

**PAMELA STALIANO**

**ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DOS PORTADORES DE  
OBESIDADE: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO EM UNIDADES  
BÁSICAS DE SAÚDE DE SIDROLÂNDIA, MS.**

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO  
MESTRADO EM PSICOLOGIA  
CAMPO GRANDE**

**2007**

**PAMELA STALIANO**

**ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DOS PORTADORES DE  
OBESIDADE: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO EM UNIDADES  
BÁSICAS DE SAÚDE DE SIDROLÂNDIA, MS.**

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 a orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Angela Elizabeth Lapa Coêlho.

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO  
MESTRADO EM PSICOLOGIA  
CAMPO GRANDE  
2007**

A dissertação apresentada por PAMELA STALIANO, intitulada “ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DOS PORTADORES DE OBESIDADE: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE SIDROLÂNDIA, MS”, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em PSICOLOGIA à Banca Examinadora da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), foi..... .

### **BANCA EXAMINADORA**

---

**Pro<sup>a</sup>. Dr. Angela Elizabeth Lapa Coêlho – UCDB (Orientadora)**

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Ana Raquel Rosas Torres (UCG)**

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sonia Grubits (UCDB)**

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Vera Sonia Mincoff Menegon (UCDB)**

**Campo Grande, junho de 2007.**

*Aos pacientes que aceitaram  
prontamente participar deste trabalho.*

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, por terem me propiciado a oportunidade de galgar alguns degraus rumo a minha realização profissional e pessoal.

À minha orientadora e amiga, prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Angela Elizabeth Lapa Coêlho, por ter despertado em mim o gosto e interesse pela pesquisa científica, capacitando-me quanto à redação clara e objetiva deste trabalho.

Às Prof<sup>as</sup>. Dr<sup>as</sup>. Ana Raquel Rosas Torres, Sonia Grubits e Vera Sonia Mincoff Menegon, por aceitarem participar da minha banca examinadora, dedicando seu tempo e atenção, contribuindo para a realização final dessa dissertação.

À Secretária de Saúde do Município de Sidrolândia/MS, Sr<sup>a</sup> Tânia Maria Pastório Rossato, por ter se colocado à inteira disposição quanto à implementação da pesquisa nas Unidades Básicas de Saúde do Município de Sidrolândia, MS.

A CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, pela concessão da bolsa.

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

*“Não se compreende todo o caminho num grande  
e único passo: novas estradas se abrem  
quando se persiste no caminhar”.*

*(Danilo Gandin)*

## RESUMO

A obesidade vem se configurando como um dos mais graves problemas de saúde pública no mundo, tomando proporções epidêmicas. Dados mostram que os índices de casos de obesidade no mundo são alarmantes. Nos Estados Unidos há mais de 97 milhões de americanos que se encontram acima do peso ou que têm obesidade (aproximadamente 50% da população), dos quais perto de 300.000 morrem precocemente por ano, devido à obesidade. No Brasil, é provável, que entre 50.000 a 100.000 pessoas morram anualmente em decorrência da obesidade e de suas complicações. A obesidade é considerada uma doença crônica, que não faz restrição de sexo, faixa etária ou condição sócio-econômica, pois afeta crianças, adolescentes e adultos, presente tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento. O objetivo desta pesquisa foi analisar os aspectos psicossociais relacionados à obesidade de pessoas portadoras de Diabetes e Hipertensão, identificando ainda, quais os sentidos que essas pessoas atribuem à saúde e à doença. Foram convidados a participar da pesquisa, 40 usuários, 34 mulheres e seis homens, distribuídos em três Unidades Básicas de Saúde – UBSs, do Município de Sidrolândia-MS, que estavam cadastrados no Programa de Diabetes e Hipertensão, e que eram acompanhados pelos profissionais de saúde das UBSs nos meses de junho e julho de 2006. A participação dos usuários foi voluntária. Os instrumentos utilizados foram o Inventário de Ansiedade – BAI, o Inventário de Depressão – BDI e o *Body Shape Questionnaire* – BSQ, um questionário de forma corporal, a fim de avaliar prováveis transtornos e preocupação excessiva com a imagem corporal. Também foi utilizada uma entrevista semi-estruturada visando analisar os sentidos que os usuários atribuem à saúde e à doença, e informações complementares, tais como, qual o Índice de Massa Corporal – IMC dos participantes, relação familiar, aspectos de saúde geral e dados sócio-demográficos. Os resultados desta pesquisa mostraram que houve uma maior incidência de obesidade nas mulheres 85% (n= 34). Identificou-se a presença tanto de ansiedade quanto de depressão na população, com maior incidência de pessoas que apresentavam ansiedade, atingindo um percentual de 87,5% (n= 35) e para os que apresentaram depressão, o percentual foi de 52,5% (n= 21). Vinte e sete pessoas (67,5%) apresentaram uma preocupação excessiva com a imagem corporal. As respostas sobre os sentidos de saúde e de doença foram agrupadas e categorizadas de acordo com um determinado tema. Assim, para saúde os sentidos elencados foram: ausência de doença ou dor; uma coisa boa; ser magro(a); cuidar-se; ter disposição; e, bem-estar físico e mental. A maioria das pessoas, 31,9% (n= 15) associou saúde à ausência de doença. E para doença, os sentidos foram os seguintes: dor/ febre; uma coisa triste/ ruim; quando precisa de remédio; obesidade; depender dos outros; e mau funcionamento do corpo e da mente. A maior incidência de respostas 51,2% (n= 23) associou doença à dor/ febre. Os resultados desta pesquisa poderão contribuir para o desenvolvimento de estratégias de prevenção e promoção da saúde, considerando não só os aspectos físicos, mas também os psicológicos e sociais da obesidade.

**Palavras-chave:** Obesidade; Hipertensão; Diabetes; Psicologia da Saúde.

## ABSTRACT

Obesity is becoming one of the most serious problems of public health in the world, taking an epidemic ratio. Data show that the indices of obesity cases in the world are alarming. In the United States, there are more than 97 million people who are above weight or that have obesity (approximately 50% of the population), and close to 300.000 people die precociously per year, due to obesity. In Brazil, it is probable, that close to 50.000 to 100.000 people die annually as the result of obesity and its complications. Obesity is considered a chronic illness that does not make restriction of sex, age or social-economic condition, because it affects children, adolescents and adults, in developed and developing countries. The objective of this research was to identify the psicossocial aspects related to obesity of people with Diabetes and Hypertension, and also identifying the meanings these persons give to the health and illness. Forty persons, 34 women and six men were invited to participate; they attended three different Basic Health Units in Sidrolândia - MS, and were registered in the Diabetes and Hypertension Programs during the months of June and July, 2006, and they were cared for by health care professionals at the Units. Their participation in the research was voluntary. The instruments used were Anxiety Inventory - BAI, the Depression Inventory – BDI and the Body Shape Questionnaire - BSQ, in order to evaluate probable problems and extreme concern with the body image. It was also used a semi-structured interview to evaluate the meanings given by the participants to health and illness, and complementary information, such as the participants' Body Mass Index - IMC, family relationship, general health information and demographic aspects. The study results showed that there was greater incidence of obesity among women 85% (n = 34). It was identified the presence of anxiety and depression, with bigger incidence of people who presented anxiety, reaching the percentage of 87,5% (n = 35) and for depression, the percentage was 52,5% (n = 21). Twenty seven participants (67,5% ) showed excessive worries about their body image. The answers about health and illness were grouped and categorized in accordance to a theme. Thus, the meanings grouped for health were: absence of illness or pain; a good thing; to be thin; to take care of oneself; to be alert; and physical and mental well-being, and the majority of people, 31.9% (n = 15) associated health to the absence illness. And for illness, the meanings were the following ones: pain/fever; a bad/sad thing; when they need medicine; obesity; to depend on someone else; and bad functioning of the body and the mind, and the highest incidence of answers 51.2% (n = 23) associated illness to pain and fever. The results of this research will not only contribute to the development of prevention strategies and health promotion, considering the physical aspects of obesity, but also the psychological and the social ones.

**Key-Words:** Obesity; and Hypertension; Diabetes; Health Psychology.



## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Níveis de Ansiedade apresentados pelos participantes.....102

Gráfico 2 – Níveis de Depressão apresentados pelos participantes.....103

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Classificação de excesso de peso em adultos de acordo com IMC.....	57
Tabela 2 – Número de participantes e respectivas porcentagens das respostas – perfil sócio-demográfico dos participantes.....	97
Tabela 3 – Número de participantes e respectivas porcentagens das respostas – sentidos de saúde.....	106
Tabela 4 – Número de participantes e respectivas porcentagens das respostas – sentidos de doença.....	110
Tabela 5 – Número de participantes e respectivas porcentagens das respostas – influência familiar no tratamento.....	115
Tabela 6 – Número de participantes e respectivas porcentagens das respostas – influência do estado de saúde nos relacionamentos interpessoais.....	116
Tabela 7 – Número de participantes e respectivas porcentagens das respostas – capacidade em realizar atividades rotineiras.....	117

**LISTA DE APÊNDICES**

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....133

Apêndice B – Roteiro de Entrevista.....135

## LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 – Questionário sobre imagem corporal – *Body Shape Questionnaire*.....140

## SUMÁRIO

Dedicatória.....	iv
Agradecimentos.....	v
Epígrafe.....	vi
Resumo.....	vii
Abstract.....	viii
Lista de gráficos.....	ix
Lista de tabelas.....	x
Lista de apêndices.....	xi
Lista de anexos.....	xii
<b>1 – INTRODUÇÃO.....</b>	<b>16</b>
<b>2 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>20</b>
2.1 – O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA EM MUDANÇA.....	21
2.1.1 – O surgimento da Psicologia da Saúde e a inserção dos psicólogos na área da saúde.....	22
2.1.2 – Breve panorama sobre as políticas públicas de saúde no Brasil e no mundo.....	26
2.1.3 – Do Modelo Biomédico ao Biopsicossocial da saúde e da doença.....	30
2.1.4 – Situando o conceito de saúde.....	31
2.1.5 – Por que estudar os sentidos de saúde e de doença?.....	37
2.1.5.1 – Sentidos sobre a saúde e a doença.....	38
2.1.6 – Gênero e saúde.....	42
2.1.7 – Contribuições, relatos de pesquisa e desafios da Psicologia da Saúde.....	47
2.2 – CONSIDERAÇÕES SOBRE AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	50
2.2.1 – Definindo representações sociais.....	50
2.2.2 – Representações sociais de saúde e doença.....	52
2.2.2.1 – Breve histórico sobre as representações sociais de saúde e de doença.....	53

2.2.2.2 – Abordagens das representações sociais no campo da saúde e da doença.....	56
2.2.3 – Representações sociais, o corpo e a obesidade.....	58
2.3 – CARACTERIZANDO A OBESIDADE.....	63
2.3.1 – A obesidade através dos tempos.....	64
2.3.2 – Definindo obesidade.....	68
2.3.3 – Dados epidemiológicos da obesidade.....	73
2.3.4 – Considerações sobre os tratamentos para obesidade.....	76
2.3.5 – Obesidade e co-morbidades.....	79
2.3.5.1 – Diabetes <i>Mellitus</i> .....	79
2.3.5.2 – Hipertensão.....	81
2.3.6 – Aspectos psicossociais da obesidade.....	82
2.3.6.1 – Aspectos psicológicos da obesidade.....	84
<b>3 – OBJETIVOS.....</b>	<b>91</b>
3.1 – Objetivo geral.....	92
3.2 – Objetivos específicos.....	92
<b>4 – MÉTODO.....</b>	<b>93</b>
4.1 – Local.....	94
4,1,1 - O Município.....	94
4.1.2 - As Unidades Básicas de Saúde – UBSs.....	95
4.1.3 - O Programa de Assistência ao Portador de Diabetes e Hipertensão.....	96
4.2 - Participantes.....	97
4.3 – Instrumentos.....	98
4.3.1 – Inventário de ansiedade.....	98
4.3.2 – Inventário de depressão.....	99
4.3.3 – Questionário de forma corporal.....	99
4.3.4 – Entrevista.....	100
4.4 – Procedimentos.....	100
<b>5 – RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>103</b>
5.1 – Perfil sócio-demográfico dos participantes.....	104

5.2 – Considerações sobre imagem corporal, ansiedade e depressão.....	109
5.3 – Sentidos sobre a saúde e a doença.....	113
5.3.1 – Os sentidos de saúde.....	113
5.3.2 – Sentidos de doença.....	117
5.4 – Aspectos familiares e sociais.....	120
<b>6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>126</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>130</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>140</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>147</b>

## 1 INTRODUÇÃO

---



Para situar o leitor sobre o porquê da minha escolha pelo Programa de Mestrado em Psicologia, com o tema obesidade, penso ser importante mencionar duas experiências durante minha graduação que foram fundamentais e propulsoras no desenvolvimento do meu interesse na área da pesquisa em Psicologia da Saúde.

Em primeiro lugar, a minha experiência de três anos no Programa de Iniciação Científica da Universidade Católica Dom Bosco – UCDB, fez com que o mestrado se tornasse muito próximo, ou seja, uma possibilidade concreta. Em segundo lugar, o meu exercício prático dos estágios supervisionados na área de Psicologia Clínica e da Saúde, realizados na Clínica Escola de Psicologia da UCDB e em Unidades Básicas de Saúde do Município de Campo Grande, respectivamente, me levaram a repensar o processo de prevenção de doenças e promoção da saúde. Dentro desse contexto, das questões encontradas no âmbito da saúde e do contato com os usuários, no estágio de Psicologia Clínica, portadores de obesidade no último ano da graduação, me motivaram a pesquisar sobre esse tema tão emergente atualmente, tanto no Brasil quanto no Mundo.

Outra questão que me fez pensar nesse tema para o desenvolvimento de uma pesquisa é o fato de que, apesar de existirem muitos estudos sobre obesidade em Psicologia e áreas afins, a maioria contempla características diagnósticas e epidemiológicas, em detrimento de respostas psicológicas de pessoas portadoras de obesidade, dentro de uma perspectiva social e da saúde. Mesmo no Programa de Mestrado da UCDB existe uma dissertação defendida versando sobre o tema obesidade, contudo, comungando de uma visão epidemiológica.

Pode-se observar consultando Anais de congressos que a obesidade é objeto de estudo de muitas pesquisas divulgadas por meio de pôsters, simpósios, conferências, mesas redondas, contudo, muitas vezes, essas pesquisas não são publicadas em periódicos de circulação nacional, o que impede que os pesquisadores que não participam dos eventos tenham acesso a essas informações. Esse fato é preocupante, pois um dos primeiros lugares que os profissionais recorrem para ajudá-los em seu exercício profissional é a literatura, e se esta não divulga pesquisas cujos resultados possam minimizar as dificuldades e entraves encontrados na prática clínica e preventiva com pacientes portadores de obesidade, possivelmente, muito tempo se perde, perpetuando o sofrimento dessas pessoas.

Em um primeiro momento, a presente pesquisa foi proposta a uma instituição no Município de Campo Grande, que atende, especificamente, portadores de

obesidade provenientes de vários municípios do Estado de Mato Grosso do Sul. No entanto, houve problemas técnicos e burocráticos que impossibilitaram a realização da pesquisa nessa instituição.

Em seguida, surgiu a possibilidade de desenvolver a pesquisa em um Município localizado a 64Km de Campo Grande, Sidrolândia, em que a Secretária Municipal de Saúde expressou grande interesse na proposta apresentada pela pesquisadora, colocando-se à disposição.

Sendo assim, participaram da pesquisa, portadores de obesidade de três Unidades Básicas de Saúde (UBSs) do Município de Sidrolândia, porque estas unidades apresentavam o Programa de Assistência ao Portador de Hipertensão e Diabetes melhor estruturado. Esse Programa foi escolhido porque o diabetes e a hipertensão são as co-morbidades mais freqüentes associadas à obesidade. Nesse sentido, esta pesquisa teve por objetivo conhecer os aspectos psicossociais de usuários que viviam com obesidade, que é caracterizada quando o Índice de Massa Corporal – IMC é igual ou superior a 30 kg/m<sup>2</sup>. Dentro dessa perspectiva, as co-morbidades (diabetes e hipertensão) foram utilizadas apenas para se chegar ao foco da pesquisa que era a obesidade, uma vez que nas UBSs não existe um programa que atenda especificamente portadores de obesidade.

A dissertação será apresentada em seis capítulos. O segundo capítulo consiste na fundamentação teórica, que é composta de três esferas. A primeira refere-se ao processo saúde-doença em mudança. A segunda consiste em considerações sobre as Representações Sociais e, a terceira é referente ao tema obesidade e suas vicissitudes.

No terceiro capítulo é exposto o objetivo geral da pesquisa, que foi conhecer os aspectos psicossociais dos usuários assistidos em Unidades Básicas de Saúde, do Município de Sidrolândia,MS. E para alcançar esse objetivo, foram elencados os seguintes objetivos específicos: identificar o perfil sócio-demográfico dos usuários, avaliar os níveis de ansiedade, depressão e auto-imagem corporal dos participantes e, saber quais os sentidos que os usuários revelavam sobre saúde e doença.

No quarto capítulo foi descrito o método utilizado na pesquisa: participantes, local, instrumentos e procedimentos.

O quinto capítulo refere-se aos resultados e discussão, que foram organizados a partir dos dados quantitativos obtidos com a aplicação dos instrumentos BAI, BDI e BSQ e qualitativos, obtidos por meio de uma entrevista

semi-estruturada. No sexto e último capítulo, a pesquisadora teceu algumas considerações finais sobre a pesquisa.

## **2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

---

A fundamentação teórica se constitui de três partes. A primeira discute o processo saúde-doença em mudança e como este processo afetou a compreensão da obesidade como um fenômeno multifatorial. A segunda consiste de considerações sobre as Representações Sociais e a terceira é referente ao tema obesidade e seus desdobramentos.

## **2.1 – O PROCESSO SAÚDE – DOENÇA EM MUDANÇA.**

O processo saúde-doença assumiu diversas configurações ao longo da história da civilização, sendo visto e abordado diferentemente em épocas distintas. Perpassando por aspectos clínicos a aspectos preventivos, em que os profissionais lidavam com a saúde e a doença, ora apenas com o conhecimento clínico, ora com a utilização de modernas tecnologias.

Baseando-se nessa questão, a Psicologia frente ao advento de novas formas de lidar com o processo saúde-doença, precisou ampliar seu objeto de estudo, implementando uma mudança de paradigma que alicerçasse a práxis dos profissionais da área da saúde. Frente a essa necessidade é que se constitui a Psicologia da Saúde e suas vicissitudes que oportunizaram a esses profissionais o arcabouço teórico-prático necessário para que pudessem lidar com as mudanças apresentadas à população pelo processo saúde-doença.

Sendo assim, muitas doenças que eram de interesse de psicólogos e outros profissionais da área da saúde há alguns anos, atualmente não são mais, e muitos problemas que acometem a saúde da população nos dias atuais, antigamente nem se cogitavam suas existências.

Dentre esses problemas encontra-se a obesidade, que se tornou uma doença de alta prevalência no mundo, sendo responsável por sérias repercussões biopsicossociais, tanto em crianças quanto em adultos dos mais diversos segmentos socioeconômicos.

Partindo dessa premissa, torna-se de fundamental importância contextualizar historicamente como ocorreu a mudança em lidar com o processo saúde-doença, para que se possa compreender como os profissionais da saúde vêm trabalhando com a questão da obesidade.

### **2.1.1 – A constituição da Psicologia da Saúde e a inserção dos psicólogos na área da saúde.**

A área da Psicologia da Saúde é bastante nova. Nos Estados Unidos, esta área se constituiu em 1978 pela Associação Psicológica Americana – APA, com a criação da divisão de Psicologia da Saúde, uma vez que esta subárea da Psicologia mostrava-se emergente tanto na prática quanto na pesquisa. É preciso ser fiel à história e sinalizar que a Psicologia da Saúde nasceu na América Latina, no final dos anos 60, para atender “à ocupação de posições no âmbito da política central no Ministério da Saúde de Cuba e o desenvolvimento específico de serviços em uma extensa rede institucional de saúde.” (SEBASTIANI, 2000, p. 207-8).

A Psicologia da Saúde surge como uma subárea da Psicologia, sendo alicerçada por outras subáreas: clínica, desenvolvimento, experimental, fisiológica e social. E também utilizando conhecimentos provenientes de outros campos, como a Medicina, a Biologia, a Epidemiologia, a Saúde Pública, a Sociologia e a Antropologia. Contudo, nos últimos anos, o número de pesquisas desenvolvidas nessa área é vasto, cujo intuito reside em construir um arcabouço teórico que a particularize (ENUMO, 2003).

Matarazzo (1980 apud ENUMO, 2003, p.11) foi o primeiro presidente dessa nova divisão da APA, que definiu este novo campo da seguinte forma:

*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. (MATARAZZO 1980 apud ENUMO, 2003, p. 11).

Belar (1997 apud DE MARCO, 2003) faz uma adaptação dessa clássica definição de Matarazzo. Considera a Psicologia Clínica da Saúde como a especialidade do século XXI. A autora utiliza o termo Psicologia Clínica da Saúde pelo fato desse novo campo de atuação surgir atrelado ao âmbito clínico,

dissociando-se paulatinamente até ocupar a atual posição no âmbito social. Ela afirma que o psicólogo que atua nessa área aplica em sua prática profissional as contribuições específicas mencionadas por Matarazzo – educacional, científica e profissional – da disciplina de Psicologia para:

[...] a promoção e manutenção da saúde; prevenção, tratamento e reabilitação das doenças, ferimentos e seqüelas; a identificação dos correlatos etiológicos e diagnósticos da saúde, doença e disfunções relacionadas, além da análise e da melhora do sistema de saúde e da formação de políticas de saúde. (BELAR, 1997 apud DE MARCO, 2003).

Já o desenvolvimento da Psicologia da Saúde como área de atuação e, o papel que desempenham os psicólogos e o sistema de saúde são bastante distintos nas mais diferentes regiões do mundo. Os psicólogos que possuem maior grau de capacitação científica e profissional encontram-se em regiões desenvolvidas, como América do Norte, Europa, Japão e Austrália, que contam com mais de 90% das universidades que desenvolvem pesquisas e possuem capacitação para doutorado na área (ENUMO, 2003). Contudo, na América Latina, nos últimos 20 anos, observa-se um considerável crescimento de psicólogos com treinamento profissional na área da saúde:

[...] em Cuba trabalham 1.600 psicólogos no Sistema Nacional de Saúde. No Ministério de Saúde do Chile cerca de 200; muitos outros praticam a Psicologia da Saúde de forma privada. [...] O Brasil é outro país que tem milhares de psicólogos em diferentes orientações teóricas desenvolvendo trabalhos na área da saúde, tendo seus marcos de iniciação na década de 50. (SEBASTIANI, 2000, p. 207).

O que aumentou significativamente também nesse período foi o número de pesquisas desenvolvidas, principalmente no que tange à investigação e à produção de modos diversos de abordar e encaminhar os problemas relacionados à saúde (SEBASTIANI, 2000).

Como a Psicologia da Saúde se configura como uma área emergente, Sebastiani (2000) aponta para o fato de que nos últimos 15 anos esta é a área que mais tem absorvido psicólogos no Brasil. A participação de psicólogos na saúde também é considerável em outros países da América Latina, como na Argentina (principalmente), Peru, Guatemala, Costa Rica, Equador, Bolívia, Uruguai, Nicarágua, República Dominicana e Porto Rico.

No Brasil, antes mesmo da regulamentação da profissão de psicólogo, pela Lei nº 4.119/62, de 1954 a 1957, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, datam os primeiros serviços estruturados de Psicologia Hospitalar, o que teria repercutido na atual compreensão da Psicologia da Saúde (SEBASTIANI, 2000). Nessa época, as atividades e os programas de saúde priorizavam as ações de saúde de atenção secundária, que comungava das diretrizes do modelo clínico assistencialista. A vigência desse Modelo Biomédico, segundo Spink (2003), refletiu na forma de inserção do psicólogo no setor de saúde, no qual se encontrava na figura do médico a autoridade dominante dos profissionais da saúde.

Concomitantemente ao crescente desenvolvimento da produção científica e teórica, em busca da produção de sentidos a fim de consolidar novos saberes no campo da Psicologia da Saúde, em 1980, ocorre a inserção de psicólogos em atividades ligadas à saúde, sejam elas no âmbito da rede pública, atuando principalmente em Unidades Básicas de Saúde – UBSs e hospitais, ou mesmo, em instituições privadas, caracterizando, assim, um novo campo de trabalho. Todavia, observa-se uma grande disparidade entre a formação dos psicólogos e as necessidades provenientes desses novos locais de trabalho, ou seja, os psicólogos não possuíam perfil e/ou formação adequada para lidarem com a complexidade oriunda das demandas do setor de saúde (ENUMO, 2003; SEBASTIANI, 2000).

Miyazaki et al. (2002) expõem que a maioria dos cursos de graduação em Psicologia não propicia aos futuros profissionais a visão da carência de recursos e trabalhos na área da saúde. Freire e Grandino (1999), por sua vez, salientam que é necessário criar-se espaços efetivos para discussão, onde a realidade emergente seja problematizada, pois só assim, os futuros psicólogos poderão pensar criticamente a realidade social, conscientizarem-se do seu papel junto às camadas populares bem como, compreenderem outras possibilidades de trabalho, tais como a



de agentes facilitadores de ações coletivas, de promoção da saúde e qualidade de vida.

Miyazaki et al. (2002) complementam que a competência profissional é fundamental para atender às necessidades dos usuários do sistema de saúde, para oferecer serviços efetivos de extensão à comunidade e para realizar pesquisas que possibilitem o desenvolvimento da área. Os profissionais brasileiros que se interessam pelo trabalho nessa área buscam o aprimoramento de sua formação em cursos de pós-graduação, como mestrado e doutorado, durante os quais lhes é propiciado o desenvolvimento de atividades de ensino, pesquisa e extensão à comunidade, já que na graduação isso não lhes foi possível, até mesmo pela valorização de certas áreas da Psicologia em detrimento de outras.

Spink (2003) chama a atenção para o fato de que essas dificuldades ocorreram, principalmente, porque até recentemente, o campo de atuação da Psicologia se resumia em duas principais dimensões: a primeira elitizada e individualista, exercida em consultórios particulares que privilegiava um pequeno segmento da população, dimensão esta que não estava inserida no contexto dos serviços de saúde. A segunda, compreendia as atividades exercidas em hospitais e ambulatórios de saúde mental, cuja atuação era subordinada ao enfoque psiquiátrico, de internação e medicação.

Spink (2003, p. 27) argumenta que:

O psicólogo social da saúde é um pesquisador e um profissional que não foge da complexidade e transita dos microprocessos de produção de sentido às questões institucionais e políticas, pois precisa dar conta dos mais diversos âmbitos de atuação, seja em serviços de atenção primária, em contextos comunitários, em problemas de saúde em que pesa a prevenção à doença e a promoção de saúde ou onde há necessidade de acompanhamento continuado; ou na esfera pública, como conselhos de saúde, comissões e fóruns de elaboração de políticas públicas. (SPINK, 2003, p. 27).

Isso fez com que os profissionais “reinventassem” sua práxis, para que só assim, pudessem professá-la com compromisso social. Mesmo porque, como a Psicologia da Saúde é um campo de saber que ainda está se consolidando, isso contribui para que o profissional sinta-se um pouco confuso quanto ao seu exercício profissional. Muitos se apegam à teoria para obterem segurança quanto à prática, já

o psicólogo da saúde não recorre a este recurso. É com a prática que alicerça sua teoria, caracterizando-o como profissional da “complexidade”.

### **2.1.2 – Breve Panorama sobre as Políticas de Saúde Pública no Mundo e no Brasil.**

Antes de contextualizar as políticas de saúde pública tanto no Brasil quanto no mundo, faz-se necessário definir o que vem a ser este termo tão mencionado mundialmente. Segundo Scliar (2002), Charles E. A. Winslow, fundador do Departamento de Saúde Pública da Universidade de Yale, em 1949, define a saúde pública como uma ciência, bem como uma arte, a esta última associa-se tudo o que não é mensurável ou demonstrável. Contudo, ambas – ciência e arte - têm por objetivo evitar a doença, prolongar a vida e promover a saúde física e mental e a eficiência. Winslow lista alguns meios para atingir estes objetivos, tais como:

O saneamento do meio ambiente, o controle das infecções comunitárias, a educação do indivíduo nos princípios da higiene pessoal, a organização de serviços médicos e de enfermagem para o diagnóstico precoce e o tratamento da doença, e o desenvolvimento dos mecanismos sociais que assegurarão a cada pessoa da comunidade o padrão de vida adequado para a manutenção da saúde. (SCLIAR, 2002, p. 99).

No Brasil, durante os séculos XVI e XVII, a organização da assistência à saúde era bastante arcaica, os físicos, termo usado para designar os médicos, diagnosticavam e prescreviam. Já a sangria, procedimento comumente utilizado ficava sob responsabilidade dos barbeiros-cirurgiões. Pois médico que se prezasse não utilizava as mãos, isto era trabalho para as classes inferiores. A assistência hospitalar era oferecida pelas Santas Casas de Misericórdia, que ofereciam abrigo e amparo religioso aos mais desprovidos de recursos financeiros. A grande maioria da população recorria aos curandeiros, que utilizavam rezas, e o parto era de responsabilidade das parteiras (SCLIAR, 2002).

Apenas em 1808, com a chegada de D. João ao Brasil, houve a criação das primeiras escolas médicas, nas cidades do Rio de Janeiro e Salvador, com o intuito de combater o curandeirismo e diplomar médicos habilitados para o exercício da Medicina. Contudo, essa medida não resolveu os inúmeros problemas de saúde do país, cujos mais freqüentes eram a febre amarela, a malária e a peste bubônica. Frente a isso, em 1850 foi criada a Junta Central de Saúde Pública, o que posteriormente, se transformou no Ministério da Saúde. Scliar (2002) aponta que o grande nome ligado a quase erradicação de doenças como a febre amarela, a peste bubônica e a varíola, foi Oswaldo Cruz, considerado o pioneiro da Saúde Pública brasileira. Oswaldo Cruz, bem como muitos renomados cientistas que têm seus nomes grafados na história, como Adolfo Lutz, Vital Brasil, Emílio Ribas e Carlos Chagas, conquistou esses feitos com grande dificuldade, pois foi fortemente criticado, perseguido e ainda, pivô de revoltas, como por exemplo, a Revolta da Vacina em 1904. No entanto, após ser premiado, em Berlim, com o prêmio da Exposição de Higiene em 1906, ao retornar ao Brasil, o sanitaria foi recebido como um herói, e somente após essa premiação, pôde realizar suas atividades.

Frente às inúmeras doenças que assolavam a população nesse período, houve uma grande mobilização de um grupo de profissionais de saúde a fim de que fosse oferecido saneamento a toda população, pois segundo eles a causa de muitas dessas doenças residia na ausência ou precariedade desse recurso. Para tanto, foi criada a Liga Pró-Saneamento, sucedida pelo Departamento Nacional de Higiene e pelo Departamento Nacional de Saúde Pública, na década de 1920. A criação desse departamento ajudou os sanitaria a verem o corpo humano, como o campo de batalha da mortal guerra contra os micróbios. Guerra que era travada através de campanhas e estratégias cada vez mais eficazes (SCLIAR, 2002).

No que se relaciona ao trato com a saúde mental, Resende (2001) tece algumas considerações sobre a política de saúde mental no Brasil. Ele aborda, que inicialmente o conceito em Psicologia, era veiculado aos transtornos mentais – loucura – e aos paradigmas da Psiquiatria. O autor relata que a loucura caracteriza-se como companheira inseparável da pessoa ao longo de sua história, transitando de uma questão natural e/ou normal, para algo patológico, à medida que a pessoa caminha em direção à produção e reprodução da vida social, isto é, há uma mudança em como as pessoas se relacionam entre si e com a natureza. Em virtude

dessas mudanças, emergem necessidades de uma nova pessoa, que por sua vez, deve atender a normas e leis que estreita os horizontes da loucura.

O autor complementa dizendo que a doença mental era vista com um certo grau de “extraterritorialidade”, era mascarada, e encarada como uma questão privada, ou seja, as famílias se responsabilizavam por seus doentes. Responsabilidade cujo sentido era de se esconder, como se fosse um castigo para a família ter um ente portando alguma desordem psíquica. Isso ocorria em famílias abastadas que possuíam condições para tratar de seus doentes em casa, caso contrário os doentes eram abrigados nas instituições de caridade junto com outros doentes que possuíam uma enfermidade qualquer.

Apenas depois do século XVIII, com a Revolução Psiquiátrica, os “loucos” passaram a receber cuidado psiquiátrico sistematizado. Contudo, muitas atrocidades foram evidenciadas nos asilos e instituições psiquiátricas, a começar pelas técnicas utilizadas, tidas como extremamente invasivas por acarretar inúmeros comprometimentos aos pacientes, dentre elas a lobotomia, o eletrochoque, etc. Uma única palavra caracteriza a assistência psiquiátrica brasileira, desde seus primórdios até os dias atuais: exclusão (RESENDE, 2001).

Bezerra Jr (2001) aponta para a necessidade de se efetuar uma inversão da assistência psiquiátrica no país, que ainda é baseada no tratamento hospitalar, para o ambulatorial, para que dessa forma possa atender de maneira mais eficaz a demanda que vem aumentando significativamente. Mesmo porque, o atendimento em hospital psiquiátrico não corresponde às demandas coletivas de tratamento, pois os quadros clínicos que se apresentam aos serviços de saúde mental poderão obter melhor prognóstico se tratados ambulatorialmente. Segundo o autor, a dicotomia entre tratar a doença e a prática de cerrar os doentes em instituições caracterizadas pelas trancas, grades, abusos medicamentosos, desindividualização dos pacientes, etc, já não é mais o objetivo do papel terapêutico que começa a emergir. Ele afirma ainda que “[...] é possível pretender ultrapassar os limites das instituições de saúde e atuar de forma mais precoce na escola, na fábrica, na empresa, na família, com o objetivo de prevenir os transtornos mentais”. (BEZERRA Jr, 2001, p. 137). E complementa dizendo que:

[...] quando o indivíduo adocece, ele estaria expressando de forma sintomática conflitos pessoais, quer ao nível dos comportamentos aprendidos (behaviorismo), quer ao nível do inconsciente (psicanálise), ou como distúrbios na experiência existencial (fenomenologia).

Em 1948, foi criada a Organização Mundial da Saúde – OMS, que também divulgava, em sua carta de princípios, o reconhecimento do direito à saúde, bem como, a obrigação do Estado no que se relaciona à promoção e proteção da saúde a toda população. Outra criação importante no âmbito da saúde foi o Sistema Nacional de Saúde, em 1975, cujo objetivo era oferecer ações integradas de saúde preventivas e curativas, nas quais os cuidados eram assegurados apenas aos contribuintes da Previdência Social. E somente quando se instituiu a Constituição Brasileira de 1988, introduz-se o Sistema Único de Saúde – SUS, visando mudar não apenas a nomenclatura, mas também a mentalidade do programa, pois reconhece a saúde como direito de todos e é dever do Estado provê-la. Nesse sentido, o atendimento do SUS é universal, integral, democrático e equânime (SCLIAR, 2002; PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2002).

Scliar (2002) argumenta, que desde o início da modernidade, observou-se que as enfermidades não respeitavam as fronteiras determinadas pelas nações. À medida que os meios de comunicação entre os países evoluíram, houve a chamada globalização das doenças, que ocorreu tanto pela disseminação de enfermidades infecciosas como pelo fruto da adoção de estilos de vida, pouco saudáveis pelas culturas hegemônicas.

De acordo com Scliar (2002), nota-se uma mudança em como os profissionais de saúde e até mesmo a população vê o ser humano e a doença, passando de um olhar mágico, característico da Antiguidade até a Idade Média, para um olhar social, que surge quando a sociedade adquire grau suficiente de complexidade e de organização, abrangendo todos os grupos sociais. Ou seja, o olhar da saúde pública transitou do autoritarismo à democracia, conquistando um caráter crítico e desiludido.

### **2.1.3 – Do Modelo Biomédico ao Biopsicossocial da Saúde e da Doença.**

Com a emergência dessa nova área da Psicologia, a Psicologia da Saúde, bem como para outras profissões da área da saúde, surge o desafio ao Modelo Biomédico, que predominava desde o século XVII. Caracterizado como reducionista, por separar mente e corpo, e não dar importância aos aspectos psicológicos e sociais como constituintes e até mesmo, contribuindo com o aparecimento de muitas doenças. Bezerra Jr. (2001) afirma que nesse tipo de atendimento, os médicos não atendem, mas despacham; não medicam e sim repetem receitas. E o que predominava nos atendimentos era a falta de tempo hábil para se chegar a diagnósticos confiáveis, havendo marcação de consultas e retornos de 30 em 30 dias, impossibilitando assim, a evolução do caso, gerando um “[...] círculo vicioso que cronifica médico e paciente neste simulacro de tratamento” (BEZERRA JR., 2001, p. 148). Nessa perspectiva, o Modelo Biomédico gera nomes sem rosto, pacientes sem história, que saem dos atendimentos com apenas um amontoado de remédios e a marcação de retorno para um mês ou mais.

Como esse modelo não era condizente com a nova proposta de abordar a saúde e a doença, surge a necessidade de substituir esse modelo, por um que levasse em consideração os aspectos psicológicos e sociais das pessoas, encarando 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 (STROEBE; STROEBE, 1995).

Sendo assim, propôs-se um novo modelo, o Biopsicossocial, que, segundo Stroebe e Stroebe (1995), defende a idéia de que os fatores biológicos, psicológicos e sociais são determinantes importantes da saúde e da doença. Os autores complementam que os médicos devem considerar a interação desses fatores 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).

Esse modelo procura contemplar todos os aspectos que permeiam o processo saúde-doença, sejam eles: físico, mental ou social. Neste modelo, 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 que tange o binômio saúde-doença (ENUMO, 2003; BEZERRA JR., 2001).

#### **2.1.4 – Situando o Conceito de Saúde**

De acordo com Scliar (2002, p. 93) “[...] conceituar saúde é um problema que só surgiu há pouco tempo”. E essa preocupação com o conceito ocorreu principalmente em função da necessidade de pensar e desenvolver ações de saúde que abarque os planos coletivo e individual, e que atuem nas mais diferentes esferas, seja ela física, psicológica ou social.

Quando se começa a pensar e discutir sobre saúde, a questão da doença é algo implícito, mesmo porque, antes da OMS formular o conceito de saúde, como sendo o estado de mais completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de enfermidade, para o qual estar saudável caracterizava-se apenas e

exclusivamente pela ausência de quaisquer sinais e sintomas de doenças (SCLIAR, 2002; ENUMO, 2003).

O conceito da OMS só começou a vigorar em 1948, mas apenas por volta da década de 1980, com a implementação do novo modelo de lidar com a saúde-doença, o Biopsicossocial, os profissionais da saúde começaram a atuar mais próximos a esse conceito. Outro fator que trouxe esse conceito mais próximo da prática dos atendimentos foi a definição de saúde apresentada na VIII Conferência Nacional da Saúde em 1986, como sendo “[...] resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde [...]”, cujo interesse reside em atingir um sentido mais abrangente à saúde (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2002, p. 83).

No entanto, essa definição da OMS é bastante criticada pelos autores Segre e Ferraz (1997, p. 539), que a consideram “[...] irreal, ultrapassada e unilateral”. Os autores salientam que tal definição visa uma perfeição inatingível, sinalizando uma utopia, uma vez que a perfeição não é algo definível, pois o que é considerado perfeito para determinada pessoa, pode não ser para outra. O que se explica pelo fato de existirem crenças e valores que particularizam e individualizam as pessoas.

Os autores Segre e Ferraz (1997), ainda chamam atenção para o fato de que os profissionais da saúde somam esforços para não mais visar a separação entre mente e corpo. Contudo, a definição de saúde da OMS expressa certa distinção entre o físico, o mental e o social. Eles argumentam também que até a expressão “Medicina Psicossomática” está superada, uma vez que:

[...] o estilo e o ritmo de vida impostos pela cultura, a modalidade da organização do trabalho, a vida nas metrópoles, entre tantos outros fatores, poderiam fazer pensar, até mesmo, em uma suposta unidade “sócio-psicossomática”. (SEGRE; FERRAZ, 1997, p. 540).

Complementam afirmando que isto se explica pelo fato das injunções sociais atuarem como inter-agentes, expressando-se de forma bastante clara com os aspectos físicos e mentais (SEGRE; FERRAZ, 1997). Dentre esses aspectos se encontram a autonomia e o subjetivismo, que ultrapassam o próprio ambiente sócio-



cultural e características genéticas das pessoas e que na maioria das vezes não são levados em consideração quando se desenvolvem e se instituem estratégias em políticas de saúde, explicando o porquê de sua ineficácia em certos casos e circunstâncias.

Outro aspecto exposto pelos autores, e que influencia sobre as questões políticas e sociais, este mais de ordem prática, é a falta de recursos, principalmente no que tange à alimentação. Os autores lançam a seguinte indagação:

Será que alguém, pelo simples fato de não ter recursos para se alimentar de acordo com nossos padrões, poderá aprioristicamente ser considerado com qualidade pior de vida do que uma pessoa bem alimentada? (SEGRE; FERRAZ, 1997, p. 541).

Para esta pessoa, qual será o “perfeito” bem-estar? Quando ela tem algo para comer? Quando seu estômago não está “reclamando” de falta de alimento? Dessa forma, a ênfase na subjetividade exposta pelos autores explica principalmente, porque a definição de saúde estabelecida pela OMS encontra-se inadequada (SEGRE; FERRAZ, 1997).

Segre e Ferraz (1997, p. 542) expõem ainda, que este “[...] enfoque é importante para uma visão ampliada de saúde pública. Necessariamente ela observa, descreve, avalia e administra indicadores: a política de saúde louva-se nesses elementos”. Baseando-se nesse enfoque, “[...] não se poderá dizer que saúde é um estado de razoável harmonia entre o sujeito e a sua própria realidade?”.

Essa crítica dos autores Segre e Ferraz (1997), certamente procede nos dias atuais, contudo, a OMS foi extremamente assertiva e corajosa ao definir em 1948 saúde dessa maneira, mas como é necessário acompanhar o progresso sócio-econômico e científico do país, daqui a algumas décadas, outros autores com certeza irão criticar essa idéia exposta por Segre e Ferraz.

Sarriera et al. (2003) verificam uma diversidade de compreensões, quanto ao conceito de saúde, num estudo realizado com sete pesquisadores e profissionais da área da Psicologia, que atuam no Brasil, Espanha e Argentina e que orientam suas práticas pelos seguintes referenciais teóricos e metodológicos: social-crítico, clínico (enfoque psicodinâmico e cognitivo-comportamental), ecológico-contextual e

comunitário. Os autores fizeram uma comparação entre a revisão bibliográfica encontrada sobre o conceito de saúde, com a análise do conteúdo das entrevistas realizadas com esses profissionais. Os dados revelaram a existência de um contínuo entre os enfoques individual e social no entendimento da saúde. Sendo assim, há os que compreendem a saúde como um fenômeno eminentemente individual, como por exemplo, o paradigma clínico, em contrapartida, outros percebem a saúde determinada, principalmente, pelo social, como pode ser observado no paradigma social-crítico. Esse paradigma considera que o indivíduo é saudável quando está inserido ativamente na comunidade, onde a competição e a individualidade seriam fontes de produção de doença. No paradigma ecológico-contextual, há uma consideração com a saúde positiva, não focalizando somente a doença. Já no paradigma comunitário existe uma preocupação maior com o ambiente psicossocial e a forma como esse é percebido.

A Medicina tem avançado a passos largos, e gerando alto nível de conhecimento que, por sua vez, resulta em um aumento da expectativa de vida da população. Esse aumento da expectativa de vida pode ser notado devido a eliminação de doenças infecciosas, comuns há algumas décadas, como por exemplo a pneumonia, a tuberculose, a poliomielite, o sarampo, que eram causa de morte freqüente. Pessini e Barchifontaine (2002) elencam alguns dados sobre a situação da saúde no mundo, dentre eles que em 1955 a expectativa de vida ao nascer era de 48 anos, em 1975 de 59 anos e em 1995, de 65 anos. O número de mortes entre crianças com menos de cinco anos diminuiu de 19 milhões em 1960 para 11 milhões em 1996. Dentre as doenças que mais matam no Brasil desde 1994 encontram-se: infarto agudo do miocárdio, derrame/isquemia cerebral, insuficiência cardíaca, diabetes *mellitus* e pneumonia. Por outro lado, as doenças que mais incapacitam no mundo são: depressão, anemia ferropriva, quedas, alcoolismo e doença pulmonar obstrutiva crônica.

Estudos evidenciam que atribuir única e exclusivamente aos avanços da Medicina à aquisição dessa conquista seria demasiado limitado. É preciso considerar que as mudanças das condições sanitárias, nutricionais e dos estilos de vida, contribuíram significativamente para o aumento da expectativa de vida (STROEBE; STROEBE, 1995; PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2002).

Um estudo realizado por Belloc e Breslow (1972 apud STROEBE; STROEBE, 1995), com 6.928 habitantes do condado da Alameda, Califórnia, evidenciou que a

saúde é influenciada pela maneira como se vive, isto é, uma pessoa será mais ou menos saudável de acordo com os comportamentos que adotar. Estes autores constataram, que quando maior era o número de bons hábitos,<sup>1</sup> que as pessoas possuíam, maior era a probabilidade de terem uma sobrevida melhor, pelo menos nos próximos cinco anos. Esse estudo corrobora o fato de que a responsabilidade pela saúde não está limitada única e exclusivamente à classe médica e que a pessoa pode ter grande influência sobre seu estado de saúde.

O fato de aumentar quantitativamente a sobrevida das pessoas muitas vezes não lhes garantia qualidade de recuperação nos âmbitos físico, social e emocional. Tendo em vista o aumento da expectativa de vida, assim como a prevalência de doenças crônicas. Torna-se de suma importância mensurar o impacto que esse aumento quantitativo causa nessas pessoas, na identificação de tratamentos mais efetivos e, ainda, na distribuição de recursos e desenvolvimento de programas de saúde (RAMOS-CERQUEIRA; CREPALDI, 2000; DUARTE et al., 2003).

Embora tenha havido mudanças que contribuíram para a longevidade, outras e importantes mudanças sociais como a industrialização e a urbanização, que resultaram do desenvolvimento econômico, têm causado efeitos alarmantes nas estruturas das comunidades, no funcionamento das famílias, bem como, no bem-estar psicológico das pessoas. Essas mudanças vêm comprometendo os tradicionais sistemas de apoio psicossocial, fato esse que reduz em grande parte a capacidade dos indivíduos, famílias e comunidades de enfrentarem de maneira eficaz suas angústias, enfermidades e incapacidades físicas. Sebastiani (2000, p. 203) comenta que:

O aumento devastador do consumo de álcool e drogas, o incremento do estresse e seus efeitos em estilos e condições de vida são responsáveis por uma extensa gama de reações disfuncionais e enfermidades crônicas; a predominância de enfermidades mentais, problemas perinatais, suicídios, acidentes e violência, o avanço significativo dos casos de depressões, entre outros, deixam claro que a consideração da dimensão psicossocial da saúde e enfermidade constituem uma grande necessidade e um espaço inquestionável para a psicologia como ciência e para os

---

<sup>1</sup> Os autores elencam sete práticas de saúde que consideram bons hábitos, são elas: 1- dormir sete a oito horas por dia; 2- tomar o pequeno-almoço quase todos os dias; 3- nunca ou raramente comer entre as refeições; 4- ter presentemente ou estar próximo do seu peso ideal em função de sua altura; 5- não fumar cigarros; 6- uso moderado ou total abstinência de álcool; 7- atividade física regular.

psicólogos como profissionais interessados na melhoria das condições de saúde e qualidade de vida do ser humano. (SEBASTIANI, 200, p. 203).

Nesse contexto, reside a grande contribuição e importância da Psicologia da Saúde que se desenvolve no sentido de integrar o conhecimento psicológico relevante para manutenção da saúde, prevenção de doenças e adaptação às doenças. Fazendo com que as pessoas entendam que é preciso adotar estilos de vida mais saudáveis, não visando apenas a longevidade, mas também para que tenham qualidade de vida sem serem acometidos por quaisquer doenças crônicas. (STROEBE; STROEBE, 1995). Contudo, a adoção de estilos de vida mais saudáveis não é tão simples, pois é necessário levar em consideração os aspectos sociais e econômicos que interferem no processo saúde-doença. Sendo assim, os profissionais da área da saúde precisam estar atentos a esses aspectos, pois a questão não reside apenas em orientar os pacientes a adotarem práticas saudáveis, mas estarem cientes das reais condições e possibilidades que os pacientes possuem para adotar essas práticas.

Segundo Duarte et al. (2003), diversos são os aspectos que justificam o atual interesse em estudar a qualidade de vida das pessoas portadoras de doenças crônicas, dentre eles, a avaliação do impacto dos tratamentos e outros determinantes, como a não adesão a esses tratamentos. É nesse aspecto que se instaura a lacuna “saber-fazer”, e a indagação “Por que as pessoas tendo conhecimento acerca dos riscos que correm se adotarem determinados comportamentos ou práticas, mesmo assim os fazem?”.

Partindo do pressuposto de que o conhecimento por si só não é responsável pela mudança de comportamento, é necessário entender quais os aspectos que interferem entre o saber e o fazer. Dessa preocupação, surgem os diversos determinantes do comportamento humano, ou seja, deve-se levar em consideração o caráter racional, assim como o não racional das escolhas de comportamentos (CHOR, 1999).

De acordo com Chor (1999), alguns dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares como o hábito de fumar, o consumo de álcool, a obesidade dentre outros, são passíveis de modificação, através de mudanças de estilos de vida. Nesse caso, a promoção da saúde, bem como a prevenção de

algumas enfermidades podem ocorrer através da diminuição da incidência prevalente desses. E para isto, devem-se observar os hábitos e valores da sociedade, já que as atitudes aparentemente individuais são fortemente influenciadas pelos hábitos coletivos. A autora discute ainda, as estratégias para traduzir em ação preventiva, o conhecimento gerado no âmbito da saúde pública, no qual, primeiramente, procura-se favorecer normas e leis que respaldem e valorizem a vida. E em um segundo momento, propõe a presença de profissionais de saúde em locais de trabalho e escolas, tornando possível que grupos compartilhem experiências de vida, e possam identificar seus temores e esperanças em relação à saúde, para que as descobertas científicas tornem-se mais acessíveis no cotidiano de cada um.

### **2.1.5 – Por que estudar os sentidos de saúde e de doença?**

Estudos realizados mostram que a educação em saúde é pautada, essencialmente, no fato de como as pessoas entendem o processo saúde-doença, como conceituam doença e o que fazem para cuidar de sua saúde.

Dessa forma, torna-se extremamente necessário estudar os sentidos que as pessoas atribuem à saúde e à doença, pois somente assim, será possível se instituir estratégias eficazes para conscientizar a população sobre a responsabilidade e direitos que têm sobre sua saúde, e deixem de delegar esta responsabilidade aos profissionais da área da saúde e aos serviços de saúde em geral. Os direitos são no sentido de expor as desigualdades sociais existentes no âmbito onde estão inseridos. Aqui, a questão transita do contexto intrapsíquico para o relacional (social). Principalmente àquelas pessoas portadoras de doenças crônicas como o diabetes, a hipertensão, entre outras, que não possuem cura, mas que com a adoção de medidas prescritas pelos profissionais da área da saúde para cada doença em particular, a pessoa pode ter uma vida sem maiores comprometimentos.

Em seguida, será abordado como se dá a formação de conceitos e, como e porque os estudos sobre como as pessoas conceituam a saúde e a doença e os sentidos a elas atribuídos estão, cada vez mais, sendo desenvolvidos.

### 2.1.5.1 – Sentidos sobre a saúde e a doença

Os autores Ausubel et al. (1980 apud Boruchovitch et al., 1991) argumentam que existe uma grande importância no estudo dos conceitos e dos processos pelos quais eles se formam, uma vez que vivemos em um mundo de conceitos. Os autores acrescentam que a investigação sobre a formação de conceitos concentra-se na análise dos fenômenos cognitivos e sociais envolvidos na aquisição dos mesmos.

Boruchovitch et al. (1991, p. 418) expõem as premissas básicas existentes na formação de conceitos:

a) os conceitos são vistos como “alicerce” 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 considerada gradativa, contínua e progressiva; e) há ganhos progressivos no nível de abstração no qual ocorre o processo de aquisição de conceitos.

Boruchovitch et al. (1991) salientam que os fatores sociais são fortemente imbricados na formação dos conceitos, mesmo porque, as pessoas fazem parte de um contexto histórico, cujos valores e crenças que imperam nos contextos onde as pessoas estão inseridas, que se traduzem e se expressam na gênese dos conceitos. Dessa forma, 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”. (BORUCHOVITCH et al., 1991, p. 419).

E com relação aos conceitos de saúde e de doença, Novaes (1976 apud Boruchovitch et al., 1991) expõe que ambos são muito mais valores sociais, colocados historicamente, do que geralmente se vê como a simples expressão da situação biológica do organismo. Dentro dessa perspectiva Boruchovitch et al. (1991, p. 419) argumentam que o conceito de doença assume duas posições, uma de “[...] conceito espontâneo, concreto, facilmente adquirido pelas pessoas, visto que se refere a uma experiência direta que elas vivenciam [...]” e outra de “[...] um conceito formal, abstrato, científico e com atributos essenciais precisos.”

Assim, para que seja possível trabalhar esses conceitos em sua amplitude, sem que alguns aspectos sejam priorizados em detrimento de outros, é preciso saber que os significados deles não se esgotam em suas definições. Não basta saber definir saúde e doença para entender seus sentidos, mas também é preciso compreender seu processo histórico, suas conseqüências e seus complexos determinantes, que muitas vezes são reduzidos às simples existência ou ausência das interações agente etiológico-hospedeiro (BORUCHOVITCH et al., 1991).

Oliveira (1998) chama a atenção para o fato de que a compreensão sobre o processo saúde-doença permeia toda organização da prática em saúde e toda a relação do usuário com o sistema de saúde, suas crenças, seus modos de agir e sua adesão ou não aos cuidados em saúde. O autor complementa afirmando que:

A forma pela qual o indivíduo se percebe “estando doente” determinará diretamente de que modo ele relatará a evolução de sua doença para o “curador”, como entende que o exame físico deva ser realizado, o estabelecimento do diagnóstico e o tratamento para aquilo que está sentindo. (OLIVEIRA, 1998, p. 81).

Alguns estudos estão sendo desenvolvidos no sentido de buscar delinear os sentidos atribuídos à saúde e à doença com métodos distintos e em diferentes populações. Os autores Borges e Japur (2005) desenvolveram uma pesquisa dentro dessa proposta, cujo objetivo foi descrever sentidos de saúde-doença, produzidos em grupos comunitários realizados no contexto de um Programa de Saúde da Família – PSF. O estudo foi baseado no construcionismo social, que compreende que os sentidos construídos pelas pessoas sobre si mesmas e sobre o mundo são frutos das interações entre as pessoas, situadas em contextos históricos específicos, e alicerçados pelos processos locais de negociação dos sentidos em suas práticas cotidianas. No qual:

[...] a atenção em saúde é vista como uma prática social dentro de um contexto histórico e cultural, e cujos sentidos são permanentemente (re) construídos 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).

O estudo foi desenvolvido em um bairro de classe média baixa, de uma cidade de grande porte no interior do Estado de São Paulo. Foram formados cinco grupos comunitários, que em cada um reunia moradores de uma mesma rua, em cinco ruas diferentes. As ruas foram escolhidas partindo de critério geográfico, que compunha a área de abrangência do PSF. Os grupos foram de sessão única, com duração de aproximadamente uma hora e quinze minutos, com cinco a nove participantes cada um, compostos apenas por mulheres, que foram as interessadas em participar, apesar do convite ter sido dirigido a toda a família dos domicílios selecionados. Os temas discutidos nos grupos foram: “o que é estar com saúde”, “o que é estar doente” e “o que é cuidar da saúde”. As conversas foram gravadas e posteriormente transcritas para a análise, e sinalizaram que as participantes:

[...] demandam por um tipo específico de cuidado em saúde, dependendo do momento da vida em que se encontram. Quando falavam no lugar de pessoas saudáveis, a promoção de saúde foi o recurso privilegiado; porém, nos momentos em que discutiam alguma doença ou fragilidade, o acesso a serviços e intervenções profissionais para propiciar sua recuperação foi o instrumento requerido [...].(BORGES; JAPUR, 2005, p. 516).

O estudo desenvolvido por Boruchovitch et al. (1991) procurou compreender o que professores e alunos do ensino fundamental pensam sobre doença e como cuidam de sua saúde. A realização do trabalho ocorreu em dez escolas (cinco públicas e cinco particulares) de cinco bairros do Estado do Rio de Janeiro. A amostra dos professores contabilizou 123 participantes com idade variando entre 19 e 46 anos, e a amostra de alunos foi de 394 participantes, com idade entre seis a dezoito anos. Como instrumento de medida, foi utilizado um questionário que envolvia diversas áreas temáticas, dentre as quais se encontravam questões sobre os conceitos de saúde e doença como por exemplo: “Como você cuida da saúde?”, “O que é doença para você?”, etc, que foram aplicados coletivamente com os professores em dias e horários marcados para não interferir na rotina das atividades escolares. Já a aplicação com os alunos diferiu de acordo com a idade. Os alunos de primeira e segunda séries foram entrevistados oralmente, pois nessa faixa etária seis e oito anos, não possuem pleno domínio da leitura e da escrita. E para os



alunos de terceira à oitava séries, a aplicação do questionário ocorreu de forma coletiva. As respostas foram categorizadas, por exemplo, um aluno da terceira série responder à pergunta “O que é doença para você?” da seguinte forma: “Doença é uma coisa ruim”, que foi incluída na categoria “Atribuição de Afetos”.

Os resultados revelaram que para o conceito de doença, as respostas dos alunos foram divididas em onze categorias. Em 33,9% das respostas a doença foi associada pelos alunos a uma sensação; 13,8% referem-se à doença atribuindo-lhe afetos (8,1%) ou nomes (5,7%). Outro fato evidenciado é que há diferença nas respostas à medida que se eleva a idade e o grau de instrução, que apesar do baixo índice de respostas caracterizarem a doença como uma perturbação do funcionamento do organismo (2,6%), este tipo de resposta surgiu a partir da quinta série e atingiu seu valor máximo na oitava série (14,6%). Para as respostas dadas pelos professores, quanto ao conceito de doença, foram elencadas nove categorias, dentre elas as idéias de desequilíbrio ou mau funcionamento do organismo (25,2%) e de ausência de saúde ou defesas do organismo (18,4%) (BORUCHOVITCH et al., 1991).

Já as respostas com relação aos cuidados com a saúde, tanto dos professores, que foram divididas em seis categorias, quanto dos alunos, divididas em cinco categorias, mostraram conteúdos bastante próximos. A categoria mais expressiva para ambos os grupos foi a de “Ação de Cuidados Físicos”, totalizando 92,3% para professores e 89,7% para alunos. Esta categoria foi dividida em subcategorias dentre as quais destacam-se as que associam o cuidado com a saúde à higiene, alimentação e busca de atendimento médico-farmacológico, entre outros. Em suma, os resultados mostraram que tanto a doença como a manutenção da saúde são vistas por professores e alunos, essencialmente por seus aspectos biológicos e orgânicos (BORUCHOVITCH et al., 1991).

Outro estudo desenvolvido por Oliveira (1998), a partir dos depoimentos pertencentes ao banco de dados da pesquisa “corpo, sexualidade e reprodução: um estudo sobre representações sociais”, projeto desenvolvido pelo Núcleo de Antropologia do Corpo e da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, no qual 200 entrevistas domiciliares foram realizadas com 100 homens e 100 mulheres em idade reprodutiva, que eram atendidas em quatro UBSs da cidade de Porto Alegre-RS. As UBSs prestam atendimento em nível de tratamento, promoção e prevenção à saúde. O objetivo da pesquisa foi analisar as diversas definições de

doença em classes populares, partindo da premissa de que a doença constitui um fenômeno social, superando os limites biológicos do corpo.

Os resultados da pesquisa sinalizam uma divisão no entendimento sobre a doença em dois níveis de análise. O primeiro refere-se ao quadro sintomatológico associado à doença como, por exemplo, dor/febre, fraqueza, falta de apetite. O segundo, diz respeito a suas conseqüências como: “não poder trabalhar” e “ficar de cama”. Essas concepções não são excludentes e mantêm entre si relação de complementaridade. Outra questão evidenciada com os resultados é a distinção entre “doenças simples” e “doenças sérias”, em que as doenças tidas como sérias são percebidas como mais graves, forçando as pessoas a procurar serviços de saúde. E ainda, há a percepção de doença como fenômeno cumulativo, no qual os sintomas vão se agregando, a ponto de piorar a saúde das pessoas com o passar do tempo, como por exemplo, um resfriado que evolua para uma dor de ouvido ou pneumonia (OLIVEIRA, 1998).

De maneira mais específica, o autor procurou agrupar as respostas por categorias, que se classificam em três grandes grupos: as que representam doença por uma dor ou febre, que são as respostas mais freqüentes, em que a dor surge como elemento desestabilizador de estado de equilíbrio nas pessoas; as que a relacionam com “não poder trabalhar”, em que muitas vezes as pessoas, em especial os homens por serem, geralmente, os provedores das famílias, suportam a doença, inclusive a dor, até que não seja mais possível trabalhar, uma vez que a falta de trabalho pode acarretar problemas financeiros; e, por último, a que situa as doenças dentro de uma gama de definições, abrangendo considerável lista de queixas clínicas e sintomas amplos, variando desde uma gripe forte até o alcoolismo, por exemplo (OLIVEIRA, 1998).

#### **2.1.6 – Gênero e Saúde**

Antes mesmo de abordar a estreita relação entre gênero e saúde, cabe situar ou conceituar a palavra gênero. Bandeira (1999) expõe uma distinção entre gênero e sexo, por mais complexo que sejam os indicadores biológicos e histórico-culturais existentes e que particularizam cada conceito. Assim,

O sexo é tradicionalmente considerado um dado de natureza biológica, que dicotomiza, que parte o gênero humano em duas categorias distintas – a de macho e a de fêmea, e que se circunscreve aos órgãos de reprodução sexuada [...] já, a idéia de gênero não é fixa ou atrelada necessariamente à de sexo [...] ela exige ou impõe uma forma plural de pensar, acentuando que as representações sobre a ordem biológico-anatômica podem ser múltiplas e que diferem não apenas em cada sociedade, mas nos diversos momentos históricos, ao se considerarem as diferenças étnicas, raciais, de classe, que as constituem. (BANDEIRA, 1999, p. 181-2).

Louro (1996, p. 09) argumenta que “[...] gênero não pretende significar o mesmo que sexo, ou seja, enquanto sexo se refere à identidade biológica de uma pessoa, gênero está ligado à sua construção social como sujeito masculino ou feminino”. Esse conceito faz pensar o que é ser homem e o que é ser mulher através da relação, isto é, é na relação e em relação que os sujeitos se constituem. E dessa forma, supõe-se que esse conceito é plural, onde há diversas maneiras sócio-históricas de entender homem e mulher. A autora indaga ainda que alguns aspectos como a classe, a religião, a raça a idade, etc., podem alterar as concepções de homem e mulher tanto em sociedades e culturas distintas quanto no interior de uma mesma sociedade. Sendo assim, a essência masculina ou feminina não é natural, universal ou imutável, mas respeita os processos de construção ou formação dentro de uma perspectiva histórica, lingüística e social.

E é justamente, partindo da concepção de gênero que se propõe uma apreciação no âmbito da saúde, porque, a maneira como homens e mulheres lidam com as questões voltadas à saúde e à doença é explicada muito além dos aspectos biológicos, há uma enorme necessidade de se levar em consideração os aspectos sócio-culturais no trato com a saúde, já que homens e mulheres reagem de maneira diferente tanto no aparecimento, enfrentamento quanto na adesão a estratégias de tratamentos para suas enfermidades. Pinheiro et al. (2002) expõem sobre as distinções quanto aos fatores de risco relacionados a problemas de saúde em ambos os sexos. Para as mulheres, dentre os fatores que aumentam o risco de algumas doenças se encontram a obesidade, o estresse e as pressões associadas aos papéis sociais exercidos por elas. Em contrapartida, para os homens, o fumo, a

ingestão de álcool e, desvantagens em situações ligadas ao trabalho acarretam o aumento de riscos de problemas de saúde.

Outra distinção associada ao gênero citada por Pinheiro et al. (2002), refere-se aos aspectos psicológicos imbricados na forma como as pessoas percebem os sintomas, fazem uma avaliação da doença, e ainda o que fazer para a manutenção da saúde.

Dentre os aspectos psicológicos que mais acometem as pessoas, encontra-se o transtorno de ansiedade, que segundo Kinrys e Wygant (2005), as mulheres demonstram um risco significativamente maior, quando comparado ao risco dos homens desenvolverem tal transtorno. Os autores fizeram uma revisão da literatura existente no que tange à prevalência, à epidemiologia e à fenomenologia dos transtornos ansiosos entre as mulheres e suas implicações para melhorar a eficácia dos tratamentos. Para essa revisão da literatura, os autores se basearam, principalmente, na Pesquisa Nacional de Comorbidades (*National Comorbidity Survey – NCS*), e consideraram transtornos de ansiedade: o transtorno de ansiedade generalizada (TAG), transtorno do pânico, agorafobia, fobia social (FS), transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), fobias específicas e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), que é a classificação existente no Manual de Diagnósticos e Estatísticas de Transtornos Mentais, IV Revisão (DSM – IV). Os dados das pesquisas sugerem que as mulheres, ao longo da vida, possuem probabilidade duas vezes maior de preencherem os critérios diagnósticos para transtorno de pânico, TAG e TEPT e de aproximadamente uma vez e meia maior de preencherem os critérios para TOC e FS que os homens.

Outro fato evidenciado nas pesquisas e relatado por Kinrys e Wygant (2005, p. 48) é que, além dos transtornos de ansiedade ocorrerem com maior prevalência nas mulheres, “[...] as diferenças de gêneros também existem na apresentação clínica e nas características de tais transtornos e na prevalência de co-morbidades com transtornos psiquiátricos”. As mulheres com transtorno de ansiedade relatam maior gravidade de sintomas, maior cronicidade e maior prejuízo funcional do que os homens acometidos por estes tipos de transtorno. Os autores salientam que existe a necessidade de se instituir tratamentos diferenciados para homens e mulheres, no que tange aos transtornos psicológicos, para que se consiga alcançar resultados efetivos no tratamento de ambos os sexos.

Há diferenças também, para os tipos de enfermidades que acometem homens e mulheres. Diversos estudos chamam atenção para uma maior ocorrência de doenças crônicas em mulheres, contudo, quando a gravidade da doença é levada em consideração a maior incidência é nos homens, que sofrem mais de doenças crônicas fatais, como doença isquêmica do coração, arterosclerose, enfisema, câncer, acidente vascular cerebral, cirrose e problemas de rins. Nas mulheres a maior incidência é de doenças de curta duração, sintomas habituais, doenças agudas e transitórias, como: infecções das vias respiratórias superiores, gastroenterite e doenças infecciosas de curta duração; e doenças crônicas não fatais, como: artrite, sinusite crônica, problemas digestivos, anemia, problemas de tireóide ou vesícula, enxaqueca, colite e eczema. Os autores salientam que estes últimos problemas, de modo geral, apresentam baixa letalidade, apesar de produzirem vários sintomas, serem em muitos casos incapacitantes e gerarem um grande volume de demanda aos serviços de saúde. Isto não quer dizer que os homens também não sejam acometidos por essas doenças de baixa letalidade, mas apresentam-nas com menor frequência. As mulheres também relatam apresentar incapacidades oriundas dessas enfermidades, como a restrição de atividades habituais com mais frequência que os homens, cujas queixas começam a aparecer após os 65 anos de idade (PINHEIRO et al., 2002; HELMAN, 2003).

Pinheiro et al. (2002) salientam que a presença dessas distintas doenças que acometem homens e mulheres são incidentes mesmo levando em consideração as variáveis socioeconômicas, como o percentual de contribuição na renda familiar, o fato de ser ou não chefe de família e posição no mercado de trabalho.

Pinheiro e Travassos (1999), quando abordam os fatores que estão associados à utilização de serviços de saúde, citam a variável sexo como sendo uma das que mais influenciam na busca por serviços de saúde, sejam eles públicos ou privados. Os outros fatores associados a esta questão são: necessidade, faixa etária, raça, condição social, disponibilidade de recursos humanos e físicos, facilidade de acesso, a cultura médica local, a ideologia do prestador, entre outros.

Pinheiro et al. (2002), Pinheiro e Travassos (1999) e Straub (2005) salientam que em duas fases da vida não há distinção de sexo no que se refere à procura por serviços de saúde. A primeira refere-se aos primeiros 12 anos de vida e a segunda à terceira idade. Isto é, as crianças e os idosos, sejam eles homens ou mulheres procuram atendimento de saúde na mesma intensidade. Aqui, cabe ressaltar que

nessas duas fases da vida, as pessoas não procuram por si só os serviços de saúde, mas são levadas pelos pais ou responsáveis, ou seja, crianças e idosos geralmente são levados ao médico por seus pais ou responsáveis. Já, na adolescência e na idade adulta, as mulheres são mais propensas a utilizar serviços de saúde do que os homens, o que se explica pelas variações no perfil de necessidades de saúde entre os sexos. Dentre essas variações incluem-se a gravidez e o parto, além de que as mulheres são mais preocupadas com sua saúde do que os homens, fazendo com que sejam mais atentas à promoção da saúde e prevenção de doenças.

Helman (2003) chama atenção para o fato de que, de acordo com os aspectos na cultura de gênero masculina, frente ao sofrimento e a dor, é normalmente esperado dos homens, uma postura desprovida de emoções, sem queixas e, conseqüentemente, resistentes em consultar um médico. Isto pode fazer com que muitos homens não se atentem aos sintomas iniciais de doenças graves. Essa cultura de gênero explica muitas vezes o fato dos homens procurarem em menor grau por serviços de saúde, quando comparado às mulheres.

As mulheres não aparecem apenas como sendo as que mais utilizam os serviços de saúde, mas também, são as principais responsáveis, segundo Helman (2003), pela assistência à saúde. Isso ocorre tanto nos setores informal e popular, onde a maior parte da assistência primária à saúde ocorre nos núcleos familiares, realizada por mães e avós, quanto no setor profissional, que apesar dos empregos que são melhor remunerados ter uma maior freqüência de homens – a Medicina, a maioria dos profissionais da saúde é do sexo feminino.

Por fim, tentando mapear a questão de gênero no âmbito da saúde, Aquino (2006) realizou um estudo cujo objetivo residiu em descrever o perfil e as tendências da atividade científica sobre gênero e saúde no Brasil. Para tanto, utilizou como banco de dados o Diretório de Grupos de Pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq 2005, o Banco de Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES em 2006 e ainda, quatro periódicos da área da saúde, no período de 1980 a 2005. Os resultados evidenciaram um crescimento gradativo da produção científica, sendo identificadas 98 dissertações, 42 teses e 665 artigos que contemplavam o tema gênero e saúde. As mulheres aparecem como autoras na maioria dos trabalhos analisados, sendo 86% das teses, 89% das dissertações e 70,5% dos artigos.

Houve uma ascensão das publicações com esta temática na década de 2000, quando ocorreu a ampliação de questões relacionadas ao tema. Os trabalhos foram agrupados e classificados em subgrupos, onde os mais abordados foram: reprodução e contracepção; violência de gênero; sexualidade e saúde, enfatizando as DSTs/AIDS e; trabalho e saúde. Os trabalhos que abordam a questão de gênero oferecem um enriquecimento valioso para a área da saúde, pois propicia a soma de esforços intelectuais e políticos na luta contra as desigualdades pela justiça social.

### **2.1.7 – Contribuições, Relatos de Pesquisa e Desafios da Psicologia da Saúde.**

A Psicologia da Saúde contribuiu muito para a Ciência Psicológica, tanto no âmbito da saúde quanto no social. Dessa forma, alguns pesquisadores preferem denominá-la como Psicologia Social da Saúde (SPINK, 2003).

Pensando, mais especificamente, na relevância dessa área para o âmbito da saúde no que se refere ao conjunto de práticas voltadas para a promoção da saúde, bem como prevenção ou cura de doenças, Spink (2003) aponta três possíveis contribuições. Primeiramente, encontra-se a questão das representações (no sentido de conhecimento prático) que orientam a ação. A autora afirma que “[...] se quisermos influenciar a ação (seja esta ação a busca de atendimento, a automedicação ou até mesmo estilos de vida) precisamos antes compreender o que embasa a ação”. (SPINK, 2003, p. 49). Nesse ponto, não cabe apenas educar, mas também conscientizar, ou seja, elucidar aspectos criativos do pensamento individual das pessoas.

Posteriormente, refere-se à lacuna sobre “saber-fazer”, isto é, analisar o sentido pessoal que cada pessoa deposita nas representações que têm dos eventos, para que dessa forma possam ser desenvolvidas estratégias de cunho preventivo que dê conta de uma maior número de pessoas, e sejam eficientes. Por fim, retomando a questão da Psicologia como prática, destacam-se as mudanças que vêm ocorrendo na inserção dos psicólogos nos serviços de saúde. Fazendo com que cada vez mais os profissionais rompam com a forma tradicional de atendimento – clínico-individual – e adotem uma postura mais acessível para toda a população,

dialogando com outros profissionais da área da saúde, para que possam ter uma visão mais holística do usuário que os procura (SPINK, 2003).

O estudo realizado por Emuno (2003) exemplifica como essa área tem contribuído tanto para a Psicologia quanto para áreas afins, e ainda divulgar sua ascensão. Nesse estudo, foram analisados 28 dos 70 resumos de dissertações do Programa de Pós-graduação em Psicologia – PPGP da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), por serem da área da Psicologia e Saúde, produzidos entre novembro de 1995 a agosto de 2002. Os resultados demonstraram que não há uma teoria específica que oriente a elaboração dos trabalhos. Os professores – orientadores, em sua maioria estão gerando maior produção sobre concepções de saúde-doença (70,6% das pesquisas), sem qualquer referência a alguma abordagem teórica específica. Contudo, fogem a essa regra as pesquisas baseadas na Teoria das Representações Sociais, tida como uma vertente extremamente importante na área da Psicologia Social, que vem aumentando significativamente nesses últimos anos.

A preocupação das pesquisas sobre saúde realizadas no programa reside mais na identificação das variáveis culturais ou sociais, que é o caso de 82,8% das pesquisas, do que identificar variáveis associadas à prevenção de doenças, ao estilo de vida e à manutenção de comportamentos saudáveis, dados encontrados em apenas 16,6% das pesquisas. Com relação ao tema em que as pesquisas se enquadram, a maioria, o que representa 78,6% dos resumos, classifica-se em Atitudes em Saúde, sucedida pelos temas Educação em Saúde e Comportamento e Saúde, ambos com 10,7% dos resumos. A autora demonstra ainda, o aumento de pesquisas relacionadas às categorias: Psicólogos e Questões Profissionais do Pessoal da Área da Saúde (25%) e Formação Profissional e Treinamento (22,2%). Categorias que suscitam a necessidade da análise da formação de psicólogos para atuarem nesta área (ENUNO, 2003).

Os resultados desse estudo delineado por Emuno (2003) corroboram o argumento de Rey (1997) sobre os desafios que esse campo em construção precisa vencer, para que haja sua consolidação. O primeiro desses desafios é o desenvolvimento de uma construção teórica sobre a saúde, havendo a necessidade de superar sua definição em termos de normalidade, equilíbrio e ausência de sintomas. Na nova proposta de definição, a saúde deve ser considerada como um processo permanente, que expressa a qualidade do desenvolvimento da pessoa,



englobando tanto os elementos biológicos, quanto os elementos subjetivos e sociais. Outro desafio importante é incorporar a saúde como eixo para a construção teórica da subjetividade social, pois para que haja o desenvolvimento de políticas que visem à prevenção e à promoção da saúde, que são características essenciais à Psicologia da Saúde, faz-se necessário transformar a definição de saúde organicista e pontual para uma definição social. E, o último dos desafios é o desenvolvimento da saúde no âmbito educativo e institucional, uma vez que toda instituição deve ter uma função educativa, ocupando um lugar essencial na promoção da saúde e na prevenção de problemas de saúde, assim como na constituição da subjetividade social.

Muitos foram os temas de interesse da Psicologia, desde antes da regulamentação da profissão de psicólogo e da criação da Psicologia da Saúde como uma subárea da Psicologia até os dias atuais. Uma das Teorias que tem oferecido respaldo teórico e metodológico e contribuído para que a Psicologia da Saúde amplie e construa seu campo de atuação são as Representações Sociais – RS.

## **2.2 – CONSIDERAÇÕES SOBRE AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**

O campo teórico das Representações Sociais – RS, como abordado atualmente, teve como precursor Serge Moscovici, que iniciou os trabalhos nessa área, e que tem influenciado e dado consistência a tantos estudos atualmente. No Brasil, o interesse por esta teoria data da década de 1970. Interesse que caminhou paralelamente ao desenvolvimento da Psicologia Social, cujo intuito reside na busca do conhecimento de novas representações, seja no âmbito da saúde, da educação, da economia, etc, bem como na expansão do domínio teórico-metodológico desse campo (CAMPOS; ROUQUETTE, 2003; SPINK, 1993).

### **2.2.1 – Definindo Representações Sociais**

O conceito de RS foi inicialmente abordado por Durkheim e difundido na Sociologia, que entendia as RS como “[...] artifícios explanatórios, irreduzíveis a qualquer análise posterior [...] sabia-se que as RS existiam nas sociedades, mas ninguém se importava com sua estrutura ou com sua dinâmica interna”. (MOSCOVICI, 2003, p. 45). Posteriormente, Moscovici procurou abordar as RS dentro de uma perspectiva distinta, passando a considerar como um fenômeno o que primeiramente era visto como um conceito.

Para Moscovici (2003, p. 210), “[...] as RS se apresentam como uma ‘rede’ de idéias, metáforas e imagens, mais ou menos interligadas livremente e, por isso, mais móveis e fluidas que teorias”. O autor complementa dizendo que as RS devem ser entendidas como uma forma única e particular de compreender e comunicar o que as pessoas já sabem, cujo objetivo consiste em abstrair o sentido do mundo e introduzir nele ordem e percepções, que reproduzam o mundo de maneira significativa.

A RS é uma forma de conhecimento, que é desenvolvida e comungada socialmente, cujo objetivo reside em contribuir para a construção de uma realidade comum pertencente a um conjunto social (JODELET, 2001). Sendo assim, as RS orientam e organizam as condutas e as comunicações sociais, influenciando de

maneira incisiva na difusão e assimilação do conhecimento, no desenvolvimento individual e coletivo, a definição das identidades pessoais e sociais, bem como, na expansão dos grupos e nas transformações sociais.

Para Wolfgang (2000), o termo RS pode ser entendido como um conteúdo mental estruturado, ou seja, composto pelos elementos cognitivo, avaliativo, afetivo e simbólico, sobre um determinado fenômeno social que é compartilhado com membros do grupo social.

Jodelet (2001) argumenta que as pessoas criam representações, simplesmente pelo fato de que há uma necessidade constante dessas pessoas estarem informadas sobre o mundo, ou seja, para poderem melhor se ajustar, saberem se comportar, identificarem e resolverem problemas e por fim, dominarem física e mentalmente o ambiente. E como esse mundo de objetos, pessoas, acontecimentos e idéias são construídos na relação inter e intrapessoal é que as RS se tornam tão importantes na vida cotidiana, bem como é alvo de inúmeras pesquisas, que são dotadas de instrumentos conceituais e metodológicos particulares. A autora complementa afirmando que “[...] elas circulam nos discursos, são trazidas pelas palavras e veiculadas em mensagens e imagens midiáticas, cristalizadas em condutas e em organizações materiais e espaciais”. (JODELET, 2001, p. 17-18).

Moscovici (2003) ressalta que as RS são capazes de influenciar o comportamento, bem como as atitudes de um determinado indivíduo que participa de uma coletividade, uma vez que as RS são produtos das ações e comunicações realizadas pelos indivíduos.

Alguns autores, dentre eles, Moscovici (2003), Jodelet (2001) e Ordaz e Vala (2000) mencionam a existência de dois processos responsáveis pela constituição das RS, que são a ancoragem e a objetivação. O primeiro processo – a ancoragem – consiste em tornar familiar algo que é novo, ou seja, não familiar, processo pelo qual as pessoas nomeiam, rotulam algo que inicialmente não fazia parte de quaisquer paradigmas alocados na memória dos indivíduos, para então ser agregado aos conceitos pré-estabelecidos no âmbito mental das pessoas.

O segundo processo – a objetivação – se resume em “[...] descobrir a qualidade icônica de uma idéia, ou ser impreciso; é reproduzir um conceito em uma imagem”. (MOSCOVICI, 2003, p. 71-72). Ou seja, como as palavras não falam “nada”, é necessário relacioná-las a imagens.

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

Ancoragem e objetivação são, pois, maneiras de lidar com a memória. A primeira mantém a memória em movimento e a memória é 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), tira daí conceitos e imagens para juntá-los e reproduzi-los no mundo exterior, para fazer as coisas conhecidas a partir do que já é conhecido.

Esses processos permitem que as pessoas se aproximem das representações em diferentes níveis de complexidade, que transitam da palavra até a teoria e, ainda, permitem igualmente explicar o caráter ao mesmo tempo concreto e abstrato das representações e de seus elementos (JODELET, 2001).

### **2.2.2 - Representações Sociais de Saúde e Doença**

Atualmente, muitos pesquisadores estão preocupados em investigar as RS no âmbito da saúde e da doença, ou melhor, há uma crescente mobilização em se investigar como as pessoas, dos mais diversos segmentos sociais, sejam elas crianças, adultos, idosos, portadores de alguma enfermidade ou não, estão representando, “interpretando”, “concebendo” e/ou “entendendo” a saúde e a doença (CARDOSO; GOMES, 2000).

Na seqüência, será exposto um breve relato das RS de saúde e doença através dos tempos e, posteriormente, como estas RS são abordadas em pesquisas e incorporadas na vida cotidiana das pessoas.

### 2.2.2.1 – Breve Histórico sobre as Representações Sociais de Saúde e de Doença

Segundo Sevalho (1993), as RS sobre saúde e doença sempre ocuparam o palco das inter-relações entre os corpos dos seres humanos e a coisas, bem como os outros seres que os cercam. O autor complementa expondo que:

Elementos naturais e sobrenaturais habitam estas representações desde tempos imemoriais, provocando os sentidos e impregnando a cultura e os espíritos, os valores e as crenças dos povos. Sentimentos de culpa, medos, superstições, mistérios, envolvendo o fogo, o ar, a terra, os astros, a organização da natureza, estão indissolúvelmente ligados às expressões da doença, à ocorrência de epidemias, à dor, ao sofrimento, às impressões de desgaste físico e mental, à visão da deterioração dos corpos e à perspectiva da morte (SEVALHO, 1993, p. 352).

Dentro dessa perspectiva descrita pelo autor, inicialmente, as representações de saúde e doença eram vistas, pelos povos antigos da Mesopotâmia – sumérios, assírios e babilônios – como o resultado de forças externas ao corpo das pessoas, como que entidades sobrenaturais exercessem forte influência nas pessoas que pouco ou nada podiam fazer frente a essa questão. Isso era explicado pelo fato de que os demônios se apossavam dos corpos das vítimas, provocando doenças e somente o exorcismo poderia sanar este problema. Então, essas representações eram vistas como mágicas (SEVALHO, 1993).

Outro aspecto que influenciou as representações sobre saúde e doença foi o caráter religioso, que concebia a doença tanto como maldição quanto como punição.

Certos aspectos de caráter religioso, maldições ou castigos divinos, ainda hoje revestem as RS de saúde e doença. O medo e a culpabilidade sempre participaram da relação do ser humano com a doença, conformando permanências culturais. (SEVALHO, 1993, p. 352).

Para exemplificar esta questão, Sevalho (1993) expõe a questão das doenças como a sífilis e a epidemia da AIDS, cujos portadores destas doenças eram e, ainda são, no caso dos portadores de HIV/AIDS, alvo de inúmeros preconceitos morais, pois muitos proclamavam que essas doenças eram castigos divinos para acabar com a promiscuidade e, por conseguinte, com o pecado.

Para somar às crenças sobrenaturais, mágicas e religiosas, os egípcios desenvolveram a naturalização da saúde e da doença, que foi difundida aos gregos. Mesmo que os chineses e os hindus do Oriente fizessem relação entre elementos da natureza e o corpo, foi com Hipócrates e, posteriormente com seus seguidores, através de uma visão humoral, que houve a passagem do sobrenatural para o natural no que diz respeito às representações sobre saúde e doença. Essa concepção humoral, segundo Sevalho (1993), alicerçou-se em dois pontos principais, no primeiro, o corpo humano é composto por uma quantidade variável de líquidos, e a saúde é oriunda do equilíbrio entre os humores, e no segundo, a doença é o desequilíbrio. Para os gregos, assim como para os chineses e os hindus, entre outros que acreditavam na inter-relação entre os elementos da natureza e o corpo, existiam quatro humores que correspondiam aos elementos da natureza – a água, a terra, o fogo e o ar, em que o equilíbrio dessa inter-relação ditava a saúde. Equilíbrio que era mediado pelos cuidados com o corpo, hábitos alimentares e exercícios físicos.

A concepção humoral dos gregos, bem como a higiene para manter a saúde dos corpos e das mentes, foi comungada, posteriormente pelos romanos que se preocuparam também com as “infecções”, causadas pelos alimentos estragados e pelo ar impuro. Durante os séculos VI e IV a.C., houve uma preocupação que propiciou o desenvolvimento de um esboço de administração sanitária com leis sobre a inspeção de alimentos. Sevalho (1993) expõe que na Idade Média, o mundo Ocidental presenciou a ascensão da Igreja Católica, fazendo com que as representações de saúde e doença retomassem o caráter religioso. Nessa época, havia a separação entre corpo e mente.

O século XIV foi marcado pelo surgimento da epidemia da peste negra, que de acordo com Sevalho (1993), pode ter dizimado dois terços da população europeia. Frente a essa epidemia, as representações de saúde e doença se tornaram mais reais e próximas das pessoas. Dependendo das ações e comportamentos das pessoas, essa doença poderia ser adquirida, já que o contágio

era feito pelo contato com os doentes ou através de peças de vestuário, louça, etc. Assim, era preciso manter distância do perigo, que causava o medo do sofrimento e até mesmo da morte.

A cisão entre o ser humano e a natureza ocorreu com o advento da ciência, quando houve o predomínio do individualismo sobre a naturalização. Dentro dessa perspectiva, o ser humano que acompanhava o nascimento da ciência moderna era, agora, conquistador e proprietário da natureza e não mais seu participante e observador harmonioso (SEVALHO, 1993).

Quando houve o surgimento e desenvolvimento da ciência, os conceitos de saúde e doença se proliferaram, e com o desenvolvimento de cada ciência em particular, as representações sobre esses conceitos ganhavam uma nova concepção como, por exemplo, com o desenvolvimento da astrologia, as partes do corpo humano eram relacionadas aos astros e signos, havendo épocas propícias para a administração de certos remédios. Para a iatroquímica, cuja origem é datada do século XVI, a vida era um processo químico e a doença representava um desequilíbrio na química do corpo. Já os iatromecânicos comparavam o corpo humano a um relógio e a doença ao seu mau funcionamento mecânico. E para os animistas ou vitalistas, o corpo sem a alma não existiria, ou seja, a alma que distribuía o tónus de vida pelo corpo, e o desequilíbrio deste tónus resultaria na doença (SEVALHO, 1993).

Juntamente com o desenvolvimento da clínica moderna, que ocorreu nos hospitais e laboratórios, surgiu a Medicina social, que ocorreu no século XIX paralelamente ao avanço da revolução industrial. E para facilitar a administração das doenças, houve a classificação dos sintomas, que foram agrupados e catalogados, de acordo com suas classes, ordens, gêneros e espécies. Enquanto a Medicina fisiológica procurava sanar somente os sinais e os sintomas da doença, deixando de perseguir suas causas, na qual a saúde e a doença eram vistas limitadas entre si pelo excesso ou diminuição do trabalho fisiológico normal sob a ação de estímulos ambientais externos; a Medicina social enfatizava as relações com o meio ambiente como sendo possíveis causadoras de doenças, para a qual o “[...] tónus normal que por excitação, irritação, podia ter seus níveis fisiológicos normais alterados [...]” (SEVALHO, 1993, p. 358). Essa forma de representar a saúde e a doença introduziu a idéia de estresse, como aponta Castiel (2005), que esforços, trabalhos, irritações,

podem acarretar alterações nas capacidades física e mental das pessoas, levando à exaustão, ao desgaste do corpo e ao estresse.

E por fim, no início do século XX, a microbiologia imperou na compreensão de saúde e doença, cujos primeiros estudos foram realizados com a fermentação no leite, no vinho e na cerveja, para posteriormente serem realizados no corpo humano (SEVALHO, 1993).

### **2.2.2.2 – Abordagens das Representações Sociais no Campo da Saúde e da Doença**

Laplantine (2001) expõe quatro maneiras de abordar as RS no âmbito da saúde e da doença. A primeira consiste em partir do estatuto social das pessoas, sejam eles operários, professores, médicos, psicólogos, isso é, procurar entender como os mais distintos segmentos das classes sociais representam a saúde e a doença.

A segunda abordagem procura questionar a lógica dos sistemas etiológico-terapêuticos, evidenciando-se dois grupos diferentes de representações: um considera a doença:

[...] como uma entidade exógena que penetra, por arrombamento, no corpo de um indivíduo não responsável por isso, e a cura consiste na destruição de uma positividade inimiga com a qual não se deve compor, mas que é preciso literalmente aniquilar [...] (LAPLANTINE, 2001, p. 244).

Para o outro grupo de representações:

[...] a doença não é o contrário de saúde, pois não existe doença em si, tampouco, aliás, saúde em si, mas reações felizes ou infelizes, geradoras de prazer ou de dor [...] o modelo em questão insiste na idéia de que é o próprio doente que se cura. (LAPLANTINE, 2001, p. 244-245).



Uma terceira abordagem das RS consiste em analisar os modelos epistemológicos existentes na sociedade para pensar a doença de forma científica. Dentre eles, incluem-se o modelo biomédico, o modelo psicológico e o modelo relacional. Estes dois últimos compõem o modelo biopsicossocial, que considera os aspectos psicológicos e sociais como responsáveis pela manutenção ou desenvolvimento de determinadas enfermidades (LAPLANTINE, 2001; CARDOSO; GOMES, 2000).

A quarta e última abordagem estuda as distintas representações da doença baseando-se nos diversos locais de assistência terapêutica aos quais as pessoas podem recorrer atualmente, seja a Biomedicina ou a Assistência Hospitalar Universitária, ou mesmo, a Psicologia, a Homeopatia ou a Acupuntura (LAPLANTINE, 2001).

Para exemplificar os tipos de estudos sobre RS que são desenvolvidos no campo da saúde e da doença, é importante citar Lima (2005), que procurou analisar os significados do conceito de saúde e de doença para as pessoas portadoras de diabetes *mellitus*, que foram assistidas no Hospital São Julião, na cidade de Campo Grande, MS, no período de julho a agosto de 2004. Participaram deste estudo 35 pessoas que responderam a uma entrevista semi-estruturada, cujas perguntas versavam sobre características individuais e familiares, bem como, sobre os conceitos de saúde e de doença. Os resultados revelaram que a maioria dos participantes tinha idade entre 41 e 70 anos e escolaridade inferior ao ensino fundamental. A maioria dos participantes associou saúde com bem-estar, e como o diabetes não lhes acarretavam qualquer tipo de dor ou desconforto, mesmo dependendo de medicamentos para o controle de sua enfermidade, se consideravam saudáveis. Os temas associados à saúde que foram mais incidentes durante as entrevistas foram: ter disposição para as atividades laborais ou funcionais, uma coisa boa e, é o mais importante na vida.

Com relação ao conceito de doença, os participantes associaram-no com dor e desconforto. E um dado que chamou atenção nesse contexto foi o fato de que aquilo que não era visto ou sentido, não caracterizava doença. Esse entendimento dificulta na adesão dos pacientes aos programas de prevenção, como por exemplo, para os portadores de diabetes, uma vez que essa enfermidade é denominada como “silenciosa”, por não ter sinais ou sintomas evidentes no início e, que só podem ser evidenciados quando a doença está bastante avançada (LIMA, 2005).

### 2.2.3 – Representações Sociais, o Corpo e a Obesidade.

Vasconcelos et al. (2004) abordam a representação de corpo numa perspectiva histórica para que este possa ser melhor entendido nos dias atuais, pois o ideal de corpo e de beleza sofreram transformações desde o final da Idade Média até a idade moderna. No período do renascimento, a beleza é reconhecida como um reflexo preditor de um caráter moral e social, em que a “aparência era tudo”. No século XVI, identifica-se a preferência pela perfeição física e espiritual, no qual o ideal de beleza corporal feminina é um corpo “roliço”, quadril largo e seios grandes, período que se opõe à época medieval, que valorizava os corpos magros com seios pequenos.

No final do século XVII, ocorre uma mudança no padrão de estética física, bem como, uma mudança nos hábitos alimentares, quando a gordura tanto nos alimentos quanto nos corpos era considerada algo saudável. Para atender aos padrões estéticos do início do século XIX, que representava o período pré-romântico, os corpos mais “cheinhos” perderam espaço para as figuras esguias e lânguidas, que simbolizavam uma delicadeza de sentimentos e uma sensibilidade próprias ao romantismo. Padrão que perdurou durante o século XX, e a aparência física tinha uma RS importante. Nesse período, deu-se o início à exposição do corpo, sendo que a aparência física passou a depender mais do corpo do que antes. Muitos alimentos passaram a ser abolidos dos cardápios, como os açúcares, por exemplo, por serem causadores de problemas à saúde, e por conseguinte, à forma física. Esse panorama mostra que os meios de comunicação desempenharam importante papel, porque começaram a utilizar esse padrão estético para comercializar seus produtos (VASCONCELOS et al., 2004; FERREIRA; MAGALHÃES, 2006).

Nota-se que a concepção de corpo e os sentidos a ele atribuídos, se modificaram desde a Idade Média até os dias atuais. Vasconcelos et al. (2004, p. 76) argumentam que na Idade Média

[...] corpo e alma não eram dissociados. O corpo não tinha sentido se pensado de maneira individual, ele existia dentro de um corpo

social [...] 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 com função de promoção social, que pode trazer um retorno, um corpo que deve expressar saúde. (VASCONCELOS et al., 2004, p.76).

Sendo assim, o portador de obesidade passa a ter um corpo sem saúde, estigmatizado, pois viola a norma existente na vida social. E alcançar um corpo magro passa a ser sinônimo de conquistar a felicidade e o equilíbrio, mesmo porque, é esta a informação veiculada pela mídia, ou seja, ao se alcançar a "magreza", a pessoa conquistará sucesso, tanto na profissão quanto nos relacionamentos amorosos. Vasconcelos et al. (2004) enfatizam que os aspectos amoroso e sexual se tornam um fardo para os portadores de obesidade, havendo grande dificuldade dessas pessoas conseguirem estabelecer uma proximidade afetiva maior com os parceiros, temendo a rejeição.

Queiroz e Otta (2000) argumentam que a noção de corpo é fortemente influenciada pela cultura e é concebida nas relações sociais e alterada de acordo com as crenças e os ideais que são estabelecidos coletivamente. Nessa perspectiva, os autores ressaltam que:

O corpo simboliza a sociedade, e os poderes e perigos atribuídos à estrutura social, guardadas as devidas proporções, são nele reproduzidos [...] Em síntese, a estrutura social se encontra simbolicamente impressa no corpo, e a atividade corporal nada mais faz senão torná-la expressa. (QUEIROZ; OTTA, 2000, p. 32).

Rodrigues (1983 apud QUEIROZ; OTTA, 2000), em sua obra "*Tabu do Corpo*", salienta que o corpo humano, além de constituir um sistema biológico, ele é constantemente afetado por alguns aspectos socioculturais, que permeiam a vida das pessoas, tais como, a religião, o grupo familiar, a ocupação ou profissão, a estrutura de classes, dentre outros. Isso remete à idéia de que os seres humanos são "biologicamente culturais".

Queiroz e Otta (2000), ainda chamam a atenção para o fato de que há uma estreita relação, nas sociedades ocidentais, entre a beleza corporal, inteligência e poder aquisitivo elevado, ou seja, há uma expectativa comum às pessoas de que

peças bonitas sejam capazes e bem-sucedidas. Em contrapartida, os que são considerados “feios”, e aqui se enquadram os portadores de obesidade, tem-se a noção de que sejam pobres, sem instrução e limitados intelectualmente, fazendo com que essas pessoas possuam chances reduzidas de ascender socialmente, sendo estigmatizadas.

Boltanski (2004, p. 158) fazendo um paralelo entre as classes sociais e o corpo, expõe que o sistema de regras que orientam a relação dos indivíduos com o corpo se modifica “[...] à medida que se sobe na hierarquia social, que cresce o nível de instrução e que decresce correlata e progressivamente o volume de trabalho manual em favor do trabalho intelectual”.

O autor acrescenta que:

Os gostos alimentares dos membros das classes superiores que buscam alimentos “saudáveis” e “leves”, legumes verdes, carnes grelhadas ou saladas, os alimentos “de regime” que nutrem “sem engordar”, são motivados em grande parte pela vontade de “manter-se em forma”, evitar a “gordura” ou a “celulite”, de permanecer magro ou de emagrecer. (BOLTANSKI, 2004, p. 158).

Sobre a frequência de atividades físicas como: a prática de um esporte, utilização lúdica, intencional e regrada do corpo, Boltanski (2004) salienta que há um acréscimo progressivo, quando se transita das classes populares às classes superiores, isto é, quando diminui a atividade física de uso profissional. O autor acrescenta que as funções atribuídas à prática do esporte modificam-se quando se passa das classes populares para as classes superiores, ou seja,

[...] Nas classes populares, o esporte é essencialmente uma distração [...] Além disso, os esportes mais praticados pelos membros das classes populares, futebol, basquete ou bicicleta, exigem dos que os praticam, força, destreza e coragem física [...] Requerem um uso do corpo que não é fundamentalmente diferente de seu uso profissional [...] Inversamente, os esportes mais frequentemente praticados nas classes superiores, esqui, natação, atletismo ou tênis, e que requerem uma educação sistemática dos movimentos e uma cultura científica da musculatura, têm como função manter o indivíduo “em forma” [...] conforme os cânones da beleza em vigor nas classes superiores. (BOLTANSKI, 2004, p. 159 a 161).

Ferreira e Magalhães (2006), ao apresentarem sua pesquisa, concebem o corpo como um instrumento natural da pessoa e cada grupo social possui uma expectativa em torno dele, e ainda, é através do corpo que as pessoas se expressam na sociedade, é a sua aparência corporal que faz com que sejam mais ou menos aceitas socialmente. A pesquisa teve por objetivo buscar uma aproximação dos conceitos de corpo, vida, trabalho e obesidade. Foi realizada entre 2002 e 2003, em um Centro Municipal de Saúde de uma favela do Estado do Rio de Janeiro, quando foram entrevistadas 12 mulheres portadoras de obesidade, usuárias do setor de Nutrição do referido local, com idades entre 34 e 60 anos.

A entrevista realizada foi do tipo semi-estruturada, e as respostas foram analisadas à luz da técnica de análise de conteúdo. Os resultados demonstraram que as mulheres só se perceberam acima do peso quando a obesidade lhes acarretou comprometimentos físicos, clínicos, menor agilidade e menor disposição para o trabalho. As participantes relacionaram o desenvolvimento da obesidade a dois eventos de suas vidas, como o casamento e a gravidez. Identificou-se ainda, certa valorização da obesidade nas falas destas mulheres, quando fizeram associação dos corpos magros a provação de alimentos, fraqueza e doença, enquanto seus corpos “gordos” foram vinculados às noções de suficiência alimentar, força e saúde. Aqui, os autores evidenciaram uma contradição, quando, ao mesmo tempo em que as participantes valorizavam o corpo que possuíam, elas julgavam-no como pesado, menos ágil e que causava dificuldades na realização de tarefas (FERREIRA; MAGALHÃES, 2006).

Outro aspecto que emergiu nesta pesquisa com as mulheres da favela foi à desigualdade no acesso à alimentação adequada, e muitas vezes, as classes menos favorecidas não conseguem ter toda semana os alimentos necessários para uma boa dieta, que geralmente são prescritas pelas nutricionistas. No entanto, parece que esse fator não é o único que se relaciona com o fato dessas mulheres não conseguirem perder peso, pois a maioria das participantes relatou que o alimento muitas vezes é utilizado como elemento de conforto para amenizar os problemas do cotidiano, como as angústias, as perdas, as tensões geradas pela falta de recursos financeiros, a violência, a responsabilidade com a casa e com os filhos, isto se relaciona, segundo os autores, à “fome emocional”, que representa a utilização de comida para amenizar inquietações emotivas (FERREIRA; MAGALHÃES, 2006). Característica não exclusiva das classes menos favorecidas, o que pode alterar de

uma classe social para outra são os tipos de problemas do cotidiano, mas a utilização da comida tem a mesma função, a de amenizar insatisfações.

Partindo da concepção de que o corpo é um campo de luta que engloba saberes, práticas e um imaginário social distintos, e ainda, que os hábitos e práticas alimentares são construídos através de determinações socioculturais, nas quais a mídia desempenha um papel importante tanto na construção, quanto na desconstrução de procedimentos alimentares, é que os autores Serra e Santos (2003) desenvolveram sua pesquisa, cujo objetivo foi compreender as estratégias discursivas, utilizadas pela mídia referentes às práticas alimentares para emagrecimento. Foi realizada uma análise de 25 números da Revista Capricho, durante todo o ano de 1999. A escolha desta revista se deu pelo fato de que seu público leitor são na maioria meninas, entre dez e quinze anos de idade, pertencentes à classe média alta. Os resultados revelaram que o empenho em seduzir o público estava presente na maioria das matérias, cujos títulos são extremamente diretos e claros, não escondendo significados ou sentidos. Os discursos sobre as práticas alimentares para perder peso geralmente são veiculados por alguém que as adolescentes se identificam, como os artistas famosos. Os significados e sentidos que subjazem aos discursos são: fama, sucesso, poder e o individualismo, ou seja, o que as adolescentes nesta fase buscam.

Outro aspecto observado nas matérias foi o interesse das indústrias que comercializam produtos ligados ao corpo em divulgar um padrão estético, que se torna quase uma imposição às adolescentes para que elas possam ser aceitas e bem quistas no grupo social. O discurso midiático veiculado na revista analisada é de cunho informativo, contudo, as informações editadas divergem do que a Nutrição preconiza como alimentação e técnicas de emagrecimento saudáveis. E por último, Serra e Santos (2003) chamam a atenção para a questão de que os profissionais da área da saúde precisam estar atentos à ascensão dessas práticas que são estimuladas pela mídia, e ainda, de que é extremamente necessário que eles desenvolvam estratégias educativas com o intuito de informar e orientar as adolescentes sobre os hábitos alimentares.

Felippe et al. (2004) também realizaram um estudo semelhante ao exposto anteriormente. Eles fizeram um levantamento em dois jornais e duas revistas de maior circulação nacional, entre os meses de setembro de 2001 a julho de 2002, a fim de tentarem descobrir como a obesidade é contextualizada. Para tanto, foi

realizada uma análise de discurso nas matérias, que foram associadas ao tema em questão. Esta análise compreendeu três estágios: o primeiro foi uma análise sócio-histórica, que possibilitou a compreensão e contextualização da obesidade; o segundo consistiu em uma análise formal ou discursiva, que forneceu a análise temática, bem como a identificação das formas simbólicas presentes nos discursos midiáticos; e por último, a interpretação ou re-interpretação, que buscou compreender a construção da representação social da obesidade. Os resultados demonstraram que, das 819 edições examinadas, foram identificadas 32 unidades de significados, que foram classificadas nas seguintes categorias: humilhação, desvalia, discriminação, padrão estético, auto-estima e informação/orientação.

Para exemplificar, a categoria humilhação os autores apresentaram termos mobilizadores de sentido, como a dificuldade do portador de obesidade em encontrar um manequim, sentar-se em poltronas, ou “entalar” na roleta do ônibus. Na categoria desvalia, são evidenciados os termos e expressões que denotam sofrimento, desespero, dor, desesperança e desqualificação vivenciadas pelo portador de obesidade. Dentro desta perspectiva, a RS do portador de obesidade consiste em um indivíduo desqualificado, sem força de vontade, com sentimentos de baixa auto-estima, e fora dos padrões estéticos estabelecidos pela mídia. E, há um número considerável de textos e mensagens que apresentam conotação negativa e discriminatória do que maneiras de abordar a obesidade como uma doença que vem assumindo proporções epidêmicas no âmbito da saúde pública (FELIPPE et al., 2004).

Nessa perspectiva, o tema obesidade vem merecendo muita atenção dos profissionais da área da saúde e que se configura como objeto de estudo nas mais distintas populações, pelo fato de ter se tornado um sério problema de saúde pública, tanto no Brasil quanto no Mundo. Para tanto, propõe-se uma caracterização da obesidade: histórico, definição, epidemiologia, tratamento, co-morbidades e aspectos psicossociais.

### 2.3 - CARACTERIZANDO A OBESIDADE

A obesidade é considerada atualmente um dos mais graves problemas de saúde pública. Sua prevalência vem crescendo acentuadamente nas últimas décadas, inclusive nos países em desenvolvimento, atribuindo à doença a condição de epidemia global. A Federação Latino-Americana de Sociedades de Obesidade - FLASO (1998) publicou um documento sobre obesidade, apresentando estudos epidemiológicos em populações latino-americanas, cujos dados são alarmantes. Sendo que à medida que se consegue erradicar a miséria entre as camadas mais pobres da população, a obesidade desponta como um problema mais freqüente e mais grave que a desnutrição. É o fenômeno da transição nutricional, que sobrecarrega os sistemas de saúde dos países latinos em questão, com uma demanda crescente de atendimento a doenças crônicas relacionadas com a obesidade, como o diabetes tipo 2, a doença coronariana, a hipertensão arterial e diversos tipos de câncer. É provável que 200.000 pessoas morram anualmente, em decorrência destas complicações na América Latina. Mas quando e como a obesidade se tornou um problema? Será que sempre foi vista dessa maneira? Provavelmente não. Mas como a população, os profissionais de saúde ou o próprio Sistema de Saúde perderam o controle sobre essa atual epidemia global?

Para tentar responder a essas e outras perguntas associadas à obesidade, bem como entender melhor esse fenômeno, torna-se importante apresentar um breve panorama histórico, com o objetivo de situar o tema em questão. No entanto, o leitor poderá observar que este capítulo é abordado dentro de outra perspectiva que o capítulo anterior, pois a literatura vigente sobre obesidade é basicamente constituída por termos e expressões próprias da área médica, que ainda comungam do Modelo Biomédico, sinalizando em muitos momentos, uma patologização da obesidade enquanto doença. A leitura dessa literatura refletiu na maneira de redigir sobre o assunto, o que se procurou não alterar até mesmo para sinalizar sob que olhar essas informações estão sendo divulgadas, uma vez que as mesmas podem influenciar ou alterar a construção/reconstrução do conhecimento.



### 2.3.1 - A obesidade através dos tempos

Atualmente, a obesidade apresenta um índice de crescimento de proporções alarmantes. Contudo, sua existência não atinge apenas este século, pois a história da humanidade revela que se trata de algo muito antigo. Repetto (1998) afirma que provavelmente a obesidade é a enfermidade metabólica mais antiga que se conhece, o que pode ser constatado na existência de pinturas e estátuas em pedra, representando figuras de mulheres com obesidade com mais de 20 mil anos. Evidências similares de obesidade foram identificadas em múmias egípcias, pinturas em porcelanas chinesas que datam da era pré-cristianismo, em esculturas gregas e romanas e, mais recentemente, na descoberta de vasos das civilizações Maias, Astecas e Incas na América pré-colombiana.

Analisando as informações dessa época, Repetto (1998) sinaliza que dois tipos de obesidade: a glútea e a abdominal foram representados em diversas pinturas e esculturas da Idade da Pedra, oriundas dos mais diversos lugares da Europa. A obesidade do tipo glútea, hoje denominada de ginecóide, é a que prevalece na arte identificada na França, Espanha, Creta, Iugoslávia, Checoslováquia e Ucrânia. Por outro lado, a obesidade do tipo abdominal ou como se denomina atualmente, andróide foi encontrada na Áustria e Romênia. Quando se procura caracterizar melhor esses dois tipos de obesidade, nota-se que a obesidade abdominal parece estar mais relacionada aos povos com fartura de alimentos e maior sedentarismo, estando sempre mais ligada a enfermidades, por haver um maior acúmulo de gordura na região das vísceras, enquanto que a obesidade glútea estaria mais relacionada a um temporário armazenamento de energia para garantir a sobrevivência do indivíduo e da espécie, não parecendo estar associada a enfermidades (BENEDETTI, 2003).

Repetto (1998) ainda salienta que a arte da Idade da Pedra denota a emergente situação da humanidade daquela época, permitindo que possa ser avaliada as mudanças sofridas durante o fim da era neolítica, quando a sociedade iniciou as mudanças centradas em uma paulatina urbanização e agricultura organizada, fatores esses que com certeza, propiciaram um impacto na dieta, na atividade física e no conseqüente surgimento da obesidade.

É possível observar que o primeiro marco histórico que evidencia a evolução da humanidade, que foi a invenção da roda, deu início à jornada de poupança de energia, passando pela utilização dos animais domesticados para a tração e o transporte, mais recentemente, a invenção da máquina a vapor, do motor elétrico, do transporte automotivo e, por fim, até chegar no uso, na maioria dos lares, desse pequeno aparelho poupador de energia músculo-calórica, o “controle remoto” (REPETTO, 1998).

Pode-se notar, que é uma longa história que distancia as representações esporádicas de mulheres com obesidade através das pinturas e esculturas, até o enorme problema de saúde pública que a obesidade se tornou, chegando a atingir proporções epidêmicas. Contudo, desde os tempos remotos, em especial, no período greco-romano, os médicos faziam menção às complicações que a obesidade trazia à saúde humana. Cohen e Cunha (2004) descrevem que nos textos hipocráticos há a descrição de que a morte súbita era muito mais freqüente nos pacientes denominados “gordos” que nos magros. E ainda, que as mulheres “gordas” eram menos férteis que as magras, cuja infertilidade era atribuída a dificuldades na cópula e ao acúmulo de gordura obstruindo a entrada do útero e impedindo a inseminação.

Com relação ao preconceito de que os portadores de obesidade são vítimas nos dias atuais em todas as partes do país, parece não ter sido muito diferente no mundo romano como aponta Repetto (1998, p. 04),

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 obeso, disse: “Um grande ventre é incapaz de produzir um espírito sutil”.

Frente a toda essa problemática, apenas os médicos da época reconheciam que a obesidade era uma doença grave, de difícil tratamento, que diminuía a expectativa de vida e dificultava a fertilidade em ambos os sexos, pois para os pacientes, que eram os mais prejudicados com a enfermidade, a obesidade não era um problema alarmante, e procuravam auxílio somente por razões estéticas.

Inicialmente, o tratamento preconizado pelos médicos baseava-se numa dieta de alimentos com baixas calorias como pão de cevada, vegetais verdes e restrição da quantidade de líquidos e da comida. Eles ainda indicavam para os pacientes exercícios físicos e banho várias vezes ao dia (COHEN; CUNHA, 2004).

Para Galeno, que foi considerado o maior médico da Antiguidade no século II, a obesidade era considerada um distúrbio de personalidade do indivíduo. Ele ainda apontava a existência de duas formas de obesidade: a moderada e a imoderada, em que a primeira era uma forma natural de gordura e a segunda, uma forma patológica. Galeno, segundo Cohen e Cunha (2004), costumava afirmar que a arte de evitar a gordura e manter a boa saúde é ser obediente, pois nos desobedientes isto é impossível.

Já os médicos do Império Bizantino descreviam a obesidade como consequência de uma dieta farta, falta de exercícios e mudanças no humor. Recomendava-se aos pacientes uma dieta rica em vegetais, frutas, peixes e aves e proibidas as carnes vermelhas, os crustáceos, pão, queijo e vinho. Os exercícios e os banhos termais também eram altamente recomendados, por fazerem suar e assim, contribuírem para a perda de peso, além da administração de drogas eméticas e purgativos. Como se pode notar, a dieta, os exercícios e as drogas já eram os métodos mais utilizados para o tratamento dessa milenar enfermidade (REPETTO, 1998).

O início da abordagem científica da obesidade ocorreu em 1568, com a introdução do método quantitativo para avaliar o peso corporal, pelo filósofo e médico italiano Santorio. Fundador do método quantitativo, ele inventou uma cadeira-balança, que era utilizada para medir o peso do paciente em diversas situações: comendo, bebendo, dormindo, fazendo exercícios, durante a evolução de uma enfermidade e entre outras circunstâncias. Esta prática foi utilizada por 30 anos e os resultados foram publicados no livro intitulado *Ars de Statica Medica*. A primeira monografia escrita sobre obesidade data do século XVII, abordando o tema como sendo uma mistura de doença com distúrbio de caráter, redigida por Sydenham, aclamado por muitos como sendo o “Hipócrates Moderno” (REPETTO, 1998; COHEN; CUNHA, 2004).

Durante o século XVIII, houve várias descrições sobre a obesidade, cujo principal autor foi Malcolm Flemyng, que em 1760, publicou uma monografia abordando as quatro causas da obesidade, que ele denominava de corpulência.

Malcolm considerava a corpulência como uma doença que dificultava as funções vitais e que encurtava a vida. O autor assim descreveu as quatro causas da corpulência:

1. a ingestão de grandes quantidades de alimentos, especialmente os ricos em azeites;
2. um excesso de afrouxamento na textura da membrana celular, favorecendo a entrada da gordura;
3. um estado anormal do sangue que facilitaria o armazenamento da gordura sob a forma de vesículas; e
4. uma evacuação deficiente. (REPPETO, 1998, p. 08).

Com o início da Medicina clínica, no período de 1800 a 1850, citações mais freqüentes e descrições sobre obesidade começaram a aparecer. No ano de 1863, um autor chamado Bantig publicou o que certamente foi o primeiro livro de dietas. Essa publicação era um panfleto intitulado: Uma carta dirigida ao público sobre a corpulência, que citava o método que ele havia usado para perder peso, servindo de base para uma conferência sobre dietas (REPETTO, 1998).

Em 1926, os médicos americanos começaram a descrever as co-morbidades associadas à obesidade, principalmente a do tipo abdominal. Eles foram enfáticos na afirmação de que a gordura acumulada na região da cintura, o que caracterizava esse tipo de obesidade, favorecia o aparecimento da hipertensão arterial, um aumento da mortalidade por doenças cardíacas, enfermidades hepáticas por infiltração gordurosa do fígado e uma forma particular de diabetes (COHEN; CUNHA, 2004).

A partir de então, houve uma busca incessante rumo a cura da obesidade, o que levou a descoberta de que sua causa poderia estar associada à insuficiência de algumas glândulas endócrinas. Esse fato fez com que os estudiosos sobre o assunto procurassem delinear as causas dessa enfermidade, cujas primeiras foram: excesso de alimentação falta de exercícios físicos e enfermidades endócrinas. Posteriormente, foram levados em consideração os fatores hereditários e étnicos que fortemente influenciavam no tratamento. Contudo, a principal causa da obesidade parece estar mesmo relacionada com o excesso de ingestão alimentar. Para exemplificar este fato, Benedetti (2003) ressalta que durante as duas grandes

guerras, ou melhor, nos países onde houve uma grande restrição de alimentos, entre 1939 a 1945, durante a Segunda Grande Guerra Mundial e entre os anos 1914 e 1918, durante a Primeira Guerra, o índice de mortalidade pelo diabetes e outras enfermidades crônicas intimamente relacionadas à obesidade diminuiu significativamente.

A preocupação com as causas evoluiu para os estudos sobre a classificação de peso nas pessoas, que foram iniciados por Luis Dublin em 1942. Ele formulou uma tabela de peso ideal para as mulheres e posteriormente, em 1943, para os homens, que consistia em classificar as pessoas em pequenas, médias e grandes. Esses estudos serviram de base para os realizados posteriormente, como o Índice de Massa Corpórea – IMC, que atualmente é o mais utilizado por ser de fácil manejo. O IMC também é conhecido por Índice de Quetelet, porque foi formulado por Lambert Adolphe Jacques Quetelet em 1853, que consiste no cálculo do peso em quilogramas dividido pela altura em metros ao quadrado, representado pela seguinte fórmula  $IMC = \text{Peso (Kg)} / \text{Altura (m)}^2$ . Segundo o autor da fórmula, se o resultado for igual ou superior a 30, a pessoa é considerada oficialmente portadora de obesidade (BENEDETTI, 2003; MONTEIRO, 1998).

### **2.3.2 - Definindo Obesidade**

Ao longo da história das civilizações, pode-se identificar que o ganho de peso e o acúmulo de gordura já foram vistos como sinônimos de saúde, prosperidade e beleza. Hoje, porém, à medida que o padrão de qualidade de vida se elevou, ganho de peso e obesidade constituem uma crescente ameaça a saúde da população em âmbito global. A obesidade é considerada uma doença crônica que não faz restrição de sexo, faixa etária ou condição sócio-econômica, pois afeta crianças, adolescentes e adultos, presente tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO, 2003; KAC; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, 2003).

A obesidade vem se configurando como um dos mais graves problemas de saúde pública no mundo, tomando proporções epidêmicas. O que era antes somente um problema dos países ricos, hoje em dia acomete também os países em

desenvolvimento (PARRA-CABRERA et al., 1999; EBERWINE, 2002). Estudos mostram que nos países mais pobres a obesidade, assim como a desnutrição, é considerada como uma enfermidade nutricional, não estando associada à abundância descontrolada (SICHERI, 1998; MONTEIRO et al., 2000).

Quando se pesquisa sobre a obesidade, percebe-se que ainda há muita desinformação sobre esse tema emergente no mundo atualmente. Durante muitos anos, ela era associada à falta de caráter, auto-indulgência ou mesmo, distúrbios psíquicos das pessoas por ela acometidas. No entanto, hoje se sabe que a obesidade tem causa multifatorial (fatores genéticos, metabólicos, hormonais, ambientais, culturais e psicossociais), ainda não totalmente esclarecida (FOX; FORMIGUERA, 1998; SICHERI, 1998).

Sobre as causas da obesidade, Halpern (1997) argumenta que o conceito de que uma pessoa é portadora de obesidade, simplesmente porque come muito está ultrapassado. Ele complementa afirmando que:

[...] é claro que o indivíduo engorda se come mais calorias do que gasta, mas não temos mais dúvidas de que determinados indivíduos não precisam de muitas calorias para ganhar peso, porque efetivamente gastam poucas calorias. Hoje em dia sabemos também que o balanço não fica só entre o que o indivíduo come e o que gasta de calorias. Na verdade, as causas da obesidade são muito mais complexas do que anteriormente se pensava. (HALPERN, 1997, p. 15).

Halpern (1997) classifica as causas da obesidade de acordo com fases e eventos da vida das pessoas. Para ele, essa doença pode ser oriunda de nascença, pubertária, após o casamento, após a gravidez, após cessação de atividade física, após deixar de fumar, causada pela administração de drogas, no período da menopausa e, outras causas.

Na obesidade de nascença, as pessoas sempre foram “gordinhas”, cujo tipo de gordura é associado aos genes e representa cerca de 30% dos casos de obesidade. A obesidade pubertária surge na puberdade e ocorre com maior incidência nas meninas. A obesidade após o casamento prepondera nos homens e costuma ser explicada devido ao maior sedentarismo e à alimentação exagerada. A obesidade após a gravidez é muito comum, podendo ser atribuída a causas

psíquicas, hormonais e genéticas. A obesidade pós-cessação de atividade física atinge de forma mais direta os ex-atletas, ou seja, pessoas que tinham uma atividade física violenta, gastando muita caloria, e com a interrupção das atividades há um acúmulo de gordura, pois se diminui a quantidade de calorias gastas, contudo, não se diminui a ingestão de alimentos (HALPERN, 1997).

Na obesidade após deixar de fumar, a pessoa come mais (para compensar a fase oral, segundo os freudianos; e porque os alimentos ficam mais saborosos, segundo os fisiologistas) e gasta menos calorias (ao deixar de fumar há uma economia de 4% no gasto energético). Na obesidade causada por drogas, alguns medicamentos podem fazer engordar, como a cortisona e seus derivados, as pílulas anticoncepcionais e os antidepressivos, que cerca de 1/3 das pessoas que fazem uso de antidepressivos, em especial as imipraminas, as triptilinas e o lítio, ganham peso, o que se dá pelo fato de se tornarem compulsivas para comer. A obesidade da menopausa é caracterizada pelas alterações corporais das mulheres no período da menopausa, incluindo o ganho de peso. E por último, entre as outras causas de obesidade citadas pelo autor, encontram-se, por exemplo, a retirada do útero, a laqueadura das trompas com fins de esterilização, os distúrbios endócrinos, responsáveis por aproximadamente 5% dos casos de obesidade e, as alterações psíquicas, como a angústia, a depressão etc. (HALPERN, 1997).

Bruch (1973 apud LOLI, 2000) chama a atenção para a possibilidade da obesidade, em alguns casos, ser um sintoma de distúrbio emocional. Possibilidade esta que foi discutida primeiramente no século XIX pela literatura francesa, a qual atribuiu o desenvolvimento da obesidade a eventos e períodos de grande estresse emocional. Para fundamentar esse argumento Bruch (1973 apud LOLI, 2000, p. 19) afirma que:

Os estudiosos da época apoiavam-se em casos, como o de um pai que nunca pesara mais do que 60 kg e começara a aumentar de peso após a morte do seu filho de modo abrupto e incompreensível para o mesmo; em três meses estava pesando 82 kg; quatro meses depois seu peso passara a 102 kg, culminando, nos dois meses seguintes, em 106 kg e sem obter sucesso no emagrecimento, mesmo realizando exercícios físicos. (BRUCH 1973 apud LOLI, 2000).

Outros fatos citados por Bruch (1973 apud LOLI, 2000) que colaboraram para as primeiras hipóteses sobre a influência dos aspectos emocionais no desenvolvimento da obesidade foram a Primeira e a Segunda Grande Guerra. Pesquisadores observaram que após o término da Primeira Guerra Mundial, as mulheres que vivenciaram um longo e por vezes interminável tempo de incerteza ou ainda, as que estavam aflitas com relação à perda de seus entes queridos, tinham uma tendência a aumentar de peso. Aumento este, que não poderia ser explicado apenas pelas questões calóricas. Para esses casos e em outros similares, essas pessoas passaram a ser denominadas de “gordas de tristeza”. Já, durante e após a Segunda Grande Guerra, notou-se a presença de obesidade severa em mulheres jovens que tinham sido expostas a bombardeios, em prisioneiros de guerra que após serem soltos vivenciaram desilusões em suas aspirações amorosas, e ainda observou-se que sobreviventes de campos de concentração que passaram por períodos de inanição, desenvolveram obesidade com maior frequência que a população geral. O que caracterizava esse tipo de obesidade, decorrente de aspectos emocionais era o seu rápido desenvolvimento, cuja explicação, na época residiu em que as experiências traumáticas repentinas poderiam influenciar os mecanismos regulatórios hipotalâmicos.

A obesidade vem sendo definida basicamente como uma condição de acúmulo anormal ou excessivo de gordura no tecido adiposo, de forma que a saúde pode ser prejudicada. As pessoas portadoras de obesidade diferem não apenas na quantidade de gordura em excesso que armazenam, mas também na distribuição dessa gordura no corpo. E essa distribuição está intimamente relacionada com os riscos associados à obesidade e os tipos de doença que as pessoas possam desenvolver (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS, 2004).

Sendo assim, torna-se de suma importância que os profissionais de saúde, no que tange ao tratamento da obesidade, façam a distinção entre obesidade andróide e obesidade ginecóide. Uma vez que, o excesso de gordura abdominal é tanto um fator de risco para doenças associadas quanto o excesso de gordura corpórea em si (OMS, 2004).

Na obesidade andróide, a pessoa tem um maior acúmulo de gordura na região abdominal. Este tipo de obesidade é o mais sério, pois se associa a distúrbios metabólicos. Essa distribuição é característica nos homens e em algumas mulheres que estão no período pós-menopausa. Já na obesidade ginecóide, a gordura é



distribuída pelo corpo mais uniforme e perifericamente. Ela apresenta menor repercussão metabólica, embora produza maiores conseqüências mecânicas. É característica em mulheres no período pré-menopausa, podendo ser observada também em mulheres no período pós-menopausa e ocasionalmente em homens (OMS, 2004; MONTEIRO, 1998).

Além da distinção do tipo de obesidade, os profissionais da saúde também precisam estar atentos para a classificação dos níveis de obesidade. A OMS (2004) aponta algumas razões particulares que a classificação graduada de sobrepeso e obesidade permitem elucidar, tais como:

(a) comparações significantes de *status* de peso dentro e entre as populações; (b) a identificação de indivíduos e grupos com maior risco de morbidade e mortalidade; (c) a identificação de prioridades para intervenções em níveis de comunidade e individuais; e (d) uma base firme para avaliar intervenções. (OMS, 2004, p. 07).

Dentre os métodos utilizados na classificação da obesidade, o IMC é o mais comumente utilizado, principalmente por ser um índice simples, de fácil manejo, que relaciona peso e altura, que classifica as pessoas adultas em: abaixo do peso, variação normal, sobrepeso e obesidade, que se divide em grau I, II e III. Os valores para cada classificação encontram-se na Tabela 1:

**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:	= 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	= 40,00

Fonte: OMS, 2004.

O IMC é definido como o peso em quilogramas dividido pelo quadrado da estatura em metros ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ). A utilização do IMC é recomendada apenas para a população adulta, não sendo usualmente ministrado na classificação de sobrepeso e obesidade em crianças. Isto se justifica pelo fato do IMC do adulto aumentar muito lentamente com a idade, de modo que os pontos de corte independentes da idade podem ser utilizados para graduar a gordura. Já, em crianças e adolescentes, o IMC varia muito com a idade, aumentando de modo gradual na infância, caindo durante a idade pré-escolar e voltando a aumentar durante a adolescência. Dessa forma, a simples aferição do IMC para classificar uma pessoa com sobrepeso e obesidade na idade adulta, não se aplica às crianças e adolescentes, cujo IMC precisa ser avaliado utilizando-se curvas de referência relacionadas à idade (OMS, 2004).

O IMC ainda é muito utilizado em pesquisas, por ser um método simples, capaz de fornecer a medida de obesidade mais útil, embora grosseira, no âmbito populacional. É comumente usado para estimar a prevalência de obesidade em uma população, bem como, os riscos associados a ela. Contudo, sofre muitas críticas, principalmente por não assegurar a ampla variação na natureza de obesidade entre pessoas e populações (OMS, 2004; MONTEIRO, 1998).

Existem outros métodos para a classificação de sobrepeso e obesidade. Como a circunferência abdominal; a relação cintura: quadril; pesagem debaixo da água; absorciometria de raio X de energia dual (DEXA); diluição de isótopo; bioimpedância; espessura de dobra cutânea, entre outros. Alguns desses métodos são de difícil manejo, ou mesmo necessitam de instrumentos de custos elevados, inviabilizando sua utilização em pesquisas (OMS, 2004; MONTEIRO, 1998).

### **2.3.3 – Dados Epidemiológicos da Obesidade**

Os números e as proporções atingidos pela obesidade são alarmantes. Nos Estados Unidos, há mais de 97 milhões de americanos que se encontram acima do peso ou que têm obesidade (aproximadamente 50% da população), onde aproximadamente 300.000 pessoas morrem precocemente por ano, devido à obesidade. A Alemanha e a Inglaterra seguem de perto a taxa americana de pessoas com sobrepeso (WHO, 2002). Nos países da América Latina, como México,

Uruguai, Chile, Peru, Colômbia e Brasil, é provável que 200.000 pessoas morram anualmente em decorrência da obesidade e de suas complicações (FEDERAÇÃO LATINO-AMERICANA DE SOCIEDADES DE OBESIDADE - FLASO, 1998).

Há 20 anos, calculava-se que 20% da população brasileira tinha obesidade. Atualmente, esse número está chegando aos 40%, cujo número de mortes por ano atinge entre 50.000 e 100.000 pessoas. Batista Filho e Rissin (2003), partindo de três estudos transversais realizados nas décadas de 1970, 1980 e 1990, fizeram uma análise da transição nutricional do Brasil. Os resultados revelaram um declínio da prevalência de desnutrição em crianças e aumento, em um ritmo mais acelerado, da prevalência de sobrepeso/obesidade em adultos. Para ser mais preciso, a frequência de obesidade em adultos triplicou no Nordeste e duplicou no Sudeste. Já no estudo realizado por Magalhães et al. (2003), os resultados evidenciaram que a prevalência de sobrepeso/obesidade foi maior na Região Sudeste quando comparada à Região Nordeste, com destaque para os moradores da área urbana em ambas as regiões.

Dados do Ministério da Saúde (2007) revelam que dos 5.128.950 usuários cadastrados no Programa de Assistência ao Portador de Hipertensão e Diabetes, no Brasil, 42,66% apresentam sobrepeso/obesidade. Só no Estado de Mato Grosso do Sul existem 67.452 cadastros ativos, cujo índice de sobrepeso/obesidade é de 41,31%. Em Sidrolândia, Município onde foi realizada a pesquisa, existem 1.402 pessoas cadastradas nesse programa, em que 55,28% apresentam sobrepeso/obesidade.

Esses dados do Município de Sidrolândia são epidemiológicos, não tendo sido identificado nenhum estudo publicado, que tenha sido realizado na área urbana que sinalizasse maiores informações psicossociais com essa população. Todavia, foi encontrado um estudo publicado por Ribas et al. (2001), realizado em uma aldeia indígena de Sidrolândia, área rural, que merece menção. A pesquisa foi realizada com 100 crianças de 0 a 59 meses, residentes na Aldeia Córrego do Meio, do Município de Sidrolândia, MS. O objetivo foi descrever as condições de saúde e nutrição de crianças indígenas Terena, caracterizando o estado nutricional infantil, o consumo de alimentos e as condições socioeconômicas.

Esse estudo, de cunho epidemiológico, realizou-se no período de julho a dezembro de 1999, o qual identificou 66 famílias na aldeia que tinham crianças menores de cinco anos de idade, das quais apenas duas se recusaram a participar

da pesquisa. A população infantil na aldeia com faixa etária de 0 a 59 meses era de 103 crianças, das quais 100 (97,1%) participaram. As medidas realizadas foram: massa corporal e comprimento ou estatura, para as análises do estado nutricional infantil utilizou-se os índices peso-para-idade (P/I), peso-para-estatura (P/E) e estatura-para-idade (E/I) (RIBAS et al., 2001).

Os resultados evidenciaram que: com relação à renda per capita, 89,1% recebiam de 0 a 0,5 salário mínimo – sm e 10,9 de 0,5 a 1 sm. Quanto à escolaridade 76,6% das mães e 72,9% dos pais afirmaram possuir de 1 a 4 anos de estudo. As autoras do estudo Ribas et al. (2001) salientam que esse dado é bastante preocupante, uma vez que o nível de escolaridade dos pais é elemento decisivo para a percepção acerca dos cuidados com a criança, do aleitamento materno, do saneamento do meio e também para recorrer aos serviços de saúde. Os valores demonstram elevada prevalência de desnutrição crônica e baixa prevalência de desnutrição aguda. A distribuição de frequência de obesidade foi de 5%, dos quais há incidência maior nos meninos, com 6,4%, enquanto que nas meninas o percentual é de 3,8%. Em que para cada criança que apresentava obesidade tinha três que apresentavam desnutrição. E quando a comunidade indígena é situada em área urbana, onde existem melhores condições de saneamento, atenção à saúde e renda familiar, Ribas et al. (1999) observaram uma prevalência maior de obesidade, um total de 6,3% com incidência maior entre as meninas, cujo valor é de 8,3% enquanto que nos meninos o percentual é de 3,7%. Além de serem influenciados pelo estilo de vida das cidades em que essas comunidades estão inseridas, como por exemplo, a forte influência no consumo alimentar.

Com relação ao consumo alimentar, Ribas et al. (2001) expõe que na Aldeia Córrego do Meio, as famílias realizam três refeições diárias, relatadas como principais, e nos intervalos dessas refeições é freqüente o consumo de frutos coletados nas imediações dos domicílios. As carnes consumidas são de animais como porcos e galinhas que são criados pelas famílias. A dieta das famílias é composta basicamente por alimentos de menor custo, como o arroz, mandioca, açúcares e carnes de elevado teor de gordura.

Os autores Ribas et al. (2001) enfatizam que apesar de não terem conhecimento de nenhum estudo na comunidade estudada sobre a presença de obesidade na população adulta, o predomínio de alimentos ricos em carboidratos como: açúcares, macarrão, refrigerantes, balas, pães e biscoitos, que estão

presentes principalmente na dieta de famílias que possuem aposentadoria ou salário e, em gorduras de origem animal – carnes gordas, associado a pouca atividade física poderia estar favorecendo o aparecimento de obesidade entre as mães, uma vez que as atividades que demandam maior gasto energético são atividades eminentemente masculinas.

De acordo com Francischi et al. (2000), as mortes, relacionadas à obesidade, se dão pelo fato desta provocar ou acelerar o desenvolvimento de uma série de outras doenças crônicas com grave impacto na mortalidade geral, tais como diabetes *mellitus*, hipertensão arterial, doenças cardíacas, disfunções endócrinas, neoplasias, dentre outras.

Mendonça e Anjos (2004) realizaram um estudo acerca do sobrepeso/obesidade na população brasileira entre as décadas de 1970 e 1990, cujo objetivo era identificar e avaliar alguns indicadores que se correlacionam com as mudanças nas práticas alimentares e de atividade física na referida população. Os dados revelaram que os aspectos correlacionados a esse quadro têm sido as mudanças no consumo alimentar, com o aumento da ingestão de energia necessária para o organismo da pessoa e a redução da atividade física, configurando um "estilo de vida ocidental contemporâneo". E apesar da carência de dados detalhados, os autores evidenciaram alguns fatores que podem estar contribuindo para a manutenção e aumento desse quadro como alimentação fora de casa, crescimento na oferta de refeições rápidas, equipamentos domésticos, etc.

#### **2.3.4 – Consideração sobre os tratamentos para obesidade**

Como a obesidade é uma condição crônica de etiologia multifatorial, seu tratamento envolve vários tipos de abordagens. A orientação dietética, a programação de atividade física, o uso de fármacos anti-obesidade e, atualmente, de maneira mais sistemática, o acompanhamento psicológico são os pilares principais do tratamento. No entanto, os autores Francischi et al. (2000) e Segal e Fandiño (2002) salientam que a indicação da abordagem cirúrgica avança caracterizando-se como uma forma rápida e eficaz no tratamento. Para esses

autores, as cirurgias bariátricas têm como objetivos principais à redução das comorbidades e melhora da qualidade de vida.

É certo que os tratamentos convencionais para obesidade demandam certo tempo até que a pessoa consiga obter resultados satisfatórios. E na maioria das vezes, a pessoa com obesidade não consegue lidar com essa espera, e até mesmo com os procedimentos necessários para esse fim, como o controle alimentar, em que precisa deixar de consumir muito daquilo que gosta, e a periodicidade das atividades físicas. Muitos precisam lidar também com a discriminação e o estigma relacionados à obesidade, o que compromete as esferas psicológicas e sociais da pessoa. A baixa-estima pode levar a um círculo vicioso, causando depressão, superalimentação para consolo, vergonha e falta de ânimo para a prática de atividades físicas. Frente a isto, quando essa pessoa se depara com uma forma rápida para a perda de peso, como é o caso do tratamento cirúrgico, não há dúvidas de que muitos irão preferir este tipo de tratamento em detrimento de outros tipos convencionais (SEGAL; FANDIÑO, 2002; ADES; KERBAUY, 2002).

Os autores Segal e Fandiño (2002) e Fandiño, et al. (2004) demonstraram que nem todos os pacientes são indicados a realizarem a cirurgia bariátrica. Embora não haja um consenso na literatura vigente no que se refere aos critérios que excluam os usuários candidatos a este tipo de tratamento, cada equipe multidisciplinar parece utilizar seus próprios critérios. Eventualmente, transtornos psiquiátricos, especialmente do humor, ansiosos, alimentares e psicóticos são comumente considerados contra-indicações para o procedimento, ou seja, quando na realização dos exames que compõem o pré-operatório for identificado que a pessoa é portadora de algum dos transtornos acima elencados, não é recomendável que esta pessoa se submeta a tal cirurgia. Contudo, não há dados precisos nem fatores preditivos de bom ou mau prognóstico adequadamente estudados e/ou comprovados.

A indicação do tratamento cirúrgico deve basear-se numa análise abrangente de múltiplos aspectos clínicos da pessoa. Recomenda-se que as pessoas tenham pelo menos cinco anos de evolução da obesidade com fracasso dos métodos convencionais de tratamento realizados por profissionais qualificados. A avaliação desses pacientes no pré e pós-operatório deve ser realizada por uma equipe multidisciplinar composta por endocrinologistas, nutricionistas, cardiologistas, pneumologistas, psiquiatras, psicólogos e cirurgiões. São candidatos ao tratamento

cirúrgico, os pacientes com o IMC maior que 40 kg/m<sup>2</sup> ou com IMC superior a 35 kg/m<sup>2</sup> associado à co-morbidade tais como apnéia do sono, diabetes *mellitus* tipo 2, hipertensão arterial, dificuldades de locomoção, entre outras de difícil manejo clínico (SEGAL; FANDIÑO, 2002; FANDIÑO et al., 2004).

Com relação à utilização do tratamento medicamentoso, os profissionais da área da saúde têm opiniões diferentes. Alguns são ardorosos defensores dessa prática, outros são opositores implacáveis, que consideram essa prática uma má conduta médica. Os autores Cohen e Cunha (2004) expõem que o tratamento medicamentoso é fundamental para os pacientes em que o excesso de peso não foi controlado com modificações comportamentais e dietéticas, nem com exercícios físicos.

Os medicamentos antiobesidade existentes, de acordo com Cohen e Cunha (2004, p. 37- 38), podem ser divididos em três grupos:

- Medicamentos que diminuem a ingestão de calorias. Eles, por sua vez, dividem-se em anorexígenos (inibem o apetite reduzindo a fome); sacietógenos (aumentam a saciedade); e inibidores da absorção;
- Medicamentos que estimulam a queima calórica. São os chamados termogênicos; e
- Medicamentos que agem sobre a insulina.

Contudo, apesar de Cohen e Cunha (2004) opinarem a favor da administração de fármacos no tratamento da obesidade, eles reconhecem que a eficácia dos medicamentos é menor depois do primeiro ano de utilização e que este tratamento não é tão eficaz quanto os programas de perda de peso que abrangem reeducação comportamental, orientação dietética e estímulo à prática de exercícios físicos. Frente a essa questão Bernardi et al. (2005) salientam que para que se obtenha resultados satisfatórios e eficazes no tratamento da obesidade, os programas de redução de peso corporal devem focar as bases do comportamento alimentar e desenvolver ações interdisciplinares.

O autor Halpern (1997) também é um dos defensores da administração de drogas no tratamento para a obesidade. Segundo ele, os fármacos funcionam na maioria das vezes e, devem eventualmente, ser administrados a vida inteira, como

nos tratamentos para doenças crônicas que também usam drogas, como por exemplo contra a pressão alta, o diabetes *mellitus* e o colesterol, e se os medicamentos forem suspensos as pessoas voltarão a ser acometidas pela hipertensão arterial, aumento de açúcar no sangue e aumento de colesterol. Sobre isso, o autor expõe que:

[...] se suspendermos uma droga e o indivíduo volta a ganhar peso, isto só pode significar que a droga funciona, e tanto funciona que sua retirada faz voltar o problema. Cessada a droga e seus efeitos, a consequência óbvia é a volta ao peso anterior [...] Está claro para mim que alguns indivíduos obesos só vão conseguir ter sua doença controlada enquanto tomarem drogas e, portanto, merecem ser tratados com drogas o resto da vida. (HALPERN, 1997, p. 45).

Halpern (1997) afirma saber que este ponto de vista é extremamente polêmico, mas que na verdade só é polêmico para quem não entende do assunto obesidade.

### **2.3.5 – Obesidade e Co-morbidades**

Existem inúmeras doenças relacionadas à obesidade, dentre elas as doenças crônicas: doença cardiovascular, hipertensão, câncer, diabetes *mellitus*, colecistopatias; os distúrbios endócrinos e metabólicos; os problemas de saúde debilitantes: osteoartrite, gota, doenças pulmonares; além dos problemas psicológicos. Contudo, nesse trabalho ater-se-á as duas co-morbidades consideradas mais freqüentes e de maior incidência que são: o diabetes *mellitus* tipo 2 e a hipertensão, cujos risco de desenvolvimento de ambas patologias está intimamente relacionado com o aumento gradual do IMC (OMS, 2004).



### 2.3.5.1 – Diabetes *Mellitus*

Com relação ao diabetes *mellitus* tipo 2, diversos estudos apontam que há um risco bem maior de pessoas que não têm diabetes com peso elevado, em desenvolver diabetes em comparação com aqueles que têm peso normal (WAJCHENBERG; SANTOMAURO, 1998; OMS, 2004; GOMES et al., 2006; FRANCISCHI et al., 2000). Risco esse que se eleva após os 40 anos de idade e ainda, naqueles cuja obesidade é do tipo abdominal, por exercer importante influência na sensibilidade à insulina (WAJCHENBERG; SANTOMAURO, 1998).

Um estudo realizado por Colditz et al. (1990 apud OMS, 2004) com mulheres de idade entre 30 e 55 anos, durante 14 anos, demonstrou que o risco adicional de desenvolver diabetes para as que tinham excesso de peso foi mais de 40 vezes maior do que para mulheres que permaneceram magras, com o IMC igual ou inferior a 22. Outro estudo, dentro dessa mesma perspectiva realizado por Chan et al. (1994 apud OMS, 2004), que avaliou o impacto do sobrepeso e da obesidade sobre o diabetes, demonstrou que cerca de 64% dos casos de diabetes em homens e 74% em mulheres poderiam, teoricamente, ter sido prevenidos se todos os participantes tivessem apresentado um IMC abaixo de 25.

Em outro estudo desenvolvido por Gomes et al. (2006), procurou-se avaliar a prevalência de sobrepeso e de obesidade em pacientes ambulatoriais que são acometidos por diabetes *mellitus* tipo 2 em Estados de quatro regiões do Brasil (Centro-Oeste – Mato Grosso; Nordeste – Bahia; Sudeste – Minas Gerais e Sul – Paraná). O estudo, foram avaliados 2.519 pacientes em 11 hospitais, dois ambulatórios especializados e uma Unidade Básica de Saúde, em dez cidades dos referidos estados descritos. Os resultados revelam que os pacientes tinham idade entre 46 e 70 anos, tempo de diagnóstico de diabetes entre dois e 16 anos, IMC variando entre 23,1 a 33,5 e, 39% eram do sexo masculino. Da população estudada, 75% não estava na faixa de peso considerada normal ou ideal, sendo que um terço apresentou obesidade. Os pacientes da região Nordeste demonstraram menor IMC em comparação com os das regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul (17,9% para 30,2%, 40,3% e 41,4% respectivamente). Em todas as regiões há maior incidência de obesidade nas mulheres.

### 2.3.5.2 – Hipertensão

Com relação à hipertensão, de acordo com a OMS (2004), tanto a pressão sistólica, quanto a diastólica aumentam com o IMC e as pessoas portadoras de obesidade correm mais risco de desenvolverem hipertensão do que as pessoas magras.

Zanella (1998) chama a atenção para a importância clínica da associação entre obesidade e hipertensão, ressaltando a necessidade de se instituir estratégias individuais eficazes para o manejo da obesidade, uma vez que a redução de peso tem como consequência a redução na pressão arterial que varia entre 0,3 a 1 mmHg para cada quilograma perdido. E essa redução de peso pode resultar até mesmo na suspensão da medicação anti-hipertensiva.

Gigante et al. (1997) realizaram um estudo de cunho transversal, em uma amostra representativa da população adulta de Pelotas – RS, com o objetivo de determinar a prevalência de obesidade e os fatores a ela associados. Foram visitados 600 domicílios e entrevistados todos os moradores com idade entre 20 e 69 anos, perfazendo um total de 1.035 pessoas. Os resultados revelaram que a prevalência de obesidade foi de 21% do total da amostra populacional de Pelotas, com uma maior incidência entre as mulheres. Os fatores identificados como determinantes de obesidade diferiram com relação ao sexo, ou seja, nas mulheres, as variáveis relacionadas com a obesidade foram: obesidade dos pais, ocorrência de diabete ou hipertensão, não fumar, maior número de refeições diárias e não ter realizado exercício físico no lazer durante o último ano. E para os homens, somente a ocorrência de obesidade nos pais e a hipertensão arterial sistêmica estiveram significativamente associadas à obesidade. Sendo assim, para ambos os sexos a hipertensão se mostra como fator de risco no desenvolvimento da obesidade. Os autores enfatizam que os determinantes de obesidade são diferentes entre os sexos, ocorrendo em maior frequência entre as mulheres e com o aumento da idade.

### 2.3.6 – Aspectos Psicossociais da Obesidade

Considerando-se a evolução histórica da obesidade, percebe-se que há muito tempo os clínicos relacionam a obesidade a fatores emocionais, e para ser mais precisa, foi na Idade Média que surgiu a idéia de que falhas na personalidade individual poderiam subsidiar o surgimento da obesidade. Appolinário (1998) expõe que inicialmente, os estudos psiquiátricos sobre o assunto reforçaram a impressão de que os portadores de obesidade demonstravam uma elevação da morbidade psiquiátrica e que as alterações psicológicas exerciam um papel determinante no desenvolvimento da obesidade. Contudo, à medida que se instituiu e preconizaram-se os critérios metodológicos em pesquisas, houve a implementação de instrumentos como escalas e inventários de sintomas e entrevistas diagnósticas estruturadas consideradas válidas e confiáveis para as avaliações psicológicas, o que possibilitou o desenvolvimento de pesquisas que têm sugerido que as alterações psicológicas encontradas nessa população são, em sua maioria, conseqüências e de causas não relacionadas à obesidade.

Appolinário (1998) salienta ainda que as dificuldades emocionais vivenciadas por essas pessoas podem ser atribuídas a atitudes socialmente arraigadas como uma certa desvalorização dessa pessoa portadora de obesidade como também, uma preocupação excessiva para emagrecer.

Appolinário (1998) realizou uma retrospectiva na literatura a fim de identificar e avaliar a presença de problemas emocionais graves em pacientes acometidos pela obesidade. O autor analisou estudos que compararam pacientes com obesidade e pacientes sem obesidade, e constatou-se que não foram evidenciadas diferenças estatisticamente significantes para os dois grupos analisados. Em alguns dos estudos, os resultados revelaram até mesmo o oposto do que se hipotetizou, ou seja, de que se encontra significativamente menos ansiedade e depressão em pessoas com peso elevado quando comparadas com as de peso normal. Contudo, estudos epidemiológicos realizados nas décadas de 1970 e 1980, utilizando amostras de pacientes portadores de obesidade, demonstraram resultados diferentes dos relatados acima. Esses estudos revelaram uma elevação da morbidade psiquiátrica entre as pessoas com obesidade grave que buscam tratamento e ainda, essa elevação é maior à medida que aumenta a gravidade da

obesidade, ou seja, quanto maior o IMC, maior a probabilidade do aparecimento e gravidade dos transtornos psiquiátricos (APPOLINÁRIO, 1998).

Ainda sobre a presença de transtornos psicológicos em pessoas acometidas pela obesidade, Dobrow et al. (2002) salientam que entre essas pessoas que procuram tratamento, há a presença significativa e elevada de depressão, seguida por índices mais modestos de transtornos de ansiedade e seus desdobramentos como, agorafobia, fobia simples e transtorno de estresse pós-traumático, e também, a presença de bulimia, tabagismo e transtorno de personalidade borderline.

Sendo assim, pode-se observar que na avaliação dos sintomas psicológicos em pessoas com peso elevado, não existem evidências de que haja elevação na prevalência de transtornos psiquiátricos maiores nessa população, comparando com as pessoas que possuem peso normal. Contudo, é de extrema importância que os profissionais da saúde estejam atentos à gravidade da obesidade, pois esta pode elevar a morbidade de transtornos psiquiátricos (APPOLINÁRIO, 1998).

Appolinário (1998) argumenta ainda que por mais que não se encontre uma psicopatologia específica para os portadores de obesidade, eles apresentam um sofrimento psicológico expressivo, que é decorrente de problemas relacionados ao preconceito social de que a obesidade é alvo bem como, outros problemas psicológicos ligados à sua auto-estima e seu comportamento alimentar.

Alguns autores afirmam que as conseqüências psicossociais da obesidade derivam de valores associados à cultura, que consideram o “corpo gordo” como feio e pouco saudável (APPOLINÁRIO, 1998; OMS, 2004; VASCONCELOS et al., 2004). O preconceito com que a sociedade encara a pessoa acometida pela obesidade geralmente é subvalorizado. Para exemplificar essa questão, Staffieri (1967 apud OMS, 2004) expõe que mesmo com crianças pequenas podemos observar esse comportamento preconceituoso, quando uma criança de seis anos descreve uma outra criança portadora de obesidade como: “preguiçosa, suja, estúpida, feia e mentirosa”. E ainda, se forem expostos desenhos em preto e branco de inúmeras crianças com peso normal, com peso elevado e crianças que apresentam vários tipos de problemas físicos, a tendência é que tanto as crianças quanto os adultos escolham as crianças portadoras de obesidade como as que eles menos gostam.

O mercado de trabalho, segundo Appolinário (1998), é outro contexto no qual os portadores de obesidade enfrentam muitas dificuldades. O autor comenta sobre um trabalho que questionou alguns empregadores sobre a admissão de pessoas

com peso elevado, e os resultados demonstraram que 16% dos empregadores afirmaram não admitir uma pessoa com excesso de peso em qualquer circunstância, enquanto que 44% dos empregadores declararam não admitir um portador de obesidade sob certas circunstâncias.

Agora, o que mais aflige essas pessoas é o preconceito e a discriminação que sofrem por parte dos profissionais de saúde. Appolinário (1998) salienta que os pacientes se queixam com grande frequência de serem tratados de maneira desrespeitosa por esses profissionais, principalmente, pelos médicos. E as avaliações de atitudes, tanto formais quanto informais realizadas essencialmente com médicos, sugerem que essas impressões são justificadas, mesmo porque, boa parte desses profissionais considera estes pacientes como “pouco determinados, feios e problemáticos”. Essas atitudes são expressas, principalmente pelo fato desses pacientes não terem sucesso nos tratamentos preconizados para a obesidade.

Tomar consciência dessas atitudes negativas pode tornar o paciente relutante em procurar assistência médica, fazendo com que os profissionais não transmitam segurança quanto ao tratamento que será ministrado a esses pacientes (APPOLINÁRIO, 1998; OMS, 2004).

### **2.3.6.1 – Aspectos Psicológicos da Obesidade**

Os estudos epidemiológicos demonstram que os portadores de obesidade pouco diferem das demais pessoas da população geral, quando são submetidos à testes psicológicos (OMS, 2004). No entanto, alguns estudos evidenciam que os portadores de obesidade sofrem uma pressão psicológica considerável em função das atitudes negativas com relação a eles. Os autores Laurent e Vannotti (1993 apud ALMEIDA et al., 2002) afirmam que a obesidade é uma doença que tem como resultado inúmeros obstáculos psicológicos, tais como relacionais, comportamentais e psicossociais. Partindo dessa premissa, mostra-se extremamente importante que os estudos estejam voltados para a análise desses obstáculos psicológicos.

Quando se propõe estudar e discutir sobre os aspectos psicológicos imbricados na etiologia da obesidade, um sintoma que na maioria das vezes se torna

o foco central é o fato de “comer demais”, ou melhor, a ingestão exagerada de alimentos. Benedetti (2003) ao discutir sobre os aspectos psicológicos da etiologia da obesidade faz uma distinção entre os aspectos que estão associados a hiperfagia e sobre os que se associam à obesidade propriamente dita.

Com relação à hiperfagia, a preocupação central é buscar entender os fatores determinantes da conduta alimentar, isto é, compreender como a pessoa, ao longo de sua história, lida com o alimento e que tipo de alterações durante esse processo, poderia levar ao descontrole alimentar. A autora identificou que a hiperfagia é considerada como produto do hábito/ aprendizado ou como uma forma de defesa psicológica (BENEDETTI, 2003).

A Psicologia Comportamental entende a atitude alimentar como fruto de um aprendizado, onde o comportamento se repete à medida que é reforçado pelas conseqüências que produz. Dessa forma, a hiperfagia é entendida como um problema de autocontrole em que está implícita a questão da diferença entre as conseqüências imediatas e tardias de um determinado comportamento. Dentro dessa perspectiva Kerbauy (1987, p. 217) explica que:

O comer demasiado tem conseqüências reforçadoras na hora de alimentar-se, e as conseqüências negativas tardias nem sempre são discriminadas pelo indivíduo. [...] O processo que dificulta o autocontrole é o forte controle exercido pelo estímulo antecedente: come-se ao estudar, ao ver televisão, durante “bate-papos” e, assim, cada vez que uma situação dessas ocorrer, a resposta de comer provavelmente será emitida. Em outras vezes, come-se quando não se resolveu adequadamente uma situação, ou porque o alimento é vistoso, alguém ofereceu insistentemente ou, ainda somente porque está disponível, e assim por diante. Portanto, o problema de autocontrole alimentar é decorrente de circunstâncias com conseqüências reforçadoras imediatas que têm efeito controlador sobre respostas como as já citadas, enquanto há conseqüências posteriores para a resposta que têm efeitos aversivos (aumentar o peso, adiposidade e problemas médicos).

Sobre a persistência dos hábitos alimentares exagerados Benedetti (2003, p. 35) expõe que:

[...] o que cada pessoa come, o modo como ela se alimenta e a quantidade que ingere dependem daquilo que aprendeu em família

e na sociedade em que vive. [...] Uma série de condutas alimentares permeadas por fatores constituintes e herdados, é transmitida de geração à geração dentro de uma família, de sorte que, ao nascer a criança passa a ser depositário de todos os gostos e formas de comer do grupo familiar. (BENEDETTI, 2003, P. 35).

Sobre essa influência familiar nos hábitos alimentares, os autores Cormillot et al. (1977 apud BENEDETTI, 2003) argumentam que quando há uma perturbação na conduta alimentar da família, a obesidade costuma ser um traço comum a seus membros. É o que eles denominam de “família obesa”, cuja patologia do grupo familiar permeia a dicotomia nutrição-desnutrição, inclinando-se para a superalimentação, onde a comida é superestimada, muitas vezes, pelo fato dessas pessoas terem vivenciado situações de carência, como por exemplo, famílias de imigrantes judeus e italianos.

O autor Bruch (1973 apud LOLI, 2000) foi o primeiro a associar a hiperfagia a uma forma de defesa psicológica, afirmando que o exagero na ingestão de alimentos representaria um processo psicológico, no qual a pessoa usaria a comida para enfrentar sentimentos de inadequação pessoal.

Posteriormente, outros autores encontraram associação entre as emoções e a ingestão abusiva de alimentos, caracterizando a hiperfagia como uma resposta a tensões emocionais, em que as pessoas portadoras de obesidade encontram no alimento a gratificação substitutiva para o afeto, para a compensação ou para a recompensa (BENEDETTI, 2003).

Storlie (1994 apud BENEDETTI, 2003) salienta que a provável origem desse tipo de hiperfagia estaria na infância e na atenção afetuosa que a mãe oferece à criança no momento da alimentação, quando afeto e comida se combinam. Essa idéia de que as sensações aliviadas pela ingestão de alimentos vão além do âmbito da fome também é compartilhada por Axebrud et al. (1999). Segundo as autoras, um bebê pode chorar por inúmeros motivos, tais como: sono, dor, ansiedade, tristeza, fome, etc., mas quando a mãe acredita que o choro ou desconforto de seu filho é decorrente da fome se sempre lhe oferece alimento como consolo, está informando que todas as más sensações podem ser resolvidas com comida, e assim, a criança cresce acreditando que é só comer que as sensações desagradáveis vão desaparecer, sejam elas causadas pelos mais diversos sentimentos (angústia, depressão, ansiedade, etc.).

Outra autora que também entende que a causa da hiperfagia está nas experiências infantis é Békei (1984 apud BENEDETTI, 2003), que sob a luz da Teoria Psicanalítica, considera que a obesidade é uma enfermidade psicossomática com origem na infância e, que acarreta efeitos permanentes para a pessoa, devido à transformação do tecido adiposo. Essa enfermidade, segundo a autora, seria produzida por uma perturbação na relação mãe-filho. Para clarificar essa idéia, ela explica sobre a regulação dos mecanismos de fome e saciedade:

O controle neurológico depende de duas áreas hipotalâmicas diferentes para a percepção da fome e da saciedade, separadas e independentes uma da outra. O centro de fome responde a mediadores humorais, à concentração de certos metabólitos no sangue (principalmente a glicose), cuja diminuição provoca a sensação de fome. Mas a percepção da saciedade, que ocorre pouco depois de iniciada a refeição, não depende da concentração dos metabólitos da ingestão, porque só uma pequena fração da totalidade dos elementos nutritivos ingeridos terá sido absorvida nesse curto período. Se dependesse de fatores humorais, a saciedade seria suficiente para regular a ingestão. Segundo estudiosos clínicos, é a plenitude do estômago que transmite a sensação de saciedade, mediante um mecanismo neural. O ser humano aprende a adaptar a sua ingestão à troca de gasto de energia. [...] O mau funcionamento desse mecanismo – ausência da sensação de saciedade – em consequência de falhas de aprendizagem na infância, pode ser o principal motivo do transtorno alimentar da obesidade. (BÉKEI 1984 apud BENEDETTI, 2003).

Essa autora complementa ainda, afirmando que é de extrema importância a capacidade empática da mãe em reconhecer as necessidades alimentares do filho, pois só assim, a criança conseguirá obter uma boa evolução dos hábitos alimentares, pois quando o bebê é alimentado em proporções superiores às suas exigências fisiológicas, fica impedido de reconhecer suas próprias necessidades e de diferenciar-se adequadamente da mãe simbiotizada (BÉKEI 1984 apud BENEDETTI, 2003).

E com relação aos aspectos psicológicos associados à obesidade propriamente dita, há uma divisão na opinião dos autores que discutem sobre esta questão, havendo até os que consideram duvidosa a afirmação de que na etiologia da obesidade contribuem aspectos psicológicos, opinando, o contrário, ou seja, que as alterações emocionais são decorrentes da obesidade, e não sua origem,



atribuindo ao preconceito e à discriminação a responsabilidade pelas alterações psicológicas presentes nessas pessoas (BENEDETTI, 2003).

Contudo, a autora Benedetti (2003, p. 40) salienta que:

Se os distúrbios psicológicos são causa ou conseqüência da obesidade ainda parece ser questão aberta. No entanto, pensar que não existe tipo algum de relação entre a obesidade e os fenômenos psíquicos seria retornar a uma concepção dicotômica de ser humano, em que mente e corpo são entendidos como duas entidades separadas e independentes uma da outra. A obesidade, enquanto doença crônica, demanda uma compreensão global que contemple aspectos psicológicos em um conjunto articulado de fenômenos, cujo sintoma manifesto é engordar.

De uma forma geral, a literatura vigente entende a obesidade como uma defesa psicológica ou como reação a um evento estressante, cujas principais questões que permeiam essa enfermidade, discutidas entre os estudiosos são: a imagem corporal, os episódios de comer compulsivo, a depressão e a ansiedade (BENEDETTI, 2003).

A imagem corporal conceitua-se segundo Cash (1993 apud ALMEIDA et al., 2002), como a experiência psicológica de uma pessoa sobre a aparência e o funcionamento de seu corpo, em que o descontentamento ligado ao peso, que na maioria das vezes gera a imagem corporal negativa, é fruto de uma ênfase cultural na magreza e da discriminação da pessoa com obesidade. E ainda, “ser gordo” pode também ser visto como falta de controle de impulsos, preguiça, ser relaxado. Na transmissão desses sentidos, é evidente que o sobrepeso configure como um fator de sofrimento para aqueles que não alcançaram um corpo perfeito, levando-os a pensamentos de impotência, incapacidade, menos valia, dentre outros.

A OMS (2004) ressalta que a alteração da imagem corpórea é mais freqüente em mulheres jovens, que pertencem à classe social média alta, na qual a obesidade é vista com menor freqüência, e naquelas que tiveram excesso de peso desde a infância. Um estudo que corrobora estes dados apresentados pela OMS foi realizado por Kakeshita e Almeida (2006), cujo objetivo consistiu em analisar as relações entre o índice de massa corporal e a autopercepção da imagem corporal de 106 universitários de ambos os sexos, maiores de 18 anos, oriundos da região de

Ribeirão Preto-SP. Os resultados evidenciaram que apesar de tanto homens como as mulheres apresentarem distorção na autopercepção da imagem corporal, subestimando ou superestimando-a, as mulheres com sobrepeso e obesidade (87% da amostra) apresentaram maior preocupação, e desconforto com o corpo em relação aos homens.

Almeida et al. (2002) realizaram um estudo cujo objetivo foi avaliar a auto-imagem de mulheres com obesidade mórbida, comparativamente a mulheres que não tinham obesidade. Participaram do estudo 60 mulheres, com idade variando de 30 a 60 anos, que foram divididas em dois grupos, de acordo com o IMC. O primeiro grupo, denominado experimental – GE, foi composto por pacientes que estavam em tratamento de reeducação de hábitos alimentares e dieta, no Ambulatório de Distúrbios de Conduta Alimentar do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, cujo diagnóstico era de obesidade mórbida, neste caso, o IMC das participantes era igual ou superior a  $40\text{kg/m}^2$ . O segundo grupo, denominado de controle – GC, foi formado por mulheres com IMC variando entre 20 a  $25\text{kg/m}^2$ , o que as excluía para o diagnóstico de obesidade. As mulheres que formaram o GC foram contatadas no Centro Médico, Social e Comunitário de Vila Lobato, em Ribeirão Preto – SP, quando buscavam atendimento para si junto à Ginecologia ou para seus filhos na Pediatria. As participantes foram avaliadas individualmente, convidadas a participar de uma entrevista semi-estruturada e submetidas à Técnica do Desenho da Figura Humana (DFH).

Os resultados evidenciaram que quanto ao perfil geral dos dois grupos, os dados apontam para um número bastante elevado de itens onde as características predominantes se mostraram as mesmas. Contudo, os itens que expressaram diferença quanto às características predominantes foram os que parece possuir um significado clínico bastante relevante no que se relaciona à imagem corporal, o que denota que as mulheres com obesidade apresentaram dificuldade de expressar, simbolicamente, sua vivência corporal, sugerindo a presença de indicadores de sentimentos de inferioridade, descontentamento e preocupação com o corpo e a beleza (ALMEIDA et al., 2002).

Um outro estudo realizado por Matos et al. (2002), com 50 pacientes com obesidade grau III, ou seja, que possuíam IMC variando entre 40 a  $81,7\text{Kg/m}^2$  e idade entre 18 e 56 anos, teve por finalidade avaliar a freqüência de distúrbios na imagem corporal, além de outros transtornos como a compulsão alimentar periódica

– TCAP, ansiedade e depressão. Os resultados demonstram que a preocupação com a imagem corporal esteve presente para 76% dos participantes. A frequência de TCAP foi de 36%, enquanto que os sintomas depressivos mostraram-se presentes em 100% das pessoas, sendo que 84% expressaram sintomatologia grave. No que se relaciona à ansiedade, evidenciou-se que 54% das pessoas que participaram apresentaram estado ansioso.

Outro transtorno psicológico encontrado com frequência na obesidade são os episódios de comer compulsivo, a tradução do inglês para *binge eating*. A pessoa com esse transtorno, em um período de tempo come uma quantidade de comida considerada bem maior do que a maioria das pessoas comeria durante esse mesmo período e sob as mesmas circunstâncias e, esses episódios de comer compulsivo são sempre seguidos de uma enorme sensação de perda de controle sobre seu próprio comportamento. A OMS (2004) relata que cerca de 30% das pessoas que buscam atendimento nos programas para controle de peso, apresentam esses episódios.

Appolinário (1998) chama a atenção para o fato de que há uma grande importância em se verificar a presença dos episódios compulsivos alimentares, que é um fator essencial para o manejo terapêutico dos pacientes acometidos pela obesidade, uma vez que esses pacientes apresentam uma elevação da morbidade psiquiátrica evidenciada pela frequência de sintomas depressivos, ansiosos e obsessivos.

Vasconcelos e Silva (2003) argumentam que partindo dos dados e das tendências epidemiológicas encontradas no mundo atualmente, fica evidente a necessidade de se instituir e desenvolver estratégias preventivas. Essas estratégias devem ser desenvolvidas nos planos coletivo e individual, identificando os principais fatores que modulam o surgimento da obesidade, estimulando assim, a reeducação alimentar, o aumento da atividade física e o acompanhamento psicológico, nas mais diversas idades e camadas sociais.

Os aspectos físicos e orgânicos da obesidade têm sido analisados com detalhes, o que pode ser notado pelos inúmeros estudos encontrados na literatura sobre os mesmos. Contudo, há a necessidade do desenvolvimento de estudos psicológicos sobre excesso de peso, como relatos de pesquisas e experiências na perspectiva social da saúde, que ainda são muito incipientes e carecem de ampliação, para que, seja possível compreender a manifestação dessa doença, e

assim, encontre-se uma maneira mais eficaz de tratamento que não acarrete comprometimentos drásticos na vida das pessoas portadoras de obesidade, é que se propôs a presente pesquisa, que procurou conhecer os aspectos psicossociais de pessoas portadoras de obesidade do Município de Sidrolândia, MS.

### **3 OBJETIVOS**

---

### **3.1 - Objetivo Geral**

O objetivo da presente pesquisa foi compreender os aspectos psicossociais de usuários portadores de obesidade, cadastrados no Programa de Assistência ao Portador de Diabetes e Hipertensão que são acompanhados pelos profissionais de saúde de três Unidades Básicas de Saúde - UBSs do Município de Sidrolândia-MS, situado a 64 km da capital.

### **3.2 - Objetivos Específicos**

Para que o objetivo descrito acima pudesse ser alcançado, procurou-se:

- Identificar as características sócio-demográficas dos usuários com obesidade cadastrados e acompanhados nos Programas de Assistência ao Portador de Diabetes e Hipertensão de três UBSs do Município de Sidrolândia-MS;
- Verificar se há diferença nos níveis de ansiedade e depressão dos usuários que: são acometidos pelos diferentes graus de Obesidade (I, II e III) ou que possuem co-morbidades distintas (diabetes ou hipertensão);
- Avaliar a auto-imagem corporal que os participantes expressam através do questionário de forma corporal – BSQ; e
- Analisar os sentidos que os usuários revelam sobre saúde e doença.

## 4 MÉTODO

---

## **4.1 – Local**

A pesquisa foi desenvolvida em três Unidades Básicas de Saúde – UBSs do Município de Sidrolândia, MS. Contudo, para que o leitor entenda a dinâmica do Município, o funcionamento das UBSs, bem como o programa em que os usuários que participaram da pesquisa estão cadastrados, mostra-se interessante caracterizar o Município de Sidrolândia, as UBSs e o Programa de Assistência ao Portador de Diabetes e Hipertensão, respectivamente.

### **4.1.1 - O Município de Sidrolândia**

Em 1926, Sidrolândia começa a ser formada, por Sidrônio de Andrade, por meio da demarcação da Fazenda São Bento. Mas apenas no ano de 1952, conquistou sua emancipação político-administrativa. Desde então, o Município alcançou crescente desenvolvimento econômico, impulsionado pela área geográfica plana, favorável à mecanização das atividades agrícolas e pelas pastagens de alta qualidade. Com a implantação do Estado de Mato Grosso do Sul, em 1979, a proximidade com a capital, Campo Grande, tornou-se um fator estratégico de prosperidade para Sidrolândia (PREFEITURA MUNICIPAL DE SIDROLÂNDIA, 2007).

Sidrolândia recebeu grande influência sócio-econômica e cultural da região Sul, com a migração dos gaúchos, gerando maiores lucros, tanto na pecuária, com a criação de gado mestiço, quanto na agricultura, com a lavoura tecnificada. Hoje, a cidade tem outra aparência, com a vinda dos gaúchos, mudou-se o estilo da arquitetura, das rodas de bate-papo, das músicas, da atividade econômica, dos jardins residenciais e da comida.

Além da economia de Sidrolândia ser basicamente oriunda de sua produção agropastoril, nos últimos dez anos, houve a instalação de diversas indústrias, principalmente no setor têxtil e alimentício, totalizando 45 atualmente, responsáveis pela geração de mais de 4.000 empregos na cidade. Pelo grande número de assentamentos instalados, Sidrolândia é o Município onde há o maior número de



assentamentos rurais, perfazendo um total de onze, sem computar os acampamentos em vias de regularização. Esse crescimento trouxe para o município um grande número de migrantes das mais diversas regiões do Estado, até mesmo de outros estados, na busca por emprego e melhores condições de vida. E, muitas vezes, esses migrantes não possuem qualificação adequada, nem mesmo o segundo grau completo, um dos pré-requisitos das indústrias do Município, e permanecem desempregados. Esse fato faz com que muitas pessoas procurem se cadastrar em programas sociais sejam, do Governo Federal, Estadual ou Municipal.

As pessoas que conseguem ser beneficiadas por quaisquer programas ofertados pela Assistência Social, cuja maioria é de transferência de renda, passam a depender desse rendimento para manter a família.

Cabe salientar que nos programas de inclusão social do Governo Estadual, atualmente suspenso, que estavam ativos no período da realização da pesquisa, isto é, junho e julho de 2006, a transferência dos recursos aconteceu de maneira distinta para as áreas urbana e rural do Município de Sidrolândia. Enquanto que na área urbana era realizada a transferência de renda no valor de R\$ 136,00 para cada família cadastrada, na área rural, como nas aldeias indígenas e nos assentamentos, os recursos eram repassados por meio de cestas básicas, em que praticamente todas as famílias da área rural eram beneficiadas. Apenas a título de informação, compõe o perfil para os programas sociais do governo, renda per capita familiar mensal de até R\$ 120,00, o que é identificado como situação de pobreza.

#### **4.1.2 – As Unidades Básicas de Saúde – UBSs**

Atualmente, o Município de Sidrolândia, conta com os serviços de saúde de oito UBSs, das quais apenas uma denominada “Posto Central” funciona na categoria Centro de Saúde, as demais atendem no sistema Programa de Saúde da Família – PSF.

A Unidade Central funciona em regime de plantão – 24 horas, atendendo a população situada na região central do município, pessoas provenientes da área rural, pessoas que estão de visita na cidade e a população que mora nos bairros da cidade, que pertence a qualquer PSF, apenas em horários que esse não oferece

atendimento, ou seja, das 18:00 às 5:00. A Unidade Central, no momento, está em fase de mudança de espaço físico, pois o antigo espaço não comportava mais a demanda. Assim, o novo prédio, construído para esse fim, conta com oito consultórios, sendo um oftalmológico e sala de pequenas cirurgias.

As demais UBSs - PSFs, como são conhecidas, só atendem usuários da região da abrangência da Unidade. Se uma pessoa procura atendimento em qualquer PSF, a atitude inicial da atendente é questionar o endereço e identificar se aquele PSF atende o bairro mencionado, se não, ela encaminha o usuário para o PSF responsável pela micro-área citada.

Cada PSF conta com os serviços de Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), que fazem o acompanhamento dos usuários no domicílio, orientando quanto à vacinação dos moradores, consultas, campanhas e programas das Unidades. Além dos ACSs, o PSF conta com médicos, dentistas, enfermeiros e fisioterapeutas. Existem duas psicólogas trabalhando no setor da saúde do Município, duas no Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), sendo que uma em atividades administrativas e, só esporadicamente, atende a usuários, e outra no Centro de Especialidades Médicas (CEM).

No primeiro contato com a Secretária de Saúde e Higiene Pública de Sidrolândia, foi apresentada a pesquisa para o Município, e a mesma disponibilizou três UBSs para a realização da pesquisa, uma vez que estas três Unidades estavam com o Programa de Assistência ao Portador de Diabetes e Hipertensão mais estruturado. Assim, a pesquisa foi realizada nas UBSs: PSF - Jandaia, PSF - Malvinas e PSF - São Bento. A participação dos usuários foi de cunho voluntário, obedecendo às normas do Conselho Nacional de Saúde - CONEP, Resolução 196/96 (BRASIL, 1996) e do Conselho Federal de Psicologia - CFP, Resolução 016/2000 (CFP, 2000).

#### **4.1.3 – O Programa de Assistência ao Portador de Hipertensão e Diabetes**

Em 2002, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 371/GM, instituiu o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e

Diabetes *Mellitus*, financiado e desenvolvido de maneira solidária e pactuada pela União, Estados e Municípios, cujos objetivos são:

I – implantar o cadastramento dos portadores de hipertensão e diabetes mediante a instituição do Cadastro Nacional de Portadores de hipertensão e Diabetes a ser proposto pela Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde e pactuado na Comissão Intergestores Tripartite – CIT;

II – ofertar de maneira contínua para a rede básica de saúde os medicamentos para hipertensão [...] e diabetes [...] definidos e propostos pelo Ministério da Saúde, validados e pactuados pelo Comitê do Plano Nacional de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes e pela CIT;

III – acompanhar e avaliar os impactos na morbi-mortalidade para estas doenças decorrentes da implementação do Programa Nacional. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p. s/n).

O cadastro dos usuários no Programa acontece após a identificação de hipertensão e/ou diabetes na consulta com o médico, que o encaminha para o Programa. Depois de cadastrado, o usuário recebe um cartão, no qual é registrada a pressão arterial e/ou nível glicêmico em jejum. Nesse cartão também são anotadas as datas de retorno, que são marcadas após cada consulta, realizada mensalmente, ou quando houver necessidade, também são registradas no cartão, as datas de retirada do medicamento que necessita. A utilização do cartão é importante, pois por meio dele é que os ACSs podem acompanhar a frequência do usuário na Unidade, sua participação no Programa e ainda, se está fazendo o uso correto do medicamento.

Segundo o Ministério da Saúde até maio de 2007, existem no Município de Sidrolândia, 1.402 usuários cadastrados no Programa, 339 com diabetes ou com diabetes e hipertensão e 1.063 com hipertensão sem diabetes.

#### **4.2 – Participantes**

Foram convidados a participar da pesquisa, 40 usuários com obesidade, ou seja, IMC igual ou acima de 30 Kg/m<sup>2</sup>, que eram portadores de obesidade I, II ou III,

segundo classificação da OMS (2004), cadastrados no Programa de Assistência ao Portador de Diabetes e Hipertensão e acompanhados pelos profissionais de saúde de três UBSs do Município de Sidrolândia-MS.

### **4.3 - Instrumentos**

A seguir, serão descritos os instrumentos utilizados para a coleta de dados, os Inventários de Ansiedade e Depressão, o Questionário de Forma Corporal – BSQ e a Entrevista semi-estruturada.

#### **4.3.1 – Inventário de Ansiedade**

O Inventário de Ansiedade – *Beck Anxiety Inventory* (BAI) é um instrumento psicológico utilizado para avaliar a presença de sintomas ansiosos em pacientes. O BAI é composto por uma lista de 21 sintomas, em formato Likert, que consiste em uma escala de intensidade, em que o participante relata o quanto tem sido incomodado pelo sintoma durante a última semana, incluindo o dia da entrevista. Para cada sintoma o paciente indica com que frequência é afetado, variando de absolutamente não = 0, passando por levemente = 1, moderadamente = 2, até gravemente = 3.

A pontuação total do inventário é obtida pela soma de todos os itens, podendo variar de 0 a 63 pontos. O resultado desse somatório exprime o grau de ansiedade de cada participante: 0-10= mínimo; 11-19= leve; 20-30= moderado e 31-63= grave. Este instrumento é de uso exclusivo de psicólogos, por isso não se encontra em anexo.

#### 4.3.2 – Inventário de Depressão – BDI

O Inventário de Depressão – *Beck Depression Inventory* (BDI) também é um instrumento psicológico, utilizado para avaliar a presença e o grau de depressão dos pacientes. O BDI é composto por 21 grupos de afirmações, cada grupo é constituído por quatro afirmações, em formato Likert, que consiste em uma escala de intensidade, em que o participante fala qual a afirmação de cada grupo melhor descreve a maneira que tem se sentido na última semana, incluindo o dia da entrevista.

A pontuação total do inventário é obtida pela soma de todos os itens, podendo variar de 0 a 63 pontos. O resultado desse somatório estima o grau de depressão dos participantes: 0-11= mínimo; 12-19= leve; 20-35= moderado e 36-63= grave. Este instrumento é de uso exclusivo de psicólogos, por isso não se encontra em anexo.

#### 4.3.3 – Questionário de Forma Corporal – BSQ

O Questionário de Forma Corporal – *Body Shape Questionnaire* (BSQ) é comumente utilizado por profissionais da área da saúde que lidam com portadores de obesidade, com o objetivo de avaliar possíveis transtornos e preocupação excessiva com a imagem corporal.

O BSQ é composto por 34 questões, no qual o participante relata como vem se sentindo em relação à sua aparência nas últimas quatro semanas. Para isso, o participante utiliza uma legenda com seis itens, e cada item corresponde a uma pontuação na escala de Likert, 0 a 6, no qual: 1 = nunca, 2 = raramente, 3 = às vezes, 4 = freqüentemente, 5 = muito freqüentemente, e 6 = sempre.

A pontuação total do questionário é obtido pela soma dos itens, que podem variar de 34 a 204. E o resultado final expressa presença ou não de depreciação da imagem corporal e atitudes negativas com relação ao corpo. Quando o resultado indicar presença de depreciação da imagem corporal, o critério de avaliação é o seguinte: pontuação entre 70 a 90 indica que a imagem corporal está levemente

distorcida, pontuação entre 90 a 110 indica que a imagem corporal está distorcida moderadamente e pontuação acima de 110 sinaliza que há uma intensa distorção da imagem corporal (COOPER, et al., 1987 - Anexo 1).

#### **4.3.4 – Entrevista**

Os participantes também foram convidados a responderem uma entrevista semi-dirigida, para analisar primeiramente o perfil sócio-demográfico, que incluiu os seguintes itens: sexo, idade, estado civil, escolaridade, ocupação profissional, papel na estrutura familiar, composição familiar, renda. Também foi perguntado sobre a existência de mais alguém da casa com problemas de sobrepeso ou obesidade, a influência familiar para o paciente seguir as orientações dos profissionais de saúde, tipo de programa que participa na Unidade Básica de Saúde, grau de dificuldade em realizar atividades de rotina, e a auto-avaliação do estado de saúde. Por último, procurou-se analisar os sentidos que os usuários atribuíam para a saúde e a doença. Foram feitas perguntas com relação ao que os participantes entendiam sobre saúde e doença (Apêndice B).

#### **4.4 - Procedimentos**

Primeiramente, a pesquisadora entrou em contato com a Secretária Municipal de Saúde e Higiene Pública de Sidrolândia-MS, a fim de apresentar e explicar a proposta de pesquisa, bem como todos os passos que seriam adotados ao longo de sua execução. Nesse momento, a pesquisadora informou-se dos dias e horários de atendimento aos usuários que são acompanhados no Programa de Diabetes e Hipertensão.

A Secretária de Saúde do Município de Sidrolândia/MS disponibilizou três UBSs para a realização da pesquisa, alegando que nelas o programa estava mais estruturado. A pesquisadora entrou em contato com a equipe de profissionais de saúde das UBSs, aos quais também foi explicada a proposta de pesquisa,

solicitando um trabalho em equipe. Nesse momento, foi informado que no cartão que o usuário recebe quando é cadastrado no programa, uma das informações registradas era o IMC. Assim, quando o usuário era chamado para a consulta com o médico, realizada mensalmente, as enfermeiras aferiam o IMC do mesmo para observar se houve alteração com o IMC registrado no cartão.

Para o contato inicial com os usuários, a pesquisadora ficou de plantão nos dias de atendimento do Programa de Assistência ao Portador de Diabetes e Hipertensão, numa sala onde a entrevista pudesse ocorrer sem interrupções e que o entrevistado pudesse ficar à vontade e confortável para responder às perguntas. Quando os enfermeiros e o médico durante a consulta mensal realizada com cada usuário, identificavam o usuário com IMC igual ou superior a  $30\text{kg/m}^2$ , o informava sobre a pesquisa e o que se mostrasse interessado era encaminhado à sala onde a pesquisadora o aguardava.

As três enfermeiras procuradas mostraram-se bastante acessíveis e interessadas na pesquisa, no entanto, uma delas alegou não haver sala disponível na unidade que a pesquisadora pudesse ocupar, dificultando de certa forma a execução do trabalho.

Frente a esta problemática, a pesquisadora questionou a enfermeira sobre como poderiam proceder, e após alguns minutos de conversa, a enfermeira se prontificou em conversar com os ACSs, para que eles encaminhassem os usuários com o perfil descrito acima, uma vez que eles tinham acesso ao cartão dos usuários nas visitas domiciliares e poderiam identificar os usuários com IMC igual ou acima de  $30\text{kg/m}^2$ , para um Centro de Referência da Assistência Social – CRAS, que estava situado próximo à unidade, onde a pesquisadora já desenvolvia um trabalho e também poderia realizar as entrevistas. Esta foi a única forma encontrada para que esta unidade pudesse participar da pesquisa.

Quando os usuários entravam em contato com a pesquisadora, ela lhes explicava pormenorizadamente, a proposta, informando-os de todos os procedimentos que seriam utilizados, que a participação era voluntária e ainda, que a não participação não lhes acarretava quaisquer sanções ou penalidades.

A aplicação foi individual, todas as perguntas foram lidas juntamente com os participantes, tanto as questões que compõem os instrumentos quanto às perguntas da entrevista semi-estruturada. No início da aplicação, foi informado ao participante que ele poderia parar de responder às questões a qualquer momento da aplicação e

que também poderia ficar sem responder a uma ou outra questão que se sentisse desconfortável.

Também foi assegurado ao participante o total sigilo e anonimato das respostas, quando só foi solicitado que ele(a) redigisse seu nome no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), e quando o gravador estava acionado, seu nome não era mencionado. As entrevistas foram gravadas com a prévia autorização dos participantes.

Por fim, foi informado que os resultados seriam divulgados de forma agrupada tanto à instituição, aos usuários, quanto em congressos e revistas científicas.



## **5 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

---

Neste capítulo, procurou-se apresentar os resultados concomitantemente a sua discussão. A descrição inicia-se com os dados sócio-demográficos dos participantes, seguido pelas respostas obtidas com os inventários e com o questionário e, por último, são expostos os dados da entrevista, bem como, a categorização das falas referentes aos sentidos de saúde e doença.

### 5.1 – Perfil sócio-demográfico dos participantes

A amostra desta pesquisa foi composta por 40 usuários de três UBSs do Município de Sidrolândia – MS, que serão designadas de Unidade 1, Unidade 2 e Unidade 3, com o objetivo de facilitar a redação dos dados. Assim, 45% dos participantes pertencem à Unidade 1, 42,5% à Unidade 2 e, 12,5% à Unidade 3.

Na Tabela 2, encontra-se um panorama geral dos dados que compõem o perfil sócio-demográfico dos participantes.

Tabela 2 – Número de participantes e respectivas porcentagens das respostas - Perfil sócio-demográfico dos participantes

Variáveis	Mulheres		Homens		Total	
	<u>n</u>	%	<u>n</u>	%	<u>n</u>	%
<b>Sexo</b>	34	85	06	15	40	100
<b>Estado Civil:</b>						
Solteiro	03	7,5	-	-	03	7,5
Casado	12	30	01	2,5	13	32,5
Amasiado	10	25	04	10	14	35
Separado	03	7,5	01	2,5	04	10
Viúvo	06	15	-	-	06	15
<b>Faixa Etária:</b>						
28 a 39 anos	11	27,5	-	-	11	27,5
40 a 49 anos	11	27,5	02	05	13	32,5
50 a 59 anos	06	15	02	05	08	20
60 a 69 anos	03	7,5	01	2,5	04	10
Maior de 70 anos	03	7,5	01	2,5	04	10

Variáveis	Mulheres		Homens		Total	
	n	%	n	%	n	%
<b>Escolaridade:</b>						
Sem instrução	03	7,5	02	05	05	12,5
1º grau	27	67,5	04	10	31	77,5
2º grau	03	7,5	-	-	03	7,5
Pós-graduação	01	2,5	-	-	01	2,5
<b>Renda familiar:</b>						
Até 1 Salário Mínimo	02	05	01	2,5	03	7,5
De 1 a 2 Salários Mínimos	11	27,5	02	05	13	32,5
De 2 a 5 Salários Mínimos	17	42,5	03	7,5	20	50
Mais de 5 Salários Mínimos	04	10	-	-	04	10
<b>Ocupação Profissional:</b>						
Aposentado(a)	06	15	02	05	08	20
Do lar	18	45	-	-	18	45
Funcionário(a) Público(a)	04	10	01	2,5	05	12,5
Lavrador	-	-	03	7,5	03	7,5
Atendente de Loja	01	2,5	-	-	01	2,5
Pastora	01	2,5	-	-	01	2,5
Comerciarista	01	2,5	-	-	01	2,5
Vistoriador do Detran	-	-	01	2,5	01	2,5
Desempregado	02	05	-	-	02	05
<b>Programa que Participa na UBS:</b>						
Portador de Hipertensão	11	27,5	02	05	13	32,5
Portador de Diabetes	12	30	03	7,5	15	37,5
Ambos os programas	11	27,5	01	2,5	12	30
<b>Classificação do IMC:</b>						
Obesidade leve ou grau I	15	37,5	05	12,5	20	50
Obesidade moderada ou grau II	13	32,5	01	2,5	14	35
Obesidade grave ou grau III	06	15	-	-	06	15
<b>Tipo de Obesidade:</b>						
Andróide	26	65	06	15	32	80
Ginecóide	08	20	-	-	08	20

Os resultados expressam que a eminente maioria dos participantes é de mulheres, representando 85% (n= 34) do total da amostra, com idade variando de 28 a 85 anos. Dado que vem ao encontro dos estudos de Gigante et al. (1997) e Gomes et al. (2006), que também apontaram a presença de obesidade, em sua

maioria, em mulheres. Enquanto que os homens participantes desta pesquisa totalizam 15% (n= 06), com idade entre 43 a 70 anos.

Frente a isso, pode-se inferir que as mulheres são mais cobradas socialmente, bem como, mais suscetíveis à pressão social, caracterizada como adversa ao ganho de peso e à obesidade. Para Bernardi et al. (2005), a pressão social pode influenciar as pessoas, em especial as mulheres, a se submeterem a excessivas dietas, as quais podem desencadear reações psicológicas e fisiológicas, tais como: humor depressivo, ansiedade, fraqueza, tontura, preocupação em comer, etc, que levam à recuperação e/ou ao aumento da obesidade, causando os famosos efeitos sanfona.

Pensando na utilização dos serviços de saúde e levando em consideração a variação da idade tanto dos homens quanto das mulheres participantes da pesquisa, nota-se que as mulheres prevalecem quanto à procura por atendimento em saúde e, por conseguinte, são assistidas ao longo do seu período produtivo e reprodutivo, até chegar à terceira idade, esta última caracterizada pela suscetibilidade a um maior acometimento de enfermidades. Já os homens procuram por atendimento mais tardiamente, muitas vezes, quando as doenças já estão instaladas, lhes acarretando considerável comprometimento funcional e laboral. Esta idéia vem ao encontro do relato de Pinheiro e Travassos (1999), que afirmam que as mulheres utilizam mais os serviços de saúde do que os homens, demonstrando o quanto elas são mais preocupadas com sua saúde, fazendo com que estejam mais atentas à prevenção de doenças, bem como à promoção da saúde.

Talvez seja por isto que Pinheiro et al. (2002) demonstraram no seu estudo que apesar de haver uma maior ocorrência de doenças crônicas em mulheres, elas apresentam menor gravidade quando comparada aos homens. Estes autores clarificam que as mulheres se queixam aos profissionais da área da saúde, geralmente, de doenças de curta duração, sintomas habituais, doenças agudas e transitórias (como infecções das vias respiratórias superiores, gastroenterite e doenças infecciosas de curta duração) e doenças crônicas não fatais (como artrite, sinusite crônica, problemas digestivos, anemia, problemas de tireóide ou vesícula, enxaqueca, colite e eczema). Enquanto que os homens sofrem mais de doenças crônicas fatais, como por exemplo, doença isquêmica do coração, arterosclerose, enfisema, câncer, acidente vascular cerebral, cirrose e problemas de rins.

Sobre a variação da idade, os autores Pinheiro et al. (2002) expõem que em duas fases da vida homens e mulheres buscam por atendimento de saúde na mesma intensidade – até os 14 anos e na terceira idade – períodos nos quais, geralmente, são acompanhados por suas mães, filhas, esposas ou responsáveis. Ou seja, as mulheres além de se preocuparem com sua própria saúde também estão atentas à saúde das pessoas que estão próximas a si.

Pensando nas questões de gênero associadas a aspectos socioeconômicos e culturais, cabe a discussão dos dados apresentados na pesquisa realizada por Ribas et al. (2001), que estudaram 100 crianças de 0 a 59 meses da comunidade indígena rural, da Aldeia Córrego do Meio, do Município de Sidrolândia, MS, cujo objetivo foi descrever as condições de saúde e nutrição das crianças indígenas. Os resultados referentes à frequência de obesidade sinalizaram um percentual de 5%, dos quais há uma maior prevalência no sexo masculino, 6,4%, enquanto que entre as meninas o percentual foi de 3,8%.

Contudo, dados diferentes foram encontrados sobre a incidência de obesidade para ambos os sexos no estudo de Ribas et al. (1999) realizado em uma comunidade indígena urbana do Município de Campo Grande, MS, em que a prevalência de obesidade foi de 6,3%, sendo 3,7% no sexo masculino e 8,3% no feminino.

Pode-se inferir que esta diferença repousa em aspectos culturais e socioeconômicos, uma vez que as aldeias rurais podem ainda perpetuar a questão cultural de que os meninos precisam ser melhor alimentados, sendo que aos homens cabe a responsabilidade de prover as necessidades da comunidade e de sua família, quanto à caça, à pesca, aos serviços mais pesados, precisando assim, estarem saudáveis e bem alimentados. Enquanto que nas comunidades indígenas urbanas, a realidade é diferente, cujo estilo de vida e comportamento alimentar é fortemente influenciado pelo cotidiano dos não-índios.

E além de ter sido evidenciado um maior número de mulheres portadoras de obesidade, elas também apresentam índices mais elevados de IMC, cuja média é de 36,9 pontos, representando a obesidade moderada ou grau II da classificação de IMC. Para os homens a média é 32,9 pontos, sinalizando a obesidade leve ou grau I.

Ainda na Tabela 1, pode-se observar que as mulheres foram as únicas que apresentaram obesidade grave ou grau III, expressando 15% (n= 06) do total da amostra e 18% (n= 06) do total das mulheres entrevistadas. Destas mulheres, 50%

(n= 03) afirmaram nunca terem procurado por quaisquer tratamentos para obesidade e 50% (n= 03) relataram que fizeram uso de medicamentos antiobesidade em algum período de suas vidas, argumentando que durante a administração da medicação obtiveram resultados satisfatórios, contudo, quando cessaram o uso da medicação, voltaram a adquirir peso descontroladamente. Alguns pesquisadores como Francischi et al (2000), Segal e Fandiño (2002) e Ades e Kerbauy (2002) salientam que as pessoas, muitas vezes optam pelo uso de fármacos por apresentarem resultados, de certa forma, rápidos, se comparados a outros tratamentos convencionais para obesidade, como a orientação dietética e a programação de atividade física, que demandam certo tempo e dinheiro, até que a pessoa consiga obter resultados satisfatórios.

Quando o assunto é sobre a administração de fármacos antiobesidade, encontram-se opiniões diversas. Existem alguns profissionais da área da saúde que são defensores dessa prática e outros, que são opositores, que acham que essa prática constitui-se em má conduta médica. Para Cohen e Cunha (2004) e Halpern (1997), os fármacos são importantes no tratamento da obesidade, desde que empregados com critério, chamando atenção para o fato de que a diferença entre o remédio e o veneno está na dose. E ainda, que o tratamento medicamentoso não deve ser a primeira opção no combate à obesidade, e que deve ser utilizado em pacientes que o excesso de peso representa e acarreta sérios riscos à saúde dos mesmos e que não foi controlado com modificações comportamentais dietéticas nem com exercícios físicos.

Com relação mais específica ao relato das mulheres de que enquanto faziam uso da medicação obtiveram resultados satisfatórios e que quando cessaram o uso voltaram a adquirir peso de maneira descontrolada, o autor Halpern (1997) argumenta que para este tipo de paciente, ou seja, mulheres com aproximadamente 120kg, portadores de diabetes e hipertensão, as drogas para o tratamento da obesidade, na maioria das vezes funcionam, o que podemos evidenciar na própria fala das mulheres entrevistadas, e que nestes casos, devem ser administradas a vida inteira. Para ele, o tratamento para obesidade deve ser encarado da mesma forma como o tratamento para outras doenças crônicas, como para pressão alta, diabetes *mellitus* e colesterol, que se as drogas para o tratamento dessas doenças forem suspensas, as pessoas terão retorno de suas condições anteriores, como hipertensão arterial, aumento de açúcar no sangue e aumento de colesterol. Halpern

(1997) admite ainda, que este é um ponto de vista polêmico, contudo, é polêmico para quem não entende sobre o assunto obesidade, pois para ele, algumas pessoas só vão conseguir ter sua doença controlada enquanto tomarem drogas, que precisam ser administradas a vida inteira.

Outros autores como Cohen e Cunha (2004), apesar de opinarem a favor do tratamento medicamentoso, não são tão radicais como Halpern (1997), alegando que esse tipo de tratamento não é tão eficaz quanto os programas de perda de peso que abrangem reeducação comportamental, orientação dietética e estímulo a prática de exercícios físicos.

Bernardi et al. (2005) acrescenta afirmando sobre a necessidade de se desenvolver ações interdisciplinares, além de focar as bases do comportamento alimentar, para que se obtenha resultados eficazes no tratamento da obesidade.

Discutindo os resultados da pesquisa sobre a renda familiar dos participantes, apesar de não ter sido questionado se os usuários participavam de algum programa social, 40 % das pessoas relataram renda de até dois salários mínimos, o que, de certa forma, sinaliza o perfil para que possam ser beneficiários de programas da Assistência Social, sejam eles da esfera federal, estadual ou municipal. Como apenas os programas assistenciais do Município acontecem mediante doação de cestas básicas, cuja maioria dos alimentos são ricos em carboidratos e podem dificultar a administração de possíveis dietas recomendadas pelos profissionais de saúde das UBSs em que os participantes são acompanhados, dietas geralmente baseadas em frutas, verduras, legumes e proteínas.

No entanto, os programas sociais dos governos federal e estadual, na área urbana do Município, são basicamente de transferência de renda, podendo-se inferir que beneficiários desses programas têm uma maior autonomia em adquirir os alimentos que compõem a dieta recomendada pelos profissionais da saúde.

Outro dado pesquisado foi o tipo de obesidade, onde foi identificado um fato curioso, pois o que se encontra na literatura vigente é que a obesidade abdominal, mais conhecida como andróide, por ser comum em homens e em poucas mulheres que passaram pelo período da menopausa, foi evidenciada em 80% (n= 32) da população que participou da pesquisa, sendo 65% (n= 26) em mulheres e 15% (n= 06) nos homens. Isto é, as mulheres em sua maioria demonstraram ter esse tipo de obesidade, e 54% (n= 14) do total dessas mulheres não se encontram na faixa etária que representa, teoricamente, o período da pós-menopausa. Dado que traz certa

preocupação, uma vez que a obesidade andróide é representada por um acúmulo maior de gordura na região abdominal, acarretando maior risco de mortalidade por diabetes e doença cardiovascular, quando comparada com a presença de gordura periférica, denominada ginecóide, por ser comum em mulheres.

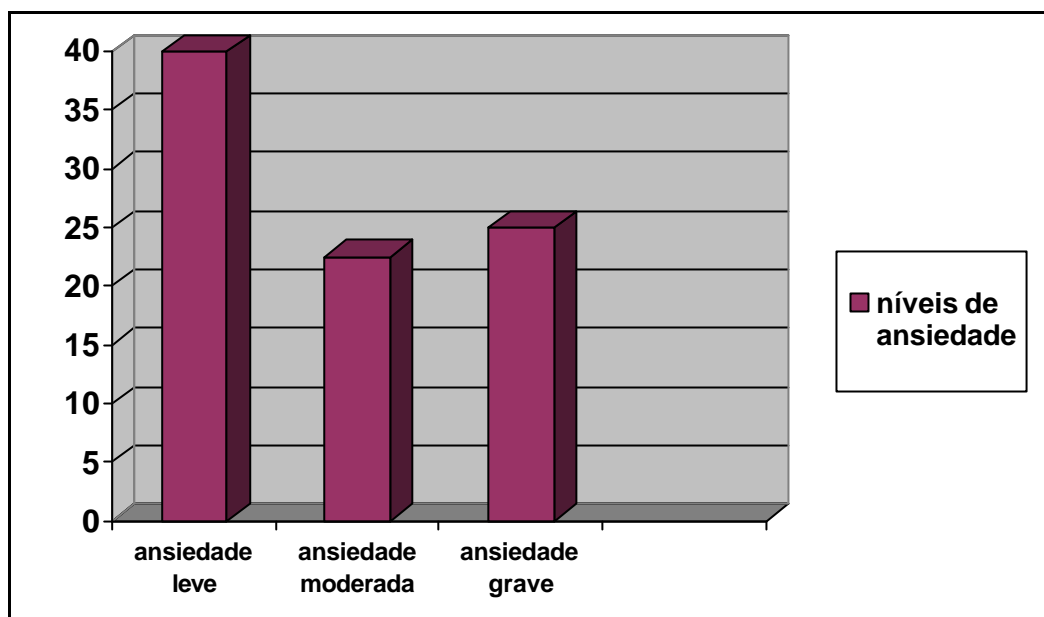
Outro dado evidenciado na pesquisa foi que há maior incidência de obesidade nas pessoas que possuem um companheiro(a), sendo 32,5% (n= 13) casados e 35% (n= 14) amasiados. Sugerindo a idéia de que pessoas 'casadas' têm maior probabilidade de apresentarem sobrepeso ou obesidade do que pessoas que não possuem um companheiro(a). O autor Halpern (1997), ao classificar as causas da obesidade de acordo com fases e eventos da vida das pessoas, cita o casamento como um dos causadores da obesidade, denominada de 'obesidade após o casamento'. O autor salienta que após o casamento, as pessoas se tornam mais sedentárias e costumam se alimentar de forma exagerada.

Ainda sobre essa questão, as autoras Ferreira e Magalhães (2006) identificaram que as mulheres participantes da pesquisa que realizaram, relacionam as transformações ocorridas em seus corpos, a dois principais eventos de suas vidas: o casamento/ união e a gravidez, atribuindo a esses eventos a responsabilidade por seu sobrepeso ou obesidade.

## **5.2 – Considerações sobre Ansiedade, Depressão e Imagem Corporal:**

Analisando os dados sobre ansiedade na população estudada, identificou-se sua presença em 87,5% (n= 35) dos participantes, cujo maior número de pessoas foram avaliadas com uma leve presença de sintomas ansiosos, perfazendo um total de 40% (n= 16) dos participantes, como se pode observar no Gráfico 1.





**Gráfico 1 – Níveis de ansiedade apresentados pelos participantes**

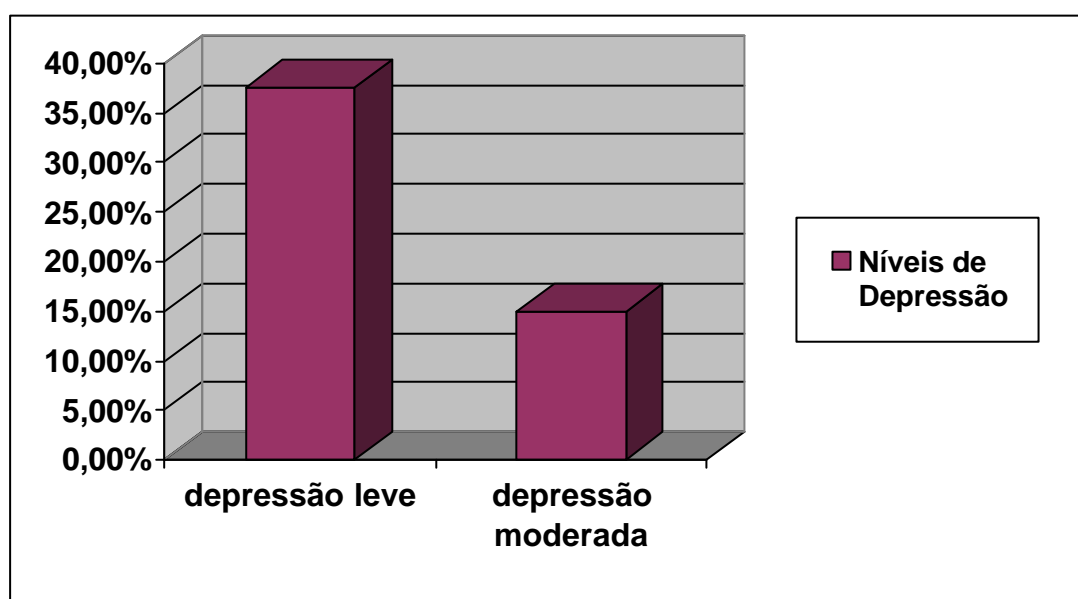
Os homens expressam menores graus de ansiedade, com 80% (n= 04) apresentando leve presença de ansiedade e 20% (n= 01) relatando a presença moderada de ansiedade. Quando se comparou homens e mulheres que apresentaram sintomas ansiosos, as mulheres aparecem novamente com os maiores índices, tanto no que se refere à quantidade de participantes com ansiedade, quanto com relação ao grau desse transtorno. Esses dados corroboram as afirmações dos autores Kinrys e Wygant (2005), que chamam a atenção para o fato de que além dos transtornos de ansiedade ocorrerem com maior prevalência nas mulheres, elas relatam maior gravidade de sintomas, maior cronicidade e maior prejuízo funcional do que os homens acometidos por este tipo de transtorno. O que explica o maior número de mulheres que apresentaram ansiedade em seu grau máximo.

Quando se comparou os níveis de ansiedade com a média do IMC dos participantes, observou-se que à medida que se elevou o grau de ansiedade, também se elevou a média do IMC, ou seja, as pessoas com leve presença de ansiedade apresentaram média do IMC de 35 pontos; as pessoas com ansiedade moderada possuíam média do IMC igual a 36 pontos; e, por último, as pessoas que apresentaram ansiedade grave expressaram média do IMC igual a 36,57 pontos.

Relacionando a presença de ansiedade com as co-morbidades estudadas – diabetes e hipertensão – foram encontradas maiores índices de ansiedade em

peças portadoras apenas de diabetes, com um total de 36,2% (n= 13). Nas pessoas portadoras apenas de hipertensão, e das portadoras de ambas as comorbidades, os valores foram de 30,4% (n= 11) e 33,3% (n= 12), respectivamente.

Outro dado estudado foi com relação à presença de depressão entre os participantes, que foi evidenciado em 52,5% (n= 21) do total da amostra. O Gráfico 2 expõe o percentual dos níveis de depressão dos participantes. Onde 55,9% (n= 19) das mulheres e 33,3% (n= 02) dos homens apresentaram esse transtorno, o que sinaliza maiores índices do transtorno de ansiedade do que de transtorno depressivo na população estudada. Estes dados diferem dos dados expostos por Dobrow et al. (2002), que afirmam que entre as pessoas portadoras de obesidade há maior incidência de depressão, seguida por índices mais modestos de transtornos de ansiedade e suas vicissitudes como, agorafobia, fobia simples e transtorno de estresse pós-traumático.



**Gráfico 2 – Níveis de depressão apresentados pelos participantes**

Das pessoas que apresentaram depressão, 42,9% (n= 09) eram portadoras apenas de hipertensão, 33,3% (n= 07) eram portadoras apenas de diabetes e 23,8% eram portadoras de ambas as co-morbidades. Para este tipo de transtorno, a média do IMC também aumentou à medida que se elevou o grau de depressão, as pessoas que apresentaram depressão leve expressaram média do IMC igual a 35,1 pontos e as que apresentaram depressão moderada tiveram média do IMC igual a

38 pontos. O autor Appolinário (1998) expõe que ao estudar pacientes portadores de obesidade, identificou-se que tanto a probabilidade de ocorrer morbidade psiquiátrica - que em sua maioria estão os transtornos de depressão e ansiedade – quanto o aumento dos níveis desses transtornos é maior, à medida que aumenta a gravidade da obesidade, ou seja, quanto maior o IMC, maior a probabilidade do aparecimento e gravidade dos transtornos psiquiátricos.

Os dados sobre a imagem corporal revelaram que 67,5% (n= 27) dos participantes possuíam distorção de imagem corporal. A palavra distorção, segundo os autores que criaram o instrumento Cooper et al. (1987), sinaliza depreciação corporal e atitudes negativas frente ao corpo.

Com relação à presença de distorção da imagem corporal dos participantes, quando se discriminou o grau desta distorção, 42,5% (n= 17) apresentaram leve distorção de imagem corporal; 10% (n= 04) demonstraram possuir distorção de imagem corporal moderada; e, 15% (n= 06) expressaram intensa distorção de imagem corporal. Dentre os quais, 92,5% (n= 25) eram mulheres, e apenas 7,4% (n= 02) eram homens, que expressaram leve distorção. Estes dados são parecidos com os dados encontrados por Kakeshita e Almeida (2006), que apesar de evidenciarem distorção na autopercepção da imagem corporal tanto em homens quanto em mulheres, as mulheres apresentaram maior preocupação e desconforto com o corpo em relação aos homens.

Também foi evidenciado que à medida que se eleva o grau de distorção, também se eleva a média do IMC entre os participantes. Isto é, nas pessoas que apresentaram leve distorção de imagem corporal, a média do IMC foi de 36,2 pontos; nas pessoas que demonstraram moderada distorção, a média do IMC foi de 38,9 pontos; e, nas pessoas que expressaram intensa distorção de imagem corporal, a média foi de 39,7 pontos. Assim, quanto maior o peso da pessoa, maior distorção de imagem corporal ela apresentava.

As questões que tinham respostas mais altas e que expressaram excessiva preocupação com a imagem corporal versavam sobre o medo de ficar mais “gordo(a)” e sobre a preocupação de como as pessoas podem estar vendo seu corpo, a ponto de evitarem usar roupas que pudessem marcar as “dobrinhas” do corpo; evitar participar de eventos sociais, pelo fato das pessoas poderem estar reparando em seu físico; e, evitar freqüentar lugares, como piscinas ou beira de rio e vestiário, onde as pessoas pudessem ver seu corpo. O que transmite a idéia exposta

por Cash (1993 apud ALMEIDA et al, 2002), que o descontentamento ligado ao peso, que na maioria das vezes gera imagem corporal negativa, é fruto de uma ênfase na magreza e da discriminação da pessoa com obesidade. O sobrepeso e a obesidade configuram-se como fatores de sofrimento para as pessoas que não conseguem alcançar um corpo “perfeito”, levando-os a pensamentos de impotência, incapacidade e menos valia. Isso justifica o fato dos participantes da pesquisa terem relatado que receiam se exporem em situações onde seus “corpos gordos” possam ser vistos, e ainda, não suportam a idéia de que as pessoas achem que pelo simples fato de estarem acima do peso, não possuem controle de seus impulsos, são “preguiçosos” e “relaxados”.

### **5.3 – Sentidos sobre a saúde e a doença**

As falas dos participantes foram categorizadas e apresentadas em Tabelas. As respostas sobre o que os participantes entendem por saúde e por doença serão apresentadas em tópicos separados, apenas para fins didáticos, pois um conceito, muitas vezes, era apresentado pelas pessoas simplesmente pela ausência do outro, ou seja, a saúde era explicada como ausência de doença e vice-versa.

#### **5.3.1 - Os sentidos de saúde**

As respostas dos participantes para as perguntas: “O que você entende por saúde?” e “Quando você acha que uma pessoa está saudável?”, foram agrupadas em seis categorias, cujas freqüências estão apresentadas na Tabela 3.

Tabela 3 – Número de pessoas e respectivas porcentagens das respostas – Sentido de Saúde

<b>Categorias</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Ausência de doença/dor	15	31,9
Uma coisa boa/ tudo na vida	11	23,4
Ser magro(a)	06	12,8
Se cuidar	06	12,8
Ter disposição	05	10,6
Bem estar físico e mental	04	8,5
Total	47	100

Obs: Trinta e três participantes foram classificados em apenas uma categoria e sete participantes em duas.

A maioria dos participantes descreve saúde, simplesmente pela ausência de doença ou de dor, o que representa 31,9% (n= 15) das respostas. Para exemplificar este tipo de resposta foram elencadas as seguintes falas:

É quando não tem nenhum tipo de doença, a pessoa é sadia, bem tratada, bem cuidada. (P11 – F, 39 anos, 2ª série, IMC: 35,6).

Ai, às vezes eu vejo as outras pessoas doentes que tem que internar, não conseguem nem se divertir nem nada, com dor. E eu não sinto dor nem nada, porque esse diabetes é muito engraçado, porque você tá mal e você não sente nada né. Mas saúde é a gente viver sem sentir dor nenhuma. (P06 – F, 44 anos, 2º grau, IMC: 30).

É a gente ser sempre sadia, não ficar doente né. Até agora eu não fiquei assim né. Igual a minha mãe, que também era diabética, ela era bem doente. Até agora não me deu problema no rim nem nas vistas como deu na minha mãe. (P20 – F, 42 anos, 4ª série, IMC: 37,7).

Saúde é quando a pessoa não tem nenhuma enfermidade, sei lá, acho que é. (P29 – F, 34 anos, 8ª série, IMC: 34,6).

Em muitos estudos que procuram identificar os sentidos de saúde nas mais diversas populações, seja entre adultos ou entre crianças, a resposta que ainda é preponderante é a que caracteriza saúde como ausência de doença ou de dor. Mesmo com vários esforços tanto governamentais quanto não governamentais de

tentar mudar essa visão simplista de saúde, o que os pesquisadores encontram é ainda, a definição tradicional de saúde, como a simples ausência de doença. No entanto, existe uma luta na tentativa de ampliar a definição. Desde 1948, a OMS vem definindo saúde como o completo bem-estar físico, mental e social. Conceito que foi bastante criticado pelos autores Segre e Ferraz (1997). Eles argumentam que essa definição da OMS é irreal, ultrapassada e unilateral e expõem uma visão ampliada de saúde, considerando saúde como um estado de razoável harmonia entre a pessoa e a sua própria realidade.

Contudo, apesar de ser freqüente o número de pessoas que caracterizam saúde como ausência de doença, as autoras Borges e Japur (2005), no estudo no qual procuraram descrever os sentidos de saúde/ doença produzidos em grupos comunitários no contexto de um Programa de Saúde da Família – PSF, identificaram nas falas dos integrantes dos grupos, a existência de novos discursos, com a presença da questão sobre saúde ampliada e integral, que foi bastante explorada pelas autoras, mesmo porque esse tipo de discurso sobre saúde é atual e está sendo divulgado no meio científico, acadêmico e governamental, para que de certa forma, essas instâncias possam criar e desenvolver estratégias para veicular esta questão de saúde ampliada, abrangendo um maior número de pessoas, uma vez que esta discussão é permeada pela noção de autocuidado, integralidade, qualidade de vida e cidadania.

Onze pessoas (23,4%) relataram que ter saúde é “uma coisa boa”, é “tudo na vida da pessoa”, como se pode observar nestas falas:

Saúde é tudo né. (P26 – F, 66 anos, 4ª série, IMC: 32,4)

Essa pergunta é difícil hein...Acho que saúde é bom pra pessoa não é? (P38 – F, 68 anos, 3ª série, IMC: 30)

Os sentidos de saúde relatados nessas falas estão intrinsecamente relacionados à realidade em que os participantes estão inseridos, pois a maioria possuíam baixa escolaridade e não tiveram acesso a um grande número de informações e conceitos pré-formados, são geralmente influenciados pelo contexto em que estão inseridos, assimilando o que lhes é mais próximo, isto é, têm contato

com discursos que são veiculados pela sociedade, independentes dos conceitos que permeiam a área da saúde.

Lima (2005), no seu estudo sobre as Representações Sociais de saúde e doença para os portadores de diabetes *mellitus* também identificou o sentido de saúde como uma coisa boa ou a coisa mais importante da vida da pessoa, atribuído pela maioria dos participantes.

Seis pessoas (12,8%), relataram que saúde é ser magro(a), como se pode ver a seguir:

[Saúde] Primeiramente é ser magra, acho que também é, comer menos e viver bem. (P02 – F, 41 anos, 4ª série, IMC: 37)

Eu penso que é tá bem, emagrecer mais. Não sentir nada. (P13 – M, 68 anos, sem instrução, IMC: 36,8)

Se eu emagrecesse mais eu me sentiria bem e com saúde. Quando eu tava magra me sentia bem, fazia tudo rápido, agora tô sempre cansada, é uma tristeza isso. (P18 – F, 31 anos, 5ª série, IMC: 40)

É ser magra...não dar nenhum piraque do coração, é isso. (P22 – F, 25 anos, 6ª série, IMC: 37,7).

Talvez, esse índice de pessoas que associaram a saúde com a condição de “ser magro” esteja intimamente relacionada com a idéia veiculada pela mídia, desde o século XX, de que magreza é sinônimo de saúde. Dentro dessa perspectiva, os autores Vasconcelos et al. (2004) salientam que alcançar um corpo magro, também passa a ser sinônimo de conquistar sucesso, tanto na profissão quanto nos relacionamentos amorosos. Assim, as pessoa portadoras de obesidade passam a ter um corpo sem saúde, estigmatizado, pois viola a norma existente no âmbito social (FERREIRA; MAGALHÃES, 2006).

A idéia de que a mídia desempenha um papel importante tanto na construção quanto na desconstrução da concepção de corpo, bem como de procedimentos alimentares, foi alvo de interesse dos autores Serra e Santos (2003) e Felipe et al. (2004), que identificaram que na maioria das vezes, o discurso midiático presente em revistas e jornais, cujo alvo são, em sua maioria, adolescentes e jovens adultos, é de cunho informativo, muitas vezes divergindo das informações preconizadas

pelas áreas da Nutrição e da Medicina, que incentivam as pessoas a adotarem práticas saudáveis de emagrecimento.

Por este e outros motivos é que os profissionais da área da saúde devem estar atentos, pois a ascensão de práticas não saudáveis de emagrecimento que são estimuladas pela mídia, é extremamente nociva e prejudicial à saúde das pessoas. Daí, a necessidade desses profissionais desenvolverem estratégias educativas com o intuito de informar e orientar a população sobre os hábitos alimentares (SERRA; SANTOS, 2003).

Seis pessoas (12,8%) associaram saúde ao fato da pessoa se cuidar, como por exemplo:

Para ter saúde a gente tem que se cuidar né. Tirar as coisas que a gente não pode comer, não tudo, mas um pouco né...(risos). Fazer dieta balanceada e isso não consigo fazer. (P05 – F, 36 anos, 2º grau, IMC: 48,3)

Saúde, acho que é a gente se cuidar, fazer direitinho o que os médicos mandam, evitar coisas que prejudicam a saúde (P16 – F, 39 anos, sem instrução, IMC: 33,4)

Essas falas suscitaram a questão da necessidade de se cuidar, ou seja, seguir as orientações dos profissionais das UBSs como condição essencial para estar saudável, uma vez que esses pacientes eram portadores de doenças crônicas, que necessitam de certos cuidados para conseguirem levar suas vidas sem maiores comprometimentos. Dessa forma, para estar saudável, há a necessidade de seguir à risca as orientações médicas, em que a principal preocupação está com a alimentação, assim, a orientação dietética e, por conseguinte, a programação de atividade física se tornam as duas abordagens principais que os pacientes precisam se submeter (FRANCISCHI et al., 2000; SEGAL; FANDIÑO, 2002).

Essa questão vem de encontro com o argumento de Boltanski (2004) que, fazendo uma apreciação entre as classes sociais e o corpo, expõe que o sistema de regras que orientam a relação dos indivíduos com o corpo é distinto para as classes populares e para as classes superiores.

No que tange os hábitos alimentares o autor salienta que os membros das classes superiores são motivados a orientar sua dieta com alimentos “saudáveis” como legumes, carnes grelhadas e saladas, como o intuito de manter a forma ou



emagrecer. Já os membros de classes populares, quando buscam esse tipo de alimento estão, na maioria das vezes, preocupados com a saúde e sua manutenção.

### 5.3.2 - Sentidos sobre a doença

Para investigar os sentidos que as pessoas atribuem para a doença, foram feitas as perguntas: “O que você entende por doença?” e “Quando você acha que uma pessoa está doente?”. As respostas foram elencadas em seis categorias, que podem ser observadas na Tabela 4.

Tabela 4 – Número de pessoas e respectivas porcentagens das respostas – Sentidos de Doença

<b>Categorias</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Dor/febre	23	51,2
Uma coisa triste/ruim	12	26,7
Quando precisa de remédio	04	8,9
Obesidade	02	4,4
Depender dos outros	02	4,4
Mal funcionamento do corpo e da mente	02	4,4
Total	45	100

Obs: Trinta e cinco participantes foram classificados em apenas uma categoria e cinco participantes em duas.

A maioria das pessoas, isto é, 51,2% (n= 23), representou doença através de sensações desagradáveis pelo corpo, como dor ou febre, como se pode observar nos seguintes relatos:

Doença é você ter uma dor no corpo, ter febre, essas doenças que dá né. (P04 – F, 44 anos, 4ª série, IMC: 31,9).

Doença é sentir muita dor, dor de cabeça, dor nas costas. Porque eu já senti muita dor quando tive que tirar a vesícula, a gente perde até o gosto de viver. (P06 – F, 44 anos, 2º grau, IMC: 30).

Uma pessoa tá doente quando começa a aparecer as dores no corpo. (P08 – F, 37 anos, 7ª série, IMC: 39,8).

Quando os pesquisadores se propõem a identificar as concepções que a população tem sobre doença, a concepção mais emitida é a que caracteriza doença como dor ou febre, isto é, a que representa doença através de sensações.

Os autores Boruchovitch et al. (1991) salientam que este tipo de definição sobre doença se dá pelo fato de que na aquisição do conceito de doença, as pessoas entram em contato com esse conceito, primeiramente pela concretude, ou seja, ele parte de uma experiência direta que a pessoa vivencia, onde a pessoa “sente” alguma coisa. O primeiro contato com esta concepção é extremamente concreto; e somente com o passar do tempo, seguindo com a elevação do grau de instrução é que esse conceito assume outros atributos como: formal, abstrato e científico, que dá a noção de complexidade, no qual saúde e doença são entendidas em um processo contínuo e não dissociadamente.

Os dados da pesquisa desenvolvida por Boruchovitch et al. (1991), que procurou compreender o que professores e alunos de primeiro grau pensam sobre doença e como cuidam de sua saúde, revelaram em sua amostra de escolares que a maioria, o que representou 33,9% das respostas, associou doença com uma sensação, cujos verbos mais empregados pelos alunos foram sentir, ficar ou ter alguma coisa.

Oliveira (1998) em seu estudo, cujo objetivo foi analisar as definições de doença em classes populares, também identificou um alto índice de respostas que associaram doença à dor/ febre, cujo percentual foi de 35% (n= 69). Dor que surge, segundo o autor, como elemento desestabilizador do estado de equilíbrio da pessoa. Essa dor, comumente é associada a outros elementos, em especial à febre. Para esses dois aspectos, o autor expõe que a dor não tem como ser quantificada cientificamente como a febre, que pode ser mensurada com um termômetro. Ele complementa dizendo que a dor, apesar de possuir base fisiopatológica definida é uma expressão fundamentalmente subjetiva, e que se deve levar em consideração os aspectos culturais e sociais do contexto da pessoa, uma vez que a dor é considerada fruto de relações sociais e, portanto, constitui um aprendizado.

A segunda categoria com um maior número de respostas é a que representa a doença atribuindo-lhe afetos, identificando-a como uma coisa triste/ ruim. Para esta categoria encontram-se 26,7% (n= 12), das falas:

Doença pra mim é uma coisa triste. É coisa muito triste. (P34 – F, 85 anos, 4ª série, IMC: 33,7).

Doença é terrível, tendo um probleminha de saúde a pessoa se acaba, só vendo. (P39 – F, 49 anos, 4ª série, IMC: 30,3).

Doença é uma coisa ruim, se você tem uma coisa assim, que não pode fazer alguma coisa, já tá doente. (P33 – F, 65 anos, Deficiente Visual, estudou três anos no Instituto da Visão, IMC: 35).

Este alto índice de respostas simples representa a realidade em que vivem, cujos discursos produzidos sobre doença e/ou saúde, se submetem ao contexto histórico-social das pessoas, com valores e crenças próprios desse contexto (BORUCHOVITCH et al., 1991). Ou ainda, pode sinalizar o fato da não responsabilidade para com a doença, como que se argumentando dessa forma, essas pessoas estivessem se abstendo da responsabilidade por estarem doentes.

Os autores Boruchovith et al. (1991), tentando mapear os sentidos sobre doença entre escolares e professores de primeiro grau, identificaram esse tipo de resposta, apenas nos escolares, que na maioria, cursavam até a 4ª série. Os autores salientam ainda que as idéias que caracterizavam a doença como uma perturbação do funcionamento do organismo, que de certa forma denotavam maior complexidade, foram evidenciadas à medida que se elevou o grau de instrução e a idade dos escolares.

Duas pessoas (4,4%) associaram a doença com a obesidade, como se pode notar nas falas:

A obesidade é uma doença, a gente fica com vergonha de sair. Eu tenho um monte de roupa lá em casa que nem entra mais e eu me sinto muito mal com isso, acho que é uma doença né. (P18 – F, 31 anos, 5ª série, IMC: 40).

[Doença] É ter alguma enfermidade, um câncer, apesar de que o diabetes também é uma enfermidade né. Ter dores no corpo como esse povo tem, dor aqui, dor ali...muitas vezes, ser gordo demais

também pode ser uma doença, uma pessoa muito gorda, fora do limite é doente. (P31 – F, 44 anos, pós-graduada, IMC: 35,8).

Para estas falas cabe a discussão da idéia dos autores Francischi et al. (2000), que argumentam que a obesidade pode provocar ou acelerar o desenvolvimento de uma série de outras doenças crônicas com grave impacto na mortalidade geral, tais como: diabetes *mellitus* e hipertensão, que são as comorbidades mais freqüentes, além de doenças cardíacas, disfunções endócrinas, neoplasias, dentre outras.

Outra questão, que expressa muito bem o sofrimento encontrado nas falas anteriores, foi um dos dados evidenciados no estudo de Felipe et al. (2004), que procuraram descobrir como a obesidade era contextualizada em jornais e revistas de maior circulação nacional, que foi a categoria humilhação, na qual se identificou o sofrimento que permeava as situações nas quais as pessoas portadoras de obesidade encontravam dificuldades em encontrar um manequim, sentar-se em poltronas, ou mesmo, “entalar” na roleta do ônibus.

#### **5.4 - Aspectos familiares e sociais**

A presente pesquisa também se propôs investigar se a obesidade acarreta problemas relacionais para os participantes, tanto no que se refere aos aspectos familiares quanto aos sociais.

Primeiramente, indagou-se sobre a presença de sobrepeso e obesidade em outros integrantes da família, como: marido, esposa, filhos ou outros parentes que residiam com os entrevistados. Os dados revelaram que 52,5% (n= 21) dos participantes disseram residir com algum familiar que estava acima do peso, dos quais 38% (n= 08) eram crianças. Quanto a esta questão, a OMS (2004) expõe que uma criança com sobrepeso e/ou obesidade possui 50% a mais de chances de se tornar um adulto com peso elevado quando comparada a uma criança com peso normal.

Os autores Batista Filho e Rissin (2003) partindo de três estudos transversais realizados nas décadas de 1970, 1980 e 1990 fizeram uma análise da transição nutricional do Brasil, e identificaram um declínio da prevalência de desnutrição em crianças e um aumento, em um ritmo mais acelerado, da prevalência de sobrepeso e/ou obesidade em adultos. Dessa forma, a obesidade não atinge apenas adultos, as crianças também sofrem com essa doença crônica, que acomete às crianças tanto quanto a desnutrição

O fato de existir mais de um membro da família que se encontrava acima do peso, vem ao encontro da idéia exposta por Benedetti (2003, p. 35), de que:

[...] o que cada pessoa come, o modo como ela se alimenta, e a quantidade que ingere dependem daquilo que aprendeu em família e na sociedade em que vive [...] Uma série de condutas alimentares [...] é transmitida de geração à geração dentro de uma família[...].

E para complementar sobre essa influencia familiar, os autores Cormillot et al. (1977 apud BENEDETTI, 2003) argumentam que quando há uma perturbação na conduta alimentar da família, a obesidade costuma ser um traço comum a seus membros.

Na Tabela 5, pode-se observar os valores para uma outra questão sobre os aspectos familiares que versava sobre a influência da família no tratamento que os participantes estavam recebendo nas UBSs.

Tabela 5 – Número de pessoas e respectivas porcentagens de respostas – Influência familiar no tratamento

Sexo/Situação	Se preocupam/ Ajudam		Não ligam		Não sabem do tratamento	
	<u>n</u>	%	<u>n</u>	%	<u>n</u>	%
Feminino	18	45	14	35	02	5
Masculino	04	10	-	-	02	5
<b>Total</b>	22	55	14	35	04	10

Vinte e duas pessoas (55%) afirmaram que recebem ajuda dos familiares em relação ao tratamento que realizam na UBS. Contudo, 45% (n=18) relataram que a família não se interessa por seu estado de saúde, tão pouco se estão fazendo algum tipo de tratamento de saúde. Destas pessoas, 35% (n= 14) relataram que os familiares não ligam para esta questão e 10% (n= 04), nem sabem que o familiar está recebendo tratamento na UBS, como por exemplo:

Minha família nem liga pro meu tratamento. (P08 – F, 37 anos, 7ª série, IMC: 39,8).

Influência tem sim, positivamente nenhuma, mas negativamente muitas, falam pra eu comer mais quando eu como pouco. Falam que fazer dieta é bobeira, que não leva a nada. É uma tentação morar com o povo lá em casa. Ao invés de me ajudar, acho que eles querem me matar de tanto comer. (P18 – F, 31 anos, 5ª série, IMC: 40).

Esse dado é bastante interessante, talvez isso explique o porquê de algumas pessoas não apresentam sucesso com o tratamento, uma vez que, o apoio da família caracteriza-se como um dos fatores responsáveis pela eficácia no tratamento, em especial, das doenças crônicas.

Cabe discutir sobre que tipo de modelo de atendimento os profissionais dessas UBSs estão comungando, a ponto de 45% das pessoas relatarem que a família não se preocupa com seu estado de saúde. Os autores Stroebe e Stroebe (1995), Enumo (2003) e Bezerra Jr (2001), expõem que o modelo que não se preocupa em inserir a família no tratamento do paciente é o Biomédico. Esse modelo defende a idéia de que para cada doença existe uma causa biológica primária, ignorando o fato de que muitas doenças são resultantes da interação de acontecimentos sociais, psicológicos e biológicos.

Sendo assim, esses profissionais não estão atendendo de acordo com o novo modelo proposto, o Biopsicossocial, que é considerado o modelo de atendimento, mais completo, proposto para lidar com o binômio saúde – doença e suas vicissitudes, no qual os profissionais da área da saúde devem considerar a interação dos fatores biológicos, psicológicos e sociais como relevantes tanto na avaliação da saúde quanto nas recomendações para eventual tratamento. Onde esses profissionais devem, de certa forma, “inserir” a família no tratamento, pois assim, o

paciente se sentirá amparado, tanto no âmbito dos serviços de saúde quanto no âmbito familiar, e o tratamento transcorrerá de maneira tranqüila e será eficaz.

A Tabela 6 demonstra os valores da seguinte questão: “Como seu atual estado de saúde influencia no seu relacionamento com sua família? Vizinhos? Amigos? Colegas de trabalho, etc.?”

Tabela 6 – Número de pessoas e respectivas porcentagens das respostas – Influência do estado de saúde nos relacionamentos interpessoais.

Sexo/Influência	Tem problemas		Não tem problemas	
	N	%	N	%
Feminino	14	35	20	50
Masculino	01	2,5	05	12,5
Total	15	37,5	25	62,5

Vinte e cinco pessoas, o que representa 62,5%, expressaram que sua condição de saúde não lhes acarreta problemas de relacionamento interpessoais, o que não deixa de ser um dado preocupante, uma vez que essas pessoas possuem doenças crônicas que exigem muito cuidado e que só começam a reclamar de problemas de relacionamento quando a doença lhes acarretou comprometimentos sérios em pelo menos uma das esferas, seja psicológica, biológica ou social. (FELIPPE et al., 2004). Podemos inferir que o fato de relatarem não possuírem problemas de relacionamento é um agravante para que, em algum momento, deixem de seguir as orientações dos profissionais das UBSs, com a famosa desculpa “vou (comer doces, frituras, salgados, refrigerantes, etc) só dessa vez, porque também não estou tão ruim assim”.

Nota-se que 37,5% (n= 15) relataram possuir problemas de relacionamento, seja familiar ou social, em virtude do seu estado de saúde, problemas que estavam associados tanto ao excesso de peso quanto com as co-morbidades que apresentavam – diabetes e hipertensão. Os participantes relataram com maior frequência problemas como isolamento, vergonha, solidão e nervosismo, como se pode observar nas falas:

Às vezes deixo de sair com minha família, fico sozinha em casa, nem tenho roupa descente pra sair, nada me serve, é muito ruim você ter um monte de roupa no armário e não entrar em nenhuma, daí nem tenho vontade de sair, isso é muito ruim. (P15 – F, 55 anos, 1ª série, IMC: 35,3).

Deixei de trabalhar por causa do diabetes e do meu peso, não agüento fazer muita coisa, fico muito cansada por quase nada. (P08 – F, 37 anos, 7ª série, IMC: 39,8).

Seria o estado de nervosismo e de depressão que vem da doença, a gente se liga muito a problemas né, e acaba materializando o problema dentro da gente e isto provoca um mal-estar entre a família. (P01 – M, 53 anos, 4ª série, IMC: 31,9).

Deixo de sair com o pessoal de casa porque tenho vergonha dos quilos, da gordura que eu tenho (P18 – F, 31 anos, 5ª série, IMC: 40).

Nessas respostas, surgem novamente os sentimentos oriundos das doenças crônicas, as quais os participantes são acometidos. Com relação aos sentimentos provocados pela obesidade, os autores Felipe et al. (2004) ao analisarem dois jornais e duas revistas de maior circulação nacional, com o intuito de descobrir como a obesidade é contextualizada pela mídia, os sentimentos mais evidenciados foram sofrimento, desespero, dor e desesperança. E a Representação Social identificada do portador de obesidade, revela uma pessoa desqualificada, sem força de vontade, com sentimentos de baixa auto-estima e, fora dos padrões estéticos perpetuados pela biomedicina e disseminados pela mídia, ou seja, a biomedicina estabelece os padrões estéticos e a mídia se apropria dessa representação para se beneficiar.

Na Tabela 7, encontram-se os valores obtidos com a seguinte questão: “Você tem dificuldade para realizar atividades rotineiras como: varrer a casa, subir escadas, curvar-se, ajoelhar-se, amarrar os sapatos, etc.”



Tabela 7 – Número de pessoas e respectivas porcentagens das respostas – Capacidade em realizar atividades rotineiras

Sexo/ Capacidade	Tem dificuldade		Não tem dificuldade	
	n	%	n	%
Feminino	16	40	18	45
Masculino	06	15	-	-
Total	22	55	18	45

A maioria dos participantes, ou seja, 55% (n= 22), afirmou que apresenta dificuldades para realizar este tipo de atividade, atribuindo a culpa por não conseguir realizá-las ao fato de estarem com excesso de peso, como por exemplo:

Tenho dificuldade pra fazer tudo isso aí que você falou, e tudo por causa da minha barriga que não deixa. (P17 – F, 58 anos, 1ª série, IMC: 56,1).

Tenho dificuldade, nem lavar o pé eu consigo porque a barriga não deixa. (P05 – F, 36 anos, 2º grau, IMC: 48,3).

Esses dados denotam a restrição funcional que o excesso de peso acarreta a seus portadores. Muitas vezes, a pessoa só se percebe acima do peso, quando começa a apresentar dificuldades para realizar atividades rotineiras, como se pode observar no relato de mulheres entrevistadas no estudo de Ferreira e Magalhães (2006), cujo objetivo foi buscar uma aproximação dos conceitos de corpo, vida, trabalho e obesidade. Os resultados demonstraram que as mulheres só se perceberam acima do peso quando a obesidade lhes acarretou comprometimentos físicos, clínicos, menor agilidade e menor disposição para o trabalho.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

---

A obesidade é uma síndrome de alta prevalência no mundo e é responsável por sérias repercussões biopsicossociais a seus portadores, desde a infância até a vida adulta. E devido a sua etiologia multifatorial, é difícil mensurar a força e o impacto de cada uma das variáveis envolvidas no processo de ganho excessivo de peso. Dentre essas variáveis destaca-se a influência dos fatores socioculturais, que impõem um padrão de beleza esbelto em que as mulheres, em especial, vivem de acordo com a tirania da moda, contrariando suas necessidades nutricionais.

Considerando a pressão social da busca pela magreza e todos os esforços envolvidos em submeter-se a um tratamento, trava-se uma guerra entre o social e o individual, acarretando conseqüências psicológicas e relacionais às pessoas, tais como: humor depressivo, ansiedade, isolamento, vergonha, etc, que levam à recuperação ou aumento de peso corporal.

A cultura contemporânea valoriza tanto a magreza, legitimada principalmente pelo discurso da biomedicina, que transforma a gordura em um símbolo de falência moral, com sérias conseqüências para a subjetividade dos que não se adaptam a esse ideal de corpo, fazendo com que surjam os mais diversos sentimentos negativos frente ao corpo, isolamento social, vergonha, angústia dentre outros sentimentos que dificultam a relação dessas pessoas consigo mesmas e com o mundo.

É muito difícil avaliar o alcance que esta pesquisa teve e que ajuda ela poderá oferecer aos psicólogos e outros profissionais, que trabalham na área. Para a pesquisadora significou muito mais do que um trabalho acadêmico foi à possibilidade de atribuir significados à experiência vivida com pacientes portadores de obesidade, proporcionando uma visão mais ampla sobre a obesidade e sobre como as pessoas encaram-na. Por trás daquele “gordinho simpático” existe uma pessoa que carrega um enorme sofrimento, e o sofrimento, muitas vezes, atinge a proporção do seu excesso de peso.

Enquanto os profissionais da área da saúde, em especial os médicos, continuarem prescrevendo drogas e mais drogas aos “desesperados” pacientes portadores de obesidade, sem se preocuparem com uma continuidade do tratamento, enquanto os pacientes não se responsabilizarem por seus tratamentos, ou ainda, enquanto essas pessoas não se atentarem para a necessidade de se instituírem estratégias de reeducação alimentar, programação dietética e recomendação de exercícios físicos, continuarão a existir os casos de efeito sanfona

e a presença de co-morbidades, cada vez mais sérias, elevando ainda mais a mortalidade pelos comprometimentos causados pela obesidade.

Para que haja mudança no panorama sobre a obesidade, é preciso que considerem-na como uma condição, que requer apoio periódico, reeducação em aspectos comportamentais e exercícios e que, os programas de redução de peso, seja individual ou em grupo, tenham abordagem interdisciplinar, de fato, e que enfatizem, junto aos pacientes, a compreensão dos mecanismos biopsicossociais aos quais estão submetidos.

Nos dias de hoje já não se gasta energia como antigamente, ou seja, a árdua tarefa de rachar lenha para o fogão, puxar água do poço ou andar quilômetros para buscá-la (exceção aos bolsões de pobreza e de seca no Nordeste), foram substituídos pela vida sedentária na frente da televisão, deslocamentos de carros ou de ônibus, o fogão a gás e o microondas.

A energia gasta com as atividades que só existem na lembrança de nossos avós, muitas vezes não é gasta com exercícios físicos, que são incansavelmente recomendados pelos profissionais da área da saúde, uma vez que a atividade física movimenta as articulações, ativa a circulação e impede o acúmulo de gorduras no organismo.

De forma geral, a causa da obesidade é conhecida quando a energia consumida excede a energia gasta durante certo período de tempo, levando ao acúmulo de gordura. Mas será que as pessoas estão conseguindo discriminar sua necessidade fisiológica de outras necessidades, ou seja, será que sabem de que “fome” estão padecendo?

É preciso que as pessoas se atentem para o fato de que a fome é uma coisa muito mais complexa do que o nome parece traduzir. As pessoas sentem fome de: comida; amor, carícias, afagos, abraços, beijos, deslizar de mãos sobre a pele; amizade; atenção; carícias verbais; reconhecimento; sucesso, e assim por diante.

E você tem fome de quê?

Aqui é oportuno apresentar a letra da música “Comida” de Arnaldo Antunes, Marcelo Fromer e Sérgio Brito, que expressa com maestria a questão exposta:

## Comida

Bebida é água

Comida é pasto

Você tem sede de quê?

Você tem fome de quê?

A gente não quer só comida

A gente quer comida, diversão e arte

A gente não quer só comida

A gente quer saída para qualquer parte

A gente não quer só comida

A gente quer bebida, diversão balé

A gente não quer só comida

A gente quer a vida como a vida quer

Bebida é água

Comida é pasto

Você tem sede de quê?

Você tem fome de quê?

A gente não quer só comer

A gente quer comer e quer fazer amor

A gente não quer só comer

A gente quer prazer pra aliviar a dor

A gente não quer só dinheiro

A gente quer dinheiro e felicidade

A gente não quer só dinheiro

A gente quer inteiro e não pela metade

Bebida é água

Comida é pasto

Você tem sede de quê?

Você tem fome de que?

## REFERÊNCIAS

---

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

ALMEIDA, G. A. N. de; LOUREIRO, S. R.; SANTOS, J. E. dos. A Imagem Corporal de Mulheres Morbidamente Obesas Avaliada Através do Desenho da Figura Humana. *Psicologia Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 283-292, 2002.

APPOLINÁRIO, J. C. Obesidade e Psicopatologia. In: HALPERN, A.; MATOS, A. F. de G.; SUPLICY, H. L.; MANCINI, M. C.; ZANELLA, M. T. (Orgs.). *Obesidade*. São Paulo: Lemos Editorial, 1998, p. 217-223.

AQUINO, E. M. L. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. esp., p. 121-132, 2006.

AQUINO, E. M. L.; MENEZES, G. M. S.; AMOEDO, M. B. Gênero e saúde no Brasil: considerações a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 195-202, 1992.

AXELRUD, E.; GLEISER, D.; FISCHMANN, J. *A obesidade na adolescência: uma abordagem para pais, educadores e profissionais da saúde*. Porto Alegre: Mercado Aberto, 1999.

BANDEIRA, L. Relações de gênero, corpo e sexualidade. In: GALVÃO, L.; DÍAS, J. (Orgs.). *Saúde sexual e reprodutiva no Brasil*, São Paulo: Hucitec; Population Council, 1999, cap. 6, p. 180-197.

BATISTA FILHO, M.; RISSIN A. A Transição Nutricional no Brasil: Tendências Regionais e Temporais. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, suppl. 1, p. 181-191, 2003.

BENEDETTI, C. *De obeso a magro: a trajetória psicológica*. São Paulo: Vetor, 2003.

BERNARDI, F.; CICHELERO, C.; VITOLO, M. R. Comportamento de restrição alimentar e obesidade. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 18, n. 1, p. 85-93, 2005.

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, p. 133-169.

BOLTANSKI, L. As classes sociais e o corpo. 4ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2004.

BORGES, C. C.; JAPUR, M. Promover e recuperar saúde: sentidos produzidos em grupos comunitários no contexto do Programa de Saúde da Família. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 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.

BRASIL – CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CONEP). Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>. Acesso em 15 de junho de 2004.

BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 371/GM em 04 de março de 2002. Disponível em <http://www.portalsaude.gov.br> Acesso em 19 de maio de 2007.

\_\_\_\_\_. Relatório de Indicadores: número de diabéticos e hipertensos, 2007. Disponível em <http://hiperdia.datasus.gov.br>. Acesso em 19 de maio de 2007.

CAMPOS, P. H. F.; ROUQUETTE, M. Abordagem estrutural e componente afetivo das representações sociais. *Psicologia Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 16, n. 3, p. 435-445, 2003.

CARDOSO, M. H. C. de A.; GOMES, R. Representações Sociais e história: reflexões teórico-metodológicas para o campo da saúde coletiva. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 499-506, 2000.

CASTIEL, L. D. O estresse na pesquisa epidemiológica: o desgaste dos modelos de explicação coletiva no processo saúde-doença. *Phisys: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, suppl. 1, p. 103-120, 2005.

CHOR, D. Saúde Pública e mudanças de comportamento: uma questão contemporânea. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 423-425, 1999.

COHEN, R.; CUNHA, M. R. *A Obesidade*. São Paulo: Publifolha, 2004.



CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução CFP n. 016/2000 de 20 de dezembro de 2000. Disponível em : [http://www.pol.org.br/legislação/leg\\_resoluções2000.cfm](http://www.pol.org.br/legislação/leg_resoluções2000.cfm). Acesso em 10 de setembro de 2005.

COOPER, P. J. et al. The Development and Validation of the Body Shape Questionnaire - *International Journal of Eating Disorders*, v. 6, p. 485, 1987. Versão para o português: CORDÁS, T. A.; CASTILHO, S. Imagem Corporal nos Transtornos Alimentares - Instrumento de Avaliação: Body Shape Questionnaire. *Psiquiatria Biológica*, v. 2, p. 17-21, 1994.

DE MARCO, M. A. Psicologia da Saúde. In: \_\_\_\_\_.(Org.). *A Face Humana da Medicina: Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003, p. 71-76.

DOBROW, I. J.; KAMENETZ, C.; DEVLIN, M. J. Aspectos psiquiátricos da obesidade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 24, suppl. 3, p. 63-67, 2002.

DUARTE, P. S et al. Tradução e adaptação cultural do instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes renais crônicos (KDQOL-SF<sup>TM</sup>). *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 375-381, 2003.

EBERWINE, D. Globesidad: Una Epidemia en Apogeo. *Perspectivas de Salud: Revista de la Organización Panamericana de la Salud* v. 7, n. 3, 2002. Disponível em: [www.abeso.org.br](http://www.abeso.org.br). Acesso em 11 de setembro de 2004.

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.

FANDIÑO, J. et al. Cirurgia Bariátrica: Aspectos Clínico-Cirúrgicos e Psiquiátricos. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v. 26, n. 1, p. 47-51, 2004.

FELIPPE, F. M. L. et al. Obesidade e Mídia: o lado sutil da informação. *Revista Acadêmica do Grupo Comunicacional de São Bernardo*, ano 1, n. 2, 2004. Disponível em [www.metodista.br/unesco/GCSB/index.htm](http://www.metodista.br/unesco/GCSB/index.htm). Acesso em 17 de maio de 2005.

FERREIRA, V. A.; MAGALHÃES, R. O corpo cúmplice da vida: considerações a partir dos depoimentos de mulheres obesas de uma favela carioca. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 483-490, 2006.

FEDERAÇÃO LATINO-AMERICANA DE SOCIEDADES DE OBESIDADE [FLASO]. *Documento do Consenso Latino-Americano em Obesidade*, 1998. Disponível em: <http://www.ietf.org/oonet/flaso>. Acesso em 12 de setembro de 2004.

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

FRANCISCHI, R. P. P. et al. Obesidade: Atualização Sobre sua Etiologia, Morbidade e Tratamento. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 13, n. 1, p. 17-28, 2000.

FREIRE, A. B.; GRANDINO, P. J. Atenção em Rede: O psicólogo e a comunidade. *PSI – Revista de Psicologia Social e Institucional*, Londrina, v. 1, n. 1, 1999. Disponível em <http://www2.ccb/psicologia/revista/rede.htm>. Acesso em 02 de abril de 2005.

GIGANTE, D. P. et al. Prevalência de obesidade em adultos e seus fatores de risco. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 236-246, 1997.

GOMES, M. de B. et al. Prevalência de sobrepeso e obesidade em pacientes com diabetes *mellitus* do tipo 2 no Brasil: estudo multicêntrico nacional. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabolismo*, São Paulo, v. 50, n. 1, p. 136-144, 2006.

HALPERN, A. *Obesidade: mitos e verdades*. 2ª ed. São Paulo: Contexto, 1997.

HELMAN, C. G. *Cultura, Saúde & Doença*. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2003, cap. 6.

JODELET, D. Representações Sociais: um domínio em expansão. In: \_\_\_\_\_(Org.). *As Representações Sociais*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001, p. 17-44.

KAC, G., VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G. A Transição Nutricional e a Epidemiologia da Obesidade na América Latina. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, suppl. 1, p. 4-5, 2003.

KAKESHITA, I. S.; ALMEIDA, S. de S. Relação entre índice de massa corporal e a percepção da auto-imagem em universitários. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 497-504, 2006.

KERBAUY, R. R. Obesidade. In: LETTNER, H. W.; RANGÉ, B. P. *Manual de psicoterapia comportamental*. São Paulo: Manole, 1987.

KINRYS, G.; WYGANT, L. E. Anxiety disorders in women: does gender matter to treatment? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, Campinas, v. 27, n. Suppl, p. 43-50, 2005.

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.

LOLI, M. S. A. *Obesidade como Sintoma: uma Leitura Psicanalítica*. São Paulo: Vetor Editora Psico-Pedagógica, 2000.

LOURO, G. L. Nas redes do conceito de gênero. In: LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E.; WALDOW, V. R. (Orgs.). *Gênero & Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996, p. 07-18.

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.

MATOS, M. I. R. et al. Binge eating disorder, anxiety, depression and body image in grade III obesity patients. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, Campinas, v. 24, n. 4, p. 165-9, 2002.

MENDONÇA, C. P.; ANJOS, L. A. Aspectos das Práticas Alimentares e da Atividade Física como Determinantes do Crescimento do Sobrepeso/Obesidade no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 698-709, 2004.

MIYAZAKI, M. C. O. S. et al. Psicologia da Saúde: Extensão de Serviços à Comunidade, Ensino e Pesquisa. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 29-53, 2002.

MONTEIRO, C. A., et al. Evolução da desnutrição infantil. In: MONTEIRO, C. A. (Org.), *Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças*. São Paulo: Hucitec-Nupens/USP, 2000, p. 93-114.

MONTEIRO, C. A., SOUZA, A. L. de; MONDINI, L. (2000). Evolução da desnutrição entre adultos. In: MONTEIRO, C. A. (Org.), *Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças*. São Paulo: Hucitec-Nupens/USP, 2000, p. 115-125.

MONTEIRO, J. C. Obesidade: diagnóstico, métodos e fundamentos. In: HALPERN, A. et al. (Orgs.), *Obesidade*. São Paulo: Lemos Editorial, 1998, p. 31-53.

MOSCOVICI, S. *Representações Sociais: investigações em psicologia social*. Petrópolis: RJ: Vozes, 2003.

OLIVEIRA, F. A. de. Concepções de Doença: o que os serviços de saúde têm a ver com isto? In: DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. F. (Orgs.). *Doença, Sofrimento, Perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

ORDAZ, O.; VALA, J. Objetivação e Ancoragem das Representações Sociais do Suicídio na Imprensa Escrita. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. de (Orgs.). *Estudos Interdisciplinares de Representação Social*, 2ª ed. Goiânia: AB, 2000, p. 87-114.

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

PARRA-CABRERA, S. et al. Modelos Alternativos para el Análisis Epidemiológico de la Obesidad como Problema de Salud Pública. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 314-325, 1999.

PESSINI, L. & BARCHIFONTAINE, C. de P. de. *Problemas atuais de Bioética*. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

PINHEIRO, R. S.; TRAVASSOS, C. Estudo da desigualdade na utilização de serviços de saúde por idosos em três regiões da cidade do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 487-496, 1999.

PINHEIRO, R. S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SIDROLÂNDIA. Características históricas, sócio-econômicas e culturais de Sidrolândia,MS. 2007. Disponível em <http://www.sidrolandia.ms.gov.br>. Acesso em 19 de maio de 2007.

QUEIROZ, R. da S.; OTTA, E. A beleza em foco: condicionantes culturais e psicobiológicos na definição da estética corporal. In: QUEIROZ, R. da S. (Org.). *O corpo do brasileiro: estudos de estética e beleza*. São Paulo: SENAC, 2000, p. 13-66.

RAMOS-CERQUEIRA, A. T. DE A.; CREPALDI, A. L. Qualidade de vida em doenças pulmonares crônicas: aspectos conceituais e metodológicos. *Jornal de Pneumologia*, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 207-213, 2000.

REPETTO, G. Histórico da obesidade. In: Halpern, A. et al. (Orgs.), *Obesidade*. São Paulo: Lemos Editorial, 1998, p. 03-13.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. do R. (Orgs.), *Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001, p. 15-73.

REY, F. G. Psicologia e Saúde: desafios atuais. *Psicologia Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 10, n. 2, p. 275-288, 1997.

RIBAS, D. L. B.; ZORZATTO, J. R.; PHILIPPI, S. T. Nutrição de Crianças Indígenas. In: Congresso Latino-Americano de Nutrição Humana; *Resumos*, p. 120. Gramado: Conselho Regional de Nutricionistas, 1999.

RIBAS, D. L. B.; SGANZELA, A.; ZORZATTO, J. R.; PHILIPPI, S. T. Nutrição e Saúde Infantil de uma Comunidade Indígena Terena, Mato Grosso do Sul, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 323-331, 2001.

SARRIERA, J. C.; MOREIRA, M. C.; ROCHA, K. B.; BONATO, T. N.; DUSO, R.; PRIKLADNICK, S. Paradigmas em Psicologia: compreensões acerca da saúde e dos

estudos epidemiológicos. *Psicologia & Sociedade*, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 88-100, 2003.

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.

SEGAL, A.; FANDIÑO, J. Indicações e Contra-indicações para Realização das Operações Bariátricas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, Campinas, v. 24, suppl. 3, p. 68-72, 2002.

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

SERRA, G. M. A.; SANTOS, E. M. dos. Saúde e mídia na construção da obesidade e do corpo perfeito. *Ciência & 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.

SICHIERI, R. *Epidemiologia da Obesidade*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

SPINK, M. J. P. *Psicologia Social e Saúde: práticas, saberes e sentidos*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

\_\_\_\_\_. O conceito de representações sociais na abordagem psicossocial. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 300-308, 1993.

STRAUB, R. O. *Psicologia da Saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2005, cap. 12.

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

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.

VASCONCELOS, V. L. de; SILVA, G. A. P. da. Prevalências de Sobrepeso e Obesidade em Adolescentes Masculinos, no Nordeste do Brasil, 1980-2000. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1445-1451, 2003.

WAJCHENBERG, B. L.; SANTOMAURO, A. T. M. G. Diabetes melito não-insulino-dependente ou do tipo 2 e resistente à insulina. In: Halpern, A. et al. (Orgs.), *Obesidade*. São Paulo: Lemos Editorial, 1998, p. 131-143.

WOLFGANG, W. Sócio-Gênese e Características das Representações Sociais. In: *Estudos Interdisciplinares de Representação Social*. PAREDES, A. S. e OLIVEIRA, D. C. de (Orgs.). Goiânia: AB, 2000, p. 85-93.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO] (2002). *World Health Day*. Disponível em: [www.who.int/world-health-day](http://www.who.int/world-health-day). Acesso em 12 de setembro de 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO] (2003). *Obesity and overweight*. Disponível em: [www.who.int/](http://www.who.int/). Acesso em 12 de setembro de 2004.

ZANELLA, M. T. Obesidade e anormalidades cardiovasculares. In: Halpern, A. et al. (Orgs.), *Obesidade*. São Paulo: Lemos Editorial, 1998, p. 171-180.

**APÊNDICES**

---



## APÊNDICE A

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Gostaríamos de contar com sua colaboração para a realização da presente pesquisa intitulada “Aspectos Psicossociais dos Portadores de Obesidade: levantamento realizado no Município de Sidrolândia-MS”. Se concordar em participar, você será submetido (a) a alguns instrumentos psicológicos, tais como escalas, inventários e questionário, cujo objetivo consiste em analisar a presença de ansiedade, depressão e transtornos da imagem corporal. E ainda, responderá algumas questões que lhes serão lidas, versando sobre saúde, doença e dados sócio-demográficos. Os dados possibilitarão uma melhor compreensão da obesidade e suas vicissitudes, o que contribuirá para o desenvolvimento de ações e estratégias eficazes no manejo da mesma. Solicitamos sua autorização para que suas respostas sejam gravadas, o que permitirá a realização da transcrição íntegra e detalhada do conteúdo das falas. Os resultados da pesquisa serão divulgados em forma agrupada em revistas e congressos, ambos científicos.

Esteja seguro(a) do completo sigilo dos dados. Na realidade, para manter o seu anonimato, nós não perguntamos o seu nome na entrevista. Sua participação é voluntária e a sua recusa não envolve qualquer penalidade, você poderá desistir de participar a qualquer momento.

Abaixo colocaremos nossos nomes para que, havendo alguma questão, sintase à vontade para nos procurar e/ou o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da UCBD.

Profª Angela Elizabeth Lapa Coêlho, Mestrado em Psicologia, CPPGE,  
telefone: 3321-3585.

Psicóloga Pamela Staliano, Mestranda em Psicologia, CPPGE, telefone: (67)  
9231-8021.

Agradecemos sua colaboração.

Campo Grande, \_\_\_\_\_ de 2005.

---

## APÊNDICE B

### ROTEIRO DE ENTREVISTA

#### DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

Questionário n°:

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

Idade:

Estado Civil:

Escolaridade:

Ocupação Profissional:

Papel na estrutura familiar:

Em relação a sua família:

Quem mora na casa?

Parentesco

Idade

1 - _____	_____
2 - _____	_____
3 - _____	_____
4 - _____	_____
5 - _____	_____

Quantas pessoas trabalham? \_\_\_\_\_

Renda familiar ( ) até 1 salário mínimo  
 ( ) de 1 a 2 salários mínimos  
 ( ) de 2 a 5 salários mínimos  
 ( ) mais de 5 salários mínimos  
 ( ) sem rendimento

Quantas estudam? \_\_\_\_\_

Maior grau de escolaridade ( ) não alfabetizado  
 ( ) 1° grau  
 ( ) 2° grau  
 ( ) curso universitário incompleto  
 ( ) curso universitário completo  
 ( ) nível superior

Mais alguém que mora na sua casa está com problemas de sobrepeso ou obesidade?

( ) Não ( ) Sim. Quem? \_\_\_\_\_

Para você, o que facilita seguir as orientações do médico?

---



---



---

Para você, o que dificulta seguir as orientações do médico?

---



---



---

Como você acha que a sua família influencia em você seguir essas orientações?

---



---



---

Participa de qual Programa? ( ) Diabetes ( ) Hipertensão ( ) Ambos.

Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

Já chegou a procurar algum tipo de tratamento para Obesidade? Onde? Por que? Obteve resultado com o tratamento?

---



---



---

## SITUAÇÃO GERAL DA SAÚDE

Classificação do índice de Massa Corporal – IMC = \_\_\_\_\_.

- a) normal – 20 a 24,9;
- b) sobrepeso – 25 a 29,9;
- c) obesidade leve ou grau I – 30 a 34,9;
- d) obesidade moderada ou grau II – 35 a 39,9;
- e) obesidade grave ou grau III – maior que 40.

Pratica algum tipo de atividade física? ( ) Não ( ) Sim. Qual? \_\_\_\_\_

Com que freqüência? Por quanto tempo? \_\_\_\_\_

Qual meio de transporte que mais utiliza?

( ) carro

( ) ônibus

( ) bicicleta

( ) motocicleta

( ) a pé.

Como você acha que está sua saúde atualmente? \_\_\_\_\_

---



---

Você tem dificuldade para realizar alguma atividade? Como por exemplo?

a) Correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos, etc. ( ) Não tenho dificuldade. ( ) Sim ( ) Não realizo.

b) Varrer a casa, mover uma mesa, jogar bola ( ) Não tenho dificuldade. ( ) Sim ( ) Não realizo.

c) Subir escadas ( ) Não tenho dificuldade. ( ) Sim ( ) Não realizo.

d) Curvar-se, ajoelhar-se, amarrar os sapatos, cruzar as pernas. ( ) Não tenho dificuldade. ( ) Sim ( ) Não realizo.

Como o seu atual estado de saúde influencia no seu relacionamento com sua família? Vizinhos? Amigos? Colegas de trabalho? Você gostaria de comentar sobre outras pessoas?

---



---



---

### **QUESTÕES SOBRE SAÚDE E DOENÇA**

O que é saúde para você?

---



---



---



---

Quando você acha que uma pessoa está saudável?

---

---

---

---

O que é doença para você?

---

---

---

---

Quando você acha que uma pessoa está doente?

---

---

---

---

Com relação ao que respondeu sobre saúde e doença. Como você se sente agora?  
Por quê?

---

---

---

---

**ANEXOS**

---

## ANEXO 1

### Questionário sobre a imagem corporal - Body Shape Questionnaire

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

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

*Por favor, responda a todas as questões.*

Nas últimas quatro semanas:

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



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

- |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 29. Ver seu reflexo (por exemplo, num espelho ou na vitrine de uma loja) faz você sentir-se mal em relação ao seu físico? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 30. Você belisca áreas de seu corpo para ver o quanto há de gordura?  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 31. Você evita situações nas quais as pessoas possam ver seu corpo (por exemplo, vestiários ou banhos de piscina)?        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 32. Você toma laxantes para se sentir magra(o)?   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 33. Você fica particularmente consciente do seu físico quando em companhia de outras pessoas?                             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 34. A preocupação com seu físico faz-lhe sentir que deveria fazer exercícios?   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |