

CANDIDA MARISA BETONI OLCHENSKI

**ANÁLISE DA DISCURSIVIDADE SOBRE A OBESIDADE
EM ADOLESCENTES COM SOBREPESO OU OBESAS DE
UMA ESCOLA NA CIDADE DE CAMPINAS, SOB A ÓTICA
DA ANÁLISE DO DISCURSO**

CAMPINAS

UNICAMP

2011

CANDIDA MARISA BETONI OLCHEWSKI

**ANÁLISE DA DISCURSIVIDADE SOBRE A OBESIDADE
EM ADOLESCENTES COM SOBREPESO OU OBESAS DE
UMA ESCOLA NA CIDADE DE CAMPINAS, SOB A ÓTICA
DA ANÁLISE DO DISCURSO**

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação
da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade
Estadual de Campinas, para obtenção do título de Mestre
em Saúde Coletiva, área de concentração Epidemiologia

Orientador: Prof. Dr. Carlos Roberto Silveira Corrêa

CAMPINAS

UNICAMP

2011

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecária: Rosana Evangelista Poderoso - CRB-8ª / 6652

O11a Olchenski, Candida Marisa Betoni
Análise da discursividade sobre a obesidade em adolescentes com sobrepeso ou obesas de uma escola na cidade de Campinas, sob a ótica da análise do discurso / Candida Marisa Betoni Olchenski. - Campinas, SP: [s.n.], 2011.

Orientador: Carlos Roberto Silveira Corrêa
Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas,
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Obesidade. 2. Discurso. 3. Adolescente. 4. Saúde pública.
5. Dieta. I. Corrêa, Carlos Roberto Silveira. II. Universidade Estadual
de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Título em inglês: Discourse analysis about obesity, from an optical perspective, in overweight or obese teenagers in a school in the city of Campinas

Keywords: • Obesity
• Discourse
• Adolescent
• Public health
• Diet

Titulação: Mestrado em Saúde Coletiva

Área de concentração: Epidemiologia

Banca examinadora:

Prof. Dr. Carlos Roberto Silveira Corrêa

Prof. Dr. Cláudia Regina Castellanos Pfeiffer

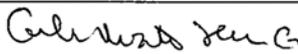
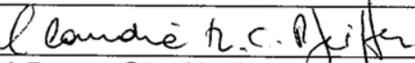
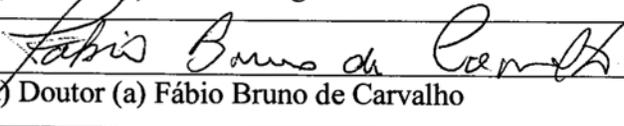
Prof. Dr. Fábio Bruno de Carvalho

Data da defesa: 18-02-2011

Banca examinadora de Dissertação de Mestrado

Cândida Marisa Betoni Olchenski

Orientador(a): Carlos Roberto Silveira Corrêa

Membros:	
Professor (a) Doutor (a) Carlos Roberto Silveira Corrêa	
Professor (a) Doutor (a) Cláudia Regina Castellanos Pfeiffer	
Professor (a) Doutor (a) Fábio Bruno de Carvalho	

Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas.

Data: 18/02/2011

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço à pequena Gabriela, que de certa forma deu início ao grande desejo de buscar compreensão nas questões difíceis da vida e também, com amor ao Wladimir, Rafaela e Felipe que estiveram ao meu lado em todos os momentos e pela ajuda crucial nos domínios do computador bem como por pacientemente esperarem que muitas coisas possam ser realizadas somente após fevereiro de 2011.

Sou especialmente grata ao meu orientador Prof. Dr. Carlos - Calucho - pela paciência em todo o processo de construção desta dissertação e pela grande oportunidade de aprendizagem. Agradeço também à Prof^a. Dr^a. Cláudia Pfeiffer pelas valiosas contribuições em todas as etapas da dissertação, ao Prof. Dr. Celso Stephan pelo apoio oferecido e a todos os outros professores e funcionários da pós-graduação da FCM e do IEL.

Aos novos amigos que fiz durante este percurso, em especial Marília e Sérgio pela ajuda e carinho em todos os momentos.

Agradeço à colega e psicóloga Débora Bicudo, pela tão gentil indicação e acolhimento no Grupo Primavera. Ao Sr. John Sieh, fundador e diretor executivo da instituição, pela confiança depositada em meu trabalho. Meus agradecimentos à inestimável ajuda da diretora pedagógica Ruth Oliveira. Finalmente, meu muito obrigada também a todos os funcionários desta instituição e a todas as alunas que contribuíram para esta pesquisa.



RESUMO

Constata-se que, nas últimas décadas, o peso médio da população, independentemente do gênero, idade, ou extrato social, tanto nos países desenvolvidos como nos que estão em desenvolvimento, vem aumentando progressivamente. A obesidade é considerada doença multifatorial pela OMS e tem um caráter epidêmico, portanto um problema de saúde pública. Muitos estudiosos vêm pesquisando o assunto na esperança de identificar formas eficazes de tratamento duradouro para a perda de peso. As abordagens mais utilizadas para o tratamento da obesidade são, entre outras, as prescrições de dieta, mudanças no estilo de vida, atividades físicas, terapia com fármacos ou psicológica. Estas intervenções, no entanto, não têm diminuído a curva de crescimento do número de obesos e das doenças desencadeadas pela obesidade, tornando-se um desafio para a saúde pública encontrar respostas para a dificuldade do obeso em aderir à dieta, perder peso e manter esta perda. De acordo com os órgãos de saúde pública, a obesidade é particularmente importante entre crianças e adolescentes porque eles têm grande chance de serem obesos na vida adulta. Além disso, o adolescente está construindo a sua auto-imagem e o corpo obeso pode ser fonte de uma inadequação social, com todo o sofrimento que advém desta percepção. Para compreender as dificuldades de adesão ao tratamento proposto pelo conhecimento biomédico, este trabalho analisou a discursividade de meninas adolescentes com sobrepeso ou obesas, alunas de uma ONG situada em um bairro da zona norte da cidade de Campinas. Foram selecionadas 10 adolescentes interessadas em participar de um Grupo Focal que abordou o tema da obesidade e as formas de intervenção para a perda de peso propostas pelo modelo biomédico. Após a transcrição deste encontro, o material foi analisado de acordo com a Análise do Discurso (AD), teoria francesa de Michel Pêcheux e Eni Orlandi no Brasil. Entendemos que as condições históricas constroem práticas discursivas por meio das quais o obeso se significa no mundo e que conhecê-las ajudará a compreender a adolescente diante da

dificuldade em perder peso. Como resultado, compreendemos que há por parte do discurso médico, uma sobredeterminação do corpo ao sujeito e a adolescente é determinada pela obesidade. No entanto, a jovem se recusa a ser significada nesta posição de obesa e doente, resistindo a este discurso e a esta determinação.

Palavras-chave: obesidade, discurso, adolescente, saúde pública, dieta.



ABSTRACT

It is shown that on the last decades, the average weight of the population, apart from genre, age or social extract, in both developed countries and countries that are still developing, are progressively increasing. Obesity is considered a multi-factorial disease by WHO and has a epidemiological character, therefore, a public health problem. Many studies are researching the subject on the hope of identifying effective ways of a durable treatment for weight loss. The approaches more used obesity treatments are within others, diet prescriptions, changes on the life style, physical activities drug or psychological therapies. These interventions, however, have not decreased curve of growing obesity cases and of the diseases caused by obesity, becoming a challenge for public health finding answers for the difficulty of the obese to adhere a certain diet, losing weight and keeping this loss. According to the public health agencies, obesity is particularly important among children and teenagers because they have great chances of being obsess on their adult life. In addition to that, the adolescent is building a self image and the obese body can be a source of a social inadequacy, with all the suffering that comes from this perception. In order to comprehend the adhesion difficulties to the suggested treatment by the biomedical knowledge, this work has analyzed the discourse of teen girls that are overweight or obese, girls of an NGO situated in a northern neighborhood on the city of Campinas. There were selected 10 adolescents interested in participating of a Focal Group that approached the obesity theme and the ways of intervention for the weight loss suggested by the biomedical model. After the transcription of this meeting, the material has analyzed to the technique of Discourse Analysis (AD), French theory of Michel Pêcheux and Eni Orlandi in Brazil. We understand that the historical conditions build up discourse practices through which the obese gives a meaning to herself on the world and that getting to know these practices will help to comprehend the adolescent facing the difficulties of losing weight. As a result, we comprehend that there is by the medical discourse an over determination of the body to the subject and to the adolescent

determined by the obesity. However the teenager refuses being signified on this position of obese and sick, resisting to this discourse and to his determination.

Key-words: obesity, discourse, adolescent, public health, diet.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABESO	Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica
AD	Análise do Discurso
AMB	Associação Médica Brasileira
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
IMC	Índice de Massa Corporal
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAN	Política Nacional de Alimentos e Nutrição
PSF	Programa de Saúde da Família
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Prevenção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
WHO	World Health Organization

	Pág.
RESUMO	v
ABSTRACT	viii
1- INTRODUÇÃO	14
1.1- Perfil epidemiológico	15
1.2- Definição de obesidade	17
1.3- Histórico da obesidade	18
1.4- Ação do estado e responsabilidade do obeso	21
1.5- Formas de intervenção para o controle da obesidade	26
2- ADOLESCÊNCIA E OBESIDADE	31
3- JUSTIFICATIVA	36
4- QUESTÃO DA PESQUISA	38
5- OBJETIVOS	40
5,1- Geral	41
5.2- Específicos	41

6- POPULAÇÃO ESTUDADA E METODOLOGIA.....	42
6.1- Grupo primavera.....	43
6.2- Grupo focal.....	45
6.3- Análise do discurso.....	49
7- RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	58
8- CONCLUSÃO.....	80
9- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	86
10- ANEXO.....	93



1- INTRODUÇÃO

1.1- Perfil epidemiológico

As mudanças no mercado que aconteceram após a Segunda Guerra Mundial, se caracterizaram pelo aumento da escala da produtividade industrial. O processo de urbanização, o desenvolvimento da tecnologia e o incremento do comércio desencadearam mudanças também nos hábitos alimentares desde esta época. No Brasil o aumento da produção e da comercialização de alimentos industrializados, aconteceu a partir da década de 1980. Este tipo de alimento era aquele que o estilo de vida urbano demandava, tanto pelo baixo custo, como pelas jornadas de trabalho mais longas e pelo menor tempo para o preparo das refeições. O processo de industrialização dos alimentos tem sido apontado como um importante fator responsável pelo aumento energético na dieta da população ocidental (Garcia, 2003; Mendonça e Anjos, 2004).

No Brasil, devido às grandes diferenças regionais e culturais, não é possível falar em um mercado homogêneo de consumo alimentar, pois há uma enorme variação de hábitos, de renda e de acesso aos alimentos. No entanto, nas duas últimas décadas, houve um predomínio no consumo de alimentos industrializados em todas as classes de renda e uma redução de consumo de alimentos *in natura* (Mendonça e Anjos, 2004).

Os alimentos industrializados, mais baratos e de fácil acesso, refletiram na “transição nutricional” no Brasil. Ela é provocada por modificações importantes no padrão de nutrição da população associado a alterações da “modernidade” ligadas às mudanças de consumo alimentar, que acompanham mudanças econômicas, sociais e demográficas (Vermelho e Monteiro 2002).

Do ponto de vista nutricional, no entanto, estes alimentos são muito calóricos, ricos em sódio e favorecem a obesidade. Os alimentos naturais como frutas e legumes para uma dieta equilibrada e de baixa densidade calórica são mais caros e com pouco acesso da população geral (Vermelho e Monteiro 2002; Mendonça e Anjos 2004).

Associado a esses aspectos nutricionais, observamos que no Brasil, a partir de 1930, houve uma mudança no perfil epidemiológico da população, com um declínio das doenças parasitárias e infecciosas que se mantêm até hoje, associada a um aumento da prevalência das doenças crônico-degenerativas. É entre elas que se enquadra a obesidade como doença. (Vermelho e Monteiro, 2002).

Outro aspecto relevante que está associado com esta mudança do perfil epidemiológico é o de que também se constata na população uma diminuição na atividade física e um consumo excessivo de alimentos, ou seja, além de comer alimentos mais calóricos a população está comendo maior quantidade de alimentos (Mendonça e Anjos, 2004).

As estatísticas indicam que a incidência da obesidade vem aumentando nos últimos anos. Pesquisas americanas revelam aumento acelerado no peso médio da população norte americana, o que também está sendo detectado em outros países, tanto nos desenvolvidos como naqueles que estão em desenvolvimento, fazendo com que ela seja considerada uma epidemia mundial. (Cardoso et al. 2009).

O Ministério da Saúde no Brasil, realizou pesquisa através de inquérito telefônico (VIGITEL), e os resultados apontam para um aumento da obesidade nos brasileiros, afirmando que 13,9% dos brasileiros adultos são obesos. Destes, a obesidade aumentou especialmente em mulheres, causando grande preocupação (Deborah Malta, 2009; Vigel 2008).

Atualmente a obesidade pode ser considerada doença epidêmica, um transtorno nutricional de alta prevalência, atingindo ambos os sexos e idades, que assumiu um lugar de preocupação e um desafio à Saúde Pública. (Vermelho e Monteiro, 2002).

1.2- Definição de obesidade

Para o Ministério da Saúde no Brasil:

“A obesidade, definida como um estado em que o percentual de gordura corporal no indivíduo se encontra elevado, deve-se em última instância a um desequilíbrio entre a ingestão e o gasto de energia nas 24 horas”... “De acordo com a comunidade científica, a obesidade é encarada como distúrbio clínico-metabólico de origem multifatorial. Fatores genéticos, emocionais e de estilos de vida estão intimamente relacionados à gênese e/ou manutenção da obesidade. Crianças e adolescentes obesos são adultos obesos em potencial” (Brasil, Ministério da Saúde, 2010).

E de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS):

“A obesidade tem alcançado proporções epidêmicas no mundo, pelo menos 2,6 milhões de pessoas morrem a cada ano como resultado do sobrepeso ou obesidade. Uma vez associado a países de alta renda, a obesidade agora também é prevalente em países de baixa e média renda“Os governos, os parceiros internacionais, a sociedade civil, as organizações não governamentais e o setor privado têm um papel vital a desempenhar para contribuir para a prevenção da obesidade” (WHO 2010).

A obesidade pode ser classificada em dois tipos, exógena que é aquela que se refere à obesidade sem causa orgânica em sua etiologia, e a endógena que é associada a causas orgânicas. As causas exógenas, que estão associadas

com a ingestão de alimentos mais calóricos e em maior quantidade, são responsáveis pela maior parte dos casos de obesidade (Battistoni, 1996).

Várias são as consequências da obesidade e entre elas estão: o diabetes, a hipertensão, as doenças cardiovasculares, disfunções pulmonares e endócrinas, problemas psicossociais e diversos tipos de câncer (Cardoso et al. 2009).

A obesidade é diagnosticada a partir do IMC (Índice de Massa Corporal) que é a relação entre o peso em quilos dividido pelo quadrado da altura em metros (Kg/m^2). Se esse índice apresenta valor abaixo de 18,5, o adulto apresenta magreza, entre 18,5 e 24,99 o peso é considerado normal. Quando o valor é igual ou superior a 25, há sobrepeso, e acima de 30 a obesidade é diagnosticada (WHO, 1995).

Não há um cálculo padrão em todo o mundo para a medida de IMC na infância e adolescência. O Brasil adota a recomendação do CDC 2000 (Centers for Disease Control and Prevention) americano. O IMC é calculado de forma a obter um correspondente por percentil-idade, o sobrepeso é definido com um IMC igual ou acima do percentil 85 e inferior ao 95. A obesidade é diagnosticada com um IMC igual ou acima do percentil 95. (CDC 2000).

1.3- Histórico da obesidade

O conhecimento dos problemas de saúde relacionados ao excesso de peso vem desde a época de Hipócrates quando este escreveu: “a corpulência não é apenas doença em si, mas é prenúncio de outras”. (in: Bain, 2006).

Foi nos Estados Unidos que o tema obesidade se tornou particularmente importante nas discussões científicas e governamentais desde o início do século XX devido ao seu aumento progressivo da prevalência ao longo dos anos. (Bain, 2006). A partir deste momento, a preocupação com a obesidade se dissemina para outros países, inclusive para o Brasil.

Uma das consequências mais importantes da obesidade discutidas nesta época foi a associação com a mortalidade precoce. Outra é a constatação de sua associação com o desenvolvimento de outras doenças, grande parte delas crônicas. Estas constatações levaram as companhias de seguro americanas, já nas primeiras décadas do século XX, a diferenciar o valor das taxas do seguro de vida para os clientes com excesso de peso. (Caballero e Wang, 2006).

Em 1940, em função da Segunda Grande Guerra, torna-se prioridade assegurar a nutrição da população, ganhando ímpeto o processo de industrialização dos alimentos ricos em calorias e de fácil preparo, o que vai favorecer, posteriormente, o desequilíbrio na população entre consumo e gasto de energia.

Lester Breslow, na década de 1950 publica o estudo referente ao crescimento da obesidade entre adultos nos EUA e as consequências deste aumento para a saúde pública (Caballero e Wang, 2006).

Breslow analisou a associação da obesidade com a mortalidade precoce causada por doenças crônicas, principalmente as cardiovasculares, afirmando que a obesidade era um fator relacionado a estas doenças, principalmente entre homens brancos de 35 a 64 anos, período considerado produtivo para o trabalho dos homens. Os resultados desta análise mostraram que a taxa de mortalidade nesta idade eram maiores nos EUA do que em muitos outros países da Europa Ocidental. Constatou-se neste estudo também a falta de atividade física na população.

O estudo de Breslow foi publicado em 1952 e fazia um alerta à saúde pública americana defendendo a popularização dos benefícios do controle de peso para reduzir a mortalidade precoce. Este alerta teve baixa repercussão à época, embora seu autor tenha sido o primeiro pesquisador a expor publicamente o problema. Sugeriu ainda a criação de grupos de controle de peso para estimular os indivíduos a perder peso quando não conseguiam sozinhos. De acordo com Olshansky (2006) estes grupos permanecem até hoje com o nome de Vigilantes

do Peso e os programas de orientação de dieta equilibrada e hábitos saudáveis proposto por Breslow ainda são intervenções utilizadas por profissionais para orientar os pacientes a perder peso.

O estudo de Breslow à época teve baixa repercussão, no entanto, dois outros relatórios, um produzido na década de 60 e outro na de 1970, retomaram os conceitos de Breslow, apontando para um aumento da incidência das doenças relacionadas à obesidade como hipertensão, doenças cardíacas e diabetes (Caballero e Wang, 2006).

No entanto neste período os EUA estavam muito ocupados com as questões do tabagismo e do câncer de pulmão, tirando a atenção da obesidade (Bain, 2006).

Para Bain (2006), a obesidade ganhou mais relevância como problema de saúde pública nos EUA a partir da década de 80, e passou a ser tema dos órgãos de saúde governamentais, que optaram por orientar a população para o controle de peso. Para Olshansky (2006) há mais de 50 anos Breslow já falava em popularizar o peso ideal, sendo que este é um modelo bom para a lógica da saúde pública.

Para Pomeranz (2008), no entanto, as políticas de nutrição, entre as quais se incluem as de controle de obesidade já foram determinadas anteriormente quando o Estado define quais alimentos e de que tipos devem receber incentivos econômicos para sua produção e comercialização. O discurso da saúde pública na formulação destas ações de prevenção e promoção de saúde é atravessado por uma política econômica configurada no capital, que disponibiliza alimentos inadequados à população.

1.4- Ação do estado e responsabilidade do obeso

O Estado se sensibiliza para o tema da obesidade a partir do aumento de sua prevalência e de sua incidência, bem como a partir de sua relevância social e formula políticas públicas para combater essa doença.

A formulação das políticas públicas se caracteriza pela responsabilização do obeso (Pomeranz, 2008). Ao indivíduo obeso cabe a tarefa de perder peso e ele é o responsável pelas falhas na implementação destas políticas. A ênfase foi colocada no indivíduo e assim se mantém até os dias de hoje.

Vários fatores contribuem para que o indivíduo obeso não cumpra essa tarefa que lhe foi designada, como, por exemplo, a vida sedentária, as atividades de entretenimento eletrônico e o fácil acesso aos produtos alimentícios de baixa qualidade. (Caballero e Wang 2006).

Para compreender um pouco mais como essas dificuldades estão ligadas à omissão de ações do governo para resolver o problema, Pomeranz apresenta o consenso de especialistas, elaborado nos EUA cuja conclusão é de que o meio em que o indivíduo vive, incluindo-se a fraca regulamentação de propagandas e os estímulos à indústria alimentícia, é o principal responsável pela obesidade além da alimentação calórica e da pouca atividade física que o indivíduo executa. Percebe-se um esforço do Estado para culpar o obeso pelo excesso de peso (Pomeranz, 2008).

Este processo de culpabilizar o obeso baseado nesta teoria de responsabilidade, passou a ser socialmente aceitável, e com ela o Estado demonstra preocupação para com este grupo, promovendo grandes ações populares de prevenção e de tratamento da obesidade, sempre preocupado com a saúde física do obeso. Estas ações impressionam pelo grande porte social e aparentemente aos olhos da sociedade, o governo faz a sua parte. Quem não quer perder peso é o indivíduo. Estas leis de proteção e promoção da

saúde consideram o obeso uma vítima, mas de si mesmo. A culpa é do obeso (Pomeranz, 2008).

Entretanto, responsabilizar o indivíduo como culpado por seus problemas de saúde é um processo que propicia a discriminação e segrega o obeso em um grupo estigmatizado e rotulado da doença, assim como aconteceu há algumas décadas entre os indivíduos infectados pela AIDS que mantêm até hoje o estigma associado à população homossexual masculina. O autor chama esse fenômeno de discriminação socialmente aceitável e que ele coloca em desvantagem os grupos afetados (Pomeranz, 2008).

Nesta perspectiva, o governo fica livre de tratar o problema de acordo com sua real gravidade, que exige atitudes efetivas sobre questões mais complexas relativas ao meio externo, como por exemplo, a regulamentação de publicidade de alimentos, revisão do apoio governamental às indústrias alimentícias, disponibilização de alimentos adequados à saúde, alimentos de qualidade a preços acessíveis e outros (Pomeranz, 2008).

Enquanto a saúde pública procura orientar e disciplinar a população obesa propondo uma alimentação mais saudável, trocando os salgadinhos industrializados pelas frutas, por exemplo, ele não é efetivo em dar condições para que esta troca aconteça e que seja possível para o consumo social geral, as frutas continuam mais caras que os salgadinhos. As ações do governo para mudanças de estilo de vida e de comportamento do obeso como sugerem grande parte das pesquisas científicas só desviam e afastam a atenção da sociedade para exigir a promoção de ações eficazes de prevenção sobre o meio externo (Pomeranz, 2008).

O discurso público utiliza a razão, o convencimento nas suas ações, desprezando o homem enquanto um ser subjetivo com várias outras formas de conhecimento adquiridos ao longo da vida sobre si além da ciência racional e objetiva imposta, a sociedade acredita que o governo faz sua parte e passa a discriminar o obeso como um resultado de falha pessoal, ele é quem não cuida de

si, tornando-os estigmatizados. Essa visão social colabora para manter grupos discriminados com a impressão de “separados, mas iguais”. Esta discriminação socialmente aceitável demonstra o grande impacto que o poder público tem sobre o senso comum e vice-versa (Pomeranz, 2008).

Podemos fazer essas mesmas constatações para o Brasil. As ações praticadas e priorizadas pelo Ministério da Saúde são baseadas nas pesquisas científicas realizadas sobre o tema e nas estatísticas relativas ao crescimento da obesidade no país. Por exemplo, o programa de orientação alimentar, elaborado e publicado nas páginas do PSF (Programa de Saúde da Família) e do PNAN (Política Nacional de Alimentação e Nutrição) apresenta as orientações básicas para a prevenção de doenças e promoção de práticas alimentares saudáveis e de exercícios físicos, que visam prevenir e controlar os distúrbios nutricionais. Alguns textos enfatizam a importância dessa atuação ocorrer desde a infância, uma vez que a prevalência da obesidade tem crescido entre crianças e adolescentes brasileiros (Ministério da Saúde, 2010).

Atualmente, duas ações importantes voltadas especificamente para os jovens estão em andamento em mais de 500 municípios brasileiros. Uma das ações é a Caderneta de Saúde do Adolescente, criada pela Área Técnica de Saúde do Adolescente e Jovem. Pretende-se com esta caderneta, acompanhar o crescimento e desenvolvimento do jovem, monitorando ano a ano o seu peso e sua altura para a prevenção da obesidade. Outra ação é o Programa Saúde na Escola, uma parceria entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação que visa educar os jovens sobre alimentação saudável para toda a vida (Brasil, 2010). Constatamos nessas ações, novamente, como já advertira Pomeranz, que o Estado transfere para o indivíduo a responsabilidade para a perda de peso.

A ciência vê o homem enquanto um objeto de estudo, buscando comprovar um conhecimento baseado em pesquisas mais aprofundadas resultando num saber que é transmitido à população como verdade e o argumento é de que esta verdade tem o objetivo de melhorar o bem estar do homem. Ela é apropriada por quem tem poder para fazer valer a seu favor, neste caso o

governo. O poder público adota, transforma e faz a adequação do conhecimento científico às suas necessidades usando linguagem simplificada e, assim, contribui para construir um senso comum, como por exemplo, quando transforma o obeso em responsável por sua doença. Quando a Saúde Pública promove estas ações anteriormente apresentadas, a sociedade passa a acreditar que o governo faz corretamente sua parte e o obeso é responsável pelo fracasso em perder peso. Com isso a sociedade deixa de lado o conhecimento adquirido pela experiência do homem e a sua individualidade como analisa Boaventura S. Santos (2010).

Para Santos (2010), é necessário que o senso comum não seja sempre determinado pelo poder da ciência, mas possa expressar o conhecimento adquirido pelo sujeito como um ser único, marcando diferenças entre as pessoas. Este autor sugere um diálogo entre estas duas áreas de conhecimento visando o bem estar do homem e diminuindo a discriminação social deste grupo, sendo assim, é necessário ouvir o que diz este grupo, as pessoas acometidas por esta doença.

Retomando as concepções de Boaventura Souza Santos a respeito da interface entre senso comum e conhecimento científico, temos que no Brasil a Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO) é a instituição responsável pela elaboração das diretrizes concernentes ao diagnóstico, ao tratamento e à prevenção da obesidade, as que são submetidas e aprovadas pela Associação Médica Brasileira (AMB) no sentido de unificar, no âmbito do Estado e da Nação o cuidado ao paciente (ABESO, 2009/2010).

Para direcionar estas informações e orientações à população a partir das pesquisas científicas sobre o tema, o Estado reformula estes dados de forma a torná-los acessíveis à compreensão do público que se quer atingir. A proposta de educar a população em geral para adquirir hábitos de alimentação mais saudável bem como de produzir mudanças de estilo de vida e comportamento nos indivíduos, são divulgadas principalmente através da escola, dos veículos de comunicação, e dos profissionais e instituições de saúde (Santos, 2010).

De acordo com Orlandi (2009), estas informações originadas do saber científico penetram na sociedade como verdades naturalizadas, e todos passamos a acreditar que o poder do Estado cuida deste problema da melhor forma possível, o obeso é que não faz sua parte.

Enquanto alguns pesquisadores cobram uma ação do governo eficaz de combate às desigualdades e disparidades sociais e uma ação eficaz do Estado para o controle da industrialização alimentícia, houve uma notável evolução tecnológica e química para o tratamento das doenças decorrentes da obesidade, além das intervenções cirúrgicas que têm como objetivo fazer o indivíduo perder peso.

Hoje o que se vê é um declínio da mortalidade por doenças cardiovasculares, diabetes e artrites em obesos graças ao desenvolvimento de medicamentos mais avançados. Os tratamentos para algumas doenças decorrentes da obesidade são tão avançados e eficazes que o indivíduo não se inclui mais nas estatísticas de mortalidade precoce, este fato permite concluir que hoje, a perda de peso tem menor efeito sobre a mortalidade como afirmava Breslow em 1952. O melhor conhecimento científico para o tratamento destas doenças promoveu uma população mais obesa, mais diabética e com mais artrite, mas com diminuição de mortalidade. No entanto, para Caballero e Wang (2006), isto não pode ser considerado um progresso.

Hoje estamos mais aptos a tratar as complicações decorrentes da obesidade, mas não a obesidade (Olshanky, 2006).

De um modo geral, a obesidade e suas causas ainda são tratadas com intervenções de prevenção e controle sobre o indivíduo, que não resolvem o problema, ela continua crescendo no mundo todo enquanto as doenças decorrentes da obesidade vão sendo tratadas com grande sucesso. O combate à obesidade precisa ir além das indicações de Breslow, que ainda colocam em primeiro plano a responsabilidade e o esforço do obeso para perder peso, apagando as condições de produção sócio-históricas que produzem a obesidade,

para isso, necessitam incluir também um esforço do poder público para solucionar as questões relativas ao meio ambiente (Uauy e Lock, 2006).

1.5- Formas de intervenção para o controle da obesidade

Na literatura científica encontramos muitas publicações que se referem às várias abordagens para a prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade. Na maior parte destas publicações, as intervenções mais indicadas para perder peso, envolvem mudanças de estilo de vida, de hábitos alimentares, introdução de exercícios físicos regulares, terapia química e psicológica e também os tratamentos cirúrgicos.

Entretanto, parece haver por parte dos pesquisadores, um esforço maior centrado nas propostas de prevenção da obesidade, já que muitos deles concordam quanto à maior dificuldade de combater a doença depois de desenvolvida. Desta forma, alguns estudos sugerem ao poder público, idéias de ações voltadas para a prevenção.

Dentre estes está o estudo de Sichieri (2000) que propõe a criação de guias alimentares que contenham informações sobre a obesidade ofereçam programas de intervenção que valorizem a saúde alimentar e que possam ser distribuídos à população de todo o país através da saúde pública.

Outros estudos sugerem programas específicos de atenção à saúde para crianças e adolescentes nas escolas de todo o país, com o objetivo de informar e orientar sobre alimentação saudável e exercícios físicos enquanto os jovens ainda estão formando conceitos e hábitos de vida, favorecendo a prevenção de futuros problemas com a obesidade (Fernandes RA, 2009; Gabriel et al. 2008; Conti et al. 2005).

O consenso entre vários autores sobre a importância da prevenção da obesidade se deve a acreditar que as campanhas públicas que promovem orientação e educação da população evitariam o desenvolvimento da obesidade

como se vê hoje e também garantiria uma maior adesão aos tratamentos propostos. A premissa é de que um indivíduo obeso ou não, mas consciente sobre alimentação saudável, sobre os riscos da doença e qualidade de vida, terá melhores resultados de tratamento e evitará a obesidade (Suñé et al. 2007; Terres 2006; Wanderlei e Ferreira, 2010; Kac et al.2001).

Como foi dito anteriormente, a maior parte dos casos de obesidade são de origem exógena, por isto grande parte das pesquisas estabelece diretrizes de ação sobre o meio ambiente, o estilo de vida das pessoas e a alimentação saudável. Isto porque reconhecem que, mesmo existindo determinação genética para o risco da obesidade, esta não é uma influência inevitável para ser obeso quando o ambiente, a alimentação e a qualidade de vida são saudáveis, estes fatores são decisivos para a manutenção de um peso adequado (Oliveira, 2003).

Quanto aos tratamentos para perda de peso depois que a obesidade foi desenvolvida, também encontramos várias pesquisas da área da saúde. Alguns exemplos neste sentido são os programas de atenção multiprofissional de longo prazo para tratamento da obesidade. Estes programas muitas vezes contam com um ou mais profissionais da área da saúde, como o médico, nutricionista, educador físico e psicólogo.

Alguns estudos utilizaram programas de intervenção nutricional associado a exercícios físicos de longo prazo com jovens obesos. Estes sujeitos recebiam orientações nutricionais e estímulo para manterem-se em atividades físicas durante os encontros regulares do grupo. Há relatos de resultados positivos para perda de peso ao final dos programas, considerados capazes de acarretar mudanças nos hábitos alimentares. Entretanto, a adesão dos jovens aos programas é difícil e a manutenção do peso ideal poucas vezes é mantida. (Brandalize 2010; Farias 2009; Monteiro et al. 2004; Prado 2009; Sabia et al. 2004; Torres Leal 2009).

Nesta linha de terapias de longo prazo com grupos de jovens obesos, interessou-nos também um estudo denominado “problematização individual ou em grupo”. Este pesquisador relata que a intervenção foi eficaz para a conscientização e mudança dos padrões alimentares levando à perda de peso. É uma técnica de problematização que rejeita situações formais de ensino-aprendizagem e engloba a construção autônoma de estratégias e ações para a perda de peso, que se identificam com a realidade e história de vida do sujeito. Não há informação sobre a manutenção destas mudanças de hábitos após o final do programa (Rodrigues, 2006).

Para qualquer forma de tratamento para perda de peso, independente do número de profissionais envolvidos, Müller (1999) ressalta a importância da relação médico-paciente-família. Isto porque a tendência da obesidade na família é relevante para a formação de hábitos alimentares que influenciam a alimentação de todos e dificultam mudanças de comportamento alimentar para o obeso que busca tratamento. Afirma que a família necessita ser inserida no processo de tratamento, pois as dietas de longo prazo exigem que os padrões alimentares adquiridos em casa sejam rompidos e modificados. Caso isto não aconteça, aumenta a dificuldade em manter o paciente em dieta e obter resultados positivos para perda de peso. O autor salienta ainda que os fatores psicossociais são decisivos para o tratamento de obesos, e que tais fatores devem ser trabalhados com cada paciente.

Durante a leitura destes estudos para prevenção e perda de peso, nossa atenção se deteve na observação das várias técnicas avaliadas nas pesquisas com o intuito de ajudar o indivíduo a perder peso e manter esta perda após o tratamento. A dificuldade em trabalhar com o obeso para atingir este objetivo é um desafio para os pesquisadores há muitos anos. Algumas pesquisas apresentam os índices de abandono e as dificuldades de adesão do obeso ao tratamento, bem como a posterior manutenção da perda de peso ao final dos programas de intervenção.

Apresentaremos a seguir alguns exemplos relativos a estas dificuldades. Uma destas pesquisas relata que foi oferecido como forma de tratamento a um grupo de jovens, um trabalho de enfoque educacional sobre a saúde, a doença, os alimentos de qualidade, os hábitos e comportamentos pessoais através de encontros mensais. Foi observado um abandono progressivo de 43% dos participantes (Zambon et al. 2008).

Numa variação de pesquisa multiprofissional, uma delas associou exercícios físicos monitorados por profissional de educação física três vezes por semana, encontros regulares para discussão em grupo sobre a obesidade e suas formas de prevenção e tratamento além de incluir a família nas discussões. Embora os encontros fossem freqüentes, reforçando e estimulando o obeso a participar, o abandono ao tratamento girou em torno de 40% (Cardoso, 2007).

Outra pesquisa utilizou como forma de tratamento para perda de peso entre jovens, a terapia comportamental e cognitiva. Este programa de terapia de grupo foi de longo prazo, os autores afirmam que esta técnica é positiva para perda de peso, mas apesar do acompanhamento continuado, há dificuldade em manter as pessoas comparecendo aos programas, relatam a falta de adesão e de comprometimento dos jovens obesos para perder peso durante o tratamento e a manutenção de resultados após o final do programa foi pequena (Ades e Kerbauy, 2002).

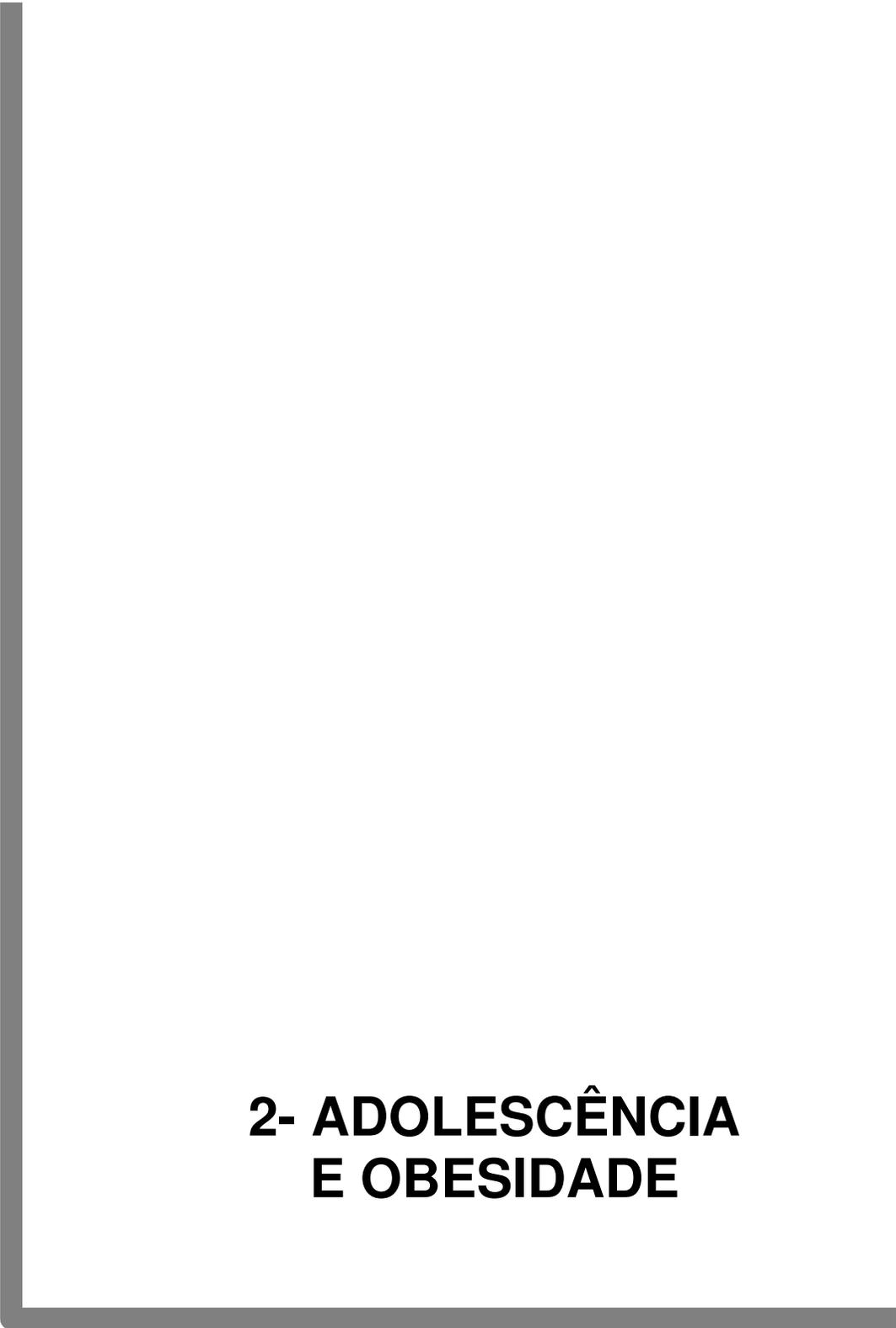
Os autores acima acreditam que além das dificuldades de adesão do obeso à dieta para perder peso, parece haver pouco esforço dos profissionais de saúde no sentido de ajudar a atingir este objetivo. Para eles, o profissional deve levar em conta a própria responsabilidade em aumentar a adesão e auxiliar o paciente no comprometimento com o programa de perda de peso, trabalhando e compreendendo, sobretudo as necessidades e comportamentos alimentares dos mesmos.

Considerando também o fator de preocupação sobre a manutenção do peso após os tratamentos de perda de peso, um destes estudos reavaliou jovens adultos que participaram de um programa de longo prazo de tratamento para

perda de peso quando adolescentes. O objetivo foi verificar como os participantes encontravam-se em relação à obesidade dois anos após a finalização do programa. Observou-se que, embora a maioria deles tenha perdido peso durante o programa, mais de 50% deles não manteve a perda de peso adquirida durante o tratamento. O autor sugere que o conhecimento adquirido durante o programa em grupo permaneceu na memória dos jovens, mas as mudanças de atitude e o aprendizado foram limitados (Martins, 2004).

Quando os exercícios físicos, a alimentação equilibrada e a mudança de hábitos de vida não são suficientes ou possíveis para que o obeso diminua o peso e se mantenha magro, mas ainda considerando as medidas individuais em resposta ao esforço do obeso para perder peso, alguns deles recorrem à cirurgia bariátrica, após a indicação médica. Este é um tipo de intervenção mais radical que ainda enfrenta muitas críticas, porém, apresenta resultados satisfatórios para perda de peso em grande número de casos. A experiência de tratamento cirúrgico vem sendo executada desde 1954 de acordo com publicações médicas e é mais comum a utilização de métodos cirúrgicos restritivos para a ingestão de alimentos (Marchesini in: Franques e Loli, 2006).

Considerando estas leituras e as propostas destes autores, bem como as dificuldades apontadas para o tratamento da obesidade, buscamos compreender a problemática da adesão e manutenção aos tratamentos para perder peso, analisando a discursividade de um grupo de adolescentes obesas.



2- ADOLESCÊNCIA E OBESIDADE

Não há um consenso entre os autores sobre qual a faixa etária correspondente à adolescência, variando entre 10 e até 24 anos de idade. O mais comum no Brasil é a utilização da idade estabelecida pelo Estatuto da Criança e do Adolescente de 12 aos 18 anos.

Muito antes da adolescência, a partir da teoria psicanalítica, os pais idealizam o filho, que vai representar aquilo que gostariam de ser, são os ideais paternos. Enquanto criança, ela busca ancorar-se nessa imagem, construindo para si a história deste sonhado lugar no desejo dos pais, mas esta posição não será sempre possível. A distância entre o que ela é ou imagina que é e o que o outro queria que fosse aumenta à medida que a criança cresce. Com a chegada da adolescência, operam-se mudanças que vão suspender as escolhas anteriores que estavam ancoradas nos ideais parentais. Ao suspender estas escolhas, o adolescente se movimenta em direção ao seu próprio desejo e vive a angústia da perda de lugar de objeto de desejo e de satisfação dos pais, vive o luto do corpo e dos objetos infantis. Os ideais dos pais são interrogados por que o adolescente não tem como cumprir esta satisfação dos pais, ele nega ser o “eu” do outro. Surge aí um vazio entre eles levando-o a buscar novas representações para si (Aberastury, 1992; Andreozzi, 2001).

Assim, a adolescência é um momento de luto desta posição de satisfação do desejo dos pais para a construção do que imagina ser satisfatório para si. Nesta etapa, o adolescente mover-se-á entre o impulso ao desprendimento e a defesa que impõe o temor à perda do conhecido. É um movimento doloroso, que se desprende da condição de criança, do corpo infantil, da dependência dos pais da infância para adquirir uma nova identidade de adulto. Isso não é pouco para o jovem, as mudanças psicológicas que se produzem são marcadas por pensamentos e sentimentos ambivalentes, confusos, contraditórios (Aberastury, 1992).

O adolescente se depara com modificações que até então não exigiam dele posicionamentos. Enquanto seu corpo se manifesta através do estirão do crescimento e aparecimento dos caracteres sexuais, ele ainda está num processo

de reconhecimento deste mundo e para renunciar à infância, precisa elaborar esta perda que o mantinha seguro, acomodado. A problemática do adolescente passa pelas mudanças corporais e pelas angustias relacionadas a esta vivência, além da busca da definição do seu papel como homem ou mulher com vistas à procriação. Tem que renunciar a sua condição de criança e deve renunciar também a ser tratado como criança (Aberastury, 1992).

Nesta fase o adolescente exercita o controle sobre si mesmo, planeja, impõe sua vontade, frustra-se, desafia, rebela-se, resiste ao controle do adulto. Busca encontrar um lugar para inserir-se no mundo e responder por si mesmo manifestando-se com um comportamento que evidencia maturidade. Estas mudanças são lentas, acontece juntamente com as mudanças incontroláveis de seu corpo, que poderá transformar-se em algo muito distante do que desejou ser. O corpo pode servir para “falar” dos conflitos que o adolescente vive, não como uma situação patológica, mas de construção da identidade, ora preocupa-se demasiadamente com a silhueta, ora desinteressa-se por ela completamente (Aberastury, 1992).

É um exercício de ir e vir entre o desprendimento e a ligação com os pais, ansiar por crescer e refugiar-se na fantasia, são condutas infantis e atitudes adultas. Estas condutas de erros e acertos, de amor e ódio, de impulsos e frustrações são compreensíveis e até necessárias para a construção de sua identidade e personalidade (Aberastury, 1992).

O sofrimento, a contradição, a confusão e os transtornos são deste modo inevitáveis. O adolescente deseja esta reforma de si para inserir-se no mundo adulto, mas sofre para conquistá-la, é um processo que parece chegar cedo demais para ele, precisa de tempo para elaborar e acostumar-se à nova identidade que está construindo e tempo para acostumar-se com este novo corpo, criando novas referências no espaço que o cerca (Aberastury, 1992).

Para as meninas, as modificações do corpo como o surgimento dos pêlos, transformação do rosto, da pele, dos cabelos, do peso e dos seios, por exemplo, vem juntamente com a menarca. O momento é do corpo,

o espetáculo de suas modificações inelutáveis, impossíveis de dominar, tão desejadas quanto temidas. As transformações corporais que abrem para a adolescência inscrevem-se sobre um fundo de psico-sexualidade já constituída e essencialmente inconsciente como diz Jacques. A, 2001.

Considerando os conflitos naturais de crescimento do corpo nesta fase, em que o jovem apresenta constante preocupação com seu peso visando a um ideal de beleza que está associado ao corpo magro em nossa sociedade, o excesso de peso pode intensificar o sofrimento do adolescente para a aquisição de uma nova identidade neste percurso. O corpo passa a ser motivo de angústias de crescimento que podem tornar-se muito mais difíceis de controlar (Kunkel, 2009).

O adolescente está neste processo de construção, percebe-se em relação a si mesmo e em relação aos outros, é através do outro que ele se vê e ele não quer ser diferente, não há como ser diferente. A mídia materializa o conceito de beleza e o sentido é único, sem dispersão, fixado ao modelo predominante. Ser diferente é desconforto, é estar fora do consenso, ficando excluído psicologicamente e fisicamente dos espaços públicos (Souza, 2004).

Esta autora ainda diz o seguinte com relação à construção do corpo ideal:

“A linguagem que constrói o corpo feminino vem de múltiplas vias. E esses meios classificam, nomeiam e definem como esse corpo deve ser, pois a linguagem com seu caráter ideológico não apenas traduz o social, mas representa-o, cria-o. Esses saberes, essas linguagens possibilitam e criam o olhar sobre o corpo, determinando-o como um construto histórico-cultural” (p.169)

Dessa forma, estar obeso durante a adolescência torna este período mais intenso nos sentimentos de inadequação ao padrão social. Encontramos na literatura um estudo que contempla as análises estatísticas de qualidade de vida entre adolescentes obesos e não obesos. Este estudo concluiu que a qualidade de vida relacionada à saúde foi significativamente mais baixa em adolescentes com excesso de peso, nos domínios físico, social e escolar. Os resultados indicam insatisfação corporal para o obeso adolescente (sendo mais prevalente no sexo feminino) e esta insatisfação associada aos estudos científicos da doença e suas comorbidades, levam invariavelmente à prescrição generalizada de que o adolescente obeso deve perder peso para ter uma vida melhor (Kunkel, 2009).

Entretanto, em geral, na adolescência, a obesidade ainda não apresenta as complicações decorrentes desta doença, sendo assim, as maiores conseqüências da obesidade na infância e adolescência podem ser psicossociais (Kunkel, 2009).



3- JUSTIFICATIVA

Diversos fatores sensibilizaram o Estado para elaborar políticas públicas voltadas para o combate da obesidade. Um deles é a sua magnitude, uma vez que atinge um grande contingente populacional, inclusive no Brasil. Outro fator é que ela está associada a um grande número de outras doenças que podem inclusive levar à morte. Outro fator ainda é que um dos possíveis tratamentos da obesidade é facilmente percebido embora seja difícil de ser alcançado: diminuir a quantidade e melhorar a qualidade dos alimentos ingeridos.

A obesidade tem também grande relevância social uma vez que implica em segregação e sofrimento para o obeso. Além disso, a imagem do obeso e o que a obesidade e o obeso simbolizam têm determinação histórica e social.

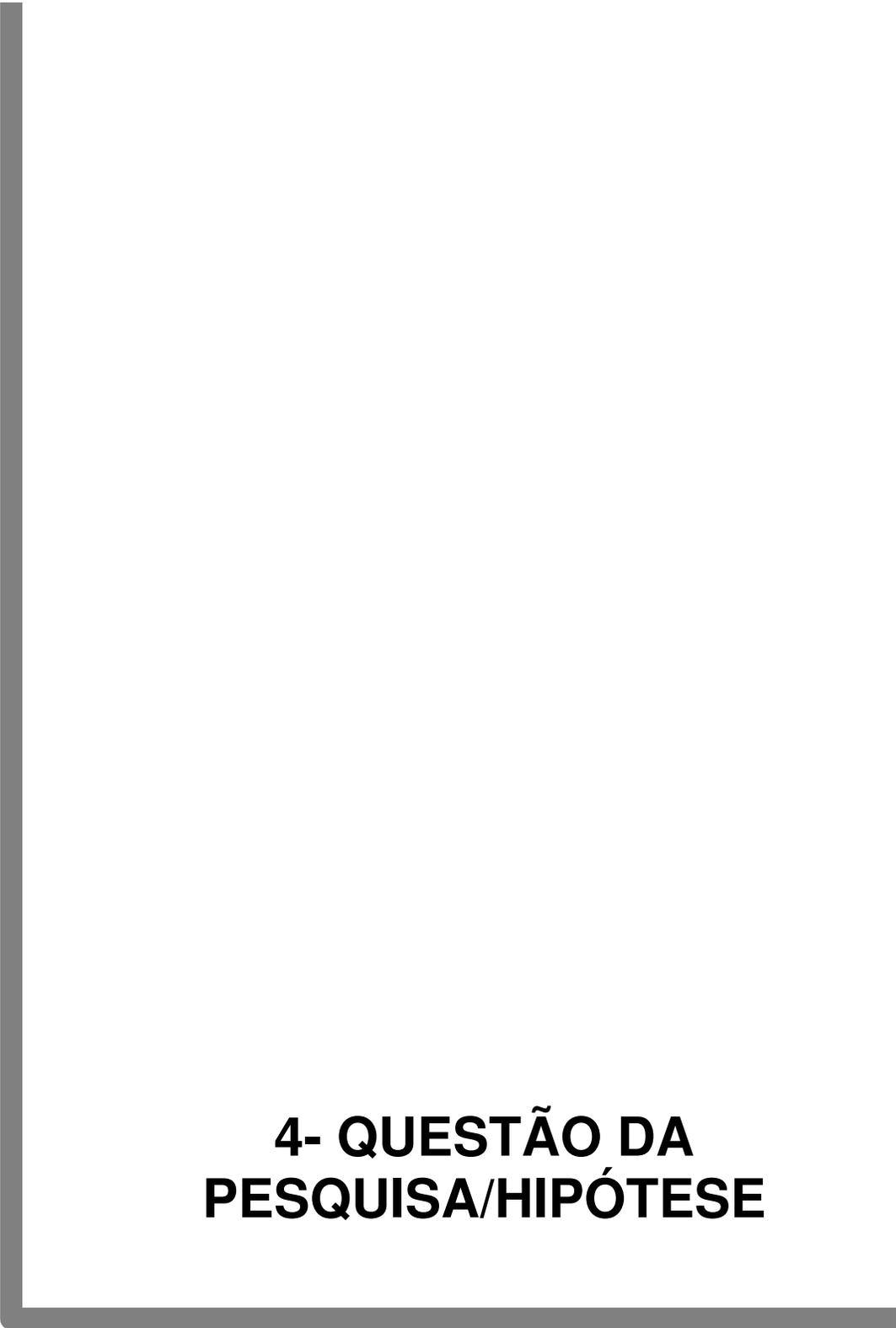
O nosso objetivo neste trabalho é antes de fazer uma avaliação dessas políticas, ajudar a diminuir o sofrimento do obeso ouvindo a sua discursividade sobre o tema e sobre as intervenções voltadas para o controle da obesidade.

Entendemos que as condições históricas constroem práticas discursivas por meio das quais o obeso se significa no mundo e que entendê-las ajudará à compreensão do obeso e até mesmo pode contribuir para o redirecionamento dessas políticas.

Para nós interessa fazer uma leitura da discursividade de adolescentes obesas através da Análise do Discurso (AD), teoria francesa de Michel Pêcheux e Eni Orlandi no Brasil.

Para esta análise, três campos disciplinares se relacionam e estarão sendo abordados a partir do discurso da adolescente obesa:

- O campo do discurso biomédico que é entrecortado pelo discurso do estado e seus desdobramentos que definem a obesidade como doença, como epidemia e a torna um problema de Saúde Pública.
- O campo da adolescência a partir de um enfoque psicanalítico, uma categoria construída historicamente e que tomamos neste estudo como um recorte de gênero, são meninas.
- A Análise do Discurso, que tomamos como metodologia de análise, onde as relações apontadas acima serão compreendidas discursivamente.



4- QUESTÃO DA PESQUISA/HIPÓTESE

Há uma sobredeterminação do discurso biomédico que produz uma irreversibilidade de outros sentidos para a adolescente?



5- OBJETIVO

5.1- Objetivo geral

Compreender a discursividade das adolescentes obesas a respeito da obesidade.

5.2- Objetivo específico

Compreender qual o discurso estabilizado sobre a obesidade.



6- POPULAÇÃO ESTUDADA E METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo que acompanha a abordagem desenvolvida por Maria Cecília Minayo. A teoria qualitativa se afasta da ciência objetiva e do levantamento estatístico, para se aproximar de aspectos subjetivos, históricos e sociais, que não permite ser mensurada em números, mas que considera o ser humano, sua experiência com seus valores, crenças e significados. Para a análise daquilo que foi enunciado no grupo focal, utilizamos o dispositivo teórico-analítico denominado Análise do Discurso. Neste estudo foi utilizada a técnica de grupo focal entre as adolescentes obesas ou acima do peso, alunas do Grupo Primavera na cidade de Campinas. A seguir, detalharemos as condições de produção do grupo pesquisado e a metodologia deste estudo.

6.1- Grupo primavera

O interesse pelo tema da obesidade iniciou-se na experiência profissional com jovens adolescentes numa escola localizada no Jardim São Marcos em Campinas-SP. Esta instituição, denominada Grupo Primavera, é uma ONG fundada por voluntários em 1981 que desenvolve programas de educação complementar para meninas de 8 a 18 anos, visando desenvolver habilidades pessoais e prepará-las para o mercado de trabalho. Elas frequentam esta entidade diariamente no período em que não estão na escola de ensino formal.

A escola se localiza numa região pobre com baixo desenvolvimento econômico, e todas as participantes desta pesquisa são usuárias da rede de saúde pública do bairro. Como esta é uma instituição focada no preparo e desenvolvimento de habilidades para o sucesso profissional, tornar-se aluna desta escola é, em muitos casos, um sonho idealizado pelos pais das meninas, que ao matriculá-las, convivem com a esperança de se realizarem junto com suas filhas profissionalmente no futuro.

Até o presente momento, o Grupo Primavera funciona com a média de 300 alunas, e tem uma grande procura por vagas. A cada ano as famílias interessadas em matricular suas filhas são avaliadas pelo serviço de assistência social, de acordo com os critérios definidos pela escola para a aceitação da matrícula, um deles é de que a menina ainda não tenha completado 11 anos. Este critério representa a idéia de um processo de formação contínuo das jovens até os 18 anos.

Ao conhecer este projeto, podemos formular imagens da jovem que certamente esta escola busca preparar, funcionárias treinadas em práticas administrativas, inglês, informática, comunicação e expressão, focadas na postura e trabalho profissional, além da apresentação pessoal. Desse modo, entendemos que a proposta necessita envolver a qualificação das capacidades intelectual, comportamental e também de imagem corporal.

A apresentação estética e a saúde não deixam de ser aspectos de preocupação para a direção, não só pelos riscos de saúde que a instituição procura prevenir através de orientação e informação com palestras e acompanhamento médico, mas também se preocupa com o bem estar emocional referente à auto-estima destas jovens, pois a memória histórica e social do padrão de beleza vigente aponta para uma possível influência na captação das jovens profissionais em algumas empresas.

Atualmente o discurso social é de que beleza rima com saúde, beleza é um investimento, a moda é magra e saudável. Há uma uniformização do corpo sem distinção de gênero, idade ou classe social e ser magro também é um produto a ser conquistado (Souza, 2004).

É de nosso interesse, portanto, pensar nesta instituição como um lugar onde o senso comum é construído e sustentado pelo saber científico que possibilita a associação de saúde à beleza da mulher. Esta imagem está estabilizada na memória, no padrão pré-construído, há um status que se associa ao belo, oferecendo sucesso na vida, é um padrão de corpo belo que circula e se materializa no imaginário empresarial (Souza, 2004).

Os corpos destinados a trabalhar num shopping, por exemplo, são os corpos considerados belos, que se enquadram em limites conhecidos de beleza. O corpo obeso no shopping é um corpo fora do lugar, que pode provocar estranhamento, sobretudo quando ressoa nele uma memória estranha, dissonante (Orlandi, 2004).

No ano em que iniciei minha atividade, a escola apresentava um grande número de jovens com sobrepeso e obesas, o que se tornou uma preocupação para a direção da entidade e possibilitou minha pesquisa.

O procedimento para a seleção das jovens para esta pesquisa iniciou-se em março de 2009, com a autorização da direção da escola. Foi realizada a medição de peso e altura de todas as alunas e feito o cálculo do IMC padrão e a devolução dos dados através de encontros individuais ao longo do ano. Para trabalhar os objetivos desta pesquisa através do grupo focal, no mês de novembro de 2009, foi feito um convite às alunas do Grupo Primavera que estavam acima do peso, também de modo individual. Foram explicados cuidadosamente os objetivos da pesquisa e o tema a ser abordado durante o encontro, oferecendo-lhes a liberdade de rejeitar o convite caso não se sentissem à vontade para expressar-se diante de um grupo. Para este encontro foram feitos 12 convites, sendo que duas alunas não aceitaram participar.

6.2- Grupo focal

O grupo focal é uma técnica relativamente nova de pesquisa utilizada na pesquisa qualitativa, que permite obter dados a partir de um ou mais encontros grupais entre pessoas que compartilham um traço em comum. Assim, inicialmente é feita uma seleção de pessoas identificadas com uma característica que interesse ao estudo da pesquisa, ou público alvo de uma investigação. Este grupo discute um tema especial que é sugerido pelo pesquisador e que vai ao encontro do objetivo do estudo (Dias, 2000).

As ciências sociais e ciências médicas apresentaram interesse pelos grupos focais somente a partir da década de 80, antes disso, os grupos focais estavam concentrados nas pesquisas mercadológicas:

“Além das pesquisas acadêmicas exploratórias, investigativas e de opinião, e das pesquisas de Marketing e de Ergonomia, o grupo focal passou a ser utilizado também em pesquisas das Ciências Sociais, identificando necessidades de grupos minoritários, ou parcelas do público alvo não contempladas em pesquisas sociais quantitativas” (Dias, 2000).

Enquanto técnica, o grupo focal é uma boa ferramenta de pesquisa qualitativa, sendo usado principalmente com o objetivo de explorar um tema, motivando os sujeitos para trazer à tona opiniões sobre o que pensam e a percepção que têm sobre o tema segundo a posição em que se encontram socialmente enquanto sujeitos (Dias, 2000).

É um recurso que possibilita coletar muitas informações num curto espaço de tempo, a interação do grupo estimula os sujeitos a emitirem opiniões, relatos de atitudes, interesses e sentimentos que poderiam não ser percebidos em outro tipo de pesquisa. A unidade de análise do grupo focal, é o próprio grupo (Gondim, 2003).

Este mecanismo ocorre também nas entrevistas individuais, mas tendo em vista que o grupo interage nas discussões, as respostas são mais espontâneas e menos elaboradas. No grupo pode haver um nível de envolvimento emocional que nem sempre é visto em entrevistas individuais.

“Comparado ao questionário, ferramenta usual de coleta de dados, o grupo focal, por dar oportunidade aos participantes de exporem aberta e detalhadamente seus pontos de vista, é capaz de trazer à tona respostas mais completas, permitindo ao pesquisador conhecer melhor e mais profundamente o grupo pesquisado” (Dias, 2000).

O grupo focal permite analisar as diferentes formas de dizer que surgem no grupo sobre o tema, não tendo como objetivo informar, ensinar ou conscientizar sobre as questões referentes à obesidade. O grupo focal pretende conhecer e compreender o que o grupo compartilha, quais os consensos, as contradições, contrariedades e complementariedades (os dissensos), a memória, o que não é dito, silenciado no discurso, e ainda também promover possíveis reflexões individuais (Gondim, 2003).

Na literatura sobre grupos focais, é estimulada a formação de grupos que apresentem uma mesma característica que interesse ao objetivo da pesquisa, onde comumente se obtém um aprofundamento e uma riqueza maior de expressão e discussão, e o grupo focal é o tipo de técnica que prevê este modo de trabalho. O grupo focal é normalmente composto por 10 a 12 pessoas, um facilitador ou moderador e um anotador, sendo que este último não conduz a discussão, mas participa na observação do grupo e registra as ações ou conversas paralelas que consideram pertinentes e que certamente auxiliarão na transcrição do encontro.

Para a condução da discussão do grupo focal, um roteiro é preparado com antecedência pelo pesquisador, para que o moderador tome como referência para disparar as questões necessárias à pesquisa. No início do encontro é explicado o formato geral da pesquisa, qual o propósito da investigação.

Neste caso propriamente, o tema específico era a obesidade, porém, para iniciar o processo de discussão, optou-se por um roteiro que pudesse trazer o assunto à tona através de um tema geral sobre saúde e posteriormente foram

lançadas as questões mais específicas. Este cuidado na apresentação do tema foi uma tentativa de não direcionar imediatamente o assunto causando uma possível inibição para iniciar a discussão.

Quanto ao interesse em participar do grupo, é relevante o fato de que a instituição acolheu esta pesquisa e ofereceu o espaço físico para que as alunas pudessem participar do Grupo Focal. A instituição esteve motivada pelo interesse em ajudá-las a perder peso e prevenir possíveis problemas de saúde, reforçando ali uma prática social instaurada de que o obeso deve perder peso. A instituição de ensino fala de um lugar em que suas palavras têm uma autoridade sobre os alunos, o que ela diz vale mais do que o que o aluno diz por ser esta uma relação hierarquizada.

Os critérios para participar do grupo focal para esta pesquisa foram: ter entre 13 e 18 anos de idade, ser aluna do Grupo Primavera, estar acima do peso ou obesa de acordo com os indicadores do IMC, ter interesse em participar deste estudo e o consentimento dos pais assinando o TLCE conforme o modelo no anexo. O grupo focal aconteceu no início de dezembro de 2009 e contou com 10 participantes, um moderador e um anotador estranhos a todas e com experiência neste tipo de ação. O convite foi feito individualmente, portanto, não sabiam quem eram os componentes do mesmo antes do encontro.

O grupo focal neste presente estudo teve duração média de 2 horas, num único encontro. Todo o conteúdo foi gravado e depois transcrito integralmente, constituindo-se num corpus de análise, e posteriormente delimitando recortes de interesse à compreensão das questões pertinentes a esta pesquisa.

Este material é representativo de um funcionamento geral sobre como o adolescente obeso significa a relação com seu corpo, a partir das produções de linguagem, das contradições de seu dizer, do não dizer, dos silenciamentos, e das construções de sentido sobre o tema.

A pesquisa foi autorizada pela direção do Grupo Primavera e pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, Comissão de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde, conforme a resolução 196/96, com o parecer CEP nº 0728.0.000.146-10.

6.3- Análise do discurso

Nesta pesquisa, a Análise do Discurso (AD) é um dispositivo teórico-analítico que foi utilizado para a compreensão do material obtido a partir daquilo que foi enunciado pelas meninas adolescentes obesas que participaram do Grupo Focal. Este material tornou-se nossa unidade de análise a partir dos pressupostos da AD. Para melhor compreender esta teoria apresentaremos brevemente os princípios teóricos e os procedimentos analíticos da AD.

A Análise do Discurso (AD) é um dispositivo teórico-analítico de perspectiva materialista que se fundamenta nas noções teóricas da linha francesa de Michel Pêcheux e Eni Orlandi no Brasil. A AD é uma disciplina que busca compreender como um texto funciona, como ele significa, como um texto produz sentidos em condições sócio-histórico-ideológicas. O texto passa a ser visto não como constituído por sentenças, mas realizado por elas. A compreensão analítica busca o funcionamento discursivo, procurando dar visibilidade às condições que permitem que determinados sentidos sejam atribuídos e outros não. (Orlandi,2009) .

A teoria da Análise do Discurso fundada por M. Pêcheux em 1969, se constitui na relação de três domínios: da lingüística, com a língua como um sistema; a psicanálise com o descentramento do sujeito e o materialismo histórico, com o real da história. (Orlandi, 2009)

Na confluência destas áreas, a AD pressupõe que o discurso é a materialidade da ideologia e a língua é a materialidade do discurso, esta idéia está representada pela tríade língua-discurso-ideologia que se ancora na compreensão

de que não há discurso sem sujeito e não há sujeito sem ideologia. Para a AD, a linguagem é o intermédio entre o homem e a realidade (natural e social) (Orlandi 2009).

Para a AD “o sujeito de linguagem é descentrado, pois é afetado pelo real da língua e pelo real da história, não tendo controle sobre o modo como elas o afetam. Isso redundaria em dizer que o sujeito discursivo funciona pelo inconsciente e pela ideologia” (Orlandi 2009). Significa que os discursos, as palavras que chegam até nós já estão carregadas de sentidos que não sabemos como foram constituídos, mas que significam em nós e para nós.

A A.D. trata a linguagem de uma forma diferenciada, não como um código de comunicação, que transmite uma mensagem ou informação de um locutor a outro, esperando que aquele que ouve a mensagem possa compreendê-la tal como aquele que a transmitiu. A A.D. compreende a linguagem enquanto prática, movimento, onde os locutores são afetados simbolicamente pelo discurso, e este discurso afeta diferentemente cada um deles, promovendo aberturas para novas interpretações, porque o sentido não é único, ele está sempre e indefinidamente deslizando para outros sentidos possíveis ancorados em nossa memória ou interdiscurso. (Orlandi, 2009).

A questão posta pelo analista e a finalidade da análise é que organiza a relação com o discurso e opta pela mobilização de alguns conceitos e não de outros para a resolução de sua questão. Desse modo, apresentaremos alguns conceitos que foram utilizados para a análise de nossa questão.

Princípios teóricos em análise do discurso

Discurso

O discurso não é linguagem fechada e transparente com um único significado que se espera que o outro apreenda, o discurso é sócio-histórico funciona diferentemente, segundo as formações discursivas em que cada sujeito

se insere. A “... A.D, procura mostrar que a relação linguagem/pensamento/mundo não é unívoca, não é uma relação direta que se faz termo-a-termo, isto é, não passa diretamente de um a outro” (Orlandi, 2009).

Ao estudar o discurso, observa-se o homem falando, busca-se o sentido situado no tempo e nas práticas do homem, descentralizando o sujeito, o discurso é um objeto sócio-histórico. Ao analisar um discurso leva-se em consideração o homem na história, na relação entre a língua, o sujeito que fala e as situações em que se produz o dizer, o discurso é o lugar do trabalho da língua e da ideologia, o discurso não pode ser desconectado da história e da sociedade. No discurso procura-se escutar o não dito naquilo que é dito por que só uma parte do dizível é acessível ao sujeito (Orlandi, 2009).

Condições de produção

Os processos que constituem o discurso são histórico sociais, a isso se dá o nome em AD de condições de produção, e é a memória que aciona as condições de produção, a memória faz parte do processo de produção do discurso, ela é o interdiscurso que sustenta os dizeres que significam o sujeito em uma dada situação discursiva, o interdiscurso é o que torna possível todo o dizer. Não há como analisar um texto em AD desvinculado das condições de produção que o constituem. Há condições de produção em sentido estrito ou imediato da enunciação (o eu, o aqui e o agora) e em sentido amplo: as condições sócio-histórico-ideológicas do discurso (Orlandi, 2009).

Interdiscurso

O interdiscurso é compreendido como um complexo de formações discursivas e já esquecidas que determinam o que dizemos. O interdiscurso traz na sua essência a memória, o já-dito, o que foi dito antes, em outro lugar,

independentemente. São formulações esquecidas, que se apagaram na memória passando para o anonimato e que passa a fazer sentido para o sujeito como palavras dele, fazendo com que ele acredite que o que diz tem origem em si mesmo (Orlandi, 2009).

Esquecimento

Podemos distinguir na AD duas formas de esquecimento, o ideológico e o da enunciação. No nível da enunciação, esquecemos que o dizer sempre poderia ser outro, o locutor que fala esquece e tem a ilusão de que sua fala se apresenta com clareza e transparência, e que o que diz só pode ser dito com aquelas palavras e não outras. O esquecimento ideológico é da instância do inconsciente e resulta do modo como somos afetados pela ideologia, temos a ilusão de ser a origem do que dizemos (Orlandi, 2009).

Formações Imaginárias e Antecipação

O imaginário faz parte do funcionamento da linguagem, sendo determinado pelo modo como se apresentam as relações sociais, que na nossa sociedade estão regidas por relações de poder. Segundo essa noção pode-se dizer que o lugar a partir do qual o sujeito fala é constitutivo do que ele diz. Na nossa sociedade estas são as relações hierarquizadas, relações de força, sustentadas no poder desses diferentes lugares. Mas o que a AD compreende como formação imaginária não são os lugares físicos onde os sujeitos estão inscritos na sociedade, como professor, médico e outros, mas as imagens que resultam de projeções e que permitem passar do lugar do sujeito para a posição do sujeito no discurso.

O mecanismo de antecipação, portanto, permite ao sujeito colocar-se no lugar de seu interlocutor imaginariamente, o sujeito antecipa em seu dizer, sentidos que visam determinados efeitos sobre o interlocutor. É possível ao sujeito

colocar-se no lugar em que seu interlocutor ouve suas palavras. Ele se antecipa ao efeito que suas palavras produzem, e poderá regular, conduzir a relação, e sua argumentação. Nesta relação de antecipação, as imagens que fazemos de nosso interlocutor são fundamentais, é a posição discursiva que fala por ele, que significa o seu dizer.

Formações Discursivas

De acordo com Orlandi (2009) “as palavras mudam de sentido segundo as posições daqueles que as empregam. Elas *tiram* seu sentido dessas posições, isto é, em relação às formações ideológicas nas quais essas posições se inscrevem”. As formações discursivas permitem compreender a produção de sentidos, a relação com a ideologia e estabelecer as regularidades no funcionamento discursivo. O discurso tem sentido porque se inscreve em uma formação discursiva e os sentidos são determinados ideologicamente, de forma que tudo o que se diz tem um traço ideológico em relação a outros traços ideológicos. Estes traços ideológicos estão na essência da discursividade, na maneira como a ideologia se materializa no discurso. É por meio da formação discursiva que podemos compreender os sentidos. O discurso tem sentido porque se inscreve numa formação discursiva. Os sentidos são determinados ideologicamente e os traços ideológicos aparecem na discursividade, é como a ideologia se materializa no discurso. Palavras iguais podem ter significados diferentes porque estão em formações discursivas diferentes.

O sujeito se constitui pela interpelação que se dá ideologicamente pela sua inscrição em uma formação discursiva. Daí vem a discursividade, que é a inscrição dos efeitos lingüísticos materiais na história, é a interpelação ideológica do indivíduo em sujeito. A relação da formação discursiva com a ideologia determina o que pode ou não ser dito, oferecendo para análise os traços ideológicos que constituem e significam o sujeito, tudo o que se materializa nele da ideologia, como as palavras se articulam umas com as outras, contradizendo-se e reformulando-se continuamente (Orlandi, 2009).

Incompletude

A condição da linguagem é a incompletude, nem sujeitos nem sentidos estão completos, eles funcionam pela relação, pela falta, pelo movimento. O sujeito que diz, está significando em condições determinadas pela língua e pela sua experiência, pelo mundo, pela memória, por um saber, poder, dever dizer, mas está sempre sujeito à falha. O que permite que os sentidos derivem para outros sentidos, que em AD é o efeito metafórico, a palavra que fala com outras (Orlandi, 2009).

A linguagem como já dissemos, não é transparente, quando o sujeito diz, ele não o faz apenas pelas evidências produzidas pela ideologia, ele está filiado a uma rede de constituição, à memória, aos esquecimentos, etc. Ele pode deslocar e significar diferente. No entanto, há também a estabilização, que pode bloquear o movimento significante, e o sentido não flui e o sujeito não desloca, ele é pego pelos lugares já estabelecidos e estaciona, só repete. Aqui é importante distinguir três formas de repetição para a AD, a repetição empírica ou mnemônica, que é o efeito papagaio. A repetição formal ou técnica, que é uma outra forma de se dizer o mesmo e a repetição histórica, que desloca, fazendo fluir o discurso (Orlandi, 2009).

Paráfrase e Polissemia

Todo funcionamento da linguagem se assenta na tensão entre processos parafrásticos e processos polissêmicos. Na paráfrase há sempre algo que se mantém, isto é, o dizível, a memória, o estabilizado. Na paráfrase produz-se diferentes formulações do mesmo dizer sedimentado. É a matriz do sentido. Na polissemia, o que se tem é o deslocamento, a ruptura de processos de significação, que joga com o equívoco. É no jogo entre paráfrase e polissemia, entre o mesmo e o diferente, entre o já-dito e o a se dizer que os sujeitos e os sentidos se movimentam, se significam. Os sentidos e os sujeitos sempre podem

ser outros, dependendo da forma como são afetados pela língua e como se inscrevem na história (Orlandi, 2009).

Silêncios

Esta teoria também considera para análise a palavra que não é dita, que é silenciada, apagada do discurso. O dizer tem relação com o não dizer, assim como os ditos significam, os não-ditos também e os silêncios são formas de não-ditos. O silêncio fundador é um lugar de recuo necessário para que se possa significar, dar novos sentidos, silêncio que indica que o sentido pode sempre ser outro. O silenciamento se divide em silêncio constitutivo e silêncio local. O primeiro diz respeito a uma palavra apagar outras pois para dizer é preciso não dizer. E o silêncio local é a censura, é quando o sujeito não diz, porque ao considerar as relações de poder, ele não “pode” dizer (Orlandi, 2009).

Textualidade e Discursividade

O texto é a unidade de análise para a AD, é o discurso como objeto sócio-histórico, é o efeito de sentidos entre locutores. O texto é texto porque significa, ele reflete o homem simbólico para a compreensão das condições de produção do discurso. Considera-se texto não apenas como “dado” linguístico, mas como “fato” discursivo, e são estes fatos que permitem chegar à memória da língua, compreendendo então como o texto funciona enquanto objeto simbólico (Orlandi, 2009).

Para a análise do texto, é preciso considerá-lo para além de seus limites, ultrapassando-o. O analista do discurso quer compreender como um objeto produz sentido para o sujeito. Como este objeto funciona e porque funciona assim e não de outra forma, ou ainda, porque este sujeito diz isso e não aquilo, de onde ele parte para estar significado desta forma. Nessa perspectiva,

procura-se no texto os traços, os vestígios, os sintomas e os indícios constituídos por fatos reais para desconstruir evidências, determinações e expor as condições de produção do mesmo, e quando faz isto, estará sempre intervindo no social, histórico e ideológico (Orlandi, 2009).

O texto é espaço significante, lugar de jogo de sentidos, de trabalho da linguagem, de funcionamento da discursividade (Orlandi, 2009).

A análise (ou o gesto do analista)

A A.D. não busca interpretar qual é o sentido do texto, ou o sentido que o analista dá do texto. A A.D. entende que enquanto sujeitos, estamos afetados ideologicamente e atravessados por determinações do interdiscurso e isto impede uma completa neutralidade para a análise de um texto, mas as particularidades desta teoria formulada por Pêcheux, permite compreender o funcionamento do discurso, apesar de pressupor-se que todos, independentemente, estão afetados pela ideologia. Como afirma Eni Orlandi:

“O gesto do analista é determinado pelo dispositivo teórico, enquanto o gesto do sujeito comum é determinado pelo dispositivo ideológico.”...“Com isso não pretendemos estar supondo uma posição neutra do analista em relação aos sentidos. Não só ele está sempre afetado pela interpretação, como um dispositivo analítico marca uma posição em relação a outras...o que estamos afirmando, sim, é que o dispositivo é capaz de deslocar a posição do analista, trabalhando a opacidade da linguagem, a sua não-evidência, e, com isso, relativizando (mediando) a relação do sujeito com a interpretação”(2007).

Formações ideológicas:

A AD considera que a ideologia se materializa na linguagem, ela faz parte do funcionamento da linguagem, do funcionamento imaginário articulado ao inconsciente, isso significa dizer que ela intervém no discurso. Isto é pensar a ideologia a partir da linguagem, não sociologicamente e nem como evidência, a AD não a trata como visão de mundo, mas como processo de significação.



7- RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta pesquisa, a A.D. foi um dispositivo utilizado para a compreensão do material coletado através das falas das adolescentes obesas durante o encontro do Grupo Focal. Estas falas foram gravadas e transcritas. Após repetidas leituras do texto bruto coletado, delimitamos recortes de interesse à compreensão das questões pertinentes a esta pesquisa que se constituíram no corpus de análise.

Todas as jovens convidadas para o Grupo Focal compareceram no dia e hora marcados previamente. A inscrição no corpo de uma memória que se faz visível de sobrepeso e obesidade entre elas, se sobressaiu, dando-nos a impressão de que isto contribuiu para que algumas iniciassem a discussão do assunto ainda durante a dinâmica de apresentação pessoal, antes mesmo que o moderador apresentasse as questões iniciais que levariam ao tema da obesidade que já era conhecido por todas. Consideramos que nessa etapa, em que as adolescentes conversaram sobre o tema, e fizeram sondagens entre si, se constituiu em uma antecipação. A antecipação é tratada na Análise do Discurso como jogos antecipatórios, sustentados por formações imaginárias, uma forma de se adiantar ao tema para prever a reação do interlocutor ao que vai ser dito.

**1a. “a gente conversa bastante coisa, até de alimentos...”
(risos);**

1b. “a gente come bastante coisa junto...”; (risos);

**1c. “(ela) já fez várias dietas, a dieta que ela fez mais assim
foi só comer cereal (risos), é só isso...”;**

Outra participante perguntou se podiam comer os salgadinhos que seriam oferecidos ao final do encontro, e todas riem.

Esta antecipação permitiu a elas regular e direcionar a argumentação que estaria em jogo a partir daquele momento, de acordo com o conceito apresentado anteriormente na AD. Utilizaram um tom de humor nas falas, principalmente no início do encontro oferecendo a elas um sentido da brincadeira que pudesse suspender uma possível inibição entre elas.

Freud escreveu sobre o chiste e sua relação com o inconsciente, como um jogo de palavras, um *nonsense* que remete a outros significantes. Pelo fato de ser um pouco desconcertante, o sujeito fala algo na brincadeira, que não conseguiria falar diretamente. Por exemplo, nas frases acima citadas elas confirmaram que o assunto envolvia comida e dietas, sem precisar perguntar diretamente. Os risos cumpriram um propósito: funcionaram como um acordo psíquico, e tranquilizou-as quanto ao que poderia fazer parte do contexto na relação em curso (Freud, 1905).

Além disso, outro acordo estava em andamento, o fato de que a jovem referida no recorte 1c. já fizera muitas dietas e continuava obesa. Essa formulação é uma pista para uma das regularidades que fez parte da discursividade do grupo naquele encontro: dieta não funciona. Este mecanismo de antecipação regulou e dirigiu a argumentação para o modo como o assunto deveria ser tratado entre elas.

2a. “Nossa você está obesa sabia?”, “É! Como estou com rinite eu estou muito mal tá?” E a médica falando que eu estou obesa! Aí tipo, nossa dá a maior raiva! Nunca procurei pra isso...”

Este recorte nos mostra que o médico traz para a cena principal o corpo obeso e não escuta a crise de rinite que levou a jovem até o atendimento público de saúde. Há uma sobredeterminação do corpo ao sujeito, que silencia outras formas de estar na sociedade. O discurso que a jovem traz em sua memória da fala do médico se produziu apenas a partir de uma formação discursiva dominante da obesidade, indicando que a adolescente era determinada apenas pela obesidade e não podia ser ou ter outras coisas, uma rinite por exemplo.

Esta jovem diz que pode ser muitas coisas, dentre elas, pode ser também obesa, mas não é determinada pela obesidade. Goffman (1975) afirma que nossas pré-concepções são rigorosas o bastante para atribuir uma “identidade social” ao indivíduo, de como ele deve ser, reduzindo-o a uma característica que fala por ele.

Orlandi (2009) aponta para a interpretação a partir da noção de ideologia, “diante de qualquer objeto simbólico o homem é levado a interpretar, colocando-se diante da questão: o que isto quer dizer?” É assim que o sentido aparece como evidência, transparência, por determinações históricas que parecem imutáveis, como se não houvesse opacidade histórica, é assim que um corpo obeso é interpretado unicamente como doente necessitando de tratamento. E esta característica fala pela jovem.

O sujeito fala a partir de múltiplas formações discursivas na sua vida, de acordo com as condições de produção de sua enunciação. Dentre estas condições de produção está o lugar social de onde fala (por exemplo: status, profissão, origem, gênero, raça, poder econômico) que participa da imagem que o outro faz dele, são os jogos antecipatórios e as formações imaginárias. A interpretação que o outro faz dele é definida também e sobretudo de acordo com a posição-sujeito no momento em que fala. Neste caso, o médico - já na injunção posta pelo discurso biomédico e o da saúde pública - interpela a adolescente enquanto obesa pela leitura da textualidade inscrita em seu corpo (Orlandi, 2004). Podemos compreender que no momento em que esta adolescente entra em um sistema público de saúde, ela é interpelada pela posição-sujeito obesa.

O corpo na AD é visto como um texto que se faz visível. O corpo é o lugar material em que acontece a significação. Independentemente da vontade de cada um, o corpo é visível e nele formulam-se diferentes textualidades. Alguns corpos expressam marcas inscritas em si e o corpo obeso expressa uma marca que faz emergir novos modos de significar, de se significar (Orlandi, 2004).

Em 2a. vemos a indicação de que o médico significa a adolescente como obesa, mas a adolescente não se significa a partir desta posição. Ela está ali porque está mal da rinite, não está mal porque está acima do peso. Na atualidade a obesidade enquanto doença é um assunto de grande repercussão social e científica. Ocorre que quando chega ao serviço de saúde, quem entra primeiro é o corpo. O médico reconhece a doença no corpo e ela reconhece a doença na rinite somente, é na rinite que o pronome “eu” aparece falando de si, localizando a diferença entre o corpo e a doença.

No discurso biomédico ela é significada na posição de obesa e de doente, é um discurso estabilizado. O lugar a partir do qual fala o médico, é constitutivo do que ele diz e está relacionado às suas condições de produção e de onde seu discurso faz sentido como autoridade, sustentado no lugar de médico, determinando o que deve e pode ser dito. O profissional da saúde é interpelado pelo discurso biomédico, pela política pública, ele precisa “ver” o obeso e este posicionamento é exigido dele.

É na superfície corporal que se inscreve o social, afirma Souza:

“os discursos se fazem prática ao dizer sobre os corpos, numa ação que envolve poder - o poder-dizer sobre - funcionando como um Aparelho Ideológico do Estado (AIE), capturando nosso imaginário e construindo nossa consciência” (p.09, 2004).

Para o profissional, a adolescente está na posição de paciente, de doente/obesa, mas o recorte analisado indica que esta adolescente não está nesta posição, o discurso produzido por ela nesta relação não coincide com a posição de doente/obesa. De acordo com Orlandi “é no discurso que o homem produz a realidade com a qual ele está em relação” (p.39, 2007).

Quando o sujeito fala, ele está atribuindo sentido às suas próprias palavras através do interdiscurso, que se constitui pela memória da história, da ideologia, do que já foi dito antes em outro lugar, e que através do esquecimento, passou para o anonimato. Quando o sujeito fala, ele resgata na memória o material para a constituição de seu discurso, produzindo a “sua realidade”. No entanto esta discursividade não é consciente, ela consome a sua relação imaginária com a realidade, que faz sentido, que significa para o sujeito (Orlandi, 2007).

Nos recortes abaixo, podemos observar o discurso unilateral, que é uma “fala silenciadora” (p263), a jovem pareceu não se identificar com este discurso imperativo, que sugeria um sentido de evidência (Orlandi, 1987).

3a. “Vamos pesar!” nem conversa já fala “você está gorda”, eu sei disso, não precisa jogar na cara! Dá uma receita e pronto!”;

3b. “...faz um regime que tá gorda!”;

3c. “Pára, você está obesa, gorda, pára de comer que você vai explodir”;

Estas falas sugeriram uma seriedade do médico para com o que ele considerou um problema de saúde para a obesa. Esta seriedade a que nos referimos diz respeito ao momento de grande preocupação com a doença em que vivemos. Nos últimos anos, a obesidade tem se apresentado como uma epidemia,

tornando-se um grave problema de saúde pública no nosso e em outros países de acordo com o Ministério da Saúde.

Como foi apresentado na introdução, a epidemia tem um discurso sério e legítimo, sustentado pela estatística. Quando o Estado é afetado por ela, passa a ter como tarefa diminuir este número, e assim, eliminar a obesidade. As pessoas passam a ser significadas pelo número, por um grupo, que perpassa qualquer outra questão, como por exemplo, a individualidade do sujeito.

No recorte 3a., ao falar, a adolescente trouxe de sua memória o que ficou significado do discurso médico, um dizer autoritário e silenciador, uma vez que a adolescente só poderia ser significada pela obesidade. Como se o médico não visse nada além de um corpo que precisa receber uma intervenção, é a doença que precisa ser exterminada. No entanto, ela reconhece que a posição de onde o médico fala é legitimada pela ciência e pelo poder público, pois ela solicitou uma receita, reiterando o discurso instituído de que deve perder peso. “Dessa forma, o discurso da seriedade realiza tanto o objetivo do silenciamento como o da injunção ao dizer: de um lado silencia, e de outro, obriga a reprodução do discurso instituído (o do mesmo)” (Orlandi, 1987).

Como dissemos acima, a abordagem ríspida e até grosseira que ela traz na memória da fala do médico, marcada materialmente por verbos no imperativo ou por afirmações assertivas: “**você está, pára, vai, faz**” indicam por outro lado, que ele sabe sobre a saúde dela e pode expressar-se com determinação. Este discurso produzido dentro da área da saúde apresenta uma relação de força, de hierarquia, vem pronto para o obeso e espera que ele se signifique como doente.

Esta modalidade de argumentação é denominada injuntiva e se expressa pelo modo imperativo de falar, mas não acarreta adesão daquele que ouve (Perelman, 1996) e o discurso da saúde pública exige adesão, que não é respondida pela jovem. Ela não adere e resiste a ser reconhecida só pelo seu corpo. Ela não se signfica como obesa e resiste a ser significada dessa forma.

O modo imperativo do médico que representa a verdade, impede que ela fale, expresse seus sentimentos. Quanto ao silenciamento, Orlandi afirma que o “silêncio imposto pelo opressor é exclusão, é forma de dominação, enquanto que o silêncio proposto pelo oprimido pode ser uma forma de resistência” (p.263, 1987).

Estas falas demonstram que o médico estabelece um diagnóstico a partir do reconhecimento imediato de um padrão de classificação denominado Taxonomia (Balint, 2006). Este tipo de classificação é baseado em leis gerais de similaridade, identifica uma doença através de uma característica comum e enquadra o paciente num determinado grupo. A adolescente torna-se um objeto classificado (obesa) e não sujeito. Por seu lado, a jovem demandava ser tratada da rinite, esperava uma anamnese mais precisa, sensível à sua queixa, esse era o motivo de procurar o sistema de saúde pública.

Encontramos também o uso freqüente de pronomes indeterminados na discursividade das adolescentes, como veremos em alguns recortes abaixo:

4a. “a gente come um docinho.... nooossa...”

4b. “tem quem come, come, come e não engorda...e a gente se exagera um pouquinho já....”

4c. “... dizem que pessoa magra não faz muito isso (comer fritura)... não sei...”

4d. “falam é que mulher magra come pouco, mas não come pouco...”

4e. “se você engordou um pouquinho, emagrece... não é assim”

Utilizar sujeitos indeterminados como “você”, “gente” ou “pessoa” é um mecanismo de funcionamento que produz um efeito de familiaridade e solidariedade com o grupo, fala pela emoção, pelo vínculo e unifica o ponto de vista entre todas, é uma multiplicação de identidades que apaga o limite entre o sujeito e o outro. O fato permanece o mesmo, não privilegia um “eu”, mas fala na perspectiva de todos os “eu”. Este recurso pretende aproximar e reforçar a argumentação entre elas (Orlandi, 1992).

O uso de sujeitos indeterminados é um recurso que produz força, mas ao mesmo tempo põe em dúvida o senso comum construído a partir do discurso biomédico, aquele que responsabiliza o sujeito por seu corpo obeso. Através do discurso da indeterminação a jovem repele a responsabilidade da obesidade que lhe é imputada

5a. “Ele te pesa e vê que você está acima do peso, aí ele começa a falar, falar, falar...só que assim, eu odeio ouvir as pessoas falarem que eu estou gorda! Tem que falar de um jeito amigável, simpático e não ficar me lembrando que eu tô gorda. Agora tem médico que diz: Você tá gorda! Você tem que emagrecer porque você tá gorda!”;

Neste recorte, vemos a presença de uma repetição autoritária como marca do discurso do médico “falar, falar, falar”, esta repetição indica que não há significação e ele repete o mesmo, silenciando outras formas de significação. É a repetição empírica (mnemônica), que só repete, além disso, o que ele fala já circula no senso comum que ela já conhece. É um discurso que não provoca a adesão da adolescente.

O discurso autoritário, de acordo com Eni Orlandi faz a polarização da paráfrase, que é a formulação diferente para o mesmo sentido, o médico fala, fala, fala sempre do mesmo sentido, do corpo obeso. É um discurso dominante e pedagógico, tal como existe atualmente na sociedade:

“o discurso pedagógico é um discurso autoritário, sua reversibilidade tende a zero (não se dá a palavra), há um agente único (aquele que tem o poder de dizer), a polissemia é contida (se coloca o sentido único), o dizer recobre o ser (o referente está obscurecido)” (p.85, 1987).

Ele, o médico, não hesita, não tem dúvidas, é categórico, tem certeza do que deve falar, e isto impõe uma relação de força que mostra poder e submissão. E “quem tem o poder estabelece a “ordem do discurso” (Foucault, 1971 in: Lagazzi, 1988).

Outro aspecto muito importante que deteve nossa atenção é que a adolescente ao enunciar o discurso médico que traz na memória o faz com um deslizamento da palavra “obesa” (que é a utilizada pelo discurso biomédico) para “gorda” que está associada na memória social ao discurso da beleza, da estética. Segundo o dicionário Aurélio, gordo está associado à gordura, à quantidade (por ex. uma gorda quantia de dinheiro) e também à depreciação como grosseiro, rude, baleia, hipopótamo, etc.

O discurso das jovens também está direcionado para a depreciação de seu corpo por si mesma. A adolescente parece sentir-se mal por estar gorda. O seu corpo é diferente dos padrões sociais estabelecidos para o que é belo. Não porque ela, a adolescente, é doente. Mesmo assim ela prefere esse termo, gorda, à palavra obesa, pois é esta a que mais a afeta. O que está repercutindo sentido para a adolescente é o discurso da estética. O discurso biomédico não faz sentido, e quando faz algum sentido é apenas na memória do discurso da estética, o médico lembra-a que está gorda.

A memória de corpo na nossa sociedade vem há muito tempo uniformizando um padrão de beleza no corpo magro. O discurso da beleza recomenda que o corpo almejado pode ser conquistado através da alimentação, dos exercícios físicos e mentais e de correção cirúrgica. O padrão de beleza neste

século é orientado pela cultura de consumo e pela mídia, que funciona como uma instituição pedagógica. Ser magro, jovem e saudável pode ser ensinado e aprendido. Assim, a angústia toma conta da mulher que busca parecer-se com o corpo socialmente aceito (Souza, 2004).

Já o discurso biomédico, sério, legitimado pela ciência, trata do corpo obeso como doença, ressaltando os riscos para a saúde e oferecendo tratamentos direcionados ao restabelecimento da massa corpórea adequada por meio de dietas, exercícios físicos e outros. O médico conhece as condições de produção sociais em torno da estética, mas nesta posição não é esperado que ele fale sobre isso. No entanto, quando a adolescente utiliza o discurso da estética, ela não está se significando como obesa, como doente, ela fala da inadequação de seu corpo na sociedade, do seu tamanho, do belo e do feio que ela reconhece em sua memória.

De acordo com o dicionário Aurélio, a estética está relacionada ao estudo da beleza, ao sentimento do belo, da harmonia do corpo.

O discurso sobre o belo, pertence à retórica, assim como o discurso científico. Dentro da retórica o discurso científico pertence ao discurso deliberativo. Já o belo faz parte do discurso epidíctico que é aquele que reúne os valores principais de uma sociedade, como por exemplo, a idéia de que o belo é ser magro e ser magro é ser saudável. Ele não é alcançado pela inferência ou deliberação como o discurso científico que busca a verdade para uma sociedade.

O discurso epidíctico pertence à esfera dos valores e aponta os sentidos que a sociedade deve seguir. Quando o discurso científico é atravessado pelo discurso da estética e vice-versa, o maior efeito é a equivalência de que o corpo que não tem gordura é saudável, ou seja, beleza e saúde tornam-se sinônimos.

No discurso biomédico a adolescente vai sendo significada somente neste lugar estabilizado de obesa, porque a marca do corpo é mais forte e ela vai sendo sobredeterminada, substituída pelo sentido da obesidade, havendo outro deslizamento, o de adolescente para obesa.

Por outro lado, quando o médico fala, a adolescente escuta o social falando que está gorda, não escuta o técnico que fala que está obesa, doente. A ciência e o Estado definiram que ela apresenta um desequilíbrio orgânico, considerado doença, mas não têm como definir como alguém deve se sentir. Para a adolescente, estar acima do peso pode não significar estar doente, embora o discurso biomédico repita e insista nisso, o que ela sente, é que está dissonante ao padrão social estético de corpo magro, ela se sente gorda e não nega isso, ela nega que é obesa, porque obesa vai se filiar à memória biomédica.

É possível verificar o incômodo do discurso estético nos recortes abaixo:

6a. “Acho obeso uma palavra muito forte, parece que você esta um monstro!”

6b. “tem gente que insiste falar que todo gordo é feio, e não é feio...”

6c. “tem até uns gordinhos bonitinhos de rosto”

6d. “... ela consegue ser bonita mesmo sendo gorda sabe?”

6e. “meu pai já é magro e falou: eu faço (dieta), eu quero ver vocês duas bonitas, que é a minha família, é melhor pra vocês”

6f. “... zoaram o menino que ficou com uma gordinha...”

A memória do discurso estético afeta todas as falas acima, especialmente na 6e. onde, de acordo com a jovem, o pai associa o corpo magro à beleza e pensa que ser magra será melhor para ela, mas não faz referência à saúde da filha.

Nos recortes abaixo podemos verificar dois aspectos de grande importância. O primeiro é a utilização da indeterminação através do “acho” quando estas jovens estão na relação com o discurso biomédico, e este discurso diz que ela é doente. Ela não confirma, ela “acha”, se mantém na indeterminação, na opacidade, na suspensão. Ao contrário do discurso estético, onde são categóricas e têm certeza. Ela está numa tensão entre aceitar ou recusar a imagem estabelecida do discurso médico que a categoriza, normatiza e é moralizante.

7a. “Acho que é uma doença”

7b. “Então acho que o obeso nem sempre é porque come muito...”

7c. “Acho que muitas vezes é também emocional... a pessoa nem come e por causa do emocional está gordo...”

7d. “Eu não acho que seja genético não...”

7e. “Eu acho que não, porque a família da minha mãe é inteira magra e só minha mãe é gorda. A família inteira do meu pai é gorda e meu pai é magro... Saiu eu!”

7f. “Eu acho que sim (que é genético)”.

7g. “Eu tive infecção hospitalar porque como eu era gordinha... aí fiquei quatro meses no hospital, por isso que acho que é mais fácil de pegar doença, sei lá...”

7h. “Mas eu acho que sim, tem mais probabilidade de ficar doente.”

O segundo aspecto é a introdução da obesidade na discursividade da adolescente. A obesidade entra como um objeto, uma terceira pessoa e é o outro que fala dela. A adolescente mantém-se na discursividade estética, como gorda. A obesidade é doença, mas ela não se significa como doente, não há relação de identificação com esta posição.

Canguilhem afirma que:

“a noção de doença do doente não é a mesma que a doença anatômica do médico... Sob as mesmas aparências anatômicas, pode-se ser ou não ser doente” (p.59, 2009).

Esta definição de doença depende do sujeito, dos distúrbios fisiológicos que ela venha a causar, o ponto de vista ou a consciência dele é que permite ao médico saber se ele está doente. Ao médico, por outro lado, importa diagnosticar e curar, “teoricamente, curar é fazer voltar à norma uma função ou um organismo que dela se tinham afastado” (Canguilhem, p.83, 2009).

Nos recortes 7g. e 7h., podemos ainda observar outra importante característica do discurso pedagógico, que é cumprir sua função de reprodução. A jovem reproduz o discurso médico, ela repete a “receita” do médico *“acho que sim, tem mais probabilidade de ficar doente”*, embora ela use “acho” porque não está certa disso, ela repete o discurso. Considerando esta reprodução, afirma Eni Orlandi “a função mais própria do autoritarismo não é impedir que as pessoas digam o que querem, mas, sobretudo obrigá-las a dizer o que não querem (Barthes, 1976), podemos afirmar que às relações de poder interessa menos calar o interlocutor do que obrigá-lo a dizer o que se quer ouvir” (Orlandi, p.263, 1987).

8a. “É parece que médico só serve para isso, dar receita e falar que tem que emagrecer, sem conseguir, não serve para nada...”;

8b. “Já recebi umas cinco receitas de médico e nunca consegui seguir... uma semana foi muito!”;

8c. “Minha mãe me manda no médico que manda uma receita e com uma semana eu já paro.”

Estes recortes apontam entre outras coisas, para a falta de interlocução entre o médico e a paciente. Se, por um lado, o médico ou o sistema de saúde não escuta a paciente, por outro a resistência da paciente também é não escutar. Não há coincidência entre o discurso médico e o discurso do sujeito e aí a resistência aparece para as duas partes. São conversas separadas que se afetam em muitos discursos, mas não se afetam no discurso da saúde pública que espera a adesão da jovem para perder peso.

Quando a adolescente é reconhecida pela textualidade corporal, ela recusa a receita porque a dieta está significada dentro da mesma formação discursiva da obesidade. Não é só a dieta que não serve para nada, mas o que o médico fala não serve para nada, ou não significa nada.

Percebe-se também a insatisfação na fala das jovens, como se bastasse a adesão individual à dieta prescrita pelo médico, onde tudo está significado como uma questão de perder peso ou ter excesso de peso. Como se outras significações não estivessem em funcionamento para a adolescente.

No recorte 8a. percebe-se insatisfação da adolescente com o médico pois ela o significa como um profissional que só a vê como uma pessoa que deve seguir suas receitas e prescrições e que espera dela apenas que perca peso e que não é capaz de ver nela outros significados, inclusive o de gorda.

Dentre estas outras significações que povoam os pensamentos das jovens, podemos retomar as questões apresentadas na introdução sobre estar obeso durante a adolescência. Este é um período em que se tornam mais intensos os sentimentos de desconforto quando existe inadequação aos padrões de beleza.

O discurso médico é sobredeterminado pelo discurso biomédico e pelo discurso do estado que define a obesidade como um problema de saúde pública. Quando o médico dá a receita ele cumpre um protocolo que foi elaborado a partir das demandas que o estado recebe e esse protocolo atende a essas demandas e não às da adolescente obesa, embora ele vá interferir na vida dela ao reduzir

todas as suas demandas e necessidades a simplesmente “perder peso” por meio de uma dieta alimentar. Mas a adolescente obesa não se construiu neste discurso simplificado e técnico, não ocupa a posição que o médico significou para ela, de problema para a saúde pública.

“Sem conseguir” em 8a. é uma forma material que aponta para um não-dizer, pensados na relação com o inconsciente e com a ideologia, onde não há transparência. As receitas como estas jovens se referem às dietas médicas, são silenciadas, elas não dizem que a dieta funciona e que podem conseguir. A presença de “sem conseguir” mostra-nos a opacidade do saber, onde nem os sentidos nem os sujeitos são transparentes.

“Sem conseguir” pode indicar a responsabilidade que existe e que aponta para o funcionamento das relações entre a saúde pública e o obeso. Como abordamos na introdução, o discurso da saúde pública considera o obeso responsável por sua doença e que precisa ser tratado para perder peso, no entanto ele sempre fracassa nessa missão. De outro lado as condições de produção capitalistas tornam o Estado impossibilitado de atuar efetivamente nas causas sociais, dentre elas a comercialização dos alimentos mais saudáveis.

Esta frase “sem conseguir” mostra um duplo funcionamento, mostra o equívoco, é o obeso quem não consegue ou é o que o Estado produz que não funciona?

As condições de produção fazem com que as pessoas estejam obesas, mas o Estado através do médico só significa o aspecto biológico e quando entrega uma receita ele individualiza a adolescente, a responsabiliza e atribui a ela a função de perder peso, eximindo o Estado de responsabilidade. Assim, apesar de ser desresponsabilizado para responsabilizar o indivíduo, não consegue fazê-lo aderir à dieta.

O que a jovem enuncia em 8a. não está num nível intencional, assim como o discurso médico, não falam da vontade pessoal deles. São processos em funcionamento, que acontecem ao mesmo tempo, os discursos estão funcionando

a partir das condições de produção históricas e não somente pela vontade pessoal de dizer isso ou aquilo, de fazer ou não a dieta. Eles nos permitem perceber este funcionamento porque existe um movimento de resistência que não é individual, é uma resistência social produzida histórica e socialmente. Nesta fala também podemos perceber uma angústia da jovem que não consegue, porque aquilo que foi produzido histórica e socialmente está sendo remetido para ela como uma responsabilidade individual e ela não dá conta disso. Quando o Estado remete ao sujeito a responsabilização, ele apaga as condições de produção que produziram esta situação, ele apaga a história e ali encontra-se uma falta, o lugar do Estado.

É importante pensar que este apagamento histórico é um apagamento político, econômico, do capital, do Estado. É ele que estimula e oferece condições para que as pessoas se alimentem de uma determinada forma e não de outra, o Estado define quais alimentos produzidos e comercializados à população.

É nessa região onde as adolescentes moram que está instalado o Instituto de Alimentação e Nutrição. Esse Instituto foi criado na segunda metade do século passado para auxiliar no combate à fome no país. A partir dele houve um adensamento das indústrias de alimentos como doces e salgadinhos e essas indústrias e respectivos produtos fazem parte da territorialidade dessa região. É importante lembrar que se tal adensamento aconteceu é porque houve facilitação intermediada pelo Estado. Isso significa que esses alimentos se tornaram acessíveis para essa população e que nessas indústrias muitos parentes dessas adolescentes trabalharam ou trabalham. Estas adolescentes estão inseridas nestas condições de produção econômicas e sociais da região onde moram. Quando o médico “passa receita”, ele “apaga” esta história e pede à adolescente que coma frutas e legumes.

Com relação à responsabilidade do sujeito, os recortes abaixo apontam para este aspecto da culpabilização do obeso pelo seu corpo, por não aderir ao discurso do Estado para perder peso:

9a. “...falam que gordinho tem essa coisas de preguiçoso, ser assim...”

9b. “por eu ser gordinha eu tenho cara de preguiçosa...”

9c. “porque não se cuida, não liga para você”

Lembrando que o discurso do Estado é convincente e que utiliza a ciência para expressar-se e que sugere que ele oferece os meios e condições para que o obeso venha a perder peso, vemos que, aos olhos da sociedade, o governo faz sua parte porque, aparentemente, se preocupa com o obeso e se ele não perde peso, é ele quem não tem responsabilidade sobre seu corpo e sua saúde, o indivíduo é preguiçoso, desleixado.

A relação estado-sociedade e conhecimento resulta num saber considerado legítimo para a população e com isso constrói-se um senso comum que repete e reforça a culpa do obeso que não cuida de si porque não quer, porque é preguiçoso. Como aponta Pomeranz JL (2008), esta perspectiva da falta de responsabilidade pessoal, livra o Estado de resolver questões mais complexas ligadas à gravidade do problema como os incentivos econômicos aos produtos alimentícios e a regulamentação eficaz da publicidade. As medidas que são adotadas somente se voltam sobre as questões individuais tratadas pela ciência.

A posição deste discurso que interpela o sujeito como culpado, preguiçoso e inadequado faz com que o obeso resista a este processo de significação. A adolescente não tem certeza disso, como se vê nas frases acima, são as pessoas que falam, ela tem dúvida, porque apesar de ser interpelada por este sentido de culpa, e sofrer a injunção de ocupar a posição sujeito obesa, resiste a ela, tem os dois processos de significação funcionando ao mesmo tempo, de culpa e não culpa, de ser e de não ser obesa.

Este é o lugar da contradição, do equívoco e da resistência. Não há como fugir desta interpelação porque ela é ideológica, e seu corpo traz a marca que fala por ela, colocando-a neste lugar de obesa onde é interpelada pelo olhar da responsabilidade que a significa como uma incapaz, inadequada, etc.

Além disso, não há como deixar de lado o fato de que estas jovens estão sendo preparadas para o mercado de trabalho. Essa escola mantém várias parcerias com empresas da cidade para os estágios e possíveis contratações das alunas. No mercado de trabalho o corpo é um cartão de visitas, mais da metade das empresas brasileiras têm algum tipo de objeção a contratar pessoas acima do peso. Estas pessoas saem em desvantagem na seleção e quando conseguem um emprego, ganham menos. De acordo com Joana V. Novaes “um discurso comum no meio empresarial é o de que quem tem o desleixo de engordar também vai ser desleixado no trabalho”... “fatalmente intui-se que pessoas de boa aparência são bem sucedidas em outros aspectos da vida” (Rev.Exame, 13-04-10).

10a. “Corta os doces, fica sem comer nada... corta tudo... eles já querem que seja tudo rápido, de uma vez...”;

Como foi ressaltado mais acima, e também na introdução deste trabalho, o que esta jovem enuncia em 10a., nos permite compreender o esforço da saúde pública em negar a existência das condições de produção que ela traz em sua memória. Espera-se que de um dia para o outro, a jovem passe a se alimentar com frutas e legumes e deixe de comer salgadinhos, doces, e outros produtos alimentícios não saudáveis que foram e continuam sendo estimulados por estratégias de marketing persuasivas em todos os meios de comunicação que ela teve e tem acesso.

O discurso médico desconsidera a condição social e econômica da jovem, assim como as condições de produção que o Estado produziu sobre a sociedade, transferindo a responsabilidade de emagrecer para o indivíduo, embora a jovem não tenha sido sensibilizada ao longo da vida para consumir outros tipos de alimento.

Hoje no Brasil, a resolução nº 24 da Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) de 15 de junho de 2010, determina que as propagandas de alimentos e bebidas com baixo teor nutritivo passem a trazer advertências sobre os males que podem provocar à saúde quando consumidos em excesso. Esta é a primeira forma de regulamentação nos veículos de comunicação no Brasil. Esta medida vem causando polêmica pelas indústrias alimentícias e pelo setor de mídia impedindo que esta resolução seja colocada em prática, embora esta resolução não proíba a venda nem mesmo a veiculação publicitária, mas exige que a advertência apareça na propaganda. Estas políticas regulatórias do poder de persuasão das propagandas têm a intenção de proteger principalmente as crianças, para que recebam menos estímulos de alimentos associados ao prazer de brincar, por exemplo. Este é considerado um primeiro passo para a regulamentação mais incisiva da publicidade de alimentos, e sua ação está voltada principalmente para a informação sobre os males que o produto pode causar para a saúde (Gomes, 2010).

O **nada** e o **tudo** se referem à prescrição do médico. Significam que nela nada existe como se estivesse em branco. Existe um elemento parafrástico com “o sem conseguir”, porque não há nada na prescrição. Quando o médico dá uma receita para a adolescente, é como se não houvesse nada ali indicado para ela comer. Os alimentos indicados na receita não são reconhecidos pela jovem e é como se não existisse nada escrito na receita. A adolescente não percebe que existem outros alimentos que podem substituir o que ela conhece e come até hoje e que obviamente o médico vai cortar. Come nada, corta tudo.

Nos recortes abaixo, as meninas oferecem uma “receita” para o médico, outro discurso, o do afeto:

11a. “Eu vou lá (no médico) e como... se falasse de um jeito menos agressivo a gente ia emagrecendo, mas quanto mais eles falam mais a gente come!”.

11b. “Acho que é pior (ir ao médico) porque você fica com tanta raiva que vai lá e come!”

11c. *“Mas é que depende do jeito que ele fala!”*

11d. *“Acho que se eles falassem de um jeito menos constrangedor a gente ia seguir a receita, ia fazer...”*

11e. *“Acho que se ela falasse assim: eu vou te dar dieta, porque você está acima do peso..., mas com calma, com jeito... Se conseguir tudo bem, se não conseguir tudo bem também.”*

Como pudemos compreender até o momento, a forma como a adolescente se refere à relação dela com o profissional de saúde são trazidos na memória como um encontro ríspido, grosseiro e de imposição. Este aspecto afeta os sentidos de raiva e de rebeldia adolescente aos conselhos médicos. Então a adolescente sugere uma forma de atendimento mais persuasiva, simpática, que seja acolhedora para ouvi-la na sua história e apreensões.

Ela quer que o médico permita a entrada dela nesta relação, não só com o corpo. Ela está incomodada por ser gorda e não por ser obesa, porque não se significa como doente. Além disso, sentir-se adolescente já é por si só um momento de muitos conflitos e dificuldades e é incompreensível para ela, deixar de ser adolescente para ser sobredeterminada pela obesidade.

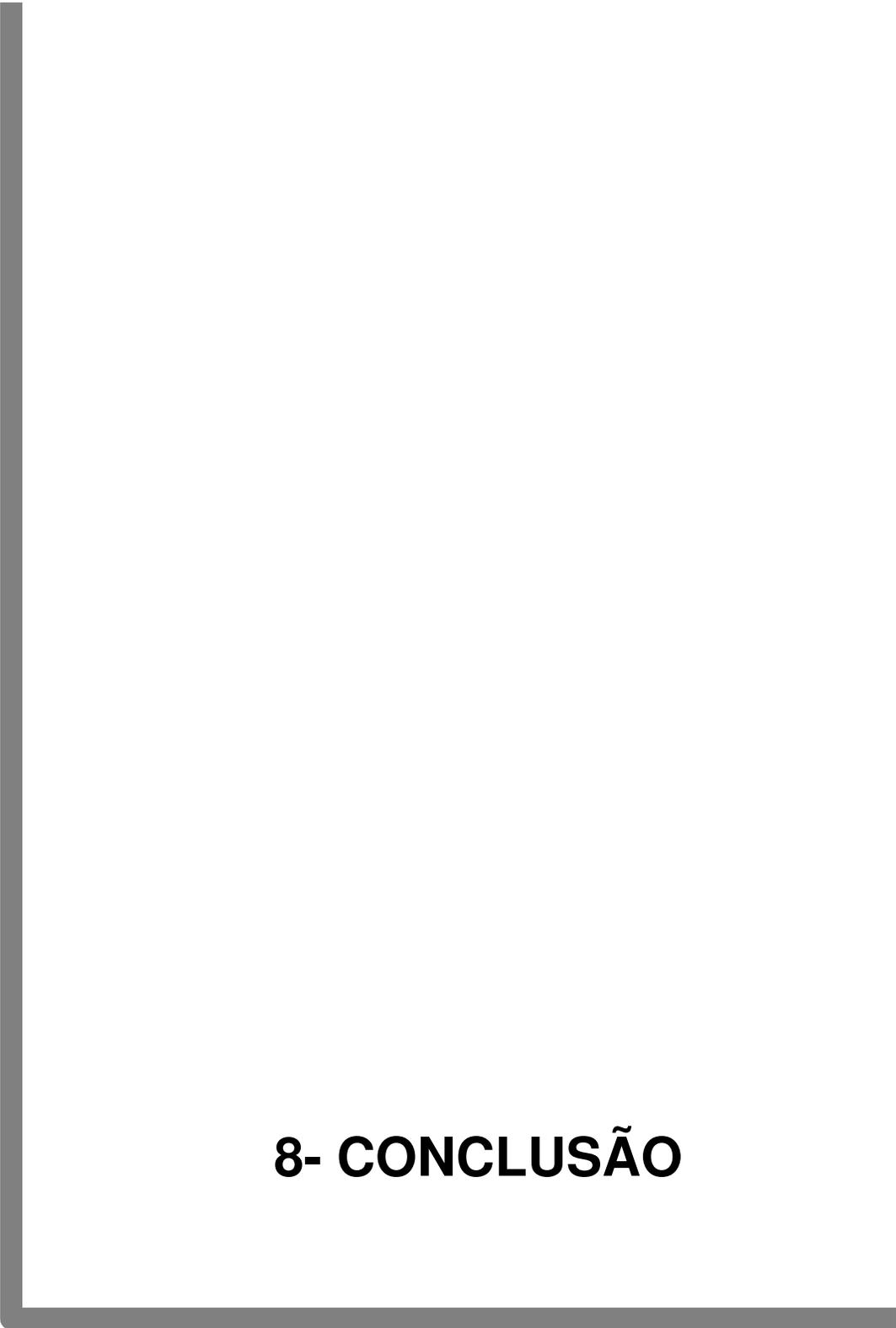
O conflito está permeando o processo de significação dela. Por um lado parece que gostaria de dividir essa responsabilidade, não quer toda ela para si, como impõe o discurso do Estado. Por outro lado parece não querer nada desta responsabilidade “se conseguir tudo bem, se não conseguir tudo bem também”. E por outro lado ainda, aponta para o possível fracasso desta abordagem de acolhimento, “se não conseguir tudo bem também”, “**acho** que a gente ia seguir a receita”.

Esta sugestão das meninas coincide com a posição defendida por Ades e Kerbauy (2002) conforme apresentado na introdução. A adolescente aponta ou sugere uma nova postura para o médico e mostra que dessa forma ele não vai

conseguir afeta-la. A formação discursiva do médico, isto é, aquilo que ele pode e deve dizer não pertence à formação discursiva da adolescente: “*acho que se eles falassem de um jeito menos constrangedor*”. O que seria constrangedor? O que constrange? Constrangedor quer dizer embaraçoso. Embaraçoso é emaranhado, difícil confuso, que não está claro. O que está embaraçado? As palavras do médico que deixam a adolescente embaraçada. A formação discursiva do médico não é a formação discursiva da adolescente.

O discurso biomédico é estabelecido por um sentido de permissão e de censura a partir do discurso do Estado, que determina o que pode e o que não pode ser dito em uma situação. Desta forma, o discurso do profissional é sempre incompleto e o que é silenciado, será interpretado em outros sentidos. O discurso do Estado silencia outros discursos porque está determinado pela ilusão da produção da verdade à qual o médico se assujeita e se constitui:

“Ao se constituir, o discurso científico apaga as marcas dos outros discursos possíveis e da historicidade na formação dos sentidos, de onde vem a ilusão de universalidade. Ao fazê-lo silencia a história, e aparece como um discurso já pronto, acabado, a-histórico, mediando a relação do cientista com o mundo através da linguagem, determinando os sentidos de sua fala, filiando-o a uma formação discursiva própria, caracterizando-o, interpelando-o enquanto sujeito assujeitado às regras dessa formação discursiva”. (Adinolfi, 2006)



8- CONCLUSÃO

Neste estudo procuramos compreender através da análise do discurso (AD), quais os sentidos presentes na discursividade da adolescente obesa sobre seu corpo e sobre o discurso biomédico.

A jovem não tem o conhecimento teórico biomédico e nem o de saúde pública para compreender como o discurso médico está sobredeterminado por estas áreas do saber científico, mas ela “sente” esta regularidade, e esta regularidade faz efeito nela, quando ela diz que o médico diz sempre as mesmas coisas. Enquanto o discurso médico estiver marcado por esta regularidade, não há como aderir, não há sujeito e a interlocução não existe.

As adolescentes fazem uma formulação contundente de que a dieta não funciona. Essa posição sujeito é formulada a partir de uma formação discursiva que é fruto da relação que acontece entre o discurso biomédico e o discurso estético. As políticas públicas fazem a intermediação dessa relação, mas de forma injuntiva, de tal maneira que apagam a historicidade dessa relação cuja conformação é feita pelo capitalismo.

As falas das adolescentes sugerem que os discursos delas e do médico seguem direções diferentes e não se relacionam. São duas formações discursivas que estão em confronto numa relação de auto-sustentação. O discurso estético ideológico que é de adequação do corpo e o discurso biomédico que busca equilíbrio da massa corpórea.

O discurso estético da jovem que busca a adequação do corpo e o discurso biomédico que busca equilíbrio de massa corpórea são dois discursos estabilizados que produzem resistência ao tratamento, pois o peso não funciona como materialização da doença para a adolescente, ela recusa esta palavra e se mantém na estética do “gordo”, em que ela sente-se feia, diferente, inadequada. A adolescente mostra-se insatisfeita em ser gorda e admite isso, mas ela não se significa como obesa e doente. Quando ela se refere como gorda, traz junto à memória de obesa e vice-versa. Mas o incomodo é maior na designação obesa, porque quando o médico fala em obesa também esta falando em doente.

O sentido da doença e o sentido da dieta aparecem concomitantemente no discurso médico e, portanto, a recusa será aos dois. A dieta assim como a obesidade não faz sentido para a adolescente. Ela não se sente doente ou obesa, porque não fala a partir desta posição. Ela se sente “gorda”, inadequada, feia. Ela sofre com os dois discursos. O discurso biomédico afeta outros sentidos que não o de perder peso ou fazer a adolescente aderir à dieta. O silêncio que ocorre entre o obeso e o gordo é a estética.

O discurso biomédico é exclusivamente taxonômico, que interpela o sujeito apenas pelo sentido da obesidade, e esta é uma classificação. Quando o médico fala, ele já fala interpelado ideologicamente por dois discursos, o discurso da ciência e o discurso da saúde pública, que, por sua vez, são sobredeterminados pelo Capital. Desta forma quando o médico se depara com este corpo, ele faz esta leitura aparentemente técnica, e tudo passa a ser significado pelo excesso de peso e pelo tratamento para perder peso, uma questão de adaptar-se ao discurso e aderir à dieta. As injunções históricas e ideológicas são apagadas.

O discurso biomédico oferece uma receita de ação individual, que incide sobre a história social e pessoal do sujeito, mas é justamente onde a receita incide, que o discurso da saúde pública apaga a história.

Podemos considerar que a complexidade da não adesão pode estar justamente na receita, na técnica que busca apagar a história pessoal e as condições históricas e ideológicas que relatam o processo da instalação da obesidade na sociedade. Não podemos pensar simplesmente que os indivíduos não aderem devido a suas histórias pessoais de vida, de falta de vontade, de desmotivação, de fraqueza pessoal e outros, mas também pensar como é que historicamente a sociedade possibilitou e possibilita que as pessoas engordem. O político se instala nas questões de falta de adesão, nas razões pelas quais a adolescente não adere à receita, que são tanto pessoais quanto histórico-sociais.

A técnica não pode estar separada da história e assim deve ser pensada dentro das condições que permitiram o surgimento da doença. Quando o médico pede para perder peso, fazer exercícios, fazer dietas ou praticar diferentes terapias, ele separa o discurso biomédico da história e também separa a adolescente da história. O médico coloca o problema na mão do sujeito, responsabilizando-o individualmente.

Não é natural ou automático fazer e comer o que o médico propõe na receita, no entanto, quando ele descola este discurso da história, quer fazer parecer que isso é simples. Não há como operar a partir da técnica somente, porque a adolescente é um sujeito histórico, que não pode ser separado das condições de produção da doença, das formações ideológicas, da ciência, do senso comum, da estética, das instituições vigentes. Deste modo, não importa se estamos falando com homem ou mulher, com jovem ou adulto, porque todos são sujeitos históricos, e o sujeito é indissociável das condições de produção históricas que levaram a sociedade a engordar. O que o discurso médico busca apagar da história é o que o sujeito sente como falta no seu discurso.

É importante pensar que o Estado e a ciência, interpelados e configurados pela conformação capitalista, estimulam e oferecem condições para que as pessoas se alimentem de uma determinada forma e não de outra, o capital define quais alimentos são produzidos e comercializados à população através de incentivos fiscais, publicidade, preços acessíveis e outros. O acesso a estes alimentos industrializados, pouco saudáveis e altamente calóricos é muito maior e mais fácil e fazem parte maciçamente do cotidiano das pessoas. Como não há um esforço efetivo do Estado para inverter esta situação, iniciou-se um processo de culpabilização e individualização da responsabilidade sobre o obeso, e aparentemente é o obeso quem escolhe comer mal.

Ao analisarmos os estudos envolvidos com o tema da obesidade, percebemos que a maioria, senão todos preconizam a perda de peso, indo de encontro a uma política pública que só entende o obeso como alguém que deve emagrecer. Não preconiza o sujeito, mas a responsabilidade do indivíduo sobre

seu corpo. Os tratamentos são formulados a partir do discurso biomédico e não do gordo.

Quando consideramos as políticas públicas assim formuladas, percebemos que alguma coisa falta, incomoda e tenta ser silenciada para o obeso. Destacamos três aspectos relativos à falta mencionada acima e que são de grande importância: O que falta é o não-silenciamento de todo o complexo processo sócio-histórico ideológico que instaurou condições de produção para que a sociedade engordasse? O que falta não é explicitar justamente os entrecruzamentos entre os discursos estético e biomédico que permitiu construir este par magro/saudável como transparente e retirá-lo da evidência? O que falta ainda não seria justamente a reposição da responsabilidade histórica do Estado, da sociedade, no lugar da responsabilização individual?

Todos estes pontos deveriam fazer parte das formulações das políticas públicas do Estado e, portanto, deveriam interpelar o médico de outro lugar para que o efeito da interpelação sobre o sujeito fosse outro.

As análises permitem perceber que o médico interpelado por este discurso da política pública, onde a obesidade é uma epidemia e tem uma técnica para resolver isso, o médico irá invariavelmente interpelar o paciente pela receita, pela dieta, pelo corpo que entra no sistema de saúde. Não será a boa vontade da posição sujeito-profissional de saúde e da posição-paciente, que levarão à adesão à dieta, mas a reformulação das políticas públicas que farão com que o sujeito-profissional fale de outro lugar para que esta relação se dê de outro modo. E quando houver visibilidade destas condições de produção, destes processos de significação, haverá maiores chances de deslocamento.

Esta é a materialização da simplificação desta relação, no entanto, existem outros sentidos importantes funcionando ao mesmo tempo, e não é só o corpo. Ela está envolvida com as questões da adolescência principalmente, e a estética corporal não pode ser subtraída neste momento.

Quando o profissional interpela a adolescente somente como obesa, junto vem a dieta, a solução, que na verdade não serve para nada, porque ele está interpelando-a como um problema de saúde pública, como um índice estatístico de epidemiologia e o que vem junto com este índice é a necessidade de eliminar este corpo.

Não se pretende eximir o obeso de qualquer responsabilidade, mas compreender o impacto que este apagamento da história provoca no sujeito, quando grande parte das pesquisas indica que a adesão dos obesos ao tratamento é pequena e que a doença tornou-se uma epidemia em franco crescimento. Parece-nos indicar que não basta só a vontade do obeso em perder peso o manter-se magro, mas o meio externo também precisa de mudanças.



9- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aberastury AK, M Adolescência Normal. 10ª ed. 1992, Porto Alegre RS. 09-62.

Abeso. Diretrizes Bras de Obesidade. 2009/2010 [cited; www.abeso.org.br:[pg.261].

Ades L and RR Kerbauy. Obesidade: Realidade e Indagações. Psicologia-USP, 2002. 13(1): p. 197-216.

Adinolfi VTS. Discurso científico, poder e verdade. Revista Aulas. 2006/2007. 03.

Andreozzi ML. Tempo Adolescente como oscilação pendular na constituição do sujeito. Revista Psychê, SP 2001; 5(8): 19-35. Unimarco Editora.

Bain C. Commentary: What's past is prologue. International Journal of Epidemiology, 2006; 35: 16-17.

Balint GP, WW Buchanan and J Dequeker. A brief history of medical taxonomy and diagnosis. Clin Rheumatol, 2006. 25: p. 132-135.

Battistoni MMM. Obesidade feminina na adolescência - revisão teórica e casos ilustrativos. 1996, Unicamp: Campinas, SP.

Brandalize M and N Leite. Alterações ortopédicas em crianças e adolescentes obesos. Fisioterapia-Curitiba, 2010. 23(2).

Brasil. Adolescência e Jovens/Sobrepeso e Anorexia. Ministerio da Saúde 2010 [cited; www.saude.gov.br:]

Brasil. Atenção Básica-PSF-Saúde da Família-PNAN. Ministerio da Saúde 2009/2010 [cited; www.saude.gov.br:]

Brasil. Portal de Noticias. Ministerio da Saúde 2010 [cited; www.saude.gov.br:]

Breslow LMD et al. Reprints and reflections public health aspects of weight control, (first published American Journal of Public Health, 1952). Internacional Journal Epidemiology, 2006; 35: 10-14.

Caballero B e Wang Y. Commentary: Obesity and mortality-light at the end but still a long tunnel. *International Journal of Epidemiology*, 2006; 35: 21-22.

Canguilhem G. O normal e o patológico. 6ªed. Ed.Forense Universitária, 2009.

Cardoso LKO and AMP Carvalho. Avaliação psicológica de crianças acompanhadas em programa de atenção multiprofissional à obesidade. *Interface (Botucatu)*, 2007. 11(22): p. 297-312.

Cardoso LO et al. Fatores socioeconômicos, demográficos, ambientais e comportamentais associados ao excesso de peso em adolescentes: uma revisão sistemática da literatura. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2009. 12(3).

CDC. Centers for Disease Control and Prevention. 2000 [cited; www.cdc.gov/growthcharts/]

Conti MA, MFP Frutuoso and AMD Gambardella. Excesso de peso e insatisfação corporal em adolescentes. *Rev Nutrição*, 2005. 18(4): p. 491-497.

Dias CA. Grupo Focal: técnica de coleta de dados em pesquisas qualitativas. *Informação e sociedade, Estudos UnB*, 2000. 10(2).

Farias ES. Efeito da atividade física programada sobre a composição corporal em escolares adolescentes. *Jornal de Pediatria*, 2009. 85(1): p. 28-34.

Fernandes RA. Fatores de risco associados ao excesso de peso entre adolescentes da região oeste paulista. *Rev escola enfermagem - USP*, 2009. 43(4): p. 768-773.

Marquesini JB. In: Franques ARM e Loli MSA. Contribuições da psicologia na cirurgia da obesidade. Vetor Editora, SP. 2006.

Freud S. Os chistes e sua relação com o inconsciente. Vol.VIII.(1905) Standard, Imago Editora, RJ.,1995.

Gabriel CG, MV Santos and FAG Vasconcelos. Avaliação de um programa para promoção de hábitos alimentares saudáveis em escolares de Florianópolis, SC, Brasil. *Rev. Bras Saude Materno Infantil*, 2008. 8(3): p. 299-308.

Garcia RWD. Reflexos da globalização na cultura alimentar: considerações sobre as mudanças na alimentação urbana. *Revista de Nutrição*, 2003; 16(4): 483-92.

Goffman E. Estigma-Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1975.

Gomes F. Alimentação para viver melhor. Ministério da Saúde, Portal do INCA, 21/07/2010. www2.inca.gov.br

Gondim SMG. Grupos Focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. *Paidéia-UFB*, 2003. 12(24): p. 149-161.

Jacques A. Feminilidade Adolescente, in *Adolescência: Reflexões Psicanalíticas*, M.R. Cardoso, Editor. 2001, Faperj/NAU: Rio de Janeiro.

Kac G, G Velasquez-Melendez and MASC Coelho. Fatores associados à obesidade abdominal em mulheres em idade reprodutiva. *Revista de Saúde Pública*, 2001. 35(1): p. 46-51.

Kunkel N, WF Oliveira and MA Peres. Excesso de peso e qualidade de vida relacionada à saúde em adolescentes de Florianópolis, SC. *Revista de Saúde Pública*, 2009. 43(2): p. 226-235.

Lagazzi S. O desafio de dizer não, ed. Pontes. 1988, Campinas SP.

Lock K e Uauy R. Commentary: The importance of addressing the rise of overweight and obesity-progress or lack of action during the last fifty years? *International Journal of Epidemiology*, 2006; 35: 18-20.

Martins MFS. Estudo clínico qualitativo sobre a obesidade em jovens adultos atendidos em um programa de grupo operativo no período da adolescência. 2004, Unicamp: Campinas, SP.

Mendonça CP, Anjos LA. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. Caderno de Saúde Pública, 2004; 20(3):69.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento, pesquisa qualitativa em saúde. SP-RJ, Hucitec-Abrasco, 1992.

Monteiro RC, PTA Riether and RC Burini. Efeito de um programa misto de intervenção nutricional e exercício físico sobre a composição corporal e os hábitos alimentares de mulheres obesas em climatério. Revista de Nutrição, 2004. 17(4): p. 479-489.

Müller RCL. A historia familiar e a obesidade na adolescencia, um estudo clínico qualitativo com adolescentes obesos. 1999, Unicamp: Campinas - São Paulo.

Oliveira AMA et al. Sobrepeso e obesidade infantil: influência de fatores biológicos e ambientais em Feira de Santana, BA. Arq Bras Endocrinol Metab, 2003. 47(2).

Olshansky SJ. Commentary: Prescient visions of public health from Cornaro to Breslow. International Journal of Epidemiology, 2006; 35: 22-23.

Orlandi EP. As formas do silêncio no movimento dos sentidos., 1992. ed. Unicamp. Campinas SP.

Orlandi E. Análise do discurso, princípios e procedimentos. 8ª ed, ed. Pontes. 2009, Campinas, SP.

Orlandi E. Interpretação, autoria, leitura e efeitos do trabalho simbólico. 5ª ed, ed. Pontes. 2007, Campinas. SP.

Orlandi E. A linguagem e seu funcionamento, as formas do discurso. 2ª ed, ed. Pontes. 1987, Campinas. SP. 81-96.

Perelman C and L Olbrechts-Tyteca. Tratado da argumentação. A nova retórica, ed. M. Fontes. 1996, São Paulo. 168-217.

Pomeranz JL. A historical analysis of public health, the law, and stigmatized social groups: the need for both obesity and weight bias legislation. *Obesity Journal*, 2008, V.16(2): 93-103.

Prado WL. Efeitos da terapia multidisciplinar de longo prazo sobre a composição corporal de adolescentes internados com obesidade severa. *Jornal de Pediatria*, 2009. 85(3): p. 243-248.

Rodrigues EM and MCF. Boog, Problematização como estratégia de educação nutricional com adolescentes obesos. *Caderno de Saúde Pública*, 2006. 22(5): p. 923-931.

Sabia RV, JE Santos and RPP Ribeiro. Efeito da atividade física associada à orientação alimentar em adolescentes obesos: comparação entre o exercício aeróbio e anaeróbio. *Rev Bras Medic do Esporte*, 2004. 10(5): p. 349-355.

Santos BS. Introdução a uma ciência pós-moderna. Ed.Graal, 5ªed. 2010.

Sichieri R et al. Recomendações de alimentação e nutrição saudável para a população brasileira. *Arq Bras Endocrinol Metab*, 2000. 44(3): p. 227-232.

Souza AFC. O percurso dos sentidos sobre a beleza através dos séculos: uma análise discursiva. Unicamp. Campinas, SP: [s.n.], 2004.

Suñé FR et al. Prevalência e fatores associados para sobrepeso e obesidade em escolares de uma cidade no sul do Brasil. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, 2007. 23(6).

Terres NG. Prevalência e fatores associados ao sobrepeso e à obesidade em adolescentes. *Revista de saúde Pública*, 2006. 40(4): p. 627-633.

Torres-Leal FL, MD Capitani and J Tirapegui. The effect of physycal exercise and caloric restriction on the components of metabolic syndrome. *Braz. J. Pharm. Sci*, 2009. 45(3): p. 379-399.

Vermelho LL and MFG Monteiro. Transição demográfica e epidemiológica, in Epidemiologia, RA Medronho, Editor. 2002, Atheneu: São Paulo. p. 91.

Wanderley EN and VA Ferreira. Obesidade: uma perspectiva plural. Ciência e saúde coletiva, 2010. 15(1): p. 185-194.

WHO. Programmes and Projects. Health topics 2006 [cited; www.who.int/]

Zambon MP et al. Crianças e adolescentes obesos: dois anos de acompanhamento interdisciplinar. Rev Paulista Pediatria, 2008. 26(2): p. 130-135.



10- ANEXO

Roteiro do Grupo Focal

Geral: O que é ser saudável para vocês?

-Os médicos, a mídia, as pessoas falam muito sobre ter um corpo saudável, e relacionam com o peso, o que vocês acham disso?

-o que vocês entendem por sobrepeso/ obesidade? (é doença ou não, traz danos futuros).

-Com relação ao peso, como vocês acham que estão? (gorda, magra, bem, indiferente)

-Como vocês se sentem com relação a isso? (acha que pode acontecer algo a você? Tem medo, isso a preocupa?)

-O que significa estar acima do peso para vocês? (como sente, infelicidade, tristeza, solidão)

-Como vocês acham que as pessoas vêem vocês? (crítica, diferença, preguiça)

-Alguma vez vocês já procuraram um médico ou nutricionista?

-Como (porque) você decidiu buscar um profissional? Alguém sugeriu?

-Como foi este encontro (consulta)? Como se sentiu durante? (Vínculo)

-O que vocês acharam do tratamento que foi oferecido, vocês seguiram?

-Vocês acham que as pessoas escutam/entendem vocês? (você fala sobre seu corpo?)

-Que tipo de ajuda vocês gostariam de receber para perder peso? Como gostaria que fosse o tratamento?

-O que seus pais (família) falam sobre seu corpo? Existe preconceito? Como vocês lidam com ele? Como se sentem?

-Como gostariam de ser? Algo mais?

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Sua filha _____,
está sendo convidada para participar de um projeto de pesquisa sobre “Saúde na Adolescência” que vai ser coordenado por pesquisadores do Departamento de Medicina Preventiva da Unicamp.

Ela não vai passar por exame médico e nem serão colhidos exames dela.

O que nós estamos pedindo é que ela participe de um grupo do qual vão fazer parte outras meninas da mesma idade que a da sua filha, e que vai conversar sobre saúde e doenças. Essas conversas serão anotadas e depois analisadas. Ninguém vai saber se a sua filha participou ou não desse grupo.

Caso os senhores achem melhor que ela não participe, nós garantimos que não vai acontecer nenhum tipo de penalidade contra ela. Da mesma forma os senhores poderão concordar agora e depois voltar atrás, sem que tenham nenhum tipo de prejuízo ou penalidade junto ao Grupo Primavera.

Eu, _____,
declaro que li as informações acima e estou ciente do objetivo e procedimento da pesquisa, e concordo que minha filha participe deste grupo de discussão.

E, por estar de acordo, assino o presente termo:

Campinas/SP, _____ de _____ de _____.

RG: _____

Assinatura do responsável: _____

Pesquisador: Candida Marisa Betoni Olchenski

Fone: 19-9604-9237

Assinatura do pesquisador: _____

Faculdade de Ciências Médicas

Endereço: Av. Adolfo Lutz, s/n - Cidade Universitária

13084-880 - Campinas, SP

E-mail: betoni@fcm.unicamp.br

Pesquisador Responsável: Candida M.B.Olchenski - Fone (19)9604-9237

**Telefone do Comitê de Ética em Pesquisa para eventuais denúncias:
(19) 3521-8936.**