Doença para crianças e adolescentes com Problema de Obesidade, e gostaríamos de contar com a participação da criança que você acompanha no POI. Se você concordar com a participação da criança, ela irá responder a duas entrevistas em dois momentos diferentes, que será sobre sua vivência na escola e o sentido que ela dá a saúde e a doença. Também será realizada uma avaliação postural da criança. A criança é livre para recusar-se a participar, ou interromper a sua participação a qualquer momento.

Os resultados da pesquisa serão divulgados em revistas científicas e congressos. O nome ou material que indique a sua participação estará segura (o) da completa confidencialidade. Os resultados serão divulgados agrupados.

Abaixo colocaremos nossos nomes e endereços para que, havendo alguma questão, sinta-se à vontade para nos procurar.

Mestranda: Lucila Serejo Freitas Garcia

Telefone: 9983-7111

Orientadora: Profª Drª Angela Elizabeth Lapa Coêlho.

Telefone: 3312-3585 (UCDB)

Agradecemos a sua Colaboração.

Eu li as afirmações acima e concordo que..... participe da pesquisa.

Data:/...../.....

Nome:

Assinatura:

APÊNDICE B

ROTEIRO DA ENTREVISTA

Primeira Fase:

Sexo: () masculino () feminino

Idade:..... anos

Escolaridade:.....

Endereço:.....

Doenças Associadas:

Hipertensão Sim () Não ()

Diabetes Sim () Não ()

Utiliza Medicação: Sim () Não ()

Qual (is):

- 1) Você sabe porque você está aqui?
- 2) Com quem você mora?
- 3) Quais as brincadeiras que você mais gosta?
- 4) Você gosta de assistir televisão?
- 5) Quanto tempo você passa por dia assistindo televisão?
- 6) Você sente dificuldade para andar?
- 7) Você sente dor em alguma parte do seu corpo?
- 8) Você sente cansaço?
- 9) O que você acha da escola?
- 10) Na hora do recreio em sua escola o que você faz?
- 11) Do que você não gosta na escola?

- 12) Qual é a parte do seu corpo que você mais gosta?
- 13) Para você o que é estar com saúde?
- 14) Para você o que é estar doente?

Segunda Fase:

- 1) Com quem você falou depois da primeira reunião?
- 2) O que aconteceu que você faltou na reunião do programa?
- 3) Como era o seu dia antes e depois de você vir para o programa?
- 4) O que você mais gostou no tratamento?
- 5) O que você menos gostou no tratamento?
- 6) Qual é a parte do seu corpo que você mais e menos gosta?

APÊNDICE C

TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS NA ÍNTEGRA

Perguntas e Respostas da Primeira Fase:

1- Você sabe porque você está aqui?

P.1- Na primeira reunião vim Para emagrecer. (M, 11 anos)

P.2- Com minha mãe, e hoje vim com a minha tia porque ela ta trabalhando. Vim por causa da obesidade. (M, 13 anos)

P.3- Não. (F, 9 anos)

P.4- Por causa que eu preciso perder peso; porque faz em pra minha saúde, porque senão vai complicar. (F, 16 anos)

P.5- Porque eu to com excesso de peso. (F, 11 anos)

P.6- Não sei porque to aqui. Minha mãe me trouxe pa eu emagrecer. (F, 9 anos)

P.7- Porque eu tive começo de infarto duas vezes, aí eu vim pra cá por causa disso e pra tentar emagrecer. (M, 17 anos)

P.8- Sei, vim pra fazer tratamento para emagrecer, acho bom porque ajuda as pessoas que estão gordinhas a voltar ao normal. (F, 11 anos)

P.9- Sei, porque eu to obesa. (F, 11 anos)

P.10- Porque eu to gorda. (F, 12 anos)

P.11- Minha mãe falou pra gente vim onde minha irmã trabalha (hospital) na parte da criança pra ir na palestra. (M, 5 anos)

P.12- Estou aqui porque estou obesa. (F, 12 anos)

P.13- Porque eu to gorda, pra mim perder peso. Minha mãe me trouxe e disse que era pra mim emagrecer. (F, 10 anos)

P.14- Para fazer tratamento para emagrecer, minha mãe que quis me trazer. (F, 12 anos).

P.15- Porque eu to gorda. Minha mãe falou que eu to gorda e que eu tinha que vim. (F, 9 anos)

P.16- Pelo que eu sei e que minha mãe me falou é pra tratamento de obesidade, pra mim tentar emagrecer mais, porque eu sei que to obesa e eu tenho que emagrecer mais um pouco. (F, 9 anos)

P.17- Não. Minha mãe falou, vamos lá no hospital rapidão. (F, 8 anos)

2 - Com quem você mora?

P.1- Moro com minha mãe, e tenho dois irmãos, um de 1 ano e outro mais velho. (M, 11 anos)

que não mora com a gente. (M, 13 anos)

P.2- Com minha mãe, meu pai e meus irmãos. Minha irmã tem problema com o peso também.

P.3- Mãe, pai e meu irmão. (F, 9 anos)

P.4- Moro com meus pais e com minhas duas irmãs. Eu tenho uma irmã que tava gordinha agora ela emagreceu. (F, 16 anos)

P.5- Moro com a minha mãe, minha vó e minha tia, não moro com meu pai, vou visitar ele de vez em quando, tenho uma irmã e eu vejo ela quando vejo meu pai. Minha vó tem um pouquinho de peso. (F, 11 anos)

P.6- Moro com meu pai com minha mãe e meus dois irmãos, meu pai tem problema com peso. (F, 9 anos)

P.7- Minha mãe, meu irmão e minha irmã. Só eu tenho problema com peso na minha casa. (M, 17 anos)

P.8- Moro com minha mãe, eu pai, minha irmã e meu irmão. Meu pa também é gordo e minha mãe pesava 116 quilos agora ela emagreceu porque fez redução. (F, 11 anos)

P.9- Meu padrasto, minha mãe, meu irmão e eu. Minha mãe é gordinha. (F, 11 anos)

P.10- Moro com minha mãe e meu pai e duas irmãs. (F, 12 anos)

P.11- Com minha mãe, com a minha vó e eu. (M, 5 anos)

P.12- Com minha mãe, meu pai e tenho 2 irmãos mais eles são casados. Meu pai e minha mãe são obesos. (F, 12 anos)

P.13- Meu padrasto, minha mãe, minha irmã, meu irmão e eu. Na minha casa não tem ninguém que tem problema de peso, só eu. (F, 10 anos)

P.14- Com meu padrasto, minha mãe e meus 3 irmãos. Meu padrasto é gordo. (F, 12 anos)

P.15- Moro com meu padrasto, minha mãe e minha irmã. Meu pai verdadeiro quando eu vi ele dá ultima vez ele tava gordo que nem eu, eu não vejo ele direto. (F 9 anos)

P.16- Eu, meu irmão, meu pai e minha mãe. Minha mãe tem obesidade e meu pai um pouquinho. (F 9 anos)

P.17- Com meu padrasto, com minha mãe e minha irmã, porque meu pai nem vai na minha casa pra me ver, não sei onde ele ta. Um dia minha mãe me largou lá mais eu não gostava não , não queria ficar lá porque ele manda eu comer muita coisa, ele comprou 2 caixa de bombom ai quando eu cheguei joguei tudo no lixo. (primeiro diz que não conhece o pai depois diz que foi uma vez na casa dele). (F, 8 anos)

3- Quais as brincadeiras que você mais gosta?

- P.1-** Não brinco todos os dias, só de vez em quando de esconde – esconde, pega- pega, jogar bola. Tenho bastante colega perto de casa. (M, 11 anos)
- P.2-** Andar de bicicleta, luta. Não faço esporte nenhum. (M, 13 anos)
- P.3-** Dorme muito, por causa das medicações, mas anda de bicicleta mas não pedala. (F, 9 anos)
- P.4-** Não brinco, mais fico no computador. (F, 16 anos)
- P.5-** Não brinco. (F, 11 anos)
- P.6-** Gosto de andar de bicicleta, brinca de boneca. (F, 9 anos)
- P.7-** Corro, ando de bicicleta, jogo bola. (M, 17 anos)
- P.8-** Brinco de vez m quando, aí eu brinco d boneca, pular corda, esconde- esconde, pega- pega. E também faço balé duas vezes por semana. (F, 11 anos)
- P.9-** Gosto de pega- pega, esconde- esconde e andar de bicicleta. (F, 11 anos)
- P.10-** Gosto de brincar de pega – pega. (F, 12 anos)
- P.11-** Brinco de carrinho de controle remoto, ai minha mãe não quer comprar outro. Monta- monta, bicicleta. Tenho bastante amiguinho. (M, 5 anos)
- P.12-** Não tem nenhuma, não brinco mais. Eu também não faço nenhum esporte. (F, 12 anos)
- P.13-** Gosto de futebol quando tenho física na escola, fora eu brinco de bete. (F, 10 anos)
- P.14-** Não brinco mais. De vez em quando eu ando de bicicleta. (F, 12 anos)
- P.15-** Brinco de pula-pula, bambole e bicicleta. (F, 9 anos)
- P.16-** Brinco todo dia, gosto de jogar bola, pular corda, queimada e corre. (F, 9 anos)
- P.17-** Gosto de brincar de esconde – esconde, pega – pega, a minha irmã é muito brava ela me bate, um dia ela me furou com um lápis. Eu e ela ficamos com a babá todo dia, mais nos não gostamos dela, porque ela não arruma nosso cabelo nem lava nosso uniforme, trata a gente ma, porque ela fala assim..... ó eu vo te dar um socão na sua cara pra você aprender, daí nois fala pra minha mãe e ela fala que vai mandar embora e nunca manda, mas ela nunca bateu em nois. (F, 8 anos)

4- Você gosta de assistir televisão?

- P.1-** Sim, bastante. (M, 11 anos)
- P.2-** Gosto de assistir Tv. (M, 13 anos)
- P.3-** Não muito. (F, 9 anos)
- P.4-** Gosto um pouco. (F, 16 anos)
- P.5-** Gosto. (F, 11 anos)

- P.6-** Gosto. (F, 9 anos)
- P.7-** Gosto. (M, 17 anos)
- P.8-** Gosto. (F, 11 anos)
- P.9-** Gosto. (F, 11 anos)
- P.10-** Gosto de assistir Tv. (F, 12 anos)
- P.11-** Não. (M, 5 anos)
- P.12-** Gosto. (F, 12 anos)
- P.13-** Gosto. (F, 10 anos)
- P.14-** Gosto. (F, 12 anos)
- P.15-** Gosto. (F, 9 anos)
- P.16 –** Gosto (F, 9 anos)
- P.17-** Amo. (F, 8 anos)

5- Quanto tempo você passa por dia assistindo televisão?

- P.1-** Assistio bastante TV. Eu levanto e como aí eu vou para frente da tv fico lá até meio dia, aí eu tomo banho e vou para a escola, quando e chego vou limpar a casa e lavar a louça porque a minha mãe trabalha o dia todo, aí eu vou para a Tv e janto na frente da Tv, aí fico lá até oito horas todo dia aí depois eu vou brincar. (M, 11 anos)
- P.2-** fico no computador também de duas a três horas por dia e na Tv fico uma hora por dia. (M, 13 anos)
- P.3-** Assistio pouco, porque passo muito tempo deitada. (F, 9 anos)
- P.4-** Fico só um pouco assistindo Tv mais ou menos umas 2 a 3 horas por dia, eu como na frente da Tv e do computador de vez em quando, quando não tem nada pra fazer. (F, 16 anos)
- P.5-** (vou na escola de manha, almoço, faço tarefa aí eu vejo tv aí depois quando minha mãe chega do trabalho eu vou caminhar e malhar, ai quando eu chego eu janto e vejo tv, mais ou menos umas duas horas. Entro no computador de 2 a 3 vezes por semana. Comecei a 1 mês na academia e caminhar eu caminho desde o começo do ano. (F, 11 anos)
- P.6-** Assistio só um pouquinho. Assistio a tarde porque de manha eu vou pra escola aí eu fico umas duas horas assistindo aí depois eu vo brinca. (F, 9 anos)
- P.7-** Assistio pouco e quando eu assistio é a noite mais ou menos 1hs. (M, 17 anos)
- P.8-** Assistio Tv todo dia mais ou menos três a quatro horas por dia e eu como minha bolacha na frente d Tv. (F, 11 anos)
- P.9-** Eu assistio bastante, porque eu gosto muito mais ou menos 6 hs por dia. (F, 11 anos)
- P.10-** quando chego do colégio cinco horas vou direto para a tv assistir novela, daí depois vô

brinca. (F, 12 anos)

P.11- Gosto do computador da escola não assisto tv, eu levanto faço minha tarefa, brinco. (M, 5 anos)

P.12- Pelo menos 8 horas por dia. De manha toda e depois que eu chego da escola também até hora de eu ir dormi. (F, 12 anos)

P.13- Umas 2 horas por dia. (F, 10 anos)

P.14- Eu levanto as 8hs ai eu limpo a casa, lavo louça, faço tarefa ai eu vo pra tv até as 11hs ai eu almoço e vo pra escola, ai eu volto e lanche e vo pra tv ai depois eu vou ficar sentada na frente da minha casa. (F, 12 anos)

P.15- Assisti todo dia, de manha eu vou fazer aula de pintura em tecido, ai eu volto e tomo banho ai eu almoço assistindo tv ai eu vo pra escola, ai eu volto eu vo andar de bicicleta e também assisto tv. Mais ou menos umas 3 horas por dia. (F, 9 anos)

P.16- Assisti tv todo dia, de manhã eu assisto umas duas horas contando com o final da tarde dá uma 3 horas aí depois eu vo pro computador 2 vezes por semana ai eu fico uma hora e meia cada vez. (F, 9 anos)

P.17- Eu levanto bem cedo pra assisti Tv e como na frente da Tv, ai eu fico assistindo até na hora de ir pra escola, ai eu vo pra escola e quando eu chego vo de novo pra tv ai eu como de novo vendo tv, ai eu so brinco quando ta passando jornal ai começa a novela e nois volta de novo pra Tv (SIC mais ou menos duas horas por dia). (F, 8 anos)

6- Você sente dificuldade para andar?

P.1- Tenho, eu sinto falta de ar. (M, 11 anos)

P.2- Sinto. Parece que minha perna não vai agüentar o meu corpo. (M, 13 anos)

P.3- Tenho dificuldade pra andar (hipotonia abdominal). (F, 9 anos)

P.4- Não. (F, 16 anos)

P.5- Não. (F, 11 anos)

P.6- não (F, 9 anos)

P.7- Não. (M, 17 anos)

P.8- Não. (F, 11 anos)

P.9- Não. (F, 11 anos)

P.10- Não. (F, 12 anos)

P.11- Não. (M, 5 anos)

P.12- Não. (F, 12 anos)

P.13- Não. (F, 10 anos)

P.14- Não. (F, 12 anos)

P.15- Não. (F, 9 anos)

P.16- Não. (F, 9 anos)

P.17- Tenho. (F, 8 anos)

7- Você sente dor em alguma parte do seu corpo?

P.1- Não dói nada. (M, 11 anos)

P.2- No meu joelho direito. (M, 13 anos)

P.3- Tenho no joelho e no pé (tornozelo). (F, 9 anos)

P.4- Não, só quando eu ando o dia todo aí eu sinto dor no meu pé. (F, 16 anos)

P.5- Não. (F, 11 anos)

P.6- Não, só na perna de vez em quando, quando eu corro ou brinco. (F, 9 anos)

P.7- Tenho . dor no peito e também as vezes nas costas (coluna lombar) e no joelho. (M, 17 anos)

P.8- Tenho dor na cintura e nas pernas. (F, 11 anos)

P.9- Não. (F, 11 anos)

P.10- Quando vô jogar bola aí eu sinto dor nos dois joelhos e nas costas toda quando levanto algum peso. (F, 12 anos)

P.11- Não. (M, 5 anos)

P.12- Tem dor nas costas (coluna toraco-lombar), e dor nos pés quando eu ando muito. (F, 12 anos)

P.13- Não. (F, 10 anos)

P.14- Não. (F, 12 anos)

P.15- Não. (F, 9 anos)

P.16- Não. (F, 9 anos)

P.17- Tenho dor aqui só. (coluna lombar). (F, 8 anos)

8- Você sente cansaço?

P.1- Sinto, sempre, mesmo quando eu to brincando ou assistindo TV. (M, 11 anos)

P.2- Só quando eu corro. (M, 13 anos)

P.3- Não. (F, 9 anos)

P.4- Não. (F, 16 anos)

P.5- Não. (F, 11 anos)

P.6- Sinto quando eu ando o quando eu brinco com meus irmãos de correr. (F, 9 anos)

- P.7-** So quando eu to andando ai eu paro ai eu sinto cansado. (M, 17 anos)
- P.8-** As vezes tenho cansaço, mesmo quando to assistindo Tv, por causa do calor. (F, 11 anos)
- P.9-** Só quando eu ando muito. (F, 11 anos)
- P.10-** Só de vez em quando. (F, 12 anos)
- P.11-** Não. (M, 5 anos)
- P.12-** Sinto cansada mesmo sem fazer nada. (F, 12 anos)
- P.13-** Sinto quando eu ando com minha mãe pra ir no mercado. (F, 10 anos)
- P.14-** Só quando eu ando muito. (F, 12 anos)
- P.15-** Só quando eu vo pra escola e quando eu corro. (F, 9 anos)
- P.16-** Só quando o lugar é muito longe. (F, 9 anos)
- P.17-** Tenho quando eu caminho. (F, 8 anos)

9- O que você acha da escola?

- P.1-** Gosto. Gosta da educação física.
- P.2-** Legal, tenho bastante amigos. (M, 13 anos)
- P.3-** Gosto de ir pra escola. (F, 9 anos)
- P.4-** A minha escola não é grande coisa, pelo que meu pai paga, devia ter mais coisas pra gente fazer lá. (F, 16 anos)
- P.5-** Acho legal, eu tenho 4 amigas.
- P.6-** Acho legal, tenho bastante amigos. (F, 9 anos)
- P.7-** Não estudo. (M, 17 anos)
- P.8-** Acho legal, as matérias cada vez mais eu aprendo mais. (F, 11 anos)
- P.9-** Gosto de lá. (F, 11 anos)
- P.10-** Acho chata, porque os professores são chatos. (F, 12 anos)
- P.11-** Gosto da escola, aula de pintura, karate, futebol, artes computador gosto muito dele. (computador). (M, 5 anos)
- P.12-** Acho um pouco legal, não muito por causa das pessoas que ficam me chamando de gorda, ai eu me sinto normal porque eu não ligo muito para o que eles falam, mas eu acho chato. Ai eu falo pra eles (meninos) que eu acho chato. (F, 12 anos)
- P.13-** Gosto de brincar lá. (F, 10 anos)
- P.14-** Acho bom. (F, 12 anos)
- P.15-** Gosto. (F, 9 anos)
- P.16-** Gosto. Vou de bicicleta ou à pé pra escola. (F, 9 anos)
- P.17-** Acho chata. Por causa da professora que chama todo mundo de palhaço e manda calar a

boca. Tenho duas amigas na escola. (F, 8 anos)

10- Na hora do recreio em sua escola o que você faz?

P.1- Brinco, ando, fico com meus colegas, tenho bastante colegas (dois), lancho o lanche da escola. (M, 11 anos)

P.2- Fico andando com meus amigos. (M, 13 anos)

P.3- Brinco e lancho. (F, 9 anos)

P.4- Fico conversando na hora do recreio, tenho bastante amigos lá. Quando eu era criança eu me sentia mal quando eles faziam brincadeira na escola me dando apelidos, eu ficava brava na hora mais depois nem ligava. Hoje não ligo mais. (F, 16 anos)

P.5- Fico conversando com minhas amigas. (F, 11 anos)

P.6- Corro, brinco lancho. (F, 9 anos)

P.7- Eu fico conversando com as minha amigas, mais eu não tenho muitas amigas. (M, 17 anos)

P.8- Eu não tenho bastante ama, tenho só cinco. Eu a hora do recreio como minha bolacha e de vê em quando como lanche da escola e fico conversando com elas. (F, 11 anos)

P.9- Eu fico conversando com as minha amigas, mais eu não tenho muitas amigas.

P.10- Fico sentada, só brinco quando alguém vem me chama, aí eu brinco de pega – pega, um monte de coisa...., tenho bastante amigos na escola. (F, 12 anos)

P.11- Eu brinco de pega – pega, esconde – esconde. (M, 5 anos)

P.12- Eu fico andando, fico sentada conversando com minhas amigas, mas eu não tenho muitas amigas, nem fora da escola também eu não tenho muitos amigos, mas as minhas amigas não me deixam de lado, mais as outras sim, nem ligam pra mim, eu não fico triste porque eu tenho as outras que compensa , mas me chateia um pouco. (F, 12 anos)

P.13- Brinco de pega-pega, tenho bastante amigas lá. (F, 10 anos).

P.14- Fico dentro da sala conversando com minhas amigas. (F, 12 anos).

P.15- Eu brinco na física e no recreio eu brinco de pega-pega, fico conversando, tenho bastante colega na escola. (F, 9 anos)

P.16- Lá eu brinco, converso, as vezes fico dentro da sala estudando. (F, 9 anos)

P.17- Fico olhando pros outros. (F, 8 anos)

11- Do que você não gosta na escola?

P.1- Não gosto dos que me xingam de gordo, Zé do alho, box do gordinho, me sinto magoado isso é todo dia, aí eu choro todo dia, eu falo para minha mãe e ela vai na escola mas não

adianta eles não faz nada. Sinto triste só na escola porque fora de lá ninguém me xinga. (M, 11 anos)

P.2- Me chamam de gordinho, aí eu me sinto mal, as vezes eu falo para eles e as vezes não, eles não são meus amigos isso acontece todos os dias, eu falo pra minha mãe e ela fala pra eu não ligar. (M, 13 anos)

P.3- Não fico triste na escola. (F, 9 anos)

P.4- Não tem nada que eu não goste da escola. (F, 16 anos)

P.5- Faziam brincadeiras os que não eram meus amigos, mas ultimamente não tem feito. Me chamavam de gorda e eu me sentia mal, hoje eu me sinto melhor porque eles não tão fazendo tanto. (F, 11 anos)

P.6- Nada me chateia na escola e não tem ninguém que eu não goste de lá. (F, 9 anos)

P.7- Não. (M, 17 anos)

P.8- A Carolina me incomoda o Vinicius fala do meu pé do meu dedo. Fora isso não tem nada que me incomoda. (F, 11 anos)

P.9- Dos meninos que ficam me chamando de gorda, baleia, isso me deixa triste, eu choro as vezes, mais eu não falo pra ninguém. (F, 11 anos)

P.10- Não gosta da diretora da escola, os guris me chamam de gorda,(criança começa a chorar quando fala e disse que não fala para ninguém isto). (F, 12 anos)

P.11- Não gosto do karate e de escrever. Na escola tem um menino que fica falando que eu so baleia ai eu fico bravo, ai eu falo as coisas pra ele. (M, 5 anos)

P.12- Da aula de matemática, da aula de educação física porque os meninos ficam rindo de mim porque eu sou gorda. (F, 12 anos)

P.13- Não tem nada que eu não gosto, mas os meninos me chamam de gorda, fala que é pra eu imagrecer e eu sinto mal e não falo nada, iço muito triste. Fora da escola ninguém fala nada. (F, 10 anos)

P.14- Não tem nada que me chateia lá, nem na minha casa. (F, 12 anos)

P.15- Me chateia, porque os meninos me chamam de gorda, ai eu me sinto chateada, falei pra minha mãe e ela fala assim, você é gorda o que você que. O vizinho também me chama de gorda quando eu vo andar de bicicleta. Minha mãe as vezes me chateia, ontem, ela me chamou pra estender roupa no varal ai eu falei pêra ai, ai eu não sei o que ela falou ou eu falei, ai ela me chamou de baleia, isso me chateia, mais eu não falo nada, porque eu não posso fica falando. (F, 9 anos)

P.16- Não tem nada. Nesse ano não falam mais nada pra mim, porque no ano passado um menino da classe me chamava de gorda de baleia, ai eu ficava triste, eu falava com minha mãe

e ela falava pra eu falar pra alguém e ninguém fazia nada. Eu falava pra ele parar e ele parou esse ano. (F, 9 anos)

P.17- A professora ela fica brigando e os guris me chamam de gorda, baleia, cachorra gorda, ai eu do um ralo neles, ai eles pega e cala boca. Não fico chateada porque eu do um ralo neles. (F, 8 anos)

12- Qual é a parte do seu corpo que você mais gosta?

P.1- Gosto da minha pernas, e eu não gosto da minha barriga. (M, 11 anos)

P.2- Gosto do meu olho e não gosto do meu cabelo. (M, 13 anos)

P.3- Gosto do bumbum. (F, 9 anos)

P.4- Gosto mais das minhas mãos e não gosto da minha barriga. (F, 16 anos)

P.5- Gosto do meu rosto, não gosto da minha barriga. Não gosto quando eu vou comprar roupa porque eu gosto de alguma coisa e não serve, ai eu me sinto mal, pô quase não tem roupa que me serve. (F, 11 anos)

P.6- Não acho nada bonito no meu corpo. Eu não gosto do rosto do meu cabelo, eu acho feio, não sei porque. (F, 9 anos)

P.7- Gostos dos meus braços, não gosto da minha barriga. (M, 17 anos)

P.8- Gosto do meu rosto e não gosto da minha barriga. (F, 11 anos)

P.9- Gosto do meu cabelo, e não gosto da minha barriga. (F, 11 anos)

P.10- Não gosto de nenhuma, eu gosto do meu rosto e do meu cabelo. (F, 12 anos)

P.11- Gosto do pescoço, acho minha barriga feia. (M, 5 anos)

P.12- Eu gosto mais do meu rosto, e não gosto do meu corpo. (F, 12 anos)

P.13- Gosto do meu rosto, e não gosto da minha barriga. (F, 10 anos)

P.14- Gosto do meu rosto, não gosto do meu corpo porque as roupas não fica boa ai eu troco quando não serve, ai eu fico chateada. (F, 12 anos)

P.15- Do meu cabelo, eu não gosto da minha barriga. (F, 9 anos)

P.16- Eu gosto mais do meu cabelo, e não gosto da minha barriga. (F, 9 anos)

P.17- Gosto do meu cabelo, não gosto da minha barriga. (F, 8 anos)

13- Para você o que é estar com saúde?

P.1- Ser magro, é ter saúde. (M, 11 anos)

P.2- Saúde é quando a pessoa é feliz na família e tem bom relacionamento com as pessoas. (M, 13 anos)

P.3- A pessoa ta feliz quando ta com saúde. (F, 9 anos)

P.4- Saúde é eu ta bem comigo mesma e meu corpo está bem, acho que isso é ter saúde. (F, 16 anos)

P.5- A ta bem, não ter problema de gordura ou ter é..... problema de coração, ser bem humorada, ser alegre. (F, 11 anos)

P.6- Não sei. (F, 9 anos)

P.7- Saúde é quando a pessoa não sente mal do jeito que eu sinto de vez em quando. Acho que eu não to legal. (M, 17 anos)

P.8- Acho que é quando ta com o corpo em fora, quando tem saúde e disposição. (F, 11 anos)

P.9- Acho que é quando a pessoa ta magra, sabe né tem que ser magro

Pra ta com saúde, alimentar bem, fazer esporte. (F, 11 anos)

P.10- Ser saudável, saúde é quando a pessoa ta boa sem ter doença, essas coisas.... (F, 12 anos)

P.11- Não sei. (M, 5 anos)

P.12- Quando a pessoa não é nem gorda, nem magra, bem estável, não tem

Nenhuma doença tipo diabetes essas coisas. (F, 12 anos)

P.13- ta correndo, andando de bicicleta, ta comendo pouco. (F, 10 anos)

P.14- fazer exercício, come menos. (F, 12 anos)

P.15- É ser saudável, é quando a pessoa ta gordinha ela ta com saúde. (F, 9 anos)

P.16- Saúde pra mim é assim, não ser obeso, mas também ta no peso e comer sempre o alimento correto pra ela não fica comendo muito nem tão pouco é isso. (F, 9 anos)

P.17- Não sei. (F, 8 anos)

14- Para você o que é estar doente?

P.1- Quando ta gordo, alguma coisa assim. (M, 11 anos)

P.2- Quando ta mal assim feito eu quando ta com o peso assim. (M, 13 anos)

P.3- A criança ta doente, ela tosse. (F, 9 anos)

P.4- Doente é quando a pessoa não está bem, sentindo bem com ela mesma está fora do tamanho que ela devia ta, fora do peso, ou quando ta com doença de pele, quebrou alguma coisa não ta sentindo bem. (F, 16 anos)

OBS: eu me sinto mal de vez em quando, porque meu pai e minha mãe pegam pesado comigo, cobram muito, não pode comer não pode fazer aquilo, vamos caminhar, mas com meus amigos não. Quando eu para pra pensar eu fico magoada, mas só assim acho que não to legal.

P.5- Quando não ta bem, ou ta acima do peso que nem eu, ou tipo quando tem problema

cardíaco, ou ta com depressão. (F, 11 anos)

P.6- Eu to doente, to com tosse. Quando ta mal tem dificuldade pra andar. (F, 9 anos)

P.7- Doente é o jeito que eu to, por causa do coração. (M, 17 anos)

OBS: tenho bastante amigos, e o mais gordo deles sou eu, e não tenho discriminação por eles. Mas eu me sinto feio, cansado não posso fazer o que os outros faz, também quando vou comprar uma roupa não me sinto bem.

P.8- Quando ta gordinho, quando ta doente ta de cama com febre. (F, 11 anos)

P.9- Doente é quando a pessoa ta gorda como eu, sabe né quando ta magro não

Fica doente fácil. Não come direito, come tudo errado ai fica gordo e fica

Doente. (F, 11 anos)

P.10- Quando a pessoa ta com doença de cachorro, essas coisas gripe é muito ruim fica doente. No final a criança começou a falar assim:

Minhas irmãs me chamam de gorda e eu também chamo elas de gorda, a minha irmã mais velha é gorda também e ela não vem para o programa. (F, 12 anos)

P.11- Não sei. (M, 5 anos)

OBS: eu fico com minha avó porque minha mãe trabalha, ai eu como bastante, eu vo na psicóloga eu gosto dela.

P.12- Quando a pessoa ta mal, quando ta com dor. (F, 12 anos)

P.13- é quando pega resfriado. (F, 10 anos)

P.14- gripe, tosse e febre. (F, 12 anos)

P.15- Quando a pessoa é muito magra. (F, 9 anos)

P.16- As vezes não se alimenta bem, não faz esporte, fica muito presa em casa só vendo tv aí a pessoa fica doente porque não tem contato com outra pessoa. (F, 9 anos)

P.17- É quando meu primo tava doente. (F, 8 anos)

Perguntas e Respostas da Segunda Fase:

1 - Com quem você falou depois da primeira reunião?

P.1- Conversei com minha mãe eu falei pra ela que era bom. (M, 11 anos)

P.2- Não falei com ninguém. (M, 13 anos)

P.3- Ninguém. (F, 9 anos)

P.4- Falei com minha mãe que achava que ia dar certo. (F, 16 anos)

P.5- Falei com minha mãe e com minha avó que eu achei legal. (F, 11 anos)

P.6- Não falei com ninguém. (F, 9 anos)

P.7- não falei com ninguém. (M, 17 anos)

P.8- Não falei com ninguém. (F, 11 anos)

P.9- Não falei com ninguém. (F, 11 anos)

P.10- não. (F, 12 anos)

P.11- não. (M, 5 anos)

P.12- falei que era bom pra minha mãe. (F, 12 anos)

P.13- conversei com minha tia, falei pra ela colocar minha prima no programa, mais ela não mora aqui. (F, 10 anos)

P.14- Não falei com ninguém. (F, 12 anos)

P.15- não conversei com ninguém. (F, 9 anos)

P.16- conversei com meu pai e meu irmão sobre como era o programa. (F, 9 anos)

P.17- falei com minha mãe, que ela me perguntou algumas coisas, e me fez virar pro lado, a minha mãe não queria mais vir aí eu falei pra ela vim e ela veio. (F, 8 anos)

2 - O que aconteceu que você faltou na reunião do programa?

P.1- Não. (M, 11 anos)

P.2- Não faltei. (M, 13 anos)

P.3- Não faltei. (F, 9 anos)

P.4- Não. (F, 16 anos)

P.5- Não. (F, 11 anos)

P.6- Não faltei. (F, 9 anos).

P.7- não faltei. (M, 17 anos)

P.8- não (F, 11 anos)

P.9- faltei porque minha mãe tava com dor de cabeça e eu moro em três lagoas. (F, 11 anos)

P.10- Não falei com ninguém. (F, 12 anos)

P.11- não faltei. (M, 5 anos)

P.12- não faltei. (F, 12 anos)

P.13- não faltei. (F, 10 anos)

P.14- não faltei. (F, 12 anos)

P.15- não faltei. (F, 9 anos)

P.16- não. (F, 9 anos)

P.17- não. (F, 8 anos)

3- Como era o seu dia antes e depois de você vir para o programa?

P.1- Antes eu ficava na frente da tv o dia todo so quando eu tava na escola que eu não assistia, agora eu brinco mais só assisto mais ou menos 1:30 hs. Hoje eu sigo a dieta certinho, só de

vez em quando que eu como doce. (M, 11 anos)

P.2- Antes eu assistia muito Tv e ficava no computador, agora minha mãe não deixa eu ficar muito tempo mais na tv e no computador, mais ou menos 1:30hs. (M, 13 anos)

P.3- Hoje ta melhor, to sentindo bem, eu virei estrela. (F, 9 anos)

P.4- Não mudou muito a que mudou é que agora eu ando a noite e to seguindo a dieta. (F, 16 anos)

P.5- Antes eu comia de manha tomava leite normal, mesma coisa que eu como agora e na hora do almoço comia um pouco mais, daí na janta eu tomava caldo de feijão ou miojo só. Hoje eu como menos e doce so no final de semana. Hoje eu não to fazendo mais caminhada e nem academia porque minha mãe ta fazendo cursinho a noite. (F, 11 anos)

P.6- Não lembro o que mudou. (F, 9 anos)

P.7- mudou bastante agora eu faço a dieta e como menos e jogo mais bola e assisto menos tv. (M, 17 anos)

P.8- Antes eu assistia bastante Tv agora eu assisto menos brinco mais, faço dieta direitinho, de vez em quando eu como m docinho e bebo refrigerante. (F, 11 anos)

P.9- antes eu não fazia exercício agora eu faço 3 vezes por semana e como menos. (F, 11 anos)

P.10- hoje eu to esmagrecendo e eu não to ficando mais gorda e hoje eu faço caminhada e assisto menos tv. (F, 12 anos)

P.11- antes eu não fazia dieta, agora eu faço e caminho com minha avó. (M, 5 anos).

P.12- acho a dieta muito difícil, mas eu to fazendo caminhada e como menos e assisto menos tv. (F, 12 anos)

P.13- to fazendo a dieta mais ou menos, hoje eu corro no parque, to comendo menos e assisto menos tv, antes era diferente. (F, 10 anos)

P.14- mudou tudo, eu comia mais e agora como menos e eu caminho 20' pra ir e 20' pra voltar da escola. (F, 12 anos)

P.15- eu não consegui fazer a dieta direitinho, mas hoje, eu bebo menos refrigerante e como doce uma vez por semana, não faço atividade física. (F, 9 anos)

P.16- antes eu comia muito doce e não fazia exercício e hoje eu como menos e faço caminhada e handebol. (F, 9 anos)

P.17- antes eu levantava ai eu ia assisti tv e hoje, eu ando mais de bicicleta e assisto menos tv. (F, 8 anos)

4- O que você mais gostou no tratamento?

P.1- Gostei das aulas. (M, 11 anos)

P.2- De tudo. (M, 13 anos)

P.3- To fazendo a dieta sozinha. (F, 9 anos)

P.4- legal vim aqui e emagrecer com os outros é massa, emagrecer junto com saúde. (F, 16 anos)

P.5- Eu emagreci mais rápido do que da outra vez que eu fiz dieta sozinha. (F, 11 anos)

P.6- Caminha no final de semana. (F, 9 anos)

P.7- tudo. (M, 17 anos)

P.8- De tudo. (F, 11 anos)

P.9 - das palestras. (F, 11 anos)

P.10 - tudo é legal. (F, 12 anos)

P.11 - gostei de tudo. (M, 5 anos)

P.12 - não lembro. (F, 12 anos)

P.13 - das brincadeiras que eles faz. (F, 10 anos)

P.14 - que emagrece. (F, 12 anos)

P.15 - não gostei do tratamento, porque não. (F, 9 anos)

P.16 - gostei de tudo. (F, 9 anos)

P.17 - gostei na hora que fui pesar. (F, 8 anos)

5- O que você menos gostou no tratamento?

P.1- De ter pesado, porque eles ficam medindo a minha barriga, ai me sinto mal. (M, 11 anos)

P.2- De ter que assisti menos tv e ficar menos no computador. (M, 13 anos)

P.3- Não tem nada. (F, 9 anos)

P.4- Legal vim aqui e emagrecer com os outros é massa, emagrecer junto com saúde. (F, 16 anos)

P.5- Gostei de tudo, porque eu já sabia mais ou menos ia ser como vigilante do peso né. Não vim com expectativas a mais o que eu não gostei mesmo é que ela (nutricionista) passou um monte de exercícios pra mim fazer. (F, 11 anos)

P.6- Não tem nada, só de deixa de come doce. (F, 9 anos)

P.7- não teve nada. (M, 17 anos)

P.8- De parar de assistir tanto tv , porque eu antes via Tv bastante, tirando hora que eu ia pra escola e fazer tarefa e caminhar o resto eu ficava vendo tv. Agora eu posso so 2hs por dia. (F, 11 anos)

- P.9- não tem nada. (F, 11 anos)
- P.10- não tem nada. (F, 12 anos)
- P.11- não tem nada. (M, 5 anos)
- P.12- a dieta que eu não gostei. (F, 12 anos)
- P.13- não tem nada. (F, 10 anos)
- P.14- eu achei tudo muito difícil. (F, 12 anos)
- P.15- não gostei de nada. (F, 9 anos)
- P.16- não tem nada (F, 9 anos)
- P.17- ficar escrevendo na sala. (F, 8 anos)

6- Qual é a parte do seu corpo que você mais gosta?

- P.1- Minha cara (rosto), não gosto da minha barriga. (M, 11 anos)
- P.2- Gosto do meu olho e não gosto do meu cabelo. (M, 13 anos)
- P.3- A cabeça, o pé, a barriga, tudo é bonito. (F, 9 anos)
- P.4- Gosto do meu nariz da minha mão, meu pé e não gosto da minha barriga e do meu bumbum. (F, 16 anos)
- P.5- Gosto do meu rosto e não gosto da minha barriga. (F, 11 anos)
- P.6- o olho, não gosto do cabelo e do corpo. (F, 9 anos)
- P.7- Eu gosto dos meus braços e não gosto da minha barriga. (M, 17 anos)
- P.8- Do meu rosto, não gosto da minha barriga. (F, 11 anos)
- P.9- não gosto de nenhuma parte. (F, 11 anos)
- P.10- gosto do cabelo e não gosto da minha barriga. (F, 12 anos)
- P.11- gosto do cabelo e não gosto da minha barriga. (M, 5 anos)
- P.12- meu rosto e não gosto da minha barriga. (F, 12 anos)
- P.13- meu rosto e não gosto da minha barriga. (F, 10 anos)
- P.14- meu rosto e não gosto da minha perna. (F, 12 anos)
- P.15- dos olhos e não gosto da minha barriga. (F, 9 anos)
- P.16- meu rosto e não gosto da minha barriga. (F, 9 anos)
- P.17- todo ele, eu não gosto do meu joelho que é machucado. (F, 8 anos)

ANEXO I




Missão Salesiana de Mato Grosso
Universidade Católica Dom Bosco
Instituição Salesiana de Educação Superior

DECLARAÇÃO

Declaramos, para fins de direito, que o projeto “Os Sentidos de Saúde e Doença para Crianças com Problemas de Obesidade” protocolo sob o nº. 013/2007A, de responsabilidade de Lucila Serejo de Freitas Garcia, após análise do Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Católica Dom Bosco CEP/UCDB e encaminhamento para a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa/CONEP, foi considerado aprovado sem restrições.

Campo Grande, 02 de Abril de 2007.


Adir Casaro Nascimento
Vice Presidente do CEP, *em exercício*

ANEXO II

SIMETRÓGRAFO

Figura 01: Vista Anterior

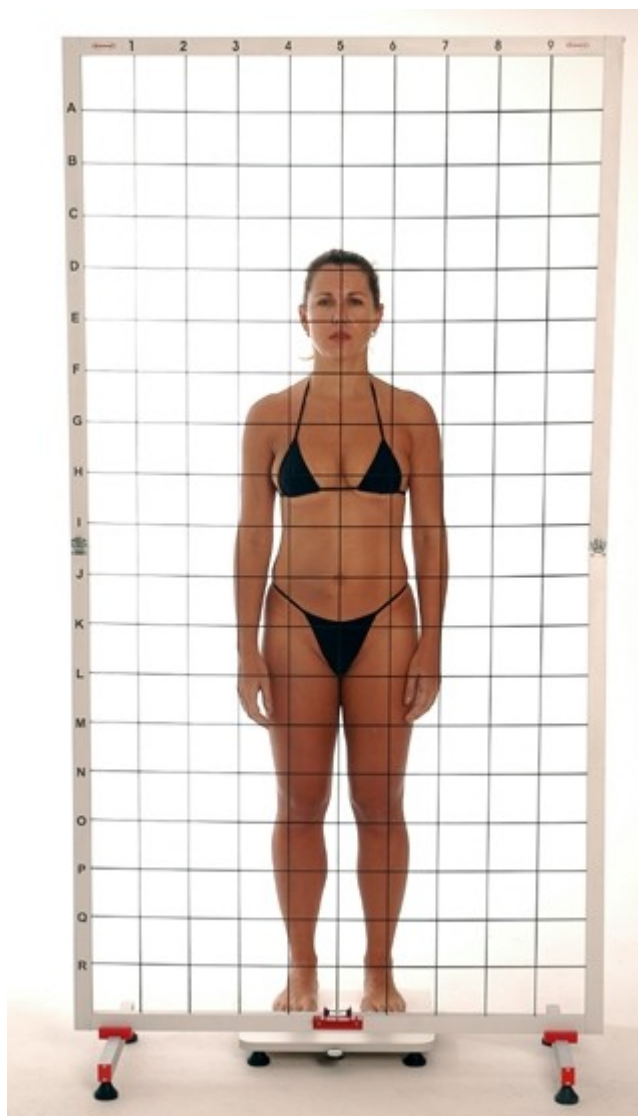


Figura 02: Vista Lateral



ANEXO III

FICHA DE AVALIAÇÃO POSTURAL

DADOS PESSOAIS:

Nome:

Idade:

Sexo:

ALINHAMENTO DO PRUMO:

Vista Lateral:

Esquerda:

Direita:

Vista posterior:

Esquerda:

Dieita:

ALINHAMENTO SEGMENTAR

Vista Anterior:

Ombro (Acrômio):

Quadril (Cristas Ilíacas):

Trocanteres:

Joelhos (Côndilos):

Tornozelos (Maléolos):

Pés:

Vista lateral:

Cabeça:

Coluna Cervical:

Escapulas:

Coluna Torácica:

Coluna Lombar:

Vista Posterior:

Cabeça:

Coluna Cervical:

Ombro:

Escápulas:

Coluna Torácica:

Coluna Lombar:

Membros inferiores:

Pés: