

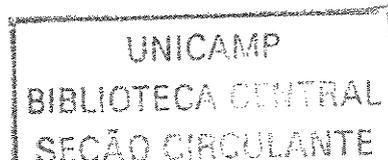
MIRIAN FRANZOLOSO SANTOS MARTINS

*ESTUDO CLÍNICO-QUALITATIVO SOBRE A OBESIDADE
EM JOVENS ADULTOS ATENDIDOS EM UM PROGRAMA
DE GRUPO OPERATIVO NO PERÍODO DA ADOLESCÊNCIA*

CAMPINAS

2004

i



MIRIAN FRANZOLOSO SANTOS MARTINS

***ESTUDO CLÍNICO-QUALITATIVO SOBRE A OBESIDADE
EM JOVENS ADULTOS ATENDIDOS EM UM PROGRAMA
DE GRUPO OPERATIVO NO PERÍODO DA ADOLESCÊNCIA***

*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 da Criança e do Adolescente, área de
concentração em Saúde da Criança e do Adolescente.*

Orientador: Prof. Dr. José Martins Filho

Co-orientadora: Profa. Dra. Maria Marta de Magalhães Battistoni

CAMPINAS

2004

iii



UNIDADE	BC
Nº CHAMADA	T/UNICAMP M366e
V	EX
TOMBO BC/	03720
PROC.	16.P00076-05
C	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	11,00
DATA	13/05/05
Nº CPD	

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

M366e

Martins, Mirian Franzoloso Santos

Estudos clínico-qualitativo sobre a obesidade em jovens adultos e atendidos em um programa de grupo operativo no período da adolescência. / Mirian Franzoloso Santos Martins. Campinas, SP : [s.n.], 2004.

Orientadores: José Martins Filho, Maria Marta de Magalhães Battistoni

Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Pesquisa qualitativa. 2. Aspectos psicológicos. I. José Martins Filho. II. Maria Marta de Magalhães Battistoni. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

Banca Examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador:

Prof. Dr. José Martins Filho

Membros:

1. Prof. Dr. José Martins Filho

2. Prof. Dr. José Luiz Tatagiba Lamas

3. Profa. Dra. Maria Lucia Martinelli

**Curso de Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.**

Data: 2005

200509586

Ao Antonio, meu esposo e companheiro de todas as horas que, com compreensão e estímulo, contribuiu com este trabalho, todo meu amor.

Aos meus filhos Rodrigo e Daniela, que só me trazem satisfação e ao Hugo, meu genro, agora parte de minha família.

À minha mãe Leda e à minha neta Isabella... continuação de uma nova geração de mulheres fortes.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À Prof^a. Dr^a. Regina Célia Lucizani Müller, mestra, que me apresentou ao estudo da adolescência, que sempre acreditou na minha potencialidade e foi a maior incentivadora para que este trabalho se concretizasse, meu carinho e admiração.

Ao Prof. Dr. José Martins Filho, orientador, pelo incentivo e colaboração.

À Prof^a. Dr^a. Maria Marta de Magalhães Battistoni, co-orientadora, pelo acolhimento, apoio e valiosa orientação, meu agradecimento.

Ao Prof. Dr. Jose Luis Tatagiba Lamas, amigo e colega de trabalho, parceiro nos grupos de obesos, com quem muito aprendi.

À Profa. Dra. Zélia Zilda Lourenço de Camargo Bittencourt, pela amizade e inestimável ajuda com importantes sugestões.

Ao Prof. Dr. Claudinei José Gomes Campos, que com competência, me guiou no caminho da metodologia qualitativa.

À Dra. Carolina Taddeo Mendes dos Santos, pelo suporte e colaboração no trabalho de campo.

A todos os profissionais da equipe multidisciplinar que ao longo dos anos colaboraram nos grupos, com seus saberes e dedicação aos adolescentes obesos.

Às aprimorandas do Programa de Aprimoramento em Serviço Social em Pediatria, minhas alunas e colaboradoras.

Às colegas do Serviço Social do Hospital de Clínicas da UNICAMP, meu agradecimento pelo suporte e incentivo na minha trajetória profissional.

A todos os adolescentes que fizeram parte dos grupos de obesos, em especial àqueles que depois de anos, se dispuseram a confiar seus sentimentos possibilitando a realização desta pesquisa.

	<i>Pág.</i>
RESUMO	<i>xxix</i>
ABSTRACT	<i>xxxiii</i>
1- INTRODUÇÃO	<i>37</i>
1.1- Tema pesquisado e motivação para o estudo.....	<i>39</i>
1.2- Obesidade - conceituação.....	<i>42</i>
1.2.1- O diagnóstico.....	<i>43</i>
1.2.2- Epidemiologia.....	<i>44</i>
1.2.3- Fatores de risco determinantes da obesidade.....	<i>47</i>
1.2.3.1- Importância da hereditariedade.....	<i>48</i>
1.2.3.2- Mecanismos de fome e saciedade.....	<i>49</i>
1.2.3.3- Influências ambientais.....	<i>50</i>
1.2.3.4- Aspectos psicossociais.....	<i>53</i>
1.3- A obesidade na adolescência.....	<i>57</i>
1.3.1- A adolescência como fase de desenvolvimento.....	<i>57</i>
1.3.1.1- Aspectos psicossociais da adolescência.....	<i>59</i>
1.3.1.2- O processo da adolescência e a obesidade.....	<i>60</i>
1.4- Trabalho com grupos de adolescentes obesos.....	<i>63</i>
1.4.1- A tendência grupal na adolescência.....	<i>63</i>
1.4.2- Grupo com adolescentes obesos.....	<i>65</i>
1.4.3- Técnicas de grupo.....	<i>67</i>
1.4.3.1-Técnica de grupo operativo.....	<i>67</i>
1.4.3.2- Técnicas acessórias.....	<i>73</i>
1.4.4- O trabalho de grupo com adolescentes obesos do HC.....	<i>74</i>

1.4.4.1- O ambulatório de obesidade na adolescência.....	74
1.4.4.2- Impacto da abordagem grupal.....	76
2- OBJETIVOS.....	79
2.1- Objetivo geral.....	81
2.2- Objetivos específicos.....	81
3- METODOLOGIA.....	83
3.1- O método qualitativo.....	85
3.1.1- O método clínico-qualitativo.....	87
3.2- Técnica de coleta de dados.....	90
3.2.1- Entrevista semi-estruturada.....	90
3.2.2- O instrumento da entrevista.....	92
3.2.3. Enquadre e escolha do setting.....	92
3.2.4- Procedimentos de entrevista.....	93
3.3- População escolhida para a pesquisa.....	94
3.3.1- Amostragem em pesquisa qualitativa.....	94
3.3.2- Seleção dos sujeitos.....	94
3.3.3- Tamanho e critérios da amostra.....	95
3.4- Técnica para o tratamento dos dados obtidos.....	97
3.4.1- Análise de conteúdo.....	97
3.4.2- Organização do material para a análise.....	98
3.4.3- Categorização.....	99
3.4.4- Processo de validação dos dados pesquisados.....	100
3.4.5- Apresentação dos dados.....	101
4- RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	103
4.1- Contexto social, cultural e físico da população estudada.....	105

4.1.1- Caracterização sociocultural.....	105
4.1.2- História atual da obesidade.....	107
4.1.3- Prática de Esportes.....	108
4.1.4- Co-morbidades.....	109
4.2- Breve descrição das entrevistas: história de vida relacionada à obesidade e inserção nos grupos de adolescentes obesos.....	110
4.3- Discussão.....	137
4.3.1- Categoria 1- Aspectos relacionais.....	138
4.3.1.1- Relação da família com a obesidade.....	138
4.3.1.2- Relação com o trabalho.....	143
4.3.1.3- Sexualidade e namoro.....	146
4.3.2- Categoria 2- Sentimentos em relação à obesidade.....	150
4.3.2.1- Motivação para emagrecer.....	150
4.3.2.2- Aspectos emocionais envolvidos.....	154
4.3.2.3- Dificuldades em seguir dieta.....	160
4.3.2.4- Sentimentos por estar magro.....	165
4.3.3- Categoria 3- Experiência no grupo de obesos.....	168
4.3.3.1- Lembranças das impressões da época.....	169
4.3.3.2- A importância do tratamento em grupo na vivência atual.....	172
5- CONCLUSÃO.....	177
6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	183
7- ANEXOS.....	195

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABESO	Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade
CDC	Center for Disease Control
FUNDAP	Fundação do Desenvolvimento Administrativo
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corpórea
Kg	Quilograma
NCHS	National Center for Health and Statistics
NHANES	National Health and Nutrition Examination Survey
OMS	Organização Mundial de Saúde
SISE	Sistema de Informações e Análises Econômicas
WHO	World Health Organization

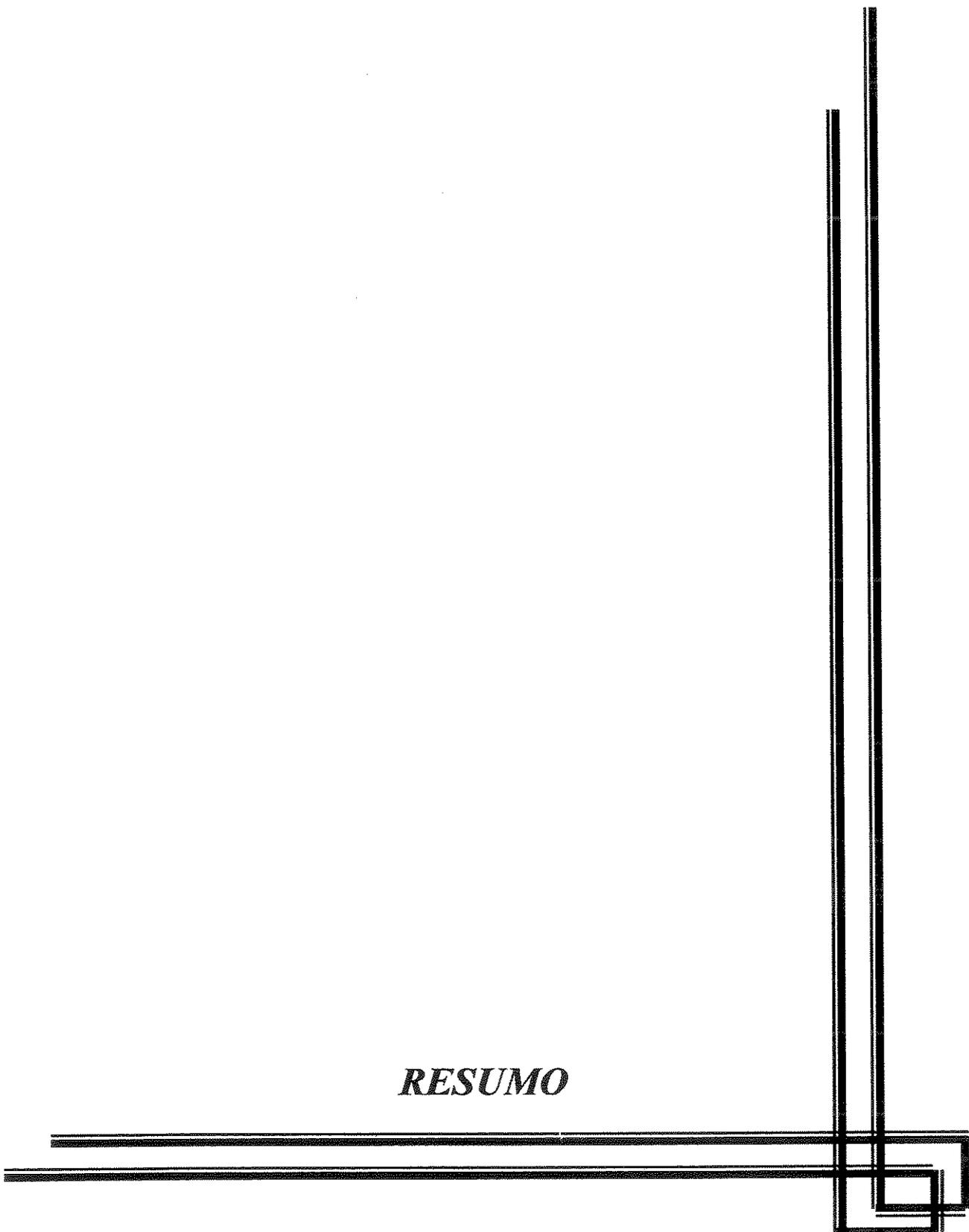
	<i>Pág.</i>
Tabela 1- Prevalência de obesidade na população norte americana.....	44
Tabela 2- Prevalência de sobrepeso entre crianças e adolescentes, idade 6-19 anos, para anos selecionados 1963-65 até 1999-2000 (NCHS).....	45
Tabela 3- Obesidade em adultos no Brasil, Nordeste e Sudeste.....	46
Tabela 4- Desnutrição e obesidade em diferentes grupos populacionais. Brasil, 1997.....	47
Tabela 5- Processo de seleção.....	96
Tabela 6- Participação nos grupos de adolescentes obesos.....	97
Tabela 7- Distribuição absoluta (N) e percentual (%) dos componentes da amostra em função da idade e sexo.....	105
Tabela 8- Escolaridade.....	106
Tabela 9- Procedência.....	106
Tabela 10 Ocupação.....	107
Tabela 11- IMC atual.....	107
Tabela 12- Evolução do peso no intervalo entre o grupo e a data da entrevista.....	108
Tabela 13- Prática de dieta atual.....	108
Tabela 14- Prática de esportes.....	109
Tabela 15- Esportes praticados.....	109
Tabela 16- IMC atual, hipertensão, problemas ortopédicos e menstruais.....	110
Tabela 17- Obesidade na família.....	139
Tabela 18- Motivação para emagrecer.....	151
Tabela 19- Orientações que considera importantes e as que ainda segue.....	173

	<i>Pág.</i>
Quadro 1- Influência do Ambiente Familiar na Prevalência da Obesidade em crianças.....	51
Quadro 2- Diferenças entre o método qualitativo e quantitativo.....	85
Quadro 3- Categorias e Subcategorias.....	138
Quadro 4- Sentimentos em relação à obesidade.....	155
Quadro 5- Efeitos das dietas anteriores à entrevista.....	161

	<i>Pág.</i>
Figura 1- Causas que predisõem o indivíduo à obesidade.....	48
Figura 2- Fome, obesidade e depressão.....	63
Figura 3- Base do cone.....	70
Figura 4- Vértice do cone.....	71
Figura 5- Movimento dialético.....	71

	<i>Pág.</i>
Gráfico 1- Situação do peso durante o tratamento em grupo e no intervalo entre o grupo e a entrevista.....	169

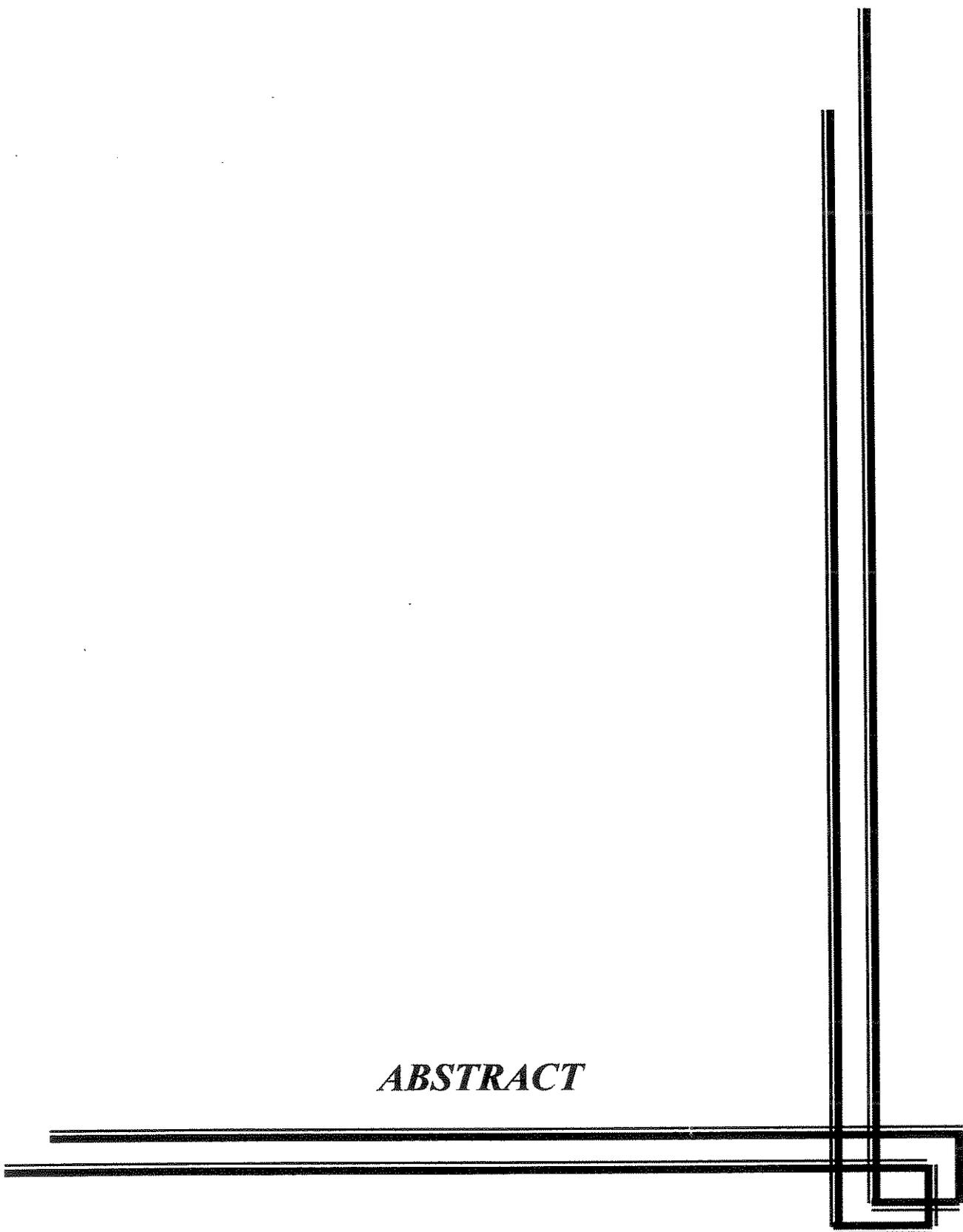
RESUMO



Esta pesquisa envolveu adolescentes obesos que participaram do atendimento em grupo operativo, através de uma equipe multidisciplinar, no período de 1991 a 2000, realizada no Ambulatório de Obesidade na Adolescência do Hospital de Clínicas da Unicamp. O objetivo foi estudar como os participantes dos grupos encontram-se atualmente em relação à obesidade e suas relações interpessoais, e compreender os significados que estes sujeitos atribuem ao atendimento realizado na época. O método clínico-qualitativo foi escolhido para a coleta dos dados sobre amostragem intencional que levou em conta o Índice de Massa Corpórea, (IMC) compatível para obesidade quando admitidos para o tratamento em grupo, participação efetiva nos grupos e idade entre 18 e 24 anos. Foram realizadas 21 entrevistas semi-estruturadas que ocorreram em 2002 e 2003. O material transcrito foi submetido à técnica de análise de conteúdo temática. Foram definidas três categorias temáticas: 1) Aspectos relacionais, 2) Sentimentos em relação à obesidade e 3) Experiência no grupo de obesos. Os resultados deste estudo sugerem que o obeso na idade jovem-adulta enfrenta preconceito e limitações no trabalho, os relacionamentos familiares podem apresentar padrões relacionais rígidos, e, em alguns casos, dificultar sua independência. A obesidade pode atuar como obstáculo no estabelecimento de relacionamentos afetivos. O temor de não ser correspondido e o sentimento de inadequação foram defesas utilizadas para manter distância frente à sexualidade. Os depoimentos mostraram que as pressões psicológicas decorrentes da obesidade geraram sentimento de ansiedade, impotência, baixa auto-estima, principalmente culpa e discriminação, fortalecidos pela dificuldade de aceitação social. Os jovens obesos desta amostra querem emagrecer por motivo de saúde e estético, mas sentem falta de estímulo frente aos esforços pessoais e os frequentes fracassos. Aqueles que conseguiram emagrecer obtiveram melhora nos relacionamentos e na auto-estima. Os principais significados atribuídos pelos sujeitos ao atendimento em grupo foram a identificação e o sentimento de reconhecimento de cada um vindo a ser reconhecido pelo outro. Estes significados, mesmo após longo espaço de tempo, mostram a força dos vínculos criados na interação entre os participantes. O tratamento em grupo favoreceu o emagrecimento, mas não garantiu a manutenção desta tendência. Este fato sugere a necessidade de reforço contínuo do programa. O método clínico-qualitativo através da escuta, observação e detalhamento da história de vida, proporcionou maior riqueza ao material colhido nas entrevistas. À medida que permitimos

a expressão dos sentimentos, obtivemos maior compreensão da interação do sujeito com a obesidade e subsídios para reflexão mais abrangente sobre esta patologia.

ABSTRACT



The present study included obese adolescent that participated in operative group, involving multidisciplinary team, during the period of 1991 to 2000, realized in the Obese Adolescent Outpatient Clinic, Hospital das Clínicas, Unicamp. The objective was to study how the subjects are at the present time, in relation to obesity, their interpersonal relationship and present views of the participants at the time of the initial treatment. A qualitative method was used to assess an intentional sample. The criteria of inclusion were subjects aged 18 to 24 years old, body mass index (BMI) compatible for obesity when admitted for group treatment and effective participation in the groups. Twenty-one semi-structured open-question interviews were conducted in the year of 2002 and 2003. The data was transcribed and underwent qualitative analysis. Three categories were defined: 1) Relationship interactions; 2) Obesity related feelings; 3) Personal experience in the obesity group treatment.

This study suggests that the obese young adult undergo discrimination, limitation on the job and face personal problems in affective relationship. Their family relationship is prone to rigid patterns and in some cases they may find difficulty to achieve personal independence. Defenses used regarding sexuality were the fear in not being recognized and the fear of rejection. The statements showed psychological pressures due to the obesity, such as anxiety, low self-esteem, guilty feelings and social discrimination. Frequent failures in losing weight may influence their motivation. The young adults that lost weight improved their relationships and self-esteem. The group treatment showed strong ties among the participants. The results suggest that the group therapy favored weight loss during the treatment. However, the group did not sustain the weight loss after follow-up. This tendency suggests the need for continuous reinforcement of the program. The qualitative-clinical method, using interviews, observation and detailed life history provided the best results in this study. Better subject-obesity inter-actions occurred as personal feelings were manifested. This allowed also broader reflections about obesity.

1- INTRODUÇÃO

1.1- Tema pesquisado e motivação para o estudo

Este trabalho é fruto da minha experiência de 15 anos no ambulatório de adolescentes do Hospital de Clínicas da UNICAMP, como assistente social participante da equipe multidisciplinar. Meu ingresso neste grupo foi motivado pelo interesse no estudo e assistência ao adolescente, faixa etária muitas vezes incompreendida e exposta a vários fatores de risco no meio social com importantes implicações na saúde. A oportunidade de trabalhar com a Prof^a Dr^a. Regina Célia Muller e o Prof. Dr. José Luis Tatagiba Lamas, docentes com quem muito aprendi, me incentivaram a ampliar conhecimentos permitindo novas perspectivas na minha trajetória profissional. Esta experiência abriu caminhos para buscar aprimoramento na área de trabalho com adolescentes, terapia familiar e em terapia de grupo, inicialmente no Curso de Introdução à Psicoterapia Analítica de Grupo, em seguida nos Cursos de Formação de Coordenador de Grupo Operativo, Grupo de Discussão sobre Terapia Familiar e Curso de Especialização em Psiquiatria e Psicologia Clínica da Adolescência.

Desde sua implantação em 1989, o ambulatório de adolescentes tem recebido uma demanda expressiva de adolescentes com queixa de obesidade, originando em 1991 a criação de um ambulatório específico para atender esta patologia. A equipe original de profissionais de saúde composta de médico, enfermeiro e assistente social, foi acrescida de psicólogos e nutricionistas, que somaram seus conhecimentos a este ambulatório, trazendo valiosa contribuição. Com o intuito de aprofundar os conhecimentos e aperfeiçoar as formas de atendimento, criou-se um grupo de estudos sobre obesidade na adolescência. A partir destes estudos, além do atendimento individual, foi introduzido o atendimento do adolescente e de sua família em grupo.

Participei junto com a equipe multiprofissional da coordenação de vários grupos de adolescentes obesos, sendo que esta abordagem foi sendo aperfeiçoada ao longo dos anos, com a introdução de novas técnicas. Esta metodologia de tratamento já completou 10 anos e a maioria dos adolescentes atendidos hoje se encontram na fase de adulto jovem. Passados estes anos, várias perguntas instigam a vontade de saber como estão os adolescentes que participaram do tratamento em grupo: como eles se encontram em relação aos seus relacionamentos interpessoais, quais os resultados desta metodologia, se as

mudanças ocorridas durante a realização do programa se solidificaram e quais as medidas que permaneceram incorporadas no seu cotidiano.

Esta reflexão levou a buscar os adolescentes que participaram dos grupos para investigar o caráter compreensivo que eles têm da obesidade hoje. Não foi intenção trabalhar apenas com números ou tabelas para saber quantos quilos emagreceram ou engordaram, mas privilegiar os sentimentos e significados atribuídos à obesidade. Para a realização deste estudo foi escolhido o método de pesquisa clínico-qualitativa e a técnica de entrevista, que permitiram conhecer os significados da obesidade dentro de uma perspectiva do sujeito como ser de subjetividade. Acredito que o estudo em questão adquiriu maior relevância à medida que o entrevistado teve a oportunidade de expressar seus sentimentos e pensamentos, promovendo desta forma, uma reflexão sobre sua vivência e valores sobre o assunto. Os significados atribuídos à obesidade, sob a óptica dos indivíduos que a vivenciam, possibilitarão novas pistas na compreensão desta importante doença crônica, auxiliando no manejo do tratamento contemplando os aspectos psicossociais. A pesquisa clínico-qualitativa tem sido alvo de estudiosos nesta modalidade como CAMPOS (2003) e TURATO (2003), cujas concepções teóricas serviram de base à metodologia deste estudo.

Pretende-se com este estudo não somente responder a indagações pessoais e profissionais mas contribuir para o desenvolvimento do conhecimento na área de obesidade na juventude que possa ajudar a prática de trabalhadores da saúde que prestam este tipo de assistência. A obesidade é um desafio para os profissionais que se dedicam ao seu cuidado, sendo que vários estudos relatam dificuldades na adesão e insucessos frequentes.

No Serviço Social, a participação em equipes multidisciplinares na área da saúde, tem sido campo fértil para o desenvolvimento profissional. Esta pesquisa, que teve início no trabalho coletivo do ambulatório de obesidade, mostra a produção do trabalho do assistente social. MARTINELLI (2002) menciona que "os assistentes sociais assim como os demais profissionais da equipe são cada vez mais demandados a assumir-se como trabalhadores coletivos da saúde. O lugar do Serviço Social na área da saúde é, portanto um lugar multidisciplinar, plural, um lugar de ações cooperativas e complementares, de práticas interdisciplinares. Para o assistente social que trabalha em um hospital-escola a pesquisa é

efetivamente indispensável, até mesmo no sentido de garantir ao profissional um debate qualificado com seus pares."

Para desenvolver esta pesquisa, foi considerado importante abordar os seguintes aspectos na introdução do trabalho, para que o leitor possa entender os motivos porque escolhi esta linha de revisão bibliográfica. Achei relevante destacar alguns pontos importantes sobre a epidemiologia e os fatores de risco da obesidade, considerando que esta doença tem apresentado aumento de prevalência, não apenas nos países desenvolvidos, mas também nos países onde a saúde pública ainda constitui-se em problema nutricional.

Apresentar a obesidade na adolescência, se reveste de importância pelo fato de constituir-se um complicador na formação da identidade, nesta fase em que ocorrem grandes transformações biológicas, psicológicas e sociais. Dentro do enfoque psicodinâmico, ABERASTURY e KNOBEL (1981) descrevem a adolescência como o período de conflito entre a dependência e a independência que somente será resolvido com a maturidade. Os jovens adultos, na faixa etária de 18 a 24 anos, apesar de apresentarem desenvolvimento biológico maduro, parecem em alguns casos, ainda confundidos com a fase da adolescência, em relação ao desenvolvimento social e aspectos culturais. BATTISTONI (1996) refere que o término da adolescência está sendo postergado nos nossos dias, se prolongando até que ocorra uma razoável resolução da identidade pessoal do indivíduo com o estabelecimento de padrões relativamente consistentes para tratar com os conflitos internos e exigências da realidade.

Os sujeitos desta pesquisa foram selecionados a partir de sua participação nos grupos de adolescentes obesos, explicitando a necessidade de descrever o processo grupal a partir do marco referencial teórico da técnica de grupo operativo preconizado por PICHON-RIVIERE (1986). O trabalho em grupo ao longo de 10 anos de atividade trouxe benefícios para os adolescentes obesos e suas famílias. Por este motivo mostrei os resultados desta abordagem no ambulatório de adolescentes obesos, a partir da avaliação da equipe e de estudos levados a congressos científicos.

Não podemos perder de vista o fato de que a obesidade vem constituindo-se na última década em importante problema de saúde pública, suscitando a necessidade de mais estudos sobre o tema e de ações de promoção da saúde para esta população.

1.2- Obesidade - Conceituação

A obesidade é considerada problema de saúde pública e constitui-se em desafio para os estudiosos envolvidos na busca de soluções. Nos últimos anos tem suscitado grande atenção de pesquisadores da área da saúde porque, apesar da vasta literatura, a ciência não tem fornecido resultados terapêuticos uniformes (KAHTALIAN, 1992; DAMIANI, 2000).

A obesidade é uma doença nutricional e metabólica, multifatorial e multicausal que se caracteriza pelo excesso de depósito de gordura no organismo. Está presente nos países do mundo industrializado e mesmo nos países em desenvolvimento que revelam uma proporção crescente da população com sobrepeso e obesidade (DAMIANI 2000; BOUCHARD, 2002).

A obesidade pode ser exógena ou endógena. O termo obesidade exógena, ou simples, ou primária ou por ingestão calórica, tem sido empregado para identificar aquela obesidade que não aparenta causa orgânica em sua etiologia, enquanto a obesidade endógena está primariamente associada a distúrbios endócrinos, síndromes genéticas e outros, como patologias de sistema nervoso, inclusive certos tumores hipotalâmicos (PIZZINATO, 1992; MÜLLER, 1999).

A obesidade exógena ou nutricional reflete um excesso de gordura decorrente do balanço positivo de energia entre a ingestão e o gasto calórico e corresponde a 95% dos casos de obesidade, enquanto os restantes 5% são os obesos endógenos (HALPERN, 1997).

A obesidade por ingestão calórica desperta maior interesse dos pesquisadores, em função de estarem nela implicados múltiplos fatores que precisam ser identificados e elucidados. Indivíduos que aparentemente não apresentam patologias orgânicas, mas que desenvolvem obesidade, tem sido alvo de diversas áreas da ciência com o intuito de identificar os fatores causais. Além das causas nutricionais, psicológicas e sociais encontramos vários estudos genéticos que se baseiam na hereditariedade. MULLER (1999) menciona pesquisas avançadas demonstrando a secreção de neuropeptídeos implicados com a regulação da saciedade, além de estudos das alterações metabólicas relacionadas com gasto calórico, termogênese e metabolismo basal.

É consenso, no entanto, que a obesidade, a partir de sua identificação, deve ser tratada, especialmente devido aos efeitos do excesso de peso na morbidade e mortalidade (OLIVA e HALPERN, 1992, CARNEIRO et al.,2000).

1.2.1- O diagnóstico

VIUNISKI (1999) refere que o diagnóstico da obesidade em crianças e adolescentes é essencialmente visual, pois o aspecto físico nos dá base para quase nunca errar. ZLOCHEVSHY (1996), menciona que quando a obesidade é severa, o leigo identifica tão prontamente quanto o especialista. No entanto, considera que a distinção entre normalidade e a obesidade leve é extremamente difícil e o limite entre ambos tem sido amplamente debatido.

A antropometria é a ferramenta mais usada para avaliar o estado nutricional em crianças e adolescentes e também o método mais acessível. Os dados básicos de idade, sexo, peso e altura, relacionados aos critérios de uma população de referência, oferece informações entre peso normal e obesidade (WHO, 1986, TANNER, 1986).

PIZZINATTO (1992) refere que o critério antropométrico, através de tabelas de peso e de altura, é consensual para identificar como obesos os indivíduos com 15 a 20% a mais do peso que é esperado para sua idade, altura e sexo, desde que este excesso esteja convertido em tecido adiposo.

O Índice de Massa Corporal (IMC) também chamado Índice de Quetelet, é considerado o método antropométrico mais simples e preciso, e tem sido usado principalmente em estudos de adultos. Corresponde a uma relação entre o peso em Kg e a estatura em metros, elevada ao quadrado: $P \text{ Kg} / E \text{ m}^2$. Este também define o sobrepeso para crianças e adolescentes quando o índice é igual ou acima do percentil 85 para sexo e idade, sendo considerada obesidade quando é igual ou acima do percentil 95 para idade e sexo (WHO, 1995).

O Índice de Massa Corpórea é um índice aceito no mundo todo e sua importância se deve ao fato de que o valor em torno de 30 kg/m^2 , que classifica o indivíduo

como obeso, coincide com a prevalência muito aumentada de doenças. Em graus extremos acima de 40 kg/m² usa-se a expressão obesidade mórbida (HALPERN, 1997).

Para complementar o diagnóstico antropométrico da obesidade utiliza-se a medida das pregas cutâneas tricípitas e subescapulares, quando acima do percentil 90.

Existem outros métodos que medem a massa magra ou a massa gorda, mais precisos para definir obesidade. HALPERN (1997) cita a densitometria corpórea e método da bioimpedância elétrica. VIUNISKI (2000) cita, além destes, a ultra-sonografia e a ressonância magnética, mais usados em trabalhos de pesquisa.

1.2.2- Epidemiologia

A população de obesos tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento cresce em ritmo preocupante. A questão é tão grave que a Organização Mundial de Saúde lançou um alerta no qual a obesidade é apontada como epidemia mundial. Caso esta tendência não mude, uma das principais causas de mortalidade nos próximos anos serão as doenças associadas ao excesso de peso.

O “Center for Disease Control” (CDC), nos Estados Unidos da América, divulgou no ano de 2004 os resultados da “National Health and Nutrition Examination Survey” (NHANES), realizado em 1999-2000, e estima que 64% dos adultos americanos estão com sobrepeso, IMC entre 25,0 kg/m² e 29,9 kg/m² ou estão obesos, IMC acima de 30kg/m².

Atualmente, mais de 44 milhões de americanos são considerados obesos. No ano 2000 a prevalência de obesidade entre adultos naquele país era de 19,8%. (Tabela 1) Em apenas um ano, de 2000 a 2001, a prevalência da obesidade aumentou de 19,8% para 20,9% (MOKDAD et al 2003).

Tabela 1- Prevalência de obesidade na população norte americana.

ANO	1991	1995	1998	1999	2000	2001
%	12,0%	15,3%	17,9%	18,9%	19,8%	20,9%

Se considerarmos a raça e o nível educacional dos norte americanos, estes números aumentaram significativamente, passando para o índice de 31,1% entre os negros, 23,7% na população hispânica e 27,4% entre os indivíduos com o curso médio incompleto. (MOKDAD et al 2000)

Pesquisas realizadas pelo “National Center for Health and Statistics” (NCHS) divulgadas por meio do CDC em 2004, nos períodos de 1963/1966 entre crianças e adolescentes americanas, repetidas em 1971/1974 e 1976/1980, usando o IMC baseado em escalas de crescimento por idade, (definidos como obesos aqueles com o percentil igual ou maior do que 95), mostrava uma aparente estabilidade. No entanto no período subsequente de 1988/1994, a prevalência para crianças de 6 a 11 anos salta de 7 para 11%, e em adolescentes, de 5 para 11%. Já na pesquisa realizada em 1999-2000, o percentual sobe para 15% em todas as idades. (Tabela 2)

Tabela 2- Prevalência de sobrepeso entre crianças e adolescentes, idade 6-19 anos, para anos selecionados 1963-65 até 1999-2000.(NCHS).

Idade	1963-65	1971-74	1976-80	1988-94	1999-2000
	1967-70				
6-11 anos	4	4	7	11	15
12-19 anos	5	6	5	11	15

Em estudo comparativo de pesquisas sobre a prevalência da obesidade em um espaço de 15 anos, onde a obesidade foi definida através da prega cutânea tricípital igual ou maior do que o percentil 85, foi achado um aumento de 18 para 30% na faixa etária de meninos de 6 a 11 anos, e de 17 para 25% na mesma faixa etária nas meninas. Entre os adolescentes, na faixa etária de 12 a 17 anos, observou-se um aumento de 15 para 18% entre os meninos, e de 16 para 25% entre as meninas (DIETZ, 1986).

A obesidade na infância ganhou importância pela grande probabilidade da criança obesa vir a ser um adulto obeso. Estudos longitudinais nos Estados Unidos mostram que 26% de crianças obesas na idade pré-escolar permaneceram obesas na idade adulta. Entre os adolescentes obesos, 80% estavam obesos na idade adulta (SEVERI et al., 1985).

No Brasil observou-se um importante crescimento ponderal e o declínio da prevalência da desnutrição, no período entre 1975 e 1997. Na Tabela 3 observamos que a obesidade superou a desnutrição na população adulta na região Sudeste, bem como na região Nordeste, a mais empobrecida do país. (Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade ABESO, 2004).

Tabela 3- Obesidade e desnutrição em adultos no Brasil, Nordeste e Sudeste.

Anos	1975	1975	1989	1989	1997	1997
	Desnutrição	Obesidade	Desnutrição	Obesidade	Desnutrição	Obesidade
Nordeste	9,2	2,7	7,4	5,1	5,9	8,5
Sudeste	9,8	5,4	5,1	9,9	4,2	10,4

A obesidade no Brasil é mais prevalente na população feminina do que na masculina, e ainda mais acentuada nas camadas de menor renda. Em 1997, observou-se na região Sudeste, a prevalência de 14,4% de mulheres obesas entre as que se encontram na faixa de renda 25% mais pobres, enquanto que na faixa de renda 25% mais ricas a prevalência foi de 8,9%. Entre os homens os percentuais foram de 3,8% na faixa de renda 25% mais pobres e 9,5% na faixa de renda 25% mais rica (ABESO, 2004).

Considerando-se todas as faixas de idade das regiões Nordeste e Sudeste (Tabela 4), a obesidade superou a desnutrição, especialmente entre os adolescentes, alcançando 12,9% da população na região Sudeste (ABESO, 2004).

Tabela 4- Desnutrição e obesidade em diferentes grupos populacionais no Brasil, 1997.

	Crianças <5 anos	Crianças <5 anos	Adolescentes	Adolescentes	Adultos	Adultos
	Desnutrição	Obesidade	Desnutrição	Obesidade	Desnutrição	Obesidade
Nordeste	17,9	2,7	5,9	4,6	5,9	8,5
Sudeste	5,6	5,2	5,3	12,9	4,2	10,4

Embora a preocupação maior nas pesquisas desenvolvidas no Brasil ainda seja com a desnutrição, o interesse pela obesidade se justifica pela alta prevalência de morbidade atingindo todas as camadas sociais e especialmente pela dificuldade de sucesso no tratamento (SAITO, 1987).

1.2.3- Fatores de risco determinantes da obesidade

Nos últimos 100 anos à medida que há mais disponibilidade de alimentos e que a intensidade do trabalho físico tem diminuído, ficou evidente uma tendência secular ao aumento do peso e altura especialmente nas sociedades industrializadas.

Embora ainda persista tanto entre leigos como até em boa parcela de profissionais voltados para a saúde, a noção de que a obesidade tem origem na ingestão exagerada de alimentos, os estudos atuais mostram claramente que o fenômeno é mais complexo.

As causas que predispõem o indivíduo ao desenvolvimento da obesidade são várias: as influências do comportamento, como as condições socioeconômicas, atrelada ao nível de escolaridade; o nível de atividade com o gasto energético dispendido; a nutrição e os hábitos alimentares, e a condição de fumante.

Também têm influência os preditores do metabolismo, como os fatores genéticos, os fatores endócrinos e metabólicos; os fatores biológicos, como raça, sexo, idade, e estado gestacional (BRAY, 2002) (Figura 1).



Figura 1- Causas que predisõem o indivíduo à obesidade

1.2.3.1- Importância da hereditariedade

Apesar de ser óbvio o papel dos fatores ambientais na prevalência da obesidade, a existência desta tendência secular não nega o papel da genética na etiologia da obesidade pois a disponibilidade irrestrita de alimentos pode ser considerada uma causa necessária porém insuficiente para explicar todos os casos de obesidade (BRUNSER et al,1985).

Estudos realizados entre gêmeos idênticos que foram adotados e criados em ambientes diferentes indicam a probabilidade de apresentarem grau comparável de peso e altura, o que se torna mais evidente com a idade. O significado dos fatores genéticos em relação à obesidade é apontado em estudo de STUNKARD et al (1986), que demonstra existir uma correlação importante entre os índices de massa corpórea de crianças adotadas e de seus pais biológicos, correlação que não existe nos estudos das mesmas crianças e de seus pais adotivos.

1.2.3.2- Mecanismos da fome e saciedade

Os mecanismos pelos quais os seres vivos e em particular os seres humanos iniciam uma refeição, terminam e voltam a se alimentar ainda são em boa parte desconhecidos. Acredita-se que na evolução da espécie humana foram selecionados indivíduos capazes de engendrar mecanismos biológicos eficazes para evitar a perda de peso. Desta forma, à medida que o cérebro detecta diminuição de depósitos de gordura, a energia que o corpo gasta para funcionar em repouso (metabolismo basal) cai consideravelmente. Ao mesmo tempo são enviados sinais incontrolláveis para consumir alimentos. Mecanismos localizados no hipotálamo, onde estão os centros da fome e da saciedade são acionados ou inibidos.

Assim, por exemplo, a serotonina age na região ventromedial (centro da saciedade do hipotálamo) estimulando-a e a noradrenalina age no mesmo centro inibindo-o. Por outro lado, a própria noradrenalina age na região ventrolateral (centro da fome) inibindo-a. Portanto, o mesmo neuro-transmissor produz efeitos diferentes, dependendo da região por ele atingida (OLIVA e HALPERN, 1992).

A busca pela compreensão das bases biológicas responsáveis pela obesidade, levou à identificação de uma nova via endócrina, em 1994 pela equipe de Jeffrey Friedman, da Universidade Rockefeller, envolvendo a secreção de leptina pelo tecido gorduroso e o receptor de leptina situado no hipotálamo. Acredita-se que a leptina, uma proteína secretada pelos adipócitos, regule a ingestão de alimentos através de um sinal de retroalimentação negativa entre as reservas de tecido adiposo e os centros de saciedade, no hipotálamo, possivelmente mediados pelo decréscimo da atividade do neuropeptídeo Y e pelo aumento da atividade do hormônio liberador de corticotropina (SCHWARTZ et al., 1996; SHONFELD e WARDEN, 1997). Apesar da correlação entre concentrações de leptina e gordura corporal, há variações substanciais nas concentrações plasmáticas daquela proteína entre indivíduos com obesidade, sugerindo que alguns indivíduos produzem quantidades relativamente baixas de leptina. Concentrações baixas de leptina no plasma podem ser um fator de risco para o ganho de peso (MAFFEI et al 1995).

Outros hormônios foram detectados para controlar o apetite no dia-a-dia. Um deles foi a colecistoquinina, proteína que o intestino libera na corrente sanguínea para estimular o centro da saciedade e que impede a ingestão excessiva de calorias. Há quatro anos pesquisadores japoneses descobriram a grelina, um potente estimulador do apetite. A grelina é o hormônio responsável pela fome que atua algum tempo antes das principais refeições do dia. Voluntários expostos à grelina, experimentaram aumento significativo do apetite (SALBE e RAVUSSIN, 2002).

1.2.3.3- Influências ambientais

A influência do ambiente agrega vários fatores que contribuem para a obesidade, e que fazem parte da biografia de cada indivíduo pois repousam nas relações que ele tem com o meio. São variáveis ligadas direta ou indiretamente aos hábitos alimentares e ao sedentarismo. Nesta categoria estão incluídas as redes de relações familiares e complementares como as escolares, de trabalho ou comunitárias, além daquelas regidas pelas políticas sócio-econômica e pela cultura.

Relata-se que pais obesos mais do que dobram o risco de obesidade na vida adulta, entre crianças obesas e não obesas e algumas destas influências não são exclusivamente genéticas, mas resultantes do meio ambiente. A vida da criança obesa se assemelha a ciclos que se iniciam com famílias obesas, mães obesas, desmame precoce, introdução de leite modificado antes dos três meses de idade, início do excesso de peso antes dos 9 anos de idade, alimentação irregular e sedentarismo.

GARN et al (1984) em estudo longitudinal de 18 anos, verificaram que meninos e meninas de baixa renda mostraram a longo prazo, um aumento mais acentuado de gordura corporal do que crianças vindas de famílias com renda mais elevada.

O tamanho da família, a ordem do nascimento da criança, a classe social, o estado conjugal dos pais, o funcionamento familiar e o nível educacional dos pais, podem influenciar hábitos nutricionais e a atividade física e promover a obesidade. (Quadro 1.)

Quadro 1- Influência do Ambiente Familiar na Prevalência da Obesidade em crianças.

Variável	Efeito	Variável	Efeito
TAMANHO DA FAMÍLIA		NÍVEL DE APOIO SOCIAL	
Filho único	+	Forte	-
Mais filhos	-	NÍVEL DE APOIO DOS PAIS	
ORDEM DO NASCIMENTO		Forte	-
O mais jovem entre muitos	+	FUNCIONAMENTO FAMILIAR	
RENDA FAMILIAR		Alto	-
Baixa renda	+	EDUCAÇÃO DOS PAIS	
Alta renda	-	Baixa	+
ESTADO CONJUGAL		OCUPAÇÃO DOS PAIS	
Família monoparental	+	Alta	-

Nota: Efeito + significa uma correlação positiva entre a prevalência de obesidade e a variável familiar, enquanto que um efeito - significa uma variável negativa. (SALBE e RAVUSSIN. 2002)

DIETZ (1986) considera que as variáveis familiares são as mais importantes como determinantes da obesidade infantil e na adolescência, mas aponta como variável associada significativa o excesso de horas dedicado às programações de televisão. A obesidade seria conseqüente ao fato de, ao assistir televisão por longas horas, facilitar o aumento da ingestão de alimentos de alto conteúdo calórico anunciados nos intervalos comerciais, e na redução de gasto energético e atividade física pelo efeito do sedentarismo. O consumo de alimentos nos comerciais televisivos apresenta personagens magros comendo com frequência e que não engordam, veiculando uma mensagem implícita de que é possível comer constantemente sem o risco da obesidade. Estima-se que as crianças americanas assistam na televisão 20.000 anúncios por ano, sendo que destes, mais da metade são de comida, especialmente cereais açucarados e lanches altamente calóricos.

Alimentos saudáveis são anunciados menos de 3% do tempo. Estes anúncios estimulam as crianças a solicitar estes alimentos influenciando seus pais a comprá-los (STRASBURGER, 1999).

Pouco gasto energético está associado ao risco aumentado de obesidade. Avanços tecnológicos nos transportes contribuem para reduzir a necessidade diária de atividade física. As condições da vida urbana de algumas cidades, associada ao grande interesse dos jovens por diversões mais passivas em substituição às atividades físicas mais vigorosas, vem criando uma geração de jovens sedentários (HILL e PETERS, 1998).

Uma pesquisa significativa realizada por Parizkova (1982) é relatada por Guedes e Guedes (1997). O estudo longitudinal envolveu rapazes que foram acompanhados durante oito anos participando de diferentes programas de exercícios, um primeiro grupo em programas de treinamento esportivo sistemático, e o segundo, em aulas de educação física na escola. A análise dos resultados demonstrou que o grupo mais ativo apresentou massa magra mais alta e estável ao longo dos anos. A quantidade de gordura corporal e o peso corporal do grupo menos ativo aumentaram. Os resultados desta pesquisa sugeriram ainda que programas de exercícios físicos mais intensos em crianças e adolescentes podem provocar um maior desenvolvimento da massa magra à custa de uma diminuição na quantidade de gordura, com poucas alterações no peso corporal.

O interesse pela relação atividade física e composição corporal delimita diversas abordagens, como a que relaciona nível de prática de atividade física espontânea em crianças e adolescentes portadores de excessiva quantidade de gordura corporal. Guedes e Guedes (1997) apontam significativas informações, como a de que:

Jovens obesos dedicam menos da metade do tempo a qualquer tipo de atividade física quando comparados com os não-obesos, provocando a situação: o jovem acumula maiores quantidades de gordura em consequência de um equilíbrio energético positivo, ou seja, elevada oferta calórica simultaneamente a menores níveis de atividade física; e, à medida que aumenta a quantidade de gordura, diminui ainda mais o nível de prática de atividade física espontânea.

Nos Estados Unidos a prevalência da obesidade está fortemente associada a estações do ano, regiões e densidade populacional. Estudos apontaram maior número de obesos na região nordeste, seguida pelo meio-oeste, sul e oeste. Aparentemente a obesidade nestas regiões aumentou durante o inverno e a primavera, diminuindo no verão e outono. Observou-se naquele país que a obesidade é mais freqüente em áreas urbanas de grande densidade populacional, diminuindo nas áreas suburbanas e rurais. Apesar da comprovação do efeito das variáveis físicas na obesidade, ainda não estão claros os comportamentos determinantes. Os alimentos de baixa caloria, como frutas ou vegetais, podem estar relacionados à disponibilidade e aos preços, que por sua vez, podem afetar padrões de consumo. (DIETZ, 1986)

O valor social que a obesidade representa como indicativo de saúde, sempre esteve presente nas sociedades ocidentais. É comum a noção de que as parturientes devem se alimentar mais do que o normal ("comer por dois"), além do fator estético, de que criança gorda é sinônimo de saúde. MULLER (1999) cita VALTUÂENA BORQUE: "a falta de alimentos e a magreza conseqüente foram vividas durante muito tempo como uma autêntica ameaça física, sobretudo para a maturação infantil e para evitá-las se acreditou, como mostram os retratos das mais poderosas famílias ocidentais, que era necessário comer muito, como garantia de que a criança iria crescer bem e sem enfermidades."

Os fatores que contribuem para a obesidade ajudam a identificar indivíduos em situação de risco, embora alguns fatores possam não se manifestar e só aparecer em uma idade tardia. Contudo, aqueles fatores passíveis de mudança devem ser prevenidos, ficando claro que a melhor forma de lidar com esta doença é através da prevenção, especialmente em se considerando a alta prevalência de doenças associadas,

1.2.3.4- Aspectos psicossociais

A fome que sentimos resulta de um equilíbrio construído e selecionado através da evolução dos nossos antepassados com a finalidade de resistir à falta permanente de alimentos, numa época em que as refeições eram alternadas por longos períodos de jejum

forçado. Através dos tempos o alimento tem feito parte de rituais religiosos e seculares envolvendo significados de sustento, apoio, amor e beleza, e desde eras remotas representa e simboliza tudo o que é essencial à vida. Tempos de fartura trouxeram novos significados para o ato de se alimentar que se confundem com a fome dita biológica, desagradável, desprazerosa e que somente a comida pode aliviar, com o prazer de comer. A associação entre comida e prazer não é privilégio dos obesos. Em quase todas as culturas, famílias e grupos se reúnem para refeição e a maioria das comemorações, festividades, confraternizações, fazem-se em torno de uma mesa de alimentos e bebidas. A comida farta é sinal de status social, pois em diversas culturas, pessoas abastadas usam a fartura ou desperdício de alimentos como forma de ostentação de seus poderes econômicos (BATTISTONI, 1996).

Existe uma diferença entre fome e apetite. O apetite procura o prazer, a satisfação libidinosa, não obedece a reservas calóricas, tanto que para os humanos, é privilégio comer sem ter fome. O apetite está submetido a um múltiplo controle envolvendo estímulos sensoriais, como o olfato, distensão estomacal, processos metabólicos e fatores psicológicos (KAHTALIAN, 1992).

Quando o alimento é utilizado para preencher necessidades emocionais ligadas a desejos que estimula o seu consumo, o efeito da saciedade parece não ser reconhecido pelo indivíduo. Pessoas ansiosas, impulsionadas por conflitos inconscientes, podem sentir-se constantemente ameaçadas por algo, que não conseguem discriminar. Sentem-se como se precisassem estar sempre com o organismo preparado para uma luta ou uma fuga, gerando impotência para reagir aos sentimentos internos. O indivíduo passa a não ter controle sobre seus próprios impulsos ou necessidades, sente um vazio interior que o compele a preencher com a comida (PIZZINATTO, 1992).

A diferença entre o instinto (pulsão) humano e o animal, está em que para o ser humano o objeto de gratificação dos instintos é variável e que o homem nem sempre ingere comida como alimento. Quando a criança busca o seio da mãe não está envolvida apenas uma satisfação alimentar, mas existe uma significativa troca de experiências frustradoras ou amorosas que vão ser vividas como prazerosas e desprazerosas (KAHTALIAN, 1992).

Segundo BRUCH (1973), a falta de consciência sobre a própria individualidade e a inabilidade para reconhecer a fome, diferenciando-a de outras sensações corporais são fatores que levam a distúrbios de ordem alimentar dos mais severos.

Um fator amplamente descrito é a bulimia, também chamada de compulsão alimentar, que pode ocorrer nos obesos e se caracteriza pelo impulso repentino e irresistível de comer. Esta conduta é semelhante à compulsão quando o indivíduo é levado a executar uma ação compelido por uma coação interna. A bulimia não está caracterizada como sensação de fome mas de um sentimento difuso de vazio. A beliscagem e a hiperfagia são condutas alimentares onde ocorre uma sensação imprecisa, mais definida como um mal estar e a necessidade ou prazer de preenchimento bucal, de mastigação, que mantém a pessoa em incessante atividade oral. (MARCELLI e BRACONNIER, 1989)

Pesquisa realizada na Universidade Federal do Estado de São Paulo (UNIFESP), com 50 pacientes, candidatos a cirurgia bariátrica (realizada para tratamento de obesos mórbidos), idade de 18 a 56 anos, com IMC em média acima de 50, revelou frequência de 54% de compulsão alimentar periódica. A causa seria a adoção de dietas restritivas e a perda da capacidade de controlar a ingestão alimentar. Sintomas depressivos estavam presentes em 100% da amostra sendo que esta sintomatologia mostrou-se grave em 84% (MATOS e ZANELLA, 2004).

O estudo de STUNKARD e MENDELSON (1967) realizado com indivíduos obesos a partir da infância, na adolescência e na idade adulta, citando os vários distúrbios comportamentais encontrados em pessoas que se tornaram obesas, identificou dois que parecem especificamente relacionados à obesidade: a ingestão calórica demasiada e os distúrbios da imagem corporal. Este último está associado com baixo auto conceito e a um funcionamento social desajustado. O obeso tem o sentimento de ser grotesco, com dificuldade de aceitar o próprio corpo.

DIETZ (1986) comenta que em estudo com crianças da pré escola, os obesos foram eleitos como os colegas que eles menos gostam de se relacionar. Este estudo não pesquisou diferenças de auto-estima entre as crianças obesas. No entanto, observação

daquele autor refere que mensagens culturais freqüentemente se internalizam e produzem distorção de auto imagem que podem persistir na idade adulta.

Observa-se que o sistema social ocidental estimula a obesidade, através do consumo de alimentos e depois exclui os obesos, louvando os indivíduos magros. A televisão apresenta mensagens conflitantes, com anúncios que sugerem alimentos altamente calóricos, que com certeza incentivarão a obesidade, e outros que mostram como ideal de beleza e saúde as pessoas magras, estilo de vida esportivo e o culto ao corpo esbelto. Esta contradição está presente na nossa sociedade, que desaprova a obesidade no adulto, vendo-a como um defeito e um problema de saúde, mas ainda conserva a idéia de que um bebe gorducho e rechonchudo é mais saudável e bonito (BATTISTONI, 1996).

Nem todos os estudos identificam a presença de alterações na imagem corporal de todos os obesos. Estes sentimentos seriam mais comuns em pessoas com início da obesidade na infância, cujos pais e amigos passam a depreciar seu corpo. Essas alterações são encontradas em pouco mais da metade delas, especialmente nas mais severamente obesas (STUNKARD e WADDEN, 1992). As constantes dietas e dificuldades de manutenção da perda do peso, sentimento de isolamento de colegas de escola, família e amigos e personalidade ansiosa, são alterações freqüentemente sentidas pelos obesos.

BRUCH (1973) identificou três grupos de obesos de acordo com sua adaptação psicológica:

- 1- Os obesos de tipo constitucional: são indivíduos ajustados e competentes. O excesso de peso não se constitui em um funcionamento psicológico anormal e os distúrbios de imagem corporal estão ausentes. Podem vir a sofrer desajustes na adolescência quando a pressão social se intensifica, podendo levar ao isolamento.
- 2- Os obesos reativos: são os indivíduos que se tornaram obesos na adolescência ou na idade adulta, após algum trauma ou estresse emocional, como casamento, nascimento dos filhos, mudanças de moradia, menarca ou perda de pessoas da família. Nestes casos a obesidade pode ser considerada como um sintoma do distúrbio nervoso, em substituição à depressão, à raiva ou à ansiedade.

3- Os obesos evolutivos: são os que apresentam os mais graves distúrbios emocionais e da personalidade. Caracterizam-se por serem obesos desde os primeiros anos de vida e com maior dificuldade de discriminar suas necessidades somáticas e afetivas. Estes indivíduos não conseguiram elaborar o processo de separação da mãe, mantendo a simbiose inicial.

Em alguns casos a ingesta excessiva pode ser a reação a conflitos emocionais; em outros pode estar mascarando conflitos já latentes no indivíduo. Percebemos que há uma dificuldade de classificar os distúrbios emocionais da obesidade como causas primárias ou secundárias a seus efeitos, complicando ainda mais a análise das implicações dos fatores psicossociais (SEVERI et al., 1985).

1.3- A obesidade na adolescência

1.3.1- A adolescência como fase de desenvolvimento

A adolescência é um período dinâmico, caracterizado como o período de transição entre a infância e a idade adulta marcado por mudanças relacionadas com o corpo, a mente e as relações sociais. O corpo se desenvolve em tamanho, vigor e capacidade reprodutiva. Psicologicamente o indivíduo é mais capaz de desenvolver o pensamento abstrato, previsão e controle interno, e adquire maior consciência do ambiente, capacidade para empatia e idealismo. Do ponto de vista social, a estreita relação e dependência da família imediata começa a ceder com a intensificação das relações com seus pares e adultos fora da família. Assim, à medida que se experimentam novos desafios, são exigidos novos comportamentos e se adquirem novas responsabilidades (FRIEDMAN, 1993).

A adolescência ocorre de maneira desigual nas pessoas, sendo que o período que marca seu início geralmente é definido pela puberdade, ou começo da vida fértil. CAMPOS (1991) refere ter encontrado autores que estabelecem como início a explosão pré-puberal, outros com a maturação sexual, em média aos 13 anos para a menina e aos 14 anos para os meninos.

O termo puberdade tem sido usado para definir as transformações corporais e não pode ser visto como fenômeno isolado, ou como sinônimo de adolescência. Esta seria descrita como um processo mais amplo envolvendo componentes sociais, psicológicos e culturais (CANESSA e NYKIEL, 1996).

CAMPOS (1991) considera a adolescência se estendendo além do final da escola secundária, quando atinge a maturidade legal. Se considerarmos o parâmetro para o Brasil, esta idade deveria ser aos 18 anos, segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990). Considerando o desenvolvimento social e aspectos culturais FRIEDMAN (1993), cita como jovens os indivíduos entre 10 e 24 anos.

A idade cronológica geralmente é um indicador falho da idade biológica devido a grandes diferenças individuais. CAMPOS (1991) descreve que a adolescência se estende até o estabelecimento de um completo repertório humano ou maduro de relações interpessoais, permitido pelas oportunidades pessoais e culturais.

A Organização Mundial de Saúde conceitua a adolescência como um período de vida no qual ocorre uma série de transformações amplas, rápidas e variadas, registradas entre os 10 e 19 anos. A OMS em suas estatísticas recomenda que se adote uma definição cronológica suficientemente ampla e que possa ser aplicada para os diversos contextos sócio-culturais. Com freqüência emprega o conceito mais amplo de juventude, dos 15 aos 24 anos (OMS, 1977).

No Brasil, desde 2003 discute-se na Câmara dos Deputados a elaboração do Estatuto da Juventude, para atender as pessoas de 15 a 29 anos, criando uma lei para assegurar seus direitos. Esta proposta seria uma política nacional para a juventude, levando em conta que os jovens durante esta fase da vida têm demandas específicas, como a inserção no mercado de trabalho, a constituição da família e o acesso ao ensino superior.

A definição do período da adolescência não é simples nem tão fácil. Ocorrem disparidades entre os estudiosos no assunto quanto ao que consideram mais relevante, dificultando uma definição elaborada a respeito dos limites tanto de início como para o término desta fase.

Definir que a adolescência começa a partir das reações psicológicas do jovem às mudanças físicas da puberdade, parece consenso. O término da adolescência, no entanto, está sendo cada vez mais postergado nos nossos dias, e se prolonga até que ocorra uma razoável resolução da identidade pessoal do indivíduo com o estabelecimento de padrões relativamente consistentes para tratar com os conflitos internos e exigências da realidade (BATTISTONI, 1996).

1.3.1.1- Aspectos psicossociais da adolescência

“A adolescência é um período no qual grandes transformações biológicas, psicológicas sociais ocorrem. Em meio a tais mudanças, destaca-se a busca de uma nova identidade, autonomia, definição sexual, social, ideológica e profissional” LEVISKI (1998).

O adolescente neste período se vê perdido entre dependência e independência e só a maturidade o levará a um ponto de equilíbrio ideal. Durante este processo ele oscilará entre o impulso para o desprendimento e a defesa que impõe o temor à perda do conhecido. É um período de contradições, confuso, ambivalente, que muitas vezes é confundido com crises e estados patológicos. ABERASTURY (1981) aponta para a realização dos três lutos fundamentais: o luto pelo corpo infantil; pelo papel e identidade infantis o que o obriga à renúncia da dependência e aceitação de responsabilidades; e o luto pelos pais de infância os quais ainda tenta reter na sua personalidade procurando refúgio e proteção.

Para KNOBEL (1981), a estabilização da personalidade do adolescente não acontece sem passar por um certo grau de conduta patológica, considerada inerente à evolução normal desta etapa da vida. O conceito de normalidade é difícil de estabelecer já que varia de acordo com o meio sócio-econômico, cultural e político. A normalidade ocorre sobre pautas de adaptação ao meio, não o submetimento ao mesmo, mas à capacidade de utilizar-se dele para alcançar as satisfações básicas do indivíduo. Por isto este autor identificou 10 situações caracterizadas como a ‘síndrome normal da adolescência’:

- 1- Busca de si mesmo e da identidade
- 2- Tendência grupal
- 3- Necessidade de intelectualizar e fantasiar

- 4- Crises religiosas
- 5- Deslocalização temporal
- 6- A evolução sexual do auto-erotismo à heterossexualidade
- 7- Atitude social reivindicatória
- 8- Contradições sucessivas em todas manifestações de conduta
- 9- Separação progressiva dos pais
- 10- Constantes flutuações do humor e do estado de ânimo

LEVISKY (1998) nos diz que “as características da crise do adolescente estão relacionadas com a sua biografia, a qualidade do desenvolvimento das primeiras relações dos primeiros vínculos, à organização do “self primitivo”, quanto aos seus aspectos narcísicos e a sua capacidade de integração, dos diferentes mecanismos de defesa e conseqüente capacidade para transitar da posição depressiva para a esquizoparanóide e vice-versa, bem como as características da elaboração da situação edipiana.”

1.3.1.2- O processo da adolescência e a obesidade

A obesidade na adolescência tende a intensificar e ampliar conflitos que normalmente são encontrados nesta fase de transição. A nutrição tem um papel extremamente importante neste estágio de desenvolvimento e crescimento, bastando lembrar que nesta época da vida o indivíduo adquire 25% de estatura e 50% do peso definitivos (COLLI, 1979).

Quando os adolescentes iniciam o estirão, ocorre uma diminuição no ganho de gordura, tanto entre as meninas como entre os meninos. No entanto, nas meninas a deposição de gordura é sempre maior. Entre os meninos, o ganho de peso decorre do aumento de massa muscular. TANNER (1962) refere que o ganho ponderal das meninas é sempre maior do que nos meninos. Mesmo quando a velocidade do crescimento diminui, elas continuam ganhando gordura, apesar de mais lentamente, até atingir cerca de 25% do peso final. Nos meninos, o acúmulo de gordura ocorre mais tarde, já na idade adulta, representando 15% a 20% da composição corporal.

FALORNI et al (1999) estudaram 17 987 crianças e adolescentes de 3 a 18 anos, separados em grupos de obesos e não obesos em 4 anos de seguimento, de 1993 a 1998. Participaram crianças e adolescentes de três províncias da Itália central: Perugia, Terni e Rieti. Seu objetivo foi desenvolver tabelas adequadas para a população de obesos considerando que o padrão de desenvolvimento é diferente da população não obesa. Comparando os resultados encontrados entre crianças obesas e não obesas verificaram velocidade de crescimento maior nos meninos de 3 a 13 e nas meninas de 3 a 11,5 anos, nos casos de obesidade. O estirão foi mais precoce nas meninas sendo que o pico ocorreu aos 10,9 anos nas meninas e aos 12,5 anos nos meninos. Na população não obesa, isto ocorreu aos 11,2 e 12,9 anos respectivamente.

DE SIMONE et al. (1995) na Clínica Pediátrica da Universidade de L'Aquila, na Itália, estudaram o crescimento de 1250 obesos de 4 a 18 anos acompanhados clinicamente por 4 anos, num período de 12 anos entre 1981 e 1993. Seu objetivo foi comparar os dados da população de crianças e adolescentes obesos com a curva de crescimento de Tanner e analisar a velocidade do crescimento e a idade óssea. Seus dados revelaram aumento de crescimento nas crianças obesas nos primeiros anos de vida e concluiu que existe associação da obesidade com a aceleração do crescimento até o início da puberdade.

O conhecimento sobre o tecido adiposo é importante na compreensão da obesidade. Durante os primeiros quatro meses de vida extra-uterina, aproximadamente 30% da ingesta total de energia do lactente é utilizada para o crescimento, esta cifra diminui para 7 a 8% durante os oito meses seguintes até chegar a um ano de idade. Durante o resto da infância, esta proporção fica perto de 1% e só vai aumentar para 3% durante a aceleração do crescimento na adolescência. Aproximadamente 60% do aumento de peso durante os 6 primeiros anos de vida correspondem a acumulação de tecido adiposo. Aos 3 anos de idade 18% correspondem a gordura. Este percentual aumenta nas meninas durante a puberdade até chegar a cerca de 25%. Nos meninos, a porcentagem do peso corporal que corresponde ao tecido adiposo diminui transitoriamente durante a puberdade e chega finalmente aos níveis da idade adulta de 15 a 20% (BRUNSER et al,1985).

Em crianças com peso normal, o aumento do número dos adipócitos explica a maior parte do aumento do tamanho da massa do tecido gorduroso durante o primeiro ano de vida. O número aumenta lentamente entre os 6 meses e 2 anos de idade e permanece estável até os 8 e 10 anos, quando, em associação com a aparição da puberdade, aumentam tanto seu tamanho como seu número. Estudo feito por KNITTLE et al (1979) concluiu que aos 2 anos, as crianças obesas tinham células adiposas maiores que as de peso normal e que tinham maior número de adipócitos. O aumento precoce dos adipócitos na infância parece ser um prenúncio da aparição da obesidade.

A contestação da autoridade, a quebra de padrões e a necessidade do adolescente de dirigir seu próprio ato, como modismos exagerados ou apelos da mídia, são outros aspectos que influenciam no processo de nutrição, que pode traduzir-se em excessos e restrições. A obesidade na adolescência concorre com o processo de transformações físicas que afetam a imagem corporal, que é construída a partir do reconhecimento de seu próprio corpo através do corpo do outro.

MARCELLI e BRACONNIER (1989) colocam que toda conduta centrada no corpo inclui, por si só, algo de atuação, constituindo um entrave ou uma relativa defesa frente à elaboração mental. De modo geral, referem que as condutas centradas no corpo parecem ter como primeira particularidade o questionamento do corpo sexuado: o adolescente utiliza seu corpo físico, suas necessidades fisiológicas, em particular as alimentares e do sono, para manter à distância a sexualidade e os transtornos que esta induz no corpo. É evidente o exemplo da anorexia nervosa, mas a obesidade pode também se enquadrar neste tipo de explicação.

As transformações, o desequilíbrio e a instabilidade propiciam a exposição do adolescente à obesidade, que pode ser interpretada como uma tentativa inconsciente de conter o amadurecimento e a definição sexual, mantendo-se infantil, com fixações orais e apresentando um corpo roliço, disforme e sem atrativos (BATISTTONI, 1996).

VIUNISKI (2000) aponta para os sentimentos de depressão e culpa percebidos nas crianças e adolescentes obesos. Muitas delas escondem um quadro bastante importante de depressão, no qual o uso do alimento serve como busca de gratificação. Entretanto, quanto mais alimento, mais culpa e mais depressão. O ambiente familiar pode ajudar ou

aumentar esse estado depressivo. O ambiente onde a culpa é constantemente aumentada por ameaças e manifestações emocionais descabidas favorece o aumento de depressão. (Figura 2)

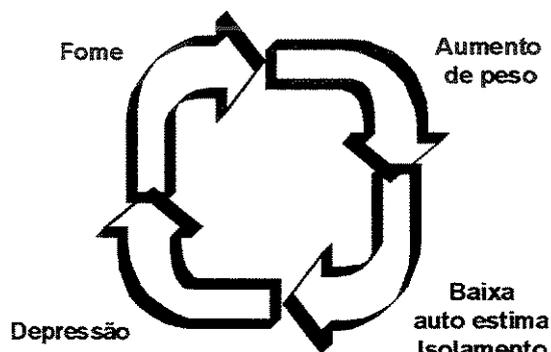


Figura 2- Fome, obesidade e depressão

Na nossa cultura ser gordo constitui um grave defeito, muitas vezes atribuído ao desleixo e à fraqueza de caráter. A gordura é vista como algo que deforma, grotesco, e que incomoda aos outros. Desse modo poucos adolescentes obesos vão estar satisfeitos com o seu corpo. Sendo a adolescência a fase de busca da identidade e de ampliação de vínculos fora da família, quando a opinião dos amigos conta muito, o jovem tem um sentimento de depreciação em decorrência da discriminação que sofre no ambiente. Mesmo na mídia, poucos artistas de TV são gordos. Aqueles que são obesos quase sempre fazem papel humorístico ou jocoso, relacionado à obesidade (BATTISTONI, 1996).

1.4- Trabalho com grupos de adolescentes obesos

1.4.1- A tendência grupal na adolescência

KNOBEL (1971), dentro da sintomatologia que integra a síndrome normal da adolescência, chama a atenção para a peculiaridade do funcionamento dos adolescentes em grupos, da tendência do adolescente a transferir para o grupo de iguais grande parte da dependência que anteriormente mantinha com a estrutura familiar. No grupo os

adolescentes encontram o continente para suas ansiedades existenciais através do interjogo de identificações projetivas.

Esta necessidade de desvincular-se do grupo familiar de origem e de testar novos padrões relacionais confere à psicoterapia em grupo a modalidade que melhor se adequa às características evolutivas da adolescência. Segundo OSÓRIO (1986), "o grupo é a matriz dinâmica onde melhor podemos acompanhar e entender a expressão dos seus conflitos, ensejando-lhes sua resolução dentro do próprio grupo".

Encontramos na abordagem grupal menor resistência a estes temas conflitivos, que se evidenciam por fantasias edípicas, temores de contato com o sexo oposto e assuntos relacionados ao corpo. O grupo propicia um clima adequado para o intercâmbio e confronto de experiências, que permite a seus componentes uma melhor identificação dos limites entre o eu e o outro, favorecendo a resolução da crise da identidade (OSÓRIO, 1986).

ZIMERMAN (1993) recomenda o grupo como terapia de escolha no tratamento de adolescentes, porque, além da tendência grupal, os adolescentes toleram melhor o enquadre grupal mais diluído do que uma situação individual, na qual os sentimentos transferenciais estão mais concentrados e, portanto, são sentidos como mais ameaçadores. O grupo propicia uma melhor elaboração em conjunto das perdas (e ganhos) físicas, psíquicas e sociais, assim como uma transição de valores que são comuns a todos. Refere-se às possibilidades terapêuticas deste modo de tratamento que consistem em "desfazer a ação ansiogênica das fantasias inconscientes através das interpretações, propiciar uma livre manifestação dos sentimentos e ações, que serão contidas pelo terapeuta e a possibilidade de que o grupo propicie uma socialização entre os jovens participantes, com uma liberdade para o exercício da criatividade, tanto no plano imaginário como no simbólico; assim como o da transição entre estes dois planos."

OSÓRIO (1986) menciona as possibilidades terapêuticas da grupoterapia com adolescentes e as vantagens quando comparada com o atendimento individual:

- 1- A natural e espontânea tendência à formação de grupos na adolescência.
- 2- A menor resistência à abordagem grupal de temas fóbigenos nos pacientes adolescentes, tais como suas fantasias edípicas, conflitos com o próprio corpo e temores de contato com o sexo oposto.

- 3- O efeito mobilizador de *insight* propiciado pelas identificações projetivas cruzadas que se estabelecem entre os elementos de um grupo terapêutico.
- 4- A diluição das angústias persecutórias vivenciadas na situação transferencial com uma mais rápida e eficiente superação dos sentimentos de vergonha e liberação da espontaneidade original.
- 5- A criação no grupo de um clima propício ao intercâmbio e confronto de experiências e que permita a seus componentes uma melhor identificação dos limites entre o *eu* e o *outro*, através da compreensão das motivações inconscientes dos distintos modos de sentir, pensar e agir, favorecendo a resolução da crise de identidade, fulcro da problemática adolescente.

Este mesmo autor refere que o objetivo primordial de um grupo com adolescentes é a superação do sentimento de vergonha e a recuperação da espontaneidade infantil perdida. Menciona a vergonha do corpo que se transforma e se antiestetiza, vergonha dos impulsos sexuais, da fala bitonal, do gesto sem jeito, da vergonha do que é, porque não passa de um *vir a ser*.

1.4.2- Grupo com adolescentes obesos

Na adolescência a obesidade é vista como mais um complicador na imagem corporal em transformação. O corpo está no centro de grande parte dos conflitos do adolescente. As transformações da puberdade e a emergência da maturidade sexual vão influir na imagem corporal que o adolescente, quando criança, já tinha conseguido constituir. Na cultura ocidental, a obesidade é vista negativamente como uma variação da normalidade e o adolescente obeso se sente diferente na luta pela identidade que depende da aprovação de seus pares. Até que uma criança obesa atinja a adolescência, o estigma da obesidade já terá contribuído para uma auto-imagem negativa, comportamento passivo e isolamento (BRUCH, 1973).

A experiência universal da cura do obeso é precária, e o êxito duradouro é a palavra chave sendo que a ciência até hoje não deu respostas de maior consistência de obtenção de resultados terapêuticos de sucesso KAHTALIAN (1992).

CECERE (1983) menciona em seu trabalho com adolescentes que a orientação individual, modificação de comportamento e dietas rígidas com contagem de calorias, não tem ajudado os adolescentes a perder peso. Estas técnicas foram utilizadas no ambulatório do Hospital Metodista de Indiana, Estados Unidos, tanto isoladamente como combinadas com resultados semelhantes: frustração dos técnicos responsáveis e aumento de sentimentos negativos no adolescente. Melhores resultados são esperados com equipe interdisciplinar que trabalham num conceito de orientação em grupos estruturados para adolescentes obesos.

BROWNELL et al. (1983) mencionam que a obesidade é uma das desordens mais refratárias na infância, com resultados limitados e alto grau de desistência e recidiva. Têm encontrado melhores resultados em abordagens comportamentais em grupo, que envolvem crianças e adolescentes e a família.

MESA et al. (1987) realizaram um estudo sobre efetividade terapêutica no atendimento grupal da obesidade, com orientação nutricional, exercícios físicos e modificação de conduta, e concluíram que a técnica de grupo era a que alcançava melhores resultados no tratamento da obesidade, sendo muito efetivo a curto prazo. Sugerem maior controle terapêutico a longo prazo.

RODIN et al. (1989) citam as vantagens da baixa taxa de desistência e alterações positivas no estado de ânimo no tratamento comportamental da obesidade. Sugerem que os aspectos do programa que contribuem para o sucesso são o apoio do grupo, o estilo de vida mais ativo e o controle sobre a própria vida.

O Instituto da Criança na Universidade de São Paulo (USP) refere a importância do programa de atendimento à criança e ao adolescente obeso com a participação da família onde atuam médicos, psicóloga, assistente social, professor de educação física e nutricionista. Os índices de redução de peso estão entre 15% e 17% (GREGÓRIO, 1995).

Ao se reunir adolescentes em um grupo, se estabelece a seleção deste grupo a partir de um fator homogeneizador, que é a faixa etária da adolescência acompanhada de

todas as características típicas do adolescer. Quando se reúne adolescentes obesos seleciona-se mais uma característica homogeneizadora que é a obesidade. A idade e o sintoma comum podem dar mais aparência de homogeneidade ao grupo. GRINBERG, LANGER e RODRIGUÉ em seu clássico livro "Psicoterapia del Grupo" (1957) questionam a integração de grupos com sintomas comuns porque sustentam que o sintoma seria utilizado como fator resistencial facilitando a cristalização de seqüências associativas em padrões fixos e imutáveis, impedindo o progresso da terapia em profundidade.

No entanto, o fato de se reunir adolescentes obesos em grupos terá a vantagem de possibilitar que eles se integrem em torno de um objetivo específico, para solucionar este problema comum de excesso de adiposidade. Os participantes têm a tarefa de discutir o significado do sintoma, problemas comuns de saúde, limitações e perspectivas. MELLO FILHO (1983) quando cita os grupos com pacientes psicossomáticos, chama tais grupos de operativos ou de tarefa, onde se dá a oportunidade a estes pacientes de falarem muitas vezes pela primeira vez, do âmago dos seus padecimentos, e de terem apoio na luta diária com suas dores e seus sofrimentos, ao mesmo tempo em que a experiência de uns pode ser utilizada em prol do amadurecimento de outros. Este mesmo autor comenta em outro trabalho (1986), que nos grupos com pacientes psicossomáticos, a integração ocorre através da comunicação dos problemas comuns, criando um clima mútuo de suporte e solidariedade, altamente positivo no sentido de reforçar os objetivos terapêuticos. Refere ainda que, ao contrário do que ocorre em psicoterapias individuais com freqüentes abandonos, interrupções, resistência às mudanças, além da procura de uma cura sintomática, no tratamento em grupo tais pacientes se beneficiam mais. Este autor menciona a função de *holding-suporte* oferecido pelo grupo que permite a criação de espaço de trocas e vivência, além de estimular o paciente a falar, e perceber os conflitos até então inconscientes e reprimidos.

1.4.3- Técnicas de grupo

1.4.3.1- Técnica de grupo operativo

O processo de Grupo Operativo idealizado por Enrique Pichon-Riviere fundamenta-se na psicologia social e estuda o homem em seu contexto social a partir da

concepção de sujeito, ser de necessidades. Este sujeito por sua vez está inscrito numa trama complexa que abrange vínculos e relações sociais e busca sua satisfação em grupos.

O sujeito, agente e ator ao mesmo tempo do processo interacional é determinado pelo meio onde vive. Ele é um sujeito de necessidades que busca satisfazê-las nas suas relações com o outro. Surge então uma contradição interna estabelecida entre a necessidade que emerge do intercâmbio do organismo com o meio e a satisfação desta necessidade. Ao tomar uma ação ou uma conduta concreta para satisfação desta necessidade, ele irá transformar o contexto e também a si próprio alcançando o que chamamos de aprendizagem (QUIROGA, 1984).

A aprendizagem ou a capacidade que o homem tem para transformar a si mesmo e as condições de sua vida é chamada por PICHON-RIVIÉRE (1986) de adaptação ativa à realidade. A adaptação ativa à realidade acontece à medida que o sujeito mantém um interjogo dialético com o meio e não uma relação passiva e estereotipada. Aprender significa rever e re-significar o conhecimento anterior para dar lugar ao novo. O primeiro momento deste processo apresenta-se de modo confusional e indiferenciado para em seguida aparecer sob a forma de oposição, como por exemplo, o bom e o mau, o que gosto e o que não gosto, ou o eu e o outro. Vivenciar esta dicotomia propicia a discriminação, a passagem da indiferenciação para a diferenciação, que é o momento da resolução das contradições.

Este processo implica por sua vez no desenvolvimento de expectativas recíprocas de intercâmbio de mensagens, que se dá quando dois sujeitos ou mais compartilham do mesmo tempo e espaço e acontece entre eles um jogo corporal de olhares, gestos e troca de mensagens verbais estabelecendo um sistema de comunicação (GIFFONI, 1992).

QUIROGA (1984) descreve que é possível contrastar o traço que define um processo interacional de uma configuração oposta como a noção de série formulada por Sartre em "Crítica da razão Dialética" ao investigar o coletivo. A série corresponde a situações nas quais, embora as pessoas compartilhem um mesmo espaço em um mesmo tempo, não chegam a constituir-se uma unidade interacional. Por exemplo, uma fila de

ônibus ou os espectadores de uma sala de cinema. Estas pessoas apesar de estarem reunidas no mesmo tempo e espaço e terem até atividades similares, não estabelecem uma relação vincular. A relação vincular é um processo motivado, imbuído de direcionalidade, orientação e determinação mútua, é uma expectativa recíproca sobre o outro em que cada sujeito se reveste de significado. O fundamento motivacional é a própria necessidade. Voltamos, portanto, à contradição interna: necessidade/ satisfação, que só se resolve em uma relação de vínculo com o outro. Daí a importância do grupo como cenário e instrumento da construção do sujeito.

O processo interacional, que no princípio se dá predominantemente no mundo externo adquire também outra qualidade, a dimensão da intrasubjetividade, inscrevendo-se no mundo interno de cada um dos protagonistas da relação, através de uma internalização recíproca. Esta internalização recíproca constitui-se na mútua representação interna quando cada um representa dentro de si a estrutura de relações na qual está comprometido. Deste modo o grupo ocupa um lugar que não é só âmbito mas uma estrutura representacional com vigência em cada um dos membros do grupo (QUIROGA, 1984).

A ação, mobilizada no grupo, pelo interjogo de necessidades-satisfação, confere a este processo a conotação de relação direcionada, que não surge ao acaso, mas contém um objetivo ou tarefa determinados, explicitados ou não. Não há vínculo ou grupo sem tarefa. O grupo se estrutura a partir de uma constelação necessidade-objetivo-tarefa. O objetivo consiste naquilo que significaria a satisfação, isto é, aquilo que se necessita e para o que se direciona. A tarefa representa o conjunto de ações implicados neste processo. Ela é um dos princípios organizadores do grupo que transforma a ausência em satisfação a partir da necessidade. Esta noção faz do grupo, uma unidade operacional (GAYOTTO, 1992).

Para compreender melhor o seu significado torna-se necessário entender os diferentes momentos do grupo operativo. O primeiro momento é a pré-tarefa quando o grupo mostra-se confuso e os integrantes muito centrados em si mesmos. Ele se fixa em técnicas defensivas predominando a resistência à mudança. Estes mecanismos são usados para adiar a elaboração dos medos básicos: medo da perda e o medo do ataque. Diante da possibilidade de mudança e defrontando-se com novas relações, as pessoas temem perder o que era conhecido e seguro e sentem medo do ataque vindo do novo, que é desconhecido e

ameaçador. O grupo fica paralisado e por não suportar a sensação de imobilidade atua "como se" estivesse em tarefa. As formas de postergação e de não entrar em tarefa aparecem nos vários mecanismos de defesas usados nesta fase de evitamento tais como a dissociação, negação, racionalização, intelectualização e a atuação (PICHON-RIVIÈRE, 1986).

O segundo momento é o da tarefa quando o grupo passa a enfrentar seus medos e a elaborar a ansiedade permitindo o aparecimento de confrontos e discutindo seus conflitos. Na tarefa ocorre a elaboração dos estereótipos, processo que está a serviço de tornar consciente o inconsciente. É um salto qualitativo quando através do *insight* estabelece um relacionamento diferenciado com o outro. Com o rompimento das estereotípias em relação à nova aprendizagem, os integrantes chegam a um contato ativo com a realidade, o que possibilita o aparecimento do projeto: aparece o novo, o diferente, a produção e a integração grupal. Os momentos de pré-tarefa, tarefa e projeto não ocorrem linearmente. Pelo contrário, o grupo tem movimentos de idas e vindas por que resiste à mudança (PICHON-RIVIÈRE, 1986).

GAYOTTO (1992) explica o processo grupal como um processo dialético contínuo, em movimento de estruturação, desestruturação, reestruturação que na teoria de grupo operativo é representado por um cone invertido.

1- O que ocorre em grupo a nível observável é o explícito, o manifesto, os conteúdos emergentes. É a base do cone que é mais ampla, mais abrangente. (figura 3)



Figura 3- Base do cone

2- No vértice do cone está o implícito. O vértice não é tão grande como a base porém é mais profundo. É onde fica o latente. (figura 4)

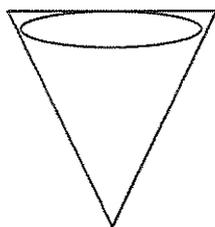


Figura 4- Vértice do cone

3- No grupo aparece a interpretação, com a finalidade de esclarecer o manifesto. Vai do observável ao latente e vice-versa. Desta forma podemos ter uma representação gráfica da realidade com os movimentos dialéticos de idas e vindas. Cada volta na espiral vai significar um contato com as resistências à mudança, para enfrentá-las. Significam aprendizagens nas quais nunca se volta ao mesmo ponto. Mesmo as situações regressivas indicarão comprometimento em uma nova situação, pois o sistema é aberto, o que possibilita mudanças. (figura 5)

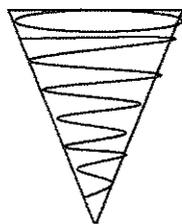


Figura 5- Movimento dialético

Podemos entender melhor o funcionamento do grupo operativo quando analisamos os diferentes papéis que os integrantes desempenham no grupo:

O porta-voz é o veículo através do qual se manifesta o implícito do grupo. É o integrante que assume em certos momentos o papel de depositário das ansiedades do grupo. Por sua história pessoal (verticalidade), cruzar com a história do grupo (horizontalidade), ele também fala pelo grupo. Aquilo que o porta-voz revela pode ser aceito ou rejeitado pelo grupo. Quando é aceito, o grupo pode trabalhar os conflitos que

estavam latentes e isto conduz à tarefa, tornando-se então um líder operativo. Se o grupo rejeita, ele se torna o bode-expiatório, e as ansiedades não são percebidas como sendo do grupo, mas exclusivamente do integrante que as mencionou.

Outro papel que aparece no grupo é o do sabotador que por características pessoais que vão de encontro à resistência do grupo, pode levar a se desviar da tarefa. Ele age como se estivesse levando o grupo à tarefa mas, inconscientemente, faz com que este se desvie das questões básicas a serem abordadas.

O processo grupal na teoria de grupo operativo é avaliado através de vetores ou fenômenos que permitem captar os sinais enviados pelos integrantes bem como verificar sua integração no acontecer grupal. A partir destes vetores, como descreve GAYOTTO (1992), podemos fazer o diagnóstico do grupo, realizar uma leitura do latente através da interpretação, e em função da interpretação, elaborar uma estratégia de intervenção:

- 1- Afiliação: É o primeiro nível de identificação que os integrantes têm com a tarefa e com os demais integrantes. Neste nível ainda guardam uma distância de auto proteção, sem incluir-se totalmente no grupo. Ao longo da história do grupo esta afiliação vai se transformando em pertença.
- 2- Pertença (fazer parte de): É o sentir-se mais integrado no grupo, quando reduzem-se as defesas permitindo a planificação. A pessoa "veste a camisa", supera distâncias. A afiliação e a pertença são vistas no grupo pelo grau de responsabilidade com o qual os integrantes assumem o desenvolvimento da tarefa.
- 3- Cooperação: Ocorre quando os integrantes assumem papéis diferenciados dentro do grupo. Consideramos uma contribuição ainda silenciosa à tarefa grupal. Esses papéis são assumidos, de forma complementar, sem superposição ou atropelamento competitivo. É a contribuição de cada um para com a tarefa e os outros integrantes.
- 4- Pertinência: Acontece quando o grupo centra-se na tarefa prescrita e no seu esclarecimento. Avalia-se pela pertinência da ação em relação aos objetivos estabelecidos, tais como produtividade, criatividade e dificuldades enfrentadas. É uma

situação distinta da pré-tarefa que está centrada na impertinência, onde ocorre a impostura e o sabotamento.

- 5- Comunicação: É o mecanismo fundamental do grupo. Ocorre através de distintas formas, podendo ser verbal ou não verbal. Surge da necessidade permanente dos integrantes de significar e dar sentido à realidade que os cerca, e que é o produto do processo comunicacional. O processo de comunicação ocorre quando existe um intercâmbio de significados entre pessoas, que supõe um emissor, um receptor, processos de codificação e de decodificação de mensagens, através de um código comum. No sentido mais amplo estão incluído todos os processos através dos quais as pessoas se influenciam mutuamente. As comunicações contraditórias são geradoras de ruídos ou mal entendidos no grupo. Toda situação que se apresente incompreensível será vivenciada com muita ansiedade e poderá estar permeada de distorções.
- 6- Aprendizagem: Alcançada pela soma de informações dos integrantes do grupo que através do processo dialético provoca mudanças ou saltos de qualidade. Implica em criatividade, em elaboração das ansiedades, e em uma adaptação ativa à realidade.
- 7- Tele: Significa a disposição positiva ou negativa para trabalhar a tarefa grupal. É a rejeição ou aceitação que os integrantes têm espontaneamente em relação aos demais. Configura o “clima” grupal que pode ser traduzido como transferência positiva ou negativa dos membros do grupo entre si ou com o coordenador.

1.4.3.2- Técnicas acessórias

Com o intuito de facilitar o acesso ao hermético mundo interno dos nossos adolescentes recorre-se ao uso de técnicas acessórias. Técnicas de dinâmica de grupo são introduzidas com o objetivo de aquecimento, esclarecimento e especialmente aprofundamento da temática e propiciar discussões. Destacam-se vivências, dramatizações, leituras de textos, projeção de vídeos, músicas e produção de material educativo.

A dramatização pode revelar-se de extrema valia, especialmente nos grupos de púberes e intermediários, quando a verbalização pode ser difícil, ou na ocorrência de

impasses na evolução de um grupo. A linguagem não verbal dos *actings* dentro do grupo pode ser decodificada através desta técnica (ZIMERMAN, 1993).

Especialmente com os adolescentes tardios, o coordenador poderá usar interpretações para desfazer a ação ansiogênica das fantasias inconscientes, cuja técnica é a mesma empregada com adultos. A incapacidade de abstração do adolescente algumas vezes acarreta dificuldades importantes para a atividade de interpretar no grupo que pode reagir com estranheza ou rechaço (OSÓRIO, 1986).

Um fato mobilizador ocorre nos grupos com adolescentes que são as interpretações dos próprios adolescentes. Observamos que quando um membro do grupo interpreta o material trazido por seu companheiro ou uma determinada situação que ocorre no grupo a carga afetiva mobilizada e os efeitos terapêuticos são mais significativos do que uma interpretação feita pelo coordenador. Isto acontece porque os grupos espontâneos de adolescentes são formados a partir de uma necessidade básica de desvincular-se do grupo familiar e testar novas relações com seus pares, conhecer novos padrões que levarão à formação de sua identidade adulta. Desta forma os companheiros do grupo funcionam como "porta vozes" no processo de aquisição da nova identidade. O manejo adequado deste recurso por parte do terapeuta possibilitará maior rendimento para o *insight* do grupo (BITTENCOURT, 1990).

A atividade do coordenador deve estar centrada no aqui e agora da sessão e, sempre que possível, deixar as sessões fechadas ou concluídas para favorecer o processo de elaboração. Desta forma procura-se fazer uma síntese ou explicação no final da reuniões, pois uma interpretação poderia causar angústia uma vez que a próxima sessão ocorrerá em data futura.

1.4.4- O trabalho de grupo com adolescentes obesos do HC

1.4.4.1- O ambulatório de obesidade na adolescência

O Ambulatório Geral de Adolescentes do Departamento de Pediatria da Faculdade de Ciências Médicas no Hospital de Clínicas da UNICAMP foi implantado em 1989 com o objetivo de prestar assistência integral à saúde do adolescente. Desde sua

implantação o atendimento é realizado pela equipe multiprofissional, composta por médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo e nutricionista. Esta equipe de profissionais presta assistência através da promoção e recuperação da saúde do adolescente, levando em conta sua inserção e interação com seu ambiente de vida físico, psíquico e social. Além da assistência, promove atividades de ensino, contribuindo para a formação de recursos humanos na área médica com a orientação de residentes e estagiários, assim como na formação de profissionais não médicos com os programas de aprimoramento em serviço social e psicologia (FUNDAP). Realiza projetos de pesquisa através dos quais procura estudar as variáveis significativas do crescimento e desenvolvimento físico e psicossocial do adolescente, buscando oferecer novas perspectivas para o atendimento. O desenvolvimento deste trabalho é realizado através de consultas, entrevistas e grupos com o adolescente e sua família.

Este ambulatório desde sua implantação tem recebido um volume significativo de pacientes com a queixa de obesidade encaminhados da Rede Pública e do Ambulatório de Pediatria, originando a criação de um ambulatório específico para esta demanda. Em 1991 foi formada uma equipe multiprofissional com o objetivo de estudar aspectos da obesidade na adolescência e discutir formas de atendimento. Desde o início deste ambulatório, os adolescentes foram atendidos individualmente e em grupo pela equipe multidisciplinar.

Os primeiros grupos realizados eram abertos e contaram com a participação exclusiva do adolescente. A partir de estudos teóricos (BROWNE et al. 1983; EPSTEIN et al. 1990; DIETZ, 1993) e avaliações da equipe, a família passou a participar do atendimento. A família foi atendida por profissional da equipe, em grupo separado, que ocorria no mesmo momento do grupo dos adolescentes.

O adolescente ingressa no programa após a consulta médica, de enfermagem e nutricional, avaliação antropométrica e social. São incluídos nos grupos adolescentes obesos exógenos, com IMC maior do que o percentil 95 (OMS, 1995), que têm disponibilidade para a participação do trabalho de grupo, atendimento médico e atividade física.

Os grupos foram coordenados pelo assistente social e enfermeiro, com a colaboração dos demais e obedeceram a programação previamente elaborada, seguindo a técnica de 'Grupo Operativo'. A programação abordou educação nutricional, mudanças de hábitos, exercícios físicos e aspectos psicossociais relacionados à obesidade. Atenção especial foi observada quanto aos aspectos emocionais relativos à imagem corporal e auto estima.

Os adolescentes e familiares foram avaliados durante o transcorrer das reuniões e no final do programa através de formulário padronizado semi-estruturado com questões relativas aos assuntos do grupo.

1.4.4.2- Impacto da abordagem grupal

Ao longo dos anos foram efetuadas pesquisas visando a avaliação da efetividade do tratamento em grupo realizado no Ambulatório de Obesidade na Adolescência. Estes estudos mostraram as vantagens desta metodologia, que se constituiu parte integrante do tratamento interdisciplinar para adolescentes obesos.

A primeira pesquisa envolveu 31 adolescentes de ambos os sexos, idade entre 12 e 18 anos. Este estudo comparou 20 adolescentes obesos atendidos com o tratamento convencional, só com consulta médica, no período de janeiro de 1990 a dezembro de 1991, com 11 adolescentes obesos, que, além da consulta médica, foram atendidos em grupo, no período de abril de 1992 a fevereiro de 1993.

Entre os adolescentes atendidos com o tratamento convencional, verificamos que 45% perderam peso, 25% mantiveram peso e 30% aumentaram o peso e o abandono do tratamento foi ao longo do tempo de 100%. Em contrapartida, quando o tratamento convencional esteve aliado ao atendimento em grupo com 11 adolescentes, observamos que a motivação para continuidade do tratamento foi de 70%, sendo que 85% referiram mudanças positivas em relação à obesidade, 60% adquiriram condições de elaborar um cardápio próprio para perder peso e 90% referiram mudanças de hábito quanto à quantidade da refeição. (MULLER et al, 1993).

Estudo realizado em 1995, avaliando o atendimento de adolescentes obesos em grupo, integrado com a família, verificou aspectos positivos quanto à melhora dos vínculos familiares, maior adesão ao tratamento, modificação efetiva nos hábitos alimentares, maior envolvimento com o programa e melhora dos conhecimentos sobre a obesidade. (MARTINS et al, 1995)

Ampla avaliação foi realizada em 2001, através de questionário semi-estruturado, com 8 adolescentes obesos de ambos os sexos, com idade entre 11 e 17 anos, acompanhados em grupo. Os pais participaram de grupos separados e também foram pesquisados. Antes de chegar ao HC, 72% dos adolescentes já tinham feito algum tratamento para emagrecer. Somente um dos pacientes não tinha familiares obesos. Este estudo mostrou que 80% referiram melhora qualitativa na alimentação, incluindo modificação na aquisição de gêneros alimentícios, modo de preparação e maior adesão ao consumo de alimentos hipocalóricos. Houve diminuição no hábito de beliscar entre as refeições após a inclusão do hábito do desjejum em 40% dos adolescentes. Os exercícios físicos, além das atividades físicas escolares, praticadas por 40% no início do programa, passaram a ser praticados por 90% dos jovens. Alguns pais colocaram que a atividade física deveria fazer parte do grupo e ser mais intensa. Houve redução do IMC em 80% dos adolescentes enquanto que os 20% restantes apresentaram discreto aumento. Os adolescentes admitiram que não conseguiam controlar sua dieta sozinho e que comiam mais quando ficavam nervosos em 85% dos casos. Em relação ao preparo das refeições referiram ter seguido as orientações da nutricionista, comendo mais saladas e legumes, carnes brancas ou mais magras. Especialmente em relação à beliscagem, 85% dos adolescentes admitiram mudanças de hábitos. Adolescentes e pais admitiram ainda comer enquanto assistiam TV em 60% dos casos. Entre os fatores positivos dos temas discutidos no grupo, um dos citados por pais e adolescentes foi o da abordagem do preconceito, sendo que 60% referiu ter apelido relacionado à obesidade, achar-se "o gordinho da turma" e não se sentir bem aceito entre os amigos. Os adolescentes disseram que se sentiram ajudados e não criticados e que o mais importante era a força de vontade para emagrecer. Os pais referiram que passaram a entender melhor o que é a obesidade, suas conseqüências para a saúde e as maneiras de evitá-la. Alguns pais citaram que seus filhos passaram a se preocupar mais com o que comiam, aumentaram seus esforços em relação à atividade física

e que em geral amadureceram. Aspecto importante foi observado em relação ao aumento da adesão dos adolescentes ao tratamento, com somente uma desistência neste grupo (MULLER et al. 2002).

O trabalho em grupo, ao longo de 10 anos de atividade, tem trazido benefícios para os adolescentes obesos e suas famílias e também tem sido uma experiência única e interessante para os profissionais integrantes da equipe. Além disso, esta experiência de atendimento a adolescentes obesos em grupo, foi levada a dezenas de congressos médicos, de nutrição, de enfermagem e serviço social, servindo de modelo para outras instituições.

O trabalho de grupo facilita a abordagem de aspectos difíceis da obesidade como o preconceito, consegue trabalhar questões relacionadas à auto-estima e à culpa. A questão dos limites, quantidade, qualidade e horários, tarefa árdua quando se trata da obesidade, tem tido avanço importante. A abordagem de aspectos da adolescência facilitou o processo de identificações no grupo levando a modificações na sua maneira de ser e estar, tendo como consequência o amadurecimento.

Cabe ressaltar que esta modalidade de atendimento preservou a individualidade dos jovens e permitiu maior liberdade para que os pais recebessem mais esclarecimentos em relação ao envolvimento familiar na tarefa.

A avaliação constante dos métodos empregados no tratamento da obesidade é indispensável para procurar caminhos mais eficazes.

2- OBJETIVOS

2.1- Objetivo Geral

Estudar a população de adolescentes que participou do tratamento em grupo para obesidade no Ambulatório de Obesidade na Adolescência do Hospital de Clínicas da Unicamp no período de 1991 a 2000.

2.2- Objetivos Específicos

Analisar como os adolescentes que participaram do tratamento em grupo encontram-se atualmente em relação à obesidade, seu tratamento e suas relações interpessoais.

Compreender os significados que estes adolescentes atribuem à obesidade e ao atendimento em grupo realizado na época.

3- METODOLOGIA

3.1- O método qualitativo

O interesse em ouvir o que os adolescentes que participaram dos grupos de obesos tem a dizer sobre obesidade, como lidam com ela, o que os levou a emagrecer ou permanecerem obesos, nos levou a escolher o método qualitativo como o mais adequado para esta investigação. Queríamos conhecer os sentimentos, idéias, sentidos, significações para os sujeitos escolhidos para esta pesquisa.

O objetivo da pesquisa qualitativa é o desenvolvimento de conceitos que ajudem a compreender o fenômeno social em ambiente natural (não experimental) dando ênfase aos significados, experiências e visão para todos os participantes (POPE e MAYS, 1995).

Como o método qualitativo não se detém em enumerar os fenômenos, mas em compreendê-los, o método é visto como oposto aos métodos quantitativos. TURATO (2003) menciona que as pesquisas qualitativas tem sido chamadas pejorativamente de *soft sciences*, (ciências leves) em contraposição com as ciências naturais ou exatas, as *hard sciences* (ciências duras).

POPE e MAYS (1995) relacionam algumas diferenças entre os dois métodos:

Quadro 2- Diferenças entre o método qualitativo e quantitativo

Níveis conceituais	Método qualitativo	Método quantitativo
Técnicas	Observação, entrevista	Experimento, questionário
Perguntas	O que é? (classificação)	Quantos? (enumeração)
Raciocínio	Indutiva	Dedutiva
Método de amostragem	Significação	Estatística
Força	Validade	Credibilidade

Estes mesmos autores advertem que antes de nos preocuparmos com as diferenças, deveríamos procurar as relações de complementaridade entre ambos. Mencionam que um estudo qualitativo pode ser conduzido como trabalho preliminar para a pesquisa quantitativa. As técnicas qualitativas como observação em entrevistas aprofundada ou grupos focais podem ser usados para descrever e compreender uma situação ou comportamento. Outra forma complementar pode ser usada como uma triangulação como parte da validação do processo ou através de uma abordagem de vários métodos. Também pode ser complementar quando se explora fenômenos complexos ou áreas não receptíveis para pesquisa quantitativa, abordagem amplamente reconhecida em estudos de organizações ou políticas de saúde.

TURATO (2003) admite a elaboração de projetos qualitativos inspirados em resultados das pesquisas quantitativas, mas adverte que as duas abordagens agregam princípios filosóficos distintos que não se coadunam. Seria possível o uso de resultados quantitativos para um novo empreendimento que contribuiria para o rigor da validade, ou dar compreensão através dos significados, sobre resultados quantificados que originariam novos pressupostos.

A pesquisa qualitativa apresenta características que a diferenciam da busca da explicação dos fatos ou o modo de conhecimento exterior ao sujeito, próprio das ciências naturais. Esta se preocupa com a compreensão que busca sentidos e significados apreendidos no cotidiano e na vivência da experiência, próprios das ciências humanas. Embora exista diferenças entre explicar e compreender, não há exclusão entre estes conceitos mas uma interação dialética (BLEGER, 1995).

Para conceituar o método qualitativo escolhemos a definição de MINAYO (1998) que mostra a dimensão teórico-prática da abordagem da pesquisa, apontando para o significado, a intencionalidade e a construção:

Pesquisa qualitativa é entendida como aquela capaz de incorporar a questão do SIGNIFICADO e da INTENCIONALIDADE como inerentes *aos atos, às relações, e às estruturas sociais*, sendo estas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.

O significado é a idéia central nas análises qualitativas. Este se impõe ao destacar a interpretação da subjetividade inerente para a compreensão do objetivo. Não se preocupa em quantificar, mas privilegia a compreensão das relações sociais que são a essência e resultado da atividade humana criadora (MINAYO, 1998).

A pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como sua fonte direta de dados e o pesquisador como seu principal instrumento e por isso este tipo de estudo é chamado de naturalístico (KOIZUMI, 1992).

3.1.1- O método clínico-qualitativo

O método clínico é amplamente utilizado na prática da medicina e nas ciências humanas tanto na psicologia como no serviço social. O próprio serviço social buscou na medicina o modelo de *tratamento de casos*, definido como método de tratamento psicossocial. Elaborado em colaboração com os assistentes sociais que atuavam em clínicas psiquiátricas e entidades de tratamento familiar, esta abordagem recebeu a colaboração de cientistas sociais que trouxeram para a prática clínica a compreensão dos componentes sociais das doenças, aproximando a medicina das ciências ditas sociais e proporcionando influência e ganhos mútuos (HOLLIS, 1964).

A prática médica tem sua origem no cuidar e a própria palavra *clínica* aparece como sinônimo de medicina. O adjetivo *clínico* refere-se ao procedimento que se efetua junto ao doente.

TURATO (2003) refere que a dimensão clínica explica a diferença entre o cientista social do cientista clínico, porque a clínica pressupõe prestar ajuda pragmática às necessidades apresentadas pelo indivíduo. O pesquisador clínico acolhe e valoriza os componentes de angústia e ansiedade, trazendo embutida a sensibilidade que direciona esta postura. Este autor define o método clínico-qualitativo como o estudo teórico e o correspondente emprego em investigação de “um conjunto de métodos científicos, técnicas e procedimentos, adequados para descrever e interpretar os sentidos e significados dados

aos fenômenos e relacionados à vida do indivíduo, sejam de um paciente ou de qualquer outra pessoa participante do *setting* dos cuidados com a saúde”.

REUCHLIN (1965) define o método clínico-qualitativo a partir da prática médica que “se constitui na observação de maneira aprofundada de indivíduos particulares em luta com seus problemas; conhecer de maneira mais completa possível as circunstâncias de sua vida inteira, de maneira a poder interpretar cada fato à luz de todos os outros, constituindo o todo um conjunto dinâmico. É a atitude do prático que deve concretamente cuidar ou aconselhar, que se opõe àquela de homem do laboratório afastado do real”.

A interpretação da realidade na pesquisa clínico-qualitativa apresenta características que nos conduzem a esclarecer propriedades inerentes ao método. Estas particularidades foram selecionadas por TURATO (2003) e outros autores que buscaram fundamentação na fenomenologia, no existencialismo e na psicanálise.

- O significado/significação do fenômeno é o foco maior na pesquisa qualitativa. Tudo o que ouvimos e observamos tem um significado especial atribuído pelo indivíduo que faz parte de sua vivência e lhe é importante e singular. Há sempre uma intenção de captar a perspectiva do sujeito, a maneira como ele encara as questões e os fenômenos da natureza a ele relacionados (KOIZUMI, 1992).
- A pesquisa ocorre no ambiente natural do sujeito. Neste contexto, é muito importante a ambientação da pesquisa de campo que deve adaptar-se ao local institucional onde será aplicada, procurando necessariamente a adequação pessoal às atividades rotineiras da instituição, pessoas habituais do lugar, distribuição espacial das tarefas ali desenvolvidas e seu arranjo cronológico (TURATO, 2003). Compreender o indivíduo fora do seu ambiente natural, pode criar situações artificiais que falsificam a realidade e produzem interpretações equivocadas (TRIVIÑOS, 1987).
- A angústia e a ansiedade da pessoa entrevistada são valorizadas na investigação qualitativa, não apenas do ponto de vista psicológico, mas principalmente no sentido existencialista. Nesta abordagem, a angústia é definida como uma inquietação profunda, sobre algo que se teme, que leva o homem à reflexão que antecipa a ação. A ansiedade, interpretada como reação ao perigo, neste contexto é definida como uma força

propulsora que o impele para a busca de soluções para seus problemas cotidianos. Estes afetos mobilizam também o pesquisador, tanto para o empreendimento da pesquisa, como para entender e acolher a pessoa, dentro de uma atitude humanística (TURATO, 2003).

- Os elementos psicanalíticos são reconhecidos como ferramentas básicas e permeiam todas as etapas da pesquisa desde a eleição do tema, dos referenciais teóricos para sua contextualização, durante a coleta de dados, assim como na discussão dos resultados.
- MINAYO (1998) comenta que a pesquisa qualitativa é sempre uma situação de interação entre o sujeito e o investigador e desta forma, o pesquisador se torna instrumento importante da investigação em campo. Os conhecimentos e as experiências pessoais do entrevistador são fundamentais no processo de compreensão e interpretação do fenômeno estudado (LUDKE e ANDRÉ, 1986).
- Na pesquisa qualitativa o pesquisador atua como um *bricoleur*, palavra originada do francês que significa a ação de realizar qualquer tipo de trabalho, consertar ou remendar de forma livre (TURATO, 2003). Desta forma o investigador tem a liberdade de compor seu trabalho e produzir um novo objeto a partir de pedaços ou fragmentos encontrados em campo. Esta atitude se repete em todas as fases da pesquisa até a de análise e interpretação dos dados, quando lança mão do suporte de diferentes referenciais teóricos (CAMPOS, 2003).
- O pesquisador na abordagem qualitativa preocupa-se com o processo e não com o produto da intervenção, interessando-se em saber como os fenômenos ocorrem naturalmente e quais as relações estabelecidas entre estes fenômenos. O processo nesta modalidade de pesquisa é entendido como ato de proceder do objeto, seus estados de mudança, e sua maneira de operar. O pesquisador tem o intuito de captar sua dinâmica de forma que ele possa penetrar na estrutura íntima e latente do objeto de estudo (TURATO, 2003).
- O método qualitativo se constitui de elementos teóricos e práticos. O pesquisador deve estar munido de conhecimentos encontrados na literatura especializada sobre o tema

escolhido como seu referencial teórico. Ao mesmo tempo utiliza observações práticas vindas de sua vivência e experiências de vida (CAMPOS, 2003).

- O tratamento dos dados na pesquisa qualitativa utiliza o pensamento indutivo, isto é, partindo da observação do particular, infere-se uma verdade geral. O pesquisador não procura evidências que comprovem uma hipótese definida antes do estudo, mas constrói abstrações a partir da interrelação dos dados à medida que são colhidos e analisados num processo de cima para baixo (KOIZUMI, 1992; CAMPOS, 2003). Esta visão ampliada admite um processo indutivo/dedutivo dentro de um movimento dialético, compreendido em sua totalidade (TURATO, 2003).
- A validade é a estratégia que apoia o método qualitativo para assegurar o rigor da pesquisa. O emprego adequado da metodologia qualitativa gera uma apresentação precisa da experiência humana, interpretada através da literatura e sujeitas ao escrutínio crítico da comunidade científica (MAYS e POPE, 1995).
- Os dados de uma pesquisa qualitativa e sua apresentação são eminentemente descritivos. O material de análise recolhido no campo é em forma de palavras ou figuras que provem das entrevistas, documentos, resultados de discussão em grupos focais e resultados da observação (MINAYO, 1998). O pesquisador qualitativo apresenta e interpreta os dados concomitantemente, permanecendo atento ao seu conteúdo, estando atento ao *setting* da entrevista, levando em conta que toda manifestação tem potencial para oferecer pistas na compreensão e construção do trabalho (CAMPOS, 2003).
- Conhecer cientificamente e em profundidade o particular é a pretensão do investigador da pesquisa qualitativa. Por isso os achados não são adequados para generalizações como é a proposta da pesquisa quantitativa. O método qualitativo busca a compreensão e não a generalização dos fenômenos, cabendo ao leitor da pesquisa empregar os pressupostos revistos na conclusão do estudo para outros casos (TURATO, 2003).

3.2- Técnica de coleta de dados

3.2.1- Entrevista semi-estruturada

A entrevista, no sentido de colher informações sobre o tema escolhido foi a técnica que usamos para o estudo de campo. A entrevista é uma conversação entre duas

pessoas, séria e intencional (BENJAMIN, 1974). Consiste na introdução de perguntas que definem a área a ser estudada, através das quais o investigador busca informes contidos na fala dos sujeitos da pesquisa (BRITTEN, 1995).

As informações mais aprofundadas da realidade que se referem ao indivíduo entrevistado, suas atitudes, valores e opiniões, denominados dados subjetivos, só podem ser obtidos com a contribuição dos atores sociais envolvidos. Desta forma, consideramos que a entrevista não é somente uma coleta de dados, mas uma situação de interação entre os atores da pesquisa (MINAYO, 1998).

BLEGER (1995) classifica a entrevista como um encontro interpessoal pré-estabelecido e assimétrico, em que existem processos alternantes e, às vezes antagônicos de transferência, sendo um processo ansiogênico.

Escolhemos a técnica de entrevista semi-estruturada para o desenvolvimento deste trabalho. Ela está baseada em um roteiro de questões abertas, isto é, uma lista de tópicos que mostra o conteúdo que se quer aprofundar, permitindo ao sujeito liberdade para se expressar na direção da realidade e da sua vivência.

Segundo BENJAMIN (1974) a utilização de questões abertas permite ao pesquisador maior liberdade de ação, amplia o campo de interesse, convida o sujeito a expressar seus pontos de vista, opiniões, pensamentos e sentimentos, aprofundando o contato com o pesquisador, de forma a abrir portas para um bom *rapport*. (Clima de simpatia, confiança, de lealdade e de harmonia entre o pesquisador e o entrevistado segundo TRIVIÑOS, 1987).

Além da entrevista, incluímos a técnica de observação, que consiste na "captura" do comportamento global pelo entrevistador. São dados importantes para o estudo, que incluem o estilo e as alterações de fala, como momentos de silêncio, fala embargada, palavra pronunciadamente vacilada, mudanças de timbre de voz, inibições, desinibições. Aspectos da comunicação não verbal devem ser valorizados também, como mudanças na postura física, gestos, mímica facial, riso e choro que trazem informações adicionais para a análise e interpretação (TURATO, 2003).

A transferência e a contratransferência são fenômenos importantes e muito significativos que ocorrem durante a entrevista, citados por BLEGER (1995): a transferência refere-se ao aparecimento de sentimentos, atitudes e condutas inconscientes, por parte do entrevistado, que correspondem a modelos que este estabeleceu no curso do desenvolvimento, especialmente na relação interpessoal com seu meio familiar, fornecendo dados que auxiliarão o investigador a identificar o que ele espera, como sua fantasia, em relação à ajuda. A contratransferência se revela nas respostas do entrevistador às manifestações do entrevistado, que aparecem como emergentes do campo psicológico em que se configura a entrevista.

3.2.2- Instrumento da entrevista

A entrevista foi conduzida a partir de uma lista de tópicos que serviu ao pesquisador como um roteiro com a finalidade de abordar o tema, deixando liberdade ao sujeito para elaborar o assunto segundo sua vivência. O roteiro básico constou de questões sobre relações familiares, relações no trabalho e experiência de namoro. Quanto à obesidade, o pesquisador explorou aspectos da motivação para emagrecer, dietas praticadas e sentimentos relacionados à obesidade. A abordagem sobre a experiência no grupo de obesos durante a adolescência buscou a descrição das impressões guardadas da época, e orientações consideradas importantes e que ainda eram seguidas. O instrumento da pesquisa permitiu também, a aferição de informações como escolaridade, estado civil, composição familiar e ocupação que colaboraram para contextualizar os aspectos sócio-culturais do grupo estudado (Anexo 1).

3.2.3- Enquadre e definição do *setting* da pesquisa

Consideramos o *setting* como o espaço delimitado, o enquadramento que inclui todos os aspectos que podem ocorrer e que envolvem as pessoas, num momento particular, onde podemos reconhecer e valorizar os elementos da relação intersubjetiva. Para o estudo qualitativo, este aspecto configura-se em ponto importante para a validade (TURATO, 2003).

O uso de um recinto reservado como o consultório, facilitou o *setting* adequado para preservar a privacidade. Procurou-se assegurar que as entrevistas não fossem interrompidas e que ocorressem em ambiente físico tranquilo, confortável e com sigilo garantido. O local escolhido para a realização das entrevistas foi um consultório localizado no 1º andar do CIPED, Centro de Investigação em Pediatria, local este conhecido pela maioria dos entrevistados e onde tem sido realizado o Ambulatório de Obesidade.

3.2.4- Procedimentos de entrevista

A estratégia da pesquisa em campo deve prever os detalhes do primeiro impacto da pesquisa, tais como apresentá-la e como a apresentação do entrevistador e dos objetivos da pesquisa (MINAYO, 1998). A primeira etapa ou o convite para a participação na pesquisa, constituiu-se na retomada de uma interação entre os sujeitos e o pesquisador que já se conheciam mas não se viam há alguns anos. Todos os participantes do estudo eram previamente conhecidos do pesquisador. Este fator facilitou a abordagem da pesquisa e o comparecimento dos sujeitos para a entrevista.

A convocação foi realizada através de telefonema, constituindo-se em uma entrevista preliminar que permitiu ajustes do instrumental além da adequação de horários. Muitos contatos não resultaram em entrevista formal, mas foram de valia na compreensão da maneira de abordar, *approach*, e formas de motivação para a participação.

As entrevistas foram realizadas em datas previamente agendada com os participantes que compareceram ao serviço com a finalidade única de colaborar com a pesquisa.

Após o reconhecimento entre pesquisador/sujeito, realizou-se o esclarecimento do termo de consentimento (Anexo 2), que foi assinado em duas vias, permanecendo uma via com o participante.¹ Foi solicitada a permissão para o uso do gravador. Durante as entrevistas gravadas, comportamentos verbais e não verbais apresentados, assim como

¹ Esta pesquisa não trabalhou com exames invasivos que pudessem incorrer em danos físicos para os sujeitos, no entanto trabalhou com uma temática que mobiliza sentimentos e conflitos pessoais, sendo submetida ao Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp e os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido.

reações contratransferenciais, foram anotados logo após o procedimento e associados ao teor da entrevista durante a transcrição.

Em relação ao uso do gravador em entrevistas de pesquisa, BENJAMIN (1974) refere que desconhece meio mais eficaz para mostrar o que e como o entrevistado se expressa. Nas observações de TURATO (2003) o uso do gravador tem demonstrado que as pessoas, em geral, sentem-se suficientemente à vontade com um gravador funcionando ao seu lado, tendo esta presença interferência desprezível na produção do pensamento.

3.3- População escolhida para a pesquisa

3.3.1- Amostragem em pesquisa qualitativa

Os ensaios clínicos aleatórios com foco numa hipótese a ser testada, através de um experimento controlado por meio da randomização é a marca fundamental da pesquisa quantitativa (POPE e MAYS, 1995).

Nos estudos qualitativos a escolha dos sujeitos é realizada através de amostragem intencional ou proposital. É uma escolha deliberada dos sujeitos, preocupada com a representatividade daquele grupo em relação à população total (POPE; MAYS, 1995). O autor do estudo decide quem são os sujeitos segundo seus pressupostos de trabalho, ficando livre para escolher entre aqueles cujas características pessoais possam, em sua visão, trazer informações substanciosas sobre o assunto em pauta (TURATO, 2003).

3.3.2- Seleção dos sujeitos

Sobre a questão de como iniciar a composição da amostra para este estudo clínico-qualitativo, foram considerados como critério geral de inclusão os seguintes fatores:

- a) Diagnóstico de obesidade ou sobrepeso calculado por meio da tabela de IMC por sexo e idade (WHO, 1995), quando admitidos para a participação do tratamento em grupo operativo de adolescentes obesos.

- b) Participação efetiva dos grupos operativos de adolescentes obesos do Ambulatório de Obesidade na Adolescência no Hospital de Clínicas da Unicamp, até o ano 2000, tendo comparecido em pelo menos 8 sessões, caracterizando a exposição aos efeitos mobilizadores do grupo, às informações sobre obesidade e ao processo educativo.
- c) Disponibilidade para comparecer ao Ambulatório de Obesidade na Adolescência, para uma entrevista de uma ou duas horas e possibilidade de retorno para esclarecimentos se necessário.
- d) Jovens adultos com desenvolvimento biológico maduro, com idade entre 18 e 24 anos, que em termos mais amplos estão na fase da juventude, ainda expostos às questões da identidade e resolução de conflitos internos.
- e) Concordância em participar das entrevistas de acordo com as normas do Conselho Nacional de Ética de Pesquisa em Seres Humanos do Ministério da Saúde (1996), assinando o "Termo de Consentimento Livre e Esclarecido", de participação na pesquisa (Anexo 2).

3.3.3- Tamanho e critérios da amostra

O critério para o tamanho da amostra não é numérico, sendo a amostra ideal aquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões. Considera-se inerente para a pesquisa qualitativa a amostragem por saturação. São escolhidos os sujeitos sociais que:

- a) detêm os atributos que o investigador quer conhecer; b) são considerados em número suficiente para permitir uma certa reincidência de informações; c) que o conjunto de informantes possam ser diversificados dentro de uma homogeneidade fundamental e;
- d) que a escolha do *locus* e do grupo de observação contenha o conjunto de experiências e expressões que se quer objetivar com a pesquisa (MINAYO, 1998).

Consideramos importante para esclarecimento inicial, que no Ambulatório de Obesidade na Adolescência desde seu início em 1991 até o ano 2000, 83 adolescentes

obesos participaram dos grupos operativos. Neste período, ocorreram 10 grupos, com a participação média de 8 adolescentes por grupo.

O estudo foi realizado no segundo semestre de 2002 e primeiro semestre de 2003, com a realização de 25 entrevistas. No entanto, quatro delas precisaram ser excluídas do estudo (dois dos entrevistados não alcançaram a idade mínima de 18 anos e dois deles participaram em menos de 8 sessões do grupo), resultando em uma amostra final de 21 sujeitos. A Tabela 5 mostra o processo de seleção.

Tabela 5- Processo de seleção

Participação nos grupos de obesos - 1991/2000	Nº Adolescentes
Eliminados pela idade	35
Não foram localizados	9
Sem condições de comparecer para entrevista	18
Compareceram para entrevista e foram selecionados	21
TOTAL	83

Foram incluídos jovens que participaram de diferentes grupos que ocorreram em épocas distintas, sendo que alguns deles não estavam obesos no ato da pesquisa. O intervalo médio entre a participação no grupo e a data da entrevista foi de 6 anos e 8 meses, conforme mostra a Tabela 6:

Tabela 6- Participação nos grupos de adolescentes obesos

Nº do grupo e ano de ocorrência	Nº de sujeitos entrevistados	Intervalo médio grupo/entrevista em anos
Nº 1 1990/1991	2	10 anos
Nº 2 1993	2	9 anos
Nº 3 1994	5	8 anos
Nº 4 1994/1995	5	7 anos
Nº 5 1995/1996	3	6 anos
Nº 6 1996	1	5 anos
Nº 7 1998	1	4 anos
Nº 8 1999/2000	2	2 anos
TOTAL	21	Média 6,8 anos

3.4- Técnica para o tratamento dos dados obtidos

3.4.1- Análise de conteúdo

No tratamento do material colhido em campo utilizou-se a análise de conteúdo, que é a abordagem analítica preconizada na pesquisa qualitativa e citada com frequência no meio acadêmico. A técnica de análise de conteúdo temática foi escolhida por melhor se adequar à investigação proposta neste estudo.

A análise de conteúdo, importante etapa do trabalho qualitativo, é definida por BARDIN (1977) como:

um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens,

indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

A análise de conteúdo trabalha com a palavra tomando em consideração as significações, isto é, procura conhecer aquilo que está por trás da palavra. MINAYO (1998), refere que "do ponto de vista operacional, a análise de conteúdo parte de uma leitura de primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado: aquele que ultrapassa os significados manifestos".

TURATO (2003), recomenda que os pesquisadores que usam métodos qualitativos progridam além da simples descrição dos dados, elaborando inferências para que não se incorra numa apresentação de "achados mudos". As citações literais de falas, como a lista de temas categorizados, servem para dar vida ao texto do trabalho científico, mas o discurso científico propriamente dito é realizado pelo pesquisador na elaboração criativa de conceitos e teorias sobre o assunto estudado.

A análise de conteúdo temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença tenha significado para o objetivo a ser pesquisado, assim como um "feixe de relações" representado por uma palavra, uma frase, um resumo (MINAYO, 1998). A noção de tema, portanto, refere-se a um determinado assunto e é definida por BARDIN (1977) como "uma unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura".

3.4.2- Organização do material para a análise

O material das entrevistas gravadas foi transcrito literalmente, pela própria pesquisadora, à medida que estas eram realizadas, em um arquivo de texto em microcomputador. Durante este procedimento, foram acrescentadas à transcrição as impressões captadas na sala de espera e na entrevista, como qualidade do silêncio, mudanças no tom da voz, reticências, gestos, risos e a contratransferência sentida.

A este material foram acrescentadas informações coletadas da documentação dos grupos operativos sobre a participação de cada sujeito da pesquisa, além de informações consultadas nos prontuários clínicos para obtenção de dados antropométricos e clínicos.

Na realização deste processo teve-se o cuidado de manter o sigilo da identidade dos participantes sendo estes referidos com nomes fictícios.

O conjunto de informações coletadas constituiu-se no *corpus* a ser analisado. MULLER (1999) menciona que *corpus* é o conjunto sistematizado de assuntos tidos em conta para serem submetidos a procedimentos analíticos.

A partir da construção do *corpus* para análise, realizaram-se leituras sucessivas ou flutuantes, que consistem em contato exaustivo com o material, permitindo-se impregnar pelo conteúdo (MINAYO, 1998).

A leitura flutuante é uma analogia ao conceito psicanalítico de atenção flutuante, que implica em deixar fluir livremente as impressões. Pouco a pouco a leitura torna-se mais precisa, as hipóteses iniciais e as que emergem, relacionadas à teoria, superam a sensação de confusão inicial (BARDIN, 1977).

Esta fase é referida como pré-análise por MINAYO (1998), que diz respeito a retomada das hipóteses e objetivos iniciais da pesquisa para a orientação em direção da interpretação final. Também faz parte desta etapa da pesquisa a seleção das unidades de análise. "O evidenciamento das unidades de análise temáticas, que são recortes do texto, consegue-se segundo um processo dinâmico e indutivo de atenção ora concreta à mensagem explícita, ora às significações não aparentes do contexto" (CAMPOS, 2003).

3.4.3- Categorização

Escolhidas as unidades de análise, procede-se às regras de freqüenciamento, construindo-se índices a partir da freqüência com que o tema aparece. Chamamos de categorização a classificação destes dados, quando as unidades de análise são reunidas em um grupo de elementos sob um título genérico (MULLER, 1999).

TURATO (2003) cita também na escolha das categorias o critério da relevância implícita, que coloca em destaque um ponto falado, sem que necessariamente apresente certa repetição no material coletado, mas que na ótica do investigador se constitui em fala rica de conteúdo relacionado às hipóteses iniciais da investigação.

CAMPOS (2004) ressalta que "existe um ponto que pode causar, a primeira vista, polêmica no momento de agrupamento das unidades de análise que constituirão categorias, ou seja, fazê-lo por freqüenciamento ou quase-quantitativa (repetição de conteúdos comuns à maioria dos respondentes), ou por relevância implícita (tema importante que não se repete no relato de outros respondentes, mas que guarda em si, riqueza e relevância para o estudo)". O autor comenta que esta discussão faz parte do falso conflito entre pesquisadores qualitativistas e quantitativistas e que estas modalidades não são excludentes.

Algumas das categorias utilizadas neste trabalho foram estabelecidas a priori, como os sentimentos em relação à obesidade, aspectos relacionais familiares, profissionais e sociais e a experiência no grupo de obesos. As categorias que emergiram durante o trabalho de campo foram decorrentes da importância dos significados atribuídos pelos sujeitos a estes temas e que apareceram repetidamente em várias falas tais como: os sentimentos daqueles que emagreceram, a dificuldade para emagrecer e a discriminação.

3.4.4- Processo de validação dos dados pesquisados

As estratégias básicas de comprovação do rigor na pesquisa qualitativa, não diferem das regras utilizadas na pesquisa quantitativa que se caracterizam pelo cuidado e competência no uso da metodologia escolhida, seriedade no emprego das estratégias de coleta de dados, interpretação e comunicação (MAYS e POPE, 1995).

DENZIN e LINCOLN (1978) sugerem que existe validação na pesquisa qualitativa através da *credibilidade*, alcançada quando a descrição e interpretação são fiéis, de tal maneira que os sujeitos a ela submetidos possam reconhecer-se na pesquisa. A *adequação* ou *ajustabilidade* é obtida quando os achados da pesquisa ajustam-se ao

contexto fora da situação de estudo e são vistos como significativos e aplicáveis em termos de suas próprias experiências. A *verificabilidade* é encontrada quando outro pesquisador pode seguir claramente a "trilha de decisão" usada pelo pesquisador. Além disso, outro pesquisador, analisando os mesmos achados, poderia chegar a conclusões comparáveis ou iguais.

Para esta pesquisa nos valemos dos processos da validação interna e externa, preconizados por TURATO (2003) para a pesquisa qualitativa.

A validação interna envolveu o pesquisador e seu projeto de estudo, conferindo a ele o "atributo da verdade", de acordo com o seu conhecimento e adequação no desenvolvimento da metodologia e dos instrumentos da investigação. A experiência e o conhecimento do pesquisador no estudo da obesidade e especialmente com o grupo selecionado para a investigação, contribuiu para a adequação das técnicas e procedimentos. Este processo envolveu o estabelecimento de uma relação transferencial positiva com os sujeitos investigados no transcorrer da entrevista de pesquisa. A adequação do *setting* assim como do equipamento usado para gravação das falas conferiu maior consistência aos dados coletados.

A validação externa, relacionada à interação do autor com seus pares pesquisadores, consistiu no processo de discussão e considerações sobre os achados da investigação. Estes procedimentos envolveram a discussão dos dados apresentados em reuniões da equipe multidisciplinar de pesquisadores sobre a obesidade na adolescência e eventos e reuniões científicas relacionadas. A supervisão e discussão dos dados com o orientador e co-orientador da pesquisa foi procedimento importante na validação dos dados, da análise e da interpretação através do referencial teórico utilizado.

3.4.5- Apresentação dos dados

Os dados foram apresentados de forma descritiva, acrescentando o relato de trechos das falas dos entrevistados quando pertinente.

Na primeira parte, encontram-se a frequência dos dados de natureza demográfica, sociocultural e antropométricos, coletados a partir dos prontuários e das entrevistas, submetidos a análise estatística descritiva, com o objetivo de contextualizar o grupo estudado. Na segunda parte, foram descritas todas as entrevistas realizadas, acrescidas de informações da experiência em grupo, dados sobre IMC da época e atual, escolaridade e ocupação. Na terceira parte, foram apresentadas as categorias, com a análise e discussão a partir da interpretação das falas dos entrevistados, aliadas aos referenciais teóricos sobre: obesidade, desenvolvimento da criança e do adolescente e grupo operativo, contidos na parte introdutória deste trabalho.

4- RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1- Contexto social, cultural e físico da população estudada

A apresentação de dados quantitativos neste trabalho tem o objetivo de mostrar o conjunto de condições de natureza demográfica, sociocultural e antropométricas, que distinguiram a população estudada. Selecionamos aspectos da caracterização sócio-cultural, história atual da obesidade, prática de esportes e co-morbidades. Os dados colhidos nos prontuários e as frequências foram submetidos a análise estatística descritiva.

4.1.1- Caracterização sociocultural

A média de idade na população estudada foi de 21,2 anos, com a predominância de 16 sujeitos do sexo feminino, em 76,2% dos casos (Tabela 7).

Tabela 7- Distribuição absoluta (N) e percentual (%) dos componentes da amostra em função da idade e sexo.

Idade	Feminino	%	Masculino	%	Total	%
19	3	14,3	1	4,8	4	19
20	3	14,3	2	9,4	5	23,8
21	1	4,8			1	4,8
22	4	19	1	4,8	5	23,8
23	4	19	1	4,8	5	23,8
24	1	4,8			1	4,8
TOTAL	16	76,2%	5	23,8%	21	100

Quanto à escolaridade, houve uma predominância de formação no segundo grau, completo e incompleto. Apesar de a tabela sugerir que 33,4% estão com a formação incompleta, somente 14,3% dos sujeitos ainda está estudando (Tabela 8).

Tabela 8- Escolaridade

Grau de escolaridade	Frequência	%
Primeiro Incompleto	1	4,8
Segundo Incompleto	3	14,3
Segundo Completo	13	61,9
Terceiro Incompleto	3	14,3
Terceiro Completo	1	4,8
TOTAL	21	100

A maioria dos sujeitos são procedentes do município de Campinas. Os demais são de cidades próximas, inclusive do sul de Minas Gerais. Este fato se explica pelo fato de o HC ser um hospital de referência regional abrangendo extensa região geográfica (Tabela 9).

Tabela 9- Procedência

Município	Frequência	%
Campinas	9	42,8
Santa Bárbara D'Oeste	3	14,3
Sumaré	2	9,5
Limeira	2	9,5
Mogi Mirim	2	9,5
Americana	1	4,8
Araras	1	4,8
Caldas MG	1	4,8
TOTAL	21	100

Encontramos uma prevalência de 33,3% de sujeitos desempregados, dado que pode ser explicado pelo alto índice de desemprego na população jovem. Entre os empregados, apesar de a maioria desempenhar atividade formal, existem 19,1% exercendo ocupações informais (Tabela 10).

Tabela 10- Ocupação

Ocupação	Frequência	%
Desempregado	7	33,3
Estudante	3	14,3
Emprego Formal	7	33,3
Emprego Informal	4	19,1
TOTAL	21	100

4.1.2- História atual da obesidade

Mais da metade dos sujeitos deste estudo está obesa, conforme mostra a Tabela 11, sendo que 19% entre eles, podem ser considerados obesos mórbidos, com o IMC acima de 40.

Tabela 11- IMC atual

Situação da obesidade	IMC Atual	Frequência	%
Normal	24	2	9,5
Sobrepeso	25 a 29	6	28,7
Obesidade	30 a 39	9	42,8
Obesidade mórbida	Acima de 40	4	19
TOTAL		21	100

Observando a evolução do peso no intervalo entre o grupo e a data da entrevista, na Tabela 12, percebemos que mais da metade engordou no período. Na Tabela 13, verifica-se que somente um terço dos sujeitos segue algum tipo de dieta alimentar.

Tabela 12- Evolução do peso no intervalo entre o grupo e data da entrevista

Situação	Frequência	%
Emagreceu	7	33,3
Manteve o peso	3	14,3
Engordou	11	52,4
TOTAL	21	100

Tabela 13- Prática de dieta atual

Prática de dieta	Frequência	%
Sim	7	33,3
Não	11	52,4
S/informação	3	14,3
TOTAL	21	100

4.1.3- Prática de Esportes

Quase 62% dos entrevistados declararam praticar algum tipo de exercício, no entanto, estes são de natureza leve, como caminhadas, hidroginástica e prática de exercícios em casa, que exigem menor gasto calórico (Tabelas 14 e 15).

Tabela 14- Prática de esportes

Prática de esportes	Frequência	%
Sim	13	61,9
Não	8	38,1
TOTAL	21	100.0

Tabela 15- Esportes praticados

Esporte Praticado	Frequência	%
Caminhada	9	42,8%
Futebol	3	14,2%
Hidroginástica	2	9,5%
Exercícios em casa	1	4,8%
Frequente academia	1	4,8%
Karatê	1	4,8%

Nota: Porcentagem calculada sobre 21 entrevistas. Alguns entrevistados declararam praticar mais de um esporte.

4.1.4- Co-morbidades

Encontramos neste estudo alta prevalência de hipertensão e problemas ortopédicos especialmente à medida que o IMC apresenta-se mais elevado, evidenciando a obesidade como fator de risco para o aparecimento de doenças associadas (Tabela 16).

Tabela 16- IMC atual, hipertensão, problemas ortopédicos e menstruais

IMC ATUAL	Hipertensão	Problemas Ortopédicos	Problemas Menstruais
24	1	1	
28		1	
29	1	1	1
31	1	1	
33			1
35	1	1	
36	1	2	1
37	1	1	1
40	1	1	1
46	1	1	
54	1	1	
TOTAL	9	11	5
%	42,8%	52,3%	23,8%

4.2- Breve descrição das entrevistas: história de vida relacionada à obesidade atual e inserção nos grupos de adolescentes obesos.

Nesta parte do estudo, descrevemos todas as entrevistas realizadas, acrescidas de informações da experiência em grupo, dados sobre IMC da época e atual, escolaridade e ocupação. Este material constitui-se de uma representação do *corpus* estudado na fase de análise dos dados de forma compreensiva. É um recorte dos aspectos significativos e sugestivos que possibilitará ao leitor desta dissertação conhecer a história das pessoas entrevistadas. Os fragmentos de falas, ou unidades de análise temática apresentados, foram

transcritos com algumas correções para possibilitar melhor compreensão sem comprometer a essência do conteúdo e do significado. Todo este processo foi examinado pela co-orientadora do mestrado que reconheceu nos resumos as entrevistas originais, configurando validação a esta forma de apresentação de dados. Os nomes aqui citados são fictícios para preservar a identidade dos sujeitos.

Nº 1- Entrevista com Amanda

	Início do grupo	Final do grupo	Intervalo Grupo/ data atual
Data	Jul/93	Jul/94	8 anos
Idade	13 anos	14 anos	22 anos
IMC	29 kg/m ²	28 kg/m ²	40 kg/m ²
Escolaridade atual: 2º Grau completo		Ocupação atual: Técnica de enfermagem	

Pais separados, mora em Campinas com a mãe e irmão mais velho. O irmão é deficiente mental. Tem bom relacionamento familiar, é afetiva e carinhosa com o irmão. A mãe e irmão apresentam sobrepeso e sua avó também é obesa.

Amanda participou do grupo 3, com mais 10 integrantes. Era bastante comunicativa e alegre. Costumava ser o porta-voz do grupo, mas ocasionalmente levava o grupo a permanecer em pré-tarefa, era ansiosa e se destacava dos demais participantes.

Gostava muito de dançar, praticava capoeira e conseguiu emagrecer na época. Lembra que discutíamos no grupo sobre o excesso de peso e os problemas de saúde relacionados. Se sentia mais motivada para emagrecer com a participação em grupo.

Namora há cerca de 3 anos, seu namorado é magro. Continua alegre e ainda gosta de dançar, mas refere que o excesso de trabalho não lhe deixa tempo para praticar

exercícios físicos ou fazer refeições saudáveis. Engordou muito, come muito lanche, salgadinhos e pouca fruta. Não gosta de verduras.

... à noite não consigo comer... Prefiro tomar um copo de leite e um lanchinho. O problema é o lanchinho...

A mãe faz dieta alimentar e a Amanda comenta:

Ela está de dieta e você precisa ver a dieta dela. Me dá desespero. Quando abro a geladeira aquela verdura... Ela mudou tudo as compras de casa. Inclusive para o meu irmão. Ela só come salada. Aquela bacia de salada eu não como. Ela gosta, eu não...

Comenta que quer emagrecer mas nunca está motivada, sabe que precisa mas não consegue aderir à dieta e exercícios. Seu plano para vencer a obesidade é procurar uma clínica de estética e iniciar um programa para emagrecer. Sofreu uma fratura após queda que associa ao fato de estar gorda. Gosta do seu trabalho e pretende cursar a faculdade de enfermagem.

Nº 2- Entrevista com Adriano

	Início do grupo	Final do grupo	Intervalo Grupo/data atual
Data	Set/95	Jun/96	6 anos
Idade	13 anos	14 anos	20 anos
IMC	32 kg/m ²	33 kg/m ²	40 kg/m ²
Escolaridade atual: 1º Grau incompleto		Ocupação atual: Entregador de pizza e operador de lava jato	

Adriano mora com os pais e um irmão mais velho em Sumaré. Seus pais, irmão e avós são obesos. Relaciona-se bem com os pais mas não conversa com o irmão há algum tempo. Seu irmão é cerca de 7 anos mais velho, muito fechado, não tem amigos e brigava muito com ele.

Adriano participou do grupo nº 5, em 1995 com mais 7 participantes. Era quieto no grupo e apresentava pouca comunicação verbal. Imaturo, tinha dificuldade para seguir as orientações. Não se lembra da sua participação no tratamento médico bem como nas reuniões de grupo da época. Admite que não seguia as orientações e não fazia dieta.

Nunca teve namorada, mas diz ter bastante amigos, com quem se reúne frequentemente e fazem churrasco.

Está bastante obeso. Seu peso foi estimado em 160 quilos porque a balança do CIPED não vai além desta marca. Não consegue fazer dieta, gosta de refrigerante, pizza e salgadinhos. Não pratica esportes, antigamente usava bicicleta para se locomover, agora anda de motocicleta. Não se importa muito em emagrecer e pensa em fazer cirurgia do estômago.

Fez curso para empilhadeira e não consegue emprego. Refere que todos os seus colegas que fizeram o curso já estão empregados. Sente-se discriminado por ser obeso e não se sente uma pessoa normal.

Eu não queria perder peso e ficar magro, entendeu... eu queria tipo só chegar numa loja assim e: "quero comprar essa calça que sirva em mim e eu quero comprar essa roupa porque eu acho bonita..." e mais... ser uma pessoa normal.

Apresenta hipertensão arterial, co-morbidade associada à obesidade.

Adriano não tem planos claros para o futuro, aparenta certa displicência quanto a relacionamentos, formação profissional ou cuidados de saúde.

Nº 3- Entrevista com Caique

	Início do grupo	Final do grupo	Intervalo Grupo/data atual
Data	Jun/94	Abr/95	7 anos
Idade	12 anos	13 anos	20 anos
IMC	27 kg/m ²	27 kg/m ²	35 kg/m ²
Escolaridade atual: 2º Grau completo		Ocupação atual: Ajudante de funilaria	

A família mora em Campinas, composta de pai, mãe e irmão mais jovem. Seu pai, irmão e avós são obesos. Refere relacionar-se bem com a família. Atualmente é ajudante na funilaria de seu pai, não gosta muito da função, ressentido o esforço físico, discute muito com ele e sente-se cobrado para conseguir emprego registrado em outro local.

Participou do grupo nº 4 com mais 7 integrantes. Sua participação no grupo era marcada por atuações com comunicações paralelas e brincadeiras, levando o grupo a permanecer em pré-tarefa em várias ocasiões.

Durante o grupo seu peso permaneceu estável, mas agora está mais obeso. Queixa-se que já tentou fazer dieta, mas fica desencorajado porque seu pai e irmão não colaboram.

Lá em casa não ajuda, porque quando estou fazendo regime, meu pai meu irmão não estão... aí, sabe né, lanchinho de tarde, presunto, queijo, pão, um litro de coca gelada... fica na oficina, lá, cansado, daí fica com fome de tarde, aí todo mundo comendo, você fica lá, assim, ah, meu Deus, não vê a hora de acabar prá... (comer)

Sente vergonha por estar obeso, diz não freqüentar o clube do qual é sócio por este motivo e conseqüentemente não pratica esportes. Também não namora porque não se acha atraente.

Até que com os amigos eu saio, sim, ...é que na hora de namorar esta coisa está complicado é porque você fica com vergonha então que tá danado sabe... é gordo e tal você fica apreensivo, então não se solta, às vezes até está para dar certo, mas na sua cabeça não vai dá certo, sabe, ..não dá não, puta gordo, nossa,... e não chega perto...

Tem problemas ortopédicos relacionados à obesidade, refere dores nas costas por escoliose.

Caique demonstra certa insegurança em relação ao seu futuro, tem medo de largar o trabalho com seu pai e depois ficar desempregado, não se decidiu se continua a estudar, quer emagrecer mas tem pouco estímulo.

Nº 4- Entrevista com Eriane

	Início do grupo	Final do grupo	Intervalo Grupo/data atual
Data	Out/94	Abr/95	7 anos
Idade	11 anos	12 anos	19 anos
IMC	29 kg/m ²	28 kg/m ²	24 kg/m ²
Escolaridade atual: 2º Grau completo		Ocupação atual: Desempregada	

A mãe da Eriane faleceu quando ela tinha 9 anos e seu irmão 7 anos. Seu pai casou-se novamente três anos depois. Eriane e o irmão passaram a morar com o pai, a madrasta e sua filha. O relacionamento dela com a madrasta deteriorou-se à medida que a Eriane entrou na adolescência. Após brigas constantes com a madrasta, ela foi morar próximo à sua avó paterna, dividindo uma casa com seu primo. Conseguiu manter bom relacionamento com o pai e conversa diariamente com ele. Até recentemente trabalhava na mesma firma junto com ele, mas a firma perdeu produção e ela foi dispensada. No entanto, ela ainda sofre a separação da família.

Um dia, ela (a madrasta) falou: se você não melhorar você vai embora prá sua avó, não quero você comigo... aí eu fiquei na minha... aí comecei com problema de pressão, já comecei a ficar nervosa, aí foi até que um dia ela chegou assim: você vai embora... e eu fui embora...

...meu pai não tem boca prá nada... ele não consegue reagir com ela, não sei se tem medo, ele não consegue... e todas as coisas que acontece é comigo e com o meu irmão... só eu e meu irmão que somos errados, sabe e eu tomo as dores, eu também sou igual a meu pai, não tenho boca prá nada...

Eriane participou do grupo de adolescentes obesos nº 4, e vinha acompanhada de seu pai. Era quieta e quase não falava, sua comunicação era não verbal, através de gestos, olhares e atitudes pessoais. Notava-se que gostava de estar no grupo, tanto que nas últimas reuniões passou a usar batom e vir mais bem arrumada.

Eriane emagreceu, mas não está satisfeita com seu peso e ainda se sente obesa. Seu pai é obeso assim como suas avós.

Eu estou me achando gorda, eu olho para o espelho e já me acho gorda e daí eu já paro de comer... aí não como, não me dá fome, eu ponho na minha cabeça e não sinto fome...

Refere ter seguido a dieta que usávamos no grupo, aprendeu a se reeducar e comer menos. Quando era mais nova, estava gorda, se isolava e não conversava com ninguém. À medida que foi tendo mais confiança, passou a se soltar e conversar com as pessoas o que ajudou na manutenção da dieta. Queixa-se que não tem bons hábitos alimentares, sente fraqueza e está com oscilação da pressão arterial. Tem problema na perna, de natureza ortopédica, o que a impede de permanecer em pé por muito tempo.

Tem bom relacionamento com os rapazes, já namorou, e está saindo com outro agora. Está fazendo curso de secretariado mas no futuro pretende cursar enfermagem.

Nº 5- Entrevista com Fabio

	Início do grupo	Final do grupo	Intervalo Grupo/data atual
Data	Fev/94	Abr/95	7 anos
Idade	15 anos	16 anos	23 anos
IMC	30 kg/m ²	31 kg/m ²	27 kg/m ²
Escolaridade atual: 3º Grau incompleto		Ocupação atual: Serviços gerais em laticínio	

Vive com os pais e a irmã em Caldas, Minas Gerais. Relaciona-se bem com a família. Sua mãe, irmã, tios e avós maternos são obesos.

Participou do grupo nº3. Participava ativamente do grupo, com comunicação fluída e pertinente. No entanto, não lembrava de sua participação, mas das orientações nutricionais que refere ter posto em prática no ano passado, quando perdeu 30 quilos.

Refere que era usuário de drogas, e a obesidade não interferia nos seus relacionamentos porque se impunha através do poder que o vício lhe conferia. Foi estimulado a mudar seu estilo de vida. Largou as drogas pelo incentivo da namorada, influência de professores quando entrou para faculdade e religião. Fabio emagreceu, desenvolveu musculatura torácica a partir de exercícios físicos e do tipo de trabalho que exerce em um laticínio. Diz que se alimenta em horários certos, aprendeu a comer verduras, e prepara ele mesmo seu almoço para levar para o trabalho. Refere ter se lembrado das orientações que recebeu no tratamento realizado aqui.

Foi de grande ajuda agora, toda a minha vida eu sabia, porque sempre que vou comer alguma coisa, eu sabia o que era certo e o que era errado, e o exercício físico, eu sabia que era certo que era errado... eu aprendi a teoria, só a prática que atrasou um pouco...

Sente-se bem estando magro, mais atraente, e o relacionamento familiar, que estava deteriorado, voltou a ser gratificante. Quer emagrecer mais 3 quilos e seu plano de vida é mudar de curso, quer estudar arquitetura.

Nº 6- Entrevista com Fernanda

	Início do grupo	Final do grupo	Intervalo Grupo/data atual
Data	Out/93	Abr/94	8 anos
Idade	13 anos	14 anos	22 anos
IMC	33 kg/m ²	33 kg/m ²	32 kg/m ²
Escolaridade atual: 2º Grau completo		Ocupação atual: Desempregada	

Mora com os pais e irmão mais novo em Limeira. Refere ser obesa desde pequena, assim como sua avó.

Participou do grupo nº 3, era quieta, acompanhava as dinâmicas mas verbalizava pouco seus sentimentos. Declarou ser tranquila numa atividade do grupo, espelhando a maneira de como participava.

Recorda-se pouco de sua participação nos grupos. Disse que lembra sobre comer mais verduras e legumes, mas que até hoje não gosta. Fez muitos regimes depois do tratamento no HC, mas voltou a engordar.

Eu tava fazendo, (regime) há uns 3 meses atrás, com um médico, que me deu uma fórmula, emagreci acho que 12 quilos... mas daí eu parei de tomar remédio... parei tudo, entendeu,... tinha que fazer acompanhamento e eu não fiz e engordei de novo os 12 quilos, engordei tudo de novo.

Refere ter dificuldade de se manter magra porque não consegue restringir a alimentação, e verbaliza a voracidade que sente:

Acho que eu não tenho essa de acostumar a comer menos... tudo eu quero é comer de bastante... todo mundo fala que tem alguma coisa que avisa a cabeça... acho que a minha não avisa quando está satisfeita ... minha cabeça não avisa o estômago... eu só vou comendo... Assim, se eu paro de almoçar eu quero um doce. Meu namorado é que fala: Ou eu estou comendo ou estou pensando no que vou comer...

Namora há dois anos e seu namorado é gordo e hipertenso. Gostaria de emagrecer mas a dieta a desanima, não faz exercícios físicos, apesar de já ter tentado. Está procurando emprego. Trabalhava em uma drogaria e tem planos de estudar farmácia.

Nº 7- Entrevista com Helena

	Início do grupo	Final do grupo	Intervalo Grupo/data atual
Data	Abr/96	Fev/97	5 anos
Idade	13 anos	14 anos	19 anos
IMC	29 kg/m ²	24 kg/m ²	28 kg/m ²
Escolaridade atual: 2º Grau completo		Ocupação atual: Desempregada	

Helena mora em Americana com os pais e duas irmãs. Refere não ter pessoas obesas na família. Está grávida e seu namorado está indeciso quanto a assumir o bebê. Seus pais estão lhe dando apoio, procuram defender o interesse da filha e criticam a posição do namorado. Ela fica dividida entre os pais e o namorado, de quem gosta e espera que volte.

Participou do grupo nº 6 e se comunicava bastante no grupo. Frequentemente se colocava como porta voz do grupo, demonstrava amadurecimento, quase nunca atuava, e convocava o grupo para a tarefa. Diz lembrar-se das atividades do grupo e foi a única a mencionar as orientações sobre sexualidade, apesar de estar grávida:

Lembro as orientações nutricionais, lembro também das orientações em termos da sexualidade, a forma de a gente estar se formando se orientando, no psicológico, aquilo que a gente sonhava se tornar, e fazer, aquilo que a gente tinha dificuldade de fazer também.

Conseguiu emagrecer e sentia-se bem antes da gravidez. Faltavam dois quilos para chegar a seu peso ideal quando engravidou. Agora pretende dedicar-se à maternidade e seus planos em relação à obesidade são para depois que o bebê nascer.

Nº 8- Entrevista com Daniela

	Início do grupo	Final do grupo	Intervalo Grupo/data atual
Data	Jan/99	Abr/00	2 anos
Idade	20 anos	21 anos	23 anos
IMC	34 kg/m ²	33 kg/m ²	31 kg/m ²
Escolaridade atual: 2º Grau completo		Ocupação atual: Secretária de escola	

Daniela mora em Campinas com os irmãos mais novos. Perdeu a mãe recentemente e seu pai casou-se novamente logo depois. O pai deixou a casa e a pensão da mãe para os filhos e mora em dois cômodos de fundos. Daniela mantém relacionamento

distante com a madrastra mas conversa freqüentemente com o pai. Assumiu o papel de mãe e toma conta dos irmãos.

Participou do grupo nº 8, com mais 7 integrantes. Veio como acompanhante de seus irmãos Rodrigo e Eduardo e acabou fazendo parte do grupo. Na época sua mãe já se encontrava doente. Era mais velha do que os outros integrantes e participava com discrição, tolerando as atuações que ocorriam no grupo. Falava pouco, mas sempre colocava sua opinião. Permanecia como observadora em várias ocasiões.

Refere que no grupo aprendeu a cozinhar com menos gordura, a comer mais verduras, contribuindo para a reeducação alimentar. Ela tinha pressão alta e aumentou a atividade física, faz caminhada e exercícios dentro de casa.

A comida a gente faz diferente, coloca menos óleo... carne, evitar gorda... salada, frutas a gente tinha costume... mas a mãe fazia salada de alface e colocava um monte de óleo.. até na carne de panela colocava aquelas lingüiças... deu resultado na saúde, eu que tinha pressão alta, bem alta, regularizou...perdi peso também, e era pela gordura, obesidade...sal a gente reduziu... então foi bastante válido. Lá em casa mudou muita coisa, todo mundo, até meu pai emagreceu (ri) verdade, foi nos seguindo e emagreceu também...

Relaciona-se com rapazes mas nunca namorou. Freqüenta igreja evangélica, e canta no *louvor* com seu irmão e mais dois integrantes.

Nº 9- Entrevista com Isabel

	Início do grupo	Final do grupo	Intervalo Grupo/data atual
Data	Jan/96	Dez/96	6 anos
Idade	13 anos	14 anos	20 anos
IMC	26 kg/m ²	26 kg/m ²	36 kg/m ²
Escolaridade atual: 2º Grau incompleto		Ocupação atual: Estudante	

Isabel vive com seus pais e irmão mais velho em Santa Bárbara do Oeste. A família tem bom relacionamento. Sua mãe era obesa e fez cirurgia do estômago há um ano. Emagreceu bastante e acompanhava a filha no dia da entrevista.

A Isabel participou do grupo nº 5 com mais 7 adolescentes. Falava pouco no grupo mas cooperava com a tarefa. Era ansiosa e demonstrava quando participava das dinâmicas de grupo. Apresentava sobrepeso na época de sua participação, enquanto que a maioria do grupo era de adolescentes obesos. Comenta sobre o grupo:

Nas reuniões eles perguntavam se tinha emagrecido, sobre a dieta, praticava exercício, a família também, porque teve reunião com a psicóloga. No grupo cada um esclarecia seu problema. Um dava força para o outro, todo mundo falava do seu problema e eu via que o meu era menor do que os outros ainda e dava mais força...

Ela engordou muito no intervalo entre sua participação no grupo e a entrevista para a pesquisa. Queixa-se que não consegue emagrecer apesar de dietas e exercícios, pois é muito ansiosa. Tentou várias dietas sem medicamentos mas engorda novamente. Refere que o atendimento psicológico a ajudou bastante a vencer a discriminação. Tem pressão alta e problema ortopédico no pé.

Está terminando curso técnico de enfermagem e seu plano para o futuro em relação à obesidade é realizar a cirurgia de redução de estômago.

Nº 10- Entrevista com Katia

	Início do grupo	Final do grupo	Intervalo Grupo/data atual
Data	Nov/93	Set/94	8 anos
Idade	11 anos	12 anos	20 anos
IMC	24 kg/m ²	24 kg/m ²	34 kg/m ²
Escolaridade atual: 2º Grau completo		Ocupação atual: Desempregada	

Katia mora em Mogi Mirim com os pais e duas irmãs mais velhas. Seus pais, primos e tios são obesos. Mantém bom relacionamento familiar. Conversa mais com a mãe pois caminham juntas todos os dias pela manhã.

Participou do grupo de obesos nº 3, com mais 10 integrantes. Não era obesa, foi trazida para tratamento pela mãe por causa da predominância da obesidade na família. Katia sentia-se obesa no grupo, tanto que na sua avaliação final tinha como meta chegar ao peso ideal. Comunicava-se bem com os companheiros do grupo, participava das atividades, mantinha seu recordatório alimentar e comentou na entrevista sobre ele:

Eu lembro que a gente fazia bastante atividade, tudo o que gente comia, marcava no papel e depois trazia... às vezes a gente não marcava no papel, (ri) escapava um pouco assim...

Katia engordou bastante no intervalo entre o grupo e a entrevista. Fez vários regimes, depois do tratamento no HC, mas com poucos resultados e associa ao fato de ser muito ansiosa e nervosa. Nunca namorou, está desempregada, quase não sai de casa e acha que a obesidade tem a ver com tudo que ocorre em sua vida:

Minha mãe fala que eu não me aceito, então eu acho que ninguém vai me aceitar... por isso minha mãe e meu pai me incentivam muito prá mim emagrecer, porque eu centralizei tudo no meu peso, então tudo que não dá certo prá mim é por causa do meu peso... eu não me aceito, então eu acho que é por isso que eu tenho de me empenhar e tenho que mudar.

Iniciou recentemente nova dieta sob orientação médica, em sua cidade e parece empenhada em emagrecer. Refere que o medicamento que está tomando é para controlar sua ansiedade. Sua meta é conseguir um emprego e emagrecer.

Nº 11- Entrevista com Lili

	Início do grupo	Final do grupo	Intervalo Grupo/data atual
Data	Nov/94	Abrt/95	7 anos
Idade	15 anos	16 anos	23 anos
IMC	38 kg/m ²	41 kg/m ²	38 kg/m ²
Escolaridade atual: 2º Grau completo		Ocupação atual: Operadora de telefone	

Mora com os pais e irmão mais velho em Campinas. Seu pai, irmão e avós são obesos. O relacionamento familiar é conturbado. Mãe e filha se desentendem com facilidade. Lili ressentida a ingerência de seus pais que se traduz na dificuldade de manter diálogo:

A minha mãe para mim é a pessoa mais importante que eu tenho, só que as vezes que a gente se vê, a gente briga, é difícil a gente ficar assim, na boa, ou ela implica com alguma coisa que eu vou fazer, ou é porque eu vou sair, porque não dou atenção para ela, porque eu não fico com ela, e aí eu não gosto porque ela fica falando sabe, é difícil às vezes, até assunto... a gente não tem..

Já tentou sair de casa em duas ocasiões mas foi convencida pela mãe a ficar. Ressentida as críticas do pai que implica com ela:

Meu pai, não fala muito, mas às vezes que ele fala... é porque eu não posso ficar em casa, o problema deles é eu sair... eu gosto de sair. Meu pai implica também com a minha comida, ele toma conta do meu prato... ele fala assim, "nossa outro dia você estava comendo bem menos.. o que aconteceu que hoje está comendo mais?... amanhã, ou depois, você vai comer mais ainda, então vai engordar tudo de novo"...

A primeira participação da Lili foi no grupo nº 4. Ela engordou durante o atendimento. Era retraída e se comunicava quando solicitada a falar. Sofria discriminação, não gostava de seu corpo, e referiu durante uma dinâmica que não gostava de sair em fotos, preferindo escondê-las. Era ansiosa e comia compulsivamente. Recordava-se das reuniões do grupo, da equipe médica, das orientações nutricionais, e da educação física. Lembra que era imatura na época e tinha dificuldade para aderir ao tratamento.

Foi encaminhada para tratamento psicológico e comparecia regularmente aos grupos e no Ambulatório de Obesidade na Adolescência. Conseguiu emagrecer 30 quilos em uma ocasião, mas recuperou tudo novamente. Desenvolveu bom relacionamento com a equipe que tem acompanhado sua evolução.

Namorou uma vez, mas não gostava de ficar presa. Refere ter muitos amigos e sai bastante, provavelmente para evitar confronto familiar. Tentou ir morar no Estados Unidos em uma ocasião mas não conseguiu visto. Vai tentar novamente, porque quer ganhar dinheiro para realizar seu sonho de cursar psicologia.

Nº 12- Entrevista com Liria

	Início do grupo	Final do grupo	Intervalo Grupo/data atual
Data	Set/95	Fev/96	6 anos
Idade	13 anos	14 anos	20 anos
IMC	36 kg/m ²	35 kg/m ²	28 kg/m ²
Escolaridade atual: 3º Grau incompleto		Ocupação atual: Garçonete	

Mora com os pais e irmã em Campinas. Seus pais são magros mas suas tias maternas são obesas. Refere relacionamento de amiga com a mãe e passa as manhãs em sua companhia. Fala do pai como se fosse uma criança que precisa de cuidados e que exige tolerância por parte da família.

Meu pai é o menino de casa, ele é molecão, terrível. Ele passa o dia fora, trabalha no Ceasa, quando ele chega em casa ele está animado ainda, ...sabe, esquece de tomar banho aquelas coisa, então a gente tem que ficar mandando ele é molecão, é mais assim que a gente tem que cuidar senão desanda, ele é muito menino assim de casa. Mas eu me dou bem com ele.

Participou do grupo nº 5, com mais 7 integrantes. Era bastante obesa na época, retraída, verbalizava pouco. Durante as dinâmicas mostrava-se ansiosa e sentia-se impaciente com os companheiros. Às vezes assumia o papel de bode expiatório. Em sua avaliação final expressa uma atitude de fuga com o desejo de emagrecer e viajar para longe.

Na entrevista atual refere ter sofrido discriminação quando era gorda:

Lembro como se fosse ontem, eu fazia educação física, então me pesava e eu cheguei a ter 103 quilos... e isso na frente de todo mundo é vergonhoso, então eu me vejo e ainda () era baixinha, depois eu cresci e meu Deus (com ar de preocupação) nunca me preocupei... não tinha roupa para sair eu só usava bermudão, roupa masculina... então eu vejo fotos minhas de antes... nossa!

Liria emagreceu, não foi para longe mas continua com vontade de viajar e está terminando curso técnico de hotelaria e turismo. Durante aula do curso viu a pirâmide de alimentos e lembrou o que havia aprendido nas atividades do grupo de obesos.

Lembra-se também das orientações nutricionais, de ter medido a prega cutânea e da equipe de saúde. Conseguiu emagrecer sozinha com dieta de baixa caloria.

Nunca fui de fazer exercício... gosto mais de andar, fazer caminhada, aquelas coisas mais leves que dá para distrair um pouco. Mudei bastante os meus hábitos alimentares. Não vou dizer que eu parei com doces e parei com fritura mas eu tenho noção agora de como comer e quando comer. Eu posso dizer que tenho consciência.

Nunca namorou, se considera rígida nas escolhas, é muito ansiosa ainda, tem medo de fazer escolhas e de errar. Manifestou os seguintes sentimentos quanto a relacionamentos:

Sou meio muito pé atrás nessas coisas... eu não sei confiar totalmente... então eu vejo muito os dois lados da situação, do mesmo jeito que eu vejo que casamento é união, filhos.. eu quero muito ter isso, mas eu tenho medo de não dar certo... se tá demorando é porque vai vim um só e vai ser só ele...

Toda vez que vou tomar uma decisão eu penso, penso, penso então na hora de pensar muito acabo desistindo e perco alguma coisa sabe .. então não sei, às vezes isso é bom, às vezes isso é ruim, é complicado....

Quer retomar os estudos e pensa em cursar gastronomia ou nutrição. Refere estar buscando emprego com melhor remuneração para custear os estudos.

Nº 13- Entrevista com Laura

	Início do grupo	Final do grupo	Intervalo Grupo/data atual
Data	Mar/92	Out/92	10 anos
Idade	11 anos	12 anos	23 anos
IMC	26 kg/m ²	25 kg/m ²	29 kg/m ²
Escolaridade atual: 3º Grau completo		Ocupação atual: Desempregada	

Laura mora na casa da avó materna em Campinas. Moram na mesma casa sua tia e dois primos. Ela mantém relacionamento frio e distante com os parentes. Seus pais e irmãos mudaram-se para Piracicaba e ela permaneceu com a avó para estudar. Sua mãe e avós maternos são obesos.

Participou do primeiro grupo de adolescentes obesos. Apresentou boa interação e pertença apesar de ser uma das participantes mais jovens. Comunicava-se bem e às vezes era porta voz do grupo. Lembra da equipe interdisciplinar e das reuniões:

Foi muito legal deu para ter consciência do que se comia, deu para ver o hábito que a gente tem todo errado. As pessoas com o mesmo objetivo é uma motivação. Mas acho que a gente se conscientizar foi importante, a gente tem que ter consciência para querer mudar.

Refere ter abandonado a educação alimentar que aprendera no grupo após algum tempo e passou a tomar medicamentos para emagrecer. Queixa-se de ser muito ansiosa e queria resultados rápidos.

Não sei acho que é psicológico. Tinha muito mais pressão, faculdade, ansiedade... apenas não consegui trabalhar com ela. Com o remédio sim, dava apoio temporário, eu parei de tomar remédio e a ansiedade tá aqui. A dificuldade foi lidar com minhas ansiedades.

Conseguiu realizar seu sonho de cursar arquitetura. Foi da comissão de formatura e fez a homenagem para os pais e eles ficaram muito orgulhosos dela. Ainda não conseguiu emprego, sente-se pressionada, sua ansiedade aumenta e passa a comer mais. Refere ter engordado 6 quilos desde sua formatura há seis meses.

Sabe o que entra em mim e não tem nem fundamento, que ai meu deus, não vai dar certo isto, não vai dar certo aquilo e então tenho de sofrer duas vezes...não estou conseguindo trabalhar com isto. Então ai eu como tudo errado. Eu gosto de me alimentar bem. Quando eu estou inspirada eu como tudo saudável mas quando estou na pior eu como tudo errado, lanche...

Está namorando há 3 anos, ele é gordo, porém está pensando em terminar o namoro. Sente falta da família, do carinho e suporte dos pais.

Nº 14- Entrevista com Maria

	Início do grupo	Final do grupo	Intervalo Grupo/data atual
Data	Jul/93	Mar/94	8 anos
Idade	16 anos	17 anos	24 anos
IMC	36 kg/m ²	35 kg/m ²	40 kg/m ²
Escolaridade atual: 2º Grau completo		Ocupação atual: Empregada Doméstica	

Maria mora com os pais e três irmãos em Mogi Mirim. A mãe e os irmãos são obesos. Mantém um relacionamento de dependência com a família. Assume muitas tarefas de sua mãe, especialmente em relação ao irmão mais novo.

O pequeno também estava fazendo tratamento... aí eu falei para a médica: "libera ele porque não aguento mais..." a gente não dava comida para ele e ele comia na escola... pedimos para escola não dar, mas não adianta, eles dão... ele vai lá e pega... ele tem 9 anos e está com 72 quilos.

Participou do grupo nº 2 com mais 6 integrantes. Era tensa nas reuniões, pouco desembaraçada e sempre achava que tudo iria dar errado. Em uma reunião comentou que se achava a mais *burra* do grupo. O grupo facilitou sua integração e ela aderiu ao programa faltando poucas vezes.

Tem poucas lembranças do grupo, comenta das orientações sobre a dieta, diminuir a quantidade de alimentos e comer menos pão.

É hipertensa, mas esquece de tomar remédio, queixa-se que não tem tempo porque é muito ocupada com o trabalho, a família e a escola. Continua obesa, tem dificuldade de seguir dieta mas gosta de exercício físico. Ingressou em uma academia de ginástica ajudada pelos irmãos, já conseguiu emagrecer 6 quilos porém está sofrendo discriminação:

É porque o dia que eu comecei, o instrutor deu uma olhadinha assim e não quis pegar, aí fiquei uma meia hora, encostada esperando. A bicicleta estava com problema e ele (o instrutor) pegou e jogou longe, mais gente viu, só que eu fiquei quieta assim. Meu irmão xingou, ficou bravo e falou para eles: "Vocês estão tirando sarro? aquela moça ali é minha irmã, e ela está aqui para melhorar, e também está pagando...vocês não sabem que discriminação é crime, não?"

Eu falei para esse que agora é meu instrutor: "eu vou mostrar para ele que tenho condições também" porque eu ia sair, mas aí, falam: "tã vendo desistiu" aí eu continuei, mas foi duro. Também não dei muita importância para isso, que eles estão do lado deles lá, no lugar deles, eu fico no meu lá...

Nunca namorou, sua melhor amiga é casada e não tem com quem sair para lazer.

Se vou atrás do meu irmão de 18 anos para sair, ele fala: "é, já passou da hora, você já tem 24 anos, agora se vira". Minha mãe fala assim: "Agora você vai casar" eu não caso nada, vou ficar lá, para encher o saco. (da família)

Maria se apresenta quase da mesma forma quando vinha ao HC há 8 anos. Conformada com sua situação, sem muitas forças para mudança, especialmente quanto à restrição alimentar. Se submete a exercícios físicos mas não à dieta. Parece isolada. Se limita à família e ao emprego. A academia parece um avanço especialmente considerando que sofre discriminação.

Nº 15- Entrevista com Marcelo

	Início do grupo	Final do grupo	Intervalo Grupo/data atual
Data	Abr/97	Dez/97	5 anos
Idade	17 anos	18 anos	22 anos
IMC	30 kg/m ²	28 kg/m ²	36 kg/m ²
Escolaridade atual: 2o Grau completo		Ocupação atual: Desempregado	

Mora com os pais e dois irmãos em Campinas. Sua mãe e irmão são obesos. Tem bom relacionamento familiar. Marcelo foi encaminhado para o Ambulatório de Obesidade na Adolescência pelo serviço de Ortopedia. Sofria de problema ortopédico no quadril e precisava emagrecer, também apresentava dificuldade de aprendizagem. Realizou cirurgia para correção do fêmur há 6 meses e ainda caminha com certa dificuldade. A cirurgia complicou, teve infecção, ficou muito tempo sem poder andar e engordou muito, cerca de 30 quilos. Teve restrição para fazer exercícios físicos e só foi liberado recentemente.

Participou do Grupo nº 7, com mais 8 adolescentes obesos. Marcelo tinha dificuldade para falar, sua comunicação era não verbal, através de gestos e sorria com frequência. Tinha pouca iniciativa mas acompanhava as atividades e se integrou bem ao grupo. Apesar de estar mais amadurecido ainda atropela as palavras quando fala e tem certa dificuldade de se expressar. Refere que no grupo ele teve a oportunidade de falar e tirar dúvidas.

Trabalhar em grupo é enturmar, falar a respeito de discriminação. Quando está seguindo as regras da receita que passa... cada um tem o seu jeito e um tira a dívida do outro...

Lembra pouco das atividades que realizou no grupo, mencionou a dieta que não seguia:

Lembro da alimentação, mas não consegui (seguir) ao pé da letra porque tive a cirurgia.

Evita falar sobre relacionamentos com garotas e menciona que namorou uma vez. Realizou curso técnico de segundo grau em informática. Fez entrevistas para emprego e está aguardando resposta. Parece confiante e está animado com a perspectiva de trabalho. Gostaria de cursar Ciências da Computação mas refere não ter condições financeiras.

Nº 16- Entrevista com Paula

	Início do grupo	Final do grupo	Intervalo Grupo/data atual
Data	Mar/92	Out/92	10 anos
Idade	11 anos	12 anos	22 anos
IMC	39 kg/m ²	36 kg/m ²	54 kg/m ²
Escolaridade atual: 2o Grau incompleto		Ocupação atual: Estudante	

Paula mora com os pais e duas irmãs em Araras. Refere que eles são magros mas sua avó paterna é obesa. Desde pequena é obesa e foi trazida para tratamento de obesidade pela avó. Fala sobre o tratamento:

...Era vontade da minha avó, e até hoje é vontade dela.

Participou do primeiro grupo de adolescentes obesos com mais 8 participantes. Verbalizava pouco, retraída, deixava que os outros falassem por ela. Quase não atuava e participava das atividades, acompanhando os outros integrantes.

Durante a entrevista, ria muito de maneira nervosa, especialmente quando se tocava no assunto obesidade e sua incapacidade de emagrecer. Ela está bastante obesa, coloca que fez vários regimes, sempre por conta própria mas afirma que não consegue emagrecer. Faz caminhada todos os dias e não belisca entre as refeições. É hipertensa. Não pensa em fazer cirurgia do estômago, contou que sua melhor amiga fez a cirurgia, passou muito mal e agora não pode comer carne. Quando falo que deve ser difícil para ela deixar de comer carne, fala:

Tem vezes até que eu abro mão. Sábado mesmo era para mim ter ido no churrasco e eu não fui para ir no baile.

Refere sair muito com suas amigas e gosta de baile e forró. Está namorando há dois meses, já teve outros namorados.

Seus planos após terminar o colegial é fazer curso de enfermagem. Durante anos tem sido a cuidadora de pessoas idosas de sua família.

Meu bisavô ficou doente, aí ele morreu e comecei a cuidar da minha bisavó. Fui morar com ela até que ela morreu... aí eu fui cuidar do meu avó.

Nº 17- Entrevista com Teresa

	Início do grupo	Final do grupo	Intervalo Grupo/data atual
Data	Mai/93	Dez/93	9 anos
Idade	12 anos	13 anos	22 anos
IMC	31 kg/m ²	32 kg/m ²	37 kg/m ²
Escolaridade atual: 3º Grau incompleto		Ocupação atual: Técnica de Enfermagem	

Teresa mora com a mãe e o padrasto em Limeira. Seu pai, tias e avós paternos eram obesos. A família enfrenta processo de luto. O pai de Teresa faleceu há um ano. Estava extremamente obeso, já não andava e tinha problemas psiquiátricos. Era um pai carinhoso e ela tinha bom relacionamento com ele. Seu irmão mais novo após anos de luta contra diabetes faleceu um mês após o pai. Ele era muito ligado à mãe pela própria necessidade que a doença impunha. Teresa era carente da atenção materna:

Ela nunca foi de se preocupar comigo, na cabeça dela eu nunca precisei tanto de atenção, o Diogo exigia mais atenção dela (irmão que faleceu), então eu sempre fiquei meio de escanteio mas nunca me importei com isso...

Ela me chama de Teresa, e eu não gosto, acho que como ela é minha mãe ela tem que me chamar de filha, meu pai sempre me chamava assim dessa maneira carinhosa ...

Ela teve que assumir situações sem estar preparada e amadurecer precocemente em virtude da doença na família. Em relação às perdas e sua ligação com a mãe, ela coloca:

Eu falo para ela: a mesma ferida que você tem eu também tenho... puxa, eu aprendi a dirigir com 15 anos... trouxe muitas vezes o Diogo para deixar aqui.(no HC) Tive que ajudar na internação psiquiátrica do meu pai, ...então desde de muito nova eu sempre passei por situações que eu achava que não me enquadrava. Tanto para ela como para mim está sendo muito difícil... a gente está entrando em atrito direto, direto mesmo....

Teresa participou do segundo grupo de adolescentes obesos. Já naquela época transparecia sua carência no relacionamento com a mãe. A obesidade foi o motivo para ser atendida no HC junto com o irmão. Parece que o acúmulo de gordura era uma forma de atuação para chamar a atenção para si, tanto que ela engordou enquanto era atendida no grupo.

No grupo, manifestava que se sentia bem, colocando que o grupo lhe dava alívio. Colaborava nas atividades e criou vínculo com os integrantes. Comunicava-se sem dificuldade, procurando ajudar na tarefa.

Seu papel de cuidadora despertou a vontade de ajuda, formou-se técnica em enfermagem e cursa o segundo ano da faculdade de enfermagem.

Está preocupada com sua saúde, é hipertensa. Já fez outras dietas. Conseguiu chegar aos 70 quilos mas segundo ela, problemas e ansiedade fizeram que engordasse novamente. Fala que a obesidade atrapalha nos relacionamentos e ressentida a discriminação.

Às vezes a gente tá comendo e as pessoas ficam observando a quantidade que você está comendo, este tipo de coisa. Eu não namoro atualmente, às vezes eu penso que isso atrapalha um pouco, será que eu se fosse magrinha eu não teria um namorado?

Tem planos para o futuro em relação à obesidade:

Se você me perguntar qual que é o meu sonho, eu não vou falar que vai ser uma estabilização profissional, ou qualquer coisa assim, ... eu quero ser magra, esse é o meu sonho, então a gente sempre corre atrás disso.

Nº 18- Entrevista com Telma

	Início do grupo	Final do grupo	Intervalo Grupo/data atual
Data	Out/94	Mar/95	7 anos
Idade	15anos	16 anos	23 anos
IMC	29 kg/m ²	28 kg/m ²	29 kg/m ²
Escolaridade atual: 2o Grau completo		Ocupação atual: Técnica em cana e álcool	

Mora com os pais e duas irmãs em Santa Bárbara do Oeste. São obesos na família sua irmã mais moça, avós e primas. O pai está passando por dificuldades financeiras porque perdeu a micro empresa que havia tentado implementar, incorrendo em pesadas dívidas que a família está ajudando a pagar. Telma dá todo o seu salário para os pais. Este fato tem trazido bastante estresse para todos da família, refletindo-se nos relacionamentos e até na qualidade da alimentação consumida.

Só que agora em relação à mistura, diminuiu mais, o meu pai acha que o importante é o arroz e feijão: "é isso que sustenta... que deixa o corpo saudável" a gente sabe que não é né, porque precisa de verdura... e compra carne, mas eu não sou chegada... gosto mais de verduras, legumes principalmente.

O relacionamento da mãe com as filhas é conflituoso e carregado de crítica.

Minha mãe começou a gritar com ela, (irmã mais nova) e toda a cobrança vem pro meu lado, e aí com isso, eu acabo ficando brava, também e aí dá vontade de comer... aí que não pode né,...

A gente não tem aquele relacionamento de mãe e filha, conversar tudo, eu sinto que falta isso... eu converso com mulher que trabalha comigo, o que eu gostaria de conversar com a minha mãe, ela (a mãe) coloca muita crítica em cima aí não dá para conversar, aí acaba virando conflito...

Telma participou do grupo nº 4, acompanhada de sua irmã mais nova. Assumia o papel de porta voz com frequência, suas colocações eram pertinentes e chamava o grupo para a tarefa. Criou bons vínculos no grupo e se relacionava bem com todos. Nas avaliações manifestava o desejo de ser feliz e ter mais amigos. Refere lembrar muitas coisas do grupo mas pontua mais enfaticamente os exercícios físicos. Realiza caminhadas todos os dias.

Refere ter feito dieta com medicamento depois que participou do grupo mas passou muito mal e engordou mais. Seu sonho é casar, constituir família e continuar trabalhando. Está namorando e tem planos de emagrecer.

Meu namorado nunca falou nada em relação à isso... peso, mas, sei lá... a gente vai crescendo, vai querendo, ainda mais com namorado, quer se cuidar, ficar mais bonita.

Nº 19- Entrevista com Tais

	Início do grupo	Final do grupo	Intervalo Grupo/data atual
Data	Out/94	Mar/95	7 anos
Idade	13anos	14 anos	21 anos
IMC	28 kg/m ²	27 kg/m ²	29 kg/m ²
Escolaridade atual: 2o Grau completo		Ocupação atual: Babá	

Tais é irmã de Telma, cuja família passa por dificuldades financeiras. A família a elegeu como o problema da casa e freqüentemente é o motivo de discussões. No ano passado foi aprovada para curso de técnico de secretariado, curso muito concorrido na cidade, mas perdeu a data da matrícula. Este fato trouxe muita polêmica na família, reforçando sua imagem de negligente.

Ela (a mãe) que está muito nervosa com o negocio da aposentadoria... que não vem sabe, então ela fica estressada, nervosa, que nem hoje: eu sou a última a levantar, eu não gosto de levantar cedo, eu demoro para me trocar e ela disse: "eu vou falar tudo prá". Começou a pegar no meu pé, de querer levar em psicólogo. Ela fala que eu estou com problemas...

Participou do grupo nº 4, com sua irmã mais velha. Comunicava-se bem e criou vínculo com os colegas do grupo. Às vezes atuava e levava o grupo a permanecer em pré-tarefa. Em atividade do grupo se reconhecia vaidosa e a preocupação com a auto imagem aparece também na avaliação final do grupo onde colocou que gostaria de furar a orelha, tirar cicatriz da perna, deixar crescer o cabelo. Manifestava grande apreciação por cantores da moda. Esta tendência, própria da adolescência, ainda permanece. Declara na entrevista para a pesquisa que é fã da dupla sertaneja Jean e Giovani. Comparece a quase todos os seus shows e coleciona seus discos. Lembra da sua participação no grupo:

Das brincadeiras que a gente fazia, das festinhas, da turminha, da Eriane, de você, da Eu tenho ainda todos os papéis... eu guardei tudo....as palestras, o que se falava...

Fez vários regimes depois do tratamento no HC. Refere começar empolgada mas não consegue terminá-los. Nas ocasiões que chegou ao fim, teve dificuldade para manter o peso e engordou novamente.

Eu fiz o das frutas, só comia frutas a semana inteira. Fiz também regime japonês, o da USP. Acho difícil conseguir manter o regime o tempo todo, sem pular nada... aí eu emagreci bastante, foram 10 quilos, mas manter é que não consigo.

Tem dificuldade para aderir a atividade física. Já esteve matriculada em academia e desistiu, tem bicicleta em casa mas não usa. Nunca namorou, não se acha bonita e não gosta do seu corpo por causa da gordura.

Está fazendo curso de pintura em tela e já participou de algumas exposições. A ocupação de babá é provisória e refere estar procurando emprego melhor.

Nº 20- Entrevista com Rodrigo

	Início do grupo	Final do grupo	Intervalo Grupo/data atual
Data	Jan/99	Abr/00	2 anos
Idade	16 anos	17 anos	19 anos
IMC	35 kg/m ²	33 kg/m ²	29 kg/m ²
Escolaridade atual: 2º Grau completo		Ocupação atual: Desempregado	

Rodrigo é irmão de Daniela e mora com os irmãos na casa deixada pelo pai depois que a mãe faleceu. Desde pequeno era trazido pela mãe ao HC em consultas na pediatria para tratamento da asma. Assim como sua irmã, desaprova a madrasta e mantém relacionamento distante com ela.

Eu perdi minha mãe, daí meu pai casou de novo, não gostei muito, mas fazer o que....tive que aceitar...

Participou do grupo nº 8, com mais 9 adolescentes obesos; veio encaminhado pela equipe da pediatria. Falava pouco, comunicava-se com os movimentos do corpo e olhares. Verbalizava opiniões quando solicitado. Às vezes era envolvido por outros

membros do grupo em atuações. Refere que no grupo aprendeu a controlar a alimentação e fazer mais exercício físico.

Procuro diminuir mais a comida, estou me alimentando mais devagar, Deixei de comer muita coisa, e exercício estou mais disposto a fazer. Jogo mais bola, ando mais de bicicleta. Não tenho preguiça de sair e andar por outros cantos...

Conseguiu emagrecer 9 quilos e quer chegar aos 75 quilos, seu peso ideal.

Já namorou, sai com amigos e gosta de música gospel. Toca violão e já participou de uma banda. Aparentemente toda família tem alguma atividade ligada à música. Seus irmãos cantam na igreja e os tios tocam violão.

Terminou o segundo grau, fez curso de informática, espanhol e de telefonia. Tem planos para o futuro:

Quero arrumar emprego e quero estudar. Estou querendo fazer faculdade... ter uma profissão, não posso ficar assim, o que aparecer pegar né, ter uma profissão te garante mais, aí tem que estudar bastante.

Nº 21- Entrevista com Vera

	Início do grupo	Final do grupo	Intervalo Grupo/data atual
Data	Out/93	Nov/94	8 anos
Idade	10 anos	11 anos	19 anos
IMC	29 kg/m ²	32 kg/m ²	28 kg/m ²
Escolaridade atual: 2º Grau incompleto		Ocupação atual: Estudante	

Vera mora com os pais e irmã mais velha em Campinas. É afetiva com os pais e se relaciona bem em casa. Suas primas por parte de mãe são obesas.

Participou do grupo nº 3, quando tinha 10 anos de idade. Tinha dificuldade de aderir à dieta e exercício. Declarava ser muito nervosa e que não conseguia se controlar. Formou forte vínculo com a equipe e participou de mais duas experiências de grupo no

HC até 1998, com progresso discreto de emagrecimento. Coloca que aprendeu a ter mais controle para evitar a substituição da ansiedade pelo alimento.

Lembro até hoje quando se falava da alimentação, não era para parar de comer, perder o café, então, quando a gente está muito nervosa,... era prá mudar a nossa rotina... entendeu a gente para e pensa o que tem que fazer...

Vera conseguiu emagrecer cerca de 30 quilos a partir do controle da alimentação e prática de exercícios. Trouxe fotos de quando estava obesa. Refere que melhorou a auto-estima mas ainda não alcançou sua meta de peso ideal. Coloca seus sentimentos por estar magra:

Você tá linda. É muito bom... agora, eu queria ficar com uns 60 que eu não cheguei ainda... perder uns quilinhos mais, meu organismo parece que está acostumando, não emagrece mais, mas eu não paro de fazer regime. Às vezes dou uma saidinha, mas volto de novo, se parar... aí engordo.

Sofreu duas perdas afetivas no último ano. Sua avó que morava na sua casa e com quem mantinha relacionamento muito próximo, faleceu por problemas cardíacos. Seu namorado faleceu em acidente após dois anos de relacionamento. Estes fatos, aliados à doença atual da mãe, predispõem Vera a uma carga maior de ansiedade.

Estou me controlando porque se eu parar para pensar atrapalha, sabe, eu fico nervosa e vou querer (comer) alguma coisa e disfarço... eu não como porque se eu fosse pensar mesmo iria comer... me controlo o máximo que eu posso.

Queixa-se que ficou com a pele flácida e não conseguiu cirurgia plástica corretiva pelo SUS. Está procurando recursos para a cirurgia e tem planos de cursar enfermagem quando terminar o magistério.

4.3- Discussão

Nesta etapa do trabalho será utilizada a análise de conteúdo temática, descrita na metodologia deste trabalho, destacando as categorias e subcategorias selecionadas levando em conta critérios de repetição e relevância dos dados encontrados nas entrevistas (Quadro N° 3).

Quadro 3- Categorias e subcategorias

Categoria 1- Aspectos relacionais
<ul style="list-style-type: none">• Relação da família com a obesidade• Relação com o trabalho• Sexualidade e namoro
Categoria 2- Sentimentos em relação à obesidade
<ul style="list-style-type: none">• Motivação para emagrecer• Aspectos emocionais envolvidos• Dificuldades em seguir dieta• Sentimentos por ter emagrecido
Categoria 3- Experiência no grupo de obesos
<ul style="list-style-type: none">• Lembranças das impressões da época• A importância do tratamento em grupo na vivência atual

4.3.1- Categoria 1- Aspectos relacionais

4.3.1.1- Relação da família com a obesidade

Um dos fatores de risco importantes no estudo da obesidade é a presença de pais obesos. WHITAKER et al. (1997) mencionam em seu estudo realizado nos Estados Unidos que a chance de obesidade na idade adulta mais do que dobra entre crianças obesas e não obesas com menos de 10 anos. O risco de obesidade para crianças com pais magros foi de 8% e para aqueles com os pais obesos foi de 79%.

Em nosso estudo, apesar da amostra não ser representativa da população, todos os entrevistados têm história de obesidade na família, exceto em um caso. Encontramos com maior frequência, mães obesas, em 42,8% dos casos (Tabela 17). Estes dados

evidenciam a relevância dos fatores genéticos que mostram a tendência familiar na obesidade. Esta tendência parece ser inquestionável, além de comprovada a partir de estudos epidemiológicos, alguns deles mencionados na introdução deste trabalho.

Tabela 17- Obesidade na família

Grau de Parentesco	Frequência	%
Ambos os pais	3	14,3%
Mãe	9	42,8%
Pai	2	9,5%
Avós	3	14,3%
Irmãos	1	4,8%
Outros familiares	2	9,5%
Não tem parentes obesos	1	4,8%
TOTAL	21	100%

Estudiosos questionam até que ponto as tendências familiares para obesidade são genéticas ou os padrões alimentares sofrem maior influência do meio ambiente. BRUCH (1973) considera que as crianças com mães obesas, não estão condenadas a serem obesas na idade adulta porque é possível aprender a evitar os erros de seus próprios pais que super valorizaram o alimento. VIUNISKI (2000) refere que a obesidade infantil está mais intimamente correlacionada com o peso da mãe, porque é ela quem influencia a criança mais intensamente na formação dos hábitos alimentares, e dos padrões de atividade física da família.

Um exemplo é o caso de Adriano que tem a mãe obesa e revela neste fragmento de fala da entrevista: *Minha mãe, a hora que o filho chega, começa a fazer muita coisa boa, o filho começa a comer muito...*

Caique comenta os hábitos alimentares da família que interferem na sua vontade de emagrecer: *“Se está fazendo regime, meu pai e meu irmão não tá... aí, sabe né, lanchinho de tarde, presunto, queijo, pão, um litro de coca gelada... prá janta, (a mãe) faz uma coisa gostosa de comer então você fica naquela coisinha... naquela saladinha e tal e eles, aquele prato com bife, com um monte de coisa... você não... fica complicado...”*

MULLER (1999) estudou profundamente a relação da mãe na formação da obesidade e destaca a dificuldade da relação mãe-bebê, que pode ter contribuído para desenvolver um padrão de interação relacionado com o hábito alimentar adquirido na infância e mantido até a adolescência.

Encontramos em nosso estudo famílias pequenas, onde a porcentagem média de filhos não ultrapassou 2,1%. Em relação à posição na família, Teresa e Vera são filhas únicas e Amanda, Adriano, Fabio, Isabel, Lili, Liria, Tais e Vera, são filhos mais novos da prole. Percebemos que estes achados coincidem com a prevalência da obesidade em famílias de tamanho pequeno e localizada no membro mais jovem conforme citam SALBE e RAVUSSIN (2000) e que mencionamos na introdução deste estudo. BRUCH (1973) em seus estudos iniciais, enfatiza que famílias pequenas parecem ter significado importante como fator no aparecimento da obesidade. No entanto, afirma que este fato sozinho não serve como explicação para o desenvolvimento da obesidade e sua significância repousaria no favorecimento do *setting* para o consumo anormal de alimentos relacionado ao sedentarismo e a permanência de padrões relacionais mal-adaptados.

Na nossa amostra um terço estava desempregada e 14% apenas estudava. Os jovens entrevistados são solteiros e moram com suas famílias, com exceção de Eriane que divide a casa com o primo. Seu pai casou-se novamente após a morte de sua mãe e ela não se relaciona bem com a madrasta.

FUREDI (2003), professor de sociologia da Universidade de Kent, na Inglaterra, comenta que a possibilidade de continuar vivendo com a família tem levado os jovens a permanecer dependentes de seus pais por mais tempo. Este autor cita o termo *kidults* e *adultescentes* para designar a faixa etária que vai dos 20 aos 35 anos. Esta tendência é explicada como sendo consequência das dificuldades econômicas vividas pelos jovens. A idéia de que as pessoas não se tornam adultos antes dos 30 anos tem levado

a extensão da adolescência pela década dos 20 anos. A Sociedade de Medicina para a Adolescência, organização americana para médicos, declara que "a medicina para adolescentes aplica-se aos cuidados de saúde, treinamentos profissionais e pesquisa em saúde relacionadas a pessoas de 10 a 26 anos".

Helena, apesar de grávida, ainda vive com os pais. Tinha planos de casamento mas o namorado está inseguro quanto a assumir uma família.

Relações íntimas entre as pessoas também parecem estar gerando dificuldades para a independência. A reinterpretação do compromisso como risco representa um aviso para aqueles que se aventuram em um envolvimento passional. Uma das estratégias para trabalhar com o envolvimento emocional é o distanciamento do *self* da potencial fonte de desapontamento, e assim a equação entre amor e risco é canalizada para a tendência de acomodação (FUREDI 2003).

As dificuldades que uma família enfrenta para aceitar mudanças especialmente na fase de filhos adolescentes pode estar relacionada à maneira como seus componentes interagem. Esta interação é estabelecida, segundo MINUCHIN (1982), através de padrões transacionais, que, quando repetidos, vão estabelecer os padrões de funcionamento do sistema familiar. Para compreender o adolescente e a relação da obesidade na família, procuramos identificar os padrões de relacionamento que colaboram para a sua manutenção.

Nas famílias de Maria, Lili, Telma e Liria encontramos padrões onde os membros das famílias estão extremamente envolvidos um com o outro. MINUCHIN (1982) classifica estas características como aglutinação, rigidez, superproteção e ausência de resolução de conflitos, que ocorrem em famílias com distúrbios psicossomáticos. Neste tipo de relação a diferenciação interpessoal é extremamente pobre.

Podemos observar nestes fragmentos de fala o relacionamento na família de Lili. Nesta família ninguém pode sair. Um membro vigia o outro para que nada mude. As tentativas da Lili para se desligar nunca dão certo, assim como suas tentativas para emagrecer.

Ele (o irmão mais velho) tem ciúme de mim, ele se intromete muito na minha vida / Eu dou satisfação sempre para minha mãe para onde eu vou, com quem eu vou, que hora que eu volto / Minha mãe não libera (o pai para sair) todos os dias, se ele foi um dia, numa Sexta Feira, na outra não vai... / (Lili queria ir para os Estados Unidos), Minha mãe quase ficou louca, torceu muito para que tudo não desse certo, e não deu... quando eu voltei do consulado americano triste..., ela feliz!...

Na entrevista com Maria, parece que nada mudou nos últimos 8 anos. É uma família superprotetora, e seus membros apresentam dificuldade com relação à individuação. Maria parece não ter elaborado o luto pelos pais da infância. Desde quando comparecia para o acompanhamento em grupo, apresenta as mesmas características, assume todas as tarefas da casa, cuida do irmão mais novo, não consegue impor restrição alimentar para ele e nem para si própria. Se restringe ao trabalho, que como empregada doméstica, vem a ser uma extensão do que já faz em casa. Se isola na família, não sai com amigos, parece que aguarda a vida passar sem possibilidades de mudanças.

Os papéis familiares, no caso de Liria, são misturados e indiscriminados, vindo a dificultar a emancipação e o processo de individuação. Classifica seu pai como a criança da casa que precisa de cuidados como se fosse um filho. Parece que o sistema familiar emaranhado exclui o pai. A mãe comporta-se como amiga da filha mostrando falta de maturidade e insegurança. Esta insegurança reflete na dificuldade que a filha tem para assumir um compromisso afetivo. O modelo que tem em casa é negativo, e ela parece ter desenvolvido um superego muito exigente para compensar a falta de regras que aparece na família.

Os indivíduos dentro de uma família pertencem a diferentes subsistemas, por exemplo: uma mulher pode ser uma filha, uma sobrinha, uma irmã mais moça, uma esposa. Estes papéis são exercidos em relações complementares e as pessoas se acomodam dentro das relações de cada subsistema. A criança tem que agir como um filho, enquanto um pai, age como um pai. Esta criança em relação ao seu irmão, poderá assumir uma posição mais horizontalizada, mas não misturada. Algumas famílias giram em torno de si mesmas com aumento de comunicação e preocupação entre os membros da família e assumem uma posição emaranhada, onde as fronteiras ficam difusas. Este sistema precisa tender ao

desligamento à medida que os filhos crescem e começam a se separar da família, como acontece durante a adolescência (MINUCHIN, 1982).

A obesidade de Teresa desde pequena apresenta-se como uma forma de ser notada na família. Ela sempre teve papel secundário nas relações familiares, menor do que seu irmão diabético e que inspirava muito cuidado, menor do que seu pai que tinha problemas de saúde e separou-se da família, e menos importância para sua mãe, que investiu em outro relacionamento afetivo casando-se novamente. Com o corpo volumoso, pôde ser notada, além de representar a presença de alguém de peso na família. BATTISTONI (1996) comenta que o corpo pode ter uma função suplementar de conferir uma ilusão de ser forte, imbatível, resistente aos ataques que vêm de fora. A gordura em torno do corpo funciona como uma compensação para as perdas que ocorrem na adolescência através dos lutos e que precisam ser elaborados.

No trabalho com famílias de adolescentes obesos encontramos muitas dificuldades relacionais que impedem mudanças. A manutenção de padrões rígidos parece constituir-se em sintoma que colabora para a obesidade. A idéia central da terapia familiar de orientação sistêmica é ser o doente ou membro sintomático, o representante circunstancial de alguma disfunção no sistema familiar (CALIL, 1987).

A criança obesa pode ter sido eleita para compensar os pais por suas próprias decepções, o que impede seu crescimento como indivíduo. Assim, os aspectos relacionais, aliados aos aspectos hereditários e ambientais, podem ser importantes na manutenção da obesidade nessas famílias.

4.3.1.2- Relação com o trabalho

A seleção da faixa etária dos sujeitos para este estudo, jovens adultos entre 18 e 24 anos, pressupõem investigação sobre a ocupação e busca de realização profissional. Acreditávamos que os jovens, além de uma razoável resolução de seus conflitos da adolescência, estariam encaminhando-se para uma estabilidade financeira e independência da família. No entanto, todos moram com a família e o número de jovens desempregados,

somados aos estudantes e àqueles exercendo ocupação informal, totalizou dois terços da amostra (Tabela 10).

Pesquisas sobre ocupação nesta faixa de idade revelam que o ingresso no mercado de trabalho cada vez mais competitivo é um dos problemas que mais preocupam os jovens. O relatório "Tendências globais de emprego para jovens", divulgado pela Organização Mundial do Trabalho, mostra que de um total de 186 milhões de desempregados, 47,3% eram jovens entre 15 e 24 anos, apesar deste grupo representar apenas 25% da população. Nos países da América Latina, o desemprego entre os jovens tem aumentado, como produto da alta natalidade e declínio econômico, segundo aquela agência.

No Brasil, entre 1990 e 2002, 130.000 vagas de trabalho para a população de 15 a 24 anos foram extintas, refletindo a dificuldade do trabalhador jovem para encontrar seu primeiro emprego. A faixa de desemprego na região metropolitana de São Paulo entre jovens de 18 a 24 anos, é de 31,3% (SISE, 2002). Estes dados são semelhantes aos encontrados na nossa amostra, levando-nos a crer que, em relação aos números, o fator obesidade parece não interferir para o agravamento da situação.

A dificuldade de ser incluído no mercado de trabalho está levando o jovem a investir em aperfeiçoamento educacional, buscando qualificação como uma saída para adquirir mais competitividade. A principal meta da maioria dos jovens entrevistados para esta pesquisa é dar continuidade aos estudos ou iniciar um curso técnico ou superior. Eriane, Vera, Amanda, Paula, Teresa, pretendem cursar enfermagem. Rodrigo e Caique querem estudar eletrônica. Liria quer fazer faculdade de hotelaria, Fabio quer cursar arquitetura, Lili quer estudar inglês, Marcelo quer estudar informática, Tais quer estudar moda e Maria se interessa em curso sobre meio ambiente. O grande interesse pelo curso de enfermagem pode ser explicado nos casos de Paula, Vera, Isabel e Teresa, pelo fato de terem sido cuidadoras de familiares que ficaram doentes por muito tempo.

A experiência de Teresa com o irmão doente está expressa neste recorte de sua entrevista:

_Em 97 quando o Diogo (irmão que faleceu) ficou internado na UTI, eu fiquei 40 dias e 40 noites com ele lá. Então eu como acompanhante dele, tava observando todo dia o que ela (a enfermeira) fazia com ele...

Paula parece ter dedicado muito tempo de sua vida como cuidadora:

_Meu bisavô ficou doente, aí ele morreu e comecei a cuidar da minha bisavó. Fui morar com ela até que ela morreu... aí eu fui cuidar do meu vô.

Se permanecêssemos atentos a números, muitos aspectos significativos relacionados ao envolvimento da obesidade com a ocupação passariam despercebidos. A obesidade pode ser um obstáculo dentro de um mercado já extremamente competitivo de trabalho, como ocorreu no caso do Adriano, que pesa mais de 150 quilos. Ele refere ter feito curso profissionalizante para empilhadeira, porém após vários meses de tentativas, não consegue trabalho. Todos os jovens que prestaram o mesmo curso já estão contratados e ele próprio associa a obesidade como fator de impedimento. GORTMAKER et al (1993) declaram em seu estudo que existe evidência de discriminação contra as pessoas obesas, incluindo preconceito entre empregadores, e acrescenta que os obesos acabam contratados em tipos de ocupação abaixo da sua expectativa. STUNKARD e WADDEN (1992) citam pesquisa de ROE e EICKWORT, onde 16% de empregadores declararam que não contratariam mulheres obesas em nenhuma circunstância, e 44% apenas dentro de circunstâncias especiais.

O aparecimento da obesidade pode ser facilitado quando o jovem ou sua família está desempenhando ocupação relacionada ao preparo de alimentos ou de fácil acesso aos mesmos. A família de Teresa possui um restaurante o que nos leva a crer que a facilidade da oferta de comida contribui para a manutenção da obesidade. Adriano é entregador de pizza, Maria é cozinheira no local de trabalho, Liria é garçonete e Tais é babá. Outro fator que pode ser associado ao aparecimento da obesidade são ocupações que consomem pouca energia física como nos casos de Lili que é operadora de telefonia, e Daniela, que trabalha como secretária de escola.

Caique, IMC 35 Kg/m², relata a dificuldade que enfrenta trabalhando como ajudante de funilaria neste recorte da sua entrevista:

Eu trabalho com meu pai, trabalho na oficina,... é complicado trabalhar, assim, fica difícil, tem que ter um certo pique para pegar no batente. O peso (do corpo) segura porque cansa mais fácil, não tem aquela de abaixar, levantar,

A obesidade tem sido estudada como fator de risco no trabalho, assim como o próprio trabalho pode contribuir para o seu aparecimento e sua manutenção. Estudos em países industrializados associam a obesidade com a introdução da automação, que favorece o acúmulo de peso porque o trabalhador consome menos energia. Por outro lado a obesidade coloca o indivíduo incapaz para certas funções/atividades, pelo aumento da incidência de acidentes de trabalho que podem estar relacionados à obesidade. Este também pode ter sido um motivo para Adriano não ser contratado como empilhadeira. Nos casos de obesidade a medicina do trabalho primariamente focaliza a prevenção da obesidade e o encaminhamento para tratamento médico em centros apropriados (PERBELLINI, 2004).

4.3.1.3- Sexualidade e namoro

O relacionamento com o sexo oposto costuma estar no centro da preocupação na faixa etária estudada nesta pesquisa. É nesta fase que o encontro com o outro estimula a construção de relações mais duradouras e a possibilidade de constituir uma nova família. Supõe-se que ele esteja evoluindo em direção à heterossexualidade com a elaboração dos lutos básicos mencionados na introdução deste trabalho. No entanto todas as pessoas que estudamos estão solteiras e ainda não têm filhos, com exceção de Helena que estava grávida. Mesmo entre os jovens com os quais estabelecemos contatos preliminares para participar da pesquisa e não puderam comparecer, nenhum estava casado ou tinha filhos.

Esta realidade pode ser explicada pela tendência dos jovens a permanecerem dependentes financeiramente da família, pela falta de inserção no mercado de trabalho e conseqüentemente estarem se casando mais tarde. Nos anos 1960-70, se os jovens brasileiros ainda não estivessem casados com 19-20 anos, alguma coisa estava errada. Dados do IBGE mostram que a média de idade para as mulheres ao casar passou de 22 anos

em 1990 para 25,7 anos no ano 2000, e nos homens a idade média em 1990 era 25 anos, passando para 29,3 anos.

Na nossa amostra, somente 7 jovens, ou um terço da população estudada, estava envolvida em relacionamentos afetivos como namoro, no momento da entrevista.

Aparentemente, os obesos têm mais dificuldades em estabelecer relacionamentos com o sexo oposto. Este fato aparece durante a entrevista com Caique que se julga pouco atraente e expressa claramente em sua fala este sentimento:

_Até que com os amigos eu saio, sim, ...é que na hora de namorar está complicado. É porque você fica com vergonha então, que tá danado sabe... é gordo e tal e você fica apreensivo, então não se solta, às vezes até está prá dá certo, mas na sua cabeça não vai dá certo, sabe, ..não dá não, puta gordo, nossa,... e não chega perto...

O corpo e os traços físicos do adolescente apresentam importante relação com a imagem que ele tem de si e o que este corpo desperta em outra pessoa. A adolescente se interessa pelo seu corpo em mudança, não só por perceber as mutações que nele ocorrem, mas também porque está continuamente tendo consciência da impressão que causa nos outros (CAMPOS, 1991).

Dentro do processo de desenvolvimento da sexualidade, existe a influência de pessoas que cercam o adolescente e do meio social onde está inserido. O adolescente descobre a imagem de seu corpo graças às tendências libidinais dos outros dirigidas a eles. Existe uma permanente corrente de trocas mútuas entre a imagem do corpo de cada um e a imagem do corpo de todos os demais. A sexualidade necessita de uma elaboração mental e mobiliza o corpo e sua imagem. O corpo tem o papel simbólico de representar o limite entre a pessoa e o mundo externo, servindo como envoltório protetor. A obesidade poderia aparecer como forma de controlar as modificações corporais e a definição sexual, e passaria a atuar como defesa diante de desejos, mantendo à distância a sexualidade (MARCELLI e BRACONNIER, 1989).

Estas defesas aparecem na fala de Katia que mostra como é complicado vencer o obstáculo de sentir-se inadequada e o temor de não ser correspondida:

_Não, (referindo-se ao namoro) é um dos motivos também que a minha mãe fala que eu não me aceito né... então eu acho que ninguém vai me aceitar...

Adriano não namora e aparece em sua desculpa a dificuldade de envolvimento com as garotas:

__Não, namorada não tenho... mas... ..acho que namorar te prende muito... ah, eu ... prende muito... acho que arruma muita briga... ih...

Lili oferece explicação parecida à do Adriano, revelando que não gosta de ficar presa a um relacionamento e vai mais além colocando sua incapacidade de manter um namoro.

__É que eu não gosto de ficar muito presa... meu problema todo é sair. Eu não consigo me relacionar com as pessoas por causa disso... eu acabo dando mais atenção aos meus amigos do que ao meu namorado... minha mãe fala para mim que eu não tenho tino pra namorar...

Liria deposita suas dificuldades na falta de tempo e revela a falta de confiança em si própria:

__Namorar complicou... já era difícil, não tenho tempo prá namorar... mas esse negocio de namorar é complicado... às vezes eu penso, eu não me vejo casando... eu não sei se quero... é que assim, não está nos planos da gente... é consequência... mas não sei sou meio muito pé atrás nessas coisas...

Maria interpreta a obesidade como condição que possui desde a infância, e, quando questionada sobre namoro, tenta esconder seu corpo e sua gordura, parece regredida, falando como se fosse uma criança:

__hãhã (Significando negativa. Após uma pausa muda o tom de voz) eu tô meio assim sabe afastada, prá fala a verdade eu não acredito, até me afastei, eu tô na minha quietinha... e fico em casa.

A obesidade nas mulheres comentada por BRUCH (1973) se desenvolve em todas as fases do ciclo de maturação sexual, menarca, gravidez e particularmente na menopausa. Refere que o aumento de peso poderia levar a dificuldades sexuais, irregularidades menstruais ou esterilidade. Esta relação, no entanto, não está muito clara e tem sido associada a partir de coincidência positiva que pode indicar ou não uma relação causal. Esta autora cita estudo realizado na Inglaterra que comparou a atividade sexual de

mulheres obesas de 16 e 21 anos com um grupo controle de mulheres magras com distúrbios neuróticos. Os resultados mostraram que as mulheres obesas menstruaram mais cedo, mas tinham alto grau de irregularidades menstruais. Quanto ao relacionamento sexual ou estado civil, não encontrou diferenças entre os dois grupos, mas encontrou mais virgens entre as obesas. O aumento do peso entre as obesas desencadeou uma crise em seus relacionamentos interpessoais envolvendo a atividade sexual, causando considerável culpa. Em alguns casos o aumento do peso coincidiu com a interrupção total de atividade sexual. STUNKARD e WADDEN (1992), relatam que as mulheres obesas quando casam, caem de padrão social duas vezes mais do que as magras.

Em nossa amostra, um aspecto interessante foi o fato de duas jovens namorarem rapazes que também são obesos. Parece ocorrer uma identificação com o parceiro que apresenta o mesmo problema, sendo facilitada uma aceitação mútua. Podemos conferir no fragmento da entrevista de Laura:

Eu namoro há 2 anos. Ele é legal. Ele que me trouxe aqui. Ele é gordinho como eu...

Eriane, Telma, Vera e Fabio emagreceram e referem ter mantido relacionamentos afetivos intensos. Telma está noiva e pretende casar brevemente. Vera e Fabio estiveram noivos e Eriane comenta que sai mais com rapazes do que com amigas.

Amanda, que apresenta IMC 40, refere namorar há mais de 3 anos um rapaz magro, desenvolvendo bom relacionamento. Paula apresenta o mais alto IMC entre os jovens pesquisados, e comenta que já namorou e no ato da entrevista estava namorando há 2 meses.

BRUCH (1973) chama a atenção para o fato de que nem todos os obesos sofrem de problemas relacionais. É preciso observar o tipo de ambiente, que pode ser hostil, levando a depreciar até mesmo pequenos ganhos de peso nas pessoas. Comenta também que a maioria das pessoas obesas que apresenta bom desenvolvimento, não passam por investigação de profissionais da saúde.

4.3.2- Categoria 2- Sentimentos em relação à obesidade

4.3.2.1- Motivação para emagrecer

O contexto social em uma cultura orientada para o consumo como a nossa sugere que devemos ser magros para responder ao chamado da estética, da saúde e da aprovação social. Concomitantemente, estudos científicos em grande número são desenvolvidos com o intuito de entender, explicar e oferecer meios para controlar a obesidade. Faz parte do senso comum as premissas básicas, preconizadas no meio médico de que a obesidade é decorrente de ingestão aumentada de calorias e da falta de atividade física.

A busca pela cura em um hospital universitário, partindo do princípio de que a obesidade é entendida como uma doença, parece suscitar no obeso o encontro com a solução mágica para emagrecer. MULLER (1999) levanta a hipótese de que as pessoas procuram o médico para um tratamento sem sofrimento, pois perder peso implica em deixar de comer e a comida lhes dá prazer. A solução médica, através de exames e remédios, em sua fantasia, poderia evitar que elas perdessem esse prazer.

Os jovens pesquisados no nosso estudo apontam com maior frequência a preocupação com a saúde e a melhora da aparência, como os principais motivos que impulsionaram a busca pelo tratamento. A falta de motivação aparece também com alta frequência, levando-nos a pensar que é um indício de desistência ou impotência, face às dificuldades para chegar ao peso ideal (Tabela 18).

Tabela 18- Motivação para emagrecer

Motivação	Freq
Problema de Saúde	7
Melhorar a Aparência	6
Incentivo de Amigos e Familiares	2
Religião	1
Amadurecimento	1
Facilidade para Emagrecer	1
Falta de Motivação	6
TOTAL	25

Nota: Alguns responderam com mais de um motivo.

Os problemas de saúde que motivaram as pessoas entrevistadas para este estudo foram a hipertensão (Daniela, IMC 31kg/m²; Maria IMC 40 kg/m²; e Teresa IMC 37 kg/m²), problemas ortopédicos (Isabel, IMC 36 kg/m²; Marcelo, IMC 36 kg/m²; e Paula IMC 54 kg/m²) e saúde em geral (Lili IMC 38 kg/m²). Observamos que a motivação para emagrecer não está relacionada à declaração da existência da doença em todas as pessoas pesquisadas. Analisando a Tabela 16, verificamos que nove entrevistados afirmaram ser hipertensos, mas apenas três consideraram este o motivo mais importante. Do mesmo modo, os problemas ortopédicos estão presentes em 11 pessoas e apenas três entrevistados levaram isto em consideração como motivação. Dado comum a todos que referiram problemas de saúde é a presença de IMC acima de 31 kg/m². Podemos apreender destes dados que o IMC mais elevado provocou mais receio de complicações para a saúde nos entrevistados desta amostra.

MULLER (1999) comenta que o medo pode estar permeando a busca do tratamento e, a partir da presença de doenças associadas, este sentimento aumenta a ansiedade pelo medo de morrer por causa das complicações.

O desejo de poder usar roupas da moda e corresponder aos padrões culturais de beleza foram os aspectos que levaram à melhora da aparência, como motivação terapêutica para emagrecer. BRUCH (1973) coloca que não há grupo mais preocupado com a aparência física do que os adolescentes. Eles estão sempre preocupados com seu tamanho, se são muito altos ou muito baixos, sua adequação sexual, sobre a pele ou cabelos, e se são atraentes em geral. O adolescente exposto à mídia, a pais bem intencionados e até profissionais da saúde, é pressionado a acreditar que a única maneira de ser admirados é se for magro. Podemos verificar, através do recorte da entrevista de Fernanda, como aparece a vontade de seguir a moda, impedida pelo sentimento de inadequação do corpo.

Quando quero sair vou trocar de roupa e não tá bom... vou pôr outra e também não tá bom... ah, tem hora que sabe... sabe tem hora que tava pesando 78, tava magra... daí minhas roupas tudo... uma beleza. Agora vou pôr a roupa e fica todas as banhas prá fora...

O fragmento de fala de Adriano mostra não só a vontade de poder escolher as roupas que gostaria de usar. A estética está ligada à necessidade de desenvolver e senso de identidade e auto-conceito positivo, para poder ser visto como uma pessoa normal:

Eu não queria perder peso e ficar magro, entendeu... eu queria tipo só chegar numa loja assim e: "quero comprar essa calça que sirva em mim e eu quero comprar essa roupa porque eu acho bonita..." e mais... ser uma pessoa normal.

Telma quer emagrecer para agradar o namorado, e seus planos para o futuro são casar, constituir família e ter uma vida estável. O namorado tem emprego formal, cursa faculdade de direito e ela até considera possibilidade de trabalhar, mas não para ganhar dinheiro:

Depois que comecei a namorar daí... meu namorado nunca falou nada em relação à isso... peso, nada ... mas, sei lá... a gente vai crescendo, vai querendo, ainda mais com namorado, quer se cuidar, ficar mais bonita.

BATTISTONI (1996) comenta que casar-se e ter filhos é a realização fundamental da mulher, complementando-a em sua identidade. No entanto, a cultura machista, que ainda persiste na nossa sociedade, dificulta a realização da mulher em outros

setores, contribuindo para reforçar a idéia de que o casamento e a maternidade são para ela as necessidades mais prementes, fato que não se verifica nos homens.

A fala da Teresa revela a vontade de ter um corpo magro, que parece ser quase inatingível, a ponto de fazer parte de um sonho. Parece não fazer diferença se ela é talentosa ou inteligente, porque seu peso é sua maior preocupação e ela acaba sentindo o mundo a partir do peso de seu corpo.

_Se você me perguntar assim prá mim qual que é o meu sonho, sabe e eu não vou falar que vai ser uma estabilização profissional, sabe ou qualquer coisa assim, ... eu quero ser magra, sabe... infelizmente esse é o meu sonho, então a gente sempre corre atrás disso sabe.

A falta de motivação foi tão freqüente nesta amostra quanto a vontade de melhorar a aparência. A maioria das pessoas que apresentou falta de vontade para emagrecer já haviam tentado várias dietas sem sucesso. Outro aspecto que observamos nestes casos foi a aversão pelo cardápio da dieta. Parece um sacrifício abrir mão do prazer de consumir alimentos engordativos a ponto de sentirem-se incapazes. Os esforços extenuantes e a freqüência dos fracassos parece levá-los a desistir de continuar tentando. MULLER (1999) comenta que estes fracassos podem fazê-los sentir estas dificuldades como uma 'deficiência' ou 'fraqueza', piorando a já baixa auto-estima.

Amanda deixa clara a falta de motivação e a dificuldade que encontra quando precisa ingerir alimentação com menos calorias, nos fragmentos colhidos em sua entrevista:

_A gente nunca está motivada prá regime mas tem que perder peso. (a mãe faz regime) Quando abro a geladeira aquela verdura... Ela só come salada. Aquela bacia de salada eu não como. Ela gosta, eu não...

Durante a entrevista Adriano revela nunca ter conseguido reduzir sua ingestão, mesmo durante o acompanhamento médico ou na participação no grupo de adolescentes obesos, e fala que é viciado em comida:

_Ah, então acho que regime não consigo fazer... eu trabalho numa pizzaria, e em refrigerante sou viciado...

Adriano parece ambivalente quando diz por exemplo que gostaria de usar roupas ditas "normais", mas, ao mesmo tempo reconhece que nunca conseguiu fazer dieta. A aparente falta de motivação revela mais sua incapacidade de controle do que falta de vontade. Podemos apreender que quando ele comparece ao serviço de saúde para emagrecer, na verdade busca uma solução mágica, externa a ele, que resolva seu problema sem abrir mão do prazer, como já mencionamos anteriormente.

BRUCH (1973) refere que a auto-regulação aparece distorcida no adolescente obeso, não como um defeito orgânico, mas por causa de uma deficiência cognitiva que interfere no seu desenvolvimento perceptivo e no controle sobre sensações corporais. Afirmar que obesos não tem força de vontade, na realidade demonstra uma importante deficiência no seu funcionamento que, em parte, refere-se a sua inabilidade de reconhecer e identificar suas necessidades corporais. Como não tem percepção das sensações corporais, eles não podem exercer controle sobre suas funções.

4.3.2.2- Aspectos emocionais envolvidos

O uso da entrevista como instrumento de investigação nos proporcionou a oportunidade de entrar em contato com os sentimentos e os seus significados, manifestados pelos adolescentes obesos em nosso estudo. Encontramos uma série de manifestações que aparecem com frequência em estudos científicos sobre obesidade, tais como passividade, falta de limites, dificuldade de expressar sentimentos, pouca sociabilidade, introversão, sentimento de inferioridade e vazio interior, dificuldade nas relações interpessoais e no contato afetivo (BRUCH, 1973; WADDEN e STUNKARD, 1985; PIZZINATTO, 1992; STUNKARD e WADDEN, 1992; GORTMAKER et al., 1993; BATISTTONI, 1996; VIUNISKI, 2000).

Estes traços parecem estar relacionados á obesidade propriamente dita, como relatam WADDEN e STUNKARD (1985), que encontraram nos indivíduos obesos pouca auto confiança causada pela dificuldade de manter perdas de peso, incluindo depressão, nervosismo, fraqueza e irritabilidade. Sentimentos de isolamento aparecem quando a família e amigos não compreendem a frustração de ser obeso, fatos estes que vêm afetar a qualidade de vida, porém sem caracterizar distúrbio psicológico específico para obesos. O questionamento sobre o fato de os obesos apresentarem mais problemas de ordem

emocional, comparados com a população, parece não ser consenso entre os autores. Os estudos sugerem que distúrbios emocionais seriam decorrentes do próprio estado obeso e não a causa da obesidade. O preconceito e a discriminação direcionada a pessoas obesas e os efeitos da dieta, contribuem para os distúrbios.

Relacionamos no quadro abaixo os sentimentos verbalizados pelos sujeitos que entrevistamos em nosso estudo:

Quadro 4- Sentimentos em relação à obesidade

Sentimentos
Culpa a obesidade por tudo na vida
Desânimo com dieta e exercício
Muito ansiosa e não consegue emagrecer
Não consegue fazer dieta, fala em cirurgia do estômago
Ruim, não tem tempo para si, come mal
Está acostumada e acha normal para ela
Quer emagrecer mas não gosta de dieta
Dificuldade de aderir à dieta, não faz exercício
Se acha feia por ser gorda
Se sente discriminada por ser gorda
Precisa emagrecer por causa da hipertensão
Quer chegar no peso ideal
Me sinto linda agora que emagreci
Emagreceu e controlou a pressão
Ainda se acha gorda quer emagrecer mais
Sentia-se bem com seu peso antes da gravidez
Emagreceu, não quer engordar mais, é rígida consigo mesma

Estes achados nas entrevistas com os obesos mostram sentimentos de vergonha, ansiedade, desânimo e baixa auto-estima. Notamos melhora da auto-estima entre os jovens que emagreceram. Todos obesos sentem-se pouco atraentes, alguns declararam-se inibidos com sua aparência, como Taís, que sente-se pouco atraente e revela:

...Só assim que, me achar bonita essas coisas eu não me acho, por causa do meu corpo que é muito gordo...

Na fala de Katia percebemos a reprovação e o desconforto com seu corpo:

...Vai passando o tempo assim e a gente olha no espelho e não tá que nem a gente queria... vê aquelas roupas de moda quer pôr e não cabe, roupas sempre as mesmas assim o mesmo modelo, não pode muito que já caem em cima, porque tem barriga, né, peso está acima, tem que estar bem consigo mesma né,...

Três fatores predisõem o obeso a desenvolver o distúrbio de imagem corporal: a idade de início da obesidade (quando ocorre na infância ou adolescência), a presença de algum distúrbio emocional, e a avaliação negativa da obesidade por pessoas significativas durante os anos de formação da identidade (STUNKARD e MENDELSON, 1967).

Os fatores emocionais especificamente relacionados às pessoas obesas são caracterizados por comer compulsivamente e pela depreciação da imagem corporal. O termo imagem corporal refere-se à imagem simbólica que a pessoa tem de sua aparência física. O distúrbio pode ser definido como a crença que o corpo é grotesco e repugnante e visto pelos outros com hostilidade e desprezo (STUNKARD e WADDEN, 1992). O estigma social baseado em julgamento de valores do obeso, pode causar um sentimento de culpa pela sua obesidade. Devido a esse estigma, e não tendo desculpa aceitável por ser doente, o obeso é rejeitado socialmente. Essa rejeição pode ser mais danosa para o indivíduo do que a obesidade em si.

Os jovens são particularmente vulneráveis à obsessão da sociedade pelo corpo esbelto como ideal de beleza. BRUCH (1973), em seus estudos, observou a extensão que as atitudes sociais em relação ao corpo e ao conceito de beleza na sociedade influencia a nossa preocupação com a aparência. A obsessão do mundo ocidental pela magreza condena todo excesso mínimo de peso como indesejado e feio. Desta forma, o jovem que não apresenta o

corpo dentro dos padrões da conformidade da aceitação social encontra-se sob enorme pressão e crítica.

Esta reflexão nos impele a considerar o forte preconceito que o indivíduo obeso experimenta na sociedade. Diferentemente da cor ou sexo, o peso é concebido como passível de controle voluntário, e portanto as pessoas obesas seriam responsáveis pela sua condição e pela sua mudança (GORTMAKER et al., 1993). Mais do que uma transgressão moral por não ter controle dos impulsos e um fator de auto-indulgência, ser gordo é considerado um crime estético.

A discriminação é o preconceito colocado em ação e serve para racionalizar e reforçar o preconceito. Exemplo da discriminação contra obesos é sentida no trabalho e nos relacionamentos interpessoais como já mencionamos anteriormente. PUHL e BROWNELL (2001), documentaram casos de discriminação em três importantes áreas de convivência: no trabalho, na educação e na saúde. Neste estudo, 28% dos professores disseram que ficar obeso é a pior coisa que pode acontecer para uma pessoa, e 24% das enfermeiras mencionam que sentem repulsa por pessoas obesas.

A obesidade difere de outras condições crônicas pela sua visibilidade. A adolescência, sendo o período importante no desenvolvimento da personalidade e decisivo na consolidação da identidade, pode ter na obesidade um complicador na construção da auto imagem. Isabel passou por atendimento psicológico e comenta sobre seus sentimentos em relação a obesidade, como a culpa e a discriminação:

_Não é um deslize, assim seu, é uma doença né, então, assim as pessoas quando falavam que você era gorda, você nem ligava, porque antes disso, quando falava nossa, eu até chorava. Ficava muito chateada...

Liria fala da vergonha que sentia ao expor seu corpo aos colegas de escola:

_Quando eu fazia educação física, então ele (o professor de educação física) me pesava no começo do ano e no fim e eu cheguei a ter 103 quilos... e isso na frente de todo mundo é vergonhoso né...e eu lembro disso como se fosse ontem...

A discriminação e o isolamento experimentado na academia de ginástica ocorreu com Maria como este fragmento de fala deixa transparecer:

_ É porque o dia que eu comecei, (na academia) o instrutor deu uma olhadinha assim (para ela) e não quis pegar, aí fiquei uma meia hora, encostada esperando. (quando foi procurá-lo, ele se irritou) A bicicleta estava com problema e ele (o instrutor) jogou a bicicleta longe, teve mais gente que viu, só que eu fiquei quieta assim.

Teresa neste trecho, comenta sobre a discriminação no trânsito, no restaurante e nas relações amorosas:

_ Principalmente no trânsito, (ocorre discriminação) eu dirijo, então às vezes acontece alguma coisa assim e falam...eu não me sinto tão atingida porque acho que as pessoas que fazem isso são pequenas de espírito, então não me incomoda muito com isso... Às vezes algum lugar que a gente vai, tá comendo e as pessoas ficam observando a quantidade que você está comendo, este tipo de coisa. Eu não namoro atualmente, às vezes eu penso que isso atrapalha um pouco, será que se eu fosse magrinha eu não teria um namorado?

As pressões psicológicas que sofrem os indivíduos obesos tendem a diminuir a sua auto-estima e torná-los mais vulneráveis à ansiedade e ao desconforto. A ansiedade pode aparecer em reação a fatores externos que operam em conjunto com as emoções para impulsionar o comportamento de comer. Comer em excesso aparece com a função de aplacar a ansiedade ou depressão. BRUCH (1973) descreve o padrão de pessoas que tem dificuldade de expressar raiva, usando como defesa alimentação excessiva. Frequentemente escondem seus problemas emocionais sob uma fachada complacente, raramente demonstram raiva e contribuem para a idéia errada de que pessoas gordas são animadas e de boa camaradagem.

Em nosso estudo Laura apresenta perfil semelhante. Mostra-se alegre, dinâmica mas sente-se pressionada porque já terminou a faculdade e não conseguiu emprego. Engole as frustrações, mágoas e os sentimentos de rejeição da mãe:

_ Eu gosto de frutas legumes mas por causa da ansiedade eu como o doce... gosto de me alimentar bem quando estou com ansiedade. Sabe o que entra em mim e não tem nem fundamento? (referindo-se a idéias e pensamentos), que ai meu deus, não vai dar

certo isto, não vai dar certo aquilo e então tenho de sofrer duas vezes... não estou conseguindo trabalhar com isto. Então eu como tudo errado.

Vemos na fala de Laura que em vez de enfrentar a impotência e reconsiderar o valor de afirmar suas próprias necessidades, ela considera menos ameaçador redirecionar a ansiedade contra si mesma, seu peso e sua imagem corporal. Na tentativa de escapar das confrontações, ela está metaforicamente 'engolindo seus sentimentos' (ROBERTO, 1994). Esta autora descreve o estado de "alexitimia", como a aparente dificuldade de descrever o que impulsiona o obeso para comer. É uma incapacidade para descrever o seu estado interno e faltam palavras para compartilhar seu mundo interno e afetivo. Mesmo quando se manifesta, não coloca emoção e não sabe dizer como se sente, sendo esta, também, uma forma de 'engolir sentimentos'. Marcelo durante toda entrevista apresenta este estado, com dificuldade para se expressar e atropela as palavras. Este fragmento de fala mostra sua resposta à pergunta sobre como estava seu peso:

...A última na cirurgia eu pesava 95, tá... tá na... (tem dificuldade para achar as palavras, demora para se colocar, quer falar que seu peso está no prontuário) Parece... parece que pesa mais... parece 117...

Um aspecto importante neste estudo é o significado do alimento para os indivíduos obesos. BRUCH (1973) revela que, no entendimento psicanalítico da obesidade, o alimento pode conduzir a uma enorme variedade de conotações diferentes e contraditórias. Parece que o obeso não distingue a função essencial do alimento para o corpo porque usa o alimento para preencher necessidades não nutricionais. Este fato sugere que a experiência da fome não é inata, mas contém importantes elementos aprendidos. Algum fator pode acontecer durante o processo que cerca a satisfação nutricional vindo a interferir na capacidade de reconhecer a fome e a saciedade. Os obesos apresentam dificuldade para diferenciá-las de outros sinais de desconforto e de tensão emocional desencadeadas por conflitos ou problemas. A partir desta reflexão parece que fica mais claro que os obesos não sofrem de falta de força de vontade. Na verdade eles não conseguem discriminar as sensações corporais e exercer controle sobre uma função ou necessidade que eles nem reconhecem.

Estes aspectos nos mostram que nem sempre o comer é fome de comida como podemos constatar nas falas:

Eu não passo fome eu passo vontade. (Katia)

Ah, eu tenho tantas saídas, comidas.... (Amanda)

Acho que eu não tenho essa de acostumar de comer menos... tudo eu quero é comer de bastante... todo mundo fala que tem alguma coisa que avisa a cabeça... acho que o meu não avisa nada... que está satisfeita ... minha cabeça não avisa o estômago não... eu só vou comendo... Assim se eu paro de almoçar eu quero um doce. Meu namorado é que fala: Ou eu to comendo ou to pensando o que vou comer... (Fernanda)

Paula parece negar seu estado de obesidade mórbida e mostra dificuldade de lidar com esta realidade. Em seu depoimento, coloca a necessidade de emagrecer como algo fora dela própria, "era vontade da minha avó, e até hoje é vontade dela". Para ela, obesidade é algo "comum", a que "está acostumada". Assim como nega a obesidade, também nega a carência afetiva, o sentimento de rejeição, a raiva, podendo este ser um mecanismo de defesa para evitar o contato com o sofrimento da causa e dos efeitos da obesidade.

Desde criança, as pessoas aprendem que a comida serve para aliviar tensões, e assim podem mascarar os verdadeiros sentimentos que muitas vezes não são agradáveis. Ao longo de suas vidas os obesos podem usar o alimento para preencher o vazio deixado pelas frustrações. A obesidade, acompanhada pela vergonha, solidão, e baixa auto-estima, causa grande sofrimento, colaborando para sua manutenção e interferindo na forma como a pessoa se vê diante do mundo e principalmente diante de si mesma.

4.3.2.3- Dificuldades em seguir dieta

Considerando que a procura inicial para o tratamento no Ambulatório de Obesidade na Adolescência era emagrecer, buscamos investigar, neste estudo, se os jovens estavam satisfeitos com o seu peso e saber das tentativas para emagrecer no intervalo entre o tratamento e a época atual.

Dos 13 jovens que tentaram emagrecer no intervalo entre o tratamento e a entrevista, quatro recorreram a tratamentos medicamentosos com ajuda profissional, sendo que os demais fizeram dietas por conta própria. Notamos, nesta amostra, que a maioria dos jovens que fizeram dietas voltaram a engordar, parece também ser comum a grande flutuação de peso entre eles (Quadro 5).

Quadro 5- Efeitos das dietas anteriores à entrevista

Efeitos das Dietas

Continuou gordo (dois casos)

Emagreceu durante a dieta mas voltou a engordar (dois casos)

Emagreceu 12 quilos mas engordou novamente

Emagreceu 25 quilos mas engordou novamente

Emagreceu 30 quilos mas engordou novamente

Fez várias dietas sem muita vontade

Passou mal com a dieta e interrompeu

Interrompeu por falta de apoio da família

Não conseguiu comprar produtos para dieta

Perdeu peso mas ficou flácida

Seguiu as orientações e emagreceu

Todos os jovens entrevistados estão insatisfeitos com o seu peso e querem emagrecer, mas apenas sete estão fazendo algum tipo de dieta, sendo que, destes, somente um faz dieta com orientação médica. Os tratamentos citados foram a diminuição do volume de alimentos e de gorduras, consumo de alimentos menos calóricos, adoção de horários para as refeições, e controle da ansiedade para conseguir aderir à dieta.

Tratamentos para obesidade partem do princípio que o equilíbrio do balanço energético é obtido através da redução da ingestão de alimentos e do aumento do exercício físico. Estas recomendações, apesar de popularmente conhecidas, apresentam dramáticas dificuldades para serem seguidas. Grande número de dietas que surgem no mercado propagam a idéia do emagrecimento para todos, sem esforço, sem sofrimento e sem fome. Recentemente se tem dado mais ênfase ao equilíbrio da saúde fisiológica e emocional durante uma dieta que permita manter o peso reduzido observando a necessidade de cuidado durante a vida toda.

BRUCH (1973) comenta que os adolescentes são facilmente explorados pela propaganda da mídia. Os esforços para emagrecer a partir de iniciativas próprias ou através de medicamentos podem gerar desajuste emocional, sendo que este padrão pode continuar na idade adulta.

Helena, Tais, Laura e Karla se empenharam em várias dietas conseguindo emagrecer mas após algum tempo recuperaram seu peso rapidamente. Suas tentativas para emagrecer causam sempre grande esforço e quando estão quase chegando ao peso ideal, algo acontece, como se fosse uma sabotagem interna, que as faz voltar a engordar. Os motivos para sair da dieta são diversos. No caso de Laura a entrada na faculdade e depois a busca de emprego. Já o caso de Helena foi a gravidez, para Karla foi o desemprego e nervosismo que não consegue controlar, e Tais, além de perder o curso que queria realizar, tem dificuldade no relacionamento familiar.

Eu fiz muitos regimes, depois que eu fiz aquele grupo, fiz assim, mas eu nunca senti a vontade que hoje estou sentindo, então acho que agora vai dar certo... (Karla)

Acredito assim eu não tive uma mudança assim, eu não consegui assim ter um corpo fininho, mas antes de eu ficar grávida e estar voltando a engordar, já estava me sentindo bem, sabe, não era um peso alto, ainda tinha que emagrecer mais... (Helena)

Continuei com a educação alimentar por um tempo mas daí eu parei, enjoiei de fazer isso. Entrei na faculdade e entrei no remédio...

Eu procurei né como se fala, tratamento alternativo, só que é muito caro...

(Laura)

Ah, eu fiz vários regimes, eu sempre faço depois eu paro no meio, não é bem isso, eu termino mas não consigo manter. Esses dias eu estava fazendo. Daí eu faço, completei e daí não consigo manter...aí eu paro e engordo tudo de novo. (Tais)

Suas histórias se assemelham ao castigo de Sísifo, mortal mais astuto da mitologia grega. Ele empreendeu várias contendas contra os deuses mas suas vitórias duraram pouco. Como castigo foi condenado, após a morte, à tarefa eterna de empurrar uma pesada pedra montanha acima que caía sempre antes de atingir o cume. Como Sísifo, elas tentam várias vezes muitas dietas, mas o sabotador interno volta a agir e, quando parece que vão conseguir seu objetivo, voltam a engordar (CASSIUS, 1985).

Amanda não adere a programas, já tentou várias vezes e desiste. Ela pratica o jogo psicológico 'Amanhã vou perder peso', que consiste em constantes procrastinações. Este jogo costuma aparecer desde a infância dentro de uma relação simbiótica com a mãe, e que na entrevista ela projetou na pesquisadora.

Esta relação aparece como o sentimento de querer estar no controle e evitar o sentimento de impotência e de falta de força. Para agradar e manter um pouco o poder, ela antecipa o que é esperado dela, mencionando antes, de forma a parecer estar no controle, sem no entanto ter a intenção de realizar a tarefa (CASSIUS, 1985).

Por enquanto eu vou fazer caminhada mais prá frente eu vou fazer musculação porque interfere um pouco a musculação, esses aparelhos... aí a gente fica com músculo... e se a gente quer perder... por enquanto não vai dar certo... caminhada... segunda feira que vem tem que ser... Segunda feira começo. Vai ser dezembro né, não vou deixar prá janeiro, porque depois deixa prá março e a gente vai empurrando...

Somente a vontade de emagrecer não garante resultados a longo prazo. Identificar expectativas irreais camufladas é muito importante para o profissional de saúde que vai orientar adolescentes e jovens adultos que buscam tratamento para emagrecer. Os adolescentes que estão insatisfeitos com seu peso e que procuram dietas mágicas e com efeitos a curto prazo, são as maiores vítimas dos ciclos de drásticas perdas e rápida reposição do peso. As experiências adquiridas nesta fase da vida são muito importantes e

esta recorrência pode levar os obesos a sentirem-se extremamente desencorajados. A abordagem do tratamento para a obesidade nesta fase de formação da identidade deve ter o cuidado com aspectos emocionais que desenvolvam auto-conceito positivo.

Um grupo de sujeitos desta pesquisa, obesos desde a infância e adolescência e que apresentam obesidade moderada e obesidade mórbida, relatam considerável esforço tentando fazer dieta para emagrecer, com dificuldade na obtenção de resultados. Desencorajados, expressaram a vontade de realizar cirurgia bariátrica.

Eu queria fazer aquela cirurgia do estômago né, porque a gente é folgado né, todo gordo é folgado né, aquela cirurgia... (Amanda IMC 40 kg/m²)

Ah,.... (silêncio pensando...) fala... no meu jeito... de ver, assim... acho que só fazendo a cirurgia de estômago mesmo.. (Adriano IMC 40 kg/m²)

A mãe de Isabel se submeteu à cirurgia bariátrica e conseguiu emagrecer cerca de 30 quilos. Percebemos durante a entrevista com Isabel que ela desistiu das dietas motivada pelo desejo de obter os mesmos resultados e justifica a cirurgia da mãe com a melhora da auto estima.

Eu vi que deu resultado né, porque minha mãe tomava muito medicamento, emagrecia depois engordava, entrou em depressão... porque tomava medicamento, colocava aquilo na cabeça né, que só medicamento que emagrecia... ela fez a cirurgia, emagreceu, nossa... a auto estima melhorou né, tudo e não é uma coisa assim que prejudica... ela é uma coisa benéfica né... ajuda muito... (Isabel IMC 36 kg/m²)

A percepção da dificuldade que os obesos mórbidos têm para emagrecer surpreende e coloca em dúvida o sucesso alcançado por Lili. A amiga e colega do grupo de obesos, não acreditava que ela havia emagrecido através de seus próprios esforços.

Faz tempo que eu vi el ... encontrei ela no ônibus, magrinha... (ri) Eu pensei que ela tinha feito aquela... é... cirurgia, no estômago... mas ela disse que não... só fechando a boca, ela falou... determinação né... (Helena)

CAPELLA e CAPELLA (2003) estudaram 19 adolescentes submetidos à cirurgia bariátrica nos últimos 10 anos. Todos tinham uma ou mais co-morbidades e o IMC médio era de 49 Kg/m². Os resultados mostraram uma redução do IMC na média de

28 Kg/m² em 5,5 anos sendo que todas as co-morbidades desapareceram. Somente um adolescente não emagreceu. Concluíram que este tipo de cirurgia deve ser oferecido a um número maior de adolescentes para minimizar as conseqüências físicas e emocionais de obesos mórbidos.

A cirurgia bariátrica, nas últimas décadas, vem sendo amplamente difundida e realizada, sendo que sua "explosão" no Brasil ocorreu nos últimos 5 anos. A técnica cirúrgica, desde que executada por cirurgião hábil, geralmente é bem sucedida, o que permitiu uma grande popularidade. Porém, apresenta mortalidade de 0,5 a 1,5% nos melhores centros. Critérios rigorosos devem ser observados na seleção de candidatos, além de exigir acompanhamento clínico/nutricional pós operatório e continuado para o resto de suas vidas (REPETTO et al, 2004). O tratamento cirúrgico pode ser eficaz e efetivo para determinados casos de obesidade mas este não apresenta nenhuma característica mágica e deve estar incluído em uma abordagem multiprofissional onde cirurgiões, clínicos, psicólogos convivam e discutam caso a caso, sob pena de se obter resultados indesejados (SEGEL, 2004).

4.3.2.4- Sentimentos por ter emagrecido

Na amostra estudada encontramos sete sujeitos que emagreceram no intervalo entre o atendimento em grupo e a data da entrevista, conforme mostra a Tabela n°12. A diminuição do peso esteve entre cinco e 32 quilos, com a média de 15 quilos. Encontramos dois sujeitos com o IMC normal (9,5%) e seis (28,7%) que apresentaram IMC entre 25 kg/m² e 29 kg/m², verificados na Tabela n°11, caracterizando este grupo como normal e com sobrepeso.

O emagrecimento pode trazer ganhos importantes como a diminuição do preconceito, melhora nos relacionamentos e na auto-estima. Como já mencionamos, a presença de distúrbios emocionais não é condição para o aparecimento da obesidade. Estes estão restritos a grupos específicos, como acontece em qualquer outra doença crônica. Dentro deste ponto de vista, a obesidade pode ser entendida como causadora da psicopatologia e não como sua conseqüência.

Os sujeitos do nosso estudo que emagreceram, confirmam este pressuposto. Entre estes, encontramos indicadores positivos, evidentes no fragmento da fala de Rodrigo, que obteve melhora no desempenho físico e na auto-estima, ficou mais seguro de si e constrói planos para o futuro:

_Jogo mais bola, fico mais tempo, ando mais de bicicleta. Não tenho preguiça de sair e andar por outros cantos... vou normal... Quero arrumar emprego e quero estudar. Estou querendo fazer faculdade... ter uma profissão, ter uma profissão te garante mais...

Fabio credita o seu sucesso ao controle da obesidade, que o impulsionou para uma vida nova:

_Até agora posso colocar assim, 98% da minha vida é positiva, posso colocar até errado ... o que eu já vivi desse ano pra cá... não se compara com o que eu vivia um tempo atrás.

Liria, Vera e Telma sentem-se mais atraentes:

_Demorei... mas valeu a pena.... Estou muito mais vaidosa agora (Liria).

_Você tá linda É muito bom... (Vera).

_Eu não usava blusinha assim.. por causa do busto, agora já gosto, já prefiro blusa assim... (Telma).

Procuramos investigar como estes jovens conseguiram emagrecer e todos referem ter diminuído o consumo de alimentos calóricos, seguindo dietas variadas, acompanhadas de exercícios físicos. Os fatores que desencadearam o empenho para emagrecer, no entanto, não seguem um padrão único. Fabio refere a ocorrência de um fator significativo que desencadeou a busca por uma vida mais saudável:

_Teve. (respondeu com mais entusiasmos) teve, uma professora de metodologia nossa, ela é muito show, ela deu uma historinha né, no começo do ano... é da vaquinha, que todo mundo tem.. assim.. acostuma com as coisas que façam pra gente e.. que de vez em quando a gente tem que fazer algo diferente,.... (conta a história da vaquinha que morreu) aí foi um ponto também... (fez uma pausa mais longa) eu mexia com as coisas erradas, entendeu, (subentende que usava drogas), aí essa minha noiva começou a me tirar

e eu fui junto ... foi juntando tudo, aí eu comecei a correr atrás das coisas, fiz faculdade e ... jogar futebol...

Rodrigo, Vera e Liria relatam o amadurecimento, a tomada de consciência e muito esforço pessoal para mudar hábitos sedentários e de alimentação.

_Foi sozinha... sozinha, tanto que todo mundo me pergunta: O que você fez... eu.. não sei né, foi com o tempo mesmo... então depois que eu saí que fui crescendo, que eu fui entendendo das coisas, sozinha, eu fui me dando conta da situação né....aí eu fui diminuindo a comida, diminuindo doces, nossa era doce,... e eu comia muito. Não vou dizer que eu parei com doces e parei com fritura mas eu tenho noção agora de como comer e quando comer. Eu posso dizer que tenho consciência (Liria).

O caso de Eriane envolve fatores emocionais desencadeados por dificuldades no relacionamento familiar. Ela fala que "não tem boca para nada", reprimindo seus sentimentos e engolindo a raiva e as palavras que deveria dizer. O alimento passa a ser visto como algo ruim e parece estar associado à mágoa de ser rejeitada pelos outros. À medida que ela não consegue expressar o que sente, "o estômago se fecha", aparecendo a somatização associada a problemas de saúde:

_Aí me deu um problema de pressão, parece que meu estômago fechou, eu olhava assim para a comida e não conseguia comer, comia bem pouquinho, em 3 meses emagreci 20 quilos, aí me dava desmaio, me sentia muito fraca, a pressão voltou a alterar, eu acho que é por causa que estou fraca, assim...

Apesar desta tentativa de interpretação aparentemente negativa sob o ponto de vista psicológico, o emagrecimento trouxe benefícios para Eriane. A melhora da aparência física tem facilitado seu relacionamento com rapazes e nas relações de trabalho relata estar mais solta e com mais auto confiança.

Esforços para emagrecer mais é traço comum neste grupo que não se mostra satisfeito com o peso, pois eles ainda se acham gordos e continuam preocupados com dietas:

_Meus planos... manter, (pensa um pouco...) manter não... ainda chegar no meu peso certo, estou perdendo ainda... ainda falta, eu voltei a comer comida normal assim, parei aquele regime severo mas, a alimentação modificou, eu não consigo comer

como antigamente, e aí estou forçando.. estou com 80kg e com 1,79, aí tenho que estar com 76kg... quero ver se chego. Isso é meta fixa, né... é pra correr atrás ... (Fabio)

Estes jovens, mesmo com pouco excesso de peso parecem agarrar-se a sua meta de peso com persistência. BRUCH (1973) alerta para o risco das pessoas que centram sua vida na manutenção de peso baixo poderem desenvolver um distúrbio emocional grave. Esta autora as chama de pessoas magras-gordas, e que estão próximo do que consideramos como anorexia nervosa. Registramos que não encontramos evidência deste distúrbio nesta amostra.

Devemos lembrar que os jovens entrevistados estão ainda na adolescência, preocupados com a aparência física e com sua adequação social, e as oscilações de peso podem ser características desta fase. O peso somente poderá ser considerado estável quando este é uma expressão de uma regulação mais ou menos espontânea, sem esforço extremo ou ansiedade contínua com a dieta.

4.3.3- Categoria 3- Experiência no grupo de obesos

Na introdução deste trabalho descrevemos a abordagem em grupo e alguns resultados encontrados ao longo dos anos aplicando esta técnica no tratamento da obesidade na adolescência. Este estudo nos permitiu comparar a situação de emagrecimento dos jovens estudados durante o período que cada um participou no grupo com o intervalo compreendido entre o final do grupo e a data atual. Observamos que o único tratamento em grupo a que estes jovens foram submetidos ocorreu com a nossa equipe de profissionais.

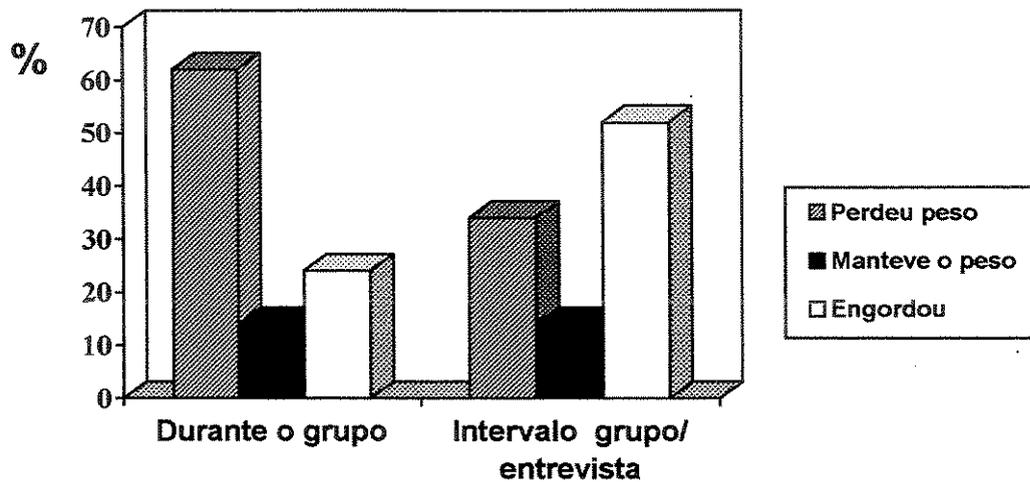


Gráfico 1- Situação do peso durante o tratamento em grupo e no intervalo entre o grupo e a entrevista.

No Gráfico 1, podemos observar que mais jovens conseguiram perder peso durante o grupo. Apesar desta amostra não ser representativa, estes dados nos levam a crer que a situação grupal favoreceu o emagrecimento, mas não garantiu a manutenção desta tendência. Em nosso estudo sobre o atendimento em grupo citado anteriormente na introdução deste estudo, verificamos diminuição de peso em 85% dos adolescentes durante o período do grupo, enquanto que somente 45% conseguiram emagrecer com tratamento individual. A adesão ao tratamento em grupo foi observada em 70% dos casos (MULLER et al, 1993). A adesão ao tratamento grupal também foi mencionada por WERUTSKY e BARROS (2000), que, em sua experiência, obtiveram a adesão de 8,6 meses nos indivíduos obesos atendidos em grupo enquanto que nos tratamentos anteriores foi de 5,8 meses. ZIMMERMAN (1993) preconiza a grupoterapia para pacientes somatizadores que manifestam uma frequência maior de abandonos, interrupções, resistência a mudanças e busca de cura apenas sintomática. Para este autor o tratamento grupal os beneficia muito mais.

4.3.3.1- Lembranças das impressões da época

As impressões sentidas na época destacam o sentimento de pertença ao grupo e de identificação com os demais participantes, quando cada um pode reconhecer-se no outro, como um espelho. Este reconhecimento de cada um, vindo a ser reconhecido pelos outros,

é o que diferencia o grupo do tratamento individual (WERUTSKY e BARROS, 2000). O fato de sofrerem problemas semelhantes, enfrentarem as mesmas vicissitudes e necessidades, contribui para criar um forte clima de coesão grupal e mútua solidariedade entre os mesmos. Isto faz com que os indivíduos logo ao ingressarem no grupo sintam um enorme alívio ao perceber que os outros também têm o mesmo tipo de fantasia, passam pelo mesmo desânimo e têm problemas que eles pensavam que só ocorriam com eles (MELLO FILHO, 1986). A perspectiva de ajudar o outro e de ser ajudado dentro de uma possibilidade de acolhimento também é observada. Estes aspectos ocorridos durante as sessões grupais foram mencionados durante as entrevistas:

_Quando a gente está em grupo a gente se sente mais motivada que trabalhar sozinha. É diferente de fazer sozinha. (Laura)

_O grupo motivava, todos estavam na mesma situação e era mais fácil para se esforçar. Quando se tem outra pessoa participando junto a pessoa se anima e segue as orientações. No grupo eu pesava 72 quilos, agora estou com 102. (Amanda)

_Ah, era adolescentes né, tudo mundo gordo... (Adriano)

_Porque um dava força pro outro né, todo mundo falava do seu problema e eu via que o meu era menor do que o dos outros ainda né, dava mais força né...(Isabel)

A proposta do grupo tinha características educativas que incluíam programação sobre nutrição, atividades físicas e suporte psicossocial. Estas atividades pedagógicas foram as mais lembradas pelos sujeitos estudados que trouxeram informações sobre dieta, exercícios e também as atividades e dinâmicas de grupo que realizaram. As falas dos entrevistados mostram estas lembranças:

_Quando você colocou dois paus para gente passar e ver como a gente era, né era para a gente se conscientizar que a gente pensava que era coisa totalmente diferente...(Vera)

_Havia sempre alguma atividade. Depois tinha a atividade física, eu fazia lá na faculdade de educação física... (Caique)

_Ah, eu lembro que teve bastante entrevista, filme para a gente ver, bastante jovens...(Eriane)

_A gente conversava aqui... tinha palestra, tinha ensinamento sobre... reeducação alimentar né... depois a gente fazia uma ginástica com a professora, aí a gente caminhava, educação física mesmo... Fiz amizades com as pessoas.. (Daniela)

_Fazia atividade em cartaz, da pirâmide de alimentos, esses dias eu vi de novo na minha aula, lá, no curso, a pirâmide. Eu lembro mais das atividades. (Liria)

Estas lembranças mostraram também as suas atuações no grupo, quando permaneciam em pré-tarefa, fixando-se em técnicas defensivas, onde predominava a resistência à mudança que impede a realização de uma ação direcionada para o aprendizado. Esta conduta de atuação pode ser traduzida como desobediência às orientações e o medo de que com a revelação corressem o risco de serem punidos. Os fragmentos de fala a seguir mostram esta tendência:

_Tudo o que gente comia a gente marcava no papel e depois trazia, assim um ajudava o outro também porque às vezes, a gente chegava e falava que comeu alguma coisa diferente né, às vezes a gente falava que comeu mas não marcou no papel né, (ri) escapava um pouco assim... (Katia)

_Lembro que passava dieta,que eu lembro eu não fazia...(Adriano)

Helena, a única que menciona lembrar-se das orientações sobre sexualidade, está grávida.

_Lembro as orientações nutricionais, lembro também das orientações em termos da sexualidade, a forma de a gente estar se formando se orientando, no psicológico, aquilo que a gente sonhava se tornar, e fazer, aquilo que a gente tinha dificuldade de fazer também...

O trabalho educativo sobre prevenção da gravidez debatido no trabalho de grupo pode ter atingido apenas o aspecto cognitivo. CASSORLA (1991) refere que muitas vezes as jovens não tem consciência emocional de que podem engravidar. Parece existir uma dissociação entre o conhecimento intelectual e a fantasia inconsciente de que, sentindo-se ou desejando ser uma criança ainda, não tem condições biológicas para gerar.

Desta forma a gravidez é vista como algo surpreendente e muitas vezes negada. O conhecimento teórico em relação às instruções nutricionais, da mesma maneira, podem ter sido compreendidos apenas num nível cognitivo e não são suficientes para a mudança de atitude.

Os sujeitos desta pesquisa mesmo após longo espaço de tempo evidenciam a força do vínculo criado na interação grupal. O vínculo aparece a partir da identificação com os outros adolescentes também obesos e de ser reconhecido como sujeito que precisava de ajuda para emagrecer. Dentro do grupo existem expectativas recíprocas da inclusão, da presença e da resposta do outro, sendo que o vínculo é um processo revestido de direcionalidade orientação e determinação mútua (GIFFONI, 1992).

4.3.3.2- A importância do tratamento em grupo na vivência atual

Uma pergunta que instigou nosso estudo desde sua concepção foi saber se as noções discutidas nos grupos sobre o tratamento da obesidade operaram alguma mudança no dia a dia dos integrantes, essência do conceito de aprendizagem. A aprendizagem na perspectiva da técnica de grupo operativo pressupõe uma adaptação ativa e constante à realidade, para transformar-se e transformá-la (DOMINGUES,1992). Através das entrevistas semi-estruturadas coletamos uma variedade de material que possibilitou identificar alguns momentos de mudanças efetivas de atitudes e outros de aquisição de conhecimentos puramente informativos.

Percebemos que as orientações discutidas durante o trabalho em grupo e que foram consideradas importantes para os integrantes desta pesquisa, situaram-se em grande parte nas orientações nutricionais e de exercício físico. Mudanças de hábitos alimentares, dietas e horários para as refeições, foram mencionadas com frequência como muito importantes. Porém, menos da metade refere seguir estas orientações. Em menor número apareceu a necessidade de aumento e frequência de atividade física, mencionada e ainda praticada. Poucos referiram a importância do apoio emocional. As mudanças de comportamento relacionadas às orientações mencionadas e que ainda permeiam o cotidiano deste grupo foram poucas, conforme mostra a Tabela 19.

Tabela 19- Orientações que considera importantes e as que ainda segue

Tipo de Orientação	Importantes	Ainda segue
Reeducação Alimentar	18	7
Necessidade de Atividade Física	5	4
Apoio Emocional	2	1
Informações Sobre Saúde	2	
TOTAL	27*	12

* Nota: Os entrevistados mencionaram mais de uma orientação.

Nas entrevistas identificamos que o grupo estudado tem noção que comer em excesso e que a vida sedentária são fatores que induzem à obesidade. Estas temáticas foram amplamente abordadas durante as sessões em grupo. Vários temas relacionados a sentimentos e emoções também fizeram parte da abordagem, já mencionados na introdução deste trabalho.

Orientações foram lembradas e seguidas por Rodrigo, Daniela, Fabio, Eriane, Lili, Teresa, e Vera.

Encontramos atitudes relacionadas à dieta e aos exercícios físicos, que foram incorporadas por Rodrigo que conseguiu emagrecer e está mais confiante e seguro de si mesmo.

_Ficou. De alimentação, procuro diminuir mais a comida, estou alimentando mais devagar. Deixo de comer muita coisa... é exercício estou mais disposto a fazer. Eu faço mais,

A caminhada foi a atividade mais citada entre os entrevistados. Teresa não emagreceu mas manteve este hábito:

_A caminhada. Eu gosto muito... na parte da tarde eu caminho né, eu caminho sim...

Daniela refere que sua participação no grupo trouxe mudanças no preparo da alimentação com efeito para ela e para a família. Com a morte de sua mãe tornou-se responsável pelos irmãos e planeja e prepara suas refeições. Podemos identificar as mudanças no trecho de sua fala:

_Ah, muito, nossa... a comida a gente faz diferente, coloca menos óleo... o costume que tinha antes né... carne, evitar gorda... salada frutas a gente tinha costume... mas a mãe fazia salada de alface e colocava um monte de óleo.: ela temperava... carne de panela já colocava aquelas linguças .. foi cortando essas coisas, deu resultado na saúde, eu que tinha pressão alta, bem alta regularizou... perdi peso também, e era pela gordura né, obesidade... sal a gente reduziu... então foi bastante válido. Lá em casa mudou muita coisa, todo mundo, até meu pai emagreceu (ri) verdade, foi nos seguindo emagreceu também...

A noção de certo e errado, de teoria e prática, são sentimentos ambivalentes vividos por Fabio. Ele está saindo de uma situação que exigiu profundas mudanças de vida, ainda não solidificadas e conflituosas.

_Lembro, ...lembro, aquilo que aprendi e coloquei em prática... a parte da alimentação, tudo. Até o ano passado, em dezembro eu pesava 112 quilos, e daí de dezembro pra cá que eu emagreci 30 quilos...Foi as orientações que eu tive aqui... foi de grande ajuda agora, porque sempre que vou comer alguma coisa eu ... eu sabia o que era certo e o que era errado, e o exercício físico, eu sabia que era certo que era errado... eu aprendi a teoria, só a prática que atrasou um pouco... (Fabio)

Fabio refere que agora sabe o que é certo ou errado no controle da alimentação, mas pode estar falando do controle das drogas, da agressividade, ou dos relacionamentos antigos que foram mencionados por ele na entrevista.

Durante o atendimento em grupo alguns adolescentes que apresentaram problemas emocionais, após avaliação cuidadosa, foram encaminhados para tratamento psicológico. Lili e Isabel mencionaram a terapia psicológica e referem ter obtido ganhos na auto estima. Lili teve várias passagens de atendimento no Ambulatório de Obesidade na

Adolescência depois da participação no grupo, com benefícios e recaídas constantes. O acolhimento que recebia da equipe facilitou sua busca de ajuda, como sua fala deixa transparecer:

Quando fiquei um tempo sem vir e comecei a sentir que aquilo estava me fazendo falta... (o atendimento da psicóloga) quando comecei a perceber que aquilo me ajudava, faz uns dois anos, falei para ela que eu queria voltar que eu precisava de ajuda, sozinha acho eu não ia conseguir, foi quando ela marcou a consulta comigo de novo aí eu voltei, comecei...

A situação de mudança implica não só no manejo teórico ou na estratégia para comunicar conhecimentos mas basicamente desenvolver e modificar atitudes. O tratamento em grupo, através de técnicas e dinâmicas direcionadas ao controle da obesidade, objetivou a articulação do informativo com o formativo, procurando construir um novo referencial. Podemos perceber, no entanto, que, a longo prazo, permanecem as informações sobre a obesidade na memória dos adolescentes. Nas entrevistas os sujeitos expressaram a dificuldade em articular estes conhecimentos com o exercício da prática, como podemos perceber nos fragmentos das falas.

Eu fazia caratê. Quarta e Sexta só que eu saí por causa disto (se referindo aos estudos) Durante a semana não dava. Acho que independente do exercício tem as suas responsabilidades e tem que cumprir horário. Sua carreira é prioritária. (Amanda)

Não... eu não tenho tempo prá nada, (ênfatiza bem este trecho de fala) minha vida, aí... é uma correria... (Maria)

Assim até eu relaxei, assim eu estou abrindo mão de certas coisas, eu não estou praticando a caminhada que eu fazia, comecei a trabalhar, também ajudou, agora (com a gravidez), não estou fazendo questão de ficar magra. (Helena)

Não é que não ajudou, quando eu tinha vontade, ficava na linha, mas fazia uma semana mas na outra já não fazia mais. É que eu parava, não continuava. (Caique)

Então, naquela época, que eu lembro assim, que ensinava a gente a comer, então se eu não tive melhor aproveitamento foi por falha minha, que eu não continuei,

acabou aqui e eu parei também... se eu tivesse continuado naqueles ensinamentos... como comer, como se alimentar, só nessa base, talvez hoje eu não tivesse né, ... (Katia)

_Não, porque daí eu queria algo mais fácil. Continuei com a educação alimentar por um tempo mas daí eu parei, enjoiei de fazer isso. Entrei na faculdade e entrei no remédio.. (Laura)

A dificuldade no tratamento da obesidade e os freqüentes insucessos constituem-se um problema importante especialmente na adolescência. FISBERG (1993) refere que as chances de um indivíduo conseguir remissão permanente não são muito maiores que 30%. A porcentagem de fracasso terapêutico em distintos estudos varia muito e preocupa pela persistência da obesidade na idade adulta. BROWNE et al. (1983) colocam a obesidade como um dos mais comuns e refratários problemas de saúde na infância e adolescência. Estes autores relatam que muitas formas de tratamento têm sido tentadas, mas a maioria apresentou perdas de peso limitadas, falta de adesão, e que, os que conseguem emagrecer em um curto espaço de tempo não conseguem manter esta perda a longo prazo. MESA et al. (1987) concluiu em seu estudo que o programa terapêutico em grupo é efetivo a curto prazo, enquanto se mantêm os contatos de reforço com os pacientes. Não é efetivo a longo prazo, o que pode ser explicado pela falta de um controle terapêutico periódico que permita o reforço do programa apresentado. Refere ainda que os pacientes que continuam cumprindo as instruções do programa conseguem emagrecer.

5- CONCLUSÃO

Este estudo propiciou várias reflexões que contribuíram para um melhor entendimento da obesidade em jovens adultos e as reminiscências que permaneceram naqueles sujeitos sobre o atendimento em grupo operativo. A partir dos achados desta investigação elaboramos algumas conclusões:

- 1- Muitos aspectos significativos relacionados ao envolvimento da obesidade com as relações interpessoais, com os sentimentos e com a experiência no grupo de obesos, não seriam percebidos se fôssemos atentos somente a números e dados estatísticos. O método clínico-qualitativo através da escuta, observação e detalhamento da história de vida, proporcionou maior riqueza ao material colhido nas entrevistas. À medida que permitimos a expressão dos sentimentos, obtivemos maior compreensão da interação do sujeito com a obesidade e formamos subsídios para reflexão mais abrangente sobre esta patologia.
- 2- As dificuldades encontradas nos relacionamentos familiares, no trabalho e nas relações afetivas entre os jovens deste estudo, parecem não ser exclusividade da situação de obesidade. A obesidade aparece como um complicador adicional, aliada à existência do preconceito, aos fatores de risco no trabalho, aos padrões relacionais de dependência e rigidez na família. A obesidade pode atuar como obstáculo no estabelecimento de relacionamentos afetivos. O temor de não ser correspondido e o sentimento de inadequação foram defesas utilizadas para manter distância frente à sexualidade.
- 3- Os depoimentos mostraram que as pressões psicológicas decorrentes da obesidade geraram sentimento de ansiedade, impotência, baixa auto-estima, principalmente culpa e discriminação, fortalecidos pela dificuldade de aceitação social. Estes aspectos também estão presentes em grupos restritos, como acontece em qualquer outra doença crônica, e sugerem que são decorrentes do estado obeso e não a causa da obesidade. Observamos que os sujeitos que emagreceram obtiveram ganhos importantes nos relacionamentos e na auto-estima, melhorando o desempenho físico e ficando mais satisfeitos com sua imagem.
- 4- Conhecimentos e noções sobre complicações, tratamento e causas da obesidade são insuficientes para emagrecer. Os sujeitos desta amostra querem emagrecer por motivo de

saúde e estético, mas sentem falta de estímulo frente aos esforços pessoais e os freqüentes fracassos.

- 5- A identificação e o sentimento de reconhecimento de cada um vindo a ser reconhecido pelo outro, foram os principais significados atribuídos pelos sujeitos ao atendimento em grupo. Estes significados, mesmo após longo espaço de tempo, mostram a força dos vínculos criados na interação entre os participantes. Este fato favoreceu a troca de experiências e a coesão grupal, facilitando a adesão ao tratamento na época e a participação na pesquisa atual.
- 6- Durante o tratamento em grupo, maior número de sujeitos conseguiram emagrecer do que no período posterior. Isto nos leva a crer que a situação grupal favoreceu o emagrecimento, mas não garantiu a manutenção desta tendência. A situação de mudança implica não só no manejo teórico cognitivo (estratégia para comunicar conhecimentos) mas, basicamente desenvolver e modificar atitudes. O tratamento em grupo, através de técnicas e dinâmicas direcionadas ao controle da obesidade, objetivou a articulação do informativo com o formativo, procurando construir um novo referencial. Podemos perceber, no entanto, que no longo prazo, as informações permaneceram na memória dos adolescentes, mas as mudanças de atitudes e o aprendizado foram limitados. Este fato sugere que, para haver o controle terapêutico mais efetivo da obesidade, há necessidade de reforço contínuo do programa.
- 7- O atendimento em grupo para adolescentes obesos pode ser estratégia importante para atender a demanda cada vez maior de indivíduos que buscam tratamento para obesidade dentro de um hospital universitário. A divulgação desta experiência de tratamento possibilitará a reprodução em outros setores considerando a vocação natural da universidade na geração de conhecimentos a partir da assistência, do ensino e da pesquisa.

Cabe ressaltar que apesar da evidência de extensa literatura sobre obesidade, a demanda pela avaliação das abordagens existentes e por novas formas de tratamento ainda se faz necessária. A incorporação de novos conhecimentos e capacidades técnicas para proporcionar respostas mais adequadas, especialmente com ações preventivas, se impõe

para a promoção da saúde. Sugerimos amplo trabalho de rede envolvendo as unidades de saúde, as escolas, os locais de trabalho, e os locais de lazer e também envolvimento da mídia. A reunião conjunta destes esforços poderá reivindicar políticas públicas que fortaleçam a saúde e atuem na prevenção da obesidade.

6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. **Adolescência Normal**: um enfoque psicanalítico. Porto Alegre: Artes Médicas, 2ed. 1981.92p.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE, ABESO. Desnutrição e obesidade em diferentes grupos populacionais, segundo regiões, Brasil, 1997. Disponível em: URL: [http:// www.abeso.org.br/pdf/dados_epidemiologicos.pdf](http://www.abeso.org.br/pdf/dados_epidemiologicos.pdf) [25/05/04].

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Martins Fontes, 1977. 226p.

BATTISTONI, M.M.M. **Obesidade feminina na adolescência**: revisão teórica e casos ilustrativos. Visão psicossomática. Campinas, 1996. (Tese – doutorado - Universidade Estadual de Campinas).

BENJAMIN, A. **The helping interview**. 2º ed. Ed. Atlanta: Hoghton Mifflin Co, 1974. 167p.

BLEGER, J. A entrevista psicológica: seu emprego no diagnóstico e investigação. In: ____ **Temas de Psicologia: entrevistas e grupos**. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 1995. p. 9-41.

BITTENCOURT, Z.L. C. **Psicoterapia de grupo com adolescentes**. Campinas, 1990, (Monografia de conclusão de Curso Introdução à Psicoterapia Analítica de Grupo - Universidade Estadual de Campinas).

BOUCHARD, C. **Atividade Física e Obesidade**. São Paulo: Ed. Manole, 2002. 486p.

BRAY, G.A . Sobre peso, mortalidade e morbidade. In: BOUCHARD, C. **Atividade Física e Obesidade**. São Paulo: Ed. Manole, 2002. p. 35-61.

BRITTEN, N. Qualitative interview in medical research. **BMJ**, 311:251-253, 1995.

BRUCH, H. **Eating disorders**; obesity, anorexia nervosa and the person within. London: Ed. Basic Books Inc. 1973. 396p.

BRUNSER O., CARRAZZA F.R., GRACEY M., NICHOLS B. L., SENTERRE J. **Nutricion Clínica en la Infancia** 157-174. Ed. Raven Press, New York, 1985.

BROWNELL, K. D., KELMAN J. H., STUNKARD, A. J. Treating of obese children with and without their mothers: Changes in weight and blood pressure. **Pediatrics**, 71 (4): 515-23, 1983.

- CALIL, V. L. L. **Terapia Familiar e de Casal**. São Paulo: Ed. Tecnat, 1987. 172 p.
- CAMARA DOS DEPUTADOS. **Estatuto da Juventude**. Disponível em: <http://www.camara.gov.br>. [27/05/04].
- CAMPOS, C. J. G. **A vivência do doente renal crônico em hemodiálise: significados atribuídos pelos pacientes**. Campinas, 2003. (Tese – doutorado - Universidade Estadual de Campinas).
- CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: uma ferramenta para análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, em fase de publicação, 2004.
- CAMPOS, D.M.S. **Psicologia da adolescência: normalidade e psicopatologia**. Petrópolis: Ed. Vozes, 1991. 157p.
- CANESSA, P. NYKIEL, C. **Manual para la educacion en salud integral del adolescente**. Washington: Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. 1996. 144p.
- CAPELLA, J.F. CAPELLA, R.F. Bariatric surgery in adolescence. Is this the best age to operate? **Obesity Surgery**, 13:826-832, 2003.
- CARNEIRO J.R.I, KUSHNIR, M.C., CLEMENTE, E.L.S., BRANDÃO, M.G., GOMES, M.B. Obesidade na adolescência: fator de risco para complicações clínico-metabólicas. **Arq Bras Endocrinol Metab.**, 44 (5):390-396, 2000.
- CASSIUS, J. **Socorro! Estou preso no meu corpo**. São Paulo: Editora gente, 1985. 188p.
- CASSORLA, R.M.S. Simbiose na adolescência: implicações clínicas. p. 514-523 In: MAAKAROUN, M.F., SOUZA, R.P., CRUZ, A. R. **Tratado de adolescência**. Rio de Janeiro: Ed. Cultura Médica, 1991. 1002p.
- CECERE, M.C. - PIP (positive image program): A group approach for obese adolescents. **Nurs Clin North Am**, 18 (2) :249-256, 1983.
- CENTER FOR DISEASE CONTROL. **Obesity trends: prevalence among U.S. adults of metabolic syndrome associated with obesity**. Disponível em: URL: [http:// www.cdc.gov](http://www.cdc.gov) [25/05/04].

COLLI, A.S. Crescimento e desenvolvimento na adolescência. In. SETIAN, N., COLLI, A.S., MARCONDES, E. Adolescência. Ed Sarvier, São Paulo, 1979, 220p.

DAMIANI, D. Obesidade na infância e adolescência - um extraordinário desafio! **Arq Bras Endocrinol Metab**, 44 (5):363-65, 2000.

DE SIMONE M.; FARELLO G.; PALUMBO M.; GENTILE T.; CIUFFREDA M.; OLIOSO P. et al. Growth charts, growth velocity and bone development in childhood obesity. **Int J Obes Relat Metab Disord**, 9 (12):851-7, 1995.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, **The research act: theoretical introduction to sociological methods**. 3 ed. New York: Ed. Prentice Hall, 1978. 306p.

DIETZ JR, W.H. Prevention of childhood obesity. **Pediatr Clin North Am**, 33 (4):823-33, 1986.

EPSTEIN, L.H.; McCURLEY, J.; VALOSKI, A.; RENA, R.; WING, R.R. Growth in obese children treated for obesity. **AJDC**, 144:1360-64, 1990.

ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. Lei Nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Publicação da Secretaria Municipal de Promoção Social. Campinas, 1992. 60p.

FALORNI, A.; GALMACCI, G.; BINI, V.; FARAONI, F.; MOLINARI, D.; CABIATI G. et al. Using obese-specific charts of height and height velocity for assessment of growth in obese children and adolescents during weight excess reduction. **Eur J Clin Nutr**, 53 (3):181-8. 1999.

FISBERG, M. Obesidade na infância e adolescência. **Pediatria moderna**, XXIX (2):103-108, 1993.

FRIEDMAN, H.L. Desarrollo social de los adolescentes: una perspectiva mundial. **J Adoles Health**, 14: 645-721, 1993.

FUREDÍ, F. **The children who won't grow up**. Essay 29/07/2003. Disponível em <http://www.spiked-essays>. [08/08/2004].

GARN, S.M.; HOPKINS, P.J.; RYAN, A. S. Differential fatness gain of low income boys and girls. **Am J Clin Nutr**, 34:1465-1468, 1984.

GAYOTTO, M.L.C. Movimento dialético do processo grupal. In: DOMINGUES, I.; RUDGE L.T.; GAYOTTO, M.L.C.; GIFFONI, V.L. **A técnica de grupo operativo**. São Paulo. Texto do Instituto Pichon-Riviere, 1992. 35p.

GIFFONI, V.L. Comunicação. In: . DOMINGUES, I.; RUDGE L.T.; GAYOTTO, M.L.C.; GIFFONI, V.L. **A técnica de grupo operativo**. São Paulo. Texto do Instituto Pichon Riviere, 1992. 35p.

GIFFONI, V. L. **O conceito de grupo e os princípios organizadores do grupo no pensamento de Henrique Pichon-Rivière**. São Paulo, Texto do Instituto Pichon-Rivière, 1992. 6p.

GORTMAKER, S.L.; MUST, A.; PERRIN, J.M.; SOBOL, A .M.; DIETZ, W.H. Social and economic consequences of overweight in adolescence and young adulthood. **N Engl J Med**, 329:1008-1012, 1993.

GREGORIO, M. Pediatria e obesidade: Tratar o problema pela raiz. **Jornal da USP**, São Paulo, 1 de outubro de 1995. p.7.

GRINBERG, L.; LANGER, M. RODRIGUÉ, E. **Psicoterapia del grupo: su enfoque psicoanalítico**. Buenos Aires: Ed. Paidos. 1957. 243p.

GUEDES, D.P.; GUEDES, J.E.R.P. **Crescimento, composição corporal e desempenho motor de crianças e adolescentes**. São Paulo: Ed. CLK Balieiro. 1997.

HALPERN, A. **Obesidade**. São Paulo: Ed. Contexto, 1997. 64p.

HILL, J. O.; PETERS, J.C. Enviromental contributions to the obesity epidemic. **Science**, 280:1371-1364, 1998.

HOLLIS, F. **Casework: a psychosocial therapy**. New York: Ed. Randon House, 1964. 393p.

JEKEL, J.F.; ELMORE, G.E.; KATZ, D.L. **Epidemiologia, bioestatística e medicina preventiva**. Porto Alegre: Ed. Artmed, 1999. 328p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Idade média dos cônjuges na data do primeiro casamento e de todos os casamentos, 1990-2000 - Brasil. Disponível em <http://www.ibge.gov.br> [14/08/04]

- KAHTALIAN, A. Obesidade: um desafio. In: MELLO Fº, J. **Psicossomática Hoje**. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 1992. p.273-79.
- KNITTLE, J.L., The growth of adipose tissue in children and adolescents. **J Clin Invest**, 63: 239, 1979.
- KNOBEL, M. Síndrome normal da adolescência. In: ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. **Adolescência Normal: um enfoque psicanalítico**. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 2ed. 1981.92p.
- KOIZUMI, M. S. Fundamentos metodológicos da pesquisa em enfermagem. **Rev Esc Enf USP**, 26. 33-47, 1992.
- LEVISKY, D. L. Adolescência- Reflexões Psicanalíticas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.
- LUDKE, M.; ANDRE, M.E.D.A. **Pesquisa em educação**. São Paulo: Ed.EPU, 1986. 99p.
- MAFFEI, M.J.; HALAAS, E.; RAVUSSIN, R.E.; PRATLEY, G.H.; LEE, Y., ZHANG, H. et al. Leptin levels in human and rodent: measurement of plasma leptin and RNA in obese and weight-reduced subjects. **Nature Medicine**, 1:1155-1161, 1995.
- MARCELLI, D.; BRACONNIER, A. Psicopatologia das condutas centradas no corpo. In: _____ **Manual de Psicopatologia do Adolescente**. Porto Alegre: Ed. Artes médicas, 1989. p.303-320.
- MARTINELLI, M. L., Serviço social em hospital-escola: um espaço diferenciado de ação profissional. **Serviço Social & Saúde**, 1:1-11. 2002.
- MARTINS, M.F.S; MULLER, R.C.L.; LAMAS, J.L.T.; VEIGA, M.C.; SILVEIRA, H.M.C. BATTISTONI, M.M.M.T. et al. Atendimento em grupo ao adolescente obeso - proposta interdisciplinar integrada com a a família. In: Congresso Brasileiro de Adolescência, 6. Aracaju, Sergipe, Brasil. **Anais...** 1995. p.134.
- MATOS, M.I.R.; ZANELLA M.T. Alterações do comportamento alimentar, ansiedade, depressão e imagem corporal em pacientes com obesidade grau III. **Revista ABESO** n.9 Disponível em: <http://www.abeso.org.br> [25.05.04].
- MAYS, N.; POPE, C. Rigour and qualitative research. **BMJ**, 311: 42-45, 1995.

- MELLO FILHO, J. **Concepção psicossomática: visão atual.** Rio de Janeiro: Ed. Tempo Brasileiro, 3ed. 1983. 215p.
- MELLO FILHO, J. Grupoterapia com pacientes somáticos. In: OSÓRIO, L.C. - **Grupoterapia Hoje.** Porto Alegre: Ed.Artes Médicas, 1986. 358p.
- MESA, A.C.; AMARO, M.R.; DEL CANAL, L.P.; SEUC, A. J.O. Efectividad terapeutica de una consulta grupal para el tratamiento de la obesidad. **Rev Cubana Med,** 26 (11): 1279-1283, 1987.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento-** Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Ed. Hucitec, 5ed. 1998. 269p.
- MINUCHIN,S. **Famílias: funcionamento & tratamento.** Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 1982. 238p.
- MOKDAD, A.H., SERDULA, M., DIETZ W. BOWMAN, B.A MARKS, J.S. KOPLAN, J.P. The continuing obesity epidemic in the United States. **JAMA,** 284:1650-1651. 2000.
- MOKDAD, A .H., FORD, E.S., BOWMAN, B.A ., DIETZ, W., VINICOR, F., BALES, V.S., MARKS, J.S. Prevalence of obesity, diabetes, and health risk factors, 2001. **JAMA,** 289:76-79, 2003.
- MULLER, R.C.L.; CHAGAS, M.F.; SANS, J.L.; BATTISTONI, M.M.M. Obesidade na adolescência, avaliação de um programa de tratamento em enfoque multiprofissional. In: Congresso Brasileiro de Adolescência, 5. **Anais...** Belo Horizonte, MG, Brasil, Maio, 1993. p.595-596.
- MÜLLER, R. C. L. **A história familiar e a obesidade na adolescência: Um estudo clínico-quantitativo com adolescentes obesos.** Campinas, 1999 (Tese – doutorado – Universidade Estadual de Campinas).
- MÜLLER, R.C.L.; RODRIGUES, E.M., MINICUCCI, W.J., MARTINS, M.F.S., SEVERINI, S.D., LAMAS, J.L.T. Results of the treatment of obese adolescents through a multidiscipline approach. In: International Congress on Obesity. 9. São Paulo, 2002. **Annals...** São Paulo, SP, Brasil, August 2002.

OLIVA, A.B.G.; HALPERN, A. Como diagnosticar e tratar a obesidade. **Rev Bras Med**, 49 (6):257-264, 1992.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). "Tendências globais de emprego para jovens". Disponível em <http://www.ilo.org.trends>. [12/08/04].

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Necesidades de salud de los adolescentes. Ginebra: OMS. 1977 55p (Serie de informes técnicos n.609).

OSÓRIO, L.C. **Grupoterapia Hoje**. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 1986. 358p.

PERBELLINI, L., Job as a risk factor for obesity...and the contrary! **Med Lav** 95 (3):211-22. 2004.

PICHON-RIVIERE, E., **O Processo Grupal**. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 2. ed.,1986. 181p.

PIZZINATO, V.T. **Obesidade Infantil**: processo psicossomático evolutivo. São Paulo: Ed. Sarvier Ltda. 1992. 153p.

POPE, C., MAYS, N., Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. **BMJ**, 311: 42-45, 1995.

PUHL, R.; BROWNELL, K.D. Bias, discrimination, and obesity. **Obesity research**. 9:788-805. 2001.

QUIROGA, A.P. El concepto de grupo y los principios organizadores de la estrutura grupal en el pensamiento de E.P.Riviere. **Temas de Psicologia Social**, 6:77-98, 1984.

REPETTO, G. RIZZOLLI, J. CASAGRANDE, D. Cirurgia bariátrica: um tratamento cirúrgico ou clínico? **Revista ABESO**, n.11 Disponível em: <http://www.abeso.org.br> [25.05.04].

REUCHLIN, M.A **A história da psicologia**. 2ed. São Paulo: Ed. Difusão Européia do Livro, 1965. 129p.

ROBERTO, L.G. Transtornos alimentares como segredos de família. In: IMBER-BLACK, I. **Os segredos na família e na terapia familiar**. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas. 1994. p.166-182.

- RODIN, J.; SCHANK, D.B.A. STRIEGEL-MOORE, R. Psychological features of obesity. *Med Clin North Am*, 73 (1): 53-76, 1989.
- SAITO, M.I. Obesidade na adolescência. *Pediatria Moderna*, 22 (8): 263-268, 1987.
- SALBE, A.D., RAVUSSIN, E. As determinantes da obesidade. In: BOUCHARD, C. *Atividade Física e Obesidade*. São Paulo: Ed. Manole, 2002. p. 79-116.
- SCHWARTZ, M.W.; PESKIND, E.; RASKIND, M.; BOYCO, E.J.; PORTE, Jr. D. Cerebrospinal fluid leptin levels: relation to plasma levels and to adiposity in humans. *Nature Medicine*, 2: 589-593, 1996.
- SEGAL, A. Efeitos psiquiátricos das operações antiobesidade. *Rev ABESO*, n.12 Disponível em: <http://www.abeso.org.br> [25.05.04].
- SEVERI, F., LIVIERI, C., CISTERNINO, M., LORINI, R., VERRI, A .P. Thoughts on childhood obesity. In: International Symposium. 1985. Pavia, Italy. *Proceedings...* New York: Ed.Pergamon Press. 1985, p.105-111.
- SHONFELD, W.N., WARDEN, C.H. Pediatric obesity: an overview of etiology and treatment. *Ped Clin North Am*, 44 (2): 339-361, 1977.
- SISE, Sistema de Informações e Análises Econômicas. Relatório n.3, Setembro 2002 - **Temas Estratégicos: Emprego.** Disponível em: <http://www.fundap.sp.gov.br/publicacoes/sise/pdf/sise%203.pdf> [10/08/04]
- STRASBURGER, V.C., *Os adolescentes e a Mídia - Impacto psicológico*. Porto Alegre: Ed. Artmed. 1999. 157p.
- STUNKARD, A.J., MENDELSON, M. Obesity and the body image: I. Characteristics of disturbances in the body image of some obese persons. *Am J Psychiatry*, 123:1286-1300, 1967.
- STUNKARD, A .J., WADDEN, T.A . Psychological aspects of severe obesity. *Am J Clin Nutr*, 55: 524S-532S, 1992.
- STUNKARD, A.J., THORKILD, I.A., SORENSEN, D., CRAIG, H., THOMAS, W., TEASDALE, M.A . et al. An adoption study of human obesity. *N Eng J Med*, 314:193-198, 1986.

TANNER, J.M., Normal growth and techniques of growth assessment. **Clin Endocrinol Metab**, 15 (3): 411-451, 1986.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Ed. Atlas, 1987. 175p.

TURATO, E. R. Introdução à metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: definição e principais características. **Rev Portuguesa de Psicossomática**, 2 (1):93-108. 2000.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. Petrópolis: Ed. Vozes, 2003. 685p.

VIUNISKI, N. **Obesidade infantil - Guia prático**. Rio de Janeiro: Ed. EPUB. 2000. 121 p.

WADDEN, T.A.; STUNKARD, A. J. Social and psychological consequences of obesity. **Ann Intern Med**, 103:1062-1067, 1985.

WHITAKER, R.C.; WRIGHT, J.A.; PEPE, M.S.; SEIDEL, K.D., DIETZ, W.H. Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. **N Engl J Med**, 337: (13): 869-873, 1997.

WERUTSKY, C.A., BARROS, T.M. Grupos com obesos. In: MELLO FILHO, J. **Grupo e corpo: psicoterapia de grupo com pacientes somáticos**. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 2000. p.435.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Use and interpretation of anthropometric indicators of nutritional status**. Geneva: WHO, 64 (6): 929-941,1986. (WHO - Reviews analyses)

World Health Organization, **Physical status: The use and interpretation of anthropometry**. Geneva, 1995. p. 263-311 e 445-449 (WHO - Technical Report Series, 845)

ZIMERMAN, D.E. **Fundamentos básicos das grupoterapias**. Porto Alegre: Ed.Artes Médicas, 1993. 182p.

ZLOCHEVSHY, E.R.M., Obesidade na infância e adolescência. **Rev Paul Pediatría**, 14 (3): 124-133, 1996.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA:

GRANDE DICIONÁRIO LAROUSSE CULTURAL DA LÍNGUA PORTUGUESA.

Ed.Nova cultural, São Paulo, 1999, 928p.

MERRIAM-WEBSTER'S COLLEGIATE DICTIONARY & THESAURUS.

Merriam-Webster Incorporated, Apringfield, MA, Ed.10, 2000. Formato eletrônico.

NOVO DICIONÁRIO WEBSTER. Inglês/Português - Português/Inglês. Antonio

Houaiss, Ed. PubliFolha, São Paulo, 1985, 640p.

PEQUENO DICIONÁRIO ENCICLOPÉDICO KOOGAN LAROUSSE, Editora

Larousse do Brasil, Rio de Janeiro, 1980, 1635p.

7- ANEXOS

ROTEIRO DA ENTREVISTA

1- Informações socioculturais:

Nome

Data de nascimento

Sexo

Procedência

Escolaridade

Estado civil

Composição familiar

Profissão/ocupação

Prática de exercícios, qual, frequência, resultados

Problemas de saúde relacionados à obesidade

2- Aspectos relacionais:

Relacionamento familiar

Relacionamento profissional

Sexualidade: namoro, casamento

3- Concepção da obesidade:

Sentimentos em relação à obesidade

Dietas praticadas

Motivação para emagrecer

4- Experiência nos grupos de obesos

Impressões que tem da época

Orientações importantes e que ainda segue

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estudo Clínico-qualitativo sobre a obesidade em jovens adultos atendidos em um programa de grupo operativo no período da adolescência

Nome do paciente:

HC:

RG:

Endereço:

Este estudo tem por objetivo avaliar o estado atual de jovens adultos que participaram do tratamento em grupo para obesidade na adolescência em relação aos conceitos nutricionais, mudanças de hábitos, exercícios físicos e aspectos psico-sociais. Trata-se de uma entrevista, onde estes aspectos serão abordados, que poderão mobilizar sentimentos e conflitos pessoais.

O responsável pelo estudo assegura o sigilo e o caráter confidencial das informações, zelando pela privacidade do paciente e garante que sua identificação não será exposta nas conclusões ou publicações. O pesquisador está disposto a responder qualquer pergunta e esclarecimento sobre esta pesquisa. O entrevistado pode interromper a entrevista em qualquer momento, inclusive recusar-se a concluí-la, sem prejuízo do atendimento, cuidado ou tratamento que realiza no HC.

Responsável pelo estudo: Mirian Franzoloso Santos Martins

Fone: (19) 3289-3542

Comitê de Ética em Pesquisa: 3788-8936

Data:

Assinatura do responsável pela pesquisa:

Assinatura do entrevistado: