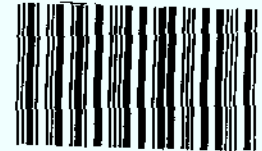


**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA**

MARIA CRISTINA REY GONZALEZ

**IMAGEM CORPORAL E
OBESIDADE INFANTIL**

Campinas
2006



1290003231

Maria Cristina Rey Gonzalez

IMAGEM CORPORAL E OBESIDADE INFANTIL

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação apresentado à Faculdade de Educação Física da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Licenciado em Educação Física.

Orientadora: Maria da Consolação G. C. Fernandes Tavares

Campinas
2006

UNIDADE	FEF	1166
N.º CHAMADA:	TCC UNICAMP	
	G589i	
V.	Ex.	
COMBO BOUT	322	
PRO		
	[]	[R]
PREÇO	11,00	
DATA	13/03/07	
N.º CPD	406007	
	2007 13/05X	

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA FEF - UNICAMP

G589i Gonzalez, Maria Cristina Rey.
 Imagem corporal e obesidade infantil / Maria Cristina Rey Gonzalez. -
 Campinas, SP: [s.n], 2006.

Orientador: Maria da Consolação Gomes Cunha Fernandes Tavares.
 Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Faculdade de
 Educação Física, Universidade Estadual de Campinas.

1. Obesidade nas crianças. 2. Imagem corporal. 3. Educação física. 4.
 Estereotipo (Psicologia). 5. Estigma. I. Tavares, Maria da Consolação
 Gomes Cunha Fernandes. II. Universidade Estadual de Campinas,
 Faculdade de Educação Física. III. Título.

(asm/fef)

Maria Cristina Rey Gonzalez

**IMAGEM CORPORAL E
OBESIDADE INFANTIL**

Este exemplar corresponde à redação final do Trabalho de Conclusão de Curso Graduação defendido por Maria Cristina Rey Gonzalez e aprovado pela Comissão julgadora em: 24/10/2006.

Maria da Consolação C.G. F. Tavares
Orientadora

Campinas
2006

**Dedico este trabalho à meus pais,
Nieves e José Manuel, que além de
educadores, são orientadores e
grandes amigos.**

Agradecimentos

Puxa, são tantas pessoas...espero não esquecer de ninguém!!!

Primeiramente agradecer a meus pais, que sempre me apoiaram em minhas decisões e possibilitaram que eu concluísse minha graduação aqui em Campinas. Além deles, claro, à meus irmãos, Vivian e Rodrigo, que, dentro do possível, sempre se disponibilizaram a me ajudar. Às minhas avós, que me mimaram e deram bastante colo!!

Não poderia deixar de agradecer às meninas que moraram e às que ainda moram comigo na República Jungle. Foi uma grande aprendizagem conviver com vocês...ficarão inúmeras lembranças fantásticas!!!

À meus amigos da faculdade, principalmente aos integrantes da Patotinha (Didi, Papa, Caicai, Pimpin, Tuctuc e Dandan). Foram inúmeras viagens, aventuras gastronômicas e risos nesses quatro breves anos de graduação.

Às meninas e alguns meninos (Jé e Rafa) do Handebol da FEF (handebuchoooooooo) que me agüentaram nos treinos e nas terapias automotivas...hehe!!!

Às minhas grandes amigas de São Paulo, em especial Carol e Paty, que são minhas manas de coração, de copo, de baladas, de segredo, de tudo!!!

Ao meu namorado, Felipe, uma pessoa muito especial que me apoiou durante todo o processo de elaboração da monografia, agüentando meu mau-humor esporádico e me acalmando em momentos de nervosismo.

E não poderia esquecer da professora Consolação, que foi extremamente doce, sensível e paciente ao orientar este trabalho.

Muito obrigada, mesmo!!!

GONZALEZ, M.C.R. **Imagem Corporal e Obesidade Infantil**. 2006. 64f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação)-Faculdade de Educação Física. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

RESUMO

A obesidade é uma doença crônica que tem crescido rapidamente nos últimos anos. Esta pode provocar distúrbios na imagem corporal, uma representação mental que o indivíduo faz de si em relação a ele próprio e ao mundo externo. Desde a infância devemos estar atentos a elementos indicativos destes, inclusive nas aulas de educação física, que é o momento onde a criança pode experimentar uma série de novos movimentos e sensações, tão importantes para o desenvolvimento da imagem corporal. O objetivo deste estudo foi refletir sobre a imagem corporal de crianças obesas no contexto da educação física tendo como ponto de partida informações obtidas em uma pesquisa bibliográfica na qual foram utilizados livros e artigos. Selecionamos publicações dos últimos 10 anos e as bases pesquisadas foram LILACS, MEDLINE, SCIELO, PAHO, WHOLIS, PUBMED, SPORT DISCUSS, PSYCINFO e DEDALUS. Foram utilizadas as palavras obesidade, obesity, imagem corporal, body image, criança e child buscadas individualmente e fazendo o cruzamento entre elas em português e inglês. Pudemos constatar que existem muitos artigos que abordam a obesidade e a imagem corporal de crianças de forma separada mas raros trabalhos tratam do tema de forma conjunta.

Palavras-Chaves: Obesidade nas crianças; Imagem Corporal; Educação Física; Esteriotipo (Psicologia); Estigma.

GONZALEZ, M.C.R. **Body Image and childhood's obesity**. 2006. 64f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação)-Faculdade de Educação Física. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

ABSTRACT

Obesity is a chronic disease that has grown fast on the last years. It can cause disturbs in the body image, which is a mental representation that one makes of it's own, regarding oneself and the surrounding world. Since childhood we must be aware of its indicative elements, including the physical education' classes, where a child can try lots of new movements and sensations that are so important for body image's development. The goal of this study was to reflect about the obese children's body image in a physical education context, beginning with information obtained in books and articles from a bibliographic research. We selected publications from the last 10 years and the the bases researched were: LILACS, MEDLINE, SCIELO, PAHO, WHOLIS, PUBMED, SPORT DISCUSS, PSYCINFO and DEDALUS. The word: *obesidade*, *obesity*, *imagem corporal*, *body image*, *criança* and *child*, were searched individually and cross-matched in portuguese and english. It was noticed that there are lot of articles about children's obesity and body image in a separated way, but only a few treat the subject in a common perspective.

Keywords: Childhood's Obesity; Body Image; Physical Education; Stereotype; Stigma.

LISTA DE ANEXOS

- ANEXO 1** - Gráfico para acompanhamento do crescimento de 0 a 36 meses (sexo feminino)
FONTE: National Center for Health Statistics em colaboração com o National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Publicado em 30/05/2000 (modificado em 21/11/2000). <http://www.cdc.gov/growthcharts> 59
- ANEXO 2** - Gráfico para acompanhamento do crescimento de 2 a 20 anos (sexo feminino)
FONTE: National Center for Health Statistics em colaboração com o National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Publicado em 30/05/2000 (modificado em 21/11/2000). <http://www.cdc.gov/growthcharts> 60
- ANEXO 3** - Gráfico para acompanhamento do crescimento de 0 a 36 meses (sexo masculino)
FONTE: National Center for Health Statistics em colaboração com o National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Publicado em 30/05/2000 (modificado em 21/11/2000). <http://www.cdc.gov/growthcharts> 61
- ANEXO 4** - Gráfico para acompanhamento do crescimento de 2 a 20 anos (sexo masculino)
FONTE: National Center for Health Statistics em colaboração com o National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Publicado em 30/05/2000 (modificado em 21/11/2000). <http://www.cdc.gov/growthcharts> 62

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 OBJETIVO	11
3 METODOLOGIA	12
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	13
4.1 Obesidade.....	14
4.1.1 Definição.....	15
4.1.2 Classificação.....	16
4.1.3 Prevalência de obesidade no mundo e no Brasil.....	18
4.1.4 Etiologia.....	20
4.1.5 Comportamento Alimentar.....	22
4.2 Obesidade Infantil.....	22
4.2.1 Epidemiologia.....	24
4.2.2 Fisiopatologia.....	25
4.2.3 Indicadores para o diagnóstico da obesidade e critérios de avaliação.....	26
4.2.4 Avaliação Clínica das crianças obesas.....	28
4.2.5 Desenvolvimento e tendências.....	28
4.2.6 Prevenção e intervenção.....	29
4.2.7 Conseqüências e complicações da obesidade.....	30
4.2.8 Abordagem Psicológica.....	32
4.2.9 Tratamento.....	33
4.3 Imagem Corporal.....	35
4.3.1 Definição.....	36
4.3.2 Desenvolvimento da Imagem Corporal.....	38
4.4 Imagem Corporal e Obesidade.....	40
4.4.1 Infância.....	42
4.4.2 Esteriótipo.....	44
4.4.3 Diferenças e Estigma.....	47
4.5 Reflexões no contexto da Educação Física.....	50
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	56
ANEXOS.....	59

1. INTRODUÇÃO

Meu interesse por fazer a monografia com esse tema surgiu ao fazer um trabalho voluntário numa creche de Barão Geraldo que atende cerca de 100 crianças e adolescentes prioritariamente de famílias de baixa renda nos períodos matutino e vespertino. Durante um ano e meio eu e mais alguns alunos de graduação fazíamos visitas semanais nas quais eram realizadas brincadeiras e jogos com um grupo de crianças entre 9 e 13 anos.

Chamava-me a atenção uma garota obesa que jamais participava das atividades propostas; ela sempre ficava sentada em um banco próximo à quadra com algumas crianças que eventualmente não participavam da aula. Ela gostava muito de conversar com as professoras e estava sempre muito atenta às roupas que usavam e constantemente dizia que éramos bonitas, magras, que tínhamos namorado... ela jamais aceitava o convite para ao menos tentar participar com o argumento de que não gostava por que seus colegas não a queriam na equipe, e quando a aceitavam inibiam sua participação de alguma maneira, como por exemplo não passando a bola, e mesmo assim ainda a ridicularizavam ou caçoavam quando ela errava fazendo comentários do tipo: “Sua baleia descordenada...você é muito ruim!!!”.

A partir da convivência com essa garota comecei a questionar-me sobre seu “papel” como aluna nas aulas de Educação Física. Ela não o cumpria por que realmente não gostava ou por que seus colegas a excluíam por ser menos habilidosa e ágil em função de seu sobrepeso e escassez de estímulos? Como essa menina concebia seu corpo? Isso a incomodava a ponto de buscar auxílio para fazer uma dieta e reeducação alimentar ou ela aceitava esse corpo?

Foi através dessas perguntas que comecei a refletir sobre a imagem corporal e a acreditar que nas aulas de Educação Física, como professora, posso trabalhá-la junto com meus alunos.

Senti necessidade de refletir sobre formas de atuação do professor de Educação Física que pudessem facilitar o desenvolvimento da imagem corporal de crianças obesas.

O processo de desenvolvimento da imagem corporal pode ser prejudicado na obesidade tanto por um aspecto fisiológico como pelo apego a um estereótipo estabelecido culturalmente. Neste contexto surgem inúmeros problemas psicológicos, gerando conflitos sociais e individuais.

A imagem corporal é um tema bastante interessante pois tem grande importância no desenvolvimento da identidade do indivíduo, além de ser influenciada e ter relação direta com o psicológico, emocional (afetivo), ambiental e no social, interferindo no desenvolvimento motor.

Segundo Tavares (2003), o movimento é um elemento representativo e potencialmente integrador da imagem corporal, e este promove uma conscientização de potencialidades, possibilidades e limites do corpo. O reconhecimento e a aceitação de nossas limitações corporais ganham significado de diferenciação e amadurecimento.

Nossa identidade corporal se desenvolve baseado na vivência de sensações, em muitos momentos possibilitada pelo movimentar-se. Para que nosso corpo se apresente como imagem em nossa mente ele precisa existir para nós como algo concreto, significativo e se distinga dos demais objetos que se apresentam ao indivíduo (TAVARES, 2003).

Ainda de acordo com Tavares (2003), a intensa vivência das sensações é o alicerce para a construção da identidade corporal, e estas emergem em um corpo real no contexto de um corpo imaginário (mente). Nesse contexto o movimento aparece como elemento fundamental no desenvolvimento da imagem corporal.

A pessoa obesa é privada freqüentemente de um grande número de experiências corporais e desta forma tende a ter restrição de movimentos e sensações advindas de seu corpo, em especial às relacionadas ao movimento. Isso deve ter impacto no desenvolvimento de sua imagem corporal.

A fim de refletir sobre a imagem corporal de crianças obesas foi feito um estudo sistemático sobre imagem corporal e obesidade. Através de uma revisão bibliográfica buscamos identificar algumas ações para professores de Educação Física que facilitem o desenvolvimento da imagem corporal de seus alunos em geral, dando uma atenção especial para as crianças obesas. Assim, procuramos refletir sobre algumas questões e ações pedagógicas a fim de que o professor possa facilitar o desenvolvimento da imagem corporal de seus alunos, em particular das crianças obesas, e trabalhar em aula alguns preconceitos e valores culturalmente construídos da sociedade contemporânea, incluindo o padrão de beleza, esteriótipos e estigmas relacionados à obesidade.

2. OBJETIVO

O objetivo deste estudo foi refletir sobre a imagem corporal de crianças obesas no contexto da Educação Física tendo como ponto de partida informações obtidas em uma pesquisa bibliográfica.

3. METODOLOGIA

Realizamos uma revisão bibliográfica na qual foram utilizados livros e artigos. A pesquisa desses artigos foi feita entre os dias 23 e 25 de agosto de 2006 em algumas das bases de dados mais conhecidas de nossa área, restringindo às publicações dos últimos 10 anos. As bases pesquisadas foram LILACS, MEDLINE, SCIELO, PAHO, WHOLIS, PUBMED, SPORT DISCUSS, PSYCINFO e DEDALUS. Foram utilizadas as palavras obesidade, obesity, imagem corporal, body image, criança e child, buscadas individualmente e fazendo o cruzamento entre elas em português e inglês.

Foi feita uma coleta de informações sobre obesidade infantil e imagem corporal para esclarecer alguns pontos e fundamentar um fazer pedagógico do professor de Educação Física. Após a leitura foi realizado o fichamento do material para destacar pontos relevantes e assim fazer uma síntese. O material foi agrupado em dois grandes blocos: um que correspondia à parte de obesidade e obesidade na infância, e outro que englobava a imagem corporal e aspectos psicossociais, já que este é um dos “braços” da imagem corporal.

Ao fazer o cruzamento dos dois blocos pudemos refletir sobre o papel da Educação Física como sendo fundamental no auxílio ao desenvolvimento da imagem corporal de alunos obesos através de suas ações pedagógicas, fazendo-se importante também como promotora de atividade física, pois esta possibilita um maior gasto energético caso haja a inclusão do aluno nas atividades propostas.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Pudemos constatar que existem poucos trabalhos que abordam a imagem corporal e obesidade infantil de forma relacionada e direta. Segue abaixo o quadro referente à pesquisa nas bases de dados, com as seguintes abreviações: Obesidade (O), Obesity (O'), Imagem Corporal (IC), Body Image (BI), criança (Cr) e child (Ch).

	O	IC	O x IC	O x Cr	O x IC x Cr
LILACS	1850	189	20	31	1
MEDLINE	0	0	0	0	0
SCIELO	250	15	5	9	0
PAHO	65	0	0	0	0
WHOLIS	41	1	0	2	0
PUBMED	0	0	0	0	0
SPORT DISCUSS	0	0	0	0	0
PSYCINFO	0	0	0	0	0
DEDALUS eefe	121	9	0	0	0
total	2327	214	25	42	1

	O'	BI	O' x BI	O' x Ch	O' x BI x Ch
LILACS	0	0	0	0	0
MEDLINE	3542	162	2	243	1
SCIELO	271	13	5	12	0
PAHO	0	0	0	0	0
WHOLIS	0	0	0	0	0
PUBMED	3974	1118	3	129	0
SPORT DISCUSS	2719	1335	32	669	5
PSYCINFO	5778	5337	329	118	11
DEDALUS eefe	0	0	0	0	0
total	16284	7965	371	1171	17

Selecionamos os textos sobre obesidade e imagem corporal que julgamos relevantes e devidamente relacionados ao nosso tema e fizemos uma leitura cuidadosa dos mesmos. Os artigos que relacionavam imagem corporal e obesidade infantil foram explorados com mais detalhe. Construímos um texto com as informações pertinentes ao nosso tema. Em seguida realizamos uma reflexão sobre a imagem corporal de crianças obesas no contexto da Educação Física. Desta forma os resultados serão apresentados divididos nos seguintes itens: obesidade, obesidade infantil, imagem corporal e imagem corporal e obesidade.

4.1 Obesidade

De acordo com Claudino, Zanella (2005), a interpretação da condição de obesidade tem variado no tempo conforme os valores culturais e científicos vigentes. A obesidade inexistiu como problema de saúde quando da escassez de alimentos e da alta atividade física praticada pelo homem. A seleção dos indivíduos portadores de mecanismos orgânicos mais eficientes em estocagem de energia permitiu o seu surgimento quando houve condições que favorecessem os mesmos.

Muitos profissionais da saúde demoraram a reconhecer a obesidade como doença e causa de morbimortalidade apesar dela ter sido incluída no Código Internacional de Doenças há meio século (CLAUDINO, ZANELLA, 2005). Hoje ela é considerada uma doença crônica e epidêmica com tendências não limitadas a um determinado grupo étnico ou região e reconhecida como epidemia metabólica do final do milênio. Segundo a Organização Pan Americana de Saúde (2003), mais de um bilhão de adultos são afetados pelo excesso de peso, e pelo menos 300 milhões são clinicamente obesos. Portanto faz-se necessário dar atenção a essa patologia complexa que atualmente apresenta graves dimensões sociais e psicológicas e afeta praticamente todas as faixas etárias e grupos socioeconômicos em maior ou menor escala.

Ainda segundo Claudino, Zanella (2005), as mudanças sociais e a transição nutricional mundial impulsionam a epidemia da obesidade. Por causa das mudanças nos hábitos de vida e do perfil nutricional das populações, em grande parte decorrentes da Revolução Industrial, o peso corporal das populações vem aumentando continuamente. A nova rotina adotada pelas pessoas nasceu a partir do processo de industrialização, urbanização, desenvolvimento econômico e globalização do mercado de alimentos. As graves conseqüências da obesidade, as dificuldades para seu controle e alto custo para a sociedade, custos estes diretos ou indiretos, de complicações como diabete melito, hipertensão, doenças cardiovasculares, disfunções respiratórias e ortopédicas, e por ser um fator de risco para doenças crônicas, fazem dela importante problema de saúde pública que precisa ser combatido desde idades precoces. Hoje a obesidade é considerada epidêmica; uma patologia nutricional e um grave problema de saúde pública.

Segundo Organização Pan Americana de Saúde (2003) são necessárias ações permanentes que tenham como foco além do indivíduo e sua família, os aspectos sociais, econômicos e culturais determinantes da doença, já que é na infância que se adquire um maior número de informações e hábitos que por sua vez serão praticados muitas vezes até a velhice. O sedentarismo, por exemplo, é um problema social e não apenas individual. Os benefícios físicos, sociais e mentais advindos da prática regular de atividade física justificam a implementação de políticas públicas e iniciativas com enfoques baseados na população - multissetoriais, multidisciplinares e culturalmente relevantes.

Fatores genéticos, sociais, econômicos e psicológicos certamente têm sua parte na etiologia da obesidade sendo esta uma condição bastante complexa. Este problema não pode mais ser supersimplificado. Segundo Fischler (1995), geralmente são feitas considerações sobre o obeso como um indivíduo que ingere mais calorias que as necessárias por falta de autodisciplina ou autocontrole, resultando em glotoneria. Isso é assumir uma postura leviana, que desconsidera a complexidade dos fatores envolvidos em sua etiologia e as conseqüências da obesidade, que afetam não só a qualidade de vida do obeso como também sua duração.

4.1.1 Definição

Segundo Setian (1989) a obesidade é o acúmulo excessivo e generalizado de gordura em tecido subcutâneo e em outros tecidos. Evidentemente o aumento de peso corpóreo devido ao desenvolvimento de massa muscular ou devido a uma estrutura óssea mais compacta não se enquadram na definição de obesidade.

A definição de Monte, Longui (1992) remete a obesidade a um estado patológico no qual existe um acúmulo anormal de gordura. A obesidade não é uma entidade patológica simples, mas uma síndrome de etiologia variada e complexa, na qual ocorre a interação de fatores genéticos, nutricionais, ambientais e psicossociais.

A obesidade é um acúmulo excessivo de gordura corporal ou tecido adiposo que se relaciona ao aumento da morbi-mortalidade devido ao aumento no risco de inúmeras afecções, como hipertensão, dislipidemias, diabetes tipo II, doença arterial coronariana, infarto do

miocárdio, cálculos biliares, osteoartrite, apnéia do sono, problemas respiratórios e câncer endometrial, na mama, na próstata e no cólon intestinal.

4.1.2 Classificação

Monte, Longui (1992) afirmam que não existe uma única classificação satisfatória para a obesidade. Serão enumeradas algumas delas: quanto à época de seu aparecimento podemos classificá-la em infantil, adulto jovem, gestacional e da meia idade. Quanto à característica etiológica ela pode ser genética, hipotalâmica, alimentar, atividade física e de causa endócrina. Há ainda uma nova tendência em se diferenciar as causas de obesidade em taxa metabólica de repouso baixa, diminuição do efeito térmico dos alimentos, ou termogênese adaptativa inadequada.

De acordo com Nunes et al (2002), as classificações mais comumente utilizadas são:

➤ Quanto ao Índice de Massa Corporal (IMC), que é obtida pelo produto da divisão da massa pelo quadrado da altura (Kg/m^2). Pode-se classificar o estado do indivíduo de acordo os parâmetros numéricos adotados para o IMC:

- desnutrição energética crônica: igual a 12
- desnutrição: abaixo de 18,5
- normal: de 20 a 25
- sobrepeso: de 25 a 30
- obesidade leve: de 30 a 35
- obesidade moderada: de 35 a 40
- obesidade mórbida: acima de 40.

➤ Quanto à características do tecido adiposo, que levam em conta a distribuição anatômica do tecido adiposo excessivo e sua celularidade, pode ser classificada como:

- hiperplásica
- hipertrófica
- mista.

➤ Quanto ao número de células, que envolve o procedimento da contagem de células em diversos locais e que se leva em conta o início do quadro e quantificação do excesso de peso.

➤ Quanto à distribuição (regionalização) do tecido adiposo, podem ser classificadas como:

- Andróide, central, alta ou troncoabdominal
- Ginóide, periférica, baixa ou glúteo-femural.

➤ Quanto à idade de início:

- Se ela se dá até 1º ano de vida não há problema, pois nesse período ocorre um aumento no tamanho e não no número de adipócitos. A partir daí pode-se desenvolver casos de obesidade com tendência maior à hiperplasia.

- Quando o início se dá na vida adulta, em mulheres freqüentemente está relacionada à gestação (no 1º trimestre o ganho excessivo de peso gera um maior risco de reter após o parto) e em homens ela está relacionada à mudança nos hábitos de vida após o casamento, quando geralmente adotam um comportamento sedentário.

- Após os 60 anos se dá a diminuição da massa muscular e aumento do tecido adiposo, mas dificilmente surgem novos casos de obesidade nessa idade.

➤ Quanto à etiologia, a obesidade pode ser causada ou favorecida por fatores que agem no equilíbrio energético (ingesta alimentar, gasto energético ou ambos). Causas neuroendócrinas, iatrogênicas (relação com a utilização de drogas - psicotrópicas ou corticosteróides), por desequilíbrios nutricionais, por inatividade física, ou causas genéticas (30%; os outros 70% tem como causa fatores ambientais).

De forma mais genérica podemos classificá-la, segundo Mello et al (2004), em obesidade de origem exógena, que é a mais freqüente, e a de origem endógena. Para a segunda, deve-se identificar a doença básica e tratá-la, já a obesidade exógena origina-se do desequilíbrio entre ingestão e gasto calórico, que exige uma orientação alimentar, especialmente mudanças de hábitos e o aumento da atividade física.

4.1.3 Prevalência de obesidade no mundo e no Brasil.

Segundo Claudino, Zanella (2005), o conhecimento sobre aspectos epidemiológicos da obesidade foi limitado durante muito tempo devido à falta de padronização de parâmetros de medidas do excesso de gordura entre as diferentes populações.

De acordo com Silva, Balaban, Motta (2005), nos últimos anos tem-se observado a prevalência da obesidade em diversos países e em variadas faixas etárias, inclusive na pediátrica. A prevalência da obesidade em menores de 5 anos varia de 2,5 a 10,6% de acordo com a categoria de renda, sendo maior nos mais favorecidos.

A prevalência da obesidade aumentou de forma significativa nas últimas décadas não apenas nos países desenvolvidos, mas também naqueles em desenvolvimento, atingindo tanto adultos como crianças.

O gráfico 1 compara a prevalência de sobrepeso em países desenvolvidos, tendo como exemplo os Estados Unidos, e países em desenvolvimento, sendo representado pelo Brasil entre os anos de 1974 e 1997 (MELLO et al, 2004).

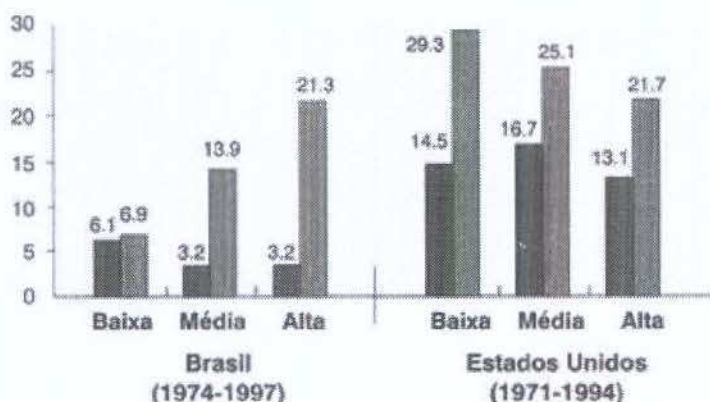


Gráfico 1: Prevalência de sobrepeso, em porcentagem, de acordo com a renda familiar per capita em pesquisas nacionais do Brasil e Estados Unidos nas décadas de 70 e 90.

O sedentarismo proporcionado pelos avanços tecnológicos aliado a hábitos familiares inadequados, alimentação insatisfatória, excesso de carboidratos na dieta, a velocidade com que a refeição é feita e a utilização de alimentos industrializados (*fast food*) com alta densidade calórica foram fatores que tiveram grande contribuição para esse aumento.

A obesidade tem se tornado o maior problema de saúde nos países “emergentes” como o Brasil. O ganho progressivo de peso é verificado em ambos os sexos nas diversas faixas etárias, e mesmo em populações economicamente desfavorecidas ela coexiste com a desnutrição. O gráfico 2 mostra dados comparativos entre as regiões Nordeste e Sudeste do Brasil em anos específicos das décadas de 70, 80 e 90 (MELLO et al, 2004).

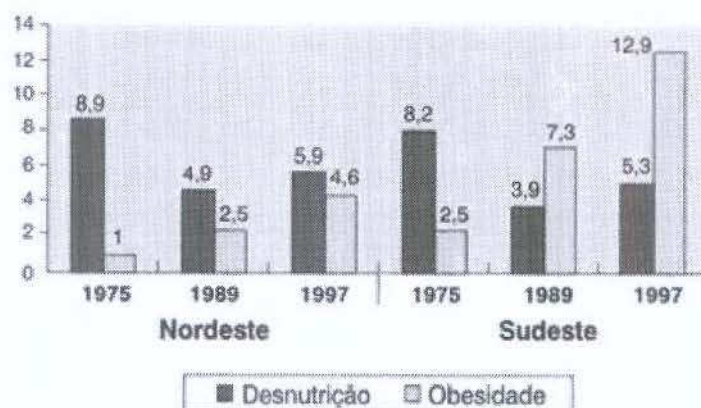


Gráfico 2: Prevalência, em porcentagem, de obesidade e desnutrição em três décadas nas regiões Nordeste e Sudeste do Brasil.

Nota-se que a prevalência da obesidade e da desnutrição vem se alterando de forma bastante clara, o que torna mais preocupante a situação no início do século XXI.

Silva, Balaban, Motta (2005) afirma que a tendência ao relacionar estado nutricional e nível socioeconômico presume que as classes menos favorecidas têm um *déficit* nutricional. No entanto a prevalência de sobrepeso não difere entre os pré-escolares, enquanto que nos escolares a prevalência no grupo de melhor condição econômica é mais que o dobro comparada ao grupo de baixa renda. Esse fato se deve a mudanças no padrão de dieta, com o aumento do consumo de açúcares e gordura, que tem densidade calórica alta, e redução de fibras alimentares.

Segundo Claudino, Zanella (2005), no Brasil o comportamento da obesidade tem variado ao longo do tempo. Entre 1975 e 1989, revelaram que o risco de obesidade se elevava juntamente com os níveis de escolaridade, tendendo a ser máximo para homens e mulheres com maior escolaridade. Porém num segundo período analisado, de 1989 a 1997, o maior aumento da obesidade foi verificado para indivíduos sem escolaridade. Essa relação inversa é explicada em países desenvolvidos por uma desvantagem desse estrato social em obter

alimentos de baixo teor energético como frutas e verduras (os alimentos calóricos de maior qualidade têm custo elevado) e em dispor de locais apropriados para atividade física. Tal estrato, por sua vez, acaba consumindo alimentos com densidade energética aumentada.

Podemos apontar algumas características e tendências do predomínio da obesidade de acordo com estudos feitos nos últimos anos. São elas: a correlação negativa com o estrato socioeconômico devido à dieta pouco saudável, estresse psicossocial, baixo nível de educação e de orientação em saúde; a tendência de populações urbanas a uma maior prevalência de obesidade, que seria justificado por hábitos mais sedentários como dependência de transporte motorizado e trabalhos sedentários, dieta com mais carboidratos complexos, maior teor de gordura, fast food, etc; um aumento de prevalência de obesidade com a idade até cerca de 60 anos; à predisposição de minorias étnicas a desenvolver obesidade e doenças associadas quando expostas a um balanço energético positivo e a hábitos de vida urbanos/modernos.

4.1.4 Etiologia

De acordo com Claudino, Zanella (2005), as pessoas podem iniciar o sobrepeso e/ou obesidade com qualquer idade.

A seguir serão citados alguns fatores importantes para a compreensão da etiologia multifatorial da obesidade, a saber:

Influências pré-natais: A ingestão calórica materna influencia o tamanho, o formato e a composição corpórea do feto. O tabagismo no período de gestação aumenta o risco da criança nascer com baixo peso, diferentemente do diabete, que a criança nasce com peso acima do normal. No entanto, o peso é o melhor indicador de obesidade futura; crianças com baixo peso no nascimento ou pequenas para a idade gestacional têm maior chance de desenvolver gordura abdominal e suas conseqüentes comorbidades (CLAUDINO, ZANELLA, 2005).

Amamentação: Crianças com aleitamento materno exclusivo durante pelo menos três meses têm menor risco de apresentar sobrepeso ao atingir a idade escolar (CLAUDINO, ZANELLA, 2005).

Infância: O desenvolvimento da obesidade infantil depende da idade em que ela se inicia e do histórico familiar. A obesidade entre as crianças mais velhas é um importante indicador de obesidade na fase adulta devido à tendência à hiperplasticidade (CLAUDINO, ZANELLA, 2005).

Fatores genéticos e ambientais: É altamente provável uma herança poligênica na determinação da susceptibilidade da obesidade. Algumas populações têm maior prevalência de genes que condicionariam um menor gasto energético. A expressão fenotípica da obesidade resulta da interação de fatores genéticos e ambientais. Na sociedade moderna genes que outrora trouxeram vantagens para seus portadores passam a conferir um risco maior para o acúmulo excessivo de tecido adiposo (SETIAN, 1989).

Fatores sócio-culturais: Embora haja autores que não concordam, tem-se encontrado uma prevalência de obesidade aumentada em classes menos favorecidas, talvez motivada por uma ingestão de alimentos ricos em hidrato de carbono, que são economicamente mais acessíveis. Itens de conforto da vida moderna advindos de avanços tecnológicos acabam por reduzir significativamente o gasto energético nas atividades cotidianas contribuindo direta ou indiretamente para o crescimento explosivo da obesidade no mundo contemporâneo. O círculo vicioso abaixo ilustra essa relação, e este deve ser quebrado a fim de evitar a piora do quadro.

obesidade → *diminuição da atividade* → *assistir TV* → *comer sem ter fome (por hábito)* → *obesidade* (SETIAN, 1989).

Fatores Neurológicos: Os distúrbios hipotalâmicos que lesam o centro da saciedade podem levar a um comportamento de ingestão exagerada, criando condições para o desenvolvimento da obesidade (SETIAN, 1989).

Fatores emocionais e psicológicos: As depressões, ansiedades e frustrações freqüentemente levam o obeso a comer mais, buscando no “comer” alívio de angústias decorrentes de conflitos emocionais (SETIAN, 1989).

Fatores endócrinos: A quase totalidade dos obesos não tem qualquer alteração endócrina como causa de sua obesidade. As deficiências dos hormônios de crescimento (GH) também podem levar a uma adiposidade aumentada e se acompanham de atraso importante do crescimento, o que não ocorre na obesidade exógena, situação em que a criança está com altura superior à média para a idade. Dessa forma, crianças obesas que são altas para sua idade cronológica raramente sofrem de doença endócrina. Se acrescentarmos a isso que a idade óssea

está geralmente avançada na obesidade exógena, enquanto que nas doenças endócrinas está atrasada, tais elementos evitam que se façam extensas explorações endócrinas em crianças que tenham obesidade exógena (SETIAN, 1989).

4.1.5 Comportamento Alimentar

De acordo com Nunes et al (2002), a regulação do peso corporal varia individualmente em torno de um peso de equilíbrio e é influenciado por fatores genéticos, ambientais, palatibilidade da comida, atividade física e estresse. O comportamento alimentar tende a se estabilizar no ponto em que o gasto energético e ingesta de energia se equivalem.

Ainda segundo os autores, a psicobiologia do comportamento alimentar envolve o apetite (sensação de fome e saciedade) e é "facilitado" pelo neurotransmissor serotonina, estimulado pela noradrenalina, estados motivacionais e necessidade de ingesta calórica, que por sua vez são vitais já que o alimento é indispensável para o crescimento e manutenção dos tecidos.

O comportamento alimentar é controlado pelo estado biológico do sistema hormonal e neural e por demandas ambientais, tais como hábitos alimentares, fatores culturais e disponibilidade de nutrientes. Existem ainda os aspectos motivacionais do comportamento alimentar que envolve os processos de alimentação, respiração, sexo, regulação da temperatura e o prazer, que é uma experiência subjetiva do indivíduo.

4.2 Obesidade Infantil

O assustador aumento da obesidade infantil deu-se em grande parte pela mudança dos hábitos de vida, principalmente de lazer e alimentação, que certamente são fatores determinantes para tanto. Alguns deles são os jogos eletrônicos, a televisão, o abandono do aleitamento materno, o crescente uso de alimentos industrializados, a inadequada relação familiar (TADDEI, 1995). A obesidade infantil apresenta dimensões epidêmicas em algumas áreas e ascendentes em outras: segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (2003), no mundo

existem 17,6 milhões de crianças obesas com idade menor do que cinco anos, o que levou a Organização Mundial de Saúde a instituir um programa abrangente que inclui linhas gerais de orientação, para tentar conter essa evolução.

Segundo Claudino, Zanella (2005), a obesidade infantil deve ser combatida rapidamente, pois tem várias conseqüências a curto e a longo prazo, podendo comprometer o desenvolvimento físico e emocional das crianças. A criança obesa tem maior possibilidade de apresentar dificuldades na socialização, dificuldades escolares, baixa auto-estima e episódios de depressão, além de ter pré-disposição aumentada para se tornar um adulto obeso. Por outro lado, é na infância que existem maiores oportunidades para promover mudanças positivas de conceitos, hábito e comportamentos alimentares, o que torna esse período da vida um dos mais importantes para o sucesso do tratamento e prevenção da obesidade.

Silva, Balaban, Motta (2005) e Fisberg (1995) dizem que crianças e adolescentes obesos, além das conseqüências psicossociais provocadas pelo estigma da obesidade, podem apresentar importantes repercussões orgânicas, como desordens ortopédicas, distúrbios respiratórios, diabetes, hipertensão arterial, dislipidemias como aumento de colesterol, triglicerídeos e redução da fração HDL colesterol e distúrbios psicossociais. As alterações posturais e ortopédicas como hiperlordose lombar, joelhos valgus, pés planos e dores articulares nos membros inferiores provocadas por traumas nas articulações pelo excesso de peso são bastante comuns.

De acordo com Oliveira et al (2004), indivíduos obesos ainda na infância têm parâmetros homeostáticos não desejáveis, gerando uma série de alterações: níveis elevados de insulina plasmática em jejum aliado ao surgimento de uma resistência à ação da insulina nos tecidos são os primeiros sinais para o desenvolvimento do diabetes melitus tipo II, para a alteração da pressão arterial (20 a 30% tem pressão elevada; risco duas vezes maior do que em crianças eutróficas), para o risco aumentado de trombose, para a hiperuricemia decorrente de altos níveis de triglicérides, para níveis elevados de leptina (hormônio secretado pelos adipócitos que tem influência na redução da ingestão alimentar e no aumento do gasto energético devido à sua ação no hipotálamo, entretanto, essa liberação exacerbada posteriormente leva a uma possível resistência corporal à ação desse hormônio).

Existem alguns fatores associados à obesidade que devem ser levados em conta por pediatras, pais e professores. De acordo com Oliveira et al (2004), crianças e adolescentes

obesos têm risco aumentado de permanecerem nesse estado na vida adulta. Além disso, a idade do início de excesso de peso e a duração desse estado estão diretamente associados à morbimortalidade por doenças cardiovasculares. A presença de pelo menos um dos fatores de risco para essas doenças tem sido observados em 60% das crianças e adolescentes com excesso de peso Organização Pan Americana de Saúde (2003). De acordo com Fisberg (1995), a obesidade pode ter início em qualquer idade, especialmente nos períodos de aceleração do crescimento e é nessa fase em que deve ocorrer a modificação dos hábitos alimentares para que os novos hábitos sejam praticados ao longo da vida.

4.2.1 Epidemiologia

Os países ricos são os que apresentam maiores problemas com obesidade, mas o conceito de que as crianças de países pobres são sempre magras também está mudando. A obesidade começa a aparecer em regiões onde a desnutrição ainda representa um problema. Dados recentes da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e a Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade mostram que a prevalência de obesidade na região nordeste e sudeste aumentou, respectivamente, 4% e 6% nos últimos 20 anos enquanto a desnutrição diminuiu 3% em ambas as regiões.

As crianças são capazes de auto-regular a ingestão alimentar para manter o estado de balanço energético. A obesidade corresponde a um grupo heterogêneo de alterações que se desenvolvem quando ocorre, durante determinado período, o desequilíbrio entre ingestão e gasto energético. A maioria das crianças obesas não têm doença bem determinada que justifique o aumento exagerado da sua adiposidade.

Serão citados abaixo alguns fatores que podem influenciar diretamente na obesidade infantil (CLAUDINO, ZANELLA, 2005):

Fatores genéticos

- Genes: Estima-se que 40% dos casos de obesidade na infância sejam relacionados a fatores genéticos. Esses podem também refletir diferenças herdadas nos mecanismos de controle de apetite ou no metabolismo, que levam à obesidade os indivíduos

expostos a condições ambientais que favorecem a ingestão alimentar abundante, ou limitam a atividade física, ou criam tensão psicológica ou há uma associação entre eles.

- **Obesidade Familiar:** Crianças com ambos os pais obesos tem 80% de chance de também serem obesas devido à potencialização da predisposição genética pelos determinantes ambientais, especialmente os hábitos alimentares e o estilo de vida da família. O risco de obesidade é grande até mesmo para crianças que são magras nos primeiros 5 anos de vida. Assim podemos destacar também que a magreza na infância não é um fator protetor para a ocorrência de obesidade na vida adulta. Quando ambos os pais são magros essa possibilidade é de apenas 10%.

Fatores ambientais

Diversos fatores ambientais, como estrutura familiar, a supervisão por parte dos pais dos hábitos alimentares da criança e a negligência ou ignorância sobre a importância dos hábitos alimentares e o desenvolvimento da obesidade favorecem o ganho de peso excessivo durante a infância. Por outro lado, o excesso do controle familiar em relação à alimentação diminui a capacidade da criança de se auto-regular e também influencia no ganho de peso excessivo.

Doenças endócrinas

Em um número limitado de crianças, fatores hormonais causam diminuição no gasto energético e na diminuição do ritmo de crescimento, o que resulta em obesidade. Entre essas patologias destacam-se o hipotireoidismo, o hipercortisolismo e a deficiência do hormônio de crescimento (GH).

Medicamentos

Vários medicamentos frequentemente utilizados na infância, como os corticosteróides em altas doses e drogas antipsicóticas têm como efeito adverso o ganho de peso excessivo.

4.2.2 Fisiopatologia

De acordo com Monte, Longui (1992), em todos os casos de obesidade o mecanismo básico é o excesso de ingestão de energia em relação ao gasto energético, que

caracteriza um balanço calórico positivo.

A ingestão de energia é regulada por fatores internos que controlam a fome, o apetite e a saciedade, pela eficiência com o qual o alimento é digerido, absorvido e metabolizado, e por fatores externos como a disponibilidade de alimentos, composição da dieta, pressões sociais e condições ambientais (MONTE, LONGUI, 1992).

O gasto energético é determinado por fatores que regulam o metabolismo basal, pela resposta metabólica à ingestão dos alimentos, pela alteração na temperatura do meio ambiente e pela energia utilizada durante as atividades físicas. Supõe-se que na fase de manutenção do peso o gasto energético seja menor devido a uma diminuição do metabolismo basal, diminuição do efeito térmico dos alimentos ou diminuição da atividade física (MONTE, LONGUI, 1992).

Do sexto ao nono mês de vida intra-uterina, no primeiro ano de vida e, em menor intensidade na puberdade, ocorre um aumento das células adiposas. Uma vez estabelecido o número de adipócitos, as perdas de peso só se fazem às custas de perda de conteúdo lipídico pela célula, mas não pela diminuição do número de células (SETIAN, 1989). Tudo leva a crer que o desenvolvimento da celularidade do tecido adiposo, possivelmente herdada, apresente papel-chave nesse desencadeamento de eventos metabólicos que culminam com a obesidade.

4.2.3 Indicadores para o diagnóstico da obesidade e critérios de avaliação

Os indicadores usados para identificar crianças e adolescentes obesos ainda não estão padronizados. O peso corporal é o parâmetro mais utilizado para avaliar a adiposidade. Um elemento a ser levado em consideração no diagnóstico da obesidade é a composição corporal, que é influenciada pela idade, sexos e atividade física (massa muscular).

Claudino, Zanella (2005) utiliza-se de uma classificação para crianças na qual são usados os Percentis (vide tabelas em anexo) e Índice de Massa Corpórea (IMC) com relação à idade definindo-se obesidade com diferentes percentis (85, 90, 95, 97) entre os países. Segundo a National Center for Health Statistics 2000, é considerado sobrepeso infantil IMC maior ou igual ao percentil 85, e obesidade o percentil maior ou igual a 95.

Tem-se utilizado critérios diagnósticos baseados em antropometria que identificam os indivíduos com maior risco para evoluções adversas, porém o critério mais usado para diagnóstico é o de comparar o peso do paciente aos estabelecidos nas tabelas de peso ideal, para a mesma idade, sexo e altura. De acordo com Monte, Longui (1992), um critério bastante utilizado é o Índice de Massa Corpórea (IMC), que correlaciona o peso (Kg) com a altura (m). Ele é um indicador de corpulência e não de adiposidade já que não diferencia massa gorda e massa magra, podendo apresentar resultados falso-positivos como pessoas muito musculosas, por exemplo. A fórmula é:

$$\text{IMC} = \frac{\text{peso}}{\text{altura}^2}$$

Ainda segundo Monte, Longui (1992), há ainda outro critério para avaliação da obesidade, que é o Índice de Obesidade (IO) que avalia quanto o peso da criança excede o peso ideal, obtido no percentil 50 da idade e altura, pela fórmula:

$$\text{IO} = \frac{\text{peso corpóreo}}{\text{peso ideal} - 1} \times 100$$

O IO avalia quanto o peso da criança excede seu peso ideal obtido no percentil 50 de sua altura. De acordo com esse critério a obesidade é considerada leve quando o índice de obesidade é de 120-130%, moderada quando de 130-150% e severa quando excede 150%. Um grande problema deste método é ele assumir que qualquer aumento de peso acima do ideal (padrão) represente aumento de gordura, porém é bastante usado para fazer a triagem de crianças obesas.

Numa tentativa de compensar tal erro, a medida da prega cutânea deve ser tomada e as curvas de peso e altura devem ser observadas para um bom acompanhamento do processo.

Setian (1989) fala ainda sobre o Índice de obesidade de Newen-Goldstein, que se calcula através da fórmula:

$$\text{IO (Newen-Goldenstein)} = \frac{(\text{peso atual/altura atual}) \times 100}{(\text{peso ideal para a idade}^*/\text{altura ideal para a idade}^{**})}$$

Para esse índice são considerados normais os valores entre 91 e 110, sobrepeso entre 111 e 120 e obesidade índices superiores a 120.

Conclui-se, portanto, que não há método ideal, prático e preciso para avaliar a obesidade. A escolha do método a ser utilizado deve se basear na sua praticidade, no custo e se deve reconhecer as limitações de cada método para aplicá-lo de forma consciente em benefício do indivíduo em questão (SETIAN, 1989).

4.2.4 Avaliação Clínica das crianças obesas.

A avaliação de curvas de peso e de altura permite o reconhecimento da obesidade simples decorrente de uma ingestão alimentar exagerada não acompanhada de outras doenças, e da obesidade sintomática, que se acompanha ou é decorrente de outras doenças.

As crianças com obesidade de causa genética ou endócrina são pequenas, com altura no geral abaixo do percentil 50, enquanto que as outras crianças obesas com frequência apresentam estatura no percentil 50 ou acima (MONTE, LONGUI, 1992).

4.2.5 Desenvolvimento e tendências

Hoje é aceito que o desenvolvimento da obesidade em qualquer idade pode estar associado com a hipertrofia ou com a hiperplasia do adipócito.

Segundo Monte, Longui (1992), após os 5 anos de idade existe uma tendência estatisticamente significativa das crianças obesas se tornarem adultos obesos. Portanto a melhor época para se enfrentar a obesidade infantil é no meio da idade escolar, na qual uma pequena

*peso ideal para a idade é o percentil 50 de peso para a idade

**altura ideal para a idade é o percentil 50 para a idade

redução calórica entre os 5 e 12 anos tenderá a transformar uma criança obesa em uma criança de peso normal no início da segunda “etapa” do ensino fundamental.

Os padrões motores de crianças e adolescentes obesos têm algumas características próprias. A hipoatividade é um fator contribuinte para o ganho de peso excessivo na infância, e a demanda de um maior esforço, em função do maior peso a ser transportado, e uma menor eficiência da mecânica de movimento também são bastante comuns (FISBERG, 1995).

4.2.6 Prevenção e intervenção

A prevenção da obesidade necessita da atuação de toda a sociedade - família, escola, órgãos governamentais, mídia, indústria de alimentos – com o objetivo de modificar o ambiente “patológico” que favorece a instalação da obesidade em indivíduos geneticamente predispostos.

A preocupação em prevenir, durante a infância, as doenças do adulto coloca a obesidade em destaque, visto seus efeitos físicos, metabólicos e psicológicos imediatos e tardios. Devemos levar em conta também a magnitude, duração e distribuição corpórea da obesidade, que está diretamente relacionada à gravidade das alterações metabólicas provocadas pelo excesso de peso.

Um aspecto que merece destaque em relação à prevenção da obesidade na infância e na adolescência é a intervenção em escolas, já que as crianças passam lá grande parte do dia e fazem ao menos uma refeição nesta. Além disso é uma maneira de atingir um alto percentual da população com baixo custo. Mello et al (2004) afirma que a merenda escolar tem um papel importante pois atende, ou ao menos deveria atender, às necessidades nutricionais das crianças em quantidade e qualidade. Existe a possibilidade real de um trabalho de educação nutricional que funcionaria como um elemento básico para formar hábitos saudáveis envolvendo algumas disciplinas, além de também proporcionar aumento da atividade física através das aulas de Educação Física.

Ainda segundo Mello et al (2004), as formas de intervenção incluem a introdução de matérias que forneçam informações sobre a saúde, alimentação, nutrição, atividade física; atuação junto às lanchonetes ou merendas oferecidas pela escola, aumentando a disponibilidade de alimentos mais saudáveis, com menor teor de gordura e aumentando a promoção da prática de atividade física. Esta última, sem dúvida, é um importante apoio no combate à obesidade, pois auxilia no aumento do gasto energético. Para tanto, deve ser regular e compatível com a idade e com a preferência da criança para que seja agradável e se transforme em uma forma de lazer.

Além da intervenção nas escolas deveria haver outros meios como medidas públicas. De acordo com Mello et al (2004), uma política consistente de prevenção da obesidade deve compreender não só ações de caráter educativo e informativo como campanhas veiculadas por meios de comunicação de massa, como também medidas legislativas como controle da propaganda de alimentos não-saudáveis, especialmente os dirigidos ao público infantil, tributárias isentando alimentos saudáveis e onerando os preços dos não-saudáveis, treinamento e reciclagem de profissionais de saúde, medidas de apoio à produção e comercialização de alimentos saudáveis e mesmo medidas relacionadas ao planejamento urbano.

4.2.7 Conseqüências e complicações da obesidade

As conseqüências de uma alteração metabólica tão extensa quanto ocorre na obesidade são variadas, atingindo praticamente todos os sistemas orgânicos, mas podem ser reversíveis desde que se consiga a redução de peso e desde que as estruturas orgânicas acometidas não apresentem danos anatômicos irreparáveis. Em algumas situações a obesidade é suficientemente intensa para provocar o quadro de hipoventilação alveolar, levando a criança a um estado de sonolência, torpor, cianose, insuficiência cardíaca, policitemia e eventualmente óbito.

Mello et al (2004) destaca algumas complicações advindas da obesidade. São elas:

Articulares:	Pior predisposição a artroses, osteoartrite Epifisiólise da cabeça femoral Genu valgum, coxa vara
Cardiovasculares	Hipertensão arterial sistêmica Hipertrofia cardíaca
Cirúrgicas	Aumento do risco cirúrgico
Crescimento	Idade óssea avançada, aumento da altura Menarca precoce
Cutâneas	Maior predisposição a micoses, dermatites e piodermites
Endócrino-metabólicas	Resistência à insulina e maior predisposição ao diabetes Hipertriglicéidemia e hipercolesterolemia
Gastrointestinais	Aumento da frequência de litase biliar Esteatose hepática e esteatohepatite
Mortalidade	Aumento do risco de mortalidade
Neoplásicas	Maior frequência de câncer de endométrio, mama, vesícula biliar, cólon/ reto, próstata
Psicossociais	Discriminação social e isolamento Afastamento de atividades sociais Dificuldade de expressar seus sentimentos
Respiratórias	Tendência à hipóxia, devido a aumento da demanda ventilatória, aumento do esforço respiratório, diminuição da eficiência muscular, diminuição da reserva funcional, micro-embólicas, sendo do sono, síndrome de Pickwick Infecções Asma

Em função da variação de peso (flutuação) podem ocorrer alterações no metabolismo lipídico, que levam a um acúmulo de gordura na região abdominal. Para avaliar o impacto da obesidade na saúde deve-se considerar a distribuição de gordura no corpo já que a concentração desta na região troncoabdominal (obesidade andróide) está mais associada à morbimortalidade. O acúmulo nessa região pode ocorrer em nível visceral no qual ocorre a predominância da gordura “interna”, gerando o aumento plasmático de triglicérides, colesterol e lipoproteínas, e em nível subcutâneo, no qual existe a predominância da gordura externa à parede abdominal. A perda significativa de peso melhora o perfil lipídico e diminui o risco de doenças crônicas na vida adulta.

Os fatores responsáveis pela forma como a gordura se distribui são genéticos e ambientais, como atividade lipolítica, níveis de lipoproteína lipase, hormônios esteróide gonadais e adrenais, fatores neuroendócrinos, etc. O aumento de tecido adiposo implica numa sobrecarga de ácidos graxos livres na circulação que leva à resistência à insulina e à hiperinsulinemia compensatória.

Além dos problemas de ordem biológica, existem ainda os distúrbios psíquicos como causa ou conseqüência da obesidade, que podem atingir magnitude suficiente para exigir tratamento psicoterápico especializado. As alterações da imagem corporal decorrentes do excesso

de peso não podem ser menosprezadas, podendo baixar a auto-estima da criança e dificultando sobremaneira a abordagem terapêutica (SETIAN, 1989).

4.2.8 Abordagem Psicológica

Os problemas psicológicos que desempenham papel importante no desenvolvimento da obesidade são diferentes daqueles que sobrevivem do estado obeso em função de viver uma cultura hostil ao sobrepeso (CAMPOS, 1995). Durante o atendimento psicológico de crianças obesas os pais colaboram e também se beneficiam analisando e compreendendo as razões emocionais envolvidas no surgimento e evolução da obesidade.

A obesidade exógena, por exemplo, tem grande influência da dinâmica ambiental familiar em pessoas geneticamente predispostas. Elas têm como características o excesso de ingestão alimentar, sedentarismo, relações psicoafetivas alteradas e provavelmente decorre de algum distúrbio afetivo mãe-filho.

De acordo com Campos (1995), o vínculo mãe-filho é de extrema importância para entender alguns fatores que têm íntima relação com o desencadeamento e manutenção da obesidade ainda na infância. A mãe, que tem uma história de vida, pode ter raiva e ressentimentos mal resolvidos, satisfação ou insatisfação em função de idealizações criadas com relação ao filho e situações advindas de coisas que se passaram durante a gravidez. Tudo isso é passado para a criança de forma inconsciente através de atitudes e gestos na relação, ou mesmo a insegurança de ser uma boa mãe, que são sentimentos conflitantes muitas vezes relacionados com a confiança básica, que é a confiança razoável em relação aos outros e um sentimento simples de ser digno de confiança em relação a si mesmo (ERIKSON, 1979). A relação mãe-filho se constrói de acordo com as características de ambos adicionada à reação ao comportamento do outro.

Parece que algumas características psicológicas são encontradas nos obesos, discutindo-se se são causa ou efeito do processo de aumento de peso. Em geral os obesos respondem às frustrações, às ansiedades comendo mais. A cada insucesso nos mais variados níveis de atividade humana, segue-se um comer compulsivo, como se isso recompensasse o insucesso recém-sofrido (SETIAN, 1989).

4.2.9 Tratamento

A obesidade é uma doença crônica de difícil controle, com altos percentuais de insucessos terapêuticos e recidivas, podendo apresentar, principalmente nas formas mais graves, importantes conseqüências orgânicas e psicossociais.

A prevalência de sobrepeso e obesidade teoricamente diminui à medida que ocorre o aumento da faixa etária. Esse é um fenômeno esperado, pois em crianças um moderado excesso de peso poderá ser “compensado” pelo futuro crescimento, que é um aspecto positivo para o tratamento da obesidade infantil. Porém não são em todos os casos que isso ocorre.

O tratamento deve se dar o quanto antes, pois quanto mais tardio o início do tratamento mais difícil este se torna: quanto mais tempo a criança permanecer obesa mais árdua será a reversão do quadro devido aos hábitos alimentares incorporados e às alterações metabólicas.

Como a obesidade é uma doença de etiologia multifatorial, o tratamento ideal é aquele realizado por uma equipe multidisciplinar composta por pediatra, nutricionista, psicólogo e professor de Educação Física, com as funções de preparar uma dieta balanceada, propor exercícios físicos controlados e proporcionar um apoio emocional, tanto individual como familiar. Faz-se necessário e facilita a intervenção, conhecer a dinâmica familiar e aspectos emocionais envolvidos na obesidade da criança, sensibilizá-la e conscientizá-la a respeito dos conflitos vividos, possibilitando uma tomada de consciência e reflexão acerca da relação e dos significados emocionais do alimento e das vivências.

Um programa completo de tratamento da obesidade inclui uma dieta que consista num balanço energético negativo, que se dá pela diminuição da ingestão alimentar. Existem alguns meios para tanto como dietas restritivas, cirurgia bariátrica ou drogas anorexígenas – catecolaminérgicas, inibidoras de apetite ou serotoninérgicas, que aumentam a saciedade – embora esses dois últimos recursos não sejam adequados para crianças pois a terapia medicamentosa tem efeitos colaterais das drogas e risco de dependência.

Os regimes rígidos (restrições calóricas severas) são contra-indicados, pois podem levar à perda de tecido muscular, à diminuição da velocidade de crescimento e ao atraso

do início da puberdade. Em indivíduos em crescimento, as dietas devem ser de manutenção do peso, pois o peso em excesso se redistribui na nova estatura.

A elaboração de uma terapêutica correta envolve o conhecimento de alguns mecanismos envolvidos na etiologia dessa patologia: o gasto energético, o consumo alimentar (ter cuidado com a omissão consciente ou não da ingestão de alimentos, precisando a quantidade e qualidade dos alimentos ingeridos), fracionamento da dieta ao longo do dia, comportamento alimentar (velocidade das refeições, comer assistindo televisão, etc), a influência da mídia, que tem o recurso das propagandas (aumento da ingestão de alimentos ricos em gorduras e açúcares e baixo valor nutricional) e a composição da dieta (por exemplo, uma dieta rica em gorduras têm maior densidade calórica, menor poder de saciedade e não diminui a sensação de fome entre as refeições, logo requer menos mastigação e gera um armazenamento mais eficiente da gordura).

O mais recomendado é que haja um trabalho em cima da educação nutricional individual e familiar, modificação comportamental através da eliminação do alimento como fonte primária de recompensa/conforto, aumento da atividade física regular e prazerosa e suporte emocional, tendo em vista que os sentimentos de rejeição e de uma imagem própria ruim são comuns, portanto o apoio de todas as pessoas que convivem com a criança obesa é importante. O aconselhamento dietético não deve oferecer dietas pré-estabelecidas, mas sim orientações que dêem condições para que a criança ou adolescente manipule sua própria alimentação.

A atividade física é fundamental para a melhoria da aptidão e para serem atingidos os objetivos de aumentar o gasto energético e modificar o estilo de vida. Durante a infância um programa de atividade física proporciona um aumento da resposta termogênica, que é a capacidade que o organismo tem de eliminar o excesso de energia pela produção de calor. A atividade regular promove uma diminuição da gordura corporal, aumento da massa magra, diminuição da pressão arterial, melhora do condicionamento cardiovascular e aumento da saúde psicossocial, além de diminuir a concentração de insulina e triglicérides plasmáticas, agir de forma direta na diminuição do volume dos adipócitos e de forma indireta no número de adipócitos, já que é na infância que se dá o desenvolvimento da celularidade adiposa em função do aumento de peso, determinantes nos padrões de composição corporal do adulto.

As crianças e adolescentes obesos apresentam capacidade aeróbia, força muscular e flexibilidade menores. Portanto o programa de exercícios deve ser realizado preferencialmente em grupos e desenvolvido de maneira gradativa para prevenção de lesões e

perda de interesse/motivação, que é extremamente freqüente. Deve-se incluir programas de exercícios aeróbios e anaeróbios para a melhoria da capacidade cardiorrespiratória, da força muscular e da flexibilidade, respectivamente. Este deve ter uma avaliação periódica das respostas decorrentes dos exercícios (parâmetros individuais) para analisar os efeitos do programa e promoção de ajustes e alterações.

As atividades devem ser desenvolvidas de acordo com as capacidades individuais de desempenho para que haja adesão da criança às aulas e também devem ser evitadas atividades que aumentem risco de lesões por sobrecarga articular, como saltos, mudanças bruscas de direção e que provoquem muito desconforto (calor, pouca ventilação, vestuário inadequado).

Tratar da obesidade não é só cuidar da parte estética da criança, mas permitir uma duração e uma qualidade de vida muito superior às conseguidas com a manutenção ou o agravamento do estado obeso (SETIAN, 1989).

4.3 Imagem Corporal

Turtelli (2003) expõe a idéia de Henry Head, que em 1911 criou o termo “esquema corporal”, que corresponde ao modelo que cada indivíduo constrói de si, constituindo o padrão de comparação e referência para a orientação na execução de cada nova postura ou movimento corporal. Este modelo postural padrão construído de forma lenta e paulatina se desenvolve desde a vida intra-uterina e está praticamente completo aos 5 anos de idade, porém está sempre se transformando: a cada nova mudança entra na consciência carregando sua relação com o modelo anterior.

Paul Schilder, em 1935, inovou trazendo o conceito de imagem corporal como “(...) a figuração de nosso corpo formada em nossa mente, ou seja, o modo pelo qual o corpo se apresenta para nós” (SCHILDER, 1994, p. 11).

Alguns estudiosos optam pela diferenciação desses conceitos e outros não. Acredito que eles sejam complementares, já que ambos fazem parte do fenômeno da representação dinâmica que a pessoa faz de si para ela mesma.

4.3.1 Definição

A imagem corporal é a representação mental do nosso próprio corpo que reflete de maneira intrínseca o modo como nos colocamos no mundo. Essa representação mental, bem mais abrangente que a representação unicamente visual, é resultado da experiência subjetiva de como o mundo, em um dado instante, se apresenta para nós, lembrando que a imagem é a transposição psíquica da percepção, no caso, do nosso corpo. Ela é muito mais que uma simples percepção; é uma construção cognitiva que reflete desejos e atitudes emocionais além da interação com outras pessoas.

Segundo Tavares (2003), pelo fato da imagem corporal estar intimamente ligada à identidade do homem, ao psiquismo e à sociedade, têm um papel fundamental em sua construção. A construção dessa imagem se dá através das ações corporais, sentimentos e sensações, que por sua vez são significativas de forma individual e dinâmica. As imagens são vulneráveis a processos internos e externos, como os efeitos deletérios de traumas e doenças pois estão ligadas à vivência afetiva de nosso corpo e à estruturas neurológicas.

Nossa imagem corporal representa uma experiência muito especial, uma vez que o objeto em foco corresponde ao nosso eu. Inclui aspectos conscientes e inconscientes. Vivencio de modo contínuo minha imagem corporal. Ela está totalmente vinculada à minha identidade e à minha experiência existencial. É tão espetacularmente dinâmica como são minhas relações com o mundo [...] (TAVARES, 2003, p. 36).

É considerado um fenômeno complexo, pois se dá em função das percepções que se concretizam no corpo a partir de construções sinestésicas construídas pelos sentidos. Essas percepções ocorrem à medida que o corpo vivencia novas experiências e sensações e acaba por criar um referencial de seu corpo para seu corpo e para os demais que o cercam. Essa percepção do corpo e do mundo se modifica de acordo com os relacionamentos recíprocos estabelecidos entre os mesmos.

Tavares (2003) discute sobre o processo formador da imagem corporal, que é bastante singular e individual, pois as experiências são personalizadas e portanto cada um vivencia um estímulo de acordo com suas possibilidades fisiológicas, características pessoais, circunstância social e ambiental, além das experiências “acumuladas” ao longo de nossa

existência, já que o corpo possui uma memória que engloba a história e a identidade corporal. A imagem corporal não se baseia apenas em associações, memórias e experiências, mas também em intenções, aspirações e tendências: os processos emocionais são a força e a fonte de energia desses processos, ou seja, é o núcleo das experiências psíquicas e a expressão imediata das forças vitais. Resumindo, a autora diz que “A imagem corporal reflete a história de uma vida, o percurso de um corpo cujas percepções integram sua unidade e marcam sua existência no mundo a cada instante” (TAVARES, 2003, p. 20).

Para Schilder (1994) a imagem corporal é vista sob uma perspectiva sistêmica que está inserida em um contexto existencial e multidimensional de criação e altamente vinculada à identidade do indivíduo. Os processos emocionais são a força e a fonte de energia dos processos de construção do padrão de imagem corporal juntamente com as respostas motoras, que são ímpares quanto à sua significação para o sujeito. Tem grande importância no desenvolvimento desta a propriocepção, que é o processo de percepção espacial do corpo em situações estáticas ou dinâmicas.

Turtelli (2003) destaca que diferentemente do que se possa pensar, as imagens não são armazenadas como fotos. Elas têm uma dinâmica de reconstrução baseada numa resignificação cada vez que trazemos à tona da memória essa imagem, e de acordo com Schilder (1994), ela não é necessariamente consciente. A realidade circunstancial na qual a pessoa se encontra no momento dessa “reconstituição” gera diferentes interpretações que são constantemente transformadas por nossas experiências, pelo que vivemos no momento ou pelos planos futuros (TURTELLI, 2003). Elas são exclusivas de cada pessoa (referências individuais) na medida em que cada um tem uma forma peculiar de vivenciar o mundo.

Turtelli (2003), baseada em Weiss, enfatiza o aspecto de mutabilidade da imagem corporal e afirma que ela tende a um equilíbrio embora este não seja atingido definitivamente já que ela é um processo bastante dinâmico de construção e destruição que ocorre de acordo com mudanças no corpo do indivíduo, nos corpos das demais pessoas e de situações vividas.

4.3.2 Desenvolvimento da Imagem Corporal

De acordo com Tavares (2003), a importância de ter um desenvolvimento adequado da imagem corporal é justificada pela necessidade de nosso corpo existir para nós como algo concreto e significativo, assim ele pode se apresentar para nós como uma imagem em nossas mentes. A construção da imagem corporal se dá do contato do indivíduo com o mundo, tanto a partir do interesse pelo próprio corpo como pelo corpo dos outros e o que estes fazem com seus corpos. Embora não haja imagem corporal coletiva, todos a estruturam através do contato com outras pessoas (relações interpessoais). “[...] os modelos posturais dos seres humanos se associam entre si e [...] quando não somos capazes de ter uma percepção verdadeira de nosso próprio corpo, também somos incapazes de perceber os corpos dos outros” (SCHILDER, 1994, p. 41).

O desenvolvimento da imagem corporal é vinculado a fatores biológicos, culturais, afetivos e ambientais, portanto, são múltiplos os fatores que podem influenciar esse processo. No caso do obeso, que o “comer” é gerador de satisfação e prazer. Esta ação também é responsável por alguma mudança da imagem corporal, pois:

Quando ingerimos alimentos também provocamos, imediatamente, com a alteração do mundo exterior, uma determinada atitude do indivíduo, que se expressa na imagem corporal da boca. Não existe apenas uma modificação na função de todo o trato intestinal, mas, também, seu reflexo na imagem corporal (SCHILDER, 1994, p. 160).

Segundo Tavares (2003), o desenvolvimento da imagem corporal tem significados diferentes para cada pessoa, como o aumento da percepção de partes do corpo, o reconhecimento e valorização das sensações corporais, o gostar mais do corpo, descobrir as possibilidades deste e ampliar as possibilidades de ação. A intensa vivência das sensações é o alicerce para a construção da identidade corporal, assim podemos frisar a importância da Educação Física, cujo papel é proporcionar novas experiências e vivências do movimento, que aparece como elemento representativo e potencialmente integrador da imagem corporal. “O desenvolvimento só é possível através de um contato contínuo com a experiência. A experiência em si não é uma entidade já pronta, mas obtém sua forma através da experimentação ativa” (SCHILDER, 1994, p. 51)

Tavares (2003) divide em alguns estágios o desenvolvimento da imagem corporal para facilitar a compreensão dos mesmos. São eles:

1. Primeiros meses de vida: imagens originadas no próprio corpo (o “eu corporal” é função de um outro eu, geralmente a mãe).
2. Diferenciação entre o “eu” e o mundo externo: consciência de um espaço além do corpo (capacidade de imaginar).
3. Consolidação do senso de identidade: é estabelecida a partir de uma representação mental coesa e integrada ao corpo.

Muitos outros fatores podem influenciar o desenvolvimento da imagem corporal. Podemos citar, por exemplo, as deficiências do sistema nervoso e relações sócio-afetivas inapropriadas, que podem vir a dificultar a vivência de experiências corporais positivas, fundamental para um desenvolvimento satisfatório da imagem corporal. O processo de desenvolvimento da imagem corporal pode ser interrompido por diversos motivos, um deles, por exemplo, é o apego a um estereótipo estabelecido culturalmente para o obeso.

Nossa identidade corporal se desenvolve baseado na vivência de sensações que “[...] traz em si própria uma resposta motora” e de percepções, que são as principais fontes de transformação do corpo e em muitos momentos o movimentar-se possibilitada essa vivência, logo “a atividade contínua está na base do nosso eu corporal” (SCHILDER, 1994, p. 94).

Tavares (2003) ressalta que ser desejado e aceito corporalmente, e portanto reconhecido, são necessidades básicas para o desenvolvimento da imagem corporal. Não há nada mais agressivo que negar a existência corporal do outro, já que a base do sentido do “eu” está no reconhecimento do corpo e no desenvolvimento de representações mentais do mesmo coerentes com nossa realidade existencial. Essa negação por muitas vezes ocorre com obesos ou pessoas que estão em seu sobrepeso em função de sua rotundidade, outrora bem vista, afastando-os do padrão de “normalidade” atual.

A satisfação de viver que muitas pessoas não têm, está na possibilidade de estar no mundo manifestar a essência de nossa subjetividade com plenitude, alegria e prazer.

4.3 Imagem Corporal e Obesidade

Segundo Turtelli (2003), o corpo, que delimita um espaço e um tempo de forma que todo estímulo seja único em sua experiência individual, é vital para a “captação” das sensações, pois é o mediador do processo de percepção do mundo e de nós mesmos. Esse processo corporal é bastante flexível e inesgotável, ocorrendo a integração e fragmentação da imagem corporal a todo o momento (construção e reconstrução incessantes). “Nosso corpo e, com ele, nossa imagem corporal, fazem necessariamente parte de qualquer experiência vital” (SCHILDER, 1994, p. 176).

O corpo na atualidade é concebido em três níveis: o da aparência, da aptidão e da saúde. A criança obesa, logo cedo, destoa da “normalidade” nos níveis de aparência e saúde, já que tem grande possibilidade de tornar-se um adulto obeso e ter problemas de saúde decorrentes da obesidade. Se nas aulas de Educação Física, que para muitas crianças é o único espaço no qual podem movimentar-se, elas são muitas vezes reprimidas ou levadas a se afastar da atividade, essas têm também uma aptidão física ruim e grande parte das vezes com um desenvolvimento motor abaixo da média para a idade.

Schilder (1994) discorre sobre a percepção que nós temos do corpo. Afirma que percebemos o corpo como uma grande massa pesada que não se diferencia em nenhum aspecto da maneira como percebemos qualquer outra massa pesada, e que as mudanças na percepção do mesmo serão, na maioria das vezes mudanças na percepção dessa massa pesada.

Turtelli (2003) faz uma série de análises sobre o movimento e utilizar-se desse conceito para elaborar uma reflexão da influência deste na imagem corporal. A autora afirma que na maior parte das vezes que pensamos em movimento visualizamos um deslocamento de uma parte ou de todo o corpo, sem pensar nos movimentos internos que são involuntários e responsáveis pela manutenção da vida. A riqueza do movimento em si se dá pelo fato deste integrar aspectos fisiológico, cognitivos, culturais e afetivos e estes por sua vez influenciam diretamente no modo como nos “vemos” através de testes que possibilitam acertos e erros com a finalidade de conhecer melhor o corpo.

A autora segue dizendo que a imagem corporal, por ser algo único e particular, imprime características individuais e circunstanciais a qualquer movimento realizado

voluntariamente. Essa é a razão pela qual o movimento e a imagem corporal têm uma relação de troca e influência direta, já que “O movimento é elemento que dissolve, transforma e integra a imagem corporal”. (TURTELLI, 2003, p 16), e esses são responsáveis pela construção um do outro.

Logo podemos dizer que o movimento é um meio de expressão e conhecimento das nossas capacidades, já que “Aparentemente, os movimentos só adquirem seu significado final em conexão com um modelo postural do corpo, mas é mais do que provável que também exista um aparelho mais primitivo, cuja integridade é necessária para a percepção de movimento” (SCHILDER, 1994, p. 37), e que as ações motoras serão escolhidas em estreita relação com o modelo total do corpo.

[...] o conhecimento de alguém sobre seu próprio corpo é uma necessidade absoluta. Deve sempre haver um conhecimento de que eu estou agindo com o meu corpo, que tenho que começar o movimento com o meu corpo, que tenho que usar determinada parte do meu corpo. [...] Há sempre um objeto ao qual a ação é dirigida. Este objetivo pode ser o próprio corpo ou pode ser um objeto do mundo externo (SCHILDER, 1994, p. 48).

Os transtornos na imagem corporal do obeso são caracterizados por distúrbios no reconhecimento das medidas e funções corporais, que por sua vez resulta da experiência que vem dos sentidos. Campos (1995) ressalta que em grande parte dos casos existem três fatores básicos que compõe a imagem corporal e podem gerar problemas: a forma, que é a formação do ego e da identidade de cada um, o conteúdo, que é o reconhecimento de sensações internas como fome, sede e sensibilidade proprioceptiva, e o significado, que corresponde às simbolização inconsciente feitas pelo indivíduo.

A autora continua afirmando que o obeso costuma ter uma depreciação da própria imagem física e insegurança com relação aos outros, como se estes o vissem com hostilidade e desprezo, o que de fato em muitas situações ocorre. São desrespeitados e desmoralizados em função de um mecanismo de funcionamento social que gera, em alguns casos, manutenção de um estado infantilizado que o poupa de desenvolver outros papéis sociais e afetivos (relações estabelecidas).

4.4.1 Infância

A infância é uma fase muito importante para a aquisição de experiência, que será levada e caracterizará movimentos e expressão de uma pessoa na vida adulta, já que as experiências iniciais com o corpo desde o nascimento são o ponto de partida para a construção do repertório motor adquirido ao longo da vida. As vivências acumulam-se oferecendo à criança conhecer com maior propriedade suas capacidades e trabalhar com suas limitações, sejam elas corporais ou sociais, sendo o corpo um meio de expressão. Schilder (1994) acredita que os desenhos que as crianças fazem de figuras humanas refletem o conhecimento e a experiência motora que têm da imagem corporal, expressando a imagem mental que possuem do corpo humano, logo podem ser usados como instrumento de análise.

Quanto maior for a estimulação e as possibilidades de novas experiências do recém nascido, mais completa será a sua formação da imagem corporal, principalmente do ponto de vista psicomotor. Durante os anos pré-escolares a criança desenvolve de forma acentuada o seu conceito a respeito da imagem corporal, mesmo sem estar consciente desse processo. As experiências corporais que determinam a imagem corporal corroboram para a modelação de seu esquema corporal que refletirá na adolescência e vida adulta. Sua forma pode ser alterada, porém os elementos da construção inicial, incluindo os padrões motores aprendidos na infância e aprimorados ao longo da vida, são mantidos apesar das transformações ocorridas, ou seja, a imagem corporal tem traços característicos de toda nossa vida.

É justamente na infância que as crianças começam a reconhecer que a aparência das pessoas pode ser mais ou menos desejável, e tem início um processo de reflexão a respeito da opinião que os outros têm de sua aparência, embora ainda tenha pouca noção dos limites de seu corpo. Também é quando a criança começa a sentir que a cor de sua pele, o nível sócio-econômico de seus pais, o custo de suas roupas, ou sua aparência, irão decidir seu valor social, podendo gerar um dano permanente em seu sentimento de identidade na vida adulta, já que qualquer perda expõe e remete o indivíduo aos seus próprios conflitos infantis.

A partir do 4º ano de idade a criança começa a fazer comparações e está apta a desenvolver uma curiosidade incansável sobre as diferenças de tamanho em geral, inclusive o tamanho do corpo das pessoas. A questão de gênero, etnia, classe econômica e beleza “fora do

padrão” incluindo, claro, a obesidade, pode restringir as possibilidades de sentir e agir, inibindo movimentos genuínos, e condenando o contato com sensações advindas dos mesmos. A restrição de manifestações corporais é um potencial limitador do desenvolvimento da imagem corporal.

Segundo Gallahue (2001), existem inúmeros fatores que afetam o desenvolvimento motor e provavelmente a imagem corporal na medida em que estes estão interligados pelo movimento. Alguns fatores são:

1. A maturação neuromotora, que é evidenciada por meio de crescentes habilidades para diferenciar e integrar mecanismos motores e sensoriais.

2. A aptidão, que é a condição intrínseca à tarefa, a um certo indivíduo e ao ambiente, que depende, da convergência de fatores biológicos, ambientais, físicos (prematividade, desordens alimentares, etc) e mecânicos.

3. A privação ambiental, que pode romper tanto a seqüência quanto o nível da aquisição de habilidades motoras (pouco estímulo).

4. O temperamento da criança, que pode influenciar seus padrões de interação, aumentando ou inibindo o desenvolvimento.

5. O vínculo estabelecido com os educadores sejam eles os pais ou os professores.

O autor destaca ainda que embora o desenvolvimento motor esteja relacionado à idade, a aquisição de habilidades motoras não é dependente desta, mas sim dos inúmeros fatores relacionados acima, da tarefa em si, do indivíduo e do ambiente (estímulos).

Os fatores enumerados como 3 e 4, são duas das principais razões para que o desenvolvimento motor e a imagem corporal não tenham um desenvolvimento “satisfatório”. Acredito que as crianças obesas deixam de participar das aulas de Educação Física ou por vontade própria (atestados para dispensa, vestimenta “inadequada” para a prática, etc) ou por que os colegas as excluem ou as ridicularizam durante as atividades. Portanto deixam de ter a estimulação necessária para que se dê de fato esse desenvolvimento.

4.4.2 Estereótipos

Fischler (1995) afirma que o padrão de beleza vigente é longilíneo e fino, preconizando a magreza como estereótipo. “O ideal e o padrão de beleza serão sempre a expressão da situação libidinal da sociedade. [...] Deste modo, as manifestações de beleza também se transformam” (SCHILDER, 1994, p. 232).

Sendo assim, a autora destaca algumas características desta época como a lipofobia (recusa fóbica contra a gordura), obsessão pela magreza e rejeição à obesidade. A sociedade, que em função das mudanças das últimas décadas, tem “criado” os obesos, agora os rejeita e não os tolera.

Ainda segundo Fischler (1995) pode-se dizer que a “distribuição da gordura” no passado era diferente. Os gordos ocupavam os estratos superiores, sendo a rotundidade bem vista, sinônimo de poder, respeitabilidade e capricho satisfeito. Os magros, por sua vez, ocupavam as camadas mais baixas da hierarquia social. Hoje isso se inverteu: os pobres, na maioria das vezes são os gordos por não dispor de condições que lhes propicie uma alimentação equilibrada e utilizar em grande parte de suas dietas alimentos com grande densidade calórica e pouco nutritivos; e os ricos são os magros, que têm condições de alimentar-se adequadamente e tempo de lazer no qual podem fazer atividade física regular. A sociedade moderna passou a não gostar da gordura e conseqüentemente das pessoas muito gordas.

Nunes et al (2002) destaca que a obstinação pelo corpo magro tem gerado em indivíduos considerados fora do padrão uma grande discrepância entre o peso real e o ideal, levando a um estado de constante insatisfação com o próprio corpo dentro do contexto sociocultural atual. A beleza do corpo magro é o que tem prevalecido e o que as pessoas perseguem, mesmo que isso gere algum tipo de sofrimento.

Não devemos subestimar a importância da beleza e da feiúra reais na vida humana. [...] Nossa beleza ou feiúra não contarão apenas para a imagem que temos de nós mesmos, mas, também, para a que os outros constroem a nosso respeito, e que tomaremos de volta. A imagem corporal é o resultado da vida social. Certamente, a beleza e a feiúra não são fenômenos de um indivíduo isolado, mas fenômenos sociais da maior importância (SCHILDER, 1994, p. 231).

Atualmente o componente da aparência é um fator importante na construção da imagem corporal; não é o único, claro, mas tem crescido sua influência no desenvolvimento desta. Na sociedade contemporânea a aparência tem sido igualada cada vez mais à personalidade do indivíduo, sendo este julgado a partir do que as outras pessoas vêem. Daí nasce um grande problema: os estereótipos, não só do obeso, mas de qualquer indivíduo que seja diferente do que hoje é considerado “normal”. Muitas vezes, para atingir tais padrões, os meios utilizados têm sido dietas hipocalóricas e exercício físico de forma descontrolada e equivocada, prejudicando a saúde mental e física como um todo.

Se a pessoa não se aceita ela tem grandes chances de ter problemas em função disso, pois com distúrbios em sua imagem corporal ela se torna mais vulnerável a influências negativas do ambiente. Além do mais, a auto-estima é diretamente influenciada pela imagem corporal, o que potencialmente pode piorar o estado e magnitude dos problemas. Ao não conseguir desenvolver estratégias positivas para lidar com esses problemas, ela pode desenvolver alguns distúrbios de ordem psicológica por não compreender como funciona o imaginário social da gordura e da obesidade. “Quando nos subordinamos a uma imagem ideal de corpo, sacrificamos uma realidade interna, nos afastamos de nossos desejos, de nossas limitações e nossas ações perdem o caráter humano pois são por si só, vazias de significado” (TAVARES, 2003, p. 116)

A obesidade é considerada um desvio da normalidade, e além do preconceito sofrido em função do estigma do obeso, o indivíduo com sobrepeso sofre com o grande conflito entre a vontade de emagrecer e o desejo e prazer de comer. Grande parte da população deseja a magreza, porém vive “gordinha” e sofre com essa contradição.

Fischler (1995) faz uma análise sobre a “visão” da gordura e de algumas características atribuídas ou esperadas das pessoas com excesso de peso. Afirma que através do corpo, em particular da corpulência, passam significados sociais muito profundos. O homem gordo, por exemplo, é visto como forte e, diferentemente das mulheres, a gordura se “transforma” em músculos e a voracidade em bom apetite, que é justificado pela necessidade de produzir força.

Segundo a autora essa ótica pode gerar uma dupla imagem: alguns os vêem como pessoas simpáticas, extrovertidas, alegres e bem-humoradas que trazem o riso em diversas situações nas quais pode ser considerado um desviante integrado, embora alguns acreditem que tudo isso é uma forma de dissimular uma tristeza e um sofrimento em sua intimidade com sua

corpulência muitas vezes indesejada e extremamente combatida. A outra visão do obeso é uma que suscita reprovação ou até mesmo aversão: o gordo é visto como um doente ou um glutton irresponsável por si mesmo e que ao mesmo tempo é egoísta, já que o que ele come em excesso falta para as demais pessoas de seu convívio (violação das regras da divisão dos alimentos), sendo-lhe portanto negado o respeito.

Fischler (1995) destaca ainda que muitas vezes as pessoas do meio acadêmico se questionam se os obesos são culpados ou vítimas de sua situação: vítimas do mau funcionamento de suas glândulas e de fatores hereditários ou culpados de sua gula exagerada, que viola as regras sociais que governam o comer, o sentir prazer, o trabalho e o esforço, o desejo e o controle. A partir disso nasce um preconceito, em função de um julgamento moral, de que esses são os únicos culpados de sua condição, diferentemente de outros preconceitos como a cor da pele, que são fatores que o indivíduo não controla. É um dos preconceitos mais recorrentes e menos combatidos e comentados.

Os extremos são tratados com segregação e preconceito, e no caso da obesidade, muitas vezes são vítimas de aproveitadores que oferecem dietas “milagrosas” sem esforço algum (FISBERG, 1995). São ainda perseguidos e afastados do convívio social, incluindo o esportivo, tanto no lazer como nas aulas de Educação Física em função do preconceito das pessoas. Este é um fator que tem grande destaque no agravamento do quadro. Andrade (1995) diz que na escola geralmente as crianças obesas são rejeitadas pelos colegas, esquecidas no recreio e apelidadas, fazendo com que sintam a hostilidade do grupo com o qual convivem. Muitas vezes respondem com comportamentos agressivos e acabam sendo ainda mais rejeitadas, outras crianças se isolam e se protegem atrás da idéia de auto-suficiência.

Campos (1995) faz comentários sobre a maneira como o bebê e a relação com a mãe pode influenciar no surgimento do hábito de comer. Há alguns anos o bebê gordo era sinônimo de uma criança saudável. As mães muitas vezes não estavam atentas para as reais necessidades dos filhos: chorar não significa necessariamente fome, pode haver outros motivos. Ao ouvir a criança chorar, muitos pais oferecem alimento, gerando na criança, que ainda não tem um aparelho psíquico maduro, uma associação de “estímulo desagradável – alimento – conforto – estímulos agradáveis dos pais”. Quando ela cresce tem dificuldade para encontrar um estado de saciedade, já que o alimento tornou-se a “solução” ou forma de amenizar conflitos e angústias. Em outras palavras, ela leva para a vida a necessidade de comer para resolver ou compensar

problemas (desenvolvimento primitivo de personalidade). O obeso passa a “sentir” uma impossibilidade de adiar a satisfação, buscando sempre a satisfação imediata de necessidades e impulsos, dificultando a obtenção de prazer de outras formas.

Campos (1995) cita em seu artigo a autora Melanie Klein, quando esta diz que a voracidade pode também ter origem na privação ou medo dela; acaba tornando-se uma defesa contra o pavor da fome. As dietas extremamente privativas aliadas a um posterior acesso à vontade geram esse tipo de comportamento de voracidade, caracterizado como comportamento bulímico. Muitas vezes dietas constantes de pacientes obesos ajudam a perpetuar o comportamento patológico.

4.4.3 Diferenças e estigma

A obesidade durante a infância e principalmente durante a adolescência tem importante impacto no desenvolvimento psicológico. Discriminação, apelidos, dificuldade de se relacionar, baixa auto-estima e isolamento social são muito freqüentes na vida dos mesmos. Esses aspectos comprometem em longo prazo a escolaridade, os relacionamentos afetivos e a busca por trabalho.

Serão destacados alguns pontos para que possamos pensar a criança obesa na escola - as dificuldades encontradas em seu convívio escolar:

Amaral (1998) discorre sobre a presença de preconceitos e a conseqüente discriminação vivida pelos “significativamente diferentes”, impede em muitos momentos que a criança desfrute plenamente a sua infância. Mas quem são esses diferentes? Como podemos decretar que alguém é diferente?

Para tanto se faz necessário falar um pouco sobre normalidade e homogeneidade, que correspondem à adoção de um certo modelo em função de alguns parâmetros. Amaral (1998) defende três padrões para definir esse indivíduo desviante, que tem como critérios dados estatísticos, o caráter estrutural/funcional ou o de cunho psicossocial, que é o “tipo ideal”.

Os dados estatísticos levam em conta a média, portanto todos aqueles que se

afastarem desta são diferentes. A autora afirma que não lhe parece algo que seja deveras real já que não leva em conta a especificidade das diferenças significativas. A autora conta uma anedota que me parece bastante ilustrativa a respeito da adoção deste padrão: se colocássemos a cabeça de um indivíduo no forno e seus pés no congelador sua temperatura média estaria ótima, embora ele estivesse morto.

O critério estrutural/funcional leva em conta tanto a competência da funcionalidade quanto a integridade da forma, que são critérios para definir modalidades de diferenças significativas. O terceiro é último critério corresponde à comparação entre uma pessoa e o “tipo ideal”, ideologicamente construído e sedimentado pelo grupo dominante.

Esse terceiro critério tem sido o mais utilizado no atual contexto social e por isso a aproximação total ou parcial é perseguida consciente ou inconscientemente por todos, uma vez que o afastamento dela caracteriza o desviante. Esse protótipo é utilizado no cotidiano para a categorização e validação do outro. É esse terceiro parâmetro, um “mix” dos outros dois, o responsável pela legitimação de preconceitos e estigmas. Nós, como professores, devemos reconhecer que as diferenças existem e problematizar os parâmetros adotados para definir esses desviantes a partir de questionamentos e elaborar junto com os alunos e demais professores uma nova forma de lidar com essas diferenças, que é uma expressão da diversidade da natureza humana, descartando a forma de patologização do desvio, que é o mais comum em nossa cultura.

A autora segue falando do estigma imputado a todas as pessoas que se afastam da idealização corrente em determinado contexto. Este é um sinal, uma marca que pode ser desencadeado em função do corpo, de opções comportamentais e de inserção tribal. No caso dos obesos, esse estigma ocorre em função de seu corpo. Muitos mitos são criados e perpetuados socialmente a partir de generalizações indevidas criando barreiras atitudinais. Essa pessoa acaba por perder sua identidade e individualidade, pois não é considerada alguém em alguma condição específica (no caso o excesso de gordura corporal), tornando-se, numa visão geral, alguém totalmente ineficiente em todos os aspectos. Nas aulas de Educação Física o que fica em maior evidência é o aspecto motor, a questão da habilidade.

A atitude por trás do preconceito baseia-se a priori em conteúdos emocionais, e por isso podemos dizer que esses são como filtros de percepção, segundo Amaral (1998), que fazem com que as pessoas não percebam a totalidade dos seres, configurando uma predisposição perceptual. As atitudes, principalmente do professor, que bem ou mal é um referencial, dão base

para ações e reações no convívio com crianças que são alvo de atenção.

Continuando seu raciocínio sobre o tema, a autora afirma que a concretização do preconceito se dá de fato pela relação vivida com um estereótipo, não com uma pessoa. O estereótipo, no caso, é a concretização do preconceito, que cria tipos fixos e imutáveis para caracterização (particularização). É esse estereótipo que será alvo de ações, já que ele se interpõe entre o agente e a pessoa real à sua frente.

Creio que cabe aqui ressaltar a diferenciação entre deficiência, incapacidade e desvantagem, afinal, o obeso se encaixa em qual “perfil”? Amaral (1998) utiliza algumas definições baseada na Organização Mundial da Saúde - 1989. São elas:

➤ *Deficiência*: refere-se a uma perda ou anormalidade de estrutura ou função relativa à toda alteração do corpo ou da aparência física, de um órgão ou função qualquer que seja sua causa.

➤ *Incapacidade*: refere-se à restrição de atividades em decorrência de uma deficiência em termos de desempenho.

➤ *Desvantagem*: refere-se à condição social de prejuízo resultante de deficiência e/ou incapacidade.

Assim sendo, podemos analisar o obeso tendo como referência essas definições. Atendendo às mesmas podemos incluir o obeso na condição de deficiência já que ele apresenta uma anormalidade corporal que é o excesso de gordura. E em função da mesma, é taxado de incapaz em muitas tarefas motoras por não ter um bom desempenho nas atividades. Principalmente nas aulas de Educação Física, a criança obesa possui uma desvantagem em comparação às demais crianças já que muitas vezes é ridicularizado e excluído de atividades até mesmo participando delas em teoria. Exemplo: num “pique bandeira” que consiste em pegar a bandeirinha no lado do adversário; algumas vezes os colegas não permitirão que ele a leve de volta para seu campo, pois será pego em função de ser menos veloz.

Não podemos permitir que alguém seja excluído de nossas aulas e tampouco que ele fuja das mesmas, por isso devemos estar atentos às individualidades e particularidades de nossos alunos ao propor as atividades de um determinado conteúdo. Abaixo está a frase de um relato de aulas de Educação Física que resume e ilustra bem a situação de uma aluna que não participava das aulas em função de deficiência física em consequência de poliometrite na infância quando diz “Eu me sentava ali por perto e ficava, mais uma vez, observando o mundo acontecer”

(AMARAL, 1998, p. 29).

Podemos e devemos, como educadores, conversar com nossos alunos para que eles reflitam criticamente sobre as diferenças. Todos nós, de certa forma, temos alguma incapacidade ou desvantagem; ninguém é bom em absolutamente tudo e que só se está em desvantagem em relação a algo ou alguém (relativização): cada um se destaca em alguma tarefa, seja ela motora ou não. Amaral (1998) diz que são nesses momentos que devemos chamar a atenção para a manifestação da diversidade humana, onde brota uma nova dinâmica nas interações pessoais e esta não deve ser a de perfeição x imperfeição ou a de eficiência x deficiência.

Partindo das idéias apresentadas por Amaral (1998), podemos trazer pra dentro de nossas aulas discussões e questionamentos conceituais para encaminhar novas formas de interação social. Claro que esse é um trabalho que leva tempo, já que a reflexão é continuada e compartilhada com muitas pessoas, mas cada um de nós (partindo do micro) pode revolucionar alguns postulados hegemônicos. Assim essa revolução conceitual pode ser trabalhada no cotidiano escolar.

4.5 Reflexões no contexto da Educação Física

As alterações ou distúrbios da imagem corporal, a partir do momento que são constatados, devem ser analisados para subsidiar uma proposta de tratamento ou ação pedagógica. Alguns autores falam da atividade física como “experiência emocional corretiva”, que teria como função auxiliar na melhora da auto-estima, dificuldade nas relações sociais, condição física e outros aspectos do aluno, já que seria nesse espaço que se dariam atividades para que estes vivenciassem experiências emocionais e sociais de fundo perceptivo-corporal que oportunizassem a expressão de suas sensações. Essas atividades devem desenvolver na criança um sentimento de aceitação e tolerância com relação às experiências de seu corpo, e ainda a criatividade de possibilidades de movimento (exploração de novas tarefas que provocam mudanças na percepção corporal).

Amaral (1998) diz que o professor deve ter cuidado com as correlações lineares

que são bastante comuns em nossos meio, acreditando que se uma dada atividade é boa para uma pessoa ou grupo então ela terá a mesma resposta e êxito em outras turmas com características semelhantes. Deve ter também grande cuidado com formas de compensação, simulação e atenuações (“café-com-leite”) com seus alunos; não só com os obesos, mas com todos aqueles que são diferentes, especialmente se for algo visível, que chame a atenção das demais crianças. Isso gera frustração e descontentamento tanto nessa criança como nas demais que não têm esse tipo de tratamento. Para tanto é necessária uma reflexão sistemática sobre o fazer pedagógico pelo corpo docente, discutindo e analisando condutas e estratégias no âmbito educacional.

As crianças obesas devem conceber a atividade física não somente como uma maneira de perder calorias, mas também como uma forma prazerosa de aprendizagem sobre si próprio, e sobre as pessoas que o cercam; entender que o corpo é um meio de expressão, uma marca da pessoa no mundo. A importância do mundo externo para a experiencição da imagem corporal e do movimento deve ter espaço nas aulas de Educação Física, que em teoria, se bem trabalhada, devem proporcionar isso a seus alunos.

O professor não consegue operar de maneira direta com distúrbios da imagem corporal de seus alunos, mas tem condições de desenvolver um trabalho que possibilite a mudança das bases internas de seus alunos não só com o movimento, mas através de reflexões e discussões em grupo. Na escola, a estimulação da atividade física poderia ser melhorada caso fossem utilizadas atividades não competitivas já que, nestas, as crianças obesas são logo excluídas.

De acordo com Tavares (2003), as aulas de Educação Física devem proporcionar um contato mais profundo com as sensações, que são o alicerce para a construção da identidade corporal. Nascemos com um corpo, mas precisamos experimentá-lo para que este se manifeste e exista para nós como unidade. Lembrando ainda que é necessário ter uma visão integrada dos inúmeros aspectos do corpo (social, psíquico e fisiológico), nunca direcionando para um corpo como soma das partes. Esse corpo é uma referência de nossas potencialidades e limitações, mas devemos conhecê-lo e usufruir desse conhecimento.

A Educação Física deve conseguir de seus alunos, principalmente dos obesos, que na maioria das vezes têm problemas ou distúrbios de sua imagem corporal, o reconhecimento e a integração das percepções que ampliam a intimidade e a familiaridade consigo mesmo. Devemos compreender os conflitos e a ansiedade da infância sem diminuir os fenômenos

próprios dessa fase.

Um dos problemas que o professor enfrenta diariamente é o fato de que hoje as sensações corporais estão cada vez mais desconectadas do sujeito, que tem buscado a satisfação apenas no que é culturalmente considerado prazeroso, anulando-se como indivíduo com necessidades e desejos próprios. Isso vem ocorrendo com cada vez mais frequência desde as idades mais precoces. Em consequência, a valorização da singularidade tem perdido força, o que compromete uma identidade corporal integrada e positiva, consciente de aspectos afetivos, sociais e fisiológicos referentes ao corpo. Logo, não há um reconhecimento de possibilidades e aceitação de limitações corporais.

As aulas devem levar em conta aspectos culturais e do ambiente físico para que as atividades tenham significado real e possam evidenciar aspectos das relações interpessoais que se estabelecem. Assim, o professor pode intervir de maneira a colocar em pauta assuntos da atualidade e temas que surgem no transcorrer das aulas a partir de questionamentos espontâneos das crianças ou mesmo de “cutucões” do professor.

Tavares (2003) destaca alguns princípios facilitadores do processo de desenvolvimento da imagem corporal e veremos de que maneira o profissional de Educação Física poderá utilizar-se deste para desenvolver um trabalho com crianças obesas:

1. É essencial para a organização da imagem corporal um trabalho coeso de corpo e mente + movimento e percepção + relações afetivas e sociais.
2. Deve-se estar atento às influências do ambiente, que podem alterar o funcionamento dos órgãos causando doenças agudas ou crônicas, que por sua vez serão responsáveis por modificações da forma como nos sentimos e como sentimos o mundo externo.
3. As terapias corporais efetivas, que geram a integração das percepções ampliando a intimidade e a familiaridade consigo mesmo, e as terapias psicológicas são as principais causadoras de modificações na identidade e na imagem corporal.
4. Reconhecer o outro é uma etapa posterior à capacidade de reconhecer a si mesmo.
5. A proposta de intervenção para o desenvolvimento da imagem corporal inclui o estabelecimento de uma relação corporal empática que tenha sustentação do “desejo” e da estrutura da identidade e da imagem corporal do profissional.
6. A restrição de manifestações corporais, freqüentes em pessoas obesas, por

motivos intrínsecos ou extrínsecos são limitadores do desenvolvimento da imagem corporal.

7. Ao reconhecermos nossas sensações corporais poderemos alcançar a compreensão de seus significados. Ao “dialogarmos” com nosso corpo, incluímos nesse processo nossas emoções e desejos.

Para resumir as idéias apresentadas, a autora monta um esquema ilustrativo:

Reconhecer → sensações corporais, estado de saúde, → **conhecer significados**
(*continência*) expectativa a respeito do trabalho, (*consciência*)
valores culturais, circunstanciais

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O professor desempenha um papel fundamental para o desenvolvimento da imagem corporal de seus alunos, principalmente daqueles que, como os obesos, têm maiores chances de terem distúrbios ou alterações na imagem corporal. Ele é responsável por propiciar a seus alunos um ambiente saudável de convivência e este deve ser propício para que as crianças “vivam” seu corpo e compreendam tanto o funcionamento orgânico como as possibilidades do mesmo através da percepção do movimento e das sensações advindas deste.

As aulas em si devem ater-se não ao certo ou errado, mas sim à exploração da capacidade individual dos alunos, principalmente os menos habilidosos, para que estes possam aumentar sua habilidade motora, confiança e independência na realização dos movimentos. Com isso espera-se que eles construam uma imagem saudável do movimento e de seus corpos movimentando-se também.

Ele deve ainda preocupar-se com a inclusão das crianças nas atividades propostas para que estas tenham oportunidade de vivenciar experiências que lhes permitam conhecer seu corpo e aceitá-lo por meio do aumento desse auto-conhecimento e que seja capaz de estabelecer relações com a turma e com o professor.

O corpo deve ser visto na totalidade, como algo uno. Para que o professor possa trabalhar esse tipo de aspecto com seus alunos, este deve ter um bom conhecimento do seu “eu” e ter vivências suficientes, embora elas nunca se esgotem, para desenvolver com seus alunos o maior número de possibilidades e gerar vivências e experiências diversas. Esse conhecimento auxilia no cumprimento das “tarefas” de um professor, pois acredito que isso facilite nos relacionamentos que são estabelecidos e na maneira como o professor lida com eventuais problemas e dificuldades individuais e da turma.

As conversas durante as aulas são momentos que podem gerar um *feed-back* para o professor, tanto das atividades que propõe como do que seus alunos pensam sobre alguns assuntos. Temas relacionados ao corpo podem ser discutidos, principalmente a questão das diferenças como representação da diversidade humana. Estas podem ocorrer em outras

disciplinas também, inclusive entre professores para gerar uma reflexão de um fazer pedagógico, no qual cada professor elabora estratégias educacionais que levem em conta as características de seus alunos e para desenvolver um trabalho único através de perspectivas diferentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARAL, L.A. Sobre crocodilos e avestruzes: falando de diferenças físicas, preconceitos e sua superação. In: AQUINO, J.G. **Diferenças e Preconceitos na Escola: Alternativas Teóricas e Práticas**. São Paulo: Summus, 1998. p. 11-30

ANDRADE, T. M. Estudos psicológicos de crianças e adolescentes obesos. In: FISBERG, M. e colaboradores. **Obesidade na infância e adolescência**. São Paulo: Fundo Editorial BYK, 1995. p.100-104

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

CLAUDINO, A. M.; ZANELLA, M. T. **Guia de transtornos alimentares e obesidade**. São Paulo: Manole, 2005.

DEVELOPED by the National Center for Health Statistics - NCHS. 2000. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/nchs/Default.htm>>. Acesso em: 12 Out 2006.

DÂMASO, A.R.; TEIXEIRA, L.R. CURI, C.M.O.N. Atividades Motoras na Obesidade. In: FISBERG, M. e colaboradores. **Obesidade na infância e adolescência**. São Paulo: Fundo Editorial BYK, 1995. p. 91-99

ERIKSON, E.H. Crescimento e crises. In: MILLON, T. **Teorias da Psicopatologia e Personalidade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1979. p. 91-104

FISBERG, M. Obesidade na infância e adolescência. In: FISBERG, M. e colaboradores. **Obesidade na infância e adolescência**. São Paulo: Fundo Editorial BYK, 1995. p. 9-13

FISCHLER, C. Obeso benigno, obeso maligno. In: SANT'ANNA, D. B. **Políticas do Corpo**. São Paulo: Estação Liberdade, 1995. p. 69-79

GALLAHUE, D. L. **Compreendendo o Desenvolvimento Motor: bebês, crianças, adolescentes e adultos**. São Paulo: Phorte, 2001.

MARTINS, A. M.; MICHELETTI, C. Aspectos genéticos da obesidade. In: FISBERG, M. e colaboradores. **Obesidade na infância e adolescência**. São Paulo: Fundo Editorial BYK, 1995. p. 19-27

MATARUNA, L. Imagem corporal: noções e definições. **Revista digital-Buenos Aires**. Buenos Aires, n. 71, p. 1, abr. 2004. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd71/imagem.htm>>. Acesso em: 18 Out 2005

MELLO, E. D. et al. Obesidade infantil: como podemos ser eficazes?. **Jornal de Pediatria. (Rio de J.)**, Porto Alegre, v. 80, n. 3, p.173-182, jun. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572004000400004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 Out 2006.

MONTE, O.; LONGUI, C.A. **Endocrinologia para o pediatra**. São Paulo: Atheneu, 1992.

MORAIS, M.B.; CAMPOS, S.O.; SILVESTRINI, W.S. **Guia de Pediatria**. São Paulo: Manole, 2005.

NUNES, M.A.A. et al. **Transtornos Alimentares e Obesidade**. Porto Alegre: ARTMED, 2002.

OLIVEIRA, C. L. et al . Obesidade e síndrome metabólica na infância e adolescência. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 17, n. 2, p. 237-245, jun. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732004000200010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 set. 2006.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Doenças Crônico-degenerativas e obesidade: Estratégia Mundial sobre alimentação Saudável, atividade Física e Saúde**. Brasília, 2003. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/publicmo.cfm?codigo=66>>.

RABELO, L. M. et al. Peculiaridade do metabolismo lipídico do obeso. In: FISBERG, M. e colaboradores. **Obesidade na infância e adolescência**. São Paulo: Fundo Editorial BYK, 1995. p. 59-64

SCHILDER, P. **A imagem do corpo: as energias construtivas da psique**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

SCHUSSEL, E. Y. **Obesidade - visão multidisciplinar**. In: FISBERG, M. e colaboradores. **Obesidade na infância e adolescência**. São Paulo: Fundo Editorial BYK, 1995. p. 138-147

SETIAN, N. **Endocrinologia pediátrica: aspectos físicos e metabólicos do recém nascido ao adolescente**. São Paulo: Sarvier, 1989.

SILVA, G. A. P; BALABAN, G; MOTTA, M. E. F.A. Prevalence of overweight and obesity in children and adolescents of different socioeconomic conditions. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, n. 1, p. 53-59, mar. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292005000100007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 08 ago. 2006.

TADDEI, J. A. A. C. Epidemiologia da obesidade na infância. In: FISBERG, M. e colaboradores. **Obesidade na infância e adolescência**. São Paulo: Fundo Editorial BYK, 1995. p. 17-18

TAVARES, M.C.G.C.F. **Imagem Corporal: conceito e desenvolvimento**. São Paulo: Manole, 2003.

TURTELLI, L. S. **Relações entre imagem corporal e qualidade de movimento: uma reflexão a partir de uma pesquisa bibliográfica**. 2003. 332f. Tese (Doutorado em Educação Física)- Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

VÍTOLO, M.R.; VALVERDE, M.A. Tratamento dietético da criança obesa. . In: FISBERG, M. e colaboradores. **Obesidade na infância e adolescência**. São Paulo: Fundo Editorial BYK, 1995. p. 84-90

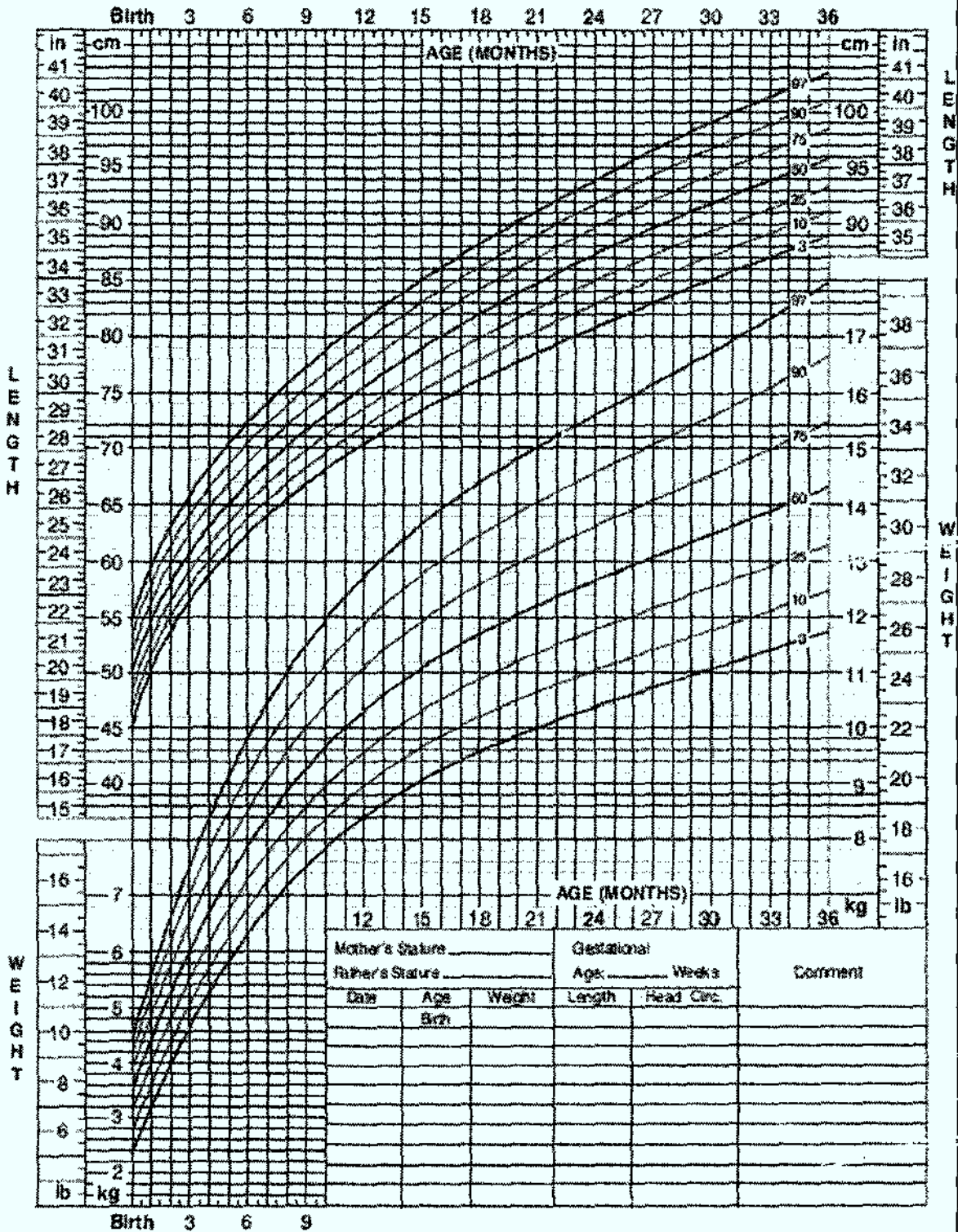
ANEXO 1 - Gráfico para acompanhamento do crescimento de 0 a 36 meses (sexo feminino)

Birth to 36 months: Boys

Length-for-age and Weight-for-age percentiles

NAME _____

RECORD # _____



Published May 20, 2000 (modified 4/20/01).
 SOURCE: Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with
 the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000).
 at <http://www.edc.gov/growthcharts>



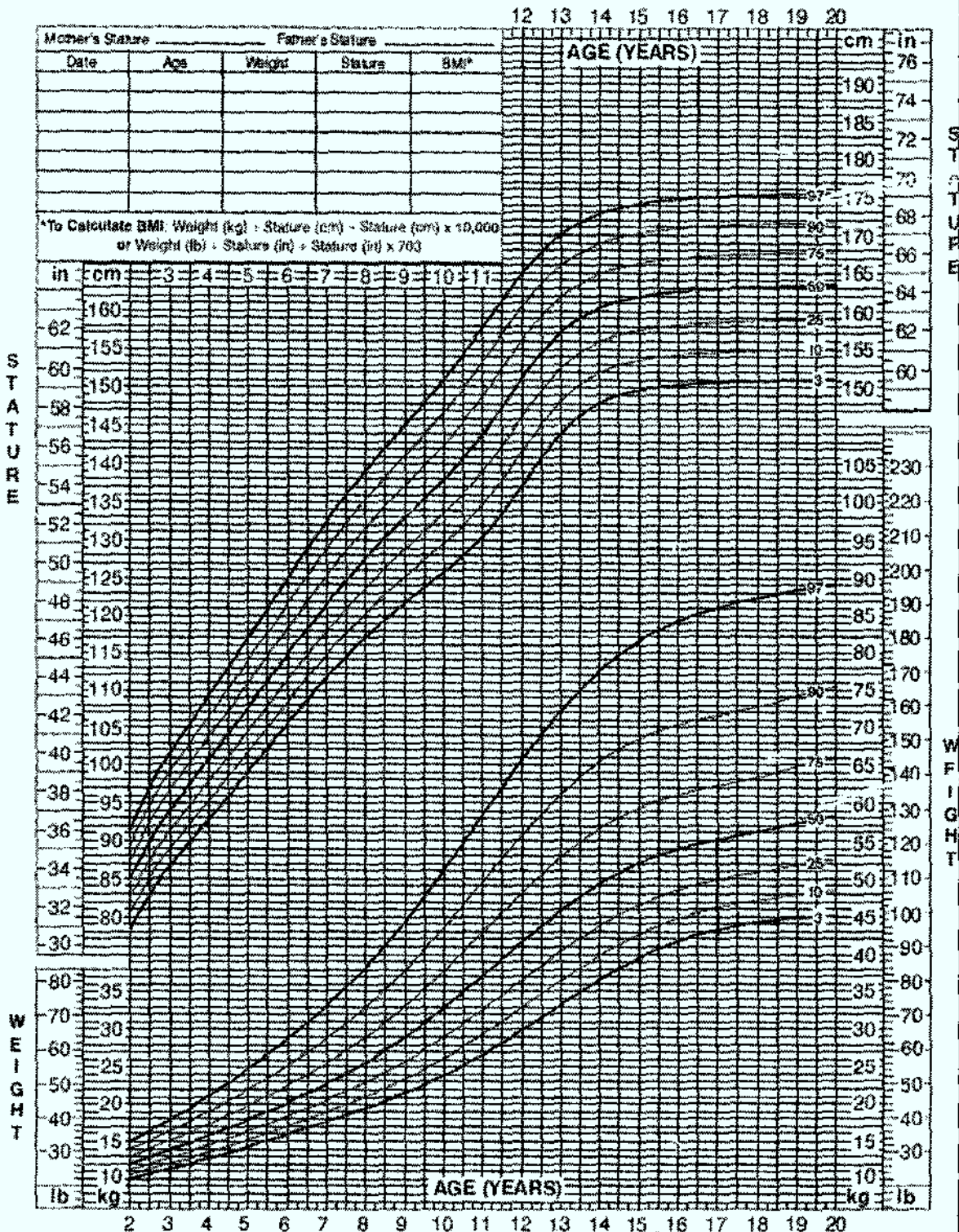
ANEXO 2 – Gráfico para acompanhamento do crescimento de 2 a 20 anos (sexo feminino):

2 to 20 years: Girls

NAME _____

Stature-for-age and Weight-for-age percentiles

RECORD # _____



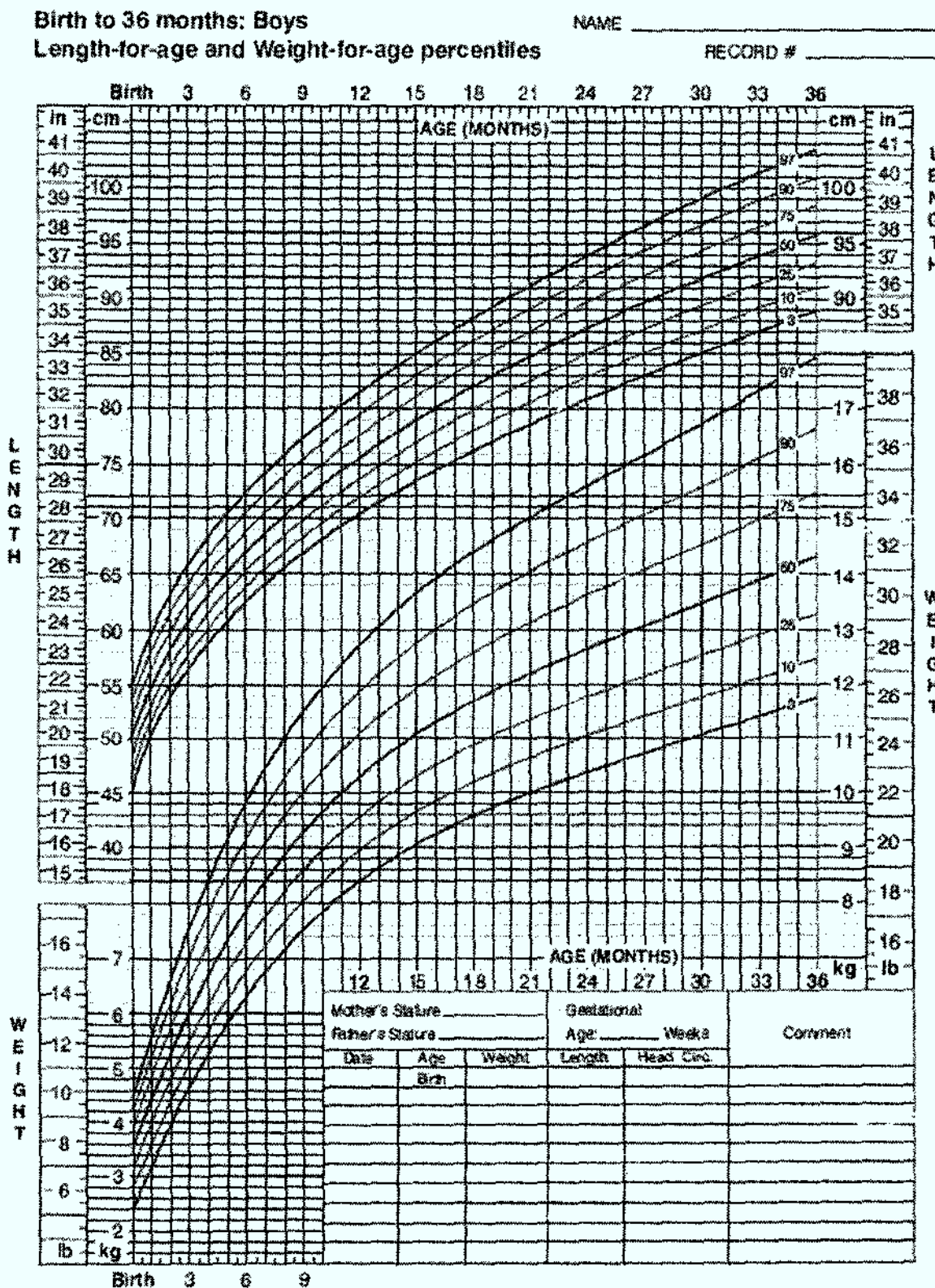
Published May 20, 2000 (modified 11/21/00)

SOURCE: Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000). <http://www.cdc.gov/growthcharts>



SAFER • HEALTHIER • PEOPLE™

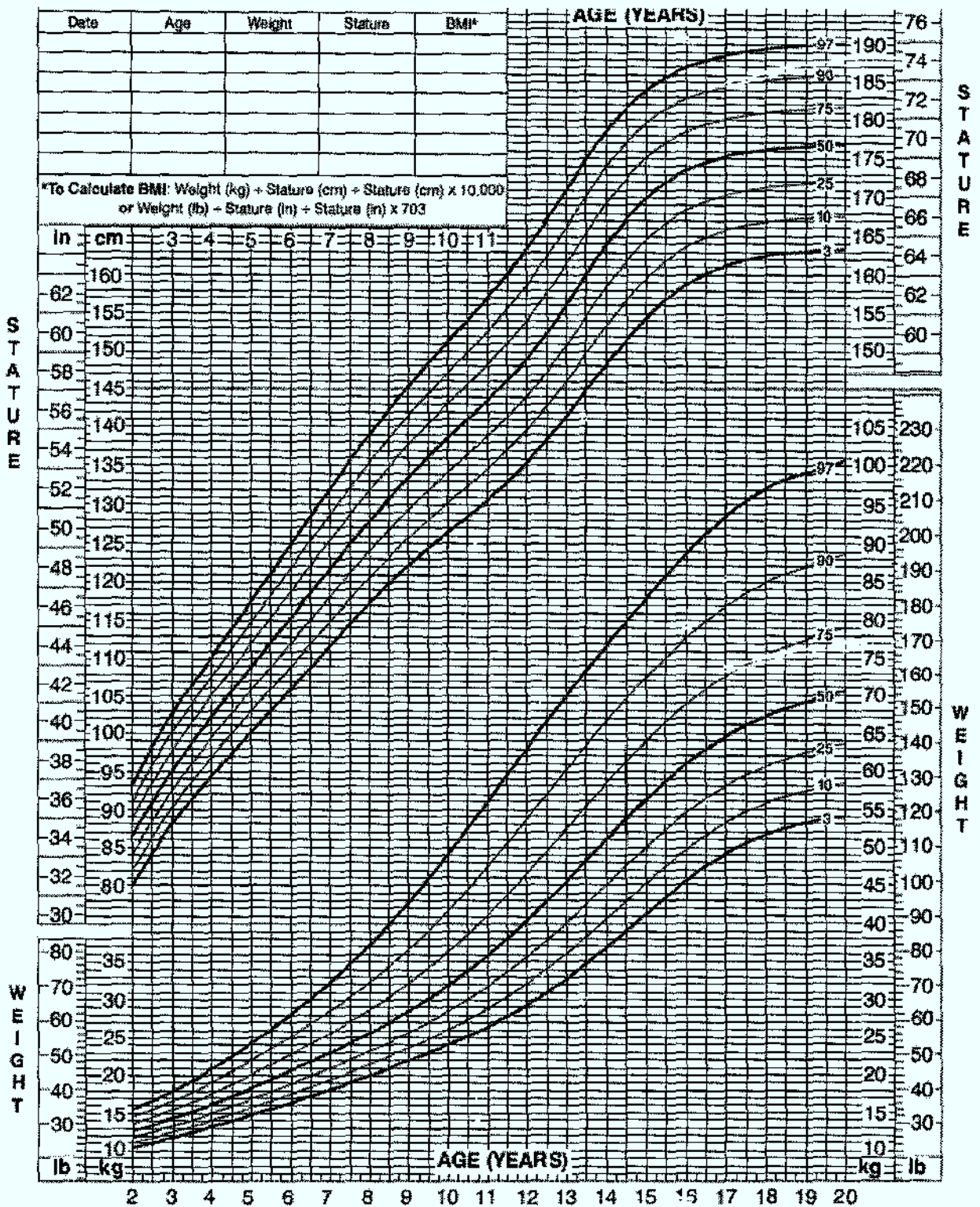
ANEXO 3 – Gráfico para acompanhamento do crescimento de 0 a 36 meses (sexo masculino):



Published May 85, 2000 (modified 4/20/01).
 SOURCE: Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000).
<http://www.cdc.gov/growthcharts>



ANEXO 4 – Gráfico para acompanhamento do crescimento de 2 a 20 anos (sexo masculino):



Published May 30, 2000 (modified 11/21/00).

SOURCE: Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000). <http://www.cdc.gov/growthcharts>



SAFER • HEALTHIER • PEOPLE™