

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

Social representations of health and illness for children and adolescents with obesity problems

Lucila Serejo de Freitas Garcia
Angela Elizabeth Lapa Coêlho - UCDB
Pamela Staliano - UnB

Contato: Lucila Serejo de Freitas Garcia (garcia_lucila@hotmail.com)

RESUMO

Introdução: A obesidade é considerada um sério problema de saúde pública, uma vez que sua incidência e prevalência vêm aumentando significativamente na população mundial, atingindo diversas faixas etárias e acarretando problemas físicos e psicológicos às pessoas. **Objetivo:** Frente a esta questão, procurou-se analisar as Representações Sociais de saúde e doença reveladas por crianças e adolescentes com problema de sobrepeso e obesidade. **Materiais e métodos:** Participaram do estudo 17 usuários de ambos os sexos, que estavam cadastrados no Programa de Obesidade Infantil do Hospital Regional Rosa Pedrossian, em Campo Grande, MS. Os instrumentos utilizados foram: uma entrevista estruturada com o intuito de analisar as Representações Sociais que os usuários atribuem à saúde e à doença e informações complementares como, o perfil sociodemográfico, a relação familiar, a vivência escolar e a satisfação corporal. Para a análise foi utilizada a técnica de análise de conteúdo. **Resultados:** Os resultados revelaram que houve maior prevalência de meninas com sobrepeso e/ou obesidade 76,47% (n=13). As Representações Sociais de saúde mais frequentes foram organizadas nas seguintes categorias: atribuir sensações e/ou sentimentos (felicidade, bem-estar/disposição) (47,04%), ser magro (a) (29,40%), ter hábito de vida saudável (17,64%). As Representações Sociais de doença que mais se destacaram foram: problema de saúde (febre, gripe, dor) (64,70%) e obesidade (35,28%). Em relação à imagem corporal, observou-se que todos os participantes sentiam-se insatisfeitos com sua forma física. Ao que se refere à presença de sobrepeso e obesidade em outros integrantes da família, 58,82% (n=10) dos participantes residiam com algum familiar com essa condição. **Conclusões:** Este tipo de trabalho pode contribuir com o desenvolvimento de políticas públicas que oportunizem o acesso a um atendimento integral da pessoa, considerando-se os mais diversos aspectos que permeiam sua vida e o processo de cuidado com sua saúde.

Palavras-chave: obesidade; representações sociais; processo saúde-doença; imagem corporal.

ABSTRACT

Introduced: Obesity is considered a serious public health problem; its incidence and prevalence have increased significantly in the world population and reached various age groups, causing physical and psychological problems for the people. **Objective:** Considering this fact, we attempted to analyze the Social Representations of health and illness revealed by children and adolescents with overweight problems and obesity. **Materials and methods:** The study included 17 users of both sexes, who were registered in the Childhood Obesity Program at the Hospital Regional Rosa Pedrossian, in Campo Grande, MS. The instruments used were a structured interview to analyze the Social Representations that the participants have about health and illness and additional information such as the socio-demographics, family relationship, school experience and body satisfaction. For the analysis of the Social Representations, we used content analysis procedure. **Resulted:** The results showed that there was a higher incidence of girls with overweight or obesity 76.47% (n = 13). The more frequent health Social Representations were described in the following categories: associate sensations and/or feelings (happiness, well-being/disposal) (47.04%), to be thin (29.40%), to have healthy habits (17.64%). And the Social Representations of illness were: health problems (fever, flu, pain) (64.70%) and obesity (35.28%). Considering the body image, it was observed that all participants felt dissatisfied with their bodies. In regard to the presence of overweight and obesity in other family members, 58.82% (n = 10) of the participants lived with a family member with this condition. **Conclusions:** This kind of work can contribute to the development of public policies that provide the person with access to integral services, considering the various aspects that are present in his/her life and the process of care with his/her health.

Keywords: obesity, social representations, health-illness process, body image.

INTRODUÇÃO

Atualmente, observa-se uma progressão da transição nutricional, caracterizada pela redução na prevalência dos déficits nutricionais e ocorrência mais expressiva de sobrepeso e obesidade não só na população adulta, mas também em crianças e adolescentes, presente tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento. A obesidade pode ser relacionada a uma alta taxa de morbidade e mortalidade, resultante de inúmeros fatores, tais como: aspectos biológicos, psicológicos, sociais, culturais, econômicos (RAMOS; BARROS FILHO, 2003).

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

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

Diante desse quadro, muitos programas de intervenção voltados para as crianças e os adolescentes vêm sendo pensados e desenvolvidos na tentativa de minimizar os aspectos negativos acarretados pelo excesso de peso, principalmente, em função da cobrança e pressão estabelecidas socialmente, podendo contribuir para que as pessoas tenham baixa autoestima, ansiedade, depressão e busquem o isolamento social.

Sabemos que, muitas vezes, os profissionais enfrentam o problema da não adesão das pessoas aos programas de intervenção. E um dos fatores que pode explicar, bem como, influenciar de maneira direta ou indireta nessa adesão é o

entendimento que as pessoas têm do processo saúde-doença (SILVA; RIBEIRO, 2004/2005).

Nesse sentido, procurou-se compreender as representações que crianças e adolescentes, que participam de um programa direcionado ao tratamento e acompanhamento de pessoas com obesidade, revelam sobre saúde e doença. Para a análise das concepções de saúde e doença dessa população, os dados foram analisados à luz da Teoria das Representações Sociais, uma vez que essa teoria vem contribuindo na área da saúde.

De acordo com a definição clássica apresentada por Jodelet (1985), as representações sociais são formas particulares de entendimento prático, direcionadas à comunicação e à compreensão de um contexto social e de uma teoria filosófica que transmite ao mundo em que se vive o pensamento e suas representações. Manifestam-se como elementos cognitivos, imagens, conceitos, categorias, teorias, porém, de modo algum se restringindo aos componentes cognitivos. As Representações Sociais não consideram a pessoa de forma isolada, uma vez que ela pertence a um grupo, elas analisam os porquês, cujo objetivo é entender os significados de quaisquer fatos e questões que permeiam o contexto social.

Assim, a busca por essa compreensão das crianças e adolescentes, sinaliza, de certa forma, a possibilidade de se traduzir uma forma mais eficaz de diálogo dos profissionais de saúde com esse tipo de população, quando estiverem atuando na prevenção da obesidade e na promoção da saúde, dando voz às crianças e aos adolescentes que estão vivenciando essa condição.

MATERIAIS E MÉTODOS

A pesquisa foi desenvolvida no Hospital Regional Rosa Pedrossian, com 17 usuários do Programa de Obesidade Infantil (POI), cujo objetivo reside em atender as crianças e os adolescentes que são encaminhados para o programa com o diagnóstico de obesidade realizado pelos profissionais que os atenderam em outras instituições de saúde. O atendimento é realizado em grupo, por uma equipe multiprofissional, composta por pediatra endocrinologista, nutricionista, psicólogo e educador físico, que acompanham os usuários durante um mês. No último encontro, é entregue para cada participante um plano alimentar correspondente a sua situação nutricional. Após trinta dias do último encontro, o grupo retorna para mais uma reunião para que os profissionais avaliem os resultados durante essa fase de adaptação e as mudanças no estilo de vida de cada pessoa.

A pesquisa foi realizada em duas etapas, no período de 11 de maio a 7 de julho de 2007. A primeira etapa foi realizada em quatro encontros,

sendo que no primeiro foi aferido o Índice de Massa Corporal de todos os participantes e nos encontros seguintes, ocorreram as entrevistas individuais, compostas por 14 perguntas, que versavam sobre as Representações Sociais de saúde e doença, a vivência familiar e escolar, imagem corporal e os dados de sociodemográficos.

Na segunda etapa, que ocorreu após 30 dias do último encontro com a pesquisadora, foi aferido novamente o Índice de Massa Corporal de todos os participantes e realizada outra entrevista com os participantes, cuja temática contemplava a participação no programa e a aceitação do tratamento, e satisfação com a imagem corporal.

Para a análise dos relatos, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 1977), respeitando as seguintes etapas: transcrição das entrevistas na íntegra; agrupamento dos relatos escritos dos participantes para cada pergunta; realização de leituras consecutivas, com a finalidade de aprender e elencar os temas que emergiram para cada pergunta; identificação das falas por palavras que sintetizassem o conteúdo dos relatos; escolha de falas que representassem os temas elencados; e por fim, as categorias foram descritas em tabelas para uma melhor visualização dos relatos.

A pesquisa obedeceu à Resolução 196/1996 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), sem restrições. É fruto da dissertação de mestrado da primeira autora, intitulada "As Representações Sociais de Saúde e Doença para Crianças e Adolescentes com Problema de Obesidade".

Assim, a busca por essa compreensão das crianças e adolescentes, sinaliza, de certa forma, a possibilidade de se traduzir uma forma mais eficaz de diálogo dos profissionais de saúde com esse tipo de população, quando estiverem atuando na prevenção da obesidade e na promoção da saúde, dando voz às crianças e aos adolescentes que estão vivenciando essa condição.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com os dados, observou-se que a maioria dos participantes foi de meninas, representando 76,47% (n=13) do total. A idade dos participantes variou entre cinco e dezessete anos, com uma média de 10,9 anos. O estado nutricional dos participantes variou entre sobrepeso e obesidade grave, cuja média do Índice de Massa Corporal foi de 29 pontos. E apesar de haver um número maior de meninas participantes, os casos mais graves, ou seja, com peso mais elevado e Índice de Massa Corporal maior, eram entre os meninos.

De acordo com a literatura, a prevalência de sobrepeso e/ou obesidade no sexo feminino, quando comparada ao sexo masculino, depende da faixa etária do participante. Estudos sinalizam que há uma maior incidência de sobrepeso e obesidade entre os meninos quando crianças, dado que se mostra diferente quando o público alvo das pesquisas são os adultos. No estudo realizado por Ramos e Barros Filho (2003), que avaliou crianças e adolescentes com sobrepeso e obesidade, 12,83% dos meninos apresentaram obesidade, enquanto que nas meninas o índice foi de 9,43%. Campos, Leite e Almeida (2006) revelaram em seu estudo que há uma distinção nessa comparação entre as classes sociais, ou seja, em crianças e adolescentes com baixo nível socioeconômico, há uma maior incidência entre as meninas, 19,8%, do que entre os meninos, 14,4%. Já entre crianças e adolescentes com elevado nível socioeconômico, a proporção foi de 33,7% para os meninos e de 15,7% para as meninas.

Para analisar as representações sociais de saúde das crianças e adolescentes, foi feita a seguinte pergunta: "Para você, o que é estar com saúde?". As falas foram agrupadas em cinco categorias que podem ser observadas na Tabela 1. Após a análise dos relatos, foi identificado que as categorias são semelhantes às categorias criadas em estudos anteriores.

Tabela 1 - Frequência e percentual dos relatos sobre as representações sociais de saúde (n=17)

VARIÁVEL	SEXO				Total	
	FEMININO		MASCULINO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Categorias de Saúde						
Atribuir sensações e/ou sentimentos (felicidade, bem-estar/disposição).	06	35,28	02	1,76	08	47,04
Ser magro (a)	04	23,52	01	5,88	05	29,40
Ter hábitos de vida saudáveis	03	17,64	-	-	03	17,64
Não soube responder	02	11,76	01	5,88	03	17,64
Ausência de doença	02	11,76	-	-	02	11,76

Fonte: Dados da pesquisa.

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

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

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

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

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

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

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

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

Ser magro é ter saúde. (M, 11 anos).

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

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

Esse tipo de relato remete a questão da discriminação, fazendo com que as crianças e adolescentes associem obesidade à ausência de

saúde, por possivelmente permear a vida da maioria das pessoas com esse problema. Ou seja, o modo com que essas pessoas são tratadas e vistas na sociedade, reflete na forma como elas vão se posicionar frente às questões de saúde e doença. Nesse sentido, Vasconcelos, Sudo e Sudo (2004) salientam que é comum a pessoa com obesidade imaginar que, para ter saúde, é preciso ser magro, sendo o seu corpo descrito como um corpo sem saúde, estigmatizado pelo excesso de peso.

Outra categoria identificada na pesquisa foi a que associou saúde a hábitos de vida saudáveis, de acordo com o relato dos participantes:

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

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

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

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

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

Ser saudável, saúde é quando a pessoa tá boa sem ter doença. Quando a pessoa não é nem gorda nem magra, tá bem estável, não tem nenhuma doença tipo diabetes, essas coisas. (F, 12 anos)

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

Tabela 2 – Frequência e percentual dos relatos sobre as representações sociais de doença (n=17)

VARIÁVEL	SEXO				Total	
	FEMININO		MASCULINO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Categorias de Saúde						
Problemas de saúde (febre, gripe, dor)	10	58,72	01	5,88	11	64,70
Obesidade	04	23,52	02	11,76	06	35,28
Não possuir hábitos de vida saudáveis	01	5,88	-	-	01	5,88
Ser muito magro (a)	01	5,88	-	-	01	5,88
Não soube responder	-	-	01	5,88	01	5,88

Fonte: Dados da pesquisa.

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

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

Para analisar as Representações Sociais que as crianças e os adolescentes atribuem à doença, foi feita a seguinte pergunta: "Para você, o que é estar doente?". As falas foram agrupadas em cinco categorias, que podem ser observadas na Tabela 2.

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

A criança tá doente, ela tosse. (F, 9 anos)

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

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

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

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

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

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

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

Doente é quando a pessoa tá gorda como eu, sabe né, quando tá magro não fica doente fácil. Não come direito, come tudo errado, aí fica gordo e fica doente. (F, 11 anos)

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

Nesta pesquisa, a doença também foi representada por uma participante (5,88%) como não possuir hábitos de vida saudável:

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

Esse tipo de resposta pode ser reflexo do trabalho desenvolvido pelo Programa de Obesidade Infantil, uma vez que a necessidade de adquirir novos hábitos alimentares e estilos de vida saudáveis é frequentemente salientada pelos profissionais que compõem o programa.

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

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

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

Com minha mãe, meu pai e meus irmãos. Minha irmã tem problema com o peso também. (M, 13 anos)

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

Foz e Formiguera (1998) corroboram esses dados ao afirmarem que, quando há uma pessoa com problema de obesidade na família, geralmente existem mais membros dessa mesma família sofrendo com problema de obesidade. Para os autores, é impossível separar as influências genéticas das ambientais, partindo da ideia de que os membros de uma mesma família compartilham os mesmos fatores ambientais, tais como a alimentação e o estilo de vida.

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

Observamos por meio dos relatos que a maioria dos participantes, no momento em que poderiam realizar algum tipo de atividade física, que comumente as crianças e adolescentes realizam, como brincar de pega-pega, esconde-esconde, jogar bola, etc., não o fazem, preferindo ficarem somente sentados conversando ou lanchando.

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

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

Tabela 3 - Partes do corpo de que as crianças e adolescentes mais e menos gostam, no início da participação no Programa de Obesidade Infantil (n=17)

VARIÁVEL	SEXO				Total	
	FEMININO		MASCULINO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Partes do corpo de que mais gosta						
Rosto	06	35,29	-	-	06	35,29
Cabelo	04	23,52	-	-	04	23,52
Pescoço	-	-	01	5,88	01	5,88
Mãos	01	5,88	-	-	01	5,88
Pernas	-	-	01	5,88	01	5,88
Olhos	-	-	01	5,88	01	5,88
Bumbum	01	5,88	-	-	01	5,88
Braços	-	-	01	5,88	01	5,88
Nenhuma	01	5,88	-	-	01	5,88
Partes do corpo de que menos gosta						
Barriga	09	52,94	02	11,76	11	64,70
Corpo todo	02	11,76	-	-	02	11,76
Nenhuma	02	11,76	-	-	02	11,76
Cabelo	01	5,88	01	5,88	02	11,76
Rosto	01	5,88	-	-	01	5,88

Fonte: Dados da pesquisa.

Obs.: A resposta de uma criança, em partes do corpo de que menos gosta, foi classificada em mais de uma categoria.

E para investigar a satisfação corporal dos participantes, foram feitas as seguintes questões: "Qual é a parte do seu corpo de que você mais gosta?" e "Qual é a parte do seu corpo de que você menos gosta?". Essas perguntas foram feitas em dois momentos. A primeira ocorreu no início da participação das crianças e adolescentes no Programa de Obesidade Infantil, e a segunda, foi realizada após 30 dias de participação. As falas da primeira fase foram elencadas em nove categorias para a parte do corpo de que mais gostavam, e em cinco categorias para a parte do corpo de que menos gostavam, o que pode ser observado na Tabela 3.

Ao perguntar sobre a parte do corpo de que menos gostam, 64,70% (n=11) relataram não gostar do abdômen, duas pessoas (11,76%) não gostavam do corpo todo, e duas pessoas (11,76%) não gostavam de nenhuma parte.

Tanto os meninos quanto as meninas reportaram insatisfação corporal para a área do abdômen e para o peso corporal. Essa insatisfação aumenta principalmente quando precisa expor seus corpos para outras pessoas, o que repercute em sua autoestima e faz com que se sintam envergonhados e diferentes pela forma como são observados.

Um aspecto relevante para a insatisfação corporal exposta por Vasconcelos, Sudo e Sudo (2004) é a interferência da mídia na imposição do corpo "magro", fazendo com que, cada vez mais, as pessoas busquem para si esse estereótipo, considerado como o da "perfeição"; porém, quando

se trata de crianças e adolescentes com insatisfação corporal, ocorrem sentimentos de angústia, vergonha e rejeição ao próprio corpo, repercutindo negativamente sua autoimagem corporal perante a sociedade, por sentirem-se inferiores.

Na segunda fase da pesquisa, os participantes foram questionados novamente sobre: "Qual é a parte do seu corpo de que mais gosta?" e "Qual é a parte do seu corpo de que você menos gosta?". As respostas foram agrupadas em oito categorias para a primeira pergunta, e em sete categorias para a segunda pergunta. O que pode ser observado na Tabela 4.

Tanto na primeira, quanto na segunda fase, as meninas relataram maior índice de insatisfação, listando maior número de partes do corpo de que menos gostam (por exemplo: barriga, cabelo, rosto, joelho, bumbum, pernas e corpo todo), em comparação aos relatos dos meninos (barriga e cabelo). A associação entre excesso de peso e insatisfação corporal para o sexo feminino expressou-se de forma acentuada quando comparada ao sexo masculino. Esse fato pode ser decorrente de a atual sociedade exigir mais das mulheres do que dos homens um padrão de beleza magro, e isso, de certa forma, já reflete na percepção das crianças e dos adolescentes. Conti, Frutuoso e Gambardella (2005) afirmam que essas insatisfações corporais para áreas distintas têm diferentes origens, refletindo em atitudes sociais, pois meninos desejam

Tabela 4 - Partes do corpo de que as crianças e os adolescentes mais e menos gostam, ao final da participação no Programa de Obesidade Infantil

VARIÁVEL	SEXO					
	FEMININO		MASCULINO		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Partes do corpo de que mais gosta						
Rosto	06	35,29	01	5,88	07	41,17
Olhos	03	17,64	01	5,88	04	23,52
Corpo todo	02	11,76	-	-	02	11,76
Cabelo	01	5,88	01	5,88	02	11,76
Nariz	01	5,88	-	-	01	5,88
Mãos	01	5,88	-	-	01	5,88
Pés	01	5,88	-	-	01	5,88
Braços	-	-	01	5,88	01	5,88
Partes do corpo de que menos gosta						
Barriga	09	52,94	03	17,64	12	70,58
Cabelo	01	5,88	01	5,88	02	11,76
Joelho	01	5,88	-	-	01	5,88
Bumbum	01	5,88	-	-	01	5,88
Corpo todo	01	5,88	-	-	01	5,88
Pernas	01	5,88	-	-	01	5,88
Nenhum	01	5,88	-	-	01	5,88

Fonte: Dados da pesquisa.

Obs.: As respostas de duas crianças foram classificadas em mais de uma categoria, totalizando n=19, em ambas as seções, tanto para as partes do corpo de que menos gostam, quanto para as que mais gostam.

corpo adulto masculino com ombro largo, cintura fina, quadril fino e estômago plano, enquanto as meninas sonham com corpos pequenos, com coxas, nádegas, cintura e estômago delgados, levando a não aceitarem seu corpo como ele é repercutindo em baixa autoestima e insatisfação com sua aparência física. Com base nos resultados do seu estudo, os autores revelaram que, entre as meninas, houve um índice maior de insatisfação em diversas áreas corporais, decorrente do estigma social, que dita o corpo magro como sendo padrão de beleza.

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

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

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

nádegas, cintura e estômago delgados, levando a não aceitarem seu corpo como ele é repercutindo em baixa autoestima e insatisfação com sua aparência física. Com base nos resultados do seu estudo, os autores revelaram que, entre as meninas, houve um índice maior de insatisfação em diversas áreas corporais, decorrente do estigma social, que dita o corpo magro como sendo padrão de beleza.

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

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

CONCLUSÕES

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

Partindo do pressuposto de que a criança quando nasce passa a comungar das Representações Sociais vigentes no contexto em que está inserida, tanto as Representações Sociais de saúde quanto de doença expressa pelos participantes poderiam estar sinalizando um conceito transmitido por seus familiares, amigos, comunidades em que vivem e pelo próprio Programa de Obesidade Infantil. Foi identificado com maior frequência que os

participantes relacionaram saúde a sensações e/ou sentimentos positivos, ser magro e ter hábitos de vida saudáveis. As duas últimas categorias podem estar relacionadas à pressão exercida pela mídia, que veicula saúde, sucesso e felicidade com o fato da pessoa estar magra, bem como à proposta, do próprio programa que estavam participando, que de certa forma, teriam que atingir uma meta, e essa meta seria alcançada por meio da prática de hábitos de vida saudáveis.

No caso da doença, ela foi associada, principalmente, a sensações corporais que as doenças acarretam ou que sinalizam a doença em si, como febre, tosse, obesidade, depressão, cardiopatia. As representações não são muito diferentes dos adultos, que frequentemente associam doença à percepção dos sintomas, o que reforça a ideia de que as crianças representam o mundo, em um primeiro momento, sob a influência do olhar dos adultos. Esse dado não deixa de ser preocupante, uma vez que muitas doenças são assintomáticas, e a percepção de que a doença deve estar relacionada a algo visível é prejudicial para a prevenção dos agravos das mesmas.

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

A participação da família em estratégias de prevenção e tratamento é fundamental, uma vez que ela é vista como ponto de referência que proporciona abrigo, orientação, amor, segurança física e emocional aos filhos, funcionando sempre como ponto de equilíbrio. Acredita-se ser de grande importância o trabalho constante de orientação familiar para buscar sua conscientização e colaboração no processo de reeducação dos filhos. Diante disso, é importante que o Programa de Obesidade Infantil ofereça grupos de apoio para que os familiares tenham uma melhor compreensão sobre os problemas da criança e do adolescente, auxiliando-os na vivência desses, pois não adianta as crianças e os adolescentes tentarem mudar seus hábitos alimentares e estilo de vida, se o núcleo familiar não aderir e se conscientizar de que seu filho(a) precisa de ajuda tanto de profissionais como, principalmente, de seus familiares para que se obtenha bons resultados.

Em relação aos aspectos corporais dos participantes, pode-se afirmar que a insatisfação

com o corpo foi identificado tanto nos meninos quanto nas meninas, principalmente na área do abdômen. Insatisfação que tende a se agravar quando há a necessidade de exporem seus corpos para outras pessoas, pois se sentem envergonhados por sua forma física, o que acaba repercutindo ainda mais em sua autoestima, levando-os a se sentirem rejeitados e estigmatizados por sua aparência corporal.

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

REFERÊNCIAS

- ADES, L.; KERBAUY, R. R. Obesidade: realidades e indagações. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 197-216, 2002.
- BARDIN, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- 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.
- CAMPOS, A. L. R. Aspectos psicológicos da obesidade. In: FISBERG, I. M. (Org.), *Obesidade na infância e na adolescência*. São Paulo: BYK, 1995, p. 71-79.
- CAMPOS, L. de A. C.; LEITE, A. J. M.; ALMEIDA, P. C. de. Nível socioeconômico e sua influência sobre a prevalência de sobrepeso e obesidade em escolares adolescentes do município de Fortaleza. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 19, n. 5, p. 531-538, 2006.
- CONTI, M. A.; FRUTUOSO, M. F. P.; GAMBARELLA, A. M. D. Excesso de peso e insatisfação corporal em adolescentes. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 18, n. 4, p. 01-11, 2005.

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

DUVEEN, G. Crianças enquanto atores sociais: as representações sociais em desenvolvimento. In: GUARESCHI, A. P.; JOVCHELOVICH, S. (Orgs.). **Textos em representações sociais**. 6ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000, p. 261-293.

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

JODELET, D. La representación social: fenómenos, concepto y teoría. In: MOSCOVICI, S. (Org.). **Psicología Social**. Barcelona: Paidós, 1985. p. 469-494.

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

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

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

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

SILVA, L. M. C.; RIBEIRO, V. M. B. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 16, p. 91-104, 2004/2005.

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.