Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**A representação social de um corpo magro por
adolescentes obesas.**

Dressiane Zanardi Pereira

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública para obtenção do
título de Mestre em Saúde Pública

Área de concentração: Serviços de Saúde
Pública.

Orientador: Prof. Dr. Fernando Lefèvre.

São Paulo

2011

A representação social de um corpo magro por adolescentes obesas.

Dressiane Zanardi Pereira

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública

Área de concentração: Serviços de Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Fernando Lefèvre.

São Paulo

2011

É expressamente proibida a comercialização desse documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

PEREIRA, D. Z. **A representação social de um corpo magro por adolescentes obesos.** [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2011.

RESUMO

Introdução – A obesidade entre adolescentes é um problema que afeta a saúde pública como um todo. Pode ser caracterizada como um distúrbio do estado nutricional normal que gera um aumento de tecido adiposo, reflexo do excesso de gordura resultante do balanço energético positivo. É uma doença multifatorial de origem desconhecida com diagnóstico complexo. As ações de saúde direcionadas para os jovens com essa patologia, devem levar em consideração importantes aspectos dessa fase da vida do indivíduo. A transição da infância para a vida adulta acarreta mudanças biológicas, cognitivas, emocionais e sociais para os adolescentes.

Objetivo - Compreender um dos problemas relacionados ao corpo na contemporaneidade na visão de adolescentes em estágio em tratamento; o significado de emagrecer e possuir um corpo magro para as mesmas. **Métodos** - Pesquisa exploratória de corte qualitativo que busca as representações sociais das adolescentes que fazem parte do Programa de Atividades ao Paciente Obeso (PAPO); um programa multidisciplinar que visa a mudança de comportamento para melhora na qualidade de vida e conseqüente perda de peso. A análise foi feita com base na metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo. Podendo assim resgatar as representações sociais presentes nas falas das adolescentes acerca do tema.

Resultados - As adolescentes quase na sua totalidade apontam que alimentação errada/ maus hábitos em casa e emoções negativas levam a compulsão por comida, sendo fatores determinantes para o acúmulo de peso. A expectativa em relação ao programa nos mostra que a perda de peso para as jovens é o mais importante, sendo presente absolutamente em todas as falas. A maior parte das respostas sobre o imaginário do emagrecimento, traz a idéia de aceitação e sociabilidade e que não vai mais sofrer preconceito, e alguns conceitos mais subjetivos como auto-estima e felicidade. **Conclusão** - A adolescência é uma fase de transição entre a infância e a vida adulta, durante a qual muitos hábitos serão sedimentados. Portanto, esse período de profundas mudanças é crucial para modificar práticas inadequadas ou reforçar comportamentos saudáveis. As medidas sugeridas são na efetivação das ações de saúde que devem tomar como objeto as necessidades de saúde, seus determinantes e condicionantes. A importância da abordagem dos pais e volatilidade das modificações sociais e a sua influência na vida dos adolescentes.

Descritores: Serviços de Saúde para Adolescentes, Obesidade, Perda de Peso.

PEREIRA, D. Z. **A representação social de um corpo magro por adolescentes obesos./ The social representation of a thin body for obese adolescents.** [dissertation]. São Paulo (BR): Faculdade de Saúde Pública da USP, 2011.

ABSTRACT

Introduction - Obesity among adolescents is a problem that affects public health as a whole. Can be characterized as a disturbance of normal nutritional status that generates an increase in adipose tissue, reflecting the excess fat from the resulting positive energy balance. It is a multifactorial disease of unknown origin with complex diagnosis. Health activities directed at young people with this disease, should take into account important aspects of this phase of life of the individual. The transition from childhood to adulthood involves biological changes, cognitive, emotional and social consequences for adolescents. **Objective** - To understand the problems related to a body in the contemporary vision of adolescents, the significance of losing weight and having a lean body for them. **Methods** - An exploratory research of qualitative nature that seeks the social representation of teenagers who are part of the Programa de Atividades ao Paciente Obeso (PAPO); a multidisciplinary program that aims to change behavior to improve quality of life and loss of weight. The analysis was based on the methodology of the Discurso do Sujeito Coletivo. Thus being able to rescue the social representations present in the speech of teenagers on the subject. **Results** - The teenagers almost entirely bad habits at home and negative emotions lead to compulsive overeating, and factors for the accumulation of weight. The expectation for the program shows that weight loss for girls is the most important being absolutely present in every answer. Most responses on the imagery of loss weight, brings the idea of acceptance and sociability and it will no longer suffer prejudice, and some more subjective concepts such as self-esteem and happiness. **Conclusion** - Adolescence is a transitional stage between childhood and adulthood, during which many habits will be verified. Therefore, this period of profound change is crucial to changing inappropriate practices or reinforce healthy behaviors. The suggested measures are effective in health actions they should take as its object the health needs, their determinants. The importance of gathering parents and volatility of social changes and their influence on teenagers' lives.

Descriptors: Adolescent Health Services, Obesity, Weight Loss.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	6
1.1 OBESIDADE	7
1.1.1 Evolução da Obesidade no Brasil	8
1.1.2 Diagnóstico de Obesidade	9
1.1.3 Tratamento de Obesidade	12
1.2 ADOLESCÊNCIA	13
1.2.1 Adolescência, Puberdade e Vulnerabilidade	13
1.3 POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE	18
1.3.1 Políticas Públicas para adolescentes relacionadas a alimentação saudável	20
2. JUSTIFICATIVA	22
3. OBJETIVO	23
4. PROCEDIMENTOS E METODOLOGIA	23
4.1 DETALHAMENTO DO PAPO	24
4.2 ESTRATÉGIA METODOLÓGICA	26
4.3 PRÉ-TESTE	27
4.4 COLETA DE DADOS	28
4.5 ANÁLISE DE DADOS	29
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	30
5. RESULTADOS	30
6. DISCUSSÃO	38
7. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	49
8. REFERÊNCIAS	51
9. ANEXOS	55
Anexo 1- Critério de Classificação Econômica Brasil	55
Anexo 2- Tabela de referência Percentil	56
Anexo 3- Tabela de referência Escore-Z	57
Anexo 4- BITE	58
Anexo 5- EAT-26	62
Anexo 6- Roteiro de Entrevista	65
Anexo 7- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	66
CURRÍCULO LATTES	67

1. INTRODUÇÃO

A problemática relacionada ao corpo repercute numa amplitude social que afeta a saúde pública como um todo. Fala-se muito no corpo em nossos dias; a beleza, o prazer físico e a saúde geram preocupações diversas. Há maior sensibilidade em relação à ameaça de doenças e forte intolerância diante dos sintomas do envelhecimento. Como se a existência do corpo ganhasse uma dimensão inusitada que, por sua vez, acarretasse uma vigilância ampliada de cada um sobre si mesmo uma atenção para com a própria saúde muito mais detalhada e obstinada.

LIPOVETSKY (2000) analisa a “febre da beleza-magreza-juventude”, que exerce uma “tirania implacável sobre a condição das mulheres”. Para o autor, a obsessão da magreza, a multiplicação dos regimes e das atividades de modelagem do corpo, revela um desejo maior de conformidade estética que se choca frontalmente com o ideal individualista e sua exigência de personalização dos sujeitos. Paradoxalmente, o desenvolvimento do individualismo e a intensificação das pressões sociais das normas do corpo caminham juntos.

Como afirma MAUSS (1974), é através da imitação que os indivíduos de cada cultura constroem seus corpos e comportamentos. Para Mauss, o conjunto de hábitos, costumes, crenças e tradições que caracterizam uma cultura também se refere ao corpo. Assim, há uma construção cultural do corpo, com uma valorização de certos atributos e comportamentos em relação a outros, fazendo com que cada sociedade tenha um corpo típico. Esse corpo, que pode variar de acordo com o contexto histórico e cultural, é construído pelos membros da sociedade por meio da imitação dos donos do prestígio, ou seja, os indivíduos imitam atos, comportamentos e corpos que obtiveram êxito e são bem-sucedidos na visão contemporânea. A dedicação de tempo e dinheiro para cuidar do corpo tende a ser uma atitude bem vista, quase uma obrigação enquanto que o contrário pode sugerir falta de cuidados.

Na sociedade há grupos mais vulneráveis a essa preocupação com o corpo, dentre eles os adolescentes. Com efeito, a adolescência é caracterizada por um período de mudanças - é a transição entre a infância e a idade adulta. Fisicamente é caracterizada pelo crescimento corporal, pela explosão hormonal e, paralelamente, por diversas transformações psicossociais. Do ponto de vista psicoemocional, fazem parte dessa transformação a busca da identidade, a tendência de formação de grupos, o desenvolvimento do pensamento conceitual, a vivência temporal singular, a evolução da sexualidade, entre outros aspectos COLLI (1994).

A contemporaneidade vive um processo de globalização da beleza, de padronização das formas; mergulhada num ideal de “beleza magra”, que carrega múltiplos significados simbólicos tais como “sucesso”, “felicidade” e “poder”. A sociedade é bombardeada com imagens de corpos “perfeitos” e confrontados com a redução dos manequins de confecções, nos quais é preciso caber como numa fôrma corporal. O contrário disso é a obesidade.

1.1 OBESIDADE

Segundo, FISCHLER (2005) a palavra obeso vem do francês *Obèse*, participio passado (*obesus*) de *obedere*, que significa consumir, devorar.

A obesidade é um distúrbio do estado nutricional normal traduzido por um aumento de tecido adiposo, reflexo do excesso de gordura resultante do balanço energético positivo na relação ingestão-gasto calórico. O desenvolvimento da obesidade ocorre, na grande maioria dos casos, pela associação de fatores genéticos, ambientais e comportamentais. De maneira geral, acredita-se que a obesidade é decorrente do aumento de gordura celular e do número de células gordurosas. No início da adolescência esse aumento se verifica fisiologicamente, constituindo uma época crítica para o estabelecimento da doença. Ainda vale considerar que nesta fase da vida o indivíduo ganha de 20-25% da altura e 50% do seu peso definitivo, por isso a importância do seu processo de alimentação e sua relação com o corpo. Além de

preocupações estéticas, a obesidade relaciona-se à hipertensão arterial, alterações cardíacas, diabetes melito e outras entidades mórbidas.

Para FISBERG (2007), historicamente, a obesidade é provavelmente uma das mais antigas enfermidades do homem, pois segundo o autor, desenhos rupestres mostram o homem pré-histórico com aspectos de peso excessivo para a sua altura. No entanto, é só a partir da década de 60, que começa a busca pelo corpo magro, atlético e formas definidas como objeto de consumo.

Segundo SERRA e SANTOS (2003) a obesidade é um problema com causas multifatoriais desconhecidas, por isso a complexidade que apresenta, não se podendo por vezes separar com clareza os fatores genéticos dos ambientais. As variáveis ambientais atuam de forma decisiva no processo de crescimento e desenvolvimento das relações do indivíduo com a alimentação, independente da sua pré-disposição biológica que pode então ser alterada. Algumas dessas variáveis ambientais com grande poder de persuasão são: os hábitos e dinâmica familiar, a influência da propaganda, dos amigos, e de programas de televisão, entre outras. Os adolescentes ficam expostos a esses estímulos contínuos que acabam por criar ou moldar hábitos e atitudes.

O jovem é um ser em formação e transformação sendo a adolescência um fenômeno universal que será vivido de maneira variável e resultante da interação com seu ambiente de vida. Na gênese de muitos casos de obesidade estariam problemas psicológicos capazes de alterar o comportamento e levar a um aumento de peso. Para esses indivíduos o alimento e a alimentação seriam símbolos de segurança e afeto. O aumento da ingestão calórica como sinônimo de conforto, segurança e cura para displasias cotidianas.

1.1.1 Evolução da obesidade no Brasil

A evolução da obesidade no Brasil ocorre no contexto do processo de transição nutricional no país. Durante muito tempo a desnutrição era o problema

nutricional mais grave no período da infância e adolescência, hoje a obesidade se disseminou e se tornou o alvo de preocupações.

A melhoria das condições de vida, a maior cobertura de saúde e o declínio da fecundidade favoreceram a redução da desnutrição no país. Em contrapartida, a urbanização e seu impacto nos padrões de alimentação e atividade física contribuíram para a evolução do excesso de peso e, conseqüentemente, para as mudanças dos indicadores nutricionais. Essa inversão coloca a obesidade como um dos problemas prioritários para o campo da saúde pública no Brasil.

FISBERG (2007) ressalta que a obesidade está entre as situações nutricionais cujas estatísticas mais crescem, não só nas nações ricas, como também nos países em desenvolvimento, colaborando para desmistificar a idéia predominante de que os agravos relacionados à subnutrição têm maior impacto nos países em desenvolvimento, e que os problemas alimentares associados ao excesso de peso predominam entre os países desenvolvidos.

O crescimento da obesidade tem sido observado em diferentes países em desenvolvimento como os países latino-americanos. Os grupos de baixa renda têm vivenciado com maior impacto os conflitos e danos relacionados à obesidade. A desigualdade no acesso a uma nutrição adequada em qualidade e quantidade impõe aos grupos de baixa renda um padrão de alimentação insuficiente.

1.1.2 Diagnóstico de obesidade

A obesidade ou até mesmo o sobrepeso geralmente não são difíceis de serem reconhecidos, mas o diagnóstico correto requer que os níveis de risco sejam identificados e isto, freqüentemente, necessita algumas formas de quantificação. Deve ser notado, a princípio, que não há avaliação perfeita para sobrepeso e obesidade.

O tecido gorduroso é fundamental para a vida, nos protege do frio e é um depósito de energia. Porém quando determinado indivíduo apresenta maior

quantidade de gordura do que a considerada normal está correndo riscos de ter a sua saúde ameaçada. O difícil é como considerar o normal ou o excesso.

A primeira avaliação feita foi por uma companhia americana de seguros de vida, visto que as pessoas gordas têm mais chances de ficar doentes e falecer, por isso em determinadas situações deveriam pagar mais. Com a elaboração dessas tabelas chegou-se ao método operacionalmente mais aceito para avaliar a obesidade da população, o Body Mass Index (BMI) ou índice de massa corpórea (IMC), parâmetro estipulado pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 1997). Esse índice é calculado dividindo-se o peso em quilos pela altura em metros ao quadrado. O resultado abaixo de 17 kg/m^2 é de um paciente muito magro, entre 17 kg/m^2 e 25 kg/m^2 é considerado normal, acima de 25 kg/m^2 é sobrepeso, acima de 30 kg/m^2 é obeso e acima de 40 kg/m^2 é obesidade mórbida. O método IMC é válido para indivíduos adultos. Para crianças e adolescentes são usadas tabelas especiais que levam em conta o peso, a altura e a idade dos pacientes.

O índice de massa corporal é um indicador aceito no mundo todo e sua importância se deve ao fato de o valor em torno de 30 kg/m^2 que classifica um indivíduo obeso coincidir com a prevalência muito aumentada de doenças, principalmente diabetes melito, hipertensão arterial, distúrbios de gorduras no sangue (colesterol e triglicérides altos) e de doenças cardiovasculares, como infarto no miocárdio e acidentes vasculares cerebrais.

O IMC é um bom indicador, mas não totalmente correlacionado com a gordura corporal. As suas limitações são:

- Não distingue massa gordurosa de massa magra, podendo ser pouco estimado em indivíduos mais velhos, em decorrência de sua perda de massa magra e diminuição do peso e superestimado em indivíduos musculosos;
- O IMC não reflete, necessariamente, a distribuição da gordura corporal. A medida da distribuição de gordura é importante na avaliação de sobrepeso e obesidade porque a gordura visceral (intra-abdominal) é um fator de risco potencial para a doença, independentemente da gordura corporal total. Indivíduos com o mesmo IMC podem ter diferentes níveis de massa gordurosa visceral. Vários locais e padrões para

avaliação da circunferência abdominal têm sido sugeridos, mas o melhor local definido e recomendado pela WHO é o ponto médio entre o rebordo costal inferior e a crista ilíaca. O risco de complicações metabólicas aumentado para o homem é de ≥ 94 cm e mulheres é de ≥ 80 cm e o risco muito aumentado é de ≥ 102 para homens e de ≥ 88 para mulheres.

- O IMC não reflete necessariamente o mesmo grau de gordura em diferentes populações, particularmente por causa das diferentes proporções corporais.

Existem outros métodos mais precisos para medir a quantidade de gordura no corpo do indivíduo:

- 1) Mergulhar o indivíduo dentro de um reservatório de água e medir o volume de água deslocado, como a densidade da gordura é diferente da densidade muscular pode-se avaliar a quantidade de gordura que o indivíduo possui.
- 2) Método de densitometria corpórea. Esse método é a verificação de gordura e massa magra que o indivíduo possui através de uma dupla emissão de raios-X. Não pode ser muito utilizado, pois são poucos os lugares que possuem a aparelhagem.
- 3) Método de bioimpedância. É a passagem de uma pequena corrente elétrica pelo corpo do paciente entre a extremidade da mão e a extremidade do pé. A maior ou menor resistência à passagem de corrente elétrica indica maior ou menor quantidade de tecido gorduroso, que induz muito menos a eletricidade que o tecido muscular.
- 4) Medição da espessura das pregas cutâneas: utilizada como indicador de obesidade, pois existe uma relação entre a gordura localizada nos depósitos debaixo da pele e a gordura interna ou a densidade corporal.
- 5) Ultra-sonografia: técnica que tem sido cada vez mais utilizada e apresenta excelente correlação com a medida de pregas cutâneas. Além da avaliação da espessura do tecido adiposo, avalia também tecidos mais profundos nas diferentes regiões corporais.

- 6) Tomografia computadorizada: método de imagem considerado preciso e confiável para quantificar o tecido adiposo subcutâneo e em especial o intra-abdominal;
- 7) Ressonância magnética: por ser um método não invasivo e que não expõe o paciente à radiação, pode ser utilizado para diagnóstico e acompanhamento da gordura visceral em indivíduos com alto risco e que estejam em tratamento para a perda de peso. Seu alto custo, no entanto, não permite a possibilidade de seu uso na rotina;
- 8) Relação circunferência abdominal-quadril (RCQ): inicialmente, a medida mais comumente usada para obesidade central.

1.1.3 Tratamento de obesidade

O tratamento da obesidade pode ser feito individualmente e em grupos. Para o tratamento em grupo de obesos durante a adolescência os profissionais devem visar a socialização, a solidariedade que diminui o fracasso da intervenção. E seguir três normas gerais, sendo a primeira uma dieta balanceada, com conseqüente redução do índice de massa corpórea, sendo também de fácil utilização, baixo custo e possível de ser mantida por períodos muito longos. A segunda norma a ser seguida é a prática de exercícios controlados, com atividades mistas, associando programas que geram bons resultados para a perda de peso e que preservem a capacidade cardiovascular dos indivíduos. E por fim o apoio emocional, individual e familiar.

As medidas dietéticas devem ser mais viáveis e menos sentidas pelos pacientes para resultados a longo prazo. O foco da intervenção nutricional não deve o ser a perda de peso a curto prazo pois cada organismo reage de uma maneira e essa perda não pode ser medida.

Segundo RODRIGUES e BOOG (2006) as intervenções com adolescentes possuem condição biopsicossocial complexa que exige que se trabalhe com abordagens amplas que considerem os determinantes culturais e sociais do problema, sendo a obesidade um problema de saúde pública em cuja etiologia determinantes sociais têm relevância.

Deve ser também um programa realista que atenda as necessidades dos pacientes obesos. Segundo NETTO e SAITO (1994) o tratamento mais promissor parece ser o psicoterápico e principalmente que visa uma mudança de comportamento. Este método tem demonstrado total superioridade sobre os outros métodos tradicionais, não só no sentido de uma mais fácil perda de peso como também na sua manutenção. Como o problema aqui abordado refere-se à adolescência, convém mencionar alguns aspectos importantes dessa fase dos indivíduos.

1.2 ADOLESCÊNCIA

A adolescência é a etapa da vida compreendida entre a infância e a fase adulta, marcada por um complexo processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial. A Organização Mundial da Saúde coloca a adolescência como a segunda década da vida (de 10 a 19 anos) e considera que a juventude seja dos 15 aos 24 anos. Esses conceitos podem ser ampliados sendo adolescentes jovens, de 15 a 19 anos e adultos jovens, de 20 a 24 anos. A lei brasileira considera adolescente a faixa etária de 12 a 18 anos. É importante lembrar que os critérios biológicos, psicológicos e sociais também devam ser considerados na definição de conceitos sobre a adolescência e juventude.

1.2.1 Adolescência, puberdade e vulnerabilidade

Na nossa sociedade existe a idéia de que os primeiros indícios da maturação sexual, produzidos pela puberdade, marcam visualmente, o início da adolescência. A puberdade é um fenômeno biológico com características físico-químicas (como eclosão hormonal, mudança da composição corporal, e aceleração do crescimento físico) e se dá de forma semelhante na maioria dos indivíduos. A adolescência é um fenômeno singular, subjetivo e se caracteriza por influências socioculturais que

reformulam constantemente a identidade, os valores e prioridades do adolescente. Os dois fenômenos ocorrem simultaneamente e a eles se devem comportamentos de irritabilidade, instabilidade, e a noção de crise existencial comum aos jovens.

A vulnerabilidade é outro aspecto relevante, pois caracteriza a adolescência na absorção de idéias e condutas sem a devida cautela em algumas situações; está ligada a fatores individuais, familiares, culturais, sociais, políticos, econômicos e biológicos. Representa também, a capacidade do indivíduo de se proteger de um agravo, ou situação de risco, que no cotidiano dos jovens é muito comum, como por exemplo, a gravidez de risco, o risco de contrair aids, o risco de uso de drogas ilícitas, o risco de morte frente à violência. O risco passa a ser generalizado, permeando assim negativamente esse período da vida.

Segundo CONTI (2008) mais estudos são necessários para se conhecer com maior propriedade os aspectos teóricos que envolvem o tema, bem como os fatores a ele relacionados, como por exemplo, os diferentes estilos de vida, prática esportiva, qualidade dos relacionamentos interpessoais, qualidade dos relacionamentos familiares, entre outros mais.

TERRES et al. (2006) aponta a relação dos pais e dos jovens quando mostra que os pais vistos pelo adolescente como obesos levou a um risco maior para o adolescente ser obeso, mesmo quando esta variável foi controlada pela idade e escolaridade.

Segundo RODRIGUES e BOOG (2006) a família retrata o ambiente primeiro para socialização e os alimentos são um dos principais símbolos de união dos grupos, configurando a cultura alimentar, na qual a criança é iniciada durante ou após o desmame. Além do ambiente micro social é preciso considerar que a sociedade de consumo é uma sociedade obesogênica na medida em que estimula o consumo alimentar. A dinâmica familiar assume papel considerável na mudança de práticas alimentares para controle ou tratamento da obesidade, porém, muitas vezes, a família atribui todo o dever de mudança de hábito alimentar aos filhos, negando assim sua parcela de responsabilidade.

SICHIERI e SOUZA (2008) também avaliam que a sociedade moderna é muito obesogênica e muitos fatores conspiram contra uma ação individual visando à prevenção. Esse aspecto pode ser ainda mais importante no caso da adolescência, quando pertencer a um grupo, fundamental nesta idade, significa assumir os seus significantes: um tênis, roupas de determinadas marcas, um celular, e entre as escolhas alimentares, pouco espaço sobra para uma fruta ou um pedacinho de cenoura. O estilo de vida inadequado, a ser enfrentado para prevenção da obesidade, é norma e não exceção entre os jovens.

Para a caracterização do estilo de vida dos jovens e com o objetivo de integrar as redes de Educação Básica e a rede de Atenção Básica à Saúde a instituição do Programa Saúde na Escola - PSE, realizou a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar - PeNSE como um dos mecanismos de vigilância para escolares. A pesquisa caracteriza o adolescente brasileiro pois tem uma grande amplitude e aborda assuntos diversos relacionados a vulnerabilidade social dos adolescentes.

A PeNSE traz dados relevantes para a atual pesquisa que estão listados abaixo. As porcentagens são da cidade de São Paulo, visto que a presente pesquisa se dá nessa cidade. A alimentação saudável e prática de atividades física que, em princípio desbalanceados dão início ao sobrepeso e a obesidade. E ainda um desdobramento interessante que é o tempo gasto em hábitos sedentários, como assistir televisão. Também um dado muito importante para contextualizar a atual pesquisa é a imagem corporal que os jovens tem de si mesmos e a atitude em relação ao peso corporal.

Para caracterizar o padrão alimentar dos adolescentes a pesquisa identificou a frequência semanal de alimentos marcadores de hábitos saudáveis (feijão, legumes e verduras, frutas e leite) e de alimentos marcadores de hábitos não saudáveis (frituras, embutidos, biscoitos e bolachas, guloseimas e refrigerantes). Em São Paulo, 69,8% dos escolares freqüentando o 9º ano do ensino fundamental com consumo alimentar maior ou igual a cinco dias, nos últimos sete dias, consomem feijão e 36% consomem frutas ao passo que 54,9% consome guloseimas e 39,6% refrigerante. Esses dados servem para caracterizar a alimentação do jovem, que no total desses

dados consomem mais alimentos marcadores de hábitos não saudáveis do que os alimentos marcadores de hábitos saudáveis.

A pesquisa avaliou o tempo de atividade física acumulada dos escolares nos últimos sete dias, combinando os tempos e frequências com que foram realizadas atividades como: o deslocamento para a escola a pé ou de bicicleta, aulas de educação física na escola e outras atividades físicas extra-escolares. O tempo de atividade física acumulada foi quantificado somando os tempos gastos com essas atividades nos últimos sete dias. A análise dos dados procurou identificar o tempo de prática de atividade física, usando as seguintes categorias: inativo; insuficientemente ativo (subdividido entre os que praticaram atividade física de 1 a 149 minutos e os que praticaram atividade física de 150 a 299 minutos); e ativo (praticaram 300 minutos ou mais de atividade física). Sendo as porcentagens de escolares frequentando o 9º ano do ensino fundamental na cidade de São Paulo, 3,5% inativos, 23% praticam de 1 a 149 min, 27,4% praticam de 150 a 299 min e 46% praticam 300 min ou mais. Os resultados revelaram um índice muito baixo de inatividade dos escolares, sendo a maioria insuficiente ativos.

Outro importante aspecto levantando pela pesquisa é o tempo que os jovens passam assistindo televisão indicando hábitos sedentários. Falta ainda acrescentar o tempo gasto com internet, videogame, e a diminuição de lazer ativo decorrente da imobilidade das grandes cidades. Esses fatores associados aumentam o tempo sedentário gasto por adolescentes. DIETZ (1985) sustenta que a obesidade em adolescentes resulta do desequilíbrio entre atividade reduzida e excesso de consumo de alimentos densamente calóricos, tendo mostrado que o número de horas que um adolescente passa assistindo TV é um importante fator associado à obesidade, acarretando um aumento de 2% na prevalência da obesidade para cada hora adicional de televisão em jovens de 12 a 17 anos. O resultado de quase 80% para a cidade de São Paulo de escolares que assistiam duas horas ou mais de televisão.

A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar também avaliou a percepção dos escolares sobre sua própria imagem corporal, nas categorias: magro ou muito magro, normal, gordo ou muito gordo. Vale ressaltar que é a opinião do jovem, sem interferência técnica de profissionais para avaliar essa percepção. Na cidade de São

Paulo 20,9% dizem estar na categoria muito magro ou magro, enquanto 62,4% avaliam estar na categoria normal, e 16,7% na categoria gordo ou muito gordo. Mais jovens se consideraram muito magros ou magros do que os que se consideravam muito gordos ou gordos.

Os jovens foram questionados sobre a atitude em relação ao seu peso corporal seja para perder peso, manter o peso ou ainda perder peso. Na cidade de São Paulo, 39,1% não tomam nenhuma atitude em relação ao peso corporal, 28% querem perder peso, enquanto 12% acreditam precisar ganhar peso e 20,9% querem manter o peso. Sendo assim, 60,9% acreditam precisar fazer alguma atitude em relação ao seu peso, seja para perder, ganhar ou manter o peso.

E por fim, foram questionados se vomitaram e/ou ingeriram medicamentos ou fórmulas para controle de peso. E na cidade de São Paulo 7,1% dos escolares freqüentando o 9º ano do ensino fundamental afirmaram que já tentaram controlar seu peso dessa maneira.

Segundo Araújo C. et al. (2010) apesar de ser um numeroso grupo populacional, os adolescentes têm sido considerados como um segmento de baixo risco para morbimortalidade e, provavelmente por isso, têm recebido pouca atenção em relação a políticas públicas, em especial no que se refere ao atendimento de saúde. Este fato, atribuído à associação cada vez mais freqüente do sedentarismo e da adoção de práticas alimentares inadequadas, caracterizadas por dietas ricas em gorduras, açúcares e sódio, com baixo consumo de frutas e hortaliças só aumenta os índices de excesso de peso e obesidade entre os adolescentes.

As ações de saúde direcionadas aos jovens devem se alinhar com todos esses pressupostos que fazem da adolescência essa fase de vida tão importante para o indivíduo. Com base na definição de promoção de saúde redigida na Carta de Ottawa¹ as ações de saúde devem capacitar os indivíduos para o reconhecimento e

¹ “é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio”. Carta de Ottawa (1986).

possíveis modificações necessárias para a melhoria da saúde no seu meio ambiente. As intervenções de saúde devem levar saberes mais amplos para a população atendida alcançando assim a complexidade inerente à fase da adolescência. Para avançarmos no tema é necessário agora descrever alguns aspectos das idéias de promoção da saúde e políticas públicas.

1.3 POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Segundo LUCCHESE (2004), as políticas públicas podem ser definidas como conjuntos de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público. São também definidas como todas as ações de governo, divididas em atividades diretas de produção de serviços pelo próprio Estado e em atividades de regulação de outros agentes econômicos. As políticas públicas em saúde integram o campo de ação social do Estado orientado para a melhoria das condições de saúde da população e dos ambientes natural, social e do trabalho. Sua tarefa específica em relação às outras políticas públicas da área social consiste em organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade. Saúde é, portanto, entre outros aspectos, objeto de políticas públicas.

A Política Nacional de Promoção da Saúde tem como objetivo: Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais. E como objetivos específicos possui:

I – Incorporar e implementar ações de promoção da saúde, com ênfase na atenção básica;

II – Ampliar a autonomia e a co-responsabilidade de sujeitos e coletividades, inclusive o poder público, no cuidado integral à saúde e minimizar e/ou extinguir as desigualdades de toda e qualquer ordem (étnica, racial, social, regional, de gênero, de orientação/opção sexual, entre outras);

III– Promover o entendimento da concepção ampliada de saúde, entre os trabalhadores de saúde, tanto das atividades- meio, como os da atividades- fim;

IV – Contribuir para o aumento da resolubilidade do Sistema, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança das ações de promoção da saúde;

V – Estimular alternativas inovadoras e socialmente inclusivas/ contributivas no âmbito das ações de promoção da saúde;

VI – Valorizar e otimizar o uso dos espaços públicos de convivência e de produção de saúde para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde;

VII – Favorecer a preservação do meio ambiente e a promoção de ambientes mais seguros e saudáveis;

VIII – Contribuir para elaboração e implementação de políticas públicas integradas que visem à melhoria da qualidade de vida no planejamento de espaços urbanos e rurais;

IX – Ampliar os processos de integração baseados na cooperação, solidariedade e gestão democrática;

X – Prevenir fatores determinantes e/ou condicionantes de doenças e agravos à saúde;

XI – Estimular a adoção de modos de viver não-violentos e o desenvolvimento de uma cultura de paz no País; e

XII – Valorizar e ampliar a cooperação do setor Saúde com outras áreas de governos, setores e atores sociais para a gestão de políticas públicas e a criação e/ou o fortalecimento de iniciativas que signifiquem redução das situações de desigualdade.

Além disso, segundo o Ministério da Saúde (2010) a análise do processo saúde-doença evidenciou que a saúde é resultado dos modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade em determinado contexto histórico. O aparato biomédico não consegue modificar os condicionantes nem determinantes mais amplos desse processo, operando um modelo de atenção e cuidado marcado, na maior parte das vezes, pela centralidade dos sintomas. No Brasil, pensar outros caminhos para garantir a saúde da população significou pensar a redemocratização do País e a constituição de um sistema de saúde inclusivo².

1.3.1 Políticas públicas para adolescentes relacionadas a alimentação saudável

A Área Técnica de Saúde do Adolescente e Jovem do Ministério da Saúde criou a Caderneta de Saúde do Adolescente para acompanhar o desenvolvimento de adolescente. Um dos tópicos da caderneta são tabelas para acompanhamento do peso e da estatura por idade e orientações de alimentação saudável. A caderneta está em fase de distribuição não sendo possível acompanhar seus efeitos.

Outra intervenção de saúde direcionada para adolescentes, que está sendo desenvolvida é o Programa Saúde na Escola (PSE) em parceria com o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação. O programa tem o objetivo de reforçar a prevenção de doenças e promoção da saúde diminuindo a vulnerabilidade por meio de ações dentro das escolas da rede pública. Segundo o Ministério da Saúde até o ano

² Em 1988, a Constituição Federal do Brasil criou o Sistema Único de Saúde- SUS e passou a definir saúde com base nos artigos 196 “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” e artigo 198 “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: **I** - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; **II** - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; **III** - participação da comunidade. Parágrafo único - O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195², com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.”

de 2010, o PSE está em 1.254 municípios e atende uma população de 1.547.250 jovens.

O programa está estruturado em quatro blocos. O primeiro consiste na avaliação das condições de saúde dos alunos, como estado nutricional, incidência de hipertensão e diabetes, saúde bucal, acuidade visual e auditiva e avaliação psicológica. O segundo bloco trata da prevenção e promoção da saúde, que trabalhará as dimensões da construção de uma cultura de paz e combate às diferentes expressões de violência, consumo de álcool, tabaco e outras drogas. Também este bloco aborda educação sexual e reprodutiva, além de atividade física e práticas corporais. O terceiro bloco do programa é voltado à educação permanente e capacitação de profissionais e de jovens. Essa etapa é feita pela Universidade Aberta do Brasil, do Ministério da Educação, em conjunto com os Núcleos de Telessaúde, do Ministério da Saúde. O último bloco prevê o monitoramento e a avaliação da saúde dos estudantes por intermédio de duas pesquisas. A primeira é a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (Pense), em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que analisa todos os itens da avaliação das condições de saúde e perfil socio-econômico das escolas públicas e privadas nas 27 capitais brasileiras. A segunda pesquisa é o Encarte Saúde no Censo Escolar (Censo da Educação Básica), elaborado e aplicado no contexto do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) desde 2005.

O tempo de execução de cada bloco será planejado pela Equipe de Saúde da Família responsável pela área da escola (todas as ações do programa são possíveis de serem realizadas nos municípios cobertos pelas equipes do Saúde da Família, será feita a integração das redes de educação e do Sistema Único de Saúde), levando em conta o contexto escolar e social, o ano letivo e o projeto político-pedagógico da escola, e o diagnóstico local em saúde do escolar. As ações do PSE são acompanhadas por uma comissão intersetorial de educação e de saúde, formada por pais, professores e representantes da saúde.

O monitoramento do programa e avaliação de resultados se dá pela participação nas pesquisas do quarto bloco. A Pesquisa Nacional de Saúde do

Escolar (PeNSE) foi realizada em 2009, com aproximadamente 60 mil alunos da 9ª série do ensino fundamental de escolas públicas e privadas. Os escolares responderam um questionário autoaplicável sobre alguns fatores comportamentais de risco e de proteção à saúde. Consiste em uma investigação inédita por isso não pode ser comparada com resultados anteriores, para apresentar possíveis modificações de comportamento dos jovens decorrentes do programa. Ainda assim, a pesquisa mostra dados de extrema importância para caracterizar os adolescentes brasileiros, apresentando seus resultados por blocos temáticos, os quais já foram citados no item adolescência: Alimentação, Prática de atividade física e Percepção da Imagem Corporal.

2. JUSTIFICATIVA

Durante a transição da infância para a vida adulta os adolescentes experimentam mudanças biológica, cognitiva, emocional e social. Esta fase é um importante momento para a adoção de novas práticas, comportamentos e ganho de autonomia, mas também de exposição a diversas situações de risco presente e futuro para a saúde. A exposição a fatores de risco comportamentais, como o tabagismo, consumo de álcool, alimentação inadequada e sedentarismo tem, com frequência, início na adolescência. Estes fatores estão associados ao desenvolvimento da maioria das doenças crônicas não transmissíveis.

As adolescentes que participam da presente investigação estão conscientes do comportamento de entrada, ou seja, sabem que algo está errado dentro do processo de vigilância corporal e gostariam de mudar. Essa mudança pode ser nos hábitos alimentares, físicos ou ainda de percepção. Com isso, se encaixam dentro da presente pesquisa pois podem responder às indagações sobre a construção de um corpo magro dentro de suas vidas e as mudanças que representa.

Além do mais, a pesquisa se dá no Programa de Atividades ao Paciente Obeso (PAPO) que ocorre dentro do Centro de Atendimento e Apoio ao Adolescente

(CAAA), vinculado à Disciplina de Especialidades Pediátricas do Departamento de Pediatria da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), a discente participa voluntariamente como docente nas atividades de Percepção Corporal que visam possibilitar aquisição de conhecimento sobre o corpo e suas imagens, ajudando a adolescente a traduzir a linguagem do corpo e discutindo o conceito ideal de imagem corporal proposto pelo contemporâneo. A discussão do ato de se vestir e a criação de habilidades para fazê-lo adequadamente de acordo com o físico de cada adolescente são exemplos de estratégias utilizadas.

3. OBJETIVO

Esta pesquisa tem o objetivo de compreender um dos problemas relacionados ao corpo na contemporaneidade na visão de adolescentes; busca compreender o significado de emagrecer e possuir um corpo magro para as mesmas, ou seja, a representação social de um corpo magro por adolescentes obesas.

4. PROCEDIMENTOS E METODOLOGIA

A população do estudo são 32 adolescentes diagnosticadas obesas e com idade entre 13 e 16 anos participantes no ano de 2010 do Programa de Atividades do Paciente Obeso (PAPO).

4.1 DETALHAMENTO DO PAPO

A presente pesquisa tem como cenário o PAPO: Programa de Atividades ao Paciente Obeso é oferecido desde 1996 gratuitamente à população dentro do Centro de Atendimento e Apoio ao Adolescente (CAAA), vinculado à Disciplina de Especialidades Pediátricas do Departamento de Pediatria da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). O objetivo do PAPO é o envolvimento duradouro do adolescente com a prática de atividades físicas, alimentação adequada e autoconhecimento, além de diminuição do excesso de peso com uma abordagem multiprofissional.

Atualmente são oferecidas às jovens atividades nas áreas de Educação Física, Modalidades Esportivas, Educação Nutricional, Psicologia, Percepção Corporal e a prática do Qi-mental³. As atividades são realizadas em grupo, possibilitando trabalhar, por meio do compartilhamento de experiências e de um espaço de suporte, a conscientização de conflitos, sentimentos e atitudes que impedem a mudança de comportamento e o emagrecimento. O programa é desenvolvido em 32 semanas entre março e novembro (exceto julho), com dois dias semanais de atividades de duas horas cada (128 horas no total), no período vespertino e nas dependências da UNIFESP.

O programa inicia o atendimento com cerca de 30 adolescentes que passam por seleção prévia. A divulgação das vagas no programa é realizada no próprio CAAA, em escolas dos arredores e na mídia impressa e televisiva da região metropolitana de São Paulo. Após o período de inscrição, as adolescentes interessadas e seus pais são convidados a uma reunião de apresentação do programa, na qual também se verifica o preenchimento dos critérios de inclusão. As

³ A técnica de mobilização do Qi (Energia) Mental promove uma nova abordagem das emoções do passado para propiciar o processo de cura no presente. Para o Qi-mental, a mente tem o controle sobre o corpo físico; se este adoecer, é porque a mente está doente ou em desarmonia. Essa desarmonia da mente é causada pelas emoções, dependendo do grau de repressão das mesmas.

adolescentes inscritas e não selecionadas são encaminhadas ao atendimento ambulatorial gratuito do CAAA.

São critérios para exclusão: participar de outro tratamento para diminuição do excesso de peso; ter diagnóstico de patologias que limitem a prática de atividades físicas em grupo, também durante a reunião, são discutidos alguns fatores que podem ser empecilhos para as jovens participarem do programa, como o horário da escola e condição financeira para custear o programa com alimentação e deslocamento até o CAAA.

As jovens também respondem a um questionário socioeconômico classificado de acordo com o Critério de Classificação Econômica Brasil⁴ (CCEB) (anexo 1), para o reconhecimento do grupo atendido, precisam ter entre 13 e 16 anos, e já ter ocorrido a menarca. O índice de massa corporal (IMC) é um importante critério de inclusão ou exclusão do grupo, para participar o IMC deve ser igual ou maior ao correspondente percentil⁵ 97 e ao escore-Z⁶ $> +2$ (as tabelas de referência são os anexos 2 e 3 respectivamente). As adolescentes inscritas são pesadas e é medida a sua estatura, para o cálculo do índice de massa corporal e aplicação das tabelas de referência. Também como critério, são usados os questionários BITE⁷ e EAT⁸ (anexo 4 e 5 respectivamente) esses questionários possuem algumas perguntas que indicam o início de alguma outra patologia como os transtornos alimentares⁹. Esses

⁴O sistema Critério de Classificação Econômica Brasil, estima o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, sem classificá-las em classes sociais e sim, classes econômicas.

⁵ Depois de calculado o IMC, é colocado no diagrama de meninos ou meninas para obter uma classificação percentil. O percentil indica a posição relativa do IMC da criança ou adolescente em relação a outras do mesmo sexo e idade. Percentil acima de 97 indica obesidade.

⁶O escore-Z, significa, em termos práticos, o número de desvios-padrão que o dado obtido está afastado de sua mediana de referência (de mesma idade e sexo). $Z > +2$ indica obesidade.

⁷Segundo Cordás e Hochgraf (1993), autores que apresentaram a versão em português, o Teste de Investigação Bulímica (BITE- Bulimic Inventory test of Edinburgh) é um questionário de autopreenchimento, que identifica sujeitos com comportamentos e sintomas de bulimia nervosa.

⁸ Segundo Bighetti (2003), autora que validou o teste para o português, o teste de atitudes alimentares (Eating Attitude Test-EAT) é um questionário de autopreenchimento com 26 questões que identifica comportamentos de anorexia nervosa e dieta.

⁹Transtorno alimentar é o termo usado para denominar qualquer padrão de comportamento alimentar que danifica a saúde de um indivíduo, incluindo patologias como bulimia e anorexia nervosa.

questionários também são computados e as jovens que os resultados apresentam alguma anomalia são descartadas.

Se ainda assim tiver mais inscritas do que o número de vagas, é calculada a média com os intervalos de escore-Z e percentiis. E assim, no intervalo dessa média, as trintas adolescentes são convocadas.

O programa possui como objetivos iniciais: mudança de atitudes, conhecimento, habilidades e nível de conscientização para mudança de comportamentos; redução de ansiedade quanto à redução do excesso de peso; sensibilização dos familiares para o processo de mudança. E como objetivos intermediários: aumento da prática de atividades físicas fora do programa; melhora do padrão alimentar; aumento da auto-estima e competência percebida; engajamento dos familiares no processo de mudança; redução do excesso de peso. Os objetivos de longo prazo são: prática de atividades físicas em níveis adequados para a saúde; alimentação adequada; elevada auto-estima; continuação da redução do excesso de peso.

Durante o tratamento, também ocorrem reuniões mensais com pais e familiares dos adolescentes, nas quais são realizadas atividades sobre alimentação saudável, prática de atividades físicas, qualidade de vida e comportamentos e atitudes necessárias para apoiar as adolescentes. Além das reuniões, os pais também são envolvidos em atividades que são planejadas para a participação de todos os membros da família. As atividades que envolvem os pais visam promover um ambiente e suporte familiar adequado para que as mudanças de comportamento sejam possíveis no cotidiano.

4.2 ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

Trata-se de uma pesquisa exploratória de corte quali-quantitativo que busca as representações sociais. As Representações Sociais podem ser definidas como um

conjunto de conceitos, pressuposições, explicações, crenças e julgamentos, originados no cotidiano e são usados para a comunicação de idéias entre as pessoas. É também a realidade comum a uma sociedade, o conhecimento prático aplicado no contexto em que vivemos, ou ainda, o senso comum. Ainda assim, as representações sociais não são as mesmas para todos os cidadãos de uma mesma sociedade, elas variam dependendo do próprio senso comum e do contexto sociocultural que o indivíduo está inserido.

A formação das Representações Sociais se dá quando os sujeitos absorvem informações e discutem idéias, atribuindo sentido e interpretando a realidade aplicada ao seu meio LEFÈVRE e LEFÈVRE (2005).

A utilização das Representações Sociais no campo da pesquisa qualitativa identifica conhecimentos e mostra a lógica do senso comum vivida por aqueles atores sociais, facilitando a elaboração de ações de saúde que atendam deficiências vividas por determinada população.

O método do Discurso do Sujeito Coletivo é uma metodologia de pesquisa para a coleta das Representações Sociais através do depoimento de uma amostra de indivíduos, que serve de material para a reconstrução das representações sociais, conhecendo assim o que LEFÈVRE e LEFÈVRE (2005) chamam de “matriz discursiva”.

4.3 PRÉ-TESTE

Os resultados da pesquisa são fruto de entrevistas semi estruturadas de caráter qualitativo. Depois de definido o problema e o objetivo, as perguntas foram elaboradas para o objetivo da investigação.

Foi realizado o pré-teste com seis adolescentes (participantes do PAPO) para verificar a adequação das perguntas para as jovens, se o entendimento e o objetivo das perguntas eram alcançados. E foi notório que não era necessária nenhuma modificação no enunciado da pergunta. Portanto as entrevistas utilizadas no processo de pré-teste foram contabilizadas no total de entrevistadas, visto que faziam parte do mesmo grupo.

4.4 COLETA DE DADOS

O grupo entrevistado teve início em 2010 e todas as adolescentes foram convidadas a participar, pois o recorte da amostra já havia sido delineado com base nos critérios de triagem realizados durante a seleção para o tratamento. As entrevistas qualitativas foram realizadas no total de 32 adolescentes e foram realizadas durante procedimentos individuais realizados com as meninas, como pesagem e teste de resistência para atividade física, enquanto as outras esperavam sua vez no atendimento, participavam do presente estudo. A proximidade com as adolescentes e convívio trouxe facilidade para que as entrevistas sejam realizadas.

As questões foram estruturadas de modo para serem livres o suficiente para que o entrevistado possa expressar suas análises e pensamentos, mas, ao mesmo tempo, restritas para que as respostas enfoquem temas específicos. O questionário, (anexo 6) traz as perguntas que possuem como objetivo: *A que se deve o seu peso?* Com essa pergunta anseia-se por uma resposta na qual a entrevistada reflita o porquê do seu peso, da sua patologia e a gênese do processo de ganhar peso. A segunda pergunta é: *O que a adolescente espera com o programa PAPO?* Assim pode-se medir a expectativa das jovens em relação ao apoio que recebem e indiretamente o que esperam melhorar na sua vida, preparando a adolescente entrevistada para a última pergunta. A terceira e última pergunta é: *Se você for bem sucedida no*

programa, o que acha que vai acontecer ou mudar na sua vida? Com esse questionamento pode-se trabalhar com a fantasia que o corpo magro tem dentro do imaginário, que estará num processo de concretização para a adolescente, e também por que esse aspecto magro que não faz parte do seu cotidiano pode ser solucionador para desgostos vivenciados.

4.5 ANÁLISE DE DADOS

O processamento das representações sociais coletadas foi realizado com base na metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) desenvolvida por LEFÈVRE & LEFÈVRE (2005) usando o software *Qualiquantisoft*. O método adotado implica um cadastramento inicial de cada entrevistado no qual são considerados os nomes, idades, e sexo dos mesmos. Seria ainda possível acrescentar itens como renda, doenças, locais de moradia etc. Feito o cadastro, o passo seguinte é o de separar os sujeitos por variáveis mais específicas, de acordo com o que possa ser interessante para cada pesquisa. Para a referida pesquisa utilizou-se apenas a idade das entrevistadas. Após essa etapa começa a análise do discurso propriamente dita; então cada fala é analisada na tentativa de resumir, ou objetivar a resposta. Uma vez cadastradas as respostas de interesses da pesquisa, faz-se uma leitura crítica para procurar agrupar respostas semelhantes, criando categorias, as quais serão posteriormente tabuladas pelo software. Por categorização das respostas entende-se o processo de agrupar os sentidos de discursos e depoimentos semelhantes. Outro passo importante da metodologia adotada é a elaboração do *Discurso do Sujeito Coletivo*, o qual é feito a partir das expressões chave que de uma determinada categoria. Todas as etapas descritas foram repetidas para cada uma das perguntas que compunham o questionário aplicado.

A pesquisa com discursos é, em sua essência, de caráter qualitativo, entretanto, o método nos permite agrupar, depois quantificar as respostas. A pesquisa

ganha em densidade pois passa a ter dois tipos de análise, uma qualitativa e outra quantitativa.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

A investigação foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FSP/USP, atendo as exigências éticas e científicas fundamentais, organizadas na Resolução nº196, de 10 de Outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

A participação das adolescentes nesse estudo foi livre e voluntária, tendo como garantia para elas, de que será mantido o anonimato dos entrevistados e que caso não queira mais participar da pesquisa poderá sair a qualquer momento sem prejuízo do atendimento.

As adolescentes que quiseram participar da pesquisa entregaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 7), devidamente assinado pelo pai e/ou responsável, para que suas falas pudessem ser analisadas.

5. RESULTADOS

As respostas funcionam como o resgate das representações sociais presentes nesse grupo de adolescentes, o que significa que em outro grupo de adolescentes com as mesmas características se tenha outras respostas.

A caracterização do grupo foi realizada com base apenas na idade, sexo (com a seleção prévia, a idade variou entre 13 e 16 com a média de 14,3 anos) e análise de

classe econômica com base no critério de classificação econômica Brasil, que avalia o poder de compra de cada família (anexo 1).

A tabela abaixo mostra os dados acima; as classes econômicas variaram entre A2 e C, sendo cerca de 40% das adolescentes pertencem a classe C, e com um pouco menos, 34% dos entrevistados representam a classe B2. Esses dados econômicos (tabela 1) mostram a homogeneidade do grupo também no que se refere a questão financeira das famílias das jovens. Assim, há mais harmonia e coesão no grupo, pois não há disparidade em nenhum quesito. O quadro e o gráfico abaixo, ilustram os números citados.

Tabela 1- Distribuição de percentual por classe econômica de acordo com o Critério de Classificação Econômica Brasil. São Paulo, 2010.

Classe econômica	N	%
A2	3	9,38
B1	5	15,63
B2	11	34,38
C	13	40,63
Total	32	100

Os resultados apresentados abaixo foram obtidos depois de realizado o processo de análise descrito na metodologia do trabalho. Estão divididos em resultados quantitativos e qualitativos para cada questão. As respostas foram divididas em Idéias Centrais sendo que cada entrevistado pode ter mais de uma a cada resposta.

Questão 1- A que se deve o fato de você estar acima do peso?

Tabela 2-Distribuição do percentual de Idéias Centrais frente à questão 1- A que se deve o fato de você estar acima do peso?São Paulo, 2010.

Idéias Centrais	N	%
A- Alimentação errada/ maus hábitos em casa	15	46,88
B- Emoções negativas levam a compulsão por comida	16	50
C- Fator genético ou biológico	3	9,38
D- Não sabe	1	3,13

Nº de entrevistados: 32

Obs: um pesquisado pode ter mais de uma Idéia Central

Esses dados nos mostram a prevalência da categoria A e B, que são categorias distintas entre si. Então, para a pergunta: A que se deve o fato de você estar acima do peso? As adolescentes quase na sua totalidade disseram que alimentação errada/ maus hábitos em casa e emoções negativas levam a compulsão por comida, sendo fatores determinantes para o acúmulo de peso.

DSC A- Alimentação errada/ maus hábitos em casa

Acho que é porque eu como muita besteira, por que meus pais compram muita besteira mas agora eu estou tentando parar de comer. Então eu acho que é um pouco de irresponsabilidade minha, mas meus pais tem a culpa deles. Como muito e gosto muito de comer e como mais do que devo, depois tenho vergonha de ter

comido. Como coisas que eu não deveria comer, me alimento mal em horários inapropriados, como muito á noite, toda hora belisco alguma coisa, não como três vezes ao dia e não como coisas nutritivas.

DSC B- Emoções negativas levam a compulsão por comida

Ansiedade, nervosismo, irritação, o emocional mesmo: eu como assim, mesmo não querendo. Eu vou lá e como para ver assim se melhora, se passa o que eu to sentindo. Acho que é muita ansiedade e eu tive um período de depressão, chorava muito e descontava tudo na comida. Eu começo a comer muito até querer parar e daí eu fico brava comigo mesma; todo mundo fala para mim parar de comer e eu não consigo, eu como por impulso as vezes não consigo controlar: é isso falta de controle. Agora eu diminui muito, não como nem metade do que eu comia antes mas ainda falta: quando eu to ansiosa, quando eu to nervosa, triste é mais emoção do que só ansiedade, emoções no geral.

DSC C- Fator genético ou biológico

Eu sou assim desde pequena, eu já nasci gorda foi passando o tempo e foi ficando. Sempre fui meio gordinha assim, mas depois que eu menstruei pela primeira vez ai comecei a engordar demais, acho que é genético.

DSC D- Não sabe

Não sabe.

Questão 2- E o que você espera com o programa PAPO?

Tabela 3-Distribuição do percentual de Idéias Centrais frente à questão 2- E o que você espera com o programa PAPO?São Paulo, 2010.

Idéias Centrais	N	%
A- Emagrecer	9	28,13
B- Emagrecer e melhorar a saúde e a alimentação	17	53,13
C- Emagrecer e melhorar a auto-estima e a estética	13	40,63

Nº de entrevistados: 32

Obs: um pesquisado pode ter mais de uma Idéia Central

A questão que mede a expectativa em relação ao programa nos mostra que a perda de peso para as jovens é o mais importante dentro do programa, sendo presente absolutamente em todas as respostas, variando apenas a complementação, acoplando ao emagrecimento outras melhoras como na alimentação, saúde e em aspectos mais subjetivos como auto-estima e estética.

DSC A- Emagrecer

Espero melhorar o máximo possível e emagrecer principalmente; ficar esbelta, magrinha e aprender isso para a vida toda. Perder bastante peso, não tanto peso assim, mas já considerável.

DSC B- Emagrecer e melhorar a saúde e a alimentação

Mudar meus hábitos alimentares, meu jeito de ser que eles estão errados por isso que eu estou aqui. Que até o final do ano eu emagreça assim não muito, mas emagreça e fique com uma boa saúde. Preciso aprender como comer, comer menos e aprender a comer comida saudável.

DSC C- Emagrecer e melhorar a auto-estima e a estética

Acho que a minha auto-estima vai melhorar bastante vou me cuidar mais, vou emagrecer e ficar mais bonita. Eu acho que vai mudar a aparência, a estética, a auto-estima para não me sentir mais excluída (me sinto muito excluída por que sou gorda e tal). Eu quero assim pelo estético emagrecer para poder comprar roupas e que eu não coma para mudar as coisas que eu estou sentindo.

Questão 3 - Se você for bem sucedida com o programa, se acontecer essas coisas que você espera o que você acha que vai mudar na sua vida?

Tabela 4-Distribuição do percentual de Idéias Centrais frente à questão 3- Se você for bem sucedida com o programa, se acontecer essas coisas que você espera o que você acha que vai mudar na sua vida? São Paulo, 2010.

Idéias Centrais	N	%
A- Melhorar a saúde e alimentação	15	46,88
B- Melhorar a sociabilidade e aceitação das pessoas, não vai mais sofrer preconceito.	21	65,63
C- Aumentar a resistência física	6	18,75
D- Aumentar a auto-estima	12	37,50

Nº de entrevistados: 32

Obs: um pesquisado pode ter mais de uma Idéia Central

A questão aborda o imaginário que o emagrecimento tem para essas adolescentes. A maior parte das respostas, mais de 65%, traz a idéia de aceitação e sociabilidade e que não vai mais sofrer preconceito, também com quase 47% a idéia de melhorar a saúde e alimentação. A outra resposta quantitativamente relevante é a de aumentar a auto-estima.

DSC A- Melhorar a saúde e alimentação

Vou melhorar minha saúde, tudo vai melhorar por que eu vou começar a me preocupar mais com a saúde também por que eu já tive várias coisas. Mudar os hábitos na alimentação, porque eu como tudo errado, então quero me alimentar direito e não vou me sentir culpada de comer, vou ter noção do que eu estou comendo, o que vai me causar, essas coisas.

DSC B- Melhorar a sociabilidade e aceitação das pessoas, não vai mais sofrer preconceito.

Vai mudar muita coisa assim por que as vezes eu tenho vergonha de sair com as pessoas e as vezes também zoam comigo, ai eu acho que ia diminuir ou parar isso. Eu vou poder acompanhar minhas amigas, minha família (eu não gosto de sair muito de casa por que eu me sinto meio estranha os outros ficam olhando). Acho que eu vou ser muito mais feliz do que eu sou hoje, vou sair mais, vou ter mais amigos, essas coisas, por que querendo ou não muita gente se afasta de mim, por que eu sou gordinha. Assim os colegas na escola vêem uma garota assim mais cheinha já zoam, ai eu acho que vai mudar muito isso. Por que não quero mais sofrer com o preconceito aonde eu passo tem gente que me chama de dragão, baleia e eu não quero mais. E pelo o que eu escuto é que pessoas gordas tem dificuldade até de arrumar emprego; acho que a aceitação é melhor, é bem maior quando você é magro.

DSC C- Aumentar a resistência física

Vou fazer bastante coisa que eu queria fazer e não posso por causa do meu peso, tipo correr como as outras meninas que não são gordas como eu. Coisas assim; subo uma escada e já fico cansada, então acho que isso vai mudar, meus hábitos né? Tudo, desde fazer uma corrida e não cansar tanto até não ficar ofegante de subir uma escada. Vou ter o hábito de praticar exercício físico.

DSC D- Aumentar a auto-estima

Vai melhorar bastante por que eu vou aprender a me gostar mais, no ponto da minha moral vai melhorar a minha estética e a minha auto-estima né? Por que eu tenho problema que é sério para mim que é a falta de auto-estima. Vou ser uma pessoa melhor com mais confiança em mim mesma e vou passar a dar mais valor a mim mesma. O jeito de me ver eu acho que vai melhorar, acho que eu vou ser mais feliz, vou ser mais feliz, não vou ter mais depressão e ir tudo na comida.

6. DISCUSSÃO

Diante das falas das adolescentes obesas em tratamento no Programa de Atividades ao Paciente Obeso (PAPO) pode-se extrair as representações sociais acerca de um corpo magro e do emagrecimento para as mesmas.

O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) usado como abordagem metodológica, possibilita diferentes discussões acerca do mesmo tema, mas a pretensão desse estudo não é esgotá-las e sim apontar para os problemas e objetivos já descritos.

No que se refere a causalidade do excesso de peso, verifica-se que parte das idéias mostram que o fator determinante para o excesso de peso não está para a adolescente, a seu encargo, ou seja, que a responsabilidade pelo excesso de peso é compartilhada com um agente externo alheio à sua própria vontade, mesmo nas respostas de menos relevância quantitativa.

*“Acho que é porque eu como muita besteira, **por que meus pais compram muita besteira** mas agora eu estou tentando parar de comer. **Então eu acho que é um pouco de irresponsabilidade minha, mas meus pais tem a culpa deles...**”*

Segundo NETTO E SAITO (1994) as variáveis ambientais atuam de forma decisiva no processo de crescimento e desenvolvimento envolvendo especificamente as relações do indivíduo com a nutrição, independentemente da pré-disposição genética. Esses dados também mostram a importância de um trabalho mais efetivo com os pais ou responsáveis, pois o adolescente não possui meios de decidir sobre hábitos alimentares em casa, além de muitas vezes desconhecer a possibilidade de alimentos mais saudáveis para a melhoria da sua saúde. Além do incentivo para prática de exercícios físicos e a diminuição de atividades sedentárias. A idéia de alimentação errada que também é citada nesse conjunto de idéias nos sugere que a oferta de alimentos em casa é o que pode estar sendo visto como responsável pelo excesso de peso para essas adolescentes.

O próximo conjunto de idéias trata da compulsão por comida que essas jovens sofrem e acreditam ser a causa do seu excesso de peso.

*“Ansiedade, nervosismo, irritação, o emocional mesmo: eu como assim, mesmo não querendo. Eu vou lá e como para ver assim se melhora, se passa o que eu to sentindo. Eu acho que é muita ansiedade e eu tive um período de depressão, chorava muito e descontava tudo na comida. **Eu começo a comer muito até querer parar e daí eu fico brava comigo mesma; todo mundo fala para mim parar de comer e eu não consigo, eu como por impulso...**”*

HERSCOVICI (1977) define a Síndrome do comer compulsivo como: “comer em pouco tempo de modo exagerado e descontrolado, seguindo-se sentimentos de mal-estar, vergonha e culpa, não apenas pela própria conduta, mas também pelo conseqüente aumento de peso”. Nos relatos das jovens a alimentação é usada como resposta a situações de tensão, nervosismo ou estresse cotidiano. A autora explica que nesses casos não há fome, apenas um apetite voraz para qualquer alimento que esteja disponível naquele momento. A maneira de lidar com sentimentos desencadeados por situações cotidianas faz parte do amadurecimento do sujeito e da sua relação com o mundo, nesses casos a ajuda psicológica que as meninas recebem é de extrema importância.

A gênese do excesso de peso para essas adolescentes é a alimentação que seria símbolo de segurança e afeto.

FISCHLER (2005) em seu artigo intitulado: *“Obeso Benigno e Obeso Maligno”* conta que: “perder o controle das suas ações, esse é o maior erro dos obesos. Eles não têm controle sobre seu apetite, seu tamanho, transgridem o tempo todo as regras que governam a fome, o prazer de comer, a vontade, o esforço e o controle de si.” O mesmo autor defende que a falta de controle de suas ações gera repulsa de uma sociedade que defende exatamente o contrário.

Outro agrupamento de idéias foi montado relacionando fatores genéticos ou biológicos como determinantes para o excesso de peso das adolescentes.

*“**Eu sou assim desde pequena, eu já nasci gorda foi passando o tempo e foi ficando. Sempre fui meio gordinha assim, mas depois que eu menstruei pela primeira vez ai comecei a engordar demais, acho que é genético.**”*

A genética foi citada aqui como responsável pelo excesso de peso para essas jovens mas sabe-se que a obesidade é uma patologia de origem multifacetada tendo as variáveis ambientais mais peso categórico. Porém como afirma NETTO E SAITO (1994) a obesidade só surge em condições adequadas quando há predisposição genética. Os mesmos autores afirmam que há na obesidade o caráter familiar, ou seja, adolescentes obesos fazem parte em sua maioria de famílias obesas, sendo já um problema na infância que perdura na adolescência.

Com essas afirmações podemos analisar que, se algumas jovens afirmam que a origem do seu peso são maus hábitos e alimentação errada dentro de casa e outras afirmam ser o fator genético predominantemente, a causa do excesso de peso tem nestas diferentes representações, a mesma gênese. O lar dessas adolescentes e suas famílias, com maior ou menor influência, são os responsáveis pelo excesso de peso. Como afirmam NETTO E SAITO (1994) “crianças obesas têm freqüentemente famílias desestruturadas, com grandes conflitos, sendo ainda produtos de lares desfeitos e outros traumas”.

No que se refere sobre a expectativa em relação ao programa verifica-se as representações sociais das jovens em relação ao apoio que recebem e indiretamente o que esperam melhorar na sua vida.

Em todas as respostas há presente a expectativa com o emagrecimento, apenas com algumas considerações adicionais em algumas respostas. Acoplando o emagrecimento a outras melhoras na alimentação, na saúde e em aspectos mais subjetivos como auto-estima e estética.

As respostas da categoria A contém expressões como: emagrecer consideravelmente, ficar esbelta, magra, que são os objetivos das adolescentes com o programa.

*“Espero melhorar o máximo possível e **emagrecer principalmente; ficar esbelta, magrinha** e aprender isso para a vida toda. Perder bastante peso, não tanto peso assim, mas já considerável.”*

SANT’ANNA (2005) nos lembra que, a conquista da velocidade no final século XIX cria novas lentidões como se estas fossem somente seus opostos: todo o

peso material tende a ser percebido como mero obstáculo a ser ultrapassado, aniquilado. O peso do corpo é um deles. Numa sociedade que, desde pelo menos a década de 1920, começou a nutrir uma franca aversão pelos gordos, a paixão tende a se transformar num bem exclusivo daqueles considerados esbeltos. Mesmo em tempos mais recentes, como 1900, os corpos redondos ainda exibiam charme de seu peso com orgulho. Gordura era formosura. Ainda não havia se tornado sinônimo de doença e nem ofuscava o charme de milhares de homens e mulheres dotados de ventres proeminentes, testemunhos de certo prestígio social.

Em sociedades que valorizam o risco e a leveza, desprestigiando a prudência e o peso, a presença de gordos não é prevista nem desejada. Muitas vezes, os espaços citadinos e seus equipamentos são os primeiros a excluir a presença dos seres pesados e grandes: em escolas, cinemas, teatros e aviões as cadeiras das poltronas costumam ser mais confortáveis aos magros e pequenos.

Em sociedades nas quais o espaço ainda foi totalmente transformado em mercadoria, ocupá-lo com um pouco mais de corpo é interpretado como uma invasão. Além disso, em sociedades para quem o tempo é somente dinheiro, o gordo representa perda de velocidade e, portanto, de riqueza e poder. E, ainda, em sociedades que vivem a paixão pela democracia, o gordo é visto como um indivíduo que come além da parte de alimentos que lhe é de direito.

Assim, com tantas restrições aos mais pesados, a expectativa alta em perder peso presente nas falas dessas jovens é justificável.

A autora nos revela a realidade em que vivem os obesos e algumas causas para se querer emagrecer. O estigma social explanado acima dita um corpo magro e simétrico como sendo o padrão de beleza, faz com que as jovens busquem esse estereótipos considerados perfeitos, o que pode ter consequências mais graves como problemas relacionados à imagem corporal.

FISCHLER (2005) ainda assinala que “era preciso sem dúvida, no passado, ser mais gordo do que hoje para ser julgado obeso, e bem MENOS magro para ser considerado magro. As categorias (magro, gordo, obeso) continuam mais estáveis do que os atributos que elas distribuem. Os limites, critérios, limiares de cada uma delas

variam de acordo com a época/ cultura que as determinam, e que estão sendo usadas.”

As outras falas das adolescentes não fogem da mesma idéia central de emagrecimento, com alguns conceitos importantes a serem discutidos.

*“Mudar meus hábitos alimentares, meu jeito de ser que **eles estão errados por isso que eu estou aqui.** Que até o final do ano eu emagreça assim não muito, mas **emagreça e fique com uma boa saúde.** Preciso **aprender como comer, comer menos e aprender a comer comida saudável.**”*

As representações sociais aqui presentes, nos mostram o comportamento de entrada no programa. No momento das entrevistas as jovens não haviam sofrido interferência do programa, só a percepção que algum fator está errado no processo de vigilância corporal que elas exigem de si. Para que a mudança ocorra, é preciso mudar comportamentos. A mudança de comportamentos é o principal intuito do PAPO.

Nas falas também está presente uma variável importante acerca da vigilância da saúde. LEFÈVRE (1999) nos relata que: “o sentido nobre da saúde reside justamente... no imperativo ético e moral (isto é, não mercadológico) nela embutido de afastar, mitigar e aliviar o sofrimento humano...”. Assim podemos comprovar que o sentimento de que algo está errado existe para essas jovens, sendo um imperativo a melhora da saúde.

Com relação a alimentação, as jovens desejam se alimentar de forma saudável, e como nos lembra BRAGA et al. (2010), no mundo contemporâneo a mídia exerce um papel importante na construção e desconstrução de procedimentos alimentares e padrões de estética, os quais estão submetidos a interesses de empresas produtoras de mercadorias, indústrias de aparelhos e equipamentos e setores financeiros.

A última junção de idéias centrais para essa questão nos traz conceitos mais subjetivos, importantes para compreender o que essas jovens buscam com o programa.

“Acho que a minha auto-estima vai melhorar bastante vou me cuidar mais, vou emagrecer e ficar mais bonita. Eu acho que vai mudar a aparência, a estética, a auto-estima para não me sentir mais excluída (me sinto muito excluída por que sou gorda e tal). Eu quero assim pelo estético emagrecer para poder comprar roupas e que eu não coma para mudar as coisas que eu estou sentindo.”

As representações presentes nessas falas apontam para conseqüências imediatas que o emagrecimento pode trazer. A beleza, a melhora da estética e auto-estima são resultados da perda de peso. As implicações que o excesso de peso carrega limitam as ações dessas jovens no sentido pessoal e social, como a baixa auto-estima e exclusão. CORBIN (2008) diz: “O corpo é uma ficção, um conjunto de representações mentais uma imagem inconsciente que se elabora, se dissolve, se reconstrói através da história do sujeito, com a mediação dos discursos sociais e dos sistemas simbólicos.” Continuando nas palavras de CORBIN (2008) “Aos poucos se impõe a consciência da gestão social do corpo. Nessa perspectiva culturalista, o corpo aparece como resultado de uma construção, de um equilíbrio estabelecido entre o dentro e o fora, entre a carne e o mundo. Um conjunto de regras, um trabalho cotidiano das aparências, de complexos rituais de interação, a liberdade de que cada um dispõe para lidar com o estilo comum, com as posturas, as atitudes determinadas, os modos usuais de olhar, de portar-se, de mover-se, compõem a fábrica social do corpo”. As maneiras de maquiar, de se pentear, inclusive se tatuar-se necessário de mutilar- e de se vestir, são igualmente características do gênero, da classe etária, do status social ou da pretensão de pertencer à determinada classe. Até a própria transgressão manifesta a força do contexto social e ideológico. Permanentemente o sujeito sente-se atingido, observado, desejado, impelido em e por seu corpo, criando a tensão entre o corpo existido e o corpo alienado.”

O texto de Corbin ilustra o sentimento de pertencimento ou exclusão relatado pelas adolescentes. Esses sentimentos estão atrelados a regras e estigmas sociais de diversas maneiras. As jovens relatam e acreditam que se emagrecerem conseqüentemente ter auto-estima, ou ainda serem aceitas socialmente.

Os relatos também nos mostram como a obesidade coloca a adolescente muitas vezes num círculo vicioso, pois em virtude da gordura excessiva não se vê bem aceito pelo grupo nem por ele mesmo, o que dificulta sua participação em práticas esportivas, passeios, voltando-se cada vez mais para a inatividade tendo na alimentação sua única gratificação.

Em relação a fantasia do corpo magro, as representações contidas nessas respostas mostram o imaginário que o emagrecimento tem para essas adolescentes. As idéias giram em torno de melhorar ou aumentar, algo que não está bem.

*“Vou melhorar minha saúde, **tudo vai melhorar por que eu vou começar a me preocupar mais com a saúde também por que eu já tive várias coisas. Mudar os hábitos na alimentação, porque eu como tudo errado, então quero me alimentar direito e não vou me sentir culpada de comer, vou ter noção do que eu estou comendo, o que vai me causar, essas coisas.**”*

Com essas falas podemos entender que as adolescentes querem a mudança de seus comportamentos; que depois de participarem do programa a vigilância com a saúde e a alimentação será uma constante na vida dessas jovens. SANT’ANNA (2005) fala sobre a conservação do estado físico que passou a ser objeto de consumo, através de artifícios como a medicina, as técnicas de embelezamento, e alimentação com os diets e lights, num grande processo de vigilância corporal aumentado e constante.

O próximo conjunto de idéias centrais, trata sobre um aspecto importante para as adolescentes acerca do seu processo de emagrecimento, que é o sentimento de rejeição.

*“Vai mudar muita coisa assim por que as vezes eu tenho vergonha de sair com as pessoas e as vezes também zoam comigo, aí eu acho que ia diminuir ou parar isso. Eu vou poder acompanhar minhas amigas, minha família (**eu não gosto de sair muito de casa por que eu me sinto meio estranha os outros ficam olhando**). **Acho que eu vou ser muito mais feliz do que eu sou hoje, vou sair mais, vou ter mais***

amigos, essas coisas, por que querendo ou não muita gente se afasta de mim, por que eu sou gordinha...”

Essa pergunta traz a idéia de aceitação e sociabilidade: emagrecer para essas adolescentes, cessaria o sofrimento de quem é alvo de preconceito em seu meio social.

BRAGA et al. (2010) diz que na sociedade contemporânea a “superexposição” de modelos corporais nos meios de comunicação contribui fundamentalmente para a divulgação de uma ótica corpórea estereotipada e determinada pelas relações de mercado. KEHL (2002) critica à valorização da imagem, comuns a sociedade contemporânea, dizendo: “Fique atento, pois o corpo que você usa e ostenta vai dizer quem você é. Pode determinar oportunidades de trabalho. Pode significar a chance de uma rápida ascensão social. Acima de tudo, o corpo que você veste, preparado cuidadosamente à custa de muita ginástica e dieta, aperfeiçoado por meio de modernas intervenções cirúrgicas e bioquímicas, o corpo que resume praticamente tudo o que restou do seu ser é a primeira condição para que você seja feliz.” A autora aqui coloca o corpo numa dimensão plástica atual em que é possível ser ou fazer qualquer intervenção corporal com a premissa de felicidade, ascensão social e até oportunidades de emprego, o que é também é citado nas falas das adolescentes.

BRAGA et al. (2010) consideram que o contexto atual particularmente instável e mutante que os meios tradicionais de produção de identidade, como a família, a religião, a política, o trabalho dentre outros, encontram-se enfraquecidos. Nesse sentido, é possível imaginar que muitos indivíduos ou grupos estejam se apropriando do corpo como um meio de expressão (ou representação) do eu.

Por outro lado, a idéia de aceitação social presente nas falas também evidencia a busca de identidade comum a adolescência, NETTO e SAITO (1994) nos lembram que “os grupos na adolescência tendem a se caracterizar como número bem definidos em relação à lei, às normas sociais e às tendências desviantes. Esses grupos tendem a ser espaços de conjunção e conexão de linhas de fuga (inovação, desvio, rotura) ou mesmo repetição e reprodução de padrões de conduta familiares no campo coletivo. Nos grupos há a possibilidade de uma identificação em massa, onde as

diversas tendências podem ser vividas pelo adolescente de uma forma disseminada, com responsabilidade compartilhada que resolve de certa forma, a ambivalência comum ao período.” Os autores nos mostram que a aceitação social é inerente ao adolescente, e o sentimento de pertencimento ao coletivo é importante para eles. Por isso o conflito se maximiza para essas jovens pois a importância da aparência para o pertencimento gera a rejeição, já que elas estão fora do padrão.

Outra idéia presente nas falas das adolescentes é sobre a melhora do vigor físico e o hábito de praticar atividades.

“Vou fazer bastante coisa que eu queria fazer e não posso por causa do meu peso, tipo correr como as outras meninas que não são gordas como eu...”

KEHL (2002) critica dizendo: “A cultura do corpo não é a cultura da saúde, como quer parecer. É a produção de um sistema fechado, tóxico, claustrofóbico. Nesse caldo de cultura insalubre, desenvolvem-se os sintomas sociais da drogadição (incluindo o abuso de hormônios e anabolizantes), da violência e da depressão...” A cultura do corpo como também glorifica aqueles que praticam atividades físicas e cuidam do seu corpo.

O conjunto de idéias centrais a seguir, trata do tema do aumento da auto-estima, uma característica muito subjetiva. A auto-estima, é um valor em si mesmo sendo influenciada por fatores externos e na adolescência há propensão a influências externas.

“Vai melhorar bastante por que eu vou aprender a me gostar mais, no ponto da minha moral vai melhorar a minha estética e a minha auto-estima né...”

Citando novamente, KEHL (2002): “O corpo-imagem que você apresenta ao espelho da sociedade vai determinar sua felicidade não por despertar o desejo ou o amor de alguém, mas por constituir o objeto privilegiado do seu amor próprio: a tão propalada auto-estima, a que se reduziram todas as questões subjetivas na cultura do narcisismo.” e continua: “Nesses termos, o corpo é ao mesmo tempo o principal objeto de investimento do amor narcísico e a imagem oferecida aos outros -

promovida, nas últimas décadas, ao mais fiel indicador da verdade do sujeito, da qual depende a aceitação e a inclusão social. O corpo é um escravo que devemos submeter à rigorosa disciplina da indústria da forma (enganosamente chamada de indústria da saúde) e um senhor ao qual sacrificamos nosso tempo, nossos prazeres, nossos investimentos...”

NASIO (2009) afirma que os seres humanos consideram a imagem do corpo a própria substância do nosso eu. E completa: “Agitado pela profusão de minhas sensações internas e pela visão do meu corpo, sei que existo, mas não sei que sou. Decididamente, as imagens mentais que forjamos de nosso corpo, substrato de nossa identidade, são imagens subjetivas e deformadas que falseiam a percepção de nós mesmos.”

A primeira autora nos mostra que a auto-estima é produto de uma construção social, e que os corpos se submetem a servidão do espelho e da indústria da forma. E Nasio completa dizendo que a imagem que temos de nós mesmos sempre será conturbada e fictícia. Assim sendo, nas falas das jovens há a expectativa em emagrecer e aceitar a sua imagem, na tentativa de se incluir na forma, e assim (juntando com o conteúdo das outras respostas) ter saúde, disposição física e auto-estima.

HELLER (1990) coloca que a imitação manifesta-se sobretudo como imitação dos usos. Então podemos incluir os usos do corpo. Em todos os estágios do desenvolvimento social, o homem nasce num mundo já “feito”, numa estrutura consuetudinária já “feita”. Nos vários terrenos da humanidade constroem-se estruturas consuetudinárias diferentes. O homem jamais se enfrenta com usos isolados; ele os “aprende” numa totalidade relativa como sistema, como estrutura.

A mesma autora continua afirmando que a alienação enquanto estereotipia não se revela no fato de que os homens escolham ideais e os imitem em seu comportamento. Esse é um momento necessário do desenvolvimento da personalidade humana. Na concreta escolha do ideal, na autonomia concreta, na liberdade com qual se escolhe o ideal é que se revela se na sociedade surgem personalidades múltiplas dentro de um determinado complexo de comportamento, de

modo a se tornar possível uma variada escolha do ideal; e revela-se, ademais, se mediante a assimilação de tais complexos de comportamento é possível alguém desenvolver-se realmente como personalidade autônoma HELLER (1990).

Traz-nos o exemplo de Hollywood, que produz anualmente a “mulher ideal” a cada temporada, divulgando-a em suas películas; todas as garotas, então, querem tornar-se esse ano, precisamente a “mulher ideal”, enquanto todos os homens passam a desejar esse tipo de mulher. Nessa situação, a personalidade individual não pode se explicitar na escolha do ideal, pois o ideal é mercadoria. Nesse caso, a escolha do ideal não pode ser considerada como um grau de desenvolvimento da personalidade no sentido de uma elevação no qual se torne possível até mesmo recusar o ideal, mas sim uma muleta internamente exterior, substituída constantemente- mas de modo absolutamente independente da personalidade e da vontade do indivíduo- por outras muletas não menos exteriores. Mas, dado que o ideal é sempre um objetivo, isso significa que o homem recebe seus objetivos já prontos e acabados para o consumo, e sempre de um modo acidental com relação à essência humana pessoal. Isso significa que os ideais de um papel conduzem tão-somente ao empobrecimento, à atrofia do homem. Levam simplesmente a uma direção manipulada e, mecanizada do comportamento.

Podemos finalizar apontando que independente da vontade do indivíduo, a volatilidade da sociedade em todos os aspectos nos conduz em nossas ações. A escolha dos ideais citados por Heller nos é inconsciente. Ainda mais quando questões de sociabilidade e aceitação se baseiam nos princípios da imagem como é típico dos adolescentes.

Assim podemos colocar que aceitar e acreditar que a base dos relacionamentos humanos não pode se dar por imagens por mais que a contemporaneidade pregue esses conceitos, é o maior desafio a passar para essas adolescentes. Ter saúde, auto-estima, aceitação social são problemas modernos independentemente da forma física de cada indivíduo.

7. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

O aumento do excesso de peso entre os jovens de diversas regiões do mundo é uma realidade incontestável. A complexidade de seus determinantes e a mobilização de diversos setores da sociedade para a formulação de ações de promoção de saúde e prevenção dessa patologia é um dos desafios atuais para a saúde pública mundial. A prevenção do excesso de peso em todos os níveis socioeconômicos e regionais só poderá ser efetiva a partir da implementação de políticas públicas nacionais e locais, que incluam crianças e adolescentes. Há um conjunto de fatores socioeconômicos e comportamentais que mostraram associados ao excesso de peso entre adolescentes e que são passíveis de intervenção, além de evidenciar grupos populacionais nos quais a chance de ocorrência deste agravo é maior.

A adolescência é uma fase de transição entre a infância e a vida adulta, durante a qual muitos hábitos serão sedimentados. E ainda é um grupo muito permeável às modificações sociais. Portanto, esse período de profundas mudanças é crucial para modificar práticas inadequadas ou reforçar bons comportamentos. A escola é um espaço privilegiado para a realização de ações de promoção de saúde e de práticas alimentares saudáveis, não apenas para o adolescente, mas para toda a comunidade.

Recomenda-se, portanto, que as intervenções dirigidas aos adolescentes levem em conta fatores como o nível socioeconômico das famílias, comportamentos alimentares relacionados à restrição do consumo alimentar, a frequência e a intensidade de atividade física e o tempo despendido em atividades sedentárias. Outros fatores de natureza ambiental, cultural e política, ainda pouco explorados devem ser considerados, visto a complexidade dos determinantes da problemática. As ações de saúde devem tomar como objeto os problemas e necessidades de saúde, determinantes e condicionantes. A prática dessas ações deve ser através de políticas

públicas propiciando a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e da sociedade como um todo visando a melhora na qualidade de vida.

Os modos de viver têm sido abordados numa perspectiva individualizada, e com os sujeitos como os únicos responsáveis pelo processo de saúde-adoecimento. Porém a saúde, numa referência ampliada, como produção social de determinação múltipla e complexa, os modos de viver não se referem apenas ao exercício da vontade individual. Ao contrário, o modo como os sujeitos elegem determinadas opções para satisfazer suas necessidades é de ordem coletiva, uma vez que seu processo de construção se dá no contexto da sociedade contemporânea.

Entretanto, persiste o desafio de estudos e pesquisas para identificação, análise e avaliação de ações de promoção da saúde que visem estratégias mais amplas, para saber se numa sociedade obesogênica a focalização de grupos específicos consegue mais resultados do que ações mais amplas.

Outro ponto importante a ser discutido é a necessidade de aproximar as falas dos profissionais de saúde dos adolescentes de modo que a fase de intervenção profissional que significa mudanças para a adolescente sejam prazerosas e o resultado almejado real e possível.

A doença enquanto evento tem uma característica importante, que é a necessidade do domínio do sujeito sobre ela, já que tal sujeito é o dono do seu corpo, local onde a doença se aloja. A anomalia que dá origem à enfermidade presente no corpo também é do sujeito, seja de na ordem biológica ou psíquica e emocional. A decisão de mudança para a possibilidade de cura é do paciente, que deve seguir regras e condutas a ele impostas para que se retorne a saúde. Por isso, a fase de aplicação das idéias propostas na intervenção profissional para a mudança é onde se encontram as maiores dificuldades para a aceitação de programas como estruturados como o PAPO. A lógica sanitária aí presente deve ser assimilada pelos indivíduos participantes da intervenção para então chegar à prática. Mas o resultado da intervenção para ser real, deve estar de acordo com as possibilidades de cada participante. Assim, as novas práticas só poderão ser incorporadas pelo participante quando começarem a fazer parte da lógica própria do sujeito no cotidiano.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABEP. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. **Critério de Classificação Econômica Brasileiro**, 2008. Disponível em: <http://www.datavale-sp.com.br/CCEB.pdf>. Acesso em: Maio de 2010.
- ARAÚJO, C. et al. Estado nutricional dos adolescentes e sua relação com variáveis sociodemográficas: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), 2009. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15:3077-3084, 2010. Suplemento 2.
- BECK, Ulrich. **Modernização reflexiva : política, tradição e estética na ordem social moderna**. São Paulo : Unesp, 1997.
- BIGHETTI, F. **Tradução e validação do Eating Attitudes Test (EAT-26) em adolescentes do sexo feminino na cidade de Ribeirão Preto – SP**. [Tese de Mestrado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2003.
- BRAGA et al. Representações do corpo: com a palavra um grupo de adolescentes de classes populares. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15(1): 87-95, 2010.
- BRAGGION, G. et al. Consumo alimentar, atividades física e percepção da aparência corporal em adolescentes. **Revista Brasileira Ciência e Movimento**, Brasília, v.8 n.1 p.15-21, jan. 2000.
- BRASIL. **Marco legal: saúde, um direito de adolescentes**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. **Saúde na escola**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=29109&janela=1. Acesso em: Novembro de 2010.
- BRASIL. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar**. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2009. Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/defaulttab.shtm>
Acesso em Novembro de 2010.

BRASIL. **Política Nacional de Promoção de Saúde**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. 3ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes_nacionais_adoles_jovens_230810.pdf. Acesso: Novembro de 2010.

BRASIL. **Sobrepeso/ Anorexia**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=34308&janela=1. Acesso em: Novembro de 2010.

CARDOSO, L. de O. et al. Fatores socioeconômicos, demográficos, ambientais e compartimentais associados ao excesso de peso em adolescentes: uma revisão sistemática da literatura. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. São Paulo, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, v.12, n.3, p.378-403, 2009.

CDC. Centers of Disease Control and Prevention. About BMI for Children and Teens. Disponível: http://www.cdc.gov/healthyweight/assessing/bmi/childrens_bmi/about_childrens_bmi.html. Acessado em: Janeiro de 2010.

COLLI, A. S. Conceito de adolescência. In: MARCONDES, E. **Pediatria básica**. 8 ed. São Paulo: Sarvier, 1994.

CONTI, M. A.; FRUTUOSO, M. F. P.; GAMBARDELLA, A. M. D. Excesso de peso e insatisfação corporal em adolescentes. **Revista de Nutrição**. Campinas, SP: Pontifícia Universidade Católica, Faculdade de Nutrição, v.18, n.4, p.491-497, jul./ago. 2005.

CONTI, M. Os aspectos que compõe o conceito de imagem corporal pela ótica do adolescente. **Revista Brasileira de crescimento e desenvolvimento humano**, São Paulo, 18(3): 240-253, 2008.

CORDÁS, T., HOCHGRAF, P. O "BITE": instrumento para avaliação da bulimia nervosa - versão para português. **Jornal brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, 42(3): 141-144, 1993.

- DIETZ, W.H. Do we fatten our children at the television set? Obesity and television viewing in children and adolescents. **Pediatrics**, 75: 807-12, 1985.
- DUARTE, S., MAMEDE, M., ANDRADE, S. Opções Teórico-Metodológicas em Pesquisas Qualitativas: Representações Sociais e Discurso do Sujeito Coletivo. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.18, n.4, p.620-626, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n4/06.pdf>. Acesso em: Julho de 2010.
- FISCHLER, C. Obeso Benigno, Obeso Maligno. In: SANT'ANNA, D. **Políticas do corpo: Elementos para uma história das práticas corporais**. São Paulo: Estação Liberdade, 2005.
- FERREIRA, V. A.; MAGALHÃES, R. Obesidade no Brasil: tendências atuais. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Lisboa, v.24, n.2, p. 71-81, jul./ dez. 2006.
- FISBERG, M.; PÁDUA, I.; SOUZA, P. Obesidade na infância e adolescência. In: DE ANGELIS, R.; TIRAPEGUI, J. **Fisiologia da nutrição humana: aspectos básicos, aplicados e funcionais**. São Paulo: Atheneu, 2007.
- FONSECA, V.; SICHIERI, R.; VEIGA, G. Fatores associados à obesidade em adolescentes. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, dez. 1998; 32:6.
- HELLER, A. **O cotidiano e a história**. 4. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1990.
- HERSCOVICI, C. **A escravidão das dietas: um guia para reconhecer e enfrentar os transtornos alimentares**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1977.
- KEHL, M. Com que corpo eu vou? **Folha de São Paulo**. São Paulo: 30 de junho de 2002.
- LEFEVRE, F. **Mitologia Sanitária: saúde, doença, mídia e linguagem**. São Paulo: EDUSP, 1999.
- LEFEVRE, A. & F. **Depoimentos e Discursos**. Brasília-DF: Líber, 2005.
- LIPOVETSKY, Gilles. **A terceira mulher: permanência e revolução do feminino**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.
- LUCCHESI, P. **Introdução: Políticas Públicas em Saúde**. Biblioteca Virtual em Saúde, 2004. Disponível em: [http://idt.bvs.br/idtmod/public/scripts/php/page_show_introduction.php?lang=pt&menuId=2&subject=healthPolicies&search=\(\\$\)*\(introduction/\(channel\)\)](http://idt.bvs.br/idtmod/public/scripts/php/page_show_introduction.php?lang=pt&menuId=2&subject=healthPolicies&search=($)*(introduction/(channel))). Acesso em: Novembro de 2010.
- MAUSS, Marcel. **Sociologia e antropologia**. São Paulo: EDUSP, 1974.

- NASIO, J.-D. **Meu corpo e suas imagens**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.
- NETTO, A., SAITO, M. Obesidade na infância e na adolescência. In: MARCONDES, E. **Pediatria básica**. 8 ed. São Paulo: Sarvier, 1994.
- RODRIGUES, E., BOOG M. Problematização como estratégia de educação nutricional com adolescentes obesos. **Cadernos de. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(5):923-931, 2006.
- SANT'ANNA, D. **Corpos de passagem: ensaios sobre a subjetividade contemporânea**. São Paulo: Estação Liberdade, 2005.
- SANT'ANNA, D. **Políticas do corpo: elementos para uma história das práticas corporais**. 2 ed. São Paulo: Estação Liberdade, 2005.
- SBEM. Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. **Projeto Diretrizes**. Sobrepeso e Obesidade: Diagnóstico, 2004.
- SERRA, G., SANTOS, E. Saúde e mídia na construção da obesidade e do corpo perfeito. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 8(3):691-701, 2003.
- SICHIERI R, SOUZA RA. Estratégias para prevenção da obesidade em crianças e adolescentes. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, p. 209-234, 2008. Suplemento 2.
- TERRES, NG. et al. Prevalência e fatores associados ao sobrepeso e à obesidade em adolescentes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, 40(4):627-33, 2006.
- WHO. World Health Organization. **Constitution of the World Health Organization**. Basic Documents. Genebra: WHO, 1946.
- WHO. World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. **Report of a WHO Expert Committee**. World Health Organization Technical Report Series: 854:1-452, 1995.
- WHO. World Health Organization. Obesity : preventing and managing the global epidemic. In: **Report of WHO Consultation on Obesity**. Geneva: WHO, 1997.

Anexo 1- CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL

Sistema de pontos

Posse de itens

	Não tem	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	2	3	4	5
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	2	3	4	4
Automóvel	0	2	4	5	5
Empregada mensalista	0	2	4	4	4
Aspirador de pó	0	1	1	1	1
Máquina de lavar	0	1	1	1	1
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	2	2	2	2
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	1	1	1	1

Grau de Instrução do chefe de família

Analfabeto / Primário incompleto	0
Primário completo / Ginásial incompleto	1
Ginásial completo / Colegial incompleto	2
Colegial completo / Superior incompleto	3
Superior completo	5

Cortes do critério Brasil

Classe PONTOS

A1	30-34
A2	25-29
B1	21-24
B2	17-20
C	11-16
D	6-10
E	0-5

Anexo 2- TABELA DE REFERÊNCIA PERCENTIL

BMI-for-age GIRLS

5 to 19 years (percentiles)

2007 WHO Reference

Valores de referência:

Percentil ≥ 97	Obesidade
Percentil ≥ 85	Sobrepeso
Percentil = 50	Normal
Percentil ≥ 15	Baixo peso
Percentil ≥ 3	Baixo peso severo

Anexo 3- TABELA DE REFERÊNCIA ESCORE-Z

Valores de referência:

$Z \geq 2$	Obesidade
$Z \geq 1$	Sobrepeso
$Z = 0$	Normal
$Z \geq -2$	Baixo peso
$Z \geq -3$	Baixo peso severo

Anexo 4- BITE**Teste de investigação bulímica de Edinburgh**

Nome: _____ Idade: _____

1. Qual a sua altura?
2. Qual o seu peso atual?
3. Qual o peso máximo que você já apresentou?
4. Qual o peso mínimo que você já apresentou?
5. Qual é no seu entender, seu peso ideal?
6. Você sente-se em relação a seu peso:

muito gordo(a) [5]	abaixo do peso [2]
gordo(a) [4]	muito abaixo do peso [1]
médio(a) [3]	

7. Você tem períodos menstruais regulares? (sim ou não)
8. Com que frequência você faz as seguintes refeições?

	Todos os dias	5 dias/sem.	3 dias/sem.	1 dia/sem.	nunca
Café da manhã	1	2	3	4	5
Almoço	1	2	3	4	5
Jantar	1	2	3	4	5
Lanche entre as refeições	1	2	3	4	5

9. Você alguma vez teve uma orientação profissional com a finalidade de fazer regime ou ser orientado (a) quanto à sua alimentação? (sim ou não)
10. Alguma vez foi membro de alguma sociedade ou clube para emagrecimento ? (sim ou não)
11. Você alguma vez teve algum tipo de problema alimentar ? (sim ou não)
12. Caso sim descreva com detalhes:

II parte

Responder:

1. Você tem um padrão de alimentação diário regular? (sim ou não)

2. Você segue uma dieta rígida? (sim ou não)
3. Você sente-se fracassado quando quebra sua dieta uma vez? (sim ou não)
4. Você conta as calorias de tudo que come, mesmo quando não está de dieta? (sim ou não)
5. Você já jejuou por um dia inteiro? (sim ou não)
6. Se sim qual a frequência?

dias alternados [5]	
2 a 3 vezes por semana [4]	de vez em quando [2]
1 vez por semana [3]	somente 1 vez [1]

7. Você usa uma das seguintes estratégias para auxiliar na sua perda de peso ?

	nunca	de vez em quando	1 vez p/semana	2 a 3 vezes p/semana	todos os dias	2 a 3 vezes p/ dia	5 e + vezes p/ dia
Tomar comprimidos	0	2	3	4	5	6	7
Tomar diuréticos	0	2	3	4	5	6	7
Tomar laxantes	0	2	3	4	5	6	7
Vômitos	0	2	3	4	5	6	7

8. O seu padrão de alimentação prejudica seriamente sua vida? (sim ou não)
9. Você poderia dizer que a comida dominou sua vida? (sim ou não)
10. Você come sem parar até ser obrigado(a) a parar por sentir-se mal fisicamente? (sim ou não)
11. Há momentos em que você só consegue pensar em comida? (sim ou não)
12. Você come moderadamente na frente dos outros e depois exagera em particular? (sim ou não)
13. Você sempre pode parar de comer quando quer? (sim ou não)
14. Você já sentiu incontrolável desejo para comer sem parar? (sim ou não)
15. Quando você se sente ansioso(a), você tende a comer muito? (sim ou não)
16. O pensamento de tornar-se gordo(a) o(a) apavora? (sim ou não)

17. Você já comeu grandes quantidades de comida muito rapidamente (não uma refeição)? (sim ou não)
18. Você se envergonha de seus hábitos alimentares? (sim ou não)
19. Você preocupa - se com fato de não ter controle sobre o quanto você come? (sim ou não)
20. Você volta-se para comida para aliviar algum tipo de desconforto? (sim ou não)
21. Você é capaz de deixar comida no prato ao final de uma refeição? (sim ou não)
22. Você engana os outros sobre quanto come? (sim ou não)
23. O quanto você come é determinado pela fome que você sente? (sim ou não)
24. Você já teve episódios exagerados de alimentação? (sim ou não)
25. Se sim esses episódios deixaram você sentindo-se mal? (sim ou não)
26. Se você tem esses episódios, eles ocorrem só quando você está sozinho(a)? (sim ou não)
27. Se você tem episódios qual a sua frequência?

quase nunca [1]	2 a 3 vezes por semana [4]
1 vez por mês [2]	diariamente [5]
1 vez por semana [3]	2 a 3 vezes por dia [6]

28. Você iria até as últimas consequências para satisfazer um desejo de alimentação exagerado? (sim ou não)
29. Se você come demais você sente- se muito culpado(a)? (sim ou não)
30. Você já comeu escondido(a)? (sim ou não)
31. Seus hábitos alimentares são o que você poderia considerar normais? (sim ou não)
32. Você considera-se alguém que come compulsivamente? (sim ou não)
33. Seu peso flutua mais que 2,5 Kg em uma semana? (sim ou não)

Avaliação Bite

Das questões sim/não as respostas "sim" valem 1 ponto.

Escore	Interpretação
Maior ou igual a 20	Forte tendência ao comportamento alimentar compulsivo, possivelmente preenchendo os critérios para Bulimia nervosa
Entre 15 e 19	Padrão alimentar não-usual (níveis sub-clínico associados ao estágio inicial ou fase de recuperação do comportamento bulímico). Casos suspeitos a confirmar com outros exames.
Menor que 10	Padrão normal de apetite /comportamento nutricional

ATENÇÃO

As questões 6, 7 e 27 representam uma escala de gravidade dos sintomas. Escores maiores que 5 são considerados clinicamente significativos representando patologia moderada, escores maior ou igual a dez revelam quadros graves. De qualquer modo, essas questões devem ser consideradas qualitativamente, pois representam comportamentos de risco com outras conseqüências para saúde além de indicar uma evolução no processo saúde-doença da obesidade.

Anexo 5-TESTE DE ATITUDES ALIMENTARES EAT-26

Nome: _____ Idade _____

Marque uma das alternativas como a sua resposta:

	Sempre	Muito freqüente mente	Freqüente mente	Às vezes	Rara mente	Nunca
1. Costumo fazer dieta						
2. Como alimentos dietéticos						
3. Sinto-me mal após comer doces						
4. Gosto de experimentar novas comidas engordantes						
5. Evito alimentos que contenham açúcar						
6. Evito particularmente alimentos com alto teor de carboidratos (pão, batata, arroz, macarrão)						
7. Estou preocupado(a) com o desejo de ser mais magro(a)						
8. Gosto de estar com o estômago vazio						
9. Quando faço exercícios, penso em queimar calorias						
10. Sinto-me extremamente culpado (a) depois de comer						
11. Fico apavorado (a) com o excesso de peso						
12. Me preocupa a possibilidade de ter gordura no meu corpo						
13. Sei quantas calorias têm os alimentos que como						
14. Tenho vontade de vomitar após as refeições						
15. Vomito depois de comer						
16. Já passei por situações em que comi demais, achando que não ia conseguir parar						

17. Passo muito tempo pensando em comida						
18. Me acho uma pessoa preocupada com a comida						
19. Sinto que a comida controla a minha vida						
20. Corto minha comida em pedaços pequenos						
21. Levo mais tempo que os outros para comer						
22. As outras pessoas acham que sou magro(a) demais						
23. Sinto que os outros prefeririam que eu comesse mais						
24. Sinto que os outros me pressionam a comer						
25. Evito comer quando estou com fome						
26. Demonstro auto-controle em relação à comida						

Avaliação EAT-26

Opção	Valor
Sempre	3 pontos
Muito Frequentemente	2 pontos
Frequentemente	1 ponto
Às vezes, Raramente e Nunca	Não recebem pontuação

Escore	Interpretação
Maior ou igual a 20	Forte tendência ao comportamento alimentar compulsivo, sugestivo de risco para transtornos alimentares.
Menor que 10	Padrão normal de apetite /comportamento nutricional

Anexo 6- ROTEIRO DE ENTREVISTA

Entrevista: PAPO _____

Nome: _____

Idade: _____

A representação social de um corpo magro por adolescentes obesas

- 1) A que se deve o seu peso?
- 2) O que a adolescente espera com o programa PAPO?
- 3) Se você for bem sucedida no programa, o que acha que vai acontecer ou mudar na sua vida?

Anexo 7- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: A representação social de um corpo magro por adolescentes obesas

Pesquisador Responsável: Dressiane Zanardi Pereira

Este projeto tem o objetivo de compreender os problemas relacionados ao corpo na sociedade de consumo atual na visão de adolescentes, sendo então a representação social de um corpo magro por adolescentes obesas.

Para tanto será necessário realizar uma entrevista com adolescentes que participam do programa PAPO. As entrevistas serão feitas em algum momento da intervenção, possivelmente passado cerca de quatro meses de programa.

A participação nesse estudo é livre e voluntária, tendo como garantia de que será mantido o anonimato dos entrevistados e que caso não queira mais participar da pesquisa poderá sair a qualquer momento sem prejuízo do atendimento.

Todas as declarações serão usadas somente para fins desse estudo e sua divulgação e transcrição estão dentro do contexto da pesquisa.

Estarão garantidas o sigilo, a privacidade, anonimato e ausência de qualquer tipo de punição para as adolescentes para participarem da pesquisa e também para aqueles que não quiserem participar ou ainda os pais não permitirem sua participação na pesquisa. Também é importante citar que não há riscos ou desconforto com as perguntas para as entrevistadas.

Em caso de qualquer dúvida entre em contato no endereço e telefone abaixo.

Comitê de Ética em Pesquisa da FSP/USP

Av. Dr. Arnaldo, 715 – São Paulo – SP. Telefone: (11) 3061-7779

Eu, Dressiane Zanardi Pereira, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto ao participante e/ou responsável.

_____/_____/2010.

Telefone: (11) 72365985/ (11) 44722742

Declaro estar ciente do exposto e desejar participar da projeto/ou desejar que _____ participe da pesquisa.
São Paulo, ____ de _____ de 2010 .

Nome do sujeito/ ou do responsável: _____

Assinatura: _____

Fernando Lefevre

Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 2

Tem graduação em Pedagogia pela Universidade de São Paulo (1969), mestrado em Semiótica pela Universidade de Paris - Sorbonne (1974) e doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1990). Atualmente é professor titular da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Pública, atuando principalmente nos seguintes temas: comunicação social em saúde, promoção de saúde, discurso do sujeito coletivo, pesquisa qualitativa, representação social da saúde e da doença e metodologia qualitativa. É criador do método do Discurso do Sujeito Coletivo e dos softwares Qualiquantisof e QLQOnline. Tem bolsa de produtividade do CNPQ

Dados pessoais

Nome Fernando Lefevre

Nome em citações bibliográficas LEFEVRE, F.; Lefèvre, Fernando

Sexo Masculino

Endereço profissional Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Prática de Saúde Pública.

AV. Dr. Arnaldo 715 Cerqueira Cesar 01246-904 - São Paulo, SP - Brasil

Telefone: (11) 30617718 Fax: (11) 30833501

www.fsp.usp.br

Formação acadêmica/Titulação

1995 Livre-docência.

Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: , Ano de obtenção: 1995.

1983 - 1990 Doutorado em Saúde Pública.

Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

Título: O medicamento como problema de saúde pública. Contribuição para o estudo de uma mercadoria simbólica, Ano de Obtenção: 1990.

Orientador: Nelly Martins Ferreira Candeias.

Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, , . 1970 - 1974 Mestrado em Semiótica.

Universidade de Paris - Sorbonne.

Título: A difusão da cultura. Análise de um caso no Brasil, Ano de Obtenção: 1974.

Orientador: Edgar Morin.

Bolsista do(a): Governo Francês, , .

1965 - 1969 Graduação em Pedagogia. Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

Atuação profissional

Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

Vínculo institucional

2002 – Atual- Vínculo: Servidor Público, Enquadramento Funcional: Professor

Titular, Carga horária: 40

Dressiane Zanardi Pereira

Possui graduação em Bacharelado em Têxtil e Moda pela Universidade de São Paulo-Escola de Artes, Ciências e Humanidades (2008). Mestranda da Faculdade de Saúde Pública da USP, no departamento de Práticas de Saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: representação social, conflitos sociais, moda e esteriótipos.

Formação Acadêmica/Titulação

2005 - 2008 Graduação em Bacharelado em Têxtil e Moda.

Universidade de São Paulo-Escola de Artes, Ciências e Humanidades, USP-EACH, Brasil

Formação complementar

2009 - 2009 Extensão universitária em Mutações: a experiência do pensamento.

Universidade de Brasília, UNB, Brasília, Brasil

Atuação profissional

1. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES

Vínculo institucional

2009 - Atual Vínculo: Bolsista , Enquadramento funcional: institucional, Regime: Parcial