

**ÉRIKA MARAFON RODRIGUES**

**PROBLEMATIZAÇÃO DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR  
COMO ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO NUTRICIONAL: UMA  
EXPERIÊNCIA COM ADOLESCENTES OBESOS**

Campinas – SP  
2003



**ÉRIKA MARAFON RODRIGUES**

**PROBLEMATIZAÇÃO DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR  
COMO ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO NUTRICIONAL: UMA  
EXPERIÊNCIA COM ADOLESCENTES OBESOS**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre.

**Orientadora:** Profa. Dra. Maria Cristina Faber Boog

Campinas – SP  
2003

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

R618p                      Rodrigues, Érika Marafon  
                                    Problematização do comportamento alimentar como estratégia de  
                                    educação nutricional: uma experiência com adolescentes obesos /  
                                    Érika Marafon Rodrigues. Campinas: UNICAMP, 2003.  
                                    243p.

                                    Orientador: Maria Crisitina Faber Boog  
                                    Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas.  
                                    Faculdade de Ciências Médicas.

                                    1. \*Educação nutricional. 2. Educação em saúde. 3. Obesidade -  
                                    prevenção e controle. 4. Aconselhamento - métodos. 5.  
                                    \*Adolescentes - nutrição. 6. Programas de nutrição. I. Maria Cristina  
                                    Faber Boog. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de  
                                    Ciências Médicas. III. Título.

---

**Banca Examinadora da Dissertação de Mestrado**

---

---

**Orientador(a) Prof.(a) Dr.(a) - Maria Cristina Faber Boog**

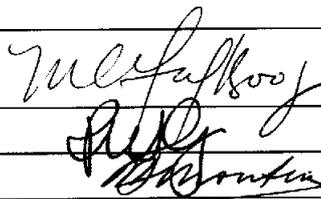
---

---

**Membros:**

---

1. Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Cristina Faber Boog
2. Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Rosa Wanda Diez Garcia
3. Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Inês Monteiro Cocco



The image shows three handwritten signatures in black ink, corresponding to the three members listed in the adjacent list. The first signature is for Maria Cristina Faber Boog, the second for Rosa Wanda Diez Garcia, and the third for Maria Inês Monteiro Cocco.

---

**Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da  
Universidade Estadual de Campinas**

---

**Data: 30/04/2003**

---



## ***Dedicatória***

---

***Ao meu companheiro Marcelo, por seu amor  
e amizade. Agradeço não apenas pela  
compreensão das minhas ausências,  
mas, sobretudo, pela presença  
incondicional.***



## **Agradecimentos**

---

*É o momento em que um pesquisador olha e vê que os constructos elaborados em uma pesquisa não se desenvolvem sem a relação com o outro.*

- Aos 'meus' adolescentes, que colaboraram e trocaram experiências durante este percurso, aos quais desejo que continuem problematizando para a construção de uma sociedade mais consciente e crítica.
- À minha família, que, com a presença e o amor, apoiou-me em todos os momentos. Em especial à minha mãe, que sempre acreditou em meu trabalho e, com garra e sensibilidade, imprimiu em mim coragem e determinação para sempre seguir em frente.

*Com satisfação:*

- Quero expressar minha profunda gratidão à professora Dra. Maria Cristina Faber Boog, que foi nobre com seu tempo, competência e amizade. Também por mostrar-me que a pesquisa não é a partida, nem a chegada, mas uma travessia do processo educativo.
- À Dra. Regina Célia Lucizani Muller, por oferecer-me a oportunidade de trabalhar com os adolescentes do Ambulatório que coordena. Seu olhar alcança a compreensão da subjetividade humana.



- À professora Maria Rita Bertollo Martins, por mostrar-me um caminho certo na pós-graduação, no qual pude, realmente, desenvolver meu pensamento.
- À psicóloga Silvia Ferrero, pelo auxílio no trabalho em grupo com os adolescentes.
- À enfermeira Silvana Dalge Severino, do Centro de Investigação em Pediatria, por prestar-me auxílio no local de desenvolvimento da pesquisa, e também por ser amiga, fazendo-me rir diante do computador. Ao professor do Departamento de Enfermagem, José Luiz Tatagiba Lamas, por compartilhar comigo outras experiências de trabalho com adolescentes.
- Às amigas Fernanda Pardo de Toledo Piza Soares e Silvia Henrique Campos, não só pelo ambiente prazeroso proporcionado nas discussões sobre Paulo Freire e Edgar Morin, mas pela 'escuta' despendida ao longo deste trabalho nas muitas vezes em que a solicitei.
- Aos docentes e funcionários do Departamento de Enfermagem, que me auxiliaram, apoiaram e discutiram questões inerentes ao processo da pesquisa.

*Agradeço o apoio financeiro concedido pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).*

*Agradeço a Deus por existir e por dar-me força a cada instante.*



“Como subjetividade curiosa, inteligente, interferidora na objetividade com que dialeticamente me relaciono, meu papel no mundo não é só o de quem constata o que ocorre, mas também o de quem intervém como sujeito de ocorrências. Não sou apenas objeto da História, mas seu sujeito igualmente.”  
(Paulo Freire)

“Meu corpo ordena que eu saia em busca do que não quero, e me nega, ao me afirmar como senhor do meu EU convertivo em cão servil ...Quero romper com meu corpo, quero enfrentá-lo, acusá-lo, por abolir minha essência, mas ele sequer me escuta e vai pelo rumo Oposto.”  
(Carlos Drummond de Andrade)



Lista de tabelas e gráficos.....	xix
Resumo. ....	xxi
<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>23</b>
1.1 Adolescência. ....	25
1.2 Obesidade na adolescência – prevalência e aspectos demográficos .....	29
1.3 Alimentação na adolescência <i>versus</i> comportamento alimentar de adolescentes .....	32
1.4 Balanço energético – consumo energético <i>versus</i> sedentarismo .....	44
1.5 A sociedade como agente transformador de atitudes e padrões biopsicossocioculturais na era da globalização .....	48
1.6 Aconselhamento dietético: uma abordagem para a educação nutricional.....	50
1.7 Análise crítica sobre as referências pertinentes à obesidade na adolescência .....	60
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	<b>67</b>
2.1 Geral .....	69
2.2 Específicos .....	69
<b>3. MÉTODO</b> .....	<b>71</b>
3.1 Sujeitos. ....	73
3.2 Procedimentos metodológicos .....	74
3.2.1 Diagnóstico da obesidade .....	74
3.2.2 Entrevista inicial .....	74
3.2.2.1 Dados antropométricos.....	75
3.2.3 Programa educativo.....	76
3.2.4 Coleta de dados.....	77
3.2.5 Análise dos dados.....	77
3.2.6 Dinâmicas utilizadas no atendimento coletivo .....	79
<b>4. RESULTADOS</b> .....	<b>84</b>
4.1 Descrição da constituição dos grupos .....	86
4.1.1 Descrição do atendimento coletivo .....	86



4.1.1.1	Caracterização dos adolescentes e composição familiar a partir de heredograma .....	88
4.1.1.2	Problematização no atendimento coletivo .....	93
	a) Práticas alimentares .....	94
	b) Contexto familiar: apoio x desamparo .....	99
	c) Religiosidade. ....	103
	d) Estigma social .....	105
	e) Relação com os profissionais de saúde .....	106
4.1.1.3	Auto-avaliação dos adolescentes em atendimento coletivo.....	109
4.1.2.	Descrição do atendimento individual .....	115
4.1.2.1	Caracterização dos adolescentes e composição familiar a partir de heredograma. ....	116
4.1.2.2	Problematização no atendimento individual. ....	119
	a) Práticas alimentares. ....	119
	b) Contexto familiar: apoio x desamparo .....	134
	c) Estigma social.....	137
	d) Relação com os profissionais de saúde. ....	139
4.1.2.3	Auto-avaliação dos adolescentes em atendimento individual.....	143
4.1.3.	Resultado antropométrico .....	150
<b>5.</b>	<b>DISCUSSÃO.</b> ....	159
<b>6.</b>	<b>CONCLUSÕES</b> .....	187
<b>7.</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	193
<b>8.</b>	<b>SUMMARY</b> .....	199
<b>9.</b>	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.</b> ....	203
<b>10.</b>	<b>ANEXOS</b> .....	221



## ***Lista de tabelas e gráficos***

---

<b>Tabela 1:</b> Dinâmicas realizadas no atendimento coletivo.....	79
<b>Gráfico 1:</b> Evolução de peso dos adolescentes em atendimento coletivo.....	150
<b>Gráfico 2:</b> Evolução de peso dos adolescentes em atendimento individual.....	151
<b>Gráfico 3:</b> Evolução da altura dos adolescentes em atendimento coletivo.....	152
<b>Gráfico 4:</b> Evolução da altura dos adolescentes em atendimento individual.....	153
<b>Gráfico 5:</b> Evolução do Índice de Massa Corporal (IMC) dos adolescentes em atendimento coletivo.....	154
<b>Gráfico 6:</b> Evolução do Índice de Massa Corporal (IMC) dos adolescentes em atendimento individual.....	155



Esta pesquisa estudou a problematização do comportamento alimentar de vinte e dois adolescentes obesos, no contexto do aconselhamento dietético como estratégia de educação nutricional, sendo onze em atendimento coletivo e onze em atendimento individual, ambos por oito meses. O método utilizado foi o qualitativo e a técnica empregada foi a de análise de conteúdo. Observou-se que a problematização foi um instrumento facilitador para a mudança de comportamento alimentar, fazendo emergir fatores correlacionados ao mesmo. Na análise dos dados qualitativos observou-se, em ambos atendimentos, que a problematização do comportamento alimentar fez emergir temas englobados em: práticas alimentares, contexto familiar, estigma social do obeso e relacionamento com profissionais de saúde; religiosidade evidenciou-se apenas no atendimento coletivo. Os adolescentes em atendimento individual problematizaram de forma mais efetiva as práticas alimentares, enquanto no atendimento coletivo houve maior problematização dos aspectos familiares e psicológicos relativos à obesidade, com efetivas mudanças qualitativas em ambos os grupos. No atendimento coletivo, houve abandono das atividades por seis adolescentes, sendo que dois dos cinco restantes apresentaram redução de peso. No atendimento individual, houve abandono por parte de três adolescentes, e a redução ponderal foi verificada em seis adolescentes dos nove restantes. Concluiu-se que a intervenção construída através da integração da problematização às etapas do processo de aconselhamento é eficaz para ajudar os adolescentes a compreenderem sua história de vida e os fatores determinantes do comportamento alimentar, conscientizarem-se das possibilidades de perpetuação da mudança das práticas alimentares exercendo com autonomia o seu papel de sujeitos no programa de educação em saúde, de forma a buscar qualidade de vida de forma ampla.

**PALAVRAS-CHAVE:** educação nutricional, educação em saúde, obesidade - prevenção e controle, aconselhamento – métodos, adolescentes – nutrição, programas de nutrição.







A pesquisadora propôs-se a estudar métodos de intervenção educativa para adolescentes obesos, despertada pela curiosidade de desvelar e compreender práticas e valores que facilitam, ou impedem, um comportamento alimentar desejável, seguro e prazeroso. Para tanto, elegeu seis temas que considera âncoras para abertura de uma reflexão e da compreensão da obesidade no universo adolescente.

O interesse no método da problematização veio ao encontro da necessidade da pesquisadora em conhecer como os adolescentes se posicionam quando lhes é oferecida a oportunidade para a expressão.

## 1.1 Adolescência

A adolescência exprime condição ou processo de crescimento, e significa, no latim, *ad* = a, para a + *olescere* = forma inicial de *olere*, crescer (ABERASTURY e KNOBEL, 1981).

A adolescência define-se como:

*Una etapa evolutiva específica del crecimiento y del desarrollo del ser humano, de la que es necesario destacar los aspectos conflictivos más comunes y las variaciones en forma de periodos de crisis biopsicosociales, que son preparatorios para el progreso hacia la juventud y la etapa adulta. Estes aspectos no deben ser considerados patológicos y si estrictamente necesarios para lograr la estructura de la personalidad dentro del proceso evolutivo hacia las etapas posteriores (ORGANIZACIÓN..., 1990).<sup>1</sup>*

---

<sup>1</sup> Uma etapa evolutiva, específica do crescimento e do desenvolvimento do ser humano, da qual é necessário destacar aspectos conflituosos mais comuns e as variações em forma de períodos de crises biopsicossociais que são preparatórias para o progresso desde a juventude até a idade adulta. Esses aspectos não devem ser considerados patológicos, mas estritamente necessários para o alcance de uma estrutura de personalidade dentro do processo evolutivo até as etapas posteriores.

Transformações físicas, características da puberdade, marcam a adolescência, período que ocorre dos 10 aos 19 anos de idade (ORGANIZACIÓN..., 1965). Nessa fase ocorrem mudanças amplas, variadas e aceleradas, influenciadas por fatores hereditários, ambientais, nutricionais e psicológicos.

Para ABERASTURY e KNOBEL (1981), o adolescente sofre mudanças corporais e constrói novas relações sociais enquadradas em comportamentos ambivalentes e confusos próprios dessa etapa, justamente pela confrontação com o meio familiar e social. Esse processo pelo qual passa o adolescente é confundido com crises e estados semipatológicos, que os autores denominam “síndrome normal da adolescência” por compreenderem que é uma etapa normal e necessária para o desenvolvimento do adolescente, embora muito perturbadora para o mundo adulto.

O processo de adolecer apresenta instabilidades, portanto, a compreensão dessa esfera é imprescindível na relação educador-educando para que esta se efetive na realidade social e humana.

Múltiplos fatores constituem o processo de adolecer, quais sejam: componentes genéticos e biológicos, conhecimentos e valores culturais edificados no decorrer do desenvolvimento, confronto com situações cotidianas, além da constituição de uma estrutura psicoemocional. Tais elementos são marcados pela influência familiar e social (BRASIL, 2001).

O adolescente, mesmo induzido pelas suas inconstâncias, aposta no estabelecimento de sua própria identidade em meio aos olhares perscrutadores da sociedade. Em função dessas flutuações, os adolescentes pertencem ao grupo mais suscetível aos impactos projetivos e impositivos (e por assim dizer opressores) do meio social. A fase da maturidade biológica pode associar-se à maturidade afetiva e intelectual, momento em que o adolescente estará apoiado em um sistema de valores e idéias próprio que poderá chocar o seu meio, visto que levantará questões e defenderá seu ponto de vista frente aos assuntos políticos, sociais, religiosos, estéticos e éticos (ABERASTURY e KNOBEL, 1981). CRESTON (2000)

concorda que nessa fase, de acordo com a progressão da puberdade, o foco do adolescente, antes apontado para o familiar, agora dá vazão a relações com um novo universo, o social.

DIAS et al. (2000) ressaltam que a adolescência é uma fase de transformações biopsicossociais, na qual a busca de uma nova identidade possibilita ao jovem a inserção social. Este fenômeno biopsicossocial ocorre no adolescente de forma mais tranquila à medida que concomitantemente ocorre sua inserção social e profissional, ainda que na “microssociedade” de idéias e valores semelhantes, divergindo do contexto familiar, e ainda com a possibilidade de haver, durante esse processo, episódios de instabilidade nos quais estejam entrelaçadas a maturidade e a puerilidade, flutuantes e normais na adolescência. SAITO (2001) ressaltava que a puberdade é caracterizada pela capacidade de reprodução, estágio decisivo para o adolescente, lembrando que o termo origina-se do latim *pubertas*, idade fértil. Falar sobre adolescência sem que a sexualidade se projete nela seria fragmentar o ser que está emergindo para a descoberta da totalidade de seu corpo.

A descoberta do corpo adolescente permeia caminhos que passam pelas áreas do prazer relacionadas à digestão e à excreção (prazer oral e anal), pela descoberta dos órgãos genitais, e busca de prazer na manipulação destes (CRESTON, 2000). O autor, ainda em sua visão global, diz que a sexualidade envolve outras características humanas: fantasia, personalidade, ideologia e valores morais. Além disso, o ambiente e o momento nos quais se vive determinam e são determinados pela sexualidade. Portanto, o autor defende que esse fenômeno é retratado sob um contexto biopsicossociocultural.

A teoria da sexualidade proposta por Freud ressaltava que os orifícios do corpo, sobretudo a boca, o ânus, o canal uretral e os órgãos genitais, são de extrema importância para que o indivíduo estabeleça relações vitais com o mundo na construção de sua personalidade (PIZZINATTO, 1992; CRESTON, 2000).

FREUD *apud* CRESTON (2000), na sua análise sobre a organização pré-genital, explica que na infância as zonas genitais ainda não assumiram papel preponderante. A primeira organização sexual pré-genital, segundo o psicanalista, é a oral, e nela a atividade sexual ainda não se separou da nutrição.

O indivíduo se relaciona com o mundo desde os primeiros meses de vida; isso se dá durante a fase oral do bebê com a mãe como provedora do seu primeiro alimento. Por intermédio da boca e dos órgãos dos sentidos a criança incorpora não só o alimento, mas o acolhimento e o afeto maternos (PIZZINATTO, 1992). Esta teoria traduz a primeira relação direta do indivíduo com o comer, imbuída de significados, valendo-se destes em maior ou menor grau.

Alguns autores identificam o processo evolutivo da obesidade exógena com base em fatores psicológicos e emocionais relacionados às falhas estruturais da relação entre mãe e filho, vínculo que se concretiza com o período da amamentação, ou seja, fase em que o comer está intrinsecamente ligado ao relacionamento mãe/filho, dinâmica cujos retratos poderão ser ainda estendidos na infância ou na adolescência (PIZZINATTO, 1992; NOBREGA e CAMPOS, 1996).

A partir do momento em que a criança reconhece a possibilidade de novas relações com o mundo, passa a adquirir sua individualidade e confirmar suas necessidades próprias, mesmo que estas contrariem os valores da família. Passa-se, então, a observar novas vertentes que influenciarão o desenvolvimento psicológico, cultural, mental e físico desse indivíduo, e o início da obesidade pode estar relacionado a um ou vários destes fatores que estruturarão a personalidade do indivíduo.

É sabido que a adolescência é vulnerável aos fatores ambientais, em particular aos relacionados com a alimentação e a nutrição, e o início, bem como os processos, do desenvolvimento sexual podem influenciar no consumo dos alimentos (AMADOR, 2001).

## **1.2 Obesidade na adolescência – prevalência e aspectos demográficos**

Vários estudos têm demonstrado uma tendência no aumento da prevalência da obesidade, e no Brasil, principalmente nos grandes centros, estes números vêm aumentando nos últimos anos (DOAK et al., 2000; SAWAYA et al., 1997). Concordando com estas observações, DIAS et al. (2001) acrescentam que, de acordo com a Organização Mundial da Saúde, 15 milhões de crianças e jovens brasileiros, ou 25% da população infanto-juvenil, apresentam sobrepeso ou obesidade.

O Brasil retrata uma transição nutricional que caracteriza condição bipolar no atual contexto de saúde pública. De um lado observa-se ainda a desnutrição energético-protéica presente nas classes de menor poder aquisitivo e, de outro, a obesidade que vem atingindo adolescentes e adultos de todos os estratos sociais.

A diminuição progressiva de brasileiros dedicados a trabalhos agropecuários, a automatização do setor fabril e a ampliação do setor de serviços contribuíram para o aumento da obesidade, visto que o desenvolvimento e a modernização não exigem alto gasto energético (MONTEIRO, 2000).

GAMA (1999), estudando 724 adolescentes provenientes de escolas privadas e 408 de escolas públicas de São Paulo, observou prevalência de obesidade em 12% e 24,2% para o sexo feminino e masculino, respectivamente, na escola particular, e em 17,7% para o sexo feminino e 15,8% para o masculino na escola estadual. Ainda no Brasil, em outro estudo realizado com 391 alunos de escola privada, de 15 a 17 anos de idade, prevalência elevada também foi observada. Os indicadores nutricionais demonstraram obesidade em 24% dos meninos, percentual considerável, comparado com 7% nas meninas (FONSECA et al., 1998).

A prevalência de obesidade em pré-escolares menores de 5 anos de idade, verificada em países em desenvolvimento, foi de 3,3% (ou 17,5 milhões) em 1995. Alguns países e regiões apresentaram taxas mais altas, sendo de 4,4%

na América Latina e no Caribe, 3,9% na África e 2,9% na Ásia. Dos 94 países avaliados, 42 apresentaram maior prevalência de obesidade do que de baixo peso (ONIS e BLÖSSNER, 2000). TONIAL (2001), apoiando-se em Bacallao e Peña, ressalta que embora se encontre alta prevalência de obesidade na América Latina e no Caribe, estas regiões abrigam, no mesmo cenário, situações nutricionais diversas, com cerca de 11% das crianças com *déficit* de peso para a idade.

As transformações sociais, econômicas e demográficas, ocorridas durante as últimas décadas, têm contribuído para mudanças do perfil epidemiológico, de padrões alimentares e de atividade física (PEÑA e BACALLAO, 2000).

HANLEY et al. (2000), investigando a prevalência de obesidade infantil e fatores comportamentais (sedentarismo, hábito de assistir à televisão, entre outros) em 445 canadenses de 2 a 19 anos, constataram que a obesidade foi significativamente mais alta do que as referências do National Health and Nutrition Examination Surveys III (NHANES III): 27,7% dos meninos e 33,7% das meninas. Estudos epidemiológicos confirmam que um terço dos pré-escolares e metade dos escolares obesos se tornarão adultos obesos (WANG et al., 2000).

A etiologia da obesidade é multifatorial, sendo 99% de causa exógena, e as síndromes genéticas e alterações endócrinas são responsáveis por apenas 1% dos casos (DAMIANI et al., 2000).

Os problemas pertinentes à alimentação e à nutrição inadequadas são inúmeros, cabendo destacar a ocorrência de doenças crônicas não-transmissíveis, de grande importância epidemiológica, cuja atenção pelo setor de saúde é marcada por momentos críticos em razão da falta de informações nutricionais e dos conseqüentes agravos à saúde (KUSHNER e FOSTER, 2000; DIAS et al., 2001). É importante mencionar que obesidade, diabetes, dislipidemias e hipertensão arterial são problemas de saúde que podem ser decorrentes, muitas vezes, de um comportamento alimentar insatisfatório, e não é somente pela escassez de informações nutricionais que os portadores de doenças crônicas sofrem, mas também pelo despreparo dos profissionais de saúde.

Outro aspecto a ser ressaltado, demonstrado por dados estatísticos de pesquisas, é a grande chance de crianças obesas se tornarem adultos obesos (DIAS et al., 2001; EDMUNDS et al., 2001; BUNDRED et al., 2001; WANG et al., 2000). Dadas as significantes conseqüências da obesidade e seus efeitos sobre a qualidade de vida, é imprescindível a redução de peso para a garantia da promoção da saúde às pessoas que apresentem sobrepeso e obesidade.

As principais causas de morbi-mortalidade estão associadas com a obesidade, as quais refletem gastos substanciais para o sistema de saúde. Estimou-se que a cada ano mais de 300.000 americanos morrem por complicações provenientes da obesidade (STETTLER et al., 2000).

A obesidade e as co-morbidades causam um grande impacto econômico para o sistema de saúde. Nos Estados Unidos, o número de consultas médicas atribuídas à obesidade aumentou 88% em seis anos, acarretando ao governo americano despesas advindas principalmente dos custos diretos associados com a obesidade (cuidados domiciliares e hospitalares, serviços médicos, medicações) (KHAN e BOWMAN, 1999).

Considerando o quadro epidemiológico nutricional no Brasil, onde altas prevalências de anemias e hipovitaminoses subclínicas convivem com altas prevalências de obesidade, cabe ressaltar a importância de estratégias de saúde coletiva, planejamento e desenvolvimento de ações educativas que possibilitem redução no consumo de gordura sem comprometer a ingestão de vitaminas e minerais (SICHIERI, 1998).

Diversos autores têm relatado que em todos os países e regiões do mundo se observam aspectos semelhantes da transição nutricional. Entre os aspectos comuns está o consumo excessivo de gordura (especialmente a de origem animal) e açúcar, alimento refinado e pobre em carboidrato complexo e fibra, caracterizando-se dessa forma a “alimentação ocidental” (MONTEIRO, 2000; McARTHUR, HOLBERT e PENA, 2001).

### 1.3 Alimentação na adolescência *versus* comportamento alimentar de adolescentes

A expressão *versus*, observada no título desse subtema, foi intencionalmente usada pela pesquisadora para tentar demonstrar que o adolescente cresce em um universo no qual existem regras e técnicas para um comportamento alimentar desejável que atenda às necessidades nutricionais, ao mesmo tempo em que vive experiências próprias da adolescência compostas por comportamentos que contrariam essas normas. Observa-se, portanto, uma lacuna na esfera alimentar do adolescente, que sente-se pressionado para fazer o que deve, e limitado para fazer o que realmente quer. Este distanciamento cada vez maior entre as partes requer a necessidade de uma interligação, teórica e prática, seja em um trabalho mútuo entre cliente e profissional, indivíduo e sociedade ou paciente e instituição de saúde.

Optou-se pelo emprego da palavra comportamento após cuidadosa análise da influência que esta decisão poderia ter sobre o entendimento do alcance e das contribuições desse trabalho.

Segundo o dicionário Aurélio, o termo comportamento refere-se à “maneira de se comportar, procedimento, conduta”, englobando o “conjunto de atitudes e reações do indivíduo em face do meio social” e, para a psicologia, ainda segundo o mesmo dicionário, significa “o conjunto das reações que se podem observar num indivíduo, estando este em seu ambiente, e em dadas circunstâncias” (COMPOR-TAMENTO, 1999).

As ciências humanas apropriaram-se do termo, atribuindo a ele conotações mais específicas. O dicionário de sociologia designa comportamento como “a mudança, o movimento ou a reação de qualquer entidade ou sistema em relação a seu ambiente ou situação”. Este conceito é exemplificado a seguir com a citação de Park e Burger: “O fato é que em toda parte, cada ciência procura explicar e descrever os movimentos, mudanças e reações, isto é, o comportamento de alguma porção do mundo que nos cerca”, e completado com a informação de que

para as ciências sociais a preocupação está voltada ao comportamento humano, inclusive aos aspectos interiores e exteriores do que o homem faz e não faz. Refere ainda o dicionário que, no extremo oposto, encontram-se os behavioristas “que o consideram no quadro de referência da ação”. Na ação é incluído todo o comportamento humano ao qual o indivíduo atuante atribui um significado subjetivo, e esta ação pode ser tanto externa como interna ou subjetiva, e pode consistir em interferência decidida na situação ou em aquiescência passiva (COMPORTAMENTO, 1986). (grifos da autora)

Em 1984, MOTTA e BOOG (1984) referiram-se a comportamento alimentar englobando “todas as práticas relativas à alimentação (...) como seleção, aquisição, conservação, preparo e consumo efetivo de alimentos” e ressaltaram que o mesmo é influenciado por fatores psicológicos, socioculturais, educacionais e econômicos. Aqui as autoras o empregaram como sinônimo de práticas alimentares que, mais tarde, GARCIA (1999), viria definir como “aspectos concretos da alimentação, desde escolha até preparação e consumo do alimento”. A mesma autora, em sua tese de doutorado, conceituou comportamento alimentar como:

procedimentos relacionados às práticas alimentares de grupos humanos (o que se come, quanto, como, quando, onde e com quem se come: a seleção de alimentos e os aspectos referentes ao preparo da comida) associados a atributos socioculturais, ou seja, aos aspectos subjetivos individuais e coletivos relacionados ao comer e à comida (alimentos e preparações apropriadas para situações diversas, escolhas alimentares, combinação de alimentos, comida desejada e apreciada, valores atribuídos a alimentos e preparações e aquilo que pensamos que comemos ou que gostaríamos de ter comido).

Considerando que comportamento, em português, ou behaviorismo, em inglês, são palavras anteriores à teoria de Skinner, que elas não constituem prerrogativas exclusivas dessa teoria pedagógica, e ainda a inexistência de outra palavra com maior abrangência que permita explicitar com mais clareza o fenômeno a

ser estudado, optou-se por tomá-la como referência para este estudo. Optou-se por adotar o conceito de Garcia por ser o mais completo, abrangendo uma ampla gama de aspectos objetivos e subjetivos do comportamento alimentar. Ressalta-se ainda que o trabalho foi desenvolvido numa abordagem sociocultural e não behaviorista.

A importância de resgatar esta terminologia diz respeito à complexidade que envolve a alimentação do ser humano. Neste sentido, podem ser considerados os aspectos objetivos e subjetivos que os adolescentes manifestam ou relatam acerca de sua condição humana diante da obesidade e do comer.

O binômio nutrição e saúde deve harmonizar em um mesmo campo os conceitos de moderação, variedade e equilíbrio, sabendo-se que não há alimento bom ou ruim, e que um alimento só será saudável se consumido com moderação. Nenhum alimento consumido isoladamente é completo, exceto o leite materno, que será unicamente oferecido para os primeiros meses de vida (MOREIRAS, 1999).

A nutrição adequada na infância é essencial para o crescimento e o desenvolvimento normais, lembrando que é nessa fase que os hábitos alimentares são fixados e conduzidos ao longo do crescimento, e a atenção à fase do desmame é imprescindível, já que uma superalimentação pode desencadear processos obesogênicos (BRASIL, 2001). Outro aspecto relacionado à superalimentação é a formação dos adipócitos em quantidade de células (hiperplasia) e tamanho (hipertrofia), sendo que a hiperplasia ocorre fisiologicamente na infância e na adolescência, porém em crianças obesas o número de células de gordura aumenta mais rapidamente (MAHAN e ARLIN, 1994).

As necessidades nutricionais na adolescência variam de acordo com sexo, faixa etária, nível de atividade física, e devem ser preenchidas por carboidratos, proteínas, lipídios, vitaminas, minerais, fibras. Existem muitos estudos sobre as quantidades necessárias para esse período da vida, no entanto, sem caráter conclusivo; por esta razão as recomendações nutricionais (RDA) foram propostas

para três faixas etárias, quais sejam: 11 a 14 anos, 15 a 18 anos e 19 a 24 anos para ambos os sexos, concernentes à necessidade energética e protéica (REES, 1994).

O estirão da puberdade é uma fase que exige especial atenção, pois a ingestão deficiente de cálcio, proteínas, entre outros nutrientes específicos, pode acarretar déficits estaturais. NEUMARK-SZTAINER et al. (1999) confirmam que a baixa ingestão dietética de cálcio pode resultar em baixa densidade óssea em adolescentes, levando à possibilidade de osteoporose em idade futura.

Nos casos em que a adequação alimentar não é suficiente para a redução do peso, recomenda-se uma dieta com restrição de calorias considerando-se peso, altura, necessidade de vitaminas, minerais, velocidade de crescimento, atividade física e a não-restrição de um alimento muito apreciado. Recomenda-se ainda que as alterações no padrão alimentar devem ser sugeridas gradualmente, a fim de não oferecer demasiadas informações no primeiro encontro (DAMIANI et al., 2000).

Comumente os adolescentes realizam refeições fora de suas residências, consomem lanches rápidos, sanduíches, refrigerantes, preferindo alimentos industrializados (BRASIL, 2001). REES (1994) salienta que o importante é a escolha dos alimentos e não o local e a hora escolhidos para comer, pois o fornecimento de uma alimentação balanceada desobriga à prescrição de suplementação vitamínica.

Considerando os aspectos socioeconômicos, AGUIRRE (2001) afirma que as classes de menor poder aquisitivo comem o que podem e não o que querem ou o que sabem que devem comer. Para esta autora as restrições ao acesso aos alimentos exprimem fenômenos simultâneos: a população dos estratos sociais mais pobres está desnutrida por não ter o suficiente para se alimentar e obesa por ter acesso aos alimentos industrializados de má qualidade e baixo custo.

Para TONIAL (2001) a alimentação do ser humano é composta por vários elementos que ultrapassam a questão econômica, os quais podem ser traduzidos qualitativamente pelos nutrientes e simbolicamente pelas crenças, significados relacionados aos aspectos religiosos e econômicos no cotidiano dos homens. A autora afirma que há um número grande de possibilidades de variações culturais associadas com a alimentação, como a proibição imposta por tradição ou costume a certos alimentos, modos de comer, o número e o horário de refeições por dia, a forma de preparação dos alimentos e, até mesmo, como os indivíduos se comportam quando se alimentam.

Nessa perspectiva é possível perceber que essas variações sofrem influências ao mesmo tempo em que influenciam, e são flutuantes na história: de um lado, valores e tradições familiares transmitidos através das gerações; de outro, os “modelos adequados” de consumo e práticas alimentares incitados pelos que detêm o conhecimento específico, e a própria sociedade, incentivando atitudes inovadoras que formam ideais. Este contexto pode corroborar uma condição que coloca o sujeito como capturador dos conceitos predominantes da sociedade em detrimento de sua história sociocultural e sociopolítica.

Os estilos de vida da sociedade atual impõem novos hábitos e desestabilizam as tradições alimentares praticadas pelos antepassados, expondo o indivíduo de condição social menos privilegiada a um padrão nutricional cada vez mais limitado (TONIAL, 2001).

Não é incomum o relato lamentoso de indivíduos sobre familiares que utilizavam gordura animal em todas as preparações culinárias dizendo que mesmo assim não eram acometidos por taxas elevadas de colesterol e obesidade na prevalência que são vistas hoje. Deve-se considerar também que a era da industrialização impossibilitou ao homem contemporâneo desenvolver tarefas até então realizadas pelos antepassados, o que acarretava maior gasto energético, e a procura pela praticidade tem alcançado estatísticas altas, considerando refeições que não demandem tempo e trabalho.

Há que se considerar também que na sociedade moderna há maior acesso a alimentos que predispõem a uma saúde mais fragilizada, sendo citados aqui os envasados e os diversos tipos de embalagens e substâncias desenvolvidas para maior conservação dos gêneros alimentícios, que se não comprometem a saúde, comprometem o meio ambiente.

Vale lembrar a afirmação de FISCHLER (1995) sobre cultura alimentar e sociedade, que retrata na família o ambiente primeiro para socialização e o alimento é o principal símbolo de união de diversos grupos dando ênfase nas variações e diferenças à cultura alimentar, iniciada na infância durante ou após desmame.

TONIAL (2001) afirma que para compreensão do conjunto de fatores associados à alimentação e aspectos nutricionais não se pode excluir da análise os componentes econômicos, sociais, históricos e culturais de um determinado grupo.

GAMA (1999), investigando o padrão alimentar de adolescentes e as influências das condições socioeconômicas, verificou aspectos bipolares: positivos, que devem ser preservados, e negativos, relacionados a prejuízos para o crescimento e futuras complicações à saúde.

Os adolescentes preocupados em viver o momento atual pouco se importam com hábitos alimentares inadequados e suas conseqüências para fatores de risco, como doenças crônicas e obesidade (GAMBARDELLA et al., 1999). A preocupação dos jovens está circundada pelo corpo estético, como observado na pesquisa de FERRIANI et al. (2000) sobre o que é “Ter Saúde” na percepção de 17 adolescentes com 7 a 12 anos, cujos significados permearam a questão da beleza, e esta, por sua vez, esteve vinculada aos padrões ditados pela mídia que apregoa estereótipos de perfeição física.

A restrição por parte dos pais a determinado alimento palatável pode representar um recurso para o consumo moderado de alimentos ricos em gordu-

ras e açúcares. No entanto, tal restrição pode descomprometer as crianças ou os adolescentes com sua alimentação, além de envolvê-los num ambiente que denote maior desejo pelo alimento restringido (FISHER e BIRCH, 1999).

LATTIMORE e BUTTERWORTH (1999) avaliaram, entre adolescentes do sexo feminino de 11 a 16 anos, a forte influência da dinâmica familiar na realização de dietas para emagrecimento. O empenho da família, da escola e da comunidade local, bem como a introdução da educação nutricional no ensino básico e médio, são necessários para promover uma alimentação saudável e escolhas alimentares coerentes entre estudantes (LYTLE et al., 2000).

A dinâmica familiar assume papel considerável na mudança de práticas alimentares para controle ou tratamento da obesidade, porém, muitas vezes, a família atribui todo o dever de mudança de hábito alimentar aos filhos, negando assim sua parcela de responsabilidade na dinâmica alimentar da qual é participante. Esta realidade pode ser explicada pelo comportamento alimentar inadequado predominante entre pais e/ou familiares, visto que eles próprios não se sentem à vontade quando questionados sobre sua própria alimentação.

Nos últimos anos tem havido um aumento alarmante no consumo de *fast-foods*, especialmente por parte de jovens, estando estes preparados financeiramente para a aquisição dos mesmos por terem um custo relativamente baixo (WEISBURGER, 2000; OLIVARES et al., 1999). Segundo a definição, *fast-food* “é um tipo de alimentação, preparada de modo padronizado e para rápido atendimento, servida em lanchonetes e restaurantes” (FAST-FOOD, 1999). No Brasil, o *fast-food* denota uma alimentação rápida, privilégio de poucos em função do alto custo. Por outro lado, para os que não têm acesso às redes de *fast-food*, existem os carrinhos de cachorro-quente, tão prestigiados entre os jovens, onde os sanduíches são preparados, na maioria das vezes, em lugares desprovidos de condições higiênico-sanitárias adequadas e, possivelmente, presentes nas ocasiões em que os mesmos realizariam uma refeição completa, como almoço ou jantar.

Os adolescentes têm sido considerados como um grupo de risco nutricional por conta de práticas alimentares inadequadas: não realizam o desjejum, omitem algumas refeições e incluem lanches em substituição às mesmas. FONSECA et al. (1998), verificando fatores associados ao estado nutricional de adolescentes, trouxeram resultados pouco animadores com relação às práticas alimentares, sobressaindo a omissão do desjejum por 13,6% dos meninos e 18,7% das meninas, ambos com sobrepeso. Diversos autores têm pesquisado sobre a omissão do desjejum, e tal atitude tem sido associada ao sobrepeso e à obesidade (REDONDO et al., 1996, FONSECA et al., ROCANDIO et al., 1999).

POLLITT et al. (1998), preocupados com esta questão, realizaram estudos para comprovar o efeito do jejum prolongado (período da noite estendido até a manhã seguinte) em crianças de 9 a 11 anos de idade para avaliá-las no processo de atenção e memória, e destacou que o jejum, principalmente nas crianças com risco nutricional, reduziu a memorização e o discernimento de questões, e favoreceu o aumento de erros, condições estas que surgem do estresse metabólico decorrente do trabalho forçoso do organismo em manter o nível de glicose circulante dentro da normalidade. Um estudo semelhante foi realizado com crianças mexicanas, e os resultados apontaram que a ausência do desjejum pode afetar o desenvolvimento cognitivo, interferindo nos comportamentos e na memória (VERA NORIEGA et al., 2000).

Em relação a esse aspecto, é fundamental o desenvolvimento de pesquisas que avaliem de que modo este processo vem ocorrendo, principalmente, nas faixas etárias mais jovens, que podem comprometer-se pelo déficit de crescimento e desenvolvimento

GAMBARDELLA et al. (1999), objetivando conhecer a prática alimentar de adolescentes com idade média de 14 anos, verificaram que a prática do desjejum era feita por 45% (44% meninos e 56% meninas), o almoço por 76% (36% meninos e 64% meninas) e o jantar por 53% (40% meninos e 60% meninas), tendo observado que os lanches substituíam o jantar. As autoras observaram que o desjejum foi a refeição mais negligenciada pelos adolescentes.

McVEAGH (2000) ressalta a importância de uma alimentação saudável na infância não somente para o crescimento e o desenvolvimento, mas para a manutenção da saúde durante toda a vida. O requerimento energético de uma criança pode ser facilmente suprido por “snacks” em substituição a muitos alimentos nutritivos. Não há alimento “bom” ou “ruim”, há ingestão adequada de nutrientes dentro de um padrão alimentar bom.

Uma pesquisa que avaliou as barreiras impostas por adolescentes na realização de uma alimentação adequada demonstrou que falta de tempo e palatabilidade foram as principais causas na baixa adesão à dieta (KEARNEY e McELHONE, 1999). Os autores dizem ainda que a falta de informação a respeito de alimentação saudável não foi colocada como barreira pelos adolescentes. Na mesma linha de pesquisa com adolescentes, NEUMARK-SZTAINER et al. (1999), investigando os fatores que influenciam escolhas e comportamento alimentar, destacaram: fome, desejos e preferências alimentares, cultura e religião familiar, propriedades e disponibilidades do alimento, modismo, imagem corporal, custo, mídia e crenças alimentares.

MÜLLER (1999), em um estudo qualitativo com adolescentes obesos, obteve, por intermédio de entrevistas, que os mesmos tinham conhecimento sobre o que os fazia engordar, e até noções de tratamento e complicações da obesidade, e, no entanto, isso não era suficiente para o emagrecimento. GARCIA (1999) salienta que obter informações nutricionais não significa realizar mudanças positivas nas práticas alimentares, não imperando assim a informação sobre as escolhas alimentares.

São comuns vários tipos de distorção de raciocínio apresentados por adolescentes sob restrição dietética como “o medo de voltar a comer normalmente”, “ficar sentada depois da refeição e engordar apenas na barriga”, entre outros, e a estratégia mais adequada para promover a modificação de crenças é adotar uma metodologia que consista em fazer questionamentos que incentivem o paciente a analisar seus pressupostos básicos e erros lógicos que apresentam (DUCHESNE, 1998).

TONIAL (2001) faz referência aos *spas* que oferecem refeições muito hipocalóricas, com 300 a 500 calorias diárias, lembrando que a permanência dos indivíduos nessas clínicas envolve custo elevado, porém, com formas de pagamento facilitadas, na intenção de alcançar uma parcela da população que seja persuadida a ingressar na maratona do emagrecimento acelerado ou na obtenção de um modelo corporal instituído pela mídia.

Essa violação à cultura alimentar acarreta uma perplexidade ao cuidado nutricional que desafia os profissionais de saúde para a necessidade de um redimensionamento da postura biomédica, enquanto promotora da saúde para a prática de atendimentos mais salutares, além do que uma alimentação inadequada pode contribuir para problemas de saúde e desajustes psicológicos, colocando o indivíduo, e não raras vezes o próprio adolescente, em uma condição de pensamento crítico inexistente e que inadvertidamente coloca em segundo plano suas necessidades reais.

Estes conceitos de emagrecimento são propagados pela mídia induzindo o sujeito ao pensamento de que o confinamento humano para práticas alimentares resolve os problemas centrais da obesidade. A população é manipulada e induzida pelos conceitos mercadológicos de que estabelecimentos controladores de ingestão calórica oferecem refeições balanceadas e adequadas às necessidades energéticas do ser humano, e esse tipo de pensamento é difundido principalmente entre os adolescentes.

Estudos têm apontado a preocupação de adolescentes do sexo feminino com dieta de emagrecimento e controle de peso, e algumas pesquisas atribuem esse fato à influência da mídia e dos modismos (WERTHEIN et al., 1997; HUNON e LIM, 2000). Os meios de comunicação, como o rádio e a televisão, mostram uma realidade que despreza elementos importantes para a reflexão sobre os fatos, não identificando assim os problemas sociais da população, distorcendo os preceitos de vida e valores, ocorrendo uma contradição entre o mundo concreto e um mundo virtual ideal, no qual as soluções para os problemas resumem-se na aquisição de mercadorias. A compra de mercadorias na sociedade contemporâ-

nea irá refletir o padrão social do indivíduo, que muitas vezes indicará a relação de poder entre os homens. Os gêneros alimentícios têm sido alvo deste consumismo desenfreado por apresentarem custo relativamente baixo e por satisfazerem o ser humano, tanto psicológica quanto biologicamente.

SANTONCINI et al. (2000), trabalhando com adolescentes mexicanos sobre os riscos no contexto do comportamento alimentar, identificaram maior porcentagem de sobrepeso do que de baixo peso em ambos os sexos. A maior prevalência de riscos de comportamento alimentar como bulimia, vômito induzido e uso de laxantes aconteceu entre adolescentes do sexo feminino de 18 e 19 anos.

Muitos adolescentes tendem a realizar dietas de emagrecimento por longo período, sendo estas hipocalóricas ou muito hipocalóricas, e, quando se permitem comer além do padrão esquematizado, podem apresentar episódios de compulsão alimentar. Alguns autores apontam que dietas restritivas por longo período de tempo podem ser um fator propulsor para a obesidade, causadoras de maiores efeitos deletérios do que dietas com restrição alimentar por um período menor (HETHERINGTON et al., 2000).

NEUMARK-SZTAINER et al. (2000) ressaltam que práticas de controle de peso tendem a ser mais saudáveis entre adultos do que entre adolescentes, considerando o impacto do comportamento alimentar sobre a ingestão de nutriente. Isto é reforçado pelo estudo de SERDULA et al. (1993) que, comparando as várias práticas de emagrecimento em moças, observaram que as mais referidas foram: exercícios (51%), omissão de refeição (49%), pílulas para emagrecimento (4%) e vômito (3%), sendo que os percentuais referidos pelos rapazes eram sempre inferiores.

WOROBAY (2002), em seu estudo para a compreensão do comportamento alimentar de adolescentes eutróficos e obesos, observou que o controle sobre o consumo alimentar e a realização de atividade física eram práticas mais comuns das adolescentes eutróficas, ao passo que sentimentos de ansiedade,

medo e angústia foram verificados principalmente nas respostas de adolescentes obesas.

Verificando o hábito alimentar de adolescentes em escola pública da cidade de São Paulo, GAMA (1999) constatou maior prevalência para inadequação do consumo de grupos alimentares, quais sejam: leite e derivados (36%), hortaliças (31%) e frutas (19%), com a ocorrência de 64% para o consumo de “*junk foods*”.

O consumo total diário de alimentos pouco variados e com alto teor de sódio afeta a ingestão diária de nutrientes do adolescente, e a redução destes como consequência de um padrão alimentar desequilibrado, em particular, de ferro, zinco, cálcio e vitamina A, favorecerá o aparecimento de carências nutricionais ou provocará transtornos por deficiências específicas (AMADOR, 2001).

O comportamento alimentar do adolescente está influenciado, por um lado, pela preocupação com a imagem corporal e pelos hábitos da família, que no momento é o seu maior vínculo social, e, por outro, pelas necessidades energéticas (AMADOR, 2001). TRUSWELL *apud* AMADOR (2001) identifica as práticas que caracterizam este comportamento, quais sejam: omissão de preparações, especialmente de determinado alimento, consumo de guloseimas e alimentos doces, ingestão de alimentos de preparação rápida, consumo de alimentos não convencionais, início da prática de consumir bebida alcoólica, consumo excessivo de bebidas gaseificadas, preferência ou aversão por determinado alimento, consumo de quantidades altas de energia, consumo inadequado de alguns alimentos e prática de “dietas” para redução de peso.

O modo como as pessoas se comportam tem sido influenciado pelo mercado de consumo, cujos apelos, impróprios para a prevenção e controle da obesidade, tornaram-se fortalecidos com o surgimento das mais variadas técnicas de marketing e publicidade.

#### **1.4 Balanço energético – consumo energético *versus* sedentarismo**

Os homens primitivos, do período paleolítico, dedicavam-se à caça dos grandes animais, enquanto as mulheres ocupavam seu tempo na colheita de frutas, raízes e cereais silvestres. Houve pouca alteração destes hábitos para o período mesolítico (ORNELLAS, 2000). O sedentarismo data de épocas passadas, quando a caça já estava se tornando um recurso de subsistência precário. No período neolítico, os caçadores buscaram novas formas de sobrevivência, quando deixaram a vida nômade para iniciar o trabalho na agricultura e a criação de animais. Essa transição foi denominada revolução neolítica, ocorrendo, inicialmente, no Oriente Médio, Mesoamérica e sudoeste asiático 1000 a.C (PABLO, 1999).

Na idade antiga, de acordo com o crescimento demográfico, houve maior eficiência do trabalho do homem e este, dotado de certas habilidades culinárias, passou a exercer funções de confeitoiro, pasteleiro, surgindo nessa época os banquetes para os mais poderosos. A partir da Idade Contemporânea, com a revolução industrial no século XIX, as facilidades para a aquisição do alimento transformam a história da alimentação (ORNELLAS, 2000). Além da transformação do comportamento alimentar ao longo dos tempos, há também uma diminuição no gasto energético em função da praticidade de aquisição dos alimentos.

DAMIANI et al. (2000) atestam que o hábito cada vez mais freqüente de alimentar-se assistindo à televisão é uma causa importante no agravamento do estado de obesidade. DUFOUR (1997) ressalta que esta condição não é incomum e que, com ela, coexiste ainda o baixo nível de atividade física em crianças norte-americanas, favorecendo assim, a primeira causa para a trajetória em direção à obesidade.

Pais com condição socioeconômica baixa têm menos acesso à compra de livros e materiais educativos para o aprendizado dos adolescentes, pouco acesso a eventos culturais, e pouco regulam o tempo dos filhos frente à televisão (BRADLEY e CORWIN, 2002).

A mundialização da informação, principalmente por meio da televisão, é um pilar para o pensamento único e massificado, o qual é reduzido, em geral, à conjuntura da pobreza intelectual.

COTUGNA *apud* DAMIANI et al. (2000), em análise do conteúdo de comerciais de televisão, verificou que 80% dos anúncios exibidos em doze horas eram de alimentos com baixo valor nutricional, incluindo cereais matinais ricos em açúcares simples e “*snacks*” ricos em açúcares, gorduras e sal.

De 786 escolares chilenos, 99% deles referiram assistir à televisão diariamente e 20% assistiam mais do que três horas por dia (OLIVARES et al., 1999). Entre 445 canadenses de 2 a 19 anos, o maior risco para obesidade estava entre os que assistiam cinco horas ou mais de televisão por dia (HANLEY et al., 2000).

GRAZINI (1996), avaliando comerciais de televisão em duas grandes emissoras em São Paulo, concluiu que 52,94% dos comerciais tratavam-se de propaganda de “*snacks*” e não de alimentos adequados para o consumo (17,64%).

Um impacto considerado importante sobre o modo de vida e comportamento alimentar dos adolescentes é a propaganda, principalmente a transmitida pela televisão, na qual o adolescente pode visualizar um panorama desejável e lançar-se emocionalmente a ele (geralmente desenvolvido em lugares atraentes e com condições agradáveis ao ser humano) podendo remeter-se ao enredo do comercial desarticulando-se de seus próprios costumes alimentares.

STRASBURGER (1999, p. 96), após analisar um expressivo número de trabalhos enfocando a influência da mídia sobre os hábitos alimentares de adolescentes, conclui seu estudo dizendo que “existem dados consideráveis para justificar-se a noção de que a mídia causa um impacto significativo sobre os hábitos alimentares dos adolescentes e a ocorrência de obesidade durante a infância e adolescência, e talvez até mesmo de que contribui, de uma pequena forma, para o desenvolvimento de transtornos alimentares”.

As propagandas têm atribuído aos produtos dietéticos características que carregam consigo certo grau de emotividade, e o consumidor, através deste marketing inteligente, sente-se seduzido pela imagem vendida de saúde, forma e consumo, cujos anúncios referem produtos de baixas calorias, baixo colesterol, sem renunciar ao sabor, à textura e ao aroma, ou seja, altamente palatáveis (CRUZ, 1999; ARNAIZ, 1996).

A mesma mídia que propaga alimentos altamente calóricos, de considerável valor nutritivo e de baixo custo, lança produtos dietéticos, agradáveis ao paladar e, ao contrário, dispendiosos, onerando o orçamento familiar. Mas, a mesma mídia atenta para outras vantagens publicitárias, que são as consequências do consumo dos “*junk foods*”, lançam pílulas e pós emagrecedores isentos de fiscalização, de custo barato, visando às classes mais pobres.

Para BOOG (1998), “a mídia não preenche o espaço do encontro humano, do diálogo, do sentido da vida, ela pressupõe preencher, através do consumo, o vazio de uma vida sem sentido”.

A pressão da propaganda oprime as formas de pensamento e gera distorção de raciocínio, observada no indivíduo que para controlar ou tratar a obesidade faz uso de produtos que incorrem em resultado insatisfatório. Este sistema de intervenção publicitária impede o homem de problematizar seu comportamento alimentar. Segundo ARNAIZ (1996), a força da publicidade está na forma como esta é veiculada. A autora menciona as diversas formas de discurso publicitário que se combinam, entre elas, o discurso estético que reforça a preocupação com a saúde, porém sutilmente subordinada a um corpo magro. Assim se estabelece esta maratona visando o alcance de um corpo perfeito que tem impulsionado a indústria agroalimentar.

SICHERI (1998) pesquisou 1668 domicílios no município do Rio de Janeiro e verificou que aproximadamente 50% dos adolescentes, adultos e idosos não realizavam nenhuma atividade física. No entanto, a realização de alguma atividade física dentro do pequeno percentual associou-se com a redução da preva-

lência de sobrepeso em adolescentes e mulheres adultas. FISBERG et al. (2000) concordam que muitos adolescentes não fazem nenhum tipo de atividade física, restringindo o seu lazer à televisão, jogos eletrônicos e computador.

Dada à importância deste aspecto sedentário na vida do adolescente DUFOUR (1997) salienta que, para as crianças, a prática de atividade física, por assim dizer, qualquer movimento produzido pelos músculos esqueléticos que resultam em gasto energético, é pré-requisito para um ótimo desenvolvimento, crescimento e manutenção da saúde, além de assumir um fator protetor contra o desenvolvimento da obesidade. O exercício físico pode ser muito utilizado no processo de emagrecimento e é sempre mais importante na prevenção do ganho de peso. Não há nenhuma associação entre atividade física e fome e a maioria das evidências mostra que não há aumento da fome ou do consumo energético como resultado do gasto energético induzido pelo exercício físico (BLUNDEL e KING, 2000).

HOFFMAN et al. (2000), realizando um estudo com crianças das favelas da cidade de São Paulo, constataram que as meninas tinham um gasto energético por atividade física mais baixo que os meninos, o que poderia explicar a particularidade de maior risco para obesidade em meninas e mulheres em áreas urbanas de países em desenvolvimento.

Qualquer excesso energético, a partir da alimentação, será convertido em adicional de gordura no organismo. As significativas mudanças no estilo de vida têm contribuído para a diminuição do gasto energético. Hoje, há um número bastante elevado de recursos que reduzem os esforços tanto no lar quanto no trabalho, e, além disso, as atividades recreativas tendem a ser mais sedentárias (computadores, televisão, jogos eletrônicos). A recomendação de DAMIANI et al. (2000) é que todas as crianças devem ser encorajadas a exercitar-se durante trinta a sessenta minutos por dia, pelo menos três vezes por semana.

## **1.5 A sociedade como agente transformador de atitudes e padrões biopsicossocioculturais na era da globalização**

A obesidade pode levar a sentimentos de baixa auto-estima e isolamento social, sendo caracterizada, de certa forma, na sociedade contemporânea, pelo homem doente e também pelo indivíduo excluído da sociedade enquanto padrão de estética (SICHIERI, 1998). Os padrões de beleza e a supervalorização do corpo preferidos pela sociedade atual podem desencadear processos de transtornos alimentares (FISBERG et al. 2000).

Muitas famílias tendem a apoiar os adolescentes em uma estrutura de práticas e consumo deferida e incentivada pela sociedade, a qual sugere modelos e atitudes a serem seguidos, desencadeando assim uma atitude de obediência e subordinação. Esta lógica é confirmada nas deduções de MENNEL *apud* TONIAL (2001) quando lembra que as sociedades ocidentais modernas incentivam a promoção e a concordância para mudanças relacionadas à seleção dos alimentos, imagem corporal, busca de novos paladares, comportamentos considerados como normais e aceitos pela sociedade.

A industrialização da alimentação e o surgimento da produção em massa geraram mudanças nos padrões de consumo alimentar, e os produtos agrícolas estão sendo cada vez mais transformados pela indústria. Esta revolução industrial se estendeu à produção agroalimentar tornando a alimentação um mercado de consumo de massa, contribuindo também para a não caracterização do alimento com o universo doméstico (FISCHLER, 1998).

A indústria da alimentação favorece um comportamento alimentar inadequado visto que comercializa produtos massivos, de baixa qualidade, com alto teor de gordura e açúcar que são, muitos deles, destinados aos setores com menor poder aquisitivo (AGUIRRE, 2001). Em um estudo avaliando hábitos alimentares da população brasileira associados a aspectos psicossociais, GARCIA (1998) verificou que famílias com rendas mais altas apresentaram gastos semelhantes em relação ao consumo de alimentos energéticos, porém, os valores tornaram-se

dísparos quando comparados com os alimentos preparados e protéicos, ou seja, conforme maior a renda familiar, maior o consumo destes gêneros alimentícios.

As regras ditadas pelo sistema capitalista neoliberal, as quais, em geral, não propõem a formação do cidadão crítico, glorifica-se pela proliferação de propagandas formadoras de sujeitos englobados em uma consciência coletiva, ou seja, que criam sentimentos ou tendências não explicados pela autoconsciência, mas sim pelo fato do agrupamento dos indivíduos em sociedade, fazendo com que esses não reflitam sobre o verdadeiro sentido do comer em suas realidades. Os direitos sociais tornam-se negligenciados em nome da razão competitiva de mercado. A exemplo desta concepção observa-se, no Brasil, o consumo freqüente de *fast-foods* em detrimento da alimentação brasileira, incorporada de valores culturais.

Na percepção de FISCHLER (1998), o *fast-food* é a aplicação do *taylorismo*, ou seja, da racionalização e divisão do trabalho, identificada por um princípio de produção em série na preparação das refeições. O indivíduo está propenso ao enredamento nesse sistema por ser atraente e significar adesão aos padrões do grupo social, ainda que ofereça um ônus ao orçamento familiar.

Os alimentos e eventos alimentares podem estar relacionados aos ritos sagrados, aos ciclos da vida, às celebrações, festividades, afeto, vínculos de solidariedade, e, ainda, expressam padrões de diferenciação social (TONIAL, 2001; MINTZ e DU BOIS, 2002). PATEL e SCHLUNDT (2001) afirmam que o consumo alimentar aumenta na presença de outras pessoas, e o grupo, por sua vez, transforma comportamentos individuais, o que tem sido chamado de facilitação social.

O padrão alimentar é influenciado pelas imagens da sociedade contemporânea, que se preocupa com a estética e a valorização do corpo magro, acarretando patologias causadas por distúrbios alimentares. A imagem corporal sofre influência dos fatores socioeconômicos e da mídia, que caracterizam a magreza como biótipo estético (CRUZ, 1999).

O corpo pode simbolizar a trajetória da sociedade de consumo, significando através do corpo esbelto, ascensão e status social. Os temas difundidos pela publicidade, que associam corpo e saúde, não raras vezes apregoam a imagem da magreza. Na análise do corpo no universo masculino, observa-se uma competição ao alcance de um perfil forte e musculoso. Para atender às imposições da mídia ou padrões sociais de beleza, homens e mulheres tornam-se escravos de produtos e técnicas que fabricam corpos esculturais. O corpo se converte em uma mercadoria e precisa ser dominado para conseguir êxito e, desta forma, dominar as demais pessoas. Nesse sistema de valores, o obeso torna-se, então, estigmatizado: é culpabilizado por não ter êxito, ao mesmo tempo em que provoca perturbação, porque traduz indolência (CRUZ, 1999).

O indivíduo é capturado por um jogo de símbolos e signos criado pela mídia e, desta forma, deixa que seu espaço seja invadido pelos valores proclamados pelo sistema capitalista. O *fast-food* determina códigos e imagens decodificados nos grupos, constituindo assim comportamentos em relação à alimentação que são determinados por uma série de tendências mediante forças atrativas (ORTIGOZA, 1997).

## **1.6 Aconselhamento dietético: uma abordagem para a educação nutricional**

O aconselhamento tem sua fundamentação teórica em um modelo genérico de aconselhamento, o qual, segundo PATTERSON e EISENBERG (1988), foi estruturado a partir das linhas teóricas da psicologia, sucintamente descritas a seguir:

***Aconselhamento Centrado no Cliente:*** esta abordagem propicia ao cliente o desenvolvimento de valores positivos, contribuindo assim para sua atuação integral. A visão que a pessoa tem do próprio eu, no contexto de seu meio, determina seu comportamento. As etapas deste processo devem colaborar para a criação de ambientes de auto-descoberta. As características centrais do conselheiro são empatia, re-

forço positivo, congruência. O enfoque centrado no cliente prioriza os fatos atuais. Fatos anteriores estreitamente ligados ao sujeito, como vínculo mãe-filho, ou outros problemas vivenciados anteriormente ao problema atual, não são trabalhados, apenas aquele fato que o indivíduo experiencia a seu tempo real.

**Aconselhamento Gestáltico:** a ênfase nesta linha psicológica é dada ao organismo como um todo e busca o equilíbrio, que é constantemente ameaçado por circunstâncias externas e conflitos interiores. Esta proposição engloba tomada de atitudes que coloque o ser em uma reconfiguração, compreendendo polaridades dentro do seu meio, evidenciadas através de atitudes, posturas, comportamentos, reflexões, ações sobre saúde/doença, indivíduo/sociedade e relações interpessoais. Do ponto de vista da nutrição, podem ser exemplificados os diversos significados que o indivíduo atribui às limitações da possibilidade do controle dietético para a resolução dos problemas relativos ao comportamento alimentar.

**Aconselhamento Psicanalítico:** esta teoria considera os homens criaturas biológicas movidas por um desejo instintivo para o prazer pessoal. Aponta para uma fonte de energia – libido, que impulsiona para os comportamentos que satisfazem o prazer. É fundamentado em Freud, que concebeu a estrutura da personalidade dividida em *id*, *ego* e *superego*, sendo que o aconselhamento focaliza o ego, que é a parte que está em contato com a realidade exterior e é a sede do pensamento racional.

**Aconselhamento Racional-emotivo:** o desenvolvimento dessa teoria pretende a eliminação dos pensamentos autodestrutivos, promovendo assim visões mais tolerantes e racionais. As pessoas possuem poder e tendência que interagem com ambientes de irracionalidade e racionalidade, sendo que a emoção negativa decorre de pensamentos irracionais. O conselheiro mostra-se muito ativo neste tipo de relacionamento.

O esquema A-B-C pode explicar como o indivíduo identifica ou classifica as conseqüências a determinados fatos, sendo A – o fato, B – a crença ou o significado expresso por ele, e C – a conseqüência. Um exemplo deste pensamento é o da pessoa portadora de diabetes (A) que torna-se profundamente infeliz (C) por ter que fazer algumas restrições no seu comportamento alimentar (B). Esta linha pretende ajudar o cliente a pensar de modo diferente sobre seus desejos de satisfação.

***Aconselhamento Baseado em Traços e Fatores:*** esta foi a linha mais empregada para auxiliar pessoas a fazer escolhas educacionais e vocacionais. O conselheiro, que desempenha uma papel privilegiado no processo, utiliza suas habilidades especializadas para ajudar o cliente a avaliar fatores que implicam na solução de problema e na tomada de decisão, e as perturbações emocionais geralmente não constituem um fator significativo. No campo da nutrição caberiam como exemplos o atleta profissional, que necessita valer-se da orientação técnica altamente especializada, ou o indivíduo adulto, sadio, compelido a viver só, que busca orientação nutricional visando organizar da forma mais prática e racional a sua demanda alimentar.

***Aconselhamento Behaviorista:*** tem como objetivo principal a mudança do comportamento ineficaz do cliente e apenas o que é mensurável é considerado evidência de aconselhamento bem sucedido. Tem grande ênfase na definição e alcance do objetivo. Quando o cliente adquire novas práticas alimentares, ainda que condicionado por meio de reforço positivo (prêmio, elogio) ou negativo (punição, censura), pode-se entender que o processo ocorreu.

Segundo Holli e Calabrese, autores que publicaram, no ano de 1986, um livro sobre aconselhamento dietético, a contribuição dessas várias abordagens permitiu estabelecer algumas diretrizes básicas, norteadoras da natureza do trabalho de aconselhamento dietético, citadas a seguir: a importância de elementos significativos da realidade pessoal; a responsabilidade que o cliente tem com sua

vida; a não dominação do conselheiro sobre o cliente; a realização de afirmações sobre a natureza das dificuldades, utilizando diagnósticos; a revelação do ego ao conselheiro para possível interpretação das experiências do cliente; maior percepção do cliente sobre si mesmo; o apoio direto às mudanças; mudanças num período curto de tempo; diagnóstico simplificado; vínculo entre o profissional e o cliente.

As atividades de educação nutricional com vistas ao controle da obesidade podem ser desenvolvidas individualmente ou em grupo. Quando é dirigida a indivíduos é chamada aconselhamento dietético. Essa denominação foi atribuída em 1969, pelo Comitê da Associação Americana de Dietética, à “orientação profissional individualizada para ajudar uma pessoa a ajustar seu consumo diário de alimentos, a fim de atender às suas necessidades de saúde” (LING, 1975).

O aconselhamento dietético pode ser aplicado tanto em grupos quanto em consulta individual, sendo comum nesta a formação de grupo como coadjuvante no aconselhamento. Os grupos de terapia diferem dos grupos de aconselhamento dietético, pois estes visam ajudar pessoas a encontrarem soluções para seus problemas alimentares, e estas soluções podem ser demonstradas, experimentadas e avaliadas com o apoio do grupo (HOLLI e CALABRESE, 1998).

Considera-se que a ajuda para resolver problemas alimentares insere-se numa busca maior por qualidade de vida, que ocorre em determinado momento da história de vida do cliente quando surge um problema, que por sua vez também é fruto da sua história de vida, e o aconselhamento dietético pode, se convenientemente conduzido, constituir-se em oportunidade para a busca ativa de uma vida mais prazerosa e mais plena.

O conceito de aconselhamento dietético chegou a ser divulgado no Brasil por intermédio de CAVALCANTI (1976), MOTTA e BOOG (1988) e MARTINS (2001), porém sem grande repercussão, uma vez que essa terminologia é pouco utilizada e até mesmo desconhecida pelos profissionais da área. Observa-

se até mesmo uma resistência às discussões sobre os pressupostos teóricos das ações educativas.

Dimensionando a prática nutricional, verifica-se a necessidade do resgate do aconselhamento dietético para sua reinserção no atendimento, na intenção de resultados efetivos com a população sadia ou acometida por doenças, em especial, as crônico-degenerativas, que pretendem mudanças de comportamento alimentar para melhorar a qualidade de vida.

Os manuais de “dietas universais” acabam sendo padronizados, e suas receitas, prescritas pelos profissionais de saúde, tanto nas Unidades da Europa como nos postos de saúde de qualquer longínqua e interiorana região do Brasil (TONIAL, 2001). Ou seja, os modelos técnicos que pretendem tratar o indivíduo enquanto doença são similares em qualquer região do mundo, no entanto, o molde no qual está inserida a orientação pode ser diferenciado através de um olhar menos mecânico, aquele que não está isolado da totalidade que compõe o indivíduo, que está isento de procedimentos rigorosos, que seja adequado à compreensão da realidade e que trate o indivíduo enquanto sujeito de sua história, e a égide para esta constituição pode ser encontrada nos princípios do aconselhamento dietético.

Historicamente, os serviços de nutrição clínica estiveram estruturados sob os modelos de dietas e preparações modificadas para pacientes seguirem em casa os regimes prescritos. Porém, hoje se percebe que médicos esperam que nutricionistas orientem pacientes hospitalizados sobre dietas modificadas com maior disponibilidade de tempo (SCHILLER et al., 1998).

É mister destacar a distinção que BOOG (1998) faz entre orientação nutricional e educação nutricional: a primeira expressão significa o fazer imediato, com as instruções propriamente ditas, dietas com objetivos específicos, com certo rigor para horários e técnicas, enquanto a educação nutricional volta-se para a formação de valores, do prazer, da responsabilidade, da criticidade, do lúdico e da liberdade, lembrando ainda que esta contempla a orientação nutricional.

É de GILBOY (1994) a afirmação de que médicos mencionam barreiras gerais que os impedem de prover o aconselhamento dietético, as quais incluem a falta de tempo e habilidade para aconselhar, e a falta de confiança nas suas habilidades para ajudar pacientes a fazer mudanças dietéticas. No mesmo estudo, o autor verifica certa tendência à padronização de planejamentos dietéticos e estratégias de educação entre nutricionistas que não tiveram treinamento em aconselhamento dietético.

Uma pesquisa realizada para avaliar práticas de graduandos de Nutrição, que tinha como objetivo entrevistar clientes no enfoque do aconselhamento dietético, observou a presença maior de questões fechadas e pouca frequência de expressões não verbais. Os autores atribuem esta inadequação da técnica à falta de prática por parte dos estudantes e acredita na possibilidade de profissionais já formados desenvolverem com mais eficácia esta tarefa (DANISH et al., 1979).

A realidade tem evidenciado que a prática por profissionais não difere muito da pesquisa citada acima, como demonstra a pesquisa de AMORIM et al. (2001), que aponta as visões mecânicas de atendimento de nutricionistas e pediatras, alertando para a necessidade da inclusão de processos mais globais que envolvam a plena constituição humana, eliminando, dessa forma, conceitos e comportamentos reducionistas que fragmentam o ser humano em corpo e mente.

Vários autores têm descrito a necessidade introduzir habilidades de aconselhamento dietético na prática de assistência nutricional (ISSELMANN et al., 1993; VICKERY e HODGES, 1986; SULLIVAN et al., 1990; DANISH et al., 1979; ROSAL et al., 2001; SCHILLER et al., 1998). PALUMBO (1999) ressalta a importância do aconselhamento e refere que este tem sido feito através de diferentes formas. Profissionais atendem através de seus consultórios, da mesma forma em que podem aconselhar por e-mail, telefone e *sites* na *internet* (PALUMBO, 1999).

É importante considerar a dimensão do processo de aconselhamento que não busca impor ao cliente respostas prontas para o problema, mas sim uma

construção de ajuda entre o aconselhador<sup>2</sup> e cliente. De acordo com HACKNEY e NYE (1977), o modelo de aconselhamento tem que buscar reconhecer a importância de conseguir identificar e responder os aspectos sentimentais como também comportamentais.

O aconselhador deverá estar em sintonia com o cliente, sempre observando sua fala e seu comportamento. A postura do corpo é uma linguagem silenciosa de comunicação não-verbal, e através de expressões faciais, gestos, movimentos corporais, tom de voz, velocidade da fala e afinação de voz, entre outros, podemos observar as atitudes dos clientes subjacentes ao problema. (WEIL e TOMPAKOW,1996; HACKNEY e NYE,1977).

Conhecendo todos os preceitos que o aconselhamento propõe para o atendimento, e lembrando principalmente da primeira etapa - que é o vínculo entre profissional e cliente através do contato pessoal, inclusive da linguagem não verbal -, parece difícil que tanta tecnologia abranja todas as questões pertinentes ao comportamento alimentar que devem emergir neste relacionamento de ajuda para que o processo se efetive.

Provavelmente nem todos os veículos conseguem atingir efetivamente as etapas que contemplam o processo de aconselhamento dietético, sabendo que as expressões não verbais, gestos e silêncio também traduzem significados para a compreensão global dos problemas do cliente.

Estes saberes necessários à prática profissional podem estar apoiados na concepção de FREIRE (2000a, p. 109) para quem “precisamos aprender a compreender a significação de um silêncio, ou de um sorriso ou de uma retirada da sala. O tom menos cortês com que foi feita uma pergunta”.

---

<sup>2</sup> Palavra **aconselhador** é adotada do livro: HACKNEY, H; NYE S. Aconselhamento: estratégias e objetivos. São Paulo: EPU, 1977, 173p. (grifo do autor)

Para maior entendimento do processo de aconselhamento é pertinente a colocação de HOLLI e CALABRESE (1986) sobre as fases envolvidas, quais sejam:

- *Descoberta inicial*: esta fase pode influenciar sobremaneira na condução do relacionamento do cliente e nutricionista por caracterizar um ambiente de envolvimento primeiro na relação. Empatia, autenticidade, considerações positivas, incondicionalidade e concreção são atributos importantes na qualidade do encontro. O nutricionista deve estar preparado para captar o estado emocional do cliente (ansiedade, nervosismo, insatisfação) declarado verbalmente ou através de gestos, posturas, movimentos do corpo, expressões faciais, qualidade da voz e o silêncio. O profissional capacitado deve englobar antes de tudo o saber ouvir e o saber aceitar para a criação de um ambiente favorável na construção de estratégias e conclusões para o desenvolvimento de ações pelo cliente.
- *Exploração em profundidade*: este estágio deve basicamente encorajar o cliente para a formação de “*insight*”, favorecendo assim uma condição de discernimento e tentativa de discussão sobre os problemas. O nutricionista precisará ter habilidade para enfrentar os possíveis obstáculos que poderão bloquear a articulação das idéias pelo cliente, e este, muitas vezes, poderá transferir-se para um campo imaginário, no qual moldará o conselheiro como uma figura de autoridade, revelando, desta maneira, os modelos frustrados de atendimento pré-existentes em si. Para que isso não perdure, durante o atendimento será necessário que o profissional seja sensível para perceber a necessidade que o cliente tem de ser encorajado, para que desvele e amplie os temas relacionados ao problema. Para uma ajuda efetiva, é necessário que o nutricionista compartilhe as experiências apontadas pelo cliente, expandindo assim os conceitos revelados. Várias técnicas podem ser utilizadas no intuito

de facilitar a abordagem ao tema: questões fechadas (que normalmente são limitadas e não permitem exploração do tema), questões abertas (que estimulam respostas mais longas e reflexivas), uso de diretivas (comandos utilizados pelo nutricionista quando o cliente não formula a idéia), uso de estímulos (habilidades não verbais que indicam atenção e compreensão) e escuta efetiva. Estas técnicas terão como objetivo principal o direcionamento para a problematização do cotidiano alimentar.

- *Preparação para a ação:* este estágio pode causar certa ansiedade no cliente pelo fato de não estar acostumado a aventar estratégias próprias para solução de seus problemas. Algumas barreiras devem ser rompidas para o cliente tomar as decisões de como realizar os objetivos e ações, e a existência de um *feedback* autêntico, através de elogios, pode ser um elemento constitutivo da relação cliente-conselheiro. Como resultado final do aconselhamento, o cliente fará planos na tentativa de corrigir o problema, lembrando que as duas primeiras fases foram interrogativas para o cliente. Esta etapa de formulação de solução pode exigir tempo, disciplina e paciência. É importante ressaltar que deve haver uma avaliação conjunta, pelo nutricionista e pelo cliente, das estratégias selecionadas para enfrentamento dos problemas, dos resultados obtidos e das mudanças conjunturais.

Em cada passagem das três fases do aconselhamento dietético, o profissional busca, em menor ou maior grau, colocar o cliente próximo ou frente ao problema alimentar, que é o objeto do aconselhamento. Para BOOG e MAGRINI (1999), problema alimentar é um conceito bastante amplo que inclui “hábitos alimentares inadequados, hipóteses sobre possíveis hábitos alimentares inadequados levantados a partir de dados clínicos, bioquímicos ou antropométricos, práticas alimentares de seleção, compra, preparo, armazenamento ou consumo, que podem ser prejudiciais ao organismo, bem como qualquer questão de caráter sub-

jetivo que possa gerar dúvida, ansiedade, insegurança às pessoas, relativa ao efeitos dos alimentos ou dos nutrientes sobre o organismo, aventados ou efetivamente percebidos como sinais ou sintomas”.

O aconselhamento dietético terá por finalidade a ajuda para o enfrentamento dos problemas alimentares que, muitas vezes, aparecem associados a conflitos familiares ou outros que desencadeiam a busca de escapes prazerosos através da alimentação. Tudo isso se reflete na inadequação alimentar, que pode comprometer o bom desenvolvimento do adolescente, e a obesidade é, normalmente, a complicação biológica, social e psicológica mais evidenciada neste contexto.

O aconselhamento dietético é utilizado freqüentemente em conjunto com a prática clínica, e os autores salientam que a educação nutricional é apenas um elemento deste campo, e é avaliado em termos de conhecimentos básicos, ao passo que o aconselhamento pode ser avaliado em termos de mudança de comportamento adicionado de conhecimento (VICKERY e HODGES, 1986).

Deve ser mencionado que a educação nutricional é um processo que pode promover, acima de tudo, o desenvolvimento da capacidade de compreender fatos, e os conhecimentos ou as aptidões resultantes de tal processo preparam o indivíduo para sua integração consigo e com o meio social. Neste aspecto, a educação pode ampliar a esfera da compreensão, proporcionando ao indivíduo condições para que possa tomar decisões para resolução de problemas mediante fatos percebidos, os quais podem ser levantados com o auxílio das habilidades especiais do aconselhamento dietético, para que profissional e cliente possam auferir bons resultados.

Lembram ORKOW e ROSS (1975) que a ênfase na mudança de comportamento deve ocorrer sobre as mudanças de práticas, e não sobre mudança de personalidade.

Os resultados de um treinamento, em que os participantes discutiram determinadas técnicas de aconselhamento, apontaram que os nutricionistas devem saber que o aconselhamento nutricional será mais efetivo se teorias e técnicas de aconselhamento psicológico forem integradas na prática nutricional. Recomendaram também a implementação de medidas que permitam ao profissional condições que assegurem espaço e ambiente apropriados para um aconselhamento efetivo (ISSELMANN et al., 1993).

A necessidade de um relacionamento de ajuda efetiva no aconselhamento dietético tem sido reforçada por muitos autores, cuja proposta deve estar centrada no encorajamento do cliente para relatar mais sobre seus problemas. Alguns trabalhos têm demonstrado eficácia no controle de doenças crônicas após período de intervenção nutricional fundamentada nos preceitos do aconselhamento dietético (ORKOW e ROSS, 1975; BAKX et al., 1997; GILBOY, 1994).

ASSIS e NAHAS (1999) citam o nutricionista como o profissional que, entre outras funções, deve ajudar as pessoas a modificarem seus hábitos alimentares, por meio da assistência nutricional individual e a grupos populacionais. Segundo as autoras, esta assistência vai além do fornecimento da informação nutricional, pois esta pode ser adquirida por meio de revistas, jornais, televisão, família, amigos. No entanto, a resolução dos problemas e a descoberta pessoal para as soluções em suas vidas vêm da interação entre profissional e indivíduo assistido.

### **1.7 Análise crítica sobre as referências pertinentes à obesidade na adolescência**

As intervenções que objetivam modificação de comportamento alimentar de adolescentes têm mostrado sucesso relativo, isto devido, em parte, à compreensão inadequada dos fatores associados ao comportamento alimentar entre adolescentes que necessitam ser encaminhados para tratamento (NEUMARK-SZTAINER et al., 1999).

A incorporação de técnicas, métodos, conceitos e conhecimentos técnicos sobre nutrição no controle da obesidade em programas escolares e comunitários pode trazer resultados favoráveis, porém, instantâneos e transitórios, porque não favorecem um ambiente de problematização do hábito alimentar. Sabe-se que distúrbios alimentares são desencadeados por comportamentos inadequados, e estes só poderão ser solucionados a partir de reflexões entre cliente e profissional, ressaltando que a informação auxilia no acréscimo de conhecimento e não na conscientização, desenvolvida através da prática reflexiva do cotidiano. Pouco é compreendido sobre o modo pelo qual o comportamento e o estilo de vida influenciam os hábitos alimentares de adolescentes (BARKER et al., 2000).

O ato reflexivo do adolescente para as práticas alimentares é uma ferramenta transformadora de atitudes e comportamentos, que possibilita não apenas melhora das complicações físicas e/ou bioquímicas, mas também a relação psicossocial do mesmo em seu ambiente. Para MÜLLER (1999), o adolescente necessita de um atendimento amplo que o torne sujeito de sua história, e não objeto de sua obesidade. A educação nutricional e o aconselhamento dietético devem ser pensados nessa ótica.

Vários autores têm se detido na análise dos procedimentos adotados em educação nutricional para adolescentes, e feito proposições de estratégias para serem empregadas em programas visando o controle da obesidade:

CUSATIS e SHANNON (1996) afirmam que os aspectos do comportamento alimentar de adolescentes podem ser influenciados por diversos fatores, que podem variar em ambos os sexos. Em razão disto, profissionais de saúde devem conduzir a nutrição com estratégias de tratamento e educação de acordo com a necessidade e alimentação desejáveis.

Segundo MIDDLEMAN et al. (1998), a necessidade de aconselhamento nutricional deve ser ressaltada tendo em vista a intenção de adolescentes em realizar dietas não balanceadas.

KEARNEY e McELHONE (1999) explicitam a importância dos profissionais inteirarem-se de toda a problemática vivenciada pelo adolescente obeso, pois as informações acerca de dificuldades percebidas pelo mesmo na tentativa da realização de uma alimentação saudável contribuem para tornar a orientação dada pelo programa mais efetiva.

BERG-SMITH et al. (1999) dizem que intervenções motivacionais oferecem uma estratégia efetiva para o aumento da adesão a mudanças desejáveis de comportamento. Algumas estratégias têm sofrido adaptações para serem empregadas nos breves encontros clínicos.

DAMIANI et al. (2000) referem que a orientação nutricional é primordial no tratamento de crianças e adolescentes obesos. O reforço constante da reestruturação do hábito alimentar deve apresentar abordagem global, correspondendo aos aspectos nutricionais e comportamentais, para que os objetivos sejam alcançados: perda ponderal, crescimento e desenvolvimento normais da criança e do adolescente, educação alimentar e mudanças de hábito de vida. Esses autores enfatizam que a família precisa ser orientada para dar à criança um suporte positivo, sem contrariar a proposta de redução de peso.

FISBERG et al. (2000) alertam para alguns fatores de risco no contexto da saúde do adolescente, como tabagismo, uso de álcool, sedentarismo, excesso de esportes, realização de dietas restritivas, conflitos familiares - como separação ou morte de um familiar - e comportamento alimentar inadequado.

CARVALHO et al. (2000) ressaltam que a consulta do adolescente deve abranger aspectos sociais, psicológicos e nutricionais, dinâmicas familiares, entre outros. Estratégias educacionais que não permitem ou não consideram a postura do adolescente são, muitas vezes, concluídas com pouco êxito. As chances para que o adolescente seja ouvido podem ser evidenciadas em encontros com alguns profissionais de saúde ou outras pessoas envolvidas em seu meio social, porém, estas situações raramente são encontradas na estrutura familiar.

Uma postura que considera o indivíduo um todo indivisível e que não tenta explicá-lo pelos seus distintos componentes, físico e psicológico, cabe a qualquer profissional da área da saúde. Possuir habilidades para sentir em profundidade o real problema do indivíduo significa romper valores e paradigmas que fragmentam a Saúde e dificultam o processo de cuidar.

FREIRE (2000a) refere-se, ao educador que escuta, como aprendiz da difícil lição de transformar o seu discurso, colocado por ele, muitas vezes, como necessário ao educando em uma fala com ele. O autor afirma ainda que a verdadeira escuta não diminui a capacidade de exercer o direito de discordar e de se posicionar, ao contrário, prepara o educador para uma melhor colocação das ideias.

BOOG (1996) enfatiza que um processo mecanicista de aprendizagem, induzindo a práticas tradicionais com a finalidade de educar, não gera resultados eficazes, pois a educação nutricional está vinculada à relação educador-educando. O diálogo permite ampliar a compreensão sobre o significado do comer e sobre fatores inter-relacionados que devem ser considerados na educação nutricional.

É fundamental considerar também o recurso estratégico oferecido pela atividade grupal que, permitindo a interação de uns com os outros, possibilita identificação de atitudes e sentimentos que ampliam a compreensão sobre os problemas vivenciados, e serve de estímulo e suporte às mudanças de comportamento.

Vários órgãos internacionais recomendam a educação em saúde como instrumento de transformação de práticas inadequadas de saúde, sendo que tanto os clientes quanto os profissionais devem ser sujeitos desse processo (LIMA et al., 2000). É preciso ressaltar que a educação nutricional e a educação em saúde não podem jamais se desligar desse processo maior designado educação.

ALVES (2002) afirma que as pedagogias atuais, mesmo as mais liberais, que trabalham com crianças, ainda apresentam uma estrutura cartesiana,

desconsiderando assim os fenômenos na sua totalidade. Os saberes fundamentais nos quais os adultos se apóiam para ditar regras de como proceder, sem o esclarecimento das razões e das explicações, contribuem para a formação da consciência acrítica.

A pesquisadora, ao refletir sobre o papel social da educação nas competências dos profissionais de saúde, busca compreender a posição das instituições de saúde, lembrando que estas têm, como um dos compromissos essenciais, a responsabilidade do cuidar, não de forma menos atenciosa às doenças crônico-degenerativas, cada vez mais cruciais para o Sistema de Saúde (BRASIL, 2000).

Frente aos achados na literatura observa-se uma tendência das pesquisas a adotar referenciais teóricos baseados nas vertentes positivistas. Pesquisas que buscam conhecer alguns fatores subjetivos do comportamento alimentar utilizam uma metodologia direcionada à obtenção dos fatos em questão no estudo, identificando assim um método ainda limitado para a compreensão da singularidade do adolescente. O presente estudo propõe, através de uma abordagem qualitativa, a compreensão dos fatores relacionados ao contexto alimentar global do adolescente obeso.

A dimensão destes desafios impõe aos profissionais de saúde a necessidade de uma conscientização crítica imediata. Atualmente, poucos pesquisadores e profissionais manifestam suas idéias, valores e opiniões no pensamento sociocultural, e o modelo tradicional ainda monopoliza as estruturas de ensino e saúde. A pesquisadora, na busca pelo desenvolvimento da autonomia dos indivíduos para o cuidado nutricional, apóia-se em autores que acreditam na educação em saúde, e também, enquanto educadores sociais, na possibilidade da transformação das pessoas em sujeitos ativos.

A educação em saúde requer uma comunicação que garanta mais do que um conhecimento intelectual e objetivo e, neste sentido, FREIRE (2000a, p.

25) ressalta que “ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção”.



*O BJETIVOS*

---

**2**



## **2.1 Geral**

Identificar e analisar estratégias de mudança no comportamento alimentar de adolescentes obesos, em atendimento coletivo e individual, no contexto da educação nutricional.

## **2.2 Específicos**

1. Avaliar a adesão dos adolescentes ao programa em ambas as condições de atendimento;
2. Identificar os problemas alimentares vivenciados por adolescentes no seu cotidiano;
3. Descrever as estratégias criadas pelos adolescentes para o enfrentamento dos seus problemas alimentares;
4. Identificar as possibilidades de intervenção educativa em ambos os grupos;
5. Avaliar qualitativamente as mudanças na alimentação da família ocorridas durante a participação do adolescente no programa; e
6. Verificar peso, altura e índice de massa corporal pré e pós-intervenção nutricional.







A escolha pelo método qualitativo sustenta a interpretação dos conteúdos e dinâmicos do ser humano, assim como a descrição da natureza dos fenômenos (TRIVIÑOS, 1987). A articulação da análise hermenêutica acompanhada da dialética pode contribuir para a compreensão das falas, dos depoimentos e do processo de conhecimento. Dentro dessa abordagem, o método hermenêutico-dialético permite uma interpretação mais aproximada da realidade (MINAYO, 1996). O primeiro momento se caracterizará pela compreensão dos fenômenos na fase exploratória (processos de investigação e intervenção presentes no trabalho), no segundo momento será feita a análise dentro de um contexto sociohistórico que tem como marco teórico fundamental o pensamento pedagógico de Paulo Freire.

O presente estudo foi desenvolvido no Centro de Investigação em Pediatria (CIPED), Departamento da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas, que realiza pesquisas científicas com crianças e adolescentes. O local abriga um ambulatório para atendimentos no piso inferior, sendo que no piso superior há salas disponíveis para reuniões, salas de aula para a pós-graduação, incluindo as salas dos professores, e a administração. Por ser um ambiente voltado para pesquisa, são encaminhados apenas pacientes que estejam participando de algum projeto científico.

O local escolhido sugeria um espaço adequado para o desenvolvimento da pesquisa, uma vez que é destinado a este fim.

### **3.1 Sujeitos:**

Foram estudados, por um período de oito meses, 22 adolescentes, sendo 9 do sexo masculino e 13 do sexo feminino, com idades entre 11 e 16 anos e diagnóstico de obesidade exógena, encaminhados pelo Ambulatório Geral de Adolescência do Hospital das Clínicas da Unicamp e por uma Unidade Básica de Saúde de Campinas.

O início do programa ocorreu em novembro de 2001, quando a pesquisadora, anteriormente ao desenvolvimento deste, fez a triagem dos adolescentes, realizada em oito meses. A pesquisadora não incluiu mais adolescentes no programa pelo fato dos pais alegarem falta de condições econômicas para transporte até o local, visto que muitos moravam em outras cidades.

Inicialmente, a triagem foi realizada no Ambulatório Geral de Adolescência do hospital. Entretanto, naquele momento da pesquisa, a demanda de atendimento aos adolescentes com os critérios necessários era pequena, justificando a procura destes em Centros de Saúde, já no período final da triagem.

Os critérios de exclusão definidos para o andamento do estudo foram os casos de adolescentes com diagnóstico de endocrinopatias e/ou doenças neurológicas ou psiquiátricas, registrados nos prontuários médicos.

## **3.2. Procedimentos metodológicos:**

### **3.2.1 Diagnóstico de Obesidade:**

O diagnóstico de obesidade foi definido com Índice de Massa Corporal (IMC)  $\geq$  Percentil 95, de acordo com sexo e idade (MUST et al., 1991) (Anexo 1).

### **3.2.2 Entrevista Inicial**

Todos os adolescentes passaram por consulta individual inicial. A entrevista foi conduzida com o apoio da ficha História Alimentar (Anexo 2). Foram abordadas questões de comportamento alimentar, aspectos cognitivos com relação à doença, representações sociais, dados quanti-qualitativos com relação à alimentação atual, além de espaço aberto para questões não formuladas colocadas pelos adolescentes quando manifestassem o desejo do diálogo informal. Segundo HOLLI e CALABRESE (1986) o uso de questões abertas pode extrair res-

postas com palavras próprias do entrevistado, além de encorajá-lo na ampliação e revelação de suas idéias.

Feita a primeira entrevista com os adolescentes, houve o encaminhamento de 11 para atendimento individual, e de outros 11 para atendimento coletivo.

No atendimento individual, as entrevistas foram gravadas a fim de se coletar todas as falas que pudessem dar maior compreensão à análise. A grande vantagem da entrevista sobre outras técnicas é a permissão para captação imediata e corrente da informação desejada, além de atingir pessoas de qualquer nível escolar (LÜDKE e ANDRÉ, 1986).

No atendimento coletivo, a pesquisadora contratou os serviços de uma psicóloga, que assumiu posição de observadora, para fazer o registro dos encontros.

### **3.2.2.1 Dados antropométricos:**

- *Peso*: o adolescente foi pesado com roupas leves e sem sapatos (MAHAN, 1994). Utilizou-se balança eletrônica com divisão de 0,1 kg.
- *Altura*: para esta verificação o adolescente manteve-se sem sapatos com os pés juntos, com os calcanhares encostados na barra de escala de medidas. Permaneceu em pé, ereto, olhando para frente (MAHAN, 1994).
- *Índice de Massa Corporal*: é a relação peso (kg) / altura (cm). A classificação de sobrepeso foi dada quando o percentil mostrou-se entre 85 e 95; acima do percentil 95, foi classificado como obesidade (MUST et al., 1991)

### 3.2.3 Programa educativo

Neste estudo a pesquisadora optou por trabalhar com duas formas de atendimento: coletivamente e individualmente. Porém, ambas as formas consideraram o aconselhamento dietético como suporte para a educação nutricional. A temática adotada para a condução do programa foi a problematização, cujo método descarta situações formais de ensino-aprendizagem e engloba a construção da consciência crítica e libertadora, base para as ações planejadas do ser humano (MIZUKAMI, 1986; FREIRE, 2000a).

Atendimento Individual: foi realizado quinzenalmente. Cada adolescente permaneceu em média 45 minutos com a pesquisadora em todos os encontros. Foram empregadas técnicas de aconselhamento dietético, seguindo as etapas propostas por HOLLY e CALABRESE (1986): descoberta inicial, exploração em profundidade e preparação para a ação. O aconselhamento visou inicialmente ajudar os adolescentes a se posicionarem diante do nutricionista de modo que pudessem desvelar detalhes do seu comportamento alimentar e levantar estratégias, para que, de forma autônoma, problematizassem e realizassem mudança gradativa das práticas. Os atendimentos foram conduzidos a partir das demandas dos problemas do próprio adolescente, as quais emergiram a cada encontro. O programa contou com 16 encontros, sendo que dois referiram-se a confraternizações - de Natal, por ocorrer no meio do programa educativo, e a última, para encerramento.

Atendimento coletivo: foi realizado quinzenalmente e cada reunião tinha duração de 2 horas. Foram empregadas técnicas para auxiliar os adolescentes a desvelar detalhes do seu comportamento alimentar e compartilhar as descobertas com os demais membros do grupo, para que, coletivamente, pudessem analisar seus comportamentos e buscar, de forma autônoma, estratégias para a mudança gradativa de práticas. O planejamento foi formulado a partir das demandas do próprio grupo, as quais foram emergindo durante os encontros, não tendo sido elaborado, portanto, o cronograma de atividades. O programa contou com 16 reu-

niões, sendo que duas delas referiram-se a confraternizações - de Natal, por ocorrer durante o programa educativo, e a última, para encerramento.

As dinâmicas utilizadas subsidiaram o atendimento coletivo nos seguintes aspectos: tornar os participantes conhecidos e envolvidos nas atividades, estimular o autoconhecimento, desenvolver o senso crítico com relação à mídia e à sociedade, aproximar os adolescentes do universo alimentar, e possibilitar a autoavaliação.

#### **3.2.4. Coleta de Dados**

A coleta foi realizada por intermédio da obtenção das respostas das entrevistas e das dinâmicas com os adolescentes. Na entrevista de aconselhamento dietético foram registrados, a partir das gravações em fita, os problemas, as tentativas de mudanças e as mudanças efetivadas. Especificamente, foram registrados os problemas alimentares relatados pelos adolescentes e as estratégias criadas por eles para o enfrentamento dos mesmos.

No atendimento coletivo, o registro foi feito a partir das falas, produções desenvolvidas em tarjetas, cartazes, desenhos ou outros materiais utilizados no trabalho. A pesquisadora contou com o apoio da psicóloga para o registro de dados.

A adesão ao programa de educação nutricional proposto será definida como as mudanças efetivas relacionadas ao comportamento alimentar, como práticas alimentares e percepções acerca dos fatores sociais e afetivos ocorridas individualmente ou em conjunto com o grupo social do adolescente.

#### **3.2.5. Análise dos Dados**

As mudanças no comportamento alimentar foram avaliadas qualitativamente, por intermédio do registro de problemas concernentes ao comportamento

alimentar relatados pelos adolescentes, crenças verbalizadas em relação a estes, comunicação não-verbal, sentimentos expressados, tentativas de criação e/ou modificação das estratégias de enfrentamento dos problemas, opiniões verbalizadas a respeito dos comportamentos passados e presentes, razões manifestadas para as crenças, sentimentos e práticas. Essa análise foi apoiada nos textos de LÜDKE e ANDRÉ (1986), TRIVIÑOS (1987) e MINAYO (1996).

A pesquisadora optou pela construção de um heredograma para facilitar a visualização da estrutura fenotípica familiar do adolescente obeso. O heredograma é um “diagrama da história familiar de um indivíduo por meio do qual se evidencia o aparecimento de determinada enfermidade hereditária, assim como o grau de parentesco do indivíduo afetado com o indivíduo em estudo” (HEREDOGRAMA, 1999).

No heredograma os dados familiares são representados por figuras com significados previamente definidos. As gerações são representadas por linhas e, neste diagrama, o indivíduo caso-índice, aquele que motivou a construção do heredograma, é indicado pelo traço em negrito. Embora o significado da palavra heredograma denote uma representação hereditária, não houve nesta pesquisa dados que avaliaram geneticamente a obesidade na família. Portanto, este recurso foi utilizado estritamente com o objetivo de ilustrar a composição familiar em relação à constituição corporal.

**Tabela 1: Dinâmicas realizadas no atendimento coletivo**

ENCONTRO	DINÂMICA	OBJETIVOS E DESCRIÇÃO
1º	<i>Cosme e Damião se tornam conhecidos</i>	<p>O: Facilitar o processo de aproximação entre os participantes do grupo e facilitar o vínculo entre profissional e clientes.</p> <p>D: Foi pedido ao grupo que colocasse as características pessoais em um papel, dobrasse e o colocasse dentro de uma bexiga. As bexigas foram misturadas e cada adolescente estourou a que escolheu e tentou adivinhar a quem pertenciam as características.</p>
<b>Anexo 3</b>	<i>Auto-inventário</i> (VIRGOLIM et al., 1999).	<p>O: Estimular os adolescentes a expressarem suas habilidades e a explorarem seus potenciais de forma a aumentar sua auto-estima.</p> <p>D: Os adolescentes escolheram três tópicos do anexo mais importantes a eles para relatarem ao grupo.</p>
2º	<i>Quando eu fico nervoso (a) eu...</i> (dinâmica elaborada pela pesquisadora)	<p>O: Incentivar os adolescentes a analisar fatores determinantes de seu comportamento alimentar e descobrir formas diferentes de agir e pensar sobre o comer e a comida</p> <p>D: Os adolescentes completaram a sentença e depois misturaram os papéis para que os colegas do grupo sorteassem e debatessem o comportamento.</p>
	<i>Avaliação dos registros pelo grupo (encontrar aspectos favoráveis presentes na alimentação)</i> (dinâmica elaborada pela pesquisadora)	<p>O: Desenvolver a capacidade de observação e discernimento de práticas alimentares adequadas dentro da realidade do sujeito, despertando o senso crítico.</p> <p>D: Os adolescentes avaliaram em grupos os registros de alimentação dos colegas para contribuírem com sugestões.</p>

	<i>Cardápio qualitativo – sugestões do grupo no quadro negro</i> (dinâmica elaborada pela pesquisadora)	<p>O: Desenvolver a autonomia para tomada de decisão em situação que simule a dinâmica alimentar diária.</p> <p>D: Os adolescentes, em conjunto, escreveram no quadro negro sugestões para um dia alimentar.</p>
3º	<i>Degustação e adivinhação dos alimentos</i> (dinâmica elaborada pela pesquisadora)	<p>O: Ampliar a capacidade de percepção (através do tato, olfato e paladar) das características organolépticas dos alimentos.</p> <p>D: A pesquisadora vendou os olhos dos adolescentes para que através da sensação tátil, olfativa e gustativa adivinhassem o alimento oferecido por intermédio de uma vivência afetiva com este.</p>
4º	<b>Anexo 4</b> <i>Presenteando alguém</i> (VIRGOLIM et al., 1999)	<p>O: Desenvolver a autonomia para escolhas minimizando a influência de fatores externos.</p> <p>D: Os adolescentes escreveram, nos itens do anexo, presentes imaginários que seriam oferecidos às pessoas importantes de seu grupo social, justificando a escolha.</p>
5º	<i>Dia de festa</i> (dinâmica elaborada pela pesquisadora)	<p>O: Colocar o adolescente diante de situações que exijam controle e moderação, situando-o quanto ao consumo calórico.</p> <p>D: Foram utilizadas figuras de gêneros alimentícios que ficaram à disposição dos adolescentes para escolha de um dia alimentar, simulando uma festa.</p>
6º	<i>Pirâmide dos alimentos – montando meu dia alimentar</i> (dinâmica elaborada pela pesquisadora)	<p>O: Despertar a problematização das práticas alimentares, comparando-as com recomendações dietéticas para o adolescente.</p> <p>D: Através da pirâmide dos alimentos (figura) os adolescentes compararam seu dia alimentar encaixando o consumo referido nos grupos alimentares.</p>

7º	<i>Os alimentos do dia-a-dia</i> (dinâmica elaborada pela pesquisadora)	O: Problematizar o dia alimentar através de figuras de alimentos diversos, discutindo as escolhas realizadas. D: Através de figuras de alimentos os adolescentes fizeram a montagem de um dia alimentar referido.
8º	<i>Filme: Comer ... o fruto ou o produto?</i> (COMER ... 2000)	O: Despertar no adolescente o questionamento acerca de como a sociedade induzir comportamentos voltados ao consumo. D: Os adolescentes assistiram ao filme para que, ao final, debatessem questões sobre o tema envolvido.
9º	<i>Construindo (desenhando) a sociedade</i> (dinâmica elaborada pela pesquisadora)	O: Desenvolver a criticidade do adolescente a respeito das influências da sociedade sobre o estilo de vida e de consumo, estimulando-os à problematização de questões sociais. D: Os adolescentes desenharam no quadro figuras que compõem a sociedade e que a eles necessitavam mudanças.
<b>Anexo 5</b>	Leitura e discussão do texto: “A Barbie” (ALVES, 1994).	O: Desenvolver o senso crítico para aquisição dos produtos, analisando a relação entre consumo e prazer. D: Os adolescentes sentados em semicírculo faziam a leitura e debate sobre o tema.
<b>Anexo 6</b>	Leitura e discussão do texto: “A águia que (quase) virou galinha” (ALVES, 1992)	O: Estimular o adolescente a experimentar novos desafios enfrentando com autonomia os problemas para o alcance de um melhor estilo de vida. D: Os adolescentes sentados em semicírculo faziam a leitura e debate sobre o tema.
<b>Anexo 7</b>	Leitura e discussão do texto: “A Cozinha” (ALVES, 2000).	O: Contextualizar o comportamento alimentar dos adolescentes explorando as influências familiares e sociais. D: Os adolescentes sentados em semicírculo faziam a leitura e debate sobre o tema.

12º	<i>Presentes invisíveis</i> (dinâmica elaborada pela pesquisadora)	O: Problematizar a influência do relacionamento interpessoal no comportamento alimentar. D: Os adolescentes escreveram em um papel qualidades e virtudes como presentes a serem oferecidos aos colegas do grupo. Cada qual fixava o seu papel nas costas do outro e ao final este adivinharia quem lhe presenteou.
13º <b>Anexo 8</b>	<i>Leitura e discussão do texto: "A Pipoca"</i> (ALVES, 1999).	O: Ampliar a compreensão dos fatores determinantes do comportamento alimentar na sua história de vida. D: Os adolescentes sentados em semicírculo faziam a leitura e debate sobre o tema.
14º	<i>Descobrimo o alimento... olfato, tato e paladar</i> (dinâmica elaborada pela pesquisadora)	O: Ampliar a capacidade de percepção (através do tato, olfato e paladar) das características organolépticas dos alimentos. D: A pesquisadora vendou os olhos dos adolescentes para que estes através da sensação tátil, olfativa e gustativa adivinhassem o alimento oferecido. Esta dinâmica foi repetida em atenção ao pedido dos adolescentes.
15º <b>Anexo 9</b>	<i>Nós e a escola</i> (DYNA, 1996)	O: Estimular a reflexão crítica sobre modelos e práticas preconizados pela sociedade. D: Os adolescentes analisaram o desenho do anexo e em conjunto fizeram a interpretação com analogia aos seus comportamentos.
16º	<i>Eu antes..., eu depois...</i> (dinâmica elaborada pela pesquisadora)	O: Auto-avaliação das mudanças nos aspectos subjetivo e objetivo do comportamento alimentar, antes e depois do programa. D: Os adolescentes receberam folhas para que escrevessem ou desenhassem aspectos biológicos, psicológicos e/ou sociais relacionados a eles.

“Me plenifico, na missão de educador quando, ‘brigando’ para convencer os educandos do acerto de minha desocultação, me torno transparente eu mesmo ao revelar o meu respeito, primeiro, à recusa possível dos educandos ao meu discurso, segundo, o meu respeito a sua antiverdade, com a qual recuso a conviver. Me plenifico na minha missão de educador quando revelo, finalmente, minha tolerância em face dos diferentes de mim.”

(Paulo Freire)



#### **4.1 Descrição da constituição dos grupos**

Os grupos de adolescentes para atendimento coletivo e individual foram formados mediante encaminhamento feito por médicos no Ambulatório Geral de Adolescência, mas, em virtude do número insuficiente deste, a pesquisadora fez uma busca por intermédio do Serviço Social do Ambulatório de Pediatria para convidar adolescentes, que já haviam passado anteriormente por atendimento ambulatorial, para participar do programa. O número de adolescentes ainda era insuficiente e foi necessário solicitar triagem e encaminhamento do Centro de Saúde do distrito de Barão Geraldo. Tal fato resultou na constituição de grupos muito heterogêneos em relação ao Índice de Massa Corporal. Foram incluídos somente os adolescentes sem diagnóstico prévio de endocrinopatias ou doenças neurológicas e psiquiátricas. O processo inicial de busca até a finalização da seleção de adolescentes para o programa ocorreu num período de oito meses.

Os grupos foram formados de modo que contemplassem a viabilidade da participação dos adolescentes segundo os seguintes critérios: período de aula, dia da semana mais favorável e período de trabalho dos pais. A partir da consideração destes fatores dois grupos de adolescentes de ambos os sexos foram formados para os atendimentos coletivo e individual.

##### **4.1.1 Descrição do atendimento coletivo**

O atendimento coletivo foi realizado às terças-feiras, com horário fixo, no período da manhã. Participaram do grupo onze adolescentes, todos encaminhados pelos médicos do Ambulatório Geral de Adolescência da Unicamp.

O grupo formado era composto por cinco adolescentes do sexo masculino e seis adolescentes do sexo feminino, com idades entre 11 e 16 anos de idade. Alguns adolescentes (63,6%) residiam na própria cidade de Campinas en-

quanto os outros (37,4%) residiam em cidades próximas, sendo estas: Sumaré, Iracemápolis e Limeira.

O índice de massa corporal deste grupo variou entre 25,11 e 44,35 representando obesidade severa (acima do percentil 95) em 100% dos adolescentes. Durante a evolução do programa houve desistência por parte de seis adolescentes, cujos motivos colocados à coordenadora do programa foram: alteração no período de aula (no caso desta adolescente o pai solicitou à pesquisadora que a encaixasse em outro horário para continuidade da mesma no programa, o que não foi possível devido à estrutura e ao cronograma estabelecidos), problemas de ordem psicológica que se sobrepuseram ao desejo de continuar no programa, dificuldades econômicas (embora o programa fosse gratuito e sem custo adicional algum, houve obstáculos como falta de recurso financeiro para transporte ou para a alimentação no local, quando alguns dependiam de condução da prefeitura, a qual saía da cidade às seis horas e retornava às dezessete horas), dificuldade para locomoção (houve a presença de um adolescente que se apoiava em muletas por ter se submetido a uma cirurgia na perna).

Toda esta complexidade existente no grupo contribuiu para que este chegasse ao final do programa com apenas cinco adolescentes, sendo quatro do sexo feminino, constatando-se adesão de 45,45% dos adolescentes ao programa.

Os adolescentes que compunham o grupo eram submetidos inicialmente à avaliação antropométrica no piso 1 do Centro de Investigação em Pediatria (CIPED), local coligado ao Departamento de Pediatria da Unicamp, que engloba atividades de diversos setores, além disso, é um centro destinado à realização de pesquisas científicas com crianças e adolescentes. Um outro corredor acessa laboratórios para análises bioquímicas. No primeiro piso havia salas de atendimento ambulatorial e um laboratório para provas de função pulmonar.

A realização dos encontros acontecia no piso superior. A sala apresentava mesa, lousa, uma cadeira e várias outras cadeiras conjugadas, em um espaço físico de aproximadamente 8,5 m<sup>2</sup>. As janelas ficavam na parede esquerda de

quem adentrava a sala, com vista para a parede do prédio ao lado. A iluminação era natural, e a ventilação da sala era feita por meio de condicionador de ar.

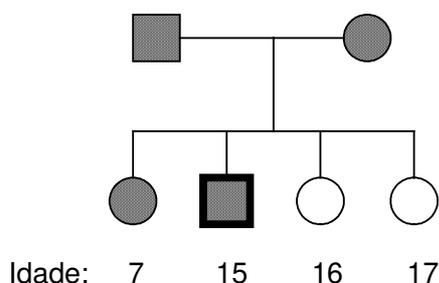
O ambiente disponibilizado para o atendimento coletivo dos adolescentes denotava um modelo escolar, e o espaço físico para organização das cadeiras dificultou a acomodação dos adolescentes com um grau maior de obesidade. Nesse sentido, o ambiente mostrou-se pouco favorável, e, por terem sido ministradas, concomitantemente, aulas na sala ao lado da sala dos encontros, a pesquisadora, não raras vezes, teve que solicitar ao grupo que realizasse as atividades sem que precisasse ser advertido sobre o barulho, o que impediu os adolescentes de se expressarem naturalmente.

Dessa forma, observa-se que o espaço físico ofereceu pouca adequação para realização das dinâmicas e encontros grupais. Não foi possível a formação de um semicírculo durante as dinâmicas realizadas nas reuniões devido ao espaço disponível na sala e também por serem as cadeiras conjugadas. A disposição da sala induziu os adolescentes a uma frágil formação de vínculo. Normalmente os rapazes sentavam-se juntos, distantes das garotas, e, por conta do precário entrosamento, existiu certa dificuldade na realização de atividades quando a dupla era formada por adolescentes de diferentes sexos. Não foi possível o desenvolvimento de atividades de locomoção na sala, pois estas dependeriam de espaço, o qual era ocupado por muitas cadeiras.

A cada encontro, antes da reunião, os adolescentes eram pesados e medidos. A pesquisadora optou por esta metodologia porque o término dos encontros ocorria por volta das onze horas, e um tempo a mais que os adolescentes e os pais despendessem poderia comprometer as atividades escolares no período da tarde.

#### 4.1.1.1 Caracterização dos adolescentes do atendimento coletivo e composição familiar a partir de heredograma <sup>3</sup>

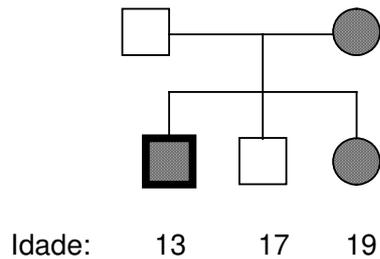
E1<sup>4</sup>, sexo masculino, 15 anos de idade. Segundo o relato da mãe, desde criança apresentava obesidade. Chegava ao local sempre auxiliado pela mãe porque, na época, apoiava-se em muletas. A mãe pouco se manifestava durante eventuais encontros com a pesquisadora. Apesar da dificuldade, demonstrava interesse pelo grupo, era afetuoso com os demais participantes e sempre tentava encontrar meios para contornar situações de conflito. No decorrer do programa, o adolescente desistiu, pela grande dificuldade de locomoção.



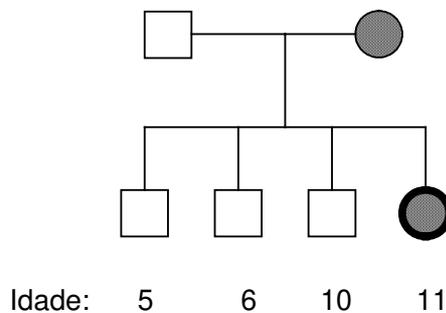
E2, sexo masculino, 13 anos. A mãe relatou que o adolescente iniciou o ganho de peso aos oito anos de idade, após uma amigdalectomia. Aos encontros, o adolescente chegava sempre só e tímido, mas, quando sentia um ambiente mais favorável, normalmente durante as reuniões, mostrava-se mais extrovertido e fazia graça com os participantes, isolando-se quando o assunto era família. Esse adolescente foi alvo, durante todo o programa, de um conflito travado por uma adolescente no grupo. Houve bloqueio de expressão, causado por algumas ofensas feitas pela adolescente no decorrer do programa.

<sup>3</sup> Heredograma: □ eutrófico    ○ eutrófica    ■ obeso    ● obesa    ☐ não moradores  
■ ● adolescentes obesos    □/○ divórcio

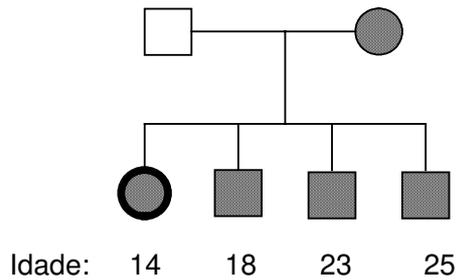
<sup>4</sup> E = Entrevistado



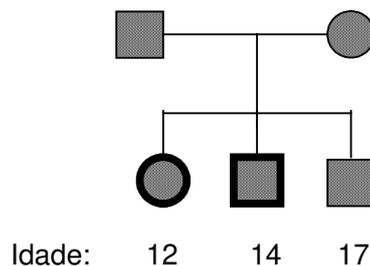
E3, sexo feminino, 11 anos. A obesidade iniciou-se aos três meses de idade e acentuou-se aos cinco anos. Os pais se separaram por seis meses, mas a filha já presenciava conflitos entre o casal, e, nesse período, a adolescente assistiu a uma tentativa de suicídio da mãe. A adolescente chegava à Unicamp com a mãe, a qual, segundo relato da adolescente, não comparecia ao Ciped por estar em consulta no hospital, situado a aproximadamente 200 metros do local da pesquisa. A adolescente travou inúmeros conflitos com E2, entre eles, ofensas com relação ao peso. O grupo identificou na adolescente falas que não correspondiam à sua realidade, e o hábito de fantasiar era evidente em seu comportamento. Diante de situações que exigissem mais reflexão, havia por parte da adolescente distorção dos fatos ou desinteresse.



E4, sexo feminino, 14 anos. O pai relatou que a adolescente, desde criança, já era obesa. Chegava aos encontros sempre acompanhada pelo pai, o qual, entretanto, não demonstrava curiosidade quanto à evolução da filha. Nos encontros, a adolescente pouco se manifestava; havia um comportamento típico de aceitação e obediência. A adolescente desistiu do atendimento por motivo de mudança de horário na escola em que estuda.

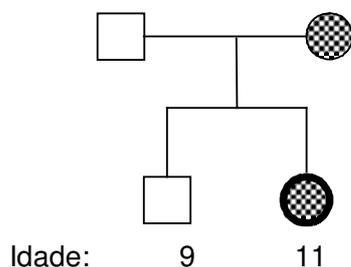


E5, sexo feminino, 12 anos, irmã de E6, sexo masculino, 14 anos. A mãe relatou que o ganho de peso da adolescente foi atribuído aos medicamentos e ao soro utilizados no tratamento de coledocolitíase, aos 3 anos e 6 meses de idade. O adolescente, segundo a mãe, sempre foi obeso. Os irmãos chegavam acompanhados pela mãe, que mostrava solicitude para levá-los aos encontros; a mãe demonstrava certo interesse na evolução dos filhos, porém, apenas para tranquilizar-se, não questionando o comportamento alimentar dos filhos dentro de casa. A adolescente apresentava maior facilidade para se expressar, ao contrário do irmão, que manifestava-se apenas com respostas curtas, raras vezes conseguindo envolver-se em um diálogo mais reflexivo com o grupo. Diante de situações que exigissem sua colaboração, o adolescente apresentava uma certa hostilidade, comportamento esse que impedia o desenvolvimento natural do grupo. A partir da metade do programa, os adolescentes participaram em quinzenas alternadas, e algum tempo depois o abandonaram, alegando falta de recursos financeiros.

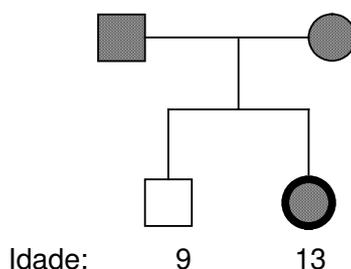


E7, sexo feminino, 11 anos. Segundo o relato do pai, a adolescente sempre foi obesa. Chegava aos encontros sempre acompanhada pelo pai, o qual apresentava um semblante sofrido e pouco comunicativo, embora sempre solícito. No início do programa, mostrou-se muito tímida e pouco se expressava para o grupo,

sentava-se sempre ao lado das outras garotas, e, embora muito introvertida, era meiga e atenciosa com os demais do grupo.

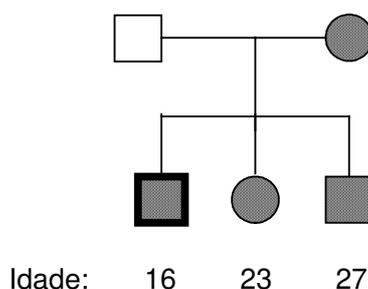


E8, sexo feminino, 13 anos. A obesidade iniciou-se aos 5 anos e meio de idade, quando mudou-se para Campinas. Nesse período, a mãe adotou uma criança de 4 meses. Adolescente vaidosa, preocupada com a imagem corporal, no que diz respeito a vestuário, acessórios e maquiagem. A adolescente interessava-se em expor os acontecimentos familiares e seu comportamento diante de situações angustiantes. Quando a fala era transferida a ela, todos do grupo se empenhavam em escutá-la atenciosamente, talvez por desempenhar um relato mais extenso e interpretativo dos fatos. A família sempre teve muita importância em sua vida, fato observável em seus relatos.

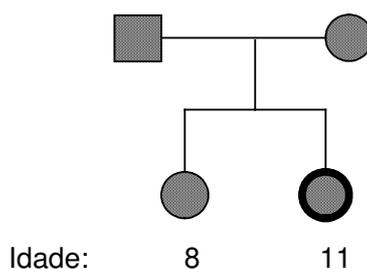


E9, sexo masculino, 16 anos. O início da obesidade é marcado aos 6 anos de idade. Chegava desacompanhado aos encontros, mostrava uma independência maior com relação aos outros adolescentes, e parecia analisar tudo o que era desenvolvido no grupo. Pouco se expressava, mas, quando se dirigia ao grupo, verbalizava frases consistentes e maduras, o que parecia ao grupo algo muito distante de compreensão. Demonstrava algum aborrecimento diante de comportamentos mais infantilizados, e os diálogos realizados pelos adolescentes pareciam não a-

gradar ao adolescente, que mostrava-se em uma fase intelectual mais avançada. O adolescente deixou de participar dos atendimentos antes da metade do programa, e quando a pesquisadora buscou saber a razão de sua desistência não o encontrou, nas muitas vezes em que o procurou por telefone.

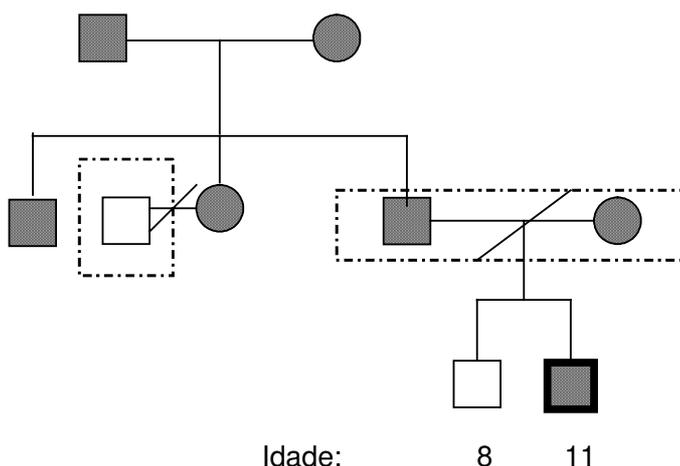


E10, sexo feminino, 11 anos. A mãe relatou que, após a menarca, a filha começou a engordar sem conseguir controlar seu peso. A adolescente comparecia aos encontros sempre acompanhada pela mãe, que demonstrava grande interesse na evolução da filha. Muitas vezes, quando encontrava a pesquisadora, a mãe comentava sobre o comportamento alimentar da filha em casa. A adolescente não apresentava dificuldades de relacionamento no grupo; muito extrovertida, falante e sensível, seu diálogo abrangia vários aspectos familiares e sociais. Parecia não se aborrecer com a obesidade que apresentava.



E11, sexo masculino, 11 anos. Segundo relato da tia, quando o adolescente estava com 5 anos e meio de idade, os pais se separam e, a partir daí, seu comportamento social começou a se manifestar de modo diferente. O adolescente e o irmão moram com os avós, o tio, a tia e a prima. O avô levava o neto aos encontros, e demonstrava algum interesse em sua evolução, porém, mais preocupado

com aspectos afetivos do adolescente, em virtude da separação dos pais. O adolescente mostrou-se tímido desde o início do programa, e apresentava grande dificuldade de relacionamento. O avô confirmou o fato, e relatou que o neto tem dificuldades de relacionamento inclusive na própria casa. O adolescente desistiu de participar do programa após algumas semanas, sem manifestar qualquer motivo.



#### 4.1.1.2 Problematização no atendimento coletivo

Alguns esclarecimentos iniciais são necessários para a compreensão da forma como se estruturaram os eixos que nortearam a apresentação dos resultados da intervenção com os adolescentes do atendimento coletivo.

Como o programa não objetivou a elaboração de um roteiro ou conteúdo programático de atividades, o grupo também pôde se beneficiar de atividades por ele sugeridas, e com isso houve abertura para colocações de questões que envolvessem a ampla dimensão social à qual o adolescente pertence.

Para os adolescentes, a problematização do comportamento alimentar parece ser eficaz enquanto estratégia educativa, nos casos em que os problemas de ordem afetiva não chegam a constituir-se obstáculos que impediriam o pensamento crítico. Diante de relacionamentos familiares muito difíceis, como no caso de alguns adolescentes, a problematização não ocorreu no campo da alimenta-

ção. Esta dificuldade encontrada sugere a necessidade de intervenções de outras naturezas que trabalhem elementos ou partes de um mundo complexo observável para o adolescente - como exemplo, a intervenção de um profissional habilitado para discutir conflitos familiares com os adolescentes, sob os mais diferentes aspectos emocionais. Os adolescentes que manifestaram tais conflitos posicionaram-se contrariamente aos demais do grupo, optando pela desistência ou pela não adesão ao programa

A seguir, serão apresentadas as categorias referentes aos temas problematizados pelos adolescentes do atendimento coletivo, quais sejam: comportamento alimentar, relacionamento familiar, estigma social do obeso, religião e relação com profissionais de saúde.

a) Práticas alimentares

Falar sobre alimentação na observação de uma sucessão de resultados implica em mencionar outros aspectos que estiveram fortemente relacionados, mas, nesta primeira exploração, a pesquisadora fará alusão aos resultados referentes ao que os adolescentes julgam 'comer certo', e ao que e por que comem.

Os adolescentes apresentaram alguns conhecimentos teóricos específicos com relação aos alimentos, influenciados pelos meios de comunicação, ou profissionais de saúde, ou por parentes, ou amigos, desde informações socialmente representadas até as mais técnicas. Há uma reprodução do modelo alimentar presente na família ou no grupo no qual o adolescente convive, e para cada prática alimentar o adolescente atribui uma explicação. Na dinâmica sobre o registro alimentar, os adolescentes julgaram as práticas alimentares dos colegas:

***“Açúcar no suco de laranja. É melhor retirar o açúcar do suco para não dar dor de barriga e para não engordar mais.”***

***(E5)***

Outro comportamento alimentar condenado por uma adolescente foi a colega ter consumido torta de frango no jantar:

***“Devia ter jantado.” (E3)***

Nesta colocação, subentende-se que o jantar deve ser composto por alimentos normalmente consumidos, ou seja, arroz, feijão, legumes, ovos ou carnes.

Entre as declarações que cercam a alimentação destes adolescentes há alguma inclinação ao consumo de produtos dietéticos, ainda que estes não façam uso ou que não seja habitual na família. A aquisição de produtos dietéticos é feita por poucos no grupo, tendo em vista seu alto custo. No entanto, há uma enorme influência mercadológica sobre o comportamento alimentar em relação aos alimentos dietéticos que a população, de modo geral, utiliza ou deseja utilizar, na intenção de alcançar uma melhora no seu estado de saúde:

***“Dois pães com maionese, um copo de leite com uma colher de sopa de açúcar. Melhor manteiga, maionese é na salada à noite. É melhor trocar o açúcar por adoçante.” (E3)***

Com relação à composição dietética, os adolescentes concordam que a mistura de vários alimentos, incluindo o líquido, pode acarretar em danos à saúde:

***“Não pode tomar líquido junto com a refeição, porque a comida vira lavagem no estômago.” (E2)***

A família parece contribuir na realização de algumas preparações culinárias; porém, não problematizam estas diferentes formas de preparo dos alimentos, modificando-as, algumas vezes, em razão do emagrecimento.

***“Por exemplo, minha tia sabe que eu estou fazendo regime, e quando eu ia comer lá ela fazia salada.” (E10)***

A adolescente denomina as substituições ou inclusões alimentares como regime, e uma real mudança de comportamento alimentar parece estar distante de suas práticas, e dietas ou regimes são instrumentos que darão o resultado desejável à maioria dos adolescentes.

O pensamento sobre o ‘comer certo’ parece ter origem nas várias diretrizes que são reproduzidas do modelo médico de orientação, que, de certa forma, cerceia o comportamento alimentar do adolescente - que julga proibido o alimento que a ele não foi mencionado durante a orientação. O ‘comer certo’ a que o adolescente refere-se tem significado de restrição, a nulificação do prazer pelo alimento. Ainda durante a dinâmica sobre o registro alimentar, um adolescente em resposta à colega do grupo, relata:

***“Tem dois dias que eu não tomo café. Tá anotado lá. Dois dias. Você vai ler justamente o dia que eu comi?” (E2)***

À compreensão do adolescente, a exclusão do desjejum é uma prática que auxiliaria nos resultados do emagrecimento, mas não há problematização sobre a razão desta supressão.

Em outro relato, o adolescente menciona a realização de uma prática alimentar, por meio da qual pretendia atingir a redução de peso em um período curto de tempo:

***“Eu que comia todo dia banana com água. Uma amiga fez a dieta da banana durante três semanas, mas depois desistiu porque saía muito caro comprar sempre banana”. (E3)***

Observa-se nestas práticas o desejo pelo emagrecimento a partir de uma alimentação muito limitada e falível, podendo resultar na frustração e desânimo do adolescente. Em razão desse modelo, muitas vezes há certa resistência em iniciar programas de educação nutricional, mesmo aqueles que ofereçam estratégias que contradigam o modelo vigente de tratar a obesidade.

Em contrapartida, quando os adolescentes participaram da dinâmica “degustação dos alimentos”, puderam se aproximar do comer através de uma relação prazerosa e estreita sem o julgamento prévio das pessoas que os cercam, ou que eles próprios dimensionam. A pesquisadora observou um comportamento permissivo para o ato de comer, desta vez sem constrangimentos e sensação de coibição quando comparado à festa de confraternização, na qual os adolescentes pareciam incomodados pela presença de estranhos no momento em que comiam. A dinâmica pôde resgatar ou fazer surgir o prazer de sentir o alimento, dimensionando, assim, o significado do comer num campo possivelmente ainda inexplorado:

*“É estranho conhecer pelo cheiro e pelo tato, mas é legal.”*

*(E8)*

Uma adolescente diz errar quando a pesquisadora comenta sobre o contato que as pessoas precisam ter com o alimento:

*“Nesta parte a gente erra, não sente, não saboreia, não cheira”.* *(E8)*

*“Quando a gente não sabe o que é, come devagar, mas se sabe qual é o alimento, come direto.”* *(E10)*

Tentar uma aproximação com o alimento 'proibido', por meio de dinâmicas que permitam ao adolescente degustá-lo, pode desmistificá-lo de uma alimentação limitada e opressora:

*“Eu vou pedir para minha mãe fazer esta brincadeira comigo em casa.” (E1)*

*“Essa brincadeira é uma delícia, vou pedir para minha mãe fazer comigo.” (E2)*

É preciso que o adolescente perceba que o ato de comer não pode estar cercado por normas e condutas, procedimentos que o conduzam a práticas que pouco condizem com a sua realidade. É preciso um apoio ao adolescente para que este tente observar e compreender seu problema alimentar para, desta forma, levantar estratégias de como melhorar seu consumo alimentar.

Quando os adolescentes encontram no profissional a relação de ajuda efetiva, podem iniciar uma problematização em meio a um sistema rigoroso de normas alimentares já incorporado, porém passível de mudança.

*“Domingo a gente foi no supermercado, minha mãe falou pra eu pegar iogurte e bolacha. Eu não peguei. Antes eu pegava tudo.” (E2)*

A mudança de comportamento alimentar do adolescente pode atingir o grupo; este, contribuindo socialmente, pode reforçar novas condutas.

*“Minha mãe compra bolacha de seis unidades. Eu levo pra escola e divido com minhas amigas, e sobra só duas pra mim.” (E7)*

*“Depois que eu comecei a freqüentar esse grupo, algumas coisas não são mais compradas na minha casa.” (E8)*

É importante que o adolescente sinta de que forma o alimento é introduzido na sua vida, na estrutura familiar ou grupal, e de que maneira pode interferir na sua escolha.

*“A gente se sente um mosquitinho preso na teia da aranha.” (E10)*

*“A propaganda põe gente bonita, magrinha, fazendo acreditar que é isso.” (E2)*

b) Contexto familiar: apoio x desamparo

Os adolescentes estudados manifestaram grande dependência afetiva familiar, e, embora se observassem comportamentos que demonstrassem de forma relevante a importância do grupo social para eles, parecia haver, no íntimo, uma insatisfação por não existir uma comunicação horizontal na estrutura familiar. Durante a dinâmica denominada auto-inventário, a maioria dos adolescentes elegeu, para expor aos colegas, o item sobre as pessoas mais importantes por eles consideradas:

*“As pessoas mais importantes da minha vida são minha mãe, meu pai’, avós maternos, padrinhos e tios, minha bisavó.”*  
(E8)

A expressão ‘meu pai’ foi propositalmente apostrofada porque, na ocasião, a adolescente havia mencionado a difícil relação com o pai, cuja resistência em ouvi-la era grande. Segundo a adolescente, havia uma certa disputa entre os irmãos para conseguirem a atenção do pai, e ela sentia-se a filha mais desprezada por ele. Existe nesta relação um conflito sofrido pela adolescente que, mesmo não recebendo a atenção total do pai, o considera um membro familiar de extrema importância para sua formação. Diante de tal contexto, a adolescente utiliza-se da explicação da mãe sobre a obesidade da filha, e a endossa, para reter ainda mais a atenção da mãe que, na atual circunstância, é a pessoa mais próxima dentro da célula familiar:

*“Minha mãe disse que o jeito que eu arrumei para chamar a atenção é sendo gordinha. Minha mãe me dá atenção quando me leva ao médico, é quando ela me acolhe.”* (E8)

Observa-se também a dependência familiar não só na dimensão do afeto, mas da sabedoria e conhecimento. A pesquisadora atribui tal atrelagem a estas duas esferas, talvez, pelo próprio comportamento do adolescente obeso, manifestado pelo receio de fazer o que é próprio desta fase, ou seja, buscar, investigar, questionar. Eles parecem estar envolvidos em um campo que os limita pelo receio do julgamento prévio da família ou do grupo com o qual convive, o que mostra que os familiares representam figuras de referência para informação e discernimento. Na mesma dinâmica o adolescente responde:

*“Meus familiares, com eles eu aprendo a viver.”* (E1)

A pesquisadora acredita que o erro pode despertar para uma nova dimensão de significados e aprendizagens. Porém, percebe-se nos adolescentes um medo veemente de errar, provavelmente, por acharem que a condição na qual se apresentam já esteja absorvida de erros e associações de idéias difusas, e, por isso, há a grande necessidade de ‘aprender’, ou de adquirir habilidades para apresentar determinados comportamentos que julgam desejados pelos adultos significativos.

A família também pode ser vista pelos adolescentes não só como a rede de apoio, mas de críticas também, pouco compreensiva e pouco comunicativa. Nessa observação, os adolescentes demonstram lidar com a questão da obesidade de forma isolada, e manifestam o sentimento de desamparo de uma estrutura que deposita neles a responsabilidade única de resolução do problema. O diálogo é uma prática pouco utilizada pelas famílias dos adolescentes aqui estudados. É preocupante a forma como os adolescentes expõem a desarmonia presente nos lares e a dificuldade de se aprofundar na discussão dos problemas e conflitos que cercam os mesmos. É provável que a família do adolescente discorra sobre determinado assunto pertinente à obesidade, em específico, do filho, mas essa configura uma comunicação singular, talvez a que tenha melhor explicação para os pais. Muitas vezes, o anseio familiar de encontrar a solução eficaz para a obesidade de seus filhos pode trazer mais conflitos na família, que podem ser manifestados na própria relação familiar:

*“Meu problema é que meus pais ficam falando na minha cabeça, aí eu fico nervoso.” (E2)*

Outro comportamento que pode ser desencadeado pela má comunicação, ou informação inadequada sobre como conduzir tais problemas, pode ser evidenciado no próprio comportamento alimentar dos adolescentes:

*“Quanto mais falam pra emagrecer, daí eu como mais. Se fizermos pela nossa própria cabeça, eu tomo as minhas decisões. Meu pai falava: ‘tem que emagrecer’. Aquilo dava um desespero, eu comia mais. Agora emagreci um quilo e meio. Mostrei para eles que sou responsável. Faça isso também T., converse com seus pais. Eles não tinham tempo, mas eu pedi para conversar, para eles terem um tempo pra mim.” (E8)*

A maneira como os adolescentes são vistos ou chamados em casa também reflete uma grande insatisfação e desalento para os mesmos, podendo desencadear no grupo comportamentos de exteriorização de pensamentos negativos e frustrantes. Nomear os adolescentes com adjetivos grosseiros e inconvenientes pode ser comum no grupo social, porém, muitas famílias adquirem esse hábito ao referirem-se aos membros obesos, sendo uma forma afetuosa ou hostil que pode desestruturar psicologicamente o indivíduo:

*“Meus pais magoam como falam.” (E7)*

Os pais reproduzem determinadas falas que podem fazer com que o adolescente experimente novos constrangimentos:

*“Meu pai me chama de baleia.” (E7)*

*“(…) ficam falando que sou gordo. Meu pai diz: O que adianta este menino fazer regime? Aí eu me acabo de comer.” (E2)*

As queixas freqüentes dos adolescentes em relação à família exprimem a grande necessidade de um espaço para serem ouvidos e compreendidos, ainda que suas práticas e comportamento alimentar mostrem-se inadequados.

Observa-se nesta dinâmica familiar que o adolescente obeso em tratamento não só atrai a atenção dos pais, mas também dos irmãos ou até de parentes mais próximos:

*“Meu irmão me chamava de baleia, dizia que eu nunca ia emagrecer, que eu ia ficar gorda pra sempre. Aí eu ficava triste e comia.” (E3)*

As atividades e os diálogos realizados durante o programa fizeram emergir nos adolescentes os conflitos já existentes na família. Existem dois extremos na contextualização da família na vida do adolescente, como observado nas diversas declarações, ora geradoras de conflitos, ora acolhedoras. Nos pais, foi verificada uma necessidade de solução de problemas a partir de estratégias e orientações que desejariam que fossem dadas pela pesquisadora (nutricionista). Pôde-se observar que ambos, adolescente e família, esperavam algo concreto na forma de ‘dietas’, e a problematização acerca do comportamento alimentar ocorreu em graus menores. Dessa forma, observou-se a família como primeiro elemento de problematização, a qual, por sua vez, também é responsável pelas transmissões culturais das representações do comer.

### c) Religiosidade

Durante os encontros realizados nesses oito meses, foi possível perceber que os adolescentes fazem uma associação entre a mudança de comportamento alimentar e suas crenças religiosas. A relação existente entre o adolescente obeso e o alimento parece ser cercada de sentimento de privação, e o ato de comer é muitas vezes percebido como pecaminoso. O trajeto a ser percorrido pelo

adolescente, de um padrão alimentar hiperfágico para um padrão alimentar moderado, é, na maioria das vezes, permeado por sentimentos de culpa ao consumir alimentos considerados prazerosos, seguida de uma autopunição efetivada com a privação de alimentos desejados.

*“Eu estou em jejum por penitência, porque comi demais.”*

*(E10)*

*“Existe reeducação alimentar, regime, regime de revista, remédio ... remédio pode até deixar com depressão se não atingir o resultado. Mas, se desse resultado, eu não ia ficar feliz porque não teria feito sacrifício.” (E10)*

Em períodos de celebrações religiosas, o adolescente justifica a privação auto-imposta como manifestação de sua fé, e consegue, com menor grau de sofrimento, abster-se de certos alimentos, por fazê-lo em função de um objetivo mais elevado, de purificação. O sentido atribuído à restrição alimentar amplia-se, tornando-se instrumento de absolvição e desenvolvimento espiritual. Esse comportamento é também evidenciado na família.

*“Na quaresma eu fiquei sem comer chocolate e refrigerante e emagreci.”(E8)*

Nessa circunstância, o empenho na privação para atingir o emagrecimento representa para os adolescentes uma atitude nobre, que se respalda na família como rede de apoio. Durante a dinâmica de degustação dos alimentos, em que os adolescentes experimentavam os alimentos com os olhos vendados, uma das mães pareceu aflita ao ver a filha comentar, após ter experimentado o alimento, que havia violado uma promessa.

*“Eu não posso comer isso. Eu fiz promessa para São José.”*

*(E8)*

Ainda dentro do campo religioso, observa-se que, às vezes, a religião, ao invés de alavancar mudanças, aparece como suporte para o conformismo. Esses fatores explicativos não foram contra-argumentados pelos colegas do grupo, indicando concordância com esse comportamento. Algumas religiões representam, portanto, um suporte para a aceitação do problema, o que pode levar ao conformismo, como exemplificado na fala desse adolescente:

*“Dizem pra eu não ficar nervoso por ser gordo, que Deus me fez assim.” (E2)*

São duas vertentes da influência exercida pela religião sobre o comportamento alimentar, que conduzem a caminhos diferentes: uma que, face ao conformismo, descompromete o adolescente com a mudança e com o enfrentamento dos problemas alimentares, e o outro, em que a mudança pode ocorrer sob a égide da religião, ou seja, em determinado período, o adolescente empenha-se na tarefa de mudar alguns hábitos, privando-se de certos alimentos como manifestação de fé, o que, secundariamente, pode resultar na redução temporária do peso.

#### d) Estigma social

O estigma da obesidade e a discriminação podem, também, abrir precedente para que o adolescente sintam-se desencorajado para superar os obstáculos que o estejam impedindo de realizar medidas eficazes de mudança de comportamento alimentar no cuidado com a obesidade.

***“Eu gosto muito das pessoas, só que o que eu não gosto delas é porque elas ficam me xingando de gorda baleia, vaca.”***

***(E7)***

Para a adolescente, o estado físico não deveria interferir no relacionamento interpessoal, mas a hostilidade percebida nas pessoas com as quais a adolescente convive poderá desenvolver um estado emocional que a perturbe e que a afaste da sociedade - ao menos essa parece ser a realidade encontrada no adolescente obeso.

***“As pessoas dizem que sou gorda, mas é minha vida. Outras debocham de mim, só porque eu sou gorda.”*** (E3)

e) Relação com os profissionais de saúde

Quando os adolescentes saem da esfera religiosa, parecem perder a autonomia que tinham em suas promessas, e partem para outra dimensão que os coloca submissos ao profissional de saúde. A necessidade de permissão para o consumo alimentar foi muitas vezes evidenciada no grupo, inclusive para pequenos ajustes dietéticos.

Há entre as várias falas dos adolescentes algumas contradições com relação à melhor forma de tratar a obesidade. Muitas vezes emerge o desejo pelo tratamento ‘mágico’, imediato, através de dietas padronizadas ou medicamentos.

Possivelmente, comportamentos como os apresentados pelos adolescentes são ratificados pela própria forma de tratar a obesidade, quando, por exemplo, a pesquisadora pede ao grupo sugestão de temas para realização de dinâmicas:

***“Emagrecer do jeito mais fácil.”*** (E2)

***“Por que não fazer um cardápio igual pra todos pra comparar quem emagreceu com ele e quem não?” (E4)***

Essa postura faz com que os adolescentes se privem de sua autonomia alimentar e se comportem com submissão durante o desenvolvimento de estratégias de estímulo ao autocontrole alimentar. Em uma das dinâmicas, a pesquisadora sugeriu ao grupo que elaborasse um cardápio com as sugestões dos adolescentes. Após elaboração da proposta de desjejum - ‘um copo de leite, um pão francês’ -, uma das adolescentes pergunta:

***“Posso passar alguma coisa?” (E10)***

O mesmo comportamento é observado em outra adolescente, quando o grupo elabora a sugestão de preparações para o almoço:

***“Em vez de legumes, posso comer antes do almoço uma salsicha?” (E10)***

E, ao finalizar a dinâmica, a adolescente hesita:

***“Posso seguir este papel?” (E3)*** (referindo-se ao cardápio elaborado pelo grupo)

Observa-se no adolescente a busca de um modelo pré-estabelecido de como ‘fazer certo’ para emagrecer. Até mesmo a doença é considerada um suporte válido para o emagrecimento, fato verificado quando a pesquisadora comenta sobre o emagrecimento de uma adolescente do grupo por ter adoecido e indaga, ao perceber o entusiasmo do grupo: ‘Vale a pena ficar doente para emagrecer?’, a que o grupo responde:

***“Vale, vale!” (E3)***

***“Vale, sim!” (E10)***

Outra adolescente, em contraposição, argumenta:

***“Eu tô fazendo regime. Eu cortei salgadinho, bolo... agora eu como fruta e verdura.” (E3)***

Os adolescentes iniciam um diálogo que sugere a restrição ou proibição do alimento desejado:

***“Eu preciso cortar o pão.” (E10)***

Mais adiante, no mesmo assunto, a mesma adolescente afirma:

***“Eu não consigo ficar dois dias sem comer pão.” (E10)***

A partir desses relatos, percebe-se o conflito existente no adolescente para lidar com a questão alimentar, e, provavelmente, o medo de não ser compreendido pode fazer com que o mesmo não expresse sua fala autêntica. Em compensação, os adolescentes manifestaram importantes mudanças em relação ao modo de vivenciar valores antes não percebidos e, com isso, parece surgir, ainda que timidamente, uma auto-estima até então encoberta.

***“Às vezes uma conversa é melhor do que algo escrito no papel. Se a gente tá pensando no assunto, pode mudar.” (E7)***

*“Por fora eu não mudei muito, continuo gordinha, mas por dentro fiquei mais humana, escuto mais o outro.” (E10)*

#### **4.1.1.3 Auto-avaliação dos adolescentes do atendimento coletivo**

No penúltimo encontro, foi realizada uma avaliação da percepção dos adolescentes sobre as mudanças ocorridas em seu comportamento alimentar, por intermédio de questões elaboradas pela pesquisadora. A seguir, são apresentados os resultados mais relevantes, que poderão servir para o campo social do atendimento clínico.

As mudanças quanto ao comportamento alimentar foram manifestadas, ainda que os adolescentes não tivessem respondido à redução ponderal.

*“Parei de comer besteiras. Como mais frutas, mais verduras.” (E10)*

*“Parei de comer muito doce.” (E8)*

*“Antes de eu entrar no programa eu não tomava café da manhã.” (E7)*

*“Antes eu só comia cachorro-quente, paçoquinha, uma atrás da outra.” (E2)*

Os adolescentes respondem como se sentem para conduzir sua alimentação, e a preocupação com o cuidado pelo consumo de alimentos calóricos faz com que adotem estratégias mercadológicas.

*“Eu era muito gulosa. Comia mesmo sem fome. Hoje procuro comer coisas menos calóricas.” (E10)*

*“Eu penso antes no que é melhor pra mim, procuro comer alimentos ‘diets’.” (E8)*

Um adolescente demonstra insatisfação quando expressa:

*“A gente não conseguiu o que queria.” (E2)*

Quando o adolescente é estimulado a discorrer mais sobre o assunto, parece constrangido e arrependido pela fala. Outra adolescente acrescenta:

*“Vai ser difícil daqui pra frente sem o grupo.” (E3)*

As falas a seguir referem-se às mudanças mais significativas para os adolescentes:

*“O café da manhã me faz comer menos no almoço.” (E10)*

*“O almoço. Eu chego da escola e almoço, e parece que dá mais força pra tarde.” (E8)*

***“Começar a tomar o café da manhã.” (E2)***

***“Fazer o café da manhã, porque antes eu não tomava. Agora eu não volto mais cansada da escola.” (E3)***

Houve situações de resistência à problematização quando o assunto abordava a participação da família na mudança do comportamento alimentar, pela ausência de um diálogo horizontal na dinâmica familiar. Ainda assim, a família foi referida pela maioria dos adolescentes quando questionados sobre as pessoas que contribuíram para esse processo, mesmo que, em alguns momentos, oferecesse críticas e considerações pessoais negativas em relação à alimentação do adolescente.

***“Todas. Famílias e amigos.” (E10)***

***“A família trouxe incentivo para o programa.” (E7)***

***“Minha família. Eles dizem que eu vou conseguir.” (E3)***

Na questão sobre as dificuldades para a mudança de comportamento alimentar, novamente o estigma social é retomado, significando, portanto, a dificuldade que o adolescente tem em se inserir no seu grupo social.

***“Discriminação. É, a gente é diferente.” (E8)***

***“As pessoas parece que têm medo da gente. A gente vira ponto de referência.” (E10)***

A outra adolescente, em seguida, acrescenta:

*“É. Por exemplo: ali, perto daquela gordinha.” (E8)*

*“Quando não te conhecem, e tratam a gente mal por ser gorda.” (E3)*

Observa-se nessa questão que os adolescentes não verbalizaram os problemas alimentares, mas deslocaram as dificuldades para o estigma social, denotando, assim, a grande importância de ser magro para ser aceito pela sociedade.

Quando a pesquisadora conjectura mudanças na sociedade, a partir da visão dos próprios adolescentes, surgem opiniões semelhantes sobre a mudança para uma alimentação saudável, sem a intervenção mercadológica.

*“Eu tiraria as marcas. Eu compro um produto por causa das marcas, das embalagens. Eu colocaria em saquinhos iguais.” (E10)*

*“Eu tiraria o que tem muitas calorias e deixaria só os alimentos saudáveis. Não só por mim, mas porque traz doença, como diabetes, para os outros.” (E8)*

Em relação às orientações recebidas, os adolescentes mencionaram a participação da família e de profissionais de saúde.

*“Antes eu fiz tratamento no Mario Gatti. Gosto de conversar com nutricionista.” (E8)*

*“Com a Dra .... Procurei seguir as orientações dela, mais as suas.” (E8)*

*“Minha mãe me ajudou a não comer fora de casa.” (E7)*

*“Recebi, mas esqueci o nome dele. Me senti ‘mais ou menos’. Nem sempre fazia o que ele dizia.” (E2)*

Os adolescentes relatam de que forma o grupo contribuiu para mudanças gerais ou no comportamento alimentar.

*“Melhor. Antes só a minha opinião prevalecia. Hoje procuro ouvir a opinião dos outros.” (E10)*

*“Fui aprendendo com os outros. Às vezes, o problema dos outros pode ser maior do que o nosso.” (E8)*

*“Me abri mais. Foi muito bom.” (E7)*

*“Eu era muito tímida, agora eu me abro mais.” (E7)*

*“Eu era muito bibliotecária, guardava tudo pra mim, agora me abro mais.” (E8)*

*“Eu era muito recatada, achava que não gostavam de mim porque sou gorda. Agora sei que não é por isso. Eu sou extrovertida.” (E10)*

*“Eu acho que estou menos fechada, menos agressiva. Porque, quando eu me via no espelho, não gostava de mim e descontava nos outros. Agora eu estou gostando mais de mim.” (E8)*

O conceito que os adolescentes têm acerca da obesidade incorre em aspectos clínicos e afetivos, e ainda prevalece o estigma social.

*“Uma doença muito ruim.” (E8)*

*“Pode trazer problema cardíaco.” (E10)*

*“E mental.” (E8)* (acrescenta a adolescente após as falas dos outros)

*“Pessoas magoam a gente por ser gordinha.” (E10)*

*“As pessoas tiram sarro.” (E2)*

#### **4.1.2 Descrição do atendimento individual**

O atendimento individual era realizado às segundas-feiras, quinzenalmente, no período da manhã, com a participação de adolescentes com índice de massa corporal entre 24.28 a 42.00 kg/m<sup>2</sup> sendo quatro do sexo masculino e seis do feminino.

A individualização no atendimento proporcionou maior vínculo entre o adolescente e o profissional, contribuindo para uma relação efetiva de escuta e encorajamento, necessários para um diálogo horizontal, no qual o adolescente expunha, sem constrangimento, fatos cotidianos que contribuía para contextualizar as suas práticas alimentares. Esse cenário global da vida do adolescente permitia ao profissional estimular o adolescente para a problematização.

É importante ressaltar que, apesar dessa necessidade imposta para o confronto de idéias durante o atendimento, o adolescente com obesidade severa parece eleger pontos centrais de relacionamento que bloqueiam ou dificultam o estágio exploratório dos problemas alimentares. Ou seja, o universo que ele cria para sua existência fragiliza relacionamentos, e o alimento acaba sendo seu maior e mais próximo objeto de prazer. Para o adolescente, ser aceito na sua singularidade é uma necessidade imperativa, bem como ser ouvido quando tenta justificar determinada prática alimentar pouco aceita.

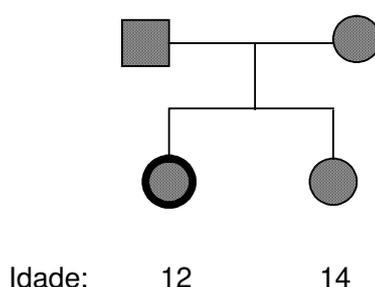
O programa constou de 16 sessões de aconselhamento dietético, e, dos 11 adolescentes selecionados, dois desistiram, sendo um no terceiro e outro no quarto encontro. A justificativa apresentada pela mãe de um dos adolescentes para a desistência foi a sua percepção de que deveria priorizar a terapia psicológica, para o tratamento da enurese, e também porque ela estaria assumindo, a partir daquele momento, o papel de provedora de recursos financeiros na casa. A outra mãe não justificou o abandono, dizendo apenas que a adolescente apresenta dificuldade na adesão a qualquer tipo de tratamento. O auto-encaminhamento foi um dos fatores que contribuiu para a evolução favorável da adesão ao programa e

da própria problematização. As adolescentes, usuárias do centro de saúde, que haviam demonstrado interesse em participar de programas de educação nutricional e que, por isso, foram encaminhadas ao programa, demonstraram atitude mais favorável à adesão e à participação.

Dos nove adolescentes que aderiram ao programa, cinco apresentaram mudança de comportamento alimentar associada à redução de peso, e três, apesar de relatarem mudanças positivas no comportamento alimentar, não apresentaram redução de peso.

#### 4.1.2.1 Caracterização dos adolescentes do atendimento individual e composição familiar a partir de heredograma <sup>5</sup>

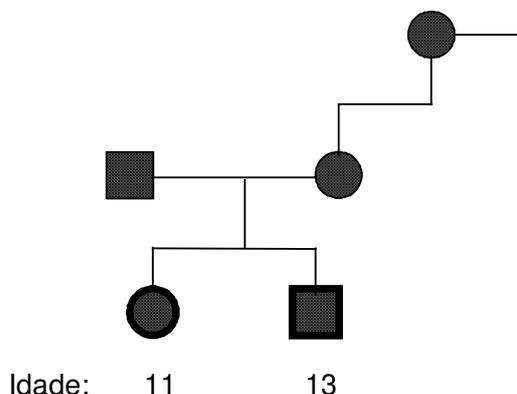
E12, sexo feminino, 12 anos de idade. Segundo o relato da mãe, desde criança já apresentava obesidade. Chegava ao local sempre acompanhada pelo pai, algumas vezes pela mãe também. A adolescente pouco falava sobre seu comportamento alimentar e, por vezes, o pai assumia o diálogo. A pesquisadora solicitava à adolescente que, eventualmente, entrasse desacompanhada para a entrevista, a fim de conceder a ela maior oportunidade de se expressar.



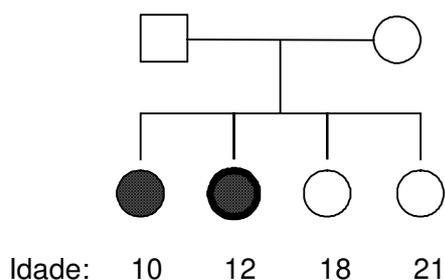
E13, sexo feminino, 12 anos, irmã de E14, sexo masculino, 14 anos. Os irmãos eram trazidos ao local pela mãe ou pelo pai, ambos desempregados no período do

<sup>5</sup> Heredograma: □ eutrófico    ○ eutrófica    ■ obeso    ● obesa    ⋮ não moradores  
 ■ ● adolescentes obesos    □/○ divórcio

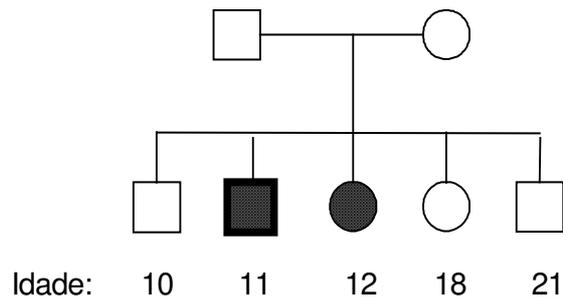
programa. O pai aguardava na sala de espera enquanto os adolescentes eram atendidos. A mãe, sempre que os acompanhava, preferia entrar junto com os filhos, e havia, por parte dela, grande necessidade de expor seus conflitos familiares e/ou problemas alimentares.



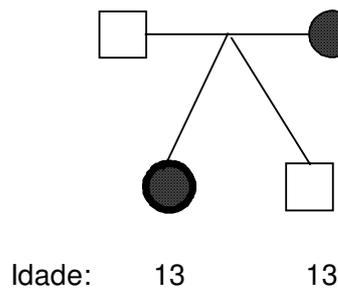
E15, sexo feminino, 12 anos. Comparecia aos encontros acompanhada da mãe, a qual mencionou que a obesidade teve início na sua infância. Nos primeiros encontros, a adolescente mantinha-se calada e o diálogo era efetuado com a mãe, ainda que esta não se mostrasse interferente. Ao longo do programa, a adolescente passou a manter um diálogo aberto com a pesquisadora e, em alguns encontros, preferiu o atendimento sem a presença da mãe.



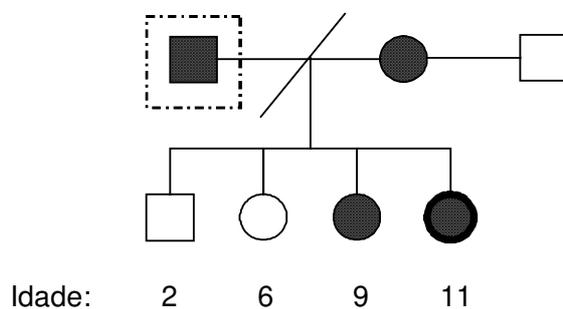
E16, sexo masculino, 11 anos. O adolescente comparecia aos encontros acompanhado pela mãe, a qual referiu o início da obesidade aos 5 anos de idade. A família sofria com problemas em relação ao pai que, segundo a esposa, apresentava desvios de comportamento. O adolescente pouco dialogava nos encontros.



E17, sexo feminino, 13 anos. Início da obesidade aos 11 anos, segundo a percepção da adolescente. Comparecia só aos encontros. Sentia-se confortável e desinibida durante o atendimento.

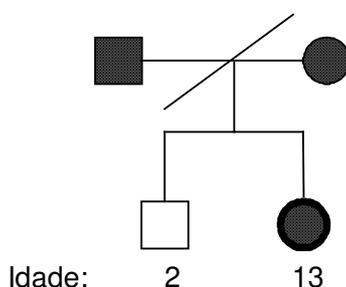


E18, sexo feminino, 11 anos. Chegava aos encontros acompanhada sempre pela mãe. A obesidade teve início, segundo a mãe, a partir dos 5 anos de idade, quando os pais se separaram e a filha permaneceu um período na casa dos avós. A adolescente usualmente proferia falas breves e objetivas.

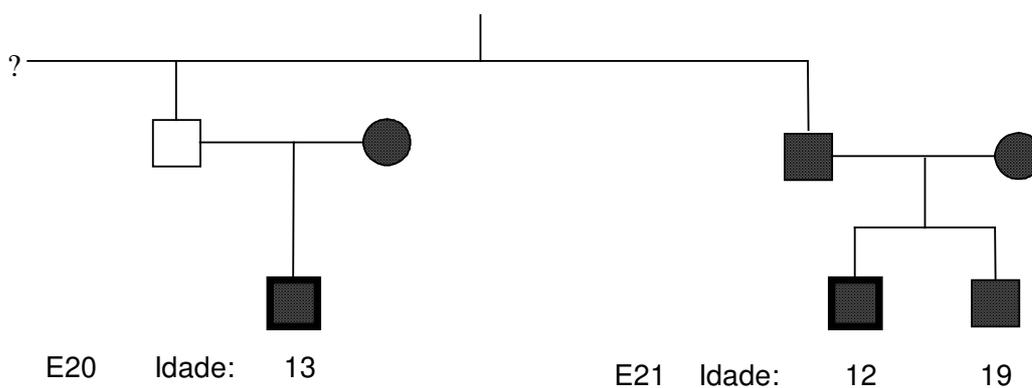


E19, sexo feminino, 13 anos. Comparecia desacompanhada aos encontros, eventualmente levava o irmão. A adolescente demonstrava grande interesse em parti-

cipar do programa. Apresentava caráter questionador sobre o comportamento alimentar, era espontânea, sempre manifestando contentamento.



E20, sexo masculino, 13 anos. Primo de E21, sexo masculino, 13 anos, que também participou do programa. Os adolescentes eram levados ao programa na companhia do pai de E20. Os adolescentes eram atendidos juntos ou individualmente, sendo que o pai de E20 aguardava o término dos atendimentos na sala de espera.



#### 4.1.2.2 Problematização no atendimento individual

##### a) Práticas alimentares

Os resultados encontrados nesse estudo em relação à alimentação e a fatores associados demonstraram uma amplitude significativa e, para maior compreensão do comportamento alimentar do adolescente, a pesquisadora elegeu

subcategorias que assinalam o seu pensamento. As idéias apresentadas aqui dizem respeito aos problemas de maior relevância em relação ao contexto do adolescente, podendo abranger a esfera familiar, social, da mídia ou mesmo individual.

Inicialmente, serão abordadas questões pertinentes às práticas alimentares familiares, as quais respondiam por uma importância que, não raro, afetavam o comportamento de outros na casa. Alguns adolescentes reproduziam essa alimentação por eles julgada irrepreensível ou, contrariamente, quando os familiares apresentaram certa inadequação do comportamento alimentar, a mudança parecia difícil ou mesmo impraticável pelo adolescente.

A adolescente expressa a dificuldade de mudança alimentar quando membros familiares não se empenham na mesma tarefa:

*“Então o E14 (...) a tentação (...) Ele promete que vai fazer regime, mas só que ele não fica. Ele fala ‘eu não vou ficar de regime’.” (E13)*

O problema alimentar do adolescente pode passar despercebido na família quando esta faz uma avaliação pouco minuciosa acerca do comportamento alimentar dos filhos, a exemplo do comentário que a mãe faz quando discute com a pesquisadora o registro alimentar da filha:

*“Não, ela não come. Comeu doce, chupou sorvete, mas nada assim.” (mãe de E12)*

Ou ainda, o consumo exacerbado de refrigerantes pelo adolescente pode surgir a partir de uma prática de longo tempo estabelecida na família.

*“Minha mãe não vive sem coca, só toma Coca-Cola.” (E20)*

*“Na minha casa, minha mãe compra uma Coca de 2 litros que é pra dar para um dia inteiro, só que não todo dia, mas na maioria das vezes eu tomo uma coca de 2 litros sozinha.”*

*(E17)*

No seguinte relato, a mãe de uma adolescente refere-se a uma dieta rica em legumes como forma de beneficiá-la para o emagrecimento, e a mãe responde pela filha sobre o emagrecimento ocorrido em duas semanas que antecedia um dos atendimentos:

*“É que eu estou fazendo um regime daquele sem carboidrato. Então eu comecei a fazer a berinjela com queijo, com tomate, fiz bastante legumes, porque eu só posso comer legumes e ela comeu junto comigo. Então, assim, não que ela escolheu o meu regime, ela comeu as colheres de arroz dela e tal, mas ela aumentou a alimentação de legumes entendeu?”*

*(mãe de E12)*

O grupo social também oferece influência quando tenta apresentar soluções para o tratamento da obesidade.

*“Vai gente lá na minha banca e fala que, pra você emagrecer, você tem que passar fome. Tem umas que falam que você nunca mais pode nem olhar pra Coca, pro chocolate. Aí eu vejo a minha mãe, aquele sofrimento pra emagrecer, ixé!”* (E17)

Os adolescentes apontam o comportamento alimentar de seus familiares, porém, parece existir uma lacuna que os impede de desenvolver a construção do pensamento reflexivo nas famílias.

*“Coca-cola, torresmo, todo dia né mãe?” (E18) A mãe contra-argumenta: “Porque não tinha isso de Coca-Cola todo dia. Agora tem torresmo. O meu marido chega pra jantar às onze horas e esse horário eu já jantei, e pra fazer companhia pra ele eu como...” A filha reforça o comportamento da mãe: “Mas tem vezes que ela come junto até duas vezes, tá Érika?” (E18)*

*“Eu tenho uma reclamação, Dra. Érika. Minha mãe não está me ajudando porque às vezes a gente tá no mercado, às vezes ela começa. Tá certo que às vezes eu falo ‘vou comprar uma coquinha’. Mas, às vezes ela começa comprando chocolate, doce e ela não me ajuda. Eu vou ter que fazer isso sem a ajuda dela.” (E17)*

Outro aspecto incisivo expresso no comportamento alimentar dos adolescentes é a representação sobre o comer traduzido como ‘fazer regime’, quando mencionam mudanças de práticas alimentares. Para eles a mudança de comportamento alimentar significa restrição parcial ou absoluta de determinado alimento ou preparação, que é substituído por outro normalmente destinado ao controle alimentar.

*“Ah! Não adianta. A minha irmã é a principal. Depois que eu comecei vir aqui, nas primeiras semanas era sopa, sopa, sopa. Parecia velho tomando sopa.” (E14)*

O 'comer certo' também existe nas representações do adolescente e/ou de algum membro familiar, significando um determinado padrão alimentar que exclui alimentos ou produtos considerados por eles prejudiciais no tratamento da obesidade, e que adota alimentos naturais simbolizando magreza e vida saudável.

Existe o conflito familiar em relação a esse aspecto julgado pela mãe, conforme o relato acima do adolescente, que considera as preparações leves as mais adequadas para o tratamento da obesidade.

Em contrapartida, a avó destes adolescentes parece demonstrar preocupação quanto à redução do consumo alimentar, quando os mesmos apresentam comportamento menos hiperfágico às refeições. A atitude da avó pode contrapor-se ao que a mãe impõe para seus filhos, ou seja, uma alimentação dotada de regras, ainda que momentaneamente. Os adolescentes referem-se à avó como a pessoa da casa que os liberta da restrição alimentar:

*“Quando ela (a avó) faz comida em casa, fala pra gente comer bastante, deixa a gente comer.” (E14) “É que se ela ver a gente trabalhando muito em casa ela fala pra gente comer muito.” (E13)*

Essa condição de 'comer certo' favorece o surgimento de desigualdades alimentares na família, trazendo o adolescente para um conflito sobre o modelo ou padrão alimentar familiar, como percebido neste diálogo entre os pais de uma adolescente:

*“Ela mesma falou assim, que já tinha comido sete pães de queijo, então como quem diz: eu não devo comer mais! Quer dizer, ela sabe disso, mas é gulosinha, sim.” (mãe de E12).*

*“Gulosa! E outra, o estômago dela está assim, e sete pãezinhos de queijo deste tamanho.” (pai de E12).*

*“Ah, bem, sete pãezinhos de queijo...” (mãe de E12).*

*“Não bem, é pequeno, e a carne é diferente, eu sinto a falta de carne tá, a carne me enche. Agora se eu comprar pão de queijo não me enche.” (pai de E12)*

*“Eu acho assim, a pessoa que é gorda parece que age assim, parece que faz um ‘clique’ na cabeça. Ela faz assim, você vai fazer, está tudo bem, faz o regime, maravilha. De repente, eu não vou mais fazer o regime. Mas não é isso, é subconsciente, parece. Aí eu não consigo mais fazer. Parece que tem uma coisa lá dentro de mim que não me permite mais fazer. Aí eu engordo, engordo, engordo. Depois eu começo – agora eu vou fazer regime! Aí ninguém me tira do regime, aí eu faço exatamente o que eu tenho que fazer. Então parece uma coisa que chega uma hora que a gente não consegue mais.” (mãe de E12)*

A mãe da adolescente confirma a validade de sua conduta quando diz:

*“Mas se eu for dentro do que é possível numa alimentação normal eu não emagreço.” (mãe de E12)*

Quando a adolescente é questionada sobre estratégias para melhorar a alimentação, parece estar usando uma classificação que prestigia alimentos ‘bons’ e uma outra que os denigre, a qual está atribuída aos alimentos considerados ‘ruins’, confirmando novamente o ‘comer certo’.

*“Eu penso que a gente tem que se alimentar comendo as coisas certas.” (E13)*

Outro pilar que sustenta o ‘comer certo’ é, por assim dizer, a falta de conhecimento sobre nutrição dos adolescentes e familiares. Numerosas vezes, a prática da ingestão hídrica às refeições parece ter ocasionado curiosidade para os adolescentes em discussão com a pesquisadora, cuja opinião sobre o assunto possivelmente era contestada pelos familiares quando o assunto era discutido em casa, o que pode ser atribuído à cultura alimentar da família.

*“A minha mãe fala ‘você acabou de comer, agora você vai beber água, vai virar uma lavagem’. E pode tomar água com comida?” (E21)*

*“E, lá em casa, o Michel toma um copo de água com a comida. A gente não gosta de discutir isso porque acaba saindo briga com o pai. Às vezes fico consertando; quando o pai fala, eu digo ‘escuta, não responde.’” (mãe de E14 e E13)*

*“Tipo assim, se você almoça, você depois não pode tomar água, se você toma água em cima...” (E17)*

*“Todo mundo fala pra mim ‘você tem que beber água antes do almoço, não durante, e meia hora depois.’ (E19)*

De modo geral, as pessoas entendem que comer é uma ação que deve estar enquadrada em um sistema de regras para que a pessoa se beneficie, dessa forma, das refeições realizadas:

*“Eu não tenho reclamação, assim, com ela, de reclamar do que tem pra comer, ela come de tudo. Agora ela aprendeu comer assim, certinho.” (mãe de E18)*

*“Na segunda-feira fiz certinho, minha tia falou assim ‘nossa! Tá com ânimo’, aí, na terça-feira fui esculachando, esculachando, aí, na quinta-feira ... eu não posso!” (E17)*

Adolescentes e familiares apropriam-se de conceitos para explicar o comportamento alimentar e os atribuem às diversas formas de comer, oferecendo sentido às suas realidades. Neste diálogo entre dois irmãos, parece existir concordância de opinião quando a irmã confere ao seu comportamento alimentar um possível fator explicativo, quando o irmão relata uma vontade irreprimível da mesma em tomar sorvete:

*“Por que quando a pessoa tá na gravidez e passa vontade influencia o alimento que eu como? Porque minha mãe passou vontade de sorvete na gravidez.” (E13)*

*“Porque você está beliscando, não tá com fome, isso engorda... E quando você tá morrendo de vontade de comer um*

*chocolate, mas estou me segurando pra comer, isso faz mal quando você come?” (E19)*

Durante o diálogo, o adolescente expressa espanto ao saber da inexistência de calorias da água e indaga:

*“Mesmo bebendo junto com a comida?” (E20)*

*“E água gelada, engorda?” (E21)*

Associado a essas manifestações do comportamento alimentar, há que se fazer menção aos modelos de alimentação e de tratamento para obesidade que os indivíduos adotam ante a doença, entre eles, os adolescentes e os indivíduos pertencentes ao seu meio.

Esta adolescente observa na família formas de tratar a obesidade que parecem incomodá-la. Em sua família, a mãe também enfrenta o problema da obesidade, com dietas restritivas e opressoras, na tentativa de um emagrecimento a ser atingido em tempo breve. Nesta fala, parece que a filha observa comportamentos contraditórios no pai relacionados à mudança de comportamento alimentar:

*“O meu pai fala que vai emagrecer em duas semanas, mas fritou um monte de batatas.” (E13)*

Outra característica do comportamento alimentar dos adolescentes, além do pensamento direcionado às dietas restritivas, inadequadas às necessidades do corpo, refere-se a produtos destinados a dietas hipocalóricas, que familiares e adolescentes utilizam pensando estar atuando de forma apropriada para o controle e solução da obesidade. Há também a busca do gasto calórico imediato,

comum nas famílias dos adolescentes do programa. Neste aspecto, a atividade física não é considerada como lazer que proporcione prazer, mas sim uma prática puramente técnica destinada ao alcance do emagrecimento, ainda que cause desprazer.

*“Então agora você vai ter que queimar isso daí rapidinho. Você entra no eixo, vou parar de comprar um pouco as coisas em casa, nem tanto por sua causa, mas pela sua mãe que está agora diabética. Então eu vou cortar as coisas um pouco. Agora o que acontece? Quem sai prejudicado com tudo isso aí? ... Você ou eu? Porque eu posso comer, sua irmã pode comer, porque a gente queima.” (pai de E12)*

Em relação à obesidade e mudança de comportamento alimentar, a família considera o emagrecimento uma necessidade primeira perante outra doença ocorrida concomitantemente ao excesso de peso.

*“E ela, agora, depois do Carnaval, vai fazer uma cirurgia da vesícula. Só que ela tem que emagrecer um pouco. Porque quanto mais magra melhor a cirurgia, né?” (pai de E12)*

Em certos casos, existem fatos concretos que antecedem a necessidade de tratar a obesidade, modificando o comportamento alimentar. Tais fatos parecem impedir a problematização do comportamento alimentar, principalmente quando a obesidade já atingiu um grau de severidade maior. Neste relato, a mãe do adolescente refere-se a um fato que a incomoda e que supera a expectativa do emagrecimento:

*“A gente passou por um problema familiar, e o problema dele é a emoção. Ele se emociona e extrapola na comida, fica rebelde... Eu acho que primeiro ele tem que tratar o psicológico.” (mãe de E16)*

A oferta de produtos que prometem a solução da obesidade parece ser tentadora para os adolescentes, e também instigadora para os adultos. No entanto, é possível perceber que alguns adolescentes fazem críticas ao observarem o resultado ineficaz do produto.

*“Minha mãe tá tomando remédio, tá fazendo regime do carboidrato, tá tomando Herbalife. A mulher que vendeu pra ela mandou eu tomar. Eu falei que não ia tomar não! Já tomei uma coisa que minha mãe comprou, mas também assim, tomei uma, duas vezes. Passava na televisão. Um era aquele negocinho que coloca no ombro, mas eu cansei e parei. Aí eu tomei Porangaba, mas parei de tomar e minha mãe também. Minha tia tomava um chá, ela bebia muito, ela vivia no banheiro. Nenhum dos remédios deu certo.” (E19)*

Deve-se considerar também a curiosidade de conhecer que os adolescentes têm, a qual lhes permite, mesmo com uma convivência familiar pouco voltada a questionamentos em relação ao comportamento alimentar, adotar comportamentos que podem beneficiá-los no propósito da mudança alimentar, ainda que tais reflexões sejam de difícil ingresso na estrutura familiar.

*“O caminho rápido, fácil, tem mais complicações, de pressão. O caminho longo você vai com calma, você conversa,*

*tem mais companheirismo. Tem o caminho longo e o atalho, mas a gente quer o caminho longo, não o atalho.” (E14)*

*“Não tirar né, sendo radical e tirar tudo, mas dividir a comida no período, comer em quantidade menor, fazendo exercício ... por lazer né, pra fazer parte do dia-a-dia.” (E20)*

O vínculo criado nos atendimentos proporcionou ambiência confiante para o adolescente se reportar ao profissional de saúde explicitando uma problematização que o encaminhasse à formulação de estratégias para o enfrentamento de seus problemas alimentares.

*“Outra coisa que você falou, e eu lembrei, foi que é pra gente perceber o que está comendo, sentir o gosto, comer devagar. E eu comia rápido. Esta semana toda hora eu estava comendo rápido, aí eu parava e lembrava, comia devagar e é gostoso, sei lá, você sente um gosto diferente, você percebe, antes comia rápido só pra matar a fome.” (E19)*

*“É difícil agüentar a tentação, é difícil agüentar a obesidade. Só que se for escolher entre obesidade e tentação, prefiro controlar a tentação.” (E19)*

*“Aí eu vou e escovo os dentes, pra não escovar de novo. Aí eu arrumo a cozinha e saio pra rua, pra não ficar em casa e comer.” (E19)*

Muitos adolescentes desse grupo mencionaram que hábitos sedentários – como, citado por eles, ficar mais tempo em suas casas - podem levá-los ao consumo excessivo de alimentos, muitas vezes fracionado num curto período de tempo.

*“Quando eu estou trabalhando eu como quando é hora, mas quando eu tô em casa e dá vontade de comer, toda hora dá vontade de comer, não paro de comer.” (E13)*

*“Eu ocupo mais o meu tempo. Ao invés de assistir TV, quando você assistiu TV você come, então eu vou ajudar minha tia, fazer alguma coisa diferente.” (E19)*

A problematização contribuiu para a formação de estratégias alimentares que ajudaram a adolescente na visualização do problema existente em seu comportamento alimentar.

*“Se eu como perto dele, eu como mais, porque ele come mais do que eu. Eu tenho que comer na sala. Ele come na cozinha e eu como na sala.” (E13)*

A adolescente distingue a prática de uma atividade física que favoreça um bem estar geral e não vise apenas gasto energético para supressão do excesso alimentar.

*“Eu vou fazer ginástica num salão aonde tem dança, poesia, aeróbica.” (E19)*

*“Meu objetivo é emagrecer até chegar aos 54 kg, só que se eu chegar num peso que eu me sinta bem, já estou bem assim, eu não precisarei me esforçar tanto e vou continuar comendo normalmente, não fazendo regime, mas controlando como antes para não engordar.” (E19)*

A problematização, quando estimulada, pode fazer com que o adolescente expanda seu pensamento crítico e estenda-o aos demais campos que abrangem a alimentação.

*“Ah, eu tô assim na TV e no filme do SBT fala ‘agora sente no seu sofá, abra sua Coca e acompanhe o filme’. Você precisa abrir uma Coca pra assistir o filme? Eles fazem com a gente que nem fantoche.” (E21)*

*“Agora eu tomo água. Porque eu não tomava água porque achava que engordava mais do que se eu tomasse refrigerante. Se você falou que água não engorda, agora eu tomo água.” (E21)*

*“Uma das coisas que eu aprendi foi isso, é que antes eu comia na hora que eu queria comer, não tinha esse negócio de fome. Nossa! Fazia muito tempo que eu não sentia fome, sempre estava comendo, comendo, comendo. Agora não, estou esperando dar a fome.” (E19)*

*“Antes eu comia sem vontade e depois fui entendendo e parando. Eu sei que para emagrecer não é preciso dieta, é só comer um pouquinho de cada coisa.” (E15)*

*“Ah, eu tô comendo mais salada que antes eu não comia. Eu queria emagrecer de qualquer jeito. Antes eu não ‘tava a fim’ de emagrecer, agora eu estou. Mas eu não como verdura hoje por causa de emagrecer, eu como porque gosto.” (E18)*

*“Agora eu estou almoçando. Antes eu não almoçava, porque eu tomava café da manhã tarde.” (E18)*

*“Antes era doce todo dia, bolo recheado que ela mesma fazia, que agora não faz mais. Doces, comprava pacotes de doces.” (mãe de E18)*

*“Da outra vez que eu saí daqui com meus pais, fomos até aquele shopping D. Pedro, aí eu já comi lá. Porque antes eu ia pro McDonald’s. Eu não tô mais comendo esses lanches. Só de sábado porque de semana eu tô comendo arroz, feijão e bife.” (E21)*

A adolescente refere-se ao seu comportamento alimentar durante a confraternização que uniu os adolescentes de ambos atendimentos no encerramento do programa.

*“Antes eu era uma viciada, agora sou uma ‘desviciada’ em Coca-Cola. Tomava 4 litros de Coca por dia. Valeu a pena parar, perdi 10 quilos. Eu me alimentava de Coca. Tanto é que eu não trouxe Coca para a festa.” (E17)*

b) Contexto familiar: apoio x desamparo

Os adolescentes aconselhados no atendimento individual evidenciaram posições ambíguas em relação às suas famílias, emergindo dois valores opostos: a ausência das mesmas nesse processo de mudança, e o reforço positivo, considerado fundamental para os adolescentes, sendo o primeiro o mais referido nos atendimentos.

*“A família não participa. A gente não tem apoio familiar. Eu não gosto quando eles comparam a gente com os outros na parte física. Eu sei que sou muito melhor do que essa pessoa. Não por fora, mas... Sabe, você é você, e o resto é o resto. Senão você fica depressivo, com insônia, uma série de doença... Eu acho que a minha mãe falou isso para ajudar, mas só que prejudicou.” (E14)*

Os adolescentes parecem divergir quanto à forma de conduzir as mudanças de comportamento alimentar. Uma adolescente salienta sua satisfação quando, oportunamente, o pai compartilha, ainda que por período breve, práticas alimentares com a filha; o irmão, porém, percebendo o engajamento parcial do pai neste processo, diz que tais mudanças são necessárias a partir de seus próprios pensamentos e ações:

*“Meu pai começou a ajudar a gente. Só no primeiro dia, depois deixou a gente sozinho.” (E13) “Ele parou e a gente tem*

***que continuar, a gente não pode ficar sem. A gente não pode depender dos outros, tem que ter força de vontade mesmo.”***  
***(E14)***

Em relação aos encontros que ocorriam quinzenalmente, a mãe desses adolescentes, diante da dificuldade financeira para se deslocar para o local da pesquisa, provavelmente se queixava com os filhos:

***“Ela sabe que a gente tem que vir aqui alguma vez por semana, mas ela fica reclamando.”*** (E14)

Alguns adolescentes comentavam sobre a inserção de suas famílias neste processo de mudança de comportamento alimentar. No entanto, era observada uma rara integração familiar no contexto alimentar do adolescente e, nesta fala, o mesmo refere-se às pequenas mudanças realizadas, ainda que muito aquém dos anseios de seus familiares:

***“Os quatro que moram em casa, mais o cachorro, nem têm noção do que a gente fez.”*** (E14)

A pretensão dos familiares pelo emagrecimento acelerado pode gerar angústia no adolescente, conforme a descrição desta quando, em conversa com a pesquisadora, menciona que o diálogo com a mãe é cercado de questionamentos em relação a um corpo magro, desconsiderando as etapas necessárias do processo educativo no tratamento da obesidade.

***“Ela falou que tenho que ficar magra.”*** (E13)

É provável que a falta da extensão da problematização à família possa nulificar a compreensão da mesma sobre o processo de reflexão pelo qual o adolescente perpassa, o que acarreta, muitas vezes, a conjetura ou intenção de interrupção do processo educativo.

***“Eu estou tendo a idéia de cancelar. Essas crianças têm muita fome. A (...) não come muito...” (mãe de E13 e E14)***

O pai desses adolescentes também parece concordar com a esposa quando diz à mesma que não levará mais os adolescentes ao programa, mesmo que esteja desempregado. Pode existir um conflito que promova o impedimento de uma comunicação mais expressiva na família, e os adolescentes fazem julgamentos acerca desses fatos:

***“Eu acho que nossos pais não querem saber do que a gente pensa.” (E14)***

Ou, quando há participação familiar no que diz respeito à mudança de comportamento alimentar, o adolescente adverte a pesquisadora sobre a maneira como os pais interferem no processo:

***“É muita cobrança. Sem ninguém perturbando eu posso até conseguir.” (E14)***

E no momento de um diálogo que envolve a alimentação, o adolescente queixa-se da ausência de conversas mais esclarecedoras ou de reflexões mais aprofundadas. Na análise do adolescente, os pais não conversam sobre a alimentação:

***“Não. Só que alface é bom. Essas coisas.” (E14)***

*“Meu pai fica vendo televisão. Talvez tenha medo de falar um com o outro. É difícil explicar. Tenho medo que cortem as coisas que eu gosto.” (E14)*

*“Minha mãe consegue me desanimar, meu primo também. Ele e meu irmão tiram sarro. Eles me deixam nervosa, à flor da pele.” (E17)*

A adolescente parece desanimada para o encontro porque, nos últimos dias, os familiares comentaram com ela que havia engordado, e, durante o atendimento, no momento da avaliação, constatou-se um emagrecimento.

*“É porque minha tia falou que eu tinha engordado, minha mãe também, minha avó também, nossa... tô um balão então! Minha mãe falou ‘você não precisa ir mais lá, você só tá perdendo tempo’ e eu falei ‘olha mãe, eu não vou seguir seu conselho não’. Ela pensa assim porque não vê o meu esforço.” (E19)*

c) Estigma social

No diálogo com a pesquisadora a adolescente fala sobre a maneira como a família apresenta concepções divergentes acerca da educação nutricional direcionada ao controle da obesidade. O pai desta adolescente sugeriu ao outro filho, que é magro, a participação no mesmo programa com a finalidade de melhorar qualitativa de sua alimentação. O filho, no entanto, contra-argumenta dizendo que é magro, não precisando assim, participar do programa.

*“Em casa é um dilema porque meu irmão quer me provocar, então ele me chama de gorda. Aí meu pai falou ‘L., por que você não vai com a D.?’ [o pai refere-se ao programa frequentado pela adolescente atualmente] , aí ele fala ‘eu não sou gordo, ela que é gorda’.”(E17)*

*“Ah, você vai comprar uma roupa e não tem a sua numeração e quando você vai para a escola todo mundo fica falando ‘nossa, você é super bonita, só que se você emagrecesse, um pouquinho assim, você ia ficar mais bonita ainda’, um monte de gente fala isso pra mim. Mas aí tem uns idiotas que ficam xingando, ficam falando e isso irrita. Já convivi muito com pessoas assim.” (E19)*

*“Tem hora que eu como e como, mas tem hora que eu não ligo. Eu não gosto quando ficam falando, tem momentos que eu revido, fico até agressiva. O pessoal tira sarro e fala que eu preciso caminhar, isso me irrita. Todo mundo fica falando que eu tô gorda, eu fico com raiva, daí eu tomo Coca, bastante. Meu avô é gordo, mas ele anda muito, faz exercícios e ainda assim o pessoal fala que ele está gordo. E eu, se as pessoas falarem isso eu desanimo.” (E17)*

*“É ruim porque as pessoas ficam zoando de você.” (E12)*

O estigma da obesidade pode também ser percebido pelo adolescente por meio de uma atitude depreciativa de outros em relação ao seu consumo ali-

mentar. A fala seguinte ilustra como as pessoas se despreocupam com uma inadequação alimentar, ainda que esta contribua para manter ganho de peso:

*“Fui num churrasco. Comi um pão com lingüiça e tomei um copo de refrigerante, depois comi um bolo com outro copo de refrigerante, foi dois pedaços, que era dois tipos de bolo, aí eu queria comer os dois. E todo mundo ‘não vai comer mais não?’ , porque eu não quero, sabe, umas coisas né, fica todo mundo socando, socando, socando ... eu não quero!” (E19)*

d) Relação com os profissionais de saúde

Para a realização de pequenos ajustes na alimentação, alguns pais e mesmo os adolescentes demonstravam heteronomia, e a solicitação de permissão para trocas, inclusões ou exclusões alimentares foi constatada nos atendimentos, ainda que a abordagem de educação proposta pela pesquisadora fosse sociocultural, a qual guarda semelhança nos fundamentos da pedagogia de Paulo Freire (MIZUKAMI, 1986).

Alguns adolescentes não podiam retornar às suas casas após o atendimento, por precisarem esperar a saída dos ônibus ou ambulâncias, ao final da tarde, para regressarem às suas cidades. Durante a espera, os participantes sujeitavam-se aos alimentos vendidos nas cantinas da própria universidade e a ausência de autonomia era evidenciada mesmo em momentos transitórios e díspares:

*“O que eu posso comer de manhã cedo agora?” (E13)*

Essa dependência, ou talvez permissão, para comer parece permear também situações que revelem o prazer alimentar.

*“Quantas colheres de sorvete eu posso comer?” (E13)*

*“Fruta, eu comi bastante laranja, e eu ia perguntar se, ao invés de comer bolacha, posso comer pão?” (E19)*

*“Se agente trocar um lanche da tarde por uma bola de sorvete pode?” (E19)*

Em contrapartida, os adolescentes estiveram frente a um atendimento cuja proposta foi de ajuda, o que pode desmistificar a rigidez do tratamento para a obesidade.

*“Assim, quando parar de vir aqui não vai ter mais. Eu acho que ter vindo aqui foi melhor.” (E21)*

*“Eu acho que se eu ficar sem, eu vou ficar perdido. Porque a gente conversa.” (E20)*

*“Parece que gravava mais na cabeça. Porque tudo o que a gente conversa aqui eu chego e conto tudo pra ela [mãe da adolescente], só que pra mim grava, pra ela não.” (E19)*

*“Não parece ser um assunto chato. Eu acho que é uma coisa que um dia todo mundo vai parar pra pensar. Ah, é legal, porque, tipo, eu tô tendo uma ajuda que estou podendo ema-*

*grecer, é um incentivo para a gente emagrecer. É tipo assim, um desabafo.” (E19)*

*“Esse tempo aqui não foi à toa, devemos continuar com nossos objetivos mesmo sem os encontros.” (E19)*

*“Se bem que com você ela está conversando, porque lá em baixo [no hospital] ela não abria a boca. Podia perguntar o que fosse, falar o que fosse, ela não abria a boca.” (mãe de E15)*

No diálogo com a pesquisadora, mãe e adolescente falam sobre a maneira como alguns profissionais de saúde conduzem o tratamento da obesidade:

*“Olha, eu nem sei porque ... bom ... o Dr. ... pediu pra acompanhar por causa do crescimento, obesidade, mas cada dia era um e eles não tinham o trabalho de pegar a pasta e ler o problema. Cada vez era um e eu tinha que explicar todo o problema. Um dos pediatras achou que ela tinha sopro, até hoje eu não sei realmente o que deu o eletro. Agora a outra médica falou que não tinha. Então ela não queria mais saber de ir lá e ficou mais de dois anos nisso e não resolvia nada, foi quando eu falei que ela não vinha mais e que ela não queria mais e foi aí que passaram ela pra cá.” (mãe de E15)*

*“Ah, que tem que fazer exercícios, que não pode comer tal coisa que engorda, tem que comer verdura. Ah, o outro mé-*

*dico mesmo que falava isto. Colocavam verdura e ‘ah, isto você não pode comer’.” (E13) (Grifo da pesquisadora.)*

*“Ela me falou o nome do médico e eu esqueci. Ele falou pra ela perder 40 kg e ela acha que não precisa desse tanto, ‘eu não quero perder isso tudo’. Aí eu falei ‘já que você não quer, o corpo é seu’, daí ela ficou naquilo, perco ou não perco ? Passa mal, tem dor de cabeça, toma remédio e fica falando que precisa perder 40 kg e que vai cair tudo, e falou que o médico disse que se cair tudo manda ela pra oficina.” (E17)*

*“‘Tem que fazer regime’. Porque quando eu fui lá no postinho, eu fui lá e eles deram um regime e depois eu não voltei mais. Voltei pra pegar um exame e não fui mais.” (E19)*

Outros profissionais, que embora não tenham sua função atrelada diretamente ao tratamento hospitalar e/ou ambulatorial da obesidade, podem, com um olhar voltado à saúde, apresentar estratégias adequadas para o enfrentamento da obesidade, ou, contrariamente, incentivar os adolescentes à prática do exercício físico, considerando essencialmente a função metabólica.

*“Tenho um professor de Educação Física que fala ‘ó minha gente, vocês podem comer o que vocês quiserem, vocês comem salgado, dois, três, ... mas queimem as calorias.” (E17)*

*“A gente teve um começo, só que ela tem que continuar assim, porque oportunidade assim como ela teve, teve uma nutricionista, é muito raro nesse sistema que a gente tem, que não tem convênio.” (mãe de E18)*

#### **4.1.2.3 Auto-avaliação dos adolescentes do atendimento individual**

Ao final do programa, a pesquisadora, por intermédio de um roteiro, solicitou aos adolescentes uma auto-avaliação que abrangesse o comportamento alimentar com suas demarcações em seu meio social, e a observação e crítica a respeito da constituição dos modelos de tratamento da obesidade.

Nesta parte do estudo, foram consideradas questões relevantes que pudessem contribuir para alertar os profissionais que se dedicam à educação em saúde.

Os adolescentes responderam sobre as mudanças percebidas quanto ao comportamento alimentar.

*“No começo eu não mudei muito, agora é que eu comecei a mudar. É que eu fui pensando, refletindo mais, eu percebi o que eu quero. Ah, eu parei de comer salgado na escola, comecei a beber mais água, comer mais frutas, salada, legumes. Quando eu vou tomar refrigerante ou suco, suco de saquinho, eu penso que tem pé de limão em casa, aí eu vou lá e faço com limão de casa, e também é mais barato.” (E19)*

*“A redução da Coca-Cola. Quando eu abro uma garrafa eu não tomo inteira. Aprendi a tomar suco. Algumas calças es-*

*tão entrando. Eu reduzi o que eu como, o que eu tomo. Eu achava que eu tinha que ficar sem comer, e quando eu comia, eu comia muito. Hoje eu como cada hora um pouco.”*  
(E17)

A experiência que os adolescentes atravessaram permitiu experimentar um sentimento de segurança, ainda que sujeito a interferências, para condução de novos comportamentos já adquiridos ou em construção, ainda ambicionados.

*“Eu vou continuar fazendo esta alimentação. Eu me sinto segura, o que me faz motivar é o fato de eu estar me sentindo melhor.”* (E18)

*“Você está deixando de seguir um hábito seu. Comer é um hábito, e comer em excesso é um hábito do mesmo jeito. Então, você está deixando um hábito seu para mudar de vida.”*  
(E19)

*“Me sinto meio nervosa. Mas agora nem tanto, mas antes por causa da Coca. Porque eu diminuindo parece que eu não tomava. Eu ficava nervosa o dia inteiro. Acho que eu ficava com aquilo na cabeça, mas agora nem tanto. Eu não sou mais aquela bobinha que se não tomasse Coca até o meio dia dava pânico, se não tomasse na janta parecia que ia dar a louca. Aprendi a tomar suco”.* (E17)

As mudanças, ainda que tênues, melhoraram a qualidade de vida dos adolescentes por transformar, de algum modo, a sua realidade.

*“Tomar café da manhã. Porque se eu não tomo, desanda. Aí eu almoço mais cedo, como à tarde como uma louca, janto até eu achar que já comi demais.” (E19)*

*“Ah! Comer legumes, que eu acho uma coisa básica. Era assim, todo dia tinha, mas eu não comia. Agora meu pai compra mais os legumes que eu gosto.” (E12)*

*“Acho que é o almoço. Porque se não almoço, a tarde vai comer muito, e, se não almoça, eu fico com dor de cabeça.” (E17)*

Durante o programa, a pesquisadora ofereceu espaço para que os adolescentes refletissem acerca de como a obesidade é tratada atualmente, e, na aceção dos mesmos, dietas rigorosas parecem ser ineficazes, e a pluralidade com que as respostas foram manifestadas em relação à indicação impensada de produtos ditos milagrosos denotou uma postura que lhes causa contrariedade.

*“Acho que seguir dieta. Todo dia comer a mesma coisa que está no papel. Você pode acabar enjoando, e, quando decide parar, você come tudo aquilo que deixou de comer e engorda tudo de novo. Aquele de forma forçada que a gente faz, eu acho que não é bom.” (E12)*

*“Não adianta nada lançar produtos que em uma semana você emagrece tantos quilos, porque não resolve nada. Você*

*toma o remédio e emagrece, depois você engorda tudo de novo.” (E14)*

*“Pior é usar remédio. Por causa do remédio você vai na ilusão de que vai emagrecer e nunca mais vai engordar. Ou, senão, ficar naquelas maquininhas que fica dando choque nos outros. Eu acho que as pessoas se iludem muito com ‘ah, eu tô usando aquilo, posso comer à vontade’ ou ‘eu tô usando um remédio’ e acaba fazendo um esforço para ajudar.” (E19)*

*“Remédio, porque você toma remédio antes de comer e parece que o estômago estufa, aí você não consegue comer, mas quando pára de tomar, na minha família aconteceu isso, engorda tudo de uma vez.” (E17)*

A criticidade dos adolescentes com relação à necessidade de mudança na sociedade estendeu-se a situações que realmente afetam a vida cotidiana dos mesmos.

*“No campinho lá perto de onde eu moro eles podiam colocar uma escolinha de futebol para meninos e meninas para fazer mais exercício físico. Além da escolinha, ter uma palavra... uma nutricionista orientando.” (E14)*

*“Eu tiraria a cantina da escola e mudaria as pessoas. Eu comprava chocolate, bala, sorvete, doce... antes vendia suco,*

*agora não vende mais. E eu mudaria as pessoas, a língua do povo. Por exemplo, as pessoas chegam ‘ah, você está emagrecendo, você está fazendo regime?’ Você fala ‘não’ e eles ‘ah, mas como você emagreceu?’ Aí até você querer explicar de onde que vem, eu perco a cabeça e acaba brigando. Não é regime, é mudança de hábito. E também quando a pessoa fica tentando ‘vai, come, só um pouquinho’, enfia na boca da gente, fica tentando. É muito difícil fazer mudança.” (E19)*

*“Colocar um campão pra todo mundo jogar bola. Eu ia por todo mundo pra fazer exercício. Quando a gente joga futebol, parece que a gente esquece. Eu adoro futebol. Tirar o mercado que vende o bolo, o pastel...” (E17)*

A obesidade é um problema de saúde enfrentado desde a infância por esses adolescentes, e a preocupação familiar buscou, por incansáveis vezes, o atendimento de saúde, defrontando, assim, com modelos que parecem perdurar até os dias atuais. A conversação entre indivíduos do grupo ao qual pertencem os adolescentes apresenta também importante influência, muitas vezes agredindo o comportamento alimentar dos mesmos.

*“Tomar bastante água. Do médico que falou pra eu tomar muita água, na época que eu tomava muita Coca. Porque ele falou que eu não tomava água nem leite, já que eu não gostava de leite pra eu gostar de água. Eu queria mandar aquele médico... No começo desse programa, ah, sei lá, eu estava desanimada de vir aqui, porque achava que era a mais gorda. Agora eu estou melhor, parece que a gente venceu alguma etapa. Antes eu falava assim pra minha mãe ‘se aquela*

*mulherzinha me der alguma receita, eu vou esfregar na cara dela. Mas você nunca me deu uma receitinha, isso que eu achei legal.” (E17)*

*“Várias. Os médicos. Achei muita cobrança. Eles queriam que a gente tivesse perdido bastante peso já. Eu me sentia obrigado a fazer. Nesta foi bom, não teve muita cobrança. Só depende de mim. A cobrança é boa, mas não exagerada.” (E14)*

*“Sim. De pessoa normal. [referindo-se às orientações recebidas de outras pessoas, que não profissionais da área de saúde] Mas não que sejam orientações boas, eles ficam só se intrometendo, eles querem mudar meu jeito de pensar e não conseguem. Eles ficam lá martelando. Aqui eu me sinto bem, eu acho que valeu muito a pena. Eu não queria que acabasse.” (E19)*

A problematização pelo adolescente de seu comportamento alimentar ganhou projeção para a análise do comportamento alimentar da família e do grupo social, e propiciou ao adolescente o apontamento de pessoas que necessitam de mudança em suas práticas alimentares.

*“Minha mãe, porque ela come só alface e fala que o estômago dela está doendo. Eu falo que se o estômago dela está doendo é de fome. Então alface não é só o que você tem que comer. Não adianta comer só alface e querer emagrecer. Você tem que comer a quantidade certa do alimento. Tem que*

*comer arroz, feijão e outras coisas lá. Minha avó precisa mudar o hábito alimentar porque ela come coisa escondido. Tem arroz na geladeira, a gente fala que é pra janta ela vai lá e come escondido. Meu pai gosta muito de fritura e ele tem colesterol, então o colesterol aumenta. Ele gosta de batata frita e frita bacon, ele não tá nem aí pro colesterol dele.”*  
(E13)

*“Meus amigos do bairro, eles comem o dobro do que eu como. Eles iam ter mais resistência, iam emagrecer, ficar mais saudável.”* (E14)

*“Minha mãe, porque ela é obesa e não dá pra enfiar na cabeça dela que remédio não faz bem. Minha tia, minha vizinha da frente, tudo obesidade.”* (E19)

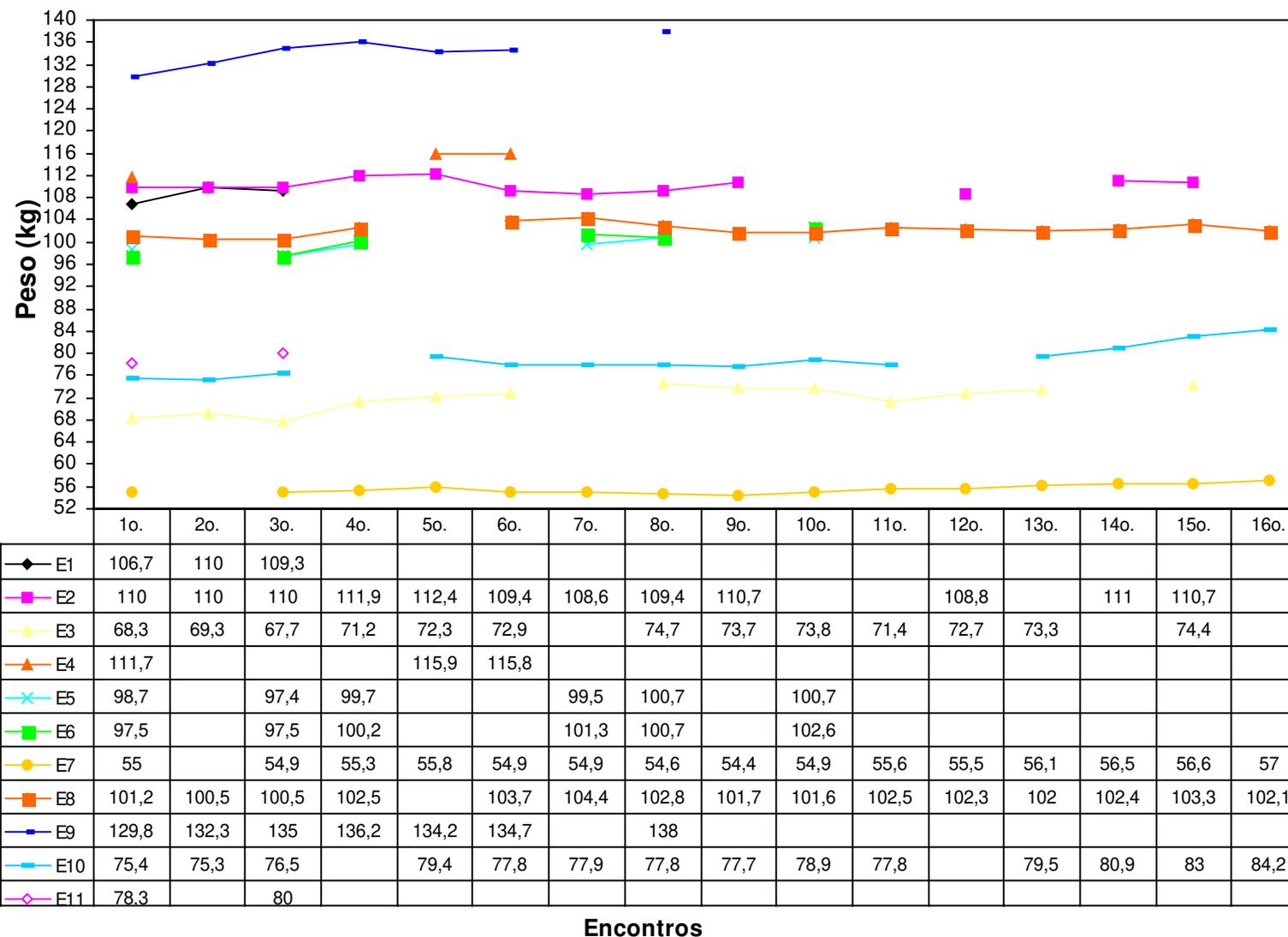
Para o encerramento da auto-avaliação, algumas considerações em relação à obesidade foram prestadas pelos adolescentes, e a pesquisadora preocupou-se com um ambiente que proporcionasse uma conversação coloquial e espontânea, para que a reflexão sobre os temas emergisse sem constrangimento.

*“No aspecto físico todo mundo te xinga na rua.”* (E12)

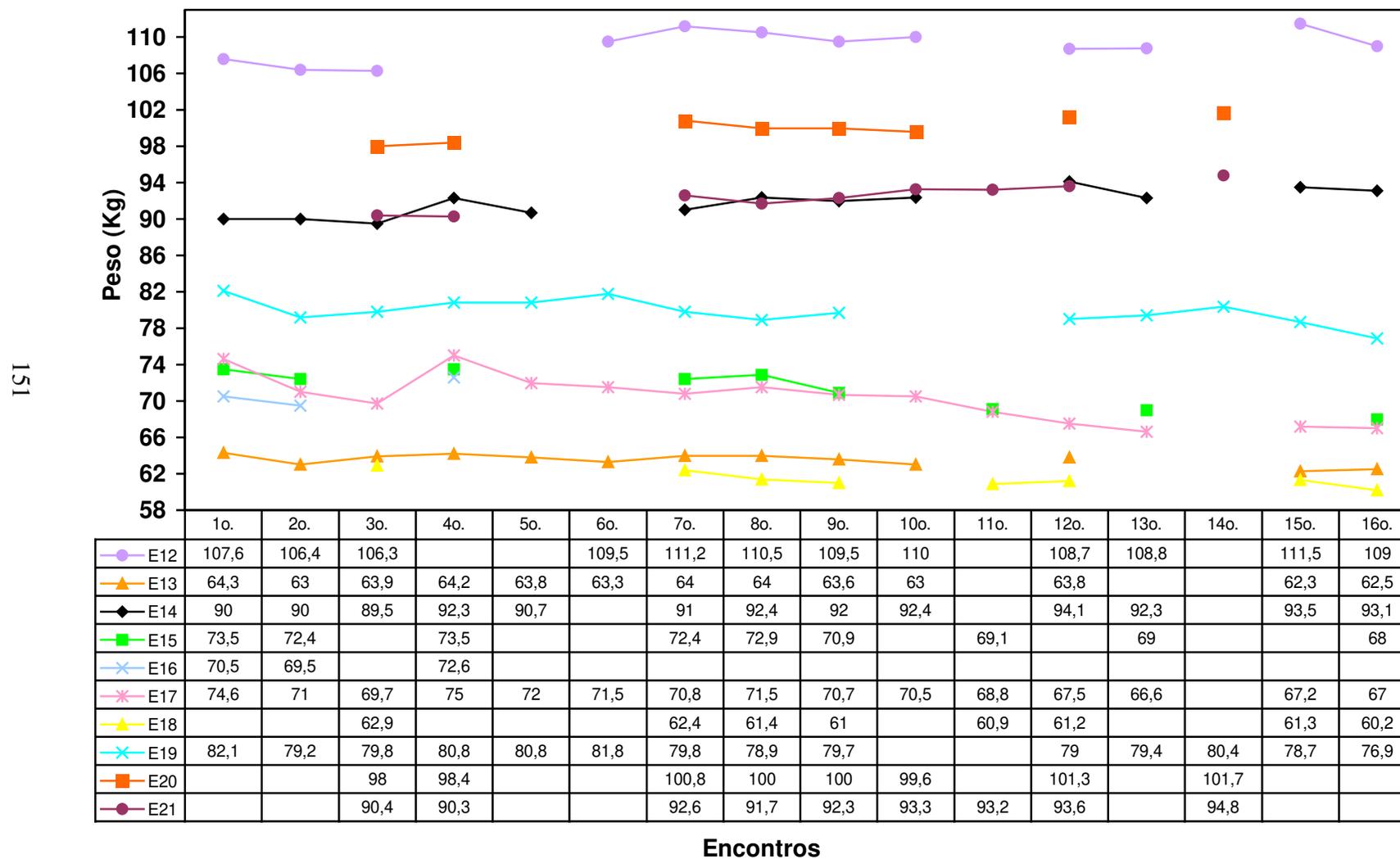
*“Ah, é péssimo. Porque a gente quer uma roupa e não dá e quando a gente emagrece todo mundo fala e acha bom. Quem quer ter obesidade?”* (E17)

### 4.1.3 Resultado antropométrico

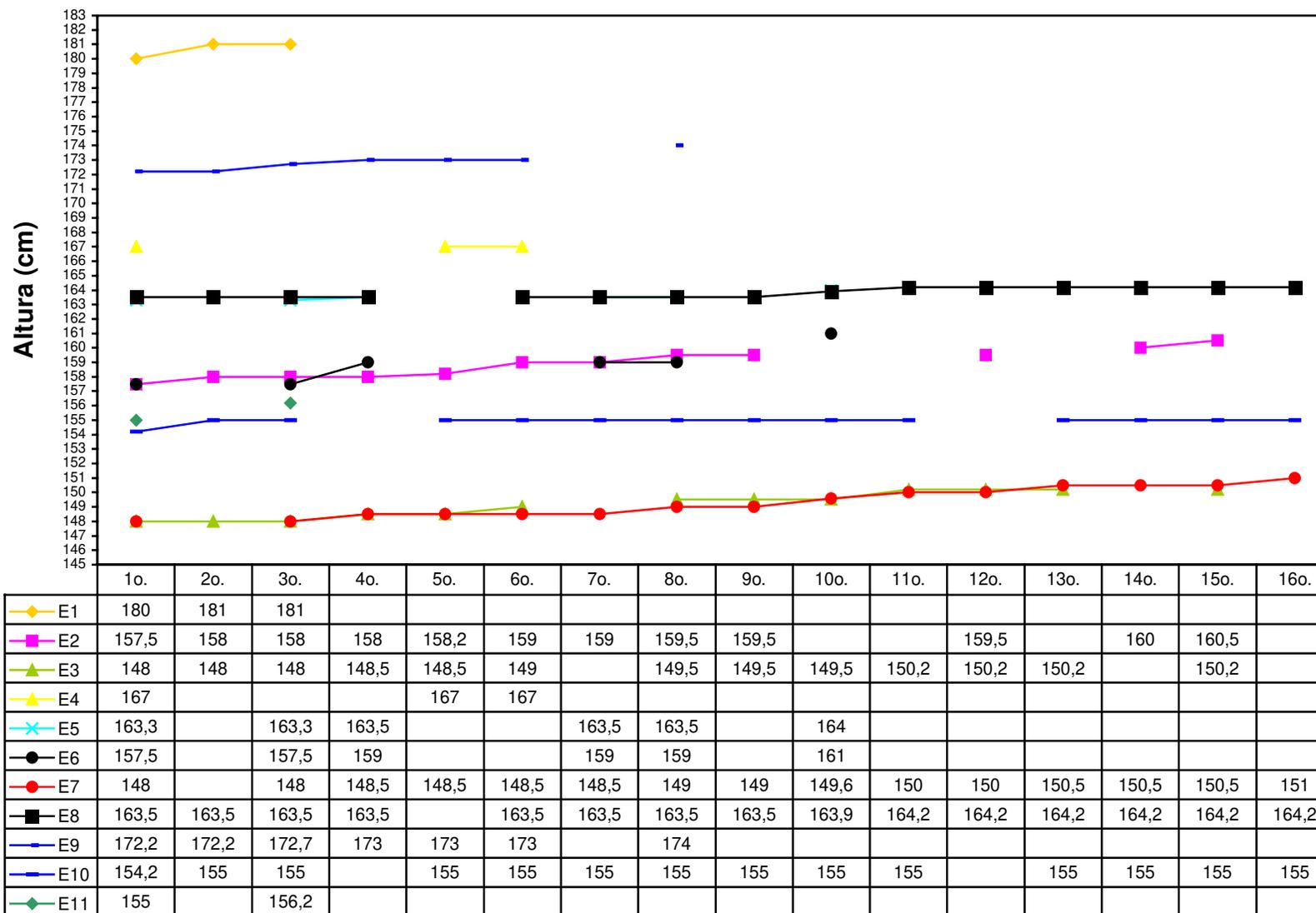
Gráfico 1. Evolução de peso dos adolescentes em atendimento coletivo



**Gráfico 2.** Evolução de peso dos adolescentes em atendimento individual

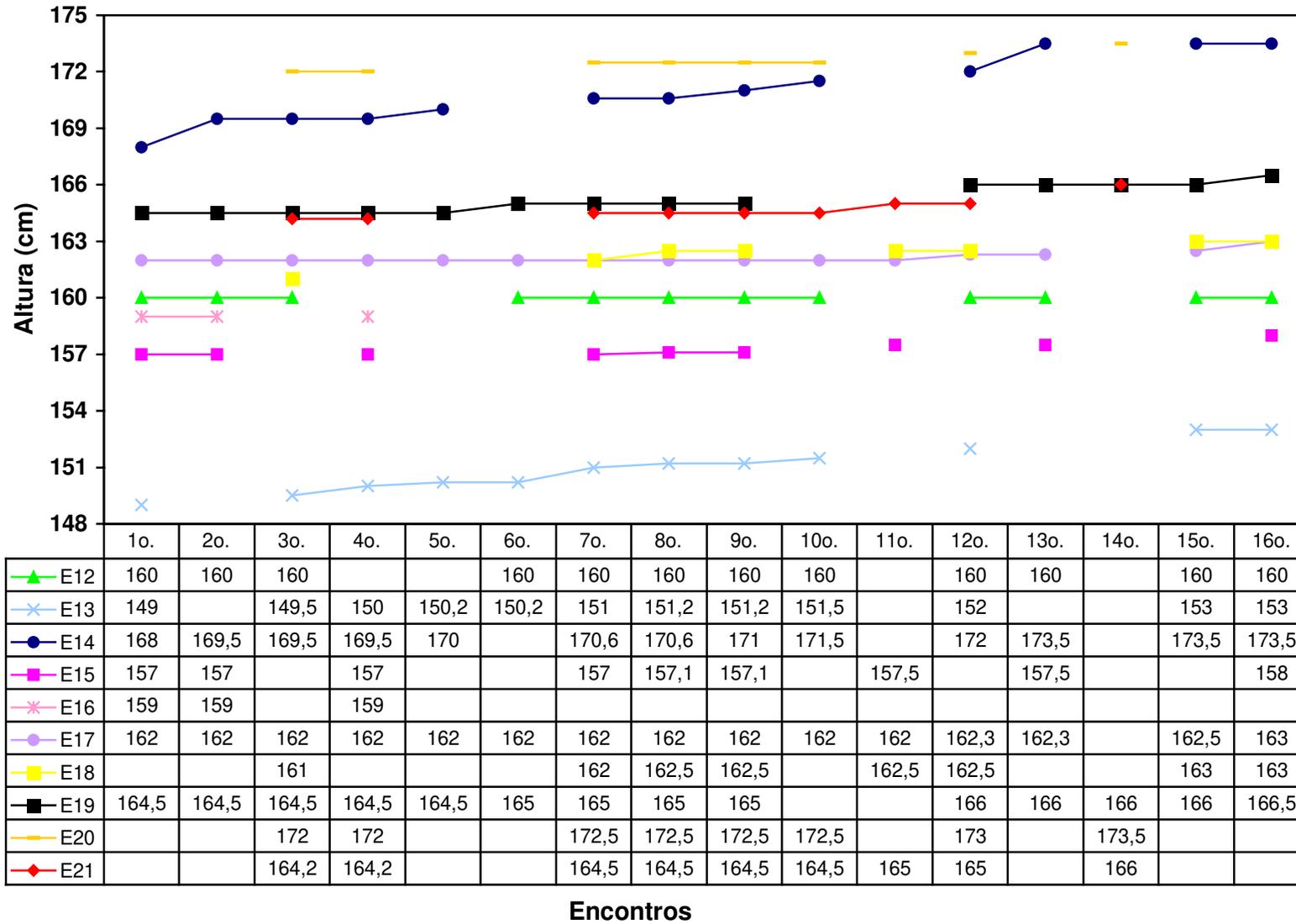


**Gráfico 3. Evolução da altura dos adolescentes em atendimento coletivo**

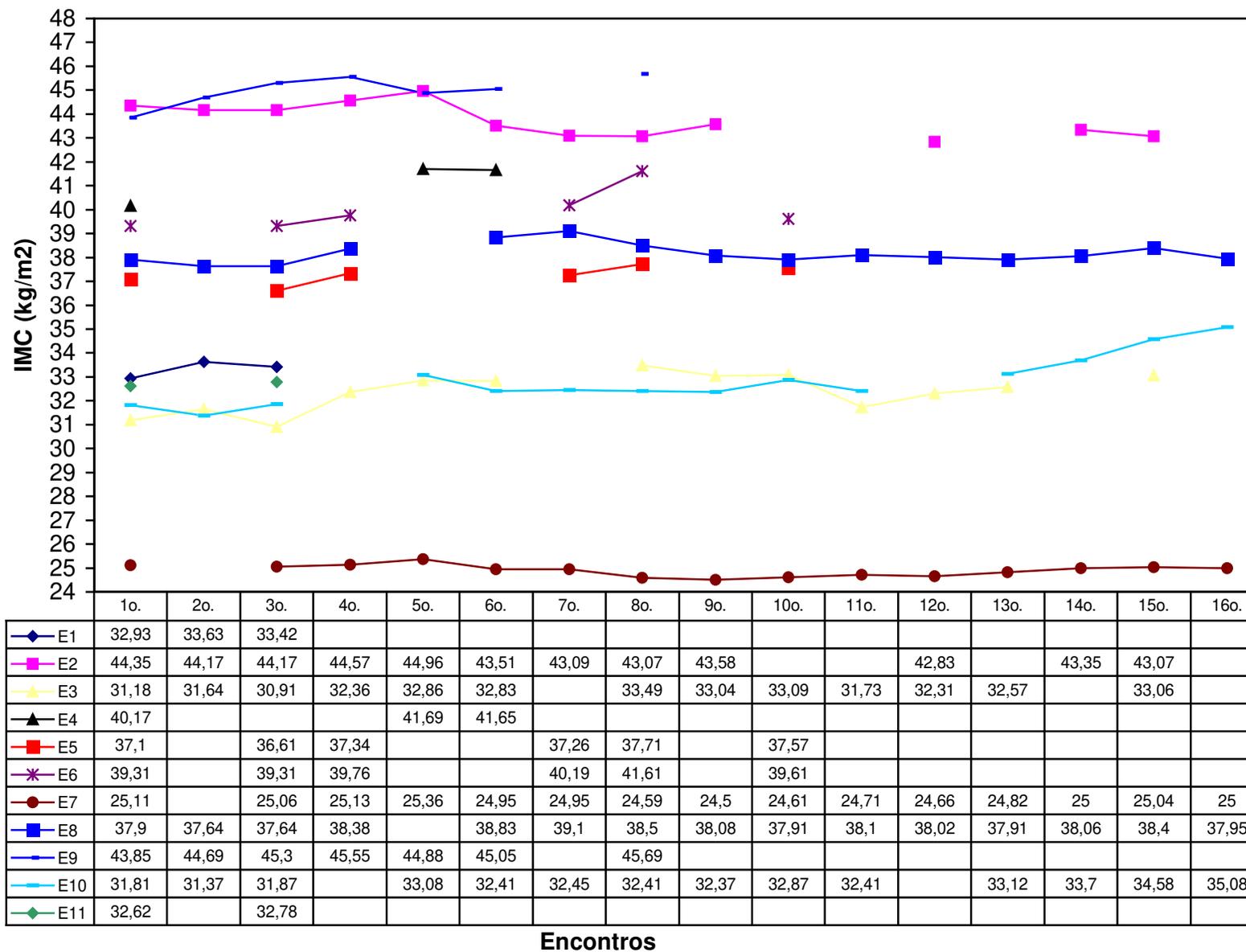


**Encontros**

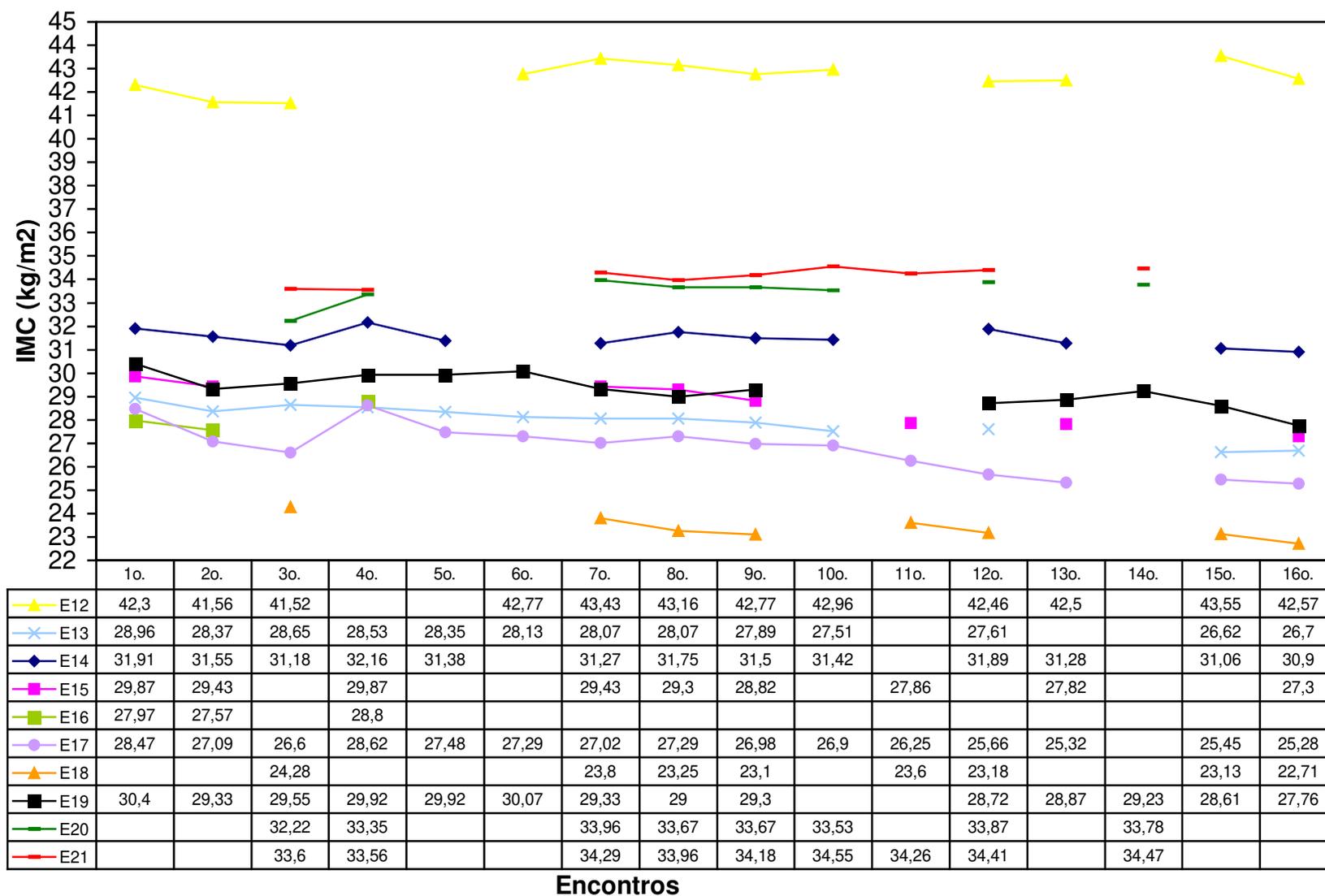
**Gráfico 4. Evolução da altura dos adolescentes em atendimento individual**



**Gráfico 5.** Evolução do Índice de Massa Corporal (IMC) dos adolescentes em atendimento coletivo



**Gráfico 6.** Evolução do Índice de Massa Corporal (IMC) dos adolescentes em atendimento individual



Com base nos resultados referentes às medidas antropométricas, observou-se que os adolescentes em atendimento coletivo não apresentaram redução ponderal importante, sendo que 40,0% (dois adolescentes) emagreceram, porém, mantendo-se ainda no percentil 95. Houve aumento no Índice de Massa Corporal em 60,0% (três adolescentes) desse grupo. Na observação dos adolescentes em atendimento individual, 66,6% (seis adolescentes) emagreceram, notando-se aumento de peso em 33,3% (três adolescentes).

Como já foi mencionado anteriormente, os adolescentes que procuraram o grupo espontaneamente foram encaminhados para o atendimento individual em função de suas possibilidades quanto ao horário e dia para os encontros. O abandono foi maior no atendimento em grupo, sendo avaliado em 54,54% (seis adolescentes) o que pode ser considerado como um fator desestimulante àqueles que permaneceram, pois o abandono certamente prejudicou a dinâmica do grupo e pode ser um fator explicativo para a não redução de peso. Essa ausência deveu-se, em grande parte, aos problemas pessoais de cada adolescente e/ou família, e que afetaram sobremaneira a evolução do grupo. Na compreensão do grupo, as razões que determinaram o abandono não eram analisadas em sua natureza, mas como ausências prejudiciais ao mesmo, tornando-se, assim, um problema interno para a dinâmica grupal. Da mesma forma, no atendimento individual, foi constatado um abandono, porém menor, avaliado em 18,18% (dois adolescentes), lembrando que as presenças e as ausências dos participantes não interferiram nesse resultado, pois eram atendidos separadamente.

O percentual de abandono e de redução ponderal foram analisados considerando-se a frequência mínima de 75%, ou seja, a participação dos adolescentes nos programas, por no mínimo, até o 12º encontro.

A existência de uma oscilação de peso no decorrer do programa, assim como o seu aumento considerável no atendimento coletivo, induz a alguns questionamentos sobre esses resultados.

A ausência de acolhimento e de amparo direcionados a esses adolescentes em seu meio social, referentes ao incentivo a determinados comportamentos e atitudes relacionados ao comer, provavelmente tenha feito emergir sentimentos que potencializaram seus problemas alimentares, uma vez que esperavam apoio familiar, não só no campo psicológico, mas também enquanto participante da mesma adesão à qual o adolescente se propunha a realizar.

A fase da adolescência é considerada como rebelde, por sua própria natureza. Porém, Paulo Freire (FUNDAÇÃO..., 2003) ressalta que “os adultos deveriam compreender melhor que a rebeldia faz parte do processo de autonomia. Não é possível ser sem rebeldia. O grande problema é como amorosamente dar sentido produtivo, criador ao rebelde, e não acabar com a rebeldia”. Respalhada nessa condição, a pesquisadora julga uma incoerência avaliar que o adolescente, no seu impulso de rebelar-se, seja incapaz de interagir com posições contrárias a ele, desde que seja compreendido na sua universalidade. Essa fase não se consolidará, portanto, como fator impeditivo para a problematização, desde que os profissionais de saúde e a estrutura familiar certifiquem-se de que o ambiente que abriga o adolescente - e suas questões singulares - seja adequadamente acolhedor.

É possível que as técnicas utilizadas nas dinâmicas com os adolescentes tenham possibilitado a manifestação de problemas que recebem pouca atenção na própria família, no grupo social ou mesmo com os profissionais de saúde. É provável, ainda, que essas técnicas tenham apresentado um grau de complexidade para os adolescentes em experiência com modelos normativos de educação que não guardam valores socioculturais.

O oferecimento de uma estratégia problematizadora do comportamento alimentar - e a recusa da pesquisadora em oferecer dietas padronizadas - pode não ter atingido a expectativa desses adolescentes em relação ao tratamento. Embora os adolescentes façam críticas a esse modelo hegemônico existente na sociedade, que não responde globalmente às questões inerentes à obesidade e

seus multifatores, parece haver uma resistência por parte dos mesmos em aceitar um novo modelo, que os coloque em condição autônoma.

Outra questão a ser pensada, que possivelmente dificultou o emagrecimento, é o grau diferenciado de Índice de Massa Corporal desses adolescentes, que pode ter representado um fator desestimulador entre aqueles com maior ou menor grau de obesidade.

É provável que o atendimento individual exponha em menor grau o adolescente obeso, mas é importante mencionar que o aumento de peso ocorrido nesse grupo foi verificado em adolescentes com Índice de Massa Corporal relativamente mais elevado. Notavelmente, os adolescentes que obtiveram êxito em relação ao peso problematizaram questões mais inerentes à alimentação, enquanto a problematização de fatores sociais e afetivos esteve mais fortemente associada aos adolescentes com maior grau de obesidade, que efetivaram mudanças qualitativas, porém, não refletidas no peso corporal.

A mudança de práticas alimentares foi verificada em ambos os grupos. No atendimento individual, entretanto, as atitudes em relação à alimentação eram conducentes ao emagrecimento, ainda que o estigma da obesidade e o desamparo da família estivessem presentes. As mudanças das práticas alimentares referidas pelos adolescentes no atendimento coletivo não chegaram a efetivar-se enquanto redução de peso; no entanto, é indispensável a consideração dos aspectos psicológicos evidenciados mais fortemente nesse grupo. É possível que o próprio movimento grupal tenha feito com que essas questões emergissem de forma essencial, e, por isso, a problematização das práticas alimentares manteve-se reservada aos comentários marginais ou a um interesse secundário.

“Uma das condições necessárias para que nos tornemos um intelectual que não teme a mudança é a percepção e a aceitação de que não há vida na imobilidade. De que não há progresso na estagnação.

De que, se sou, na verdade, social e politicamente responsável, não posso me acomodar às estruturas injustas da sociedade...

Ninguém nasce feito. Vamos nos fazendo aos poucos na prática social de que tomamos parte.”

(Paulo Freire)



A escolha do método qualitativo para a realização desse estudo contribuiu para a ampliação da compreensão da pesquisadora acerca dos fatores que envolvem o comportamento alimentar dos adolescentes, e que vêm ocasionando ou mantendo a obesidade, além de dimensionar o seu olhar, contribuindo para a observação do universo adolescente, ao longo dessa intervenção. Para POLIT e HUNGLER (1995), a pesquisa qualitativa preocupa-se com os indivíduos e o ambiente que os engloba, considerando toda a sua complexidade, suas limitações ou controle impostos ao pesquisador.

A coleta das narrativas permitiu à pesquisadora perceber e entender a subjetividade dos adolescentes, e a estes oportunizou a exploração dos comportamentos ligados ao comer - exploração esta inexistente ou pouco estimulada em atendimentos anteriores ao proposto aqui. Observou-se, então, nas manifestações verbais e não-verbais dos adolescentes, a existência de uma relação de ajuda fragilizada que os vem acompanhando na busca por atendimento para o enfrentamento desse problema.

É importante ressaltar que não é apenas na pesquisa qualitativa que a interação estreita entre sujeito estudado e pesquisador faz-se necessária, mas, primordialmente, na atuação profissional deste mesmo pesquisador, que se embrenha no estudo qualitativo para compreender os fenômenos que tecem a subjetividade dos indivíduos.

A problematização, temática que balizou esse estudo, pareceu aos adolescentes ser uma tarefa árdua, exigindo deles a necessidade de pensar, de refletir questões que até então, na concepção deles, eram atribuições exclusivas à competência do profissional, nutricionista ou médico.

A linguagem verbal e não-verbal dos adolescentes contextualizou a estrutura desse estudo, porém, a inclusão de dados quantitativos, extraídos da antropometria (peso e altura) na avaliação física, serviu para dar um eventual suporte às mudanças de comportamento alimentar. Ao se elaborar um trabalho de pesquisa qualitativa, a utilização da combinação dos dados qualitativos e quantitativos

pode ser apoiada na argumentação da complementaridade. Na visão de POLIT e HUNGLER (1995), há uma tendência para a integração dos dados qualitativos e quantitativos em um único estudo.

A pesquisadora reuniu os relatos dos atendimentos coletivos e individuais em dois cadernos, denominados 'caderno de transcrições' <sup>6</sup>, constando de 200 e 250 páginas, respectivamente. Os cadernos de transcrições foram um dos elementos que constituíram base para a análise deste estudo.

O período de oito meses para triagem e seleção dos adolescentes foi considerado extenso, e algumas dificuldades merecem ser apontadas, como a expectativa e a ansiedade daqueles que esperaram a chamada para o início do atendimento, no caso dos primeiros selecionados. A longa espera para o tratamento deveu-se a questões de caráter institucional. Por estar trabalhando em um hospital e, em consideração a todos os critérios de exclusão da pesquisa, a pesquisadora defrontou-se com um número limitado de adolescentes portadores apenas de obesidade e, quando este era selecionado, o grau de sua obesidade era maior em relação aos adolescentes encaminhados pelo centro de saúde. Consta-se, portanto, que a procura maior pelo atendimento ambulatorial no hospital, observada durante a triagem, foi de adolescentes já com complicações, biológicas ou psicológicas.

Algumas notas devem ser feitas em relação ao local onde foi desenvolvido o estudo, a fim de melhorar o atendimento aos indivíduos que buscam atenção à saúde. Ao se trabalhar com adolescentes, deve-se atentar para um espaço que estimule a ludicidade, a descontração, a expressão corporal, mesmo oral - esta entendida como tom de voz, risos, músicas -, entre outros elementos que compõem as fases de um aconselhamento efetivo para que o indivíduo possa se comportar como o adolescente que é.

---

<sup>6</sup> Terminologia adotada por BOOG (1996) em seu estudo de doutoramento: Educação nutricional em Serviços Públicos de Saúde: busca de espaço para ação efetiva.

O local disponibilizado, característico de atendimento médico, refreou a construção de idéias no adolescente, e induziu, algumas vezes, a pesquisadora a adotar uma postura mais repressora. Tal condição é desfavorável ao adolescente para ser sujeito de sua ação no desenvolvimento do pensamento crítico, uma vez que o ambiente hospitalar pode gerar barreiras ao método da problematização. Quando se trata de educação nutricional, essencialmente quando se visa a problematização e reflexão sobre o comer, deve-se pensar na ambiência favorecida ao grupo.

ISSELMANN et al. (1993) recomendam aos profissionais que, ao aconselharem, assegurem-se de que exista um espaço e ambiente apropriados, que garantam privacidade e o mínimo de conforto. Considera BALLESTERO-ALVAREZ (1999) que o ambiente físico deve oferecer adequação em tamanho, iluminação e ventilação, para acomodação confortável do grupo e instrumentos utilizados nas dinâmicas, além de respeitar os movimentos das pessoas do grupo, assim como do coordenador.

Nesse sentido, a pesquisadora considera ginásios, centros comunitários, mesmo centros de saúde providos de acomodação para grupos, os locais desejáveis para o trabalho de educação nutricional com adolescentes obesos.

Optou-se pelo trabalho de oito meses com os adolescentes por pretender o estabelecimento primeiro de vínculo, de confiança e envolvimento dos adolescentes, para que participassem da pesquisa, em atendimento coletivo ou individual. Os trabalhos de educação em saúde que envolvem adolescentes, podem, se não conduzidos por um período extenso e constante, ser fadados à falta de êxito.

Alguns aspectos relevantes devem ser trazidos para o âmbito dessa discussão, relativos ao contexto do comportamento alimentar dos adolescentes. O conhecimento desses e das angústias que permeiam suas vidas pode sustentar a idéia da necessidade de inserção de um novo paradigma<sup>7</sup> na atuação do profis-

---

<sup>7</sup> Segundo Morin (2001b, p. 262), a natureza de um paradigma pode ser definida como: “*1. A promoção/seleção das categorias – mestras da inteligibilidade.* Assim, a Ordem, nas concepções deterministas, a

sional de saúde que presta cuidados aos adolescentes em tratamento para a obesidade.

Os resultados confirmaram que o comer está estreitamente ligado a práticas e normas explicadas por um conjunto de representações identificadas nas orientações dietéticas restritivas, na cultura alimentar e no discurso publicitário. Essa pesquisa também trouxe outros resultados em relação ao comer, dimensionados nos conflitos que pertencem à vida do adolescente - resultados estes pouco identificados ou aventados em outras pesquisas.

É importante mencionar que os adolescentes atribuem à obesidade um fator causal - qual seja, após tratamento de patologias por uso de soro ou medicamentos, amigdalectomia, menarca, episódios familiares (como o divórcio dos pais), e, o mais comumente referido, a ocorrência da obesidade desde a infância, sem um fator determinante específico. Porém, nenhum relato referiu o comportamento alimentar como desencadeador do excesso de peso.

No levantamento bibliográfico, observou-se a existência de duas vertentes, sendo uma delas os estudos balizados pela epidemiologia e enfoque clínico da obesidade na adolescência (SAWAYA et al., 1997; SICHIERI, 1998; GAMA, 1999; DOAK et al., 2000; HANLEY et al., 2000; ONIS e BLÖSSNER, 2000), e a outra, sob o enfoque nos aspectos subjetivos do comportamento alimentar dos indivíduos, e/ou das estratégias para a compreensão da subjetividade do cuidar (HACKNEY e NYE, 1977; HOLLI e CALABRESE, 1986; PATTERSON e EISEN-

---

Matéria, nas concepções materialistas, o Espírito, nas concepções espiritualistas, a Estrutura, nas concepções estruturalistas, etc., são os conceitos-mestres selecionados/selecionadores que excluem ou subordinam os conceitos antinômicos a eles (a desordem, o acaso, o espírito, a matéria, o acontecimento). Assim, o nível paradigmático é do princípio de seleção/rejeição das idéias que serão integradas no discurso ou na teoria ou descartadas e recusadas. 2. *A determinação das operações lógicas mestras.* Como acabamos de ver, o paradigma simplificador relativo à Ordem ou ao Homem procede por disjunção e exclusão (da desordem quanto à Ordem, da natureza quanto ao Homem). Em função desse aspecto, o paradigma parece depender da lógica (exclusão-inclusão, disjunção-conjunção, implicação-negação). Mas, em realidade, esconde-se sob a lógica e seleciona as operações lógicas que se tornam, ao mesmo tempo, preponderantes, pertinentes e evidentes sob o seu império. É ele que prescreve a utilização cognitiva da disjunção ou da conjunção. É ele que privilegia certas operações lógicas em detrimento de outras. É ele que dá validade e universalidade à lógica que elegeu. Por isso mesmo, dá aos discursos e teorias que controla as características da necessidade e da verdade. Através da prescrição e da proscrição, o paradigma fundamenta o axioma e exprime-se como axioma (“Todo

BERG, 1988; WEIL e TAMPKOW, 1996; BOOG, 1998; BOOG, 1999; GARCIA, 1999; MÜLLER, 1999; MOTTA, 2001).

Constatou-se, através dos relatos dos adolescentes, que estes, quando receberam orientações para prática de dietas restritivas advindas de outros tratamentos, ou quando observaram as práticas também limitadas de seus familiares em busca do emagrecimento drástico, manifestaram representações sobre o comer que englobam “fazer regime”, “comer certo”, “tirar refeições”, e também a falta de conhecimento sobre nutrição pertinente a aspectos poucos discutidos entre profissional e cliente, como a associação de alimentos, que causam dúvidas e conflitos na família. Esses comportamentos em relação à alimentação entraram, algumas vezes, em dissonância com a orientação alimentar oferecida no programa.

Os adolescentes apresentaram algum conhecimento sobre nutrição quando mencionaram alimentos normalmente referidos por profissionais, pelo grupo social ou pela mídia, na intenção de uma “alimentação saudável”. Vários estudos têm comprovado o conhecimento parcial do adolescente sobre qual alimento comer para atingir o emagrecimento (SCHILLER et al., 1998; KEARNEY e McELHONE, 1999; MÜLLER, 1999). Os adolescentes, na concepção da pesquisadora, por prestarem obediência às regras impostas pelos profissionais, grupos sociais ou mídia, podem ser comparados a organismos compartimentados, nos quais existem nichos para cada orientação dietética recebida, o que lhes causa distorção do comportamento alimentar e compreensão reduzida da relação que eles têm com o alimento. Só o conhecimento técnico sobre nutrição não contextualiza a prática alimentar do adolescente, e, conseqüentemente, este se frustra frente ao resultado ineficaz.

Houve, no entanto, questionamentos e dúvidas dos adolescentes em relação à associação dos alimentos, e alguns pensamentos refletem-se em práticas, como no exemplo de que “não pode tomar líquido junto com a refeição”. Isso

---

fenômeno natural obedece ao determinismo”, “todo fenômeno propriamente humano define-se como sobrena-

sugere que as informações normalmente transmitidas estão aquém dos esclarecimentos sobre nutrição que os adolescentes desejam. Deve-se mencionar, entretanto, que questões como essa surgiram de um ambiente permissivo para a problematização.

Ter conhecimento sobre alimentação saudável não resulta em mudanças de comportamento alimentar, como mencionado pelo adolescente que já havia sido orientado antes de iniciar no programa: “que tem que fazer exercícios, tem que comer verdura,...” , e esta não adesão ao tratamento já foi observada em outros estudos (GARCIA, 1999; MÜLLER, 1999).

FISBERG et al. (2000) alertam para alguns fatores de risco no contexto da saúde do adolescente, como conflitos familiares e comportamento alimentar inadequado. É necessário que os profissionais de saúde se inclinem para a investigação dos fatores que desencadeiam os conflitos familiares e alimentares, assim como para a compreensão e a análise, em conjunto com o cliente, dos componentes envolvidos.

BARKER et al. (2000) salientam que existe uma lacuna entre hábitos alimentares (aqui entendido como práticas alimentares) e comportamento alimentar, isto é, há uma escassa compreensão sobre como um influencia o outro no contexto e estilo de vida do adolescente. Alguns autores são incisivos ao salientar a necessidade de pesquisas que se aprofundem na exploração de questões para a descoberta de estratégias de enfrentamento dos problemas alimentares (BOOG, 1996; HAUCHECORNE et al., 1994).

A conduta do profissional de saúde, em relação às práticas alimentares dos adolescentes, abarca a prescrição dietética dotada de restrições alimentares, sem a atenção devida à complexidade do comportamento alimentar, ou seja, o adolescente é tratado dentro de um enfoque específico e fragmentado. Quando a mãe de um adolescente resgatou a lembrança da atenção médica deficitária dirigida ao caso do filho, por não ter tido “o trabalho de pegar a pasta e ler o problematiza-  
tural”, etc.)”.

ma”, demonstra uma carência ou fragilidade no vínculo estabelecido entre paciente e profissional. MÜLLER (1999) reforça que uma relação “médico-adolescente-família” adquire bases sólidas somente quando o profissional contempla globalmente a história de vida e a individualidade do sujeito, sendo isto possível através da prática da escuta.

As ciências apresentam-se ainda fragmentadas, e, assim, o ser humano é considerado apenas a parte de um todo. A condição humana é maior, e isso demanda uma religação entre as várias partes para a compreensão da complexidade humana, respeitando assim sua existência. Nessa visão, MORIN (2001a, p. 47) reforça que “conhecer o humano é, antes de mais nada, situá-lo no universo, e não separá-lo dele”. Essa fragilidade do saber dos profissionais de saúde causa no adolescente um sentimento desagradável em relação ao comer ou a determinado alimento, e orientações que instruem “que tem que fazer exercícios”, “que não pode comer tal coisa”, “que isto você não pode comer”, colaboram para uma dissonância com a orientação nutricional contida em um contexto educativo.

A obesidade é considerada então, pelos adolescentes, um problema insolúvel, por sentirem-se pressionados e obrigados a realizar determinadas práticas impostas e infactíveis. Quando são orientados pela vertente positivista e opressora, impondo que “tem que fazer regime”, distanciam-se do tratamento dizendo: “eu fui lá e eles deram um regime; aí eu não voltei mais”. As orientações médicas, com vistas à mudança dietética para um resultado específico, pouco contribuem para que o adolescente compreenda as estruturas existentes na sociedade, que conformam os padrões de comportamento alimentar. MOTTA (2001) também constatou, trabalhando com diabéticos, orientações médicas inadequadas, restritivas e opressivas, as quais contribuem para a formação de barreiras, dificultando a adoção de comportamentos de saúde adequados.

EVANS e HALL (1978) referem-se ao ‘modelo médico’ como uma abordagem que coloca o indivíduo dependente das ações do profissional, e salientam que a ‘aliança terapêutica’, entendida como vínculo profissional-cliente, contribui para o envolvimento de ambos, do início ao fim do tratamento. Os autores ainda

afirmam que profissionais de saúde que não trabalham a mudança de comportamento alimentar sob a égide da 'aliança terapêutica' estão apoiados no chamado 'modelo médico'. GILBOY (1994) lembra as barreiras - entre elas, falta de tempo e habilidade - referidas pelos médicos na realização da prática de aconselhamento dietético. SOARES (2001) traz sua contribuição mostrando, a partir de pesquisa de avaliação do conhecimento sobre nutrição entre médicos residentes de cirurgia, que estes aprenderam essa ciência de forma fragmentada e superficial.

Uma postura que enfraqueça o vínculo cliente-profissional faz com que o adolescente construa uma figura de autoridade em relação ao médico, uma pessoa a quem ele deve obrigações, levando a um comportamento submisso, porém, resistente ("nem sempre fazia o que ele dizia").

Uma das mais conflituosas conseqüências que o adolescente carrega é a relação com o alimento, quando este passa a simbolizar sua obesidade. Em decorrência dessa condição, falas como "o que eu posso comer" são normalmente identificados no comportamento alimentar do adolescente quando este se relaciona com profissionais de saúde. Essa configuração desrespeita o padrão alimentar - e, conseqüentemente, a necessidade de permissão para comer torna-se vultosa. MÜLLER (1999) salienta que a busca por ajuda profissional pode indicar a necessidade do profissional ter a habilidade de "ajudá-los a pensar".

Para ampliar o significado dessa relação, faz-se necessário trazer o pensamento de FREIRE (2000a, p. 42) em relação ao educador e suas atribuições, pois "a grande tarefa do sujeito que pensa certo não é transferir, depositar, oferecer, doar ao outro, tomando como paciente de seu pensar, a inteligibilidade das coisas, dos fatos, dos conceitos". Pensar certo, na concepção de Paulo Freire, é um ato comunicante que não pode ser isolado nem desgarrado do fazer, exigindo aceitação do novo, rejeição de qualquer forma de discriminação, e disponibilidade ao risco.

Essa reflexão faz ligação com o pensamento de Edgar Morin que, referindo-se à ética da compreensão, cita o 'bem pensar', que significa o meio pelo

qual é possível apreender em conjunto o ser e o seu meio ambiente, o texto e o contexto, o local e o global, ou seja, as condições do comportamento humano com sua objetividade e subjetividade entendidas igualmente (MORIN, 2001a).

A maneira natural como os adolescentes se portaram e o sentimento de prazer em comer (sem culpa) alimentos oferecidos nas dinâmicas de degustação foram revelados a partir de um enfoque sociocultural, empregado na prática educativa da pesquisadora. Isso revela que um dos grandes desafios para os profissionais de saúde é afastar a prática de abstinência alimentar como estratégia para o tratamento da obesidade. Em relação a esse aspecto, BOOG (1999), trabalhando com grupos de diabéticos, constatou que vivências afetivas com alimentos proporcionam sensibilização. A vivência afetiva com alimentos permite integrar representação e sensações de textura, odor, visão, sons e sabores, despertando os indivíduos para a mobilização efetiva no comportamento alimentar.

É importante ressaltar que a vivência afetiva com alimentos não se resume à mera degustação, uma vez que os aspectos afetivos são resgatados e integrados a essa vivência. Por isso, ela se constitui em técnica adequada à problematização, pois os indivíduos alcançam, por seu intermédio, a compreensão de obstáculos para um comportamento alimentar mais livre e espontâneo. Como refere Freire, é pelo conhecimento crítico dos obstáculos que se chega à conscientização (FREIRE, 2000a).

A doença, quando requer cuidado alimentar, pode tanto induzir a uma consciência fanática, mobilizando para a condição de 'estar de dieta', como, de modo contrário, pode desenvolver o pensamento crítico do adolescente. Tais condições serão decorrentes do tipo de relação existente entre profissional de saúde e cliente. MOTTA (2001, p. 12) esclarece que "a expressão 'fazer dieta' tem um caráter restritivo, proibitivo, que interfere negativamente na adesão dos indivíduos à alimentação adequada".

O nutricionista, além de suas atribuições técnicas, tem, como uma das tarefas mais importantes em sua prática, proporcionar condições para que o ado-

lescente estabeleça uma relação prazerosa com o alimento. BARKER et al. (2000) reforçam que a aplicação de técnicas, conceitos e conhecimentos no tratamento da obesidade infantil não garantem sucesso permanente. Sem um ambiente que propicie a problematização, não poderá haver reflexão e conscientização para o alcance conseqüente da mudança de comportamento alimentar, e a ênfase na construção para produção de reflexão deve ser dada inicialmente pelos profissionais de saúde.

Retornando às práticas alimentares, foram apontadas, pelos adolescentes, a realização de dietas restritivas e o uso de produtos para fins especiais, por si e pelos familiares, visando o emagrecimento acelerado. Nesse sentido, NEUMARK-SZTAINER et al. (1999) apontam em sua pesquisa o poder de influência que a mídia e outros fatores possuem sobre as escolhas e o comportamento alimentar. Embora fiquem sugestionados pela publicidade, os adolescentes podem, através de outra visão, rejeitar as imposições reducionistas para o emagrecimento - condição observada neste relato do adolescente: “minha mãe tá tomando remédio, tá fazendo regime do carboidrato, tá tomando herbalife... eu falei que não ia tomar não”. A problematização dos adolescentes estendeu-se aos diversos campos da alimentação, e sentir o ambiente no qual estão inseridos é um exercício essencial para o conhecimento e compreensão dos problemas alimentares para o desenvolvimento da conscientização. Nessa esfera, FREIRE (1999, p. 47) ressalta que “o educando se reconhece conhecendo os objetos, descobrindo que é capaz de conhecer”, transformando-se, nas palavras do autor, em um significador crítico. Quando o adolescente atinge essa conscientização, torna-se um significador crítico das práticas alimentares da família, reforçando, assim, a necessidade de um trabalho de educação nutricional familiar.

A pesquisadora observou que os adolescentes e os pais que acompanharam seus filhos no programa sentiam-se seduzidos pela mundialização da cultura alimentar, ao mesmo tempo em que lutavam contra a obesidade - e, nesse sentido, podiam caminhar por vias contrárias, quais sejam: incorporar ainda mais o consumo de produtos - agora dietéticos - para fins especiais, ou oferecer resistên-

cia à aquisição de alimentos antes consumidos, excessiva ou moderadamente. Essas atitudes são realizadas para o alcance de um padrão de beleza promovido pela publicidade, ou mesmo por influência de profissionais de saúde e grupos sociais que consideram o emagrecimento acelerado uma estratégia benéfica na solução da obesidade.

É sabido que a sociedade moderna impõe valores para transformar o comportamento alimentar dos indivíduos, com a intenção de fixar novos padrões alimentares (STRASBURGER, 1999; TONIAL, 2001), os quais desintegram as tradições transferidas por gerações. Os problemas alimentares podem ter início nessa concepção de cultura alimentar instituída pela mídia, na ilusão do preenchimento de necessidades afetivas através de produtos. Para BOOG (1998), “a mídia não preenche o espaço do encontro humano, do diálogo, do sentido da vida, ela pressupõe preencher, através do consumo, o vazio de uma vida sem sentido”.

O deslumbramento cada vez mais exacerbado com a possibilidade da redução ponderal drástica pode gerar conflitos alimentares derivados deste próprio comportamento. Pesquisas mostram que restrições alimentares colocam o indivíduo como vítima de uma condição que traz conseqüências como a hiperfagia ou a fartura alimentar irrazoável, o que naturalmente sustentará a indesejada obesidade (HERSCOVICI, 1997; HETHERINGTON et al., 2000). DUCHESNE (1998) ressalta que dietas restritivas geram distorções de idéias, e, para tanto, reforça a necessidade de questionamentos que estimulem os adolescentes a pensar sobre esses comportamentos e lógicas em relação ao ato de comer.

Neste estudo, a problematização dos adolescentes sobre as práticas alimentares - entre elas, as dietas restritivas realizadas anteriormente - adotadas por eles, pelos familiares ou pelo grupo social, possibilitou-lhes a ampliação da compreensão dos fatos que resultam ou são resultantes desse comportamento alimentar. Essa reflexão revelou uma postura exigente e difícil para o adolescente, tendo em vista os padrões de tratamento aceitos pela sociedade, ainda que estes não respondam satisfatoriamente às suas necessidades.

Por outro lado, pode ocorrer a omissão de refeições, prática comum observada neste estudo, coadunando, assim, pensamentos em favor do emagrecimento rigoroso. A refeição excluída mais referida foi o desjejum, e, conforme os resultados de pesquisas de vários autores, esse comportamento entre os adolescentes merece a atenção dos profissionais de saúde (SERDULA et al., 1993; FONSECA et al., 1998; POLLITT et al., 1998; VERA NORIEGA, 2000).

A frequência com que isso ocorre causa preocupação, e o estímulo à reincorporação destas refeições é tarefa do profissional que, de acordo mútuo com o cliente, busca a problematização para o enfrentamento e desenvolvimento de estratégias em busca de um novo sentido para o ato de comer. Nesse aspecto, autores vêm reforçar que o conselheiro, aqui entendido como o profissional, deverá centrar sua tarefa no encorajamento do cliente para relatar mais sobre seus problemas, e os trabalhos sobre aconselhamento dietético têm contribuído favoravelmente nessa direção (ORKOW e ROSS, 1975; BAKX et al., 1997; GILBOY, 1994).

Uma justificativa importante dos adolescentes que excluía o desjejum de suas refeições estava relacionada ao comportamento alimentar da família, como observado no relato de uma mãe: “Eu falei pra ele, eu cortei o pão. Antes era difícil, sentia fome, tomava café, e lá pelas dez horas eu já tava com fome. Mas hoje eu já estou acostumada só com um cafezinho”. Percebe-se, então, que o comportamento alimentar dessa mãe influencia a alimentação do filho, e que este é dependente em todas as circunstâncias de sua convivência na família, fato observado através de sua história de vida durante seu percurso no programa.

A existência de conflitos na família provavelmente acarreta prejuízos na relação que o adolescente tem com o alimento. O assunto é reforçado por autores que atribuem distúrbios alimentares às falhas nas estruturas da relação mãe-filho (PIZINATTO, 1992; NÓBREGA e CAMPOS, 1996).

A família pode causar ansiedade no adolescente quando se mostra excessivamente rigorosa em relação à mudança de comportamento alimentar, ou

ainda quando se revela resistente ao diálogo. Os adolescentes queixaram-se da ausência de troca ou discussão de idéias, de opiniões, de conceitos, com vistas à solução de problemas alimentares e compreensão do seu comportamento alimentar.

As várias falas referentes ao núcleo familiar revelaram a importância do desenvolvimento de um trabalho de educação em saúde que contemple o adolescente junto à família - porém num processo extenso, em que o profissional seja um observador participante. LATTIMORE e BUTTERWORTH (1999) lembram que a dinâmica familiar é um dos pilares para o desenvolvimento do comportamento alimentar do adolescente, e o padrão alimentar é primeiramente formado na família elementar (FISCHLER, 1995).

DAMIANI et al. (2000) reforçam a importância da família no contexto do tratamento do adolescente obeso, recomendando que a mesma deve ser orientada para reforçar positivamente as práticas para redução de peso. A pesquisadora faz referência aos métodos de trabalho com a família, ratificando a importância do pensar certo, que no conceito de FREIRE (2000a) significa a não-transferência de conhecimento, e sim a vivência com humildade isenta de normas pré-estabelecidas, porém dotada de uma rigorosidade metódica. Mudanças de comportamento alimentar e redução de peso devem ser conseqüências de um processo reflexivo intenso, oriundo desse pensar certo, conhecendo e explorando o problema. Nesse sentido, a família deve reforçar a problematização para a mudança de comportamento alimentar, de forma que a redução de peso seja uma conseqüência desta.

LYTLE et al. (2000) afirmam o papel da família na aquisição de uma alimentação saudável, e reforçam a inclusão desta no contexto do tratamento da obesidade infantil. A família deve incentivar o adolescente a pensar na alimentação junto com os familiares. A partir de uma consonância no comportamento alimentar, os próprios adolescentes e seus familiares estarão aptos para escolhas e práticas alimentares desejáveis. A pesquisadora acredita que o comportamento

alimentar desejável para o adolescente e sua família não pode ser construído sem a prática da reflexão no contexto da educação nutricional.

A família e os adolescentes podem, em concordância, sob uma visão reducionista do problema, simplificá-lo, explicando que a obesidade advém apenas do consumo elevado de calorias e da falta de exercícios. MÜLLER (1999), em seu estudo com adolescentes obesos, verificou similaridade desse pensamento, observando também a negligência de outros fatores que poderiam explicar a obesidade. Os adolescentes em atendimento coletivo referiram grande dependência em relação à família; portanto, deve-se atentar para o fato de que o próprio movimento do grupo incitou a exploração do tema. Isso sugere a carência existente para a expressão dos comportamentos relacionados à alimentação e atitudes sociais que esbarram nesta questão.

A ausência de amparo no ambiente familiar para o diálogo informal e autêntico pode desencadear um silêncio para questões mais individuais do adolescente, como a sexualidade, que, na concepção de SAITO (2001), é um tema extremamente importante nessa fase de mudanças corporais e psicológicas. Em ambos atendimentos, a pesquisadora notou uma colocação tímida dessa questão, estando sutilmente inserida no ponto da imagem corporal. Sobre esse aspecto, AMADOR (2001) salienta que a sexualidade está atrelada ao ato de comer. A repressão da sexualidade induz a outra forma alternativa de prazer, e a mais simples é a satisfação gustativa que leva ao prazer oral. GIKOVATE (1986) explica que a função alimentar está fortemente atrelada à questão amorosa, referindo-se ao preenchimento do estômago como uma forma de subjugar o desamparo.

Os resultados mostraram também que os adolescentes se apegam à religiosidade, às vezes como fonte de apoio para mudanças a curto ou médio prazo, com resultados positivos. Esse apoio pode ter diferentes conotações. A abstenção alimentar pode ser feita sem sacrifício, quando praticada coletivamente na família e no grupo, como ocorre na quaresma.

Em outros casos ela leva ao conformismo, como na seguinte verbalização: “Dizem pra eu não ficar nervoso por ser gordo, que Deus me fez assim”.

ALVES (2002) lembra que, para algumas pessoas, a negação do corpo é entendida como uma dádiva a ser oferecida a Deus. Nesse caso, a negação da sexualidade pode ser até sublimada, tornando-se mais um obstáculo ao enfrentamento da obesidade.

Ficou evidente a necessidade do profissional estar preparado para debater essas questões que, indiscutivelmente, fazem parte do contexto do comportamento alimentar.

Na dinâmica do filme “Comer ... o fruto ou o produto?”, houve espaço para um diálogo sobre a sexualidade associada à alimentação, uma vez que o filme aborda essa temática, mas os adolescentes não expressaram seus pensamentos em relação ao assunto e, de maneira muito tímida, apenas concordavam com os comentários da pesquisadora quando esta os instigava a discorrer sobre o assunto. É preciso que profissionais atuantes na área de saúde e de alimentação atentem para esse fato e criem estratégias de atendimento que desmistifiquem questões que tocam diretamente as angústias e os medos dos adolescentes, principalmente em assuntos pertinentes à sexualidade. Angústia, ansiedade, baixa auto-estima foram verificados nos adolescentes deste estudo. Alguns autores apontam esses sentimentos no contexto da obesidade na adolescência (MÜLLER, 1999; WOROBEY, 2000).

A pesquisadora observou que os adolescentes recebem acolhimento retraído em seu grupo social, ou seja, baixa aceitação deste grupo em relação às opiniões e conceitos do universo do adolescente obeso, e entre as angústias mais referidas estava a dificuldade da vivência grupal pela diferença de constituição corporal. A facilidade que o adolescente obeso tem para inserção no grupo social não é a mesma quando comparado ao adolescente eutrófico.

Na visão de GIKOVATE (1986), ser obeso é ser tratado de modo privativo em relação à alimentação, ao vestuário. É ser alvo de piadas e apelidos desprezíveis. É ser sexualmente desinteressante, lembrando que na adolescência surgem os primeiros sinais mais representativos da sexualidade humana.

O estigma e a discriminação, sentimentos exteriorizados pelos adolescentes em ambos atendimentos, coletivo e individual, demarcaram obstáculos para efetivar mudanças no comportamento alimentar.

O sentimento de grande inquietação e medo ante o problema pode impedir que os adolescentes problematizem, e acabam aquiescendo às dietas como estratégias imediatas, supostamente solúveis para o tratamento da obesidade.

O estigma da obesidade pode proceder até mesmo da família com uma violenta carga psicológica para os adolescentes. Centralizando-se no estigma e na discriminação, profissionais de saúde devem se propor a realizar um encorajamento aos adolescentes para o rompimento de um estado no qual se calam, trazendo reflexões que transformem a realidade do adolescente rejeitado na sociedade.

É sabido o impacto que a obesidade - em especial, a mórbida - acarreta na vida cotidiana do adolescente, uma vez que está marcada por sofrimento, imagem corporal indesejada e problemas psicossociais.

Observou-se nos adolescentes em atendimento coletivo a manifestação do desconforto pelo excesso de peso devido ao fato das cadeiras na sala dos encontros não apresentarem disposição adequada para o acolhimento desejável. Os próprios adolescentes do grupo imbuíram-se de preconceitos ao analisar a aparência física de outros que apresentavam um grau de obesidade maior.

A baixa auto-estima pode induzir o adolescente a ocultar o problema, esquivando-se da problematização, e essa instabilidade emocional desencadeia, conforme referido pelos adolescentes, um estado de crise, tensões, ansiedade,

que pode configurar um esquema cíclico do comer, contribuindo assim para o fortalecimento da obesidade.

Ocorre que a obesidade em questão impele os adolescentes, independente do gênero, a viverem situações comuns. Contudo, associadas a ela surgem as marcas produzidas ou enfatizadas pela sociedade. Isso gera a exclusão do adolescente no âmbito das relações que são estabelecidas entre os adolescentes magros.

As diferentes configurações no comportamento alimentar necessitam ser avaliadas particularmente, a fim de que se possa compreender o universo de cada indivíduo em relação à sua cultura alimentar. Lembra BOOG (1996), apoiando-se em Lourau, que o comportamento alimentar é dimensionado a partir do modo de produção da sociedade, mas tem também aspectos que advém da história pessoal de cada indivíduo, e que o papel da educação nutricional é, justamente, analisá-lo dialeticamente na sua singularidade. A obesidade é considerada atualmente um problema de saúde pública, pela sua importância epidemiológica e sua indiscutível etiologia social. Entretanto, é a história pessoal dos indivíduos que explica por que alguns jovens se tornam obesos enquanto outros não. Cuidar de adolescentes obesos exige, portanto, uma visão que transcenda os reducionismos, sejam eles de cunho social ou psicológico.

A pesquisadora julga indispensável uma reflexão que contextualize novos elementos para a criação de outras formas de educação em saúde, que potencializem a problematização do comportamento alimentar. Para BOOG (1997), as iniciativas de programas de educação nutricional junto aos serviços de saúde pública são tímidas. Em atendimento ambulatorial há serviços de nutrição implantados que desenvolvem medidas educativas, porém estas nem sempre estão formalmente explicitadas e aparecem mais como coadjuvantes nos atendimentos, o que pode explicar a ausência de inovação na área.

Como esta pesquisa avaliou especialmente as narrativas dos adolescentes, é importante destacar ainda outras questões pertinentes à comunicação verbal e não-verbal.

As expressões verbais colocadas pelos participantes em relação ao comer soaram, em algumas conversas, como falas reproduzidas e não a palavra própria do adolescente ou familiar. A fala, na concepção de FREIRE (2000a), quando reproduzida, pode ser dita 'palavra alheia', palavra que é posta na boca das pessoas sem que esta tenha saído da sede de seus sentimentos. Esse conjunto de atitudes e reações do indivíduo, face ao modelo tradicional de atendimento à saúde, oprime o indivíduo na interpretação de suas experiências e realidades.

Houve, durante o percurso do programa, momentos em que os adolescentes se distanciaram do diálogo por meio do silêncio. Esta ausência de fala surgiu quando os adolescentes, em atendimento coletivo, foram estimulados a problematizar o comportamento alimentar, mas recusaram-se a isso. Contrário a essa atitude, no atendimento individual, os adolescentes que se calaram demonstraram com mais exatidão um momento de reflexão para o alcance da mudança do comportamento alimentar, e poucas vezes se observou silêncio que exprimisse recusa de tratar o assunto.

O silêncio é um dos exemplos citados por HACKNEY e NYE (1977), que pode denotar que o cliente está examinando a si próprio, que está considerando alguma direção a ser assumida, como também, que ele quer evitar o assunto. Como bem exprimem WEIL e TOMPAKOW (1996), através da linguagem corporal pode-se falar com o outro, o qual também tem muitas coisas a dizer. O corpo é, antes de tudo, um centro de informações, é uma linguagem sincera. O silêncio também é uma expressão não verbal normal do diálogo com os adolescentes, quando estes se recusam a falar por receio de que sua colocação não seja aquela que o profissional queira ouvir. Em relação a esse aspecto, o profissional deve atentar para sua postura, ou seja, avaliar a possível existência da figura de autoridade.

HACKNEY e NYE (1977) pontuam que os aconselhadores e os clientes, no processo de entrevista, transmitem e recebem mensagens verbais e não verbais continuamente, e que o aconselhador deverá estar atento à postura do cliente. De acordo com os autores, a postura do aconselhador perante o cliente reforça o aconselhamento. O aconselhador deverá sempre prestar atenção à postura que afirma seu comprometimento com o cliente, conduzindo-o a sentir segurança; ter efeitos de expressões faciais: olhar direto, meneios de cabeça e jogo dos músculos faciais para produzir rugas, olhares excêntricos, indiferença, entre outros; ter também cuidado no comportamento verbal, pois a fala do aconselhador terá efeito imediato sobre o cliente - sendo assim, o aconselhador deverá evitar com frequência o uso de diretivas: ‘Mn-Hmm’, ‘Hum-Hum’, ‘sim’, ‘eu entendo’, etc, pois esses estímulos verbais podem produzir um diálogo sem conteúdo, que tem resultados negativos.

O atendimento de caráter problematizador fez emergir o silêncio no diálogo com alguns adolescentes, significando reflexão - ora problematizando seu comportamento, ora refletindo a necessidade de pensar e conhecer para problematizar.

Aconselhar, no campo da alimentação, torna-se possível e imperativo diante de duas realidades: primeira, a necessidade da recusa de modelos dogmáticos, padronizados, lacônicos, pautados sobretudo em restrições e normas que pressupõem um comportamento heterônomo do cliente; segunda, a perspectiva de se inserir as ações de educação em nutrição em um processo que se comprometa com a compreensão da condição humana.

A temática da condição humana foi muito bem analisada por MORIN (2001a), para quem o ser humano está dimensionado a um só tempo ao campo físico, biológico, psíquico, cultural, social e histórico; portanto, a condição humana, segundo o autor, deveria ser o objeto fundamental de todo o ensino.

O profissional precisa estar a caminho da humanização das relações entre os homens, e será aprendendo “em conjunto, o texto e o contexto, o ser e o

seu meio ambiente, o local e o global, o multidimensional, em suma, o complexo, isto é, as condições do comportamento humano (MORIN, 2001a, p. 100). Este 'bem pensar' de Morin pode ser aplicado a toda prática profissional, inclusive no campo da nutrição, buscando-se ampliar a compreensão humana intersubjetiva e objetiva, aqui entendida como intelectual, entre educador/educando ou profissional/cliente.

Esse posicionamento se identifica com a pedagogia da autonomia ou libertadora de FREIRE (2000a), a qual enfatiza os aspectos inerentes da realidade de vida do educando, no diálogo entre educador e educando, e na submissão da ciência e da técnica às necessidades tais quais sentidas e percebidas pelos homens.

BOOG (1998) ressalta a formação dos valores e a contemplação do prazer e da liberdade no contexto da educação nutricional. O conhecimento técnico pode fundamentar a prática, porém, a compreensão da subjetividade humana e dos valores agregados devem ser considerados no atendimento ao indivíduo que busca atenção para o tratamento de sua doença.

Se pensar, disponibilizar atenção e mostrar interesse e preocupação são metas do aconselhamento na educação nutricional, pode-se afirmar que educar no campo na nutrição é cuidar, e o cuidar também é atribuição do nutricionista. Para HAUCHECORNE et al. (1994) a intervenção do nutricionista faz a diferença na atenção à saúde, contribuindo para o bem estar físico e psicossocial dos clientes. A esse aspecto, VOLICH (2000) ressalta que, para cuidar do cliente, pouco importa a especialidade que o profissional exerce.

Pensar o nutricionista como o profissional da área de saúde, como alguém que também cuida, envolve romper barreiras, e omitir o cuidar seria descaracterizar sua função plena. Desse modo, cabe tanto ao nutricionista quanto aos demais profissionais preocupados com o bem estar global do indivíduo incluir o cuidado como uma das qualidades de suas ações (grifos da autora).

PESSINI (2000) salienta que nem sempre o cuidar é condicionado à cura; é um ato maior que envolve consideração, carinho e afeto. Nesse sentido, o papel desempenhado pela pesquisadora foi, além da proposta da problematização, destinar aos adolescentes a ajuda necessária para o enfrentamento do problema, através da atenção plena constituída pela escuta verdadeira.

A ação educativa pode abarcar a experiência do cuidar, e VOLICH (2000) lembra que cuidar é olhar para o cliente relutante que, desencorajado, deve ser estimulado a observar e refletir sobre os desafios impostos pela doença. Com isso, poderá criar estratégias para o enfrentamento da mesma. O autor também alerta para o fato de que profissionais de saúde lidam com sofrimentos de outras ordens, os quais também demandam compreensão.

Os adolescentes referiram sentir um descuido por parte dos profissionais de saúde em tratamentos anteriores. Esse descuido relatado esteve relacionado ao tempo exíguo para o diálogo e comentários sobre as inquietudes dos adolescentes obesos, assim como a imposição de tratamentos dietéticos estritamente inflexíveis, além de normas atribuídas, que, em conjunto, desconsideravam a universalidade humana do adolescente, em especial a sua essência nela contida. Possivelmente, a lacuna existente na relação cliente-profissional contribua para essa falha na atenção e no cuidado à saúde, configurando um profissional que pensa isoladamente sobre sua ação e um cliente dependente e submisso que não reivindica suas necessidades reais de tratamento.

A perspectiva técnica da nutrição não precisa dissociar-se do cuidado, e, nesse sentido, propusemo-nos à exploração de um 'algo a mais': fazer o adolescente obeso encontrar sua essência e compreender-se através da reflexão sobre seu comportamento alimentar. Evitou-se abordagens opressoras que levam à recusa por um tratamento reducionista, o qual desconsidera a condição humana. O cuidar, também chamado de ação terapêutica, imprime, portanto, o exercício contínuo de liberdade que permite ao profissional entrar em contato com as sensações, fantasias e emoções do outro.

A pesquisadora, na oportunidade de envolver os adolescentes obesos em um programa de educação nutricional em diferentes atendimentos, aponta as possibilidades e limites para o desenvolvimento dos mesmos.

Qualquer forma de tratamento que envolva o binômio saúde-doença apresenta seus limites e possibilidades. A experiência com adolescentes obesos permitiu não só dimensionar seu olhar para uma compreensão mais global destes, como também avaliar pontos que devem ser melhorados e/ou reforçados. Em relação ao espaço físico, o ambiente adequado para atendimento de grupos é primordial, também para o atendimento individual, porém este sofre menos interferência por não ser, normalmente, interventivo com dinâmicas.

O desenvolvimento de ações educativas junto a grupos exige a participação de outros profissionais que podem estar envolvidos no tratamento da obesidade - como, por exemplo, o psicólogo e o educador físico -, uma vez que a exploração densa dos componentes afetivos, da corporeidade, da busca pela atividade física através do prazer poderia contribuir para a compreensão ampliada do adolescente sobre os aspectos que envolvem a obesidade, tornando-o, assim, crítico para a prática autônoma de suas ações.

O grupo é válido porque faz emergir os sentimentos, muitas vezes, desprezados ou encobertos; promove a sociabilidade com o auxílio das dinâmicas, essencial no trabalho com adolescentes obesos.

Em relação ao atendimento individual, as dificuldades e obstáculos foram menores em função da relação exclusiva entre cliente e profissional ou família e profissional; nesse caso, a problematização sobre determinado tema pode ser bem mais aprofundada por haver menos interferência externa. O espaço físico também é importante e deve oferecer acolhimento para que o atendimento se diferencie de um modelo dotado de formalidades e hierarquia. Nessa abordagem, há limitação ao uso de dinâmicas, e a evolução desse tipo de atendimento necessita estratégias para que o adolescente sinta-se motivado para expor e refletir sobre seus problemas.

A pesquisadora deparou-se com alguns aspectos inerentes ao processo operacional que merecem atenção.

A idade dos adolescentes, entre 11 e 16 anos, proporciona uma complexidade de idéias, o que pode enriquecer e fortalecer a adesão dos mesmos no programa ou, contrariamente, desestimular e induzir à desistência, principalmente quando os adolescentes são atendidos em grupo, e, em relação a este, devem ser consideradas as questões de gênero que podem impedir a exploração de temas pouco abordados no tratamento da obesidade, como a sexualidade.

O índice de massa corporal muito variado interferiu na dinâmica e no movimento do grupo por diversos fatores: preconceito, baixa auto-estima, desigualdade na constituição física, problemas relacionados à acomodação, entre outros. O grau de obesidade verificado através da classificação percentilar pode, como observado neste estudo, englobar adolescentes com compleição corporal diferenciada, embora pertencentes à mesma faixa, qual seja, 95. Isso implica em uma reflexão acerca do critério de inclusão empregado na pesquisa.

A dificuldade dos adolescentes em atendimento coletivo, de manter ou incorporar mudanças para o processo do emagrecimento, deveu-se aos aspectos por eles julgados primeiramente necessários à problematização, já citados anteriormente. Cabe mencionar que um período de atendimento mais extenso poderia ser um fator contribuinte para a reflexão sobre as práticas alimentares, efetivando-se, assim, uma redução ponderal gradativa.

Os adolescentes que não apresentaram mudanças no peso corporal apresentaram mudanças qualitativas em relação ao comportamento social, familiar e uma diferença sutil nas práticas e comportamento alimentar; porém, o aumento do peso também contribuiu para a oscilação desses sentimentos expostos nas reuniões em grupo. Em contrapartida, os adolescentes atendidos individualmente concretizaram mudanças na alimentação, permitindo assim a efetuação de uma análise crítica relacionada às escolhas, percepção sobre o comer, e sensações

fisiológicas, fazendo com que eles ponderassem favoravelmente ou não sobre as práticas alimentares, anteriormente e atualmente realizadas.

Todo programa que se interesse pela educação em saúde deve, primeiramente, convidar, e não 'exigir', impondo a presença do indivíduo nesta atividade. O acaso fez com que aqueles adolescentes que participaram espontaneamente do programa fossem atendidos individualmente. Esses apresentaram um resultado melhor, o que permite aventar que esta condição seja um primeiro princípio a ser adotado em programas de educação nutricional. Esses adolescentes souberam do programa por intermédio da equipe de enfermagem do Centro de Saúde, porém, não houve encaminhamento formal.

O tratamento primário da obesidade é primordial. Cabe aos profissionais de saúde proporcionar meios para que os adolescentes analisem o curso dos fatores sociais e ambientais que favorecem um comportamento alimentar consumista e alheio às suas tradições.

Os fatores que atuam no modo de viver dos adolescentes são múltiplos diante do processo dinâmico de desenvolvimento tecnológico e agroindustrial, por isso a educação nutricional deve ser trilhada de forma libertadora e conscientizadora. Estas condições que remetem ao ensino podem ser subsidiadas pelo conceito que BOOG (1998) traz de educação nutricional como *"uma busca compartilhada entre educadores e educandos, de novas formas e novos sentidos para o ato de comer, que se processa em determinado tempo e local, através da interação e do diálogo, por meio da qual se almeja qualidade e plenitude do viver."*

Esses achados revelam a necessidade de um cuidado voltado aos múltiplos fatores emergidos do universo do adolescente obeso, lembrando que este busca não apenas ir ao encontro de sua identidade, mas ao encontro de pessoas e profissionais de saúde aptos a participar de sua realidade, ora misturada às virtudes, à moral, à ética (valores ensinados), ora às fantasias e desejos (valores adquiridos) observáveis em um mundo imaginário. Ao adolescente é confuso e duvidoso percorrer esse caminho desconhecido; ao pesquisador que se propõe a

isso, é aceitar o inesperado, para o surgimento de uma nova consciência, ainda que incorra nas incertezas e erros, para a promulgação do conhecimento.

A esse aspecto, BELLATO et al. (1999, p.7), realizando uma reflexão sobre o trabalho de campo na pesquisa qualitativa, tecem uma crítica ao fato de que são raras as teses e dissertações que efetivamente mostram o caminho percorrido pelo pesquisador. Na maioria das vezes, segundo elas, o processo de investigação é “passado a limpo”, de forma que se perde, assim, a rica oportunidade de aprender com as dificuldades vivenciadas por outros pesquisadores. Nas suas palavras apagam-se “as pegadas titubeantes, o andar em círculo, os becos sem saída com os quais o pesquisador se deparou”.

Procurou-se aqui desvelar todos esses becos, que, se neste momento parecem sem saída, posteriormente servirão para abrir perspectivas à continuidade dessa busca. A pesquisa qualitativa se caracteriza por explorar o processo e descortinar novos rumos para futuros trabalhos que permitam ampliar a compreensão sobre o problema e abrir outras possibilidades de intervenções.



“Para finalizar, gostaria de sublinhar um equívoco: o de quem considera que a boa educação popular hoje é a que, despreocupada com o desvelamento dos fenômenos, com a razão de ser dos fatos, reduz a prática educativa ao ensino puro dos conteúdos, entendido este como o ato de esparadrapar a cognitividade dos educandos. Este equívoco é tão carente de dialética quanto o seu contrário: o que reduz a prática educativa a puro exercício ideológico. É típico de certo discurso neoliberal, também às vezes chamado de pós-moderno, mas de uma pós-modernidade reacionária, para a qual o que importa é o ensino puramente técnico, é a transmissão de um conjunto x de conhecimentos necessários às classes populares para sua sobrevivência. Mais do que uma postura politicamente conservadora, esta é uma posição epistemologicamente insustentável e que ainda fere a natureza mesma do ser humano, ‘programado para aprender’, algo mais sério e profundo do que adestrar-se.”

(Paulo Freire)



1. A intervenção problematizadora deste estudo favoreceu a reflexão sobre as práticas inerentes ao comportamento alimentar dos adolescentes que participaram dos atendimentos. Isso possibilitou a eles criarem, de forma autônoma, estratégias para pequenas mudanças no seu cotidiano, que contribuíram para a melhora na qualidade da sua alimentação.
2. A adesão dos adolescentes ao programa foi constatada em ambos os atendimentos, seja pela problematização da alimentação, ou dos aspectos familiares, afetivos e religiosos. Considerando-se, no entanto, as faltas e desistências, conclui-se que os adolescentes encaminhados pelo centro de saúde - por demanda espontânea -, contrariamente ao encaminhamento feito pelo hospital, apresentaram melhor adesão.
3. O critério de exclusão adotado foi insuficiente, pois a diversidade de índices de massa corpórea entre os participantes comprometeu o estabelecimento de relações no grupo. A classificação percentilar para avaliação do peso não permite uma adequada classificação de adolescentes obesos segundo o grau de complexidade do problema. Esta pesquisa possibilita, portanto, recomendar aos futuros estudos, delineados nesta perspectiva, atenção à forma de agrupamento quando considerado o grau de obesidade e a faixa etária.
4. Os problemas alimentares mais referidos pelos adolescentes foram: omissão das grandes refeições (café da manhã, almoço ou jantar), elevado consumo de doces e refrigerantes, e baixo consumo de frutas, sucos e hortaliças.
5. As orientações recebidas pelos familiares de outras fontes e transmitidas aos adolescentes conflitaram com as orientações do programa, contribuindo para a manutenção ou emergência dos pro-

blemas. Os resultados indicam a necessidade de inclusão da família em programas de educação nutricional para o adolescente.

6. O ambiente hospitalar não ofereceu as possibilidades desejáveis para o desenvolvimento do trabalho de educação nutricional em ambos os grupos, porque as pessoas que são encaminhadas a uma instituição de nível terciário o são por necessitarem intervenções de maior complexidade, e também porque esse ambiente não favorece a criatividade, a autonomia e a liberdade para expressão verbal e corporal.
7. No atendimento coletivo, os adolescentes privilegiaram a problematização de aspectos familiares, afetivos e religiosos, enquanto no atendimento individual houve maior exploração das práticas alimentares propriamente ditas, o que recomenda uma abordagem interdisciplinar no grupo.
8. Há necessidade dos profissionais nutricionistas incorporarem, na prática da educação nutricional, vivências afetivas com os alimentos, porque é uma ação pedagógica que contribui para resgatar elementos inerentes às representações e subjetividade do indivíduo, fazendo emergir suas emoções.
9. Todos os profissionais podem cuidar, porque o cuidar supera a fragmentação do saber e possibilita a exploração de temas transversais como conflitos familiares, sexualidade, estigma social do obeso e religiosidade.
10. O tratamento do adolescente obeso, no contexto da educação nutricional, requer participação longa para que as etapas do processo de aconselhamento se efetivem, e exige também consultas frequentes com intervalos regulares.

11. Encerramos este estudo com a convicção de que a educação nutricional, com vistas à promoção da saúde, não pode pertencer ao campo da intervenção terapêutica, mas, fundamentalmente, deve estar inserida em um contexto político-social de promoção à qualidade de vida.



*C O N S I D E R A Ç Õ E S F I N A I S*

---

7



A pesquisadora observou, em trabalhos anteriores com adolescentes obesos, resultados que constataram que estes vivem em um mundo diverso, exigindo assim um tratamento que os envolva na sua singularidade. Não existe um panorama familiar exclusivo para a obesidade. Cada adolescente tem, contidos em sua história de vida, elementos singulares que configuram seu comportamento alimentar e o modo como se relaciona com o meio social.

Para tratar o adolescente que busca ajuda para o enfrentamento da obesidade é necessário valer-se, além da técnica, da atenção e do cuidar.

A pesquisa teve como objetivo, além de mostrar os resultados específicos inerentes ao método escolhido, mostrar o lado encoberto, oculto, existente na investigação e que, como num teatro, não se acha ao alcance do público.

Esse comentário instiga quem superou oito meses de trabalho em campo, atendendo vinte e dois adolescentes obesos, em um contexto adverso - o hospital, como já foi discutido, a expressar algumas opiniões que transcendem os resultados da pesquisa em si.

Este estudo de pós-graduação estimulou a pesquisadora em sua área, a nutrição, a obter mais conhecimentos e sentir a esplêndida e, ao mesmo tempo, complexa essência do cuidar. Buscou-se uma investigação que articulasse os saberes da nutrição a um campo de caráter geral, na tentativa de entender e transformar as ações de saúde. No entanto, a luta para romper a especificidade científica, sem, contudo, descreditá-la, possibilitou repensar sobre a qualidade de atendimento à saúde.

A problematização, temática deste estudo, serviu também à pesquisadora como instrumento para que esta observasse sua existência, neste momento, imbricada em uma profusão de valores, expectativas, ora atingidas com êxito, ora inalcançadas, em alguns momentos reforçando seus potenciais profissionais, em outros, questionando-os.

Ao longo da intervenção com os adolescentes, a sensação do 'peso' da responsabilidade de conduzir esta pesquisa científica, sem que existisse a colaboração de uma equipe para os desafios impostos, foi inesperada. Esta foi uma contingência do trabalho, uma vez que não era propósito avaliar o trabalho de uma equipe, e sim o resultado de uma intervenção específica de educação nutricional.

Outro aspecto a ser lembrado é que a bagagem científica e a experiência pregressa privilegiavam uma inclinação ao atendimento individual, um legado da trajetória na graduação, provavelmente pelo curso não enfatizar questões que envolvessem dinâmicas de relacionamento nos grupos. Permito-me aqui chamar a atenção dos cursos de graduação em nutrição para a necessidade de desenvolver no aluno a capacidade de trabalhar com grupos.

A pesquisa é um estudo elaborado pelo sujeito dotado de uma certa bagagem; porém, este é imbuído de outros elementos, primeiramente ser pessoa, ser expectador, ter anseios e medos e, nesse âmbito, pesquisar, na metodologia qualitativa, não é apenas usar a racionalidade.

A oportunidade de desenvolver uma investigação em um departamento de enfermagem propiciou observar a importância da dimensão do cuidar ao ensino de nutrição, quer seja aos alunos do curso de graduação, quer seja aos clientes que buscam ajuda com vistas à prevenção, controle ou enfrentamento de problemas. Nesse sentido, ambos seriam também beneficiados por uma abordagem menos específica, imbuída de um olhar voltado a questões amplas, que envolvem a compreensão da subjetividade humana.

Associando o pensamento científico às experiências vivenciadas, pode-se afirmar que esta ligação denota um marco inicial para um novo sentido à vida e às futuras pesquisas. Sentido este que causou um despertar para escuta, tolerância para voltar ao começo quando preciso, compreensão mesmo das razões e explicações dos adolescentes que, ao entender da pesquisadora, poderiam ser visões simplistas, mas para eles, essenciais.

Diante das dificuldades encontradas e desse novo sentido adquirido, é importante a realização de trabalhos futuros, quer seja o doutorado ou outros trabalhos que englobem a comunidade ou profissionais de saúde, nos quais possa resgatar essa vivência para se dimensionar as práticas e ações educativas.

O processo de aprendizagem não acabou, porém, a pesquisadora considera ter alcançado experiências fundamentais na elaboração de ações educativas. Toda crítica move uma pesquisa, conferindo autonomia, e não é quantidade de conhecimentos ou o nível sofisticado destes que determinam o potencial de uma investigação. Como âncora para as considerações últimas do educar, reportar-se a Paulo Freire faz com que profissionais nutram-se de emoção, relação horizontal, diálogo, compreensão e conhecimento, na esperança do alcance do estabelecimento de práticas na saúde que englobem o adolescente no seu universo singular. Como refere FREIRE (2000b), o essencial nas relações pessoais, sejam elas entre educador e educando, ou pais e filhos, é a reinvenção do ser humano, para que este adquira sua autonomia.

Deve-se refletir sobre qual paradigma tem pautado o conhecimento técnico e o cuidar, alertando para a necessidade de uma associação ou religação coesa entre as partes do processo que forma o profissional de saúde, cabendo às instituições direcioná-lo para uma visão político-social no cuidado ao indivíduo ou à coletividade, sendo estes acometidos ou não por doenças.



*SUMMARY*

---

8



## **Summary**

---

This research studied the issue of feeding behavior of twenty-two obese teenagers, in the context of diet counseling as a strategy of nutritional education, considering two different groups of eleven teenagers. One group was attended collectively and the other individually, both of them for eight months. The method was qualitative and the approach used was analysis of contents. The issue was observed to be an instrument, which facilitates the change of feeding behavior, thus arousing inherent factors. In the analysis of qualitative data, one observed that in both attendance, the issue of feeding behavior involved with: feeding behavior, family context, the obese social stigma and relationship with health professionals; religiosity appeared only in the collective attendance. Teenagers under individual attendance effectively had troubles with the feeding behavior while for the group attendance the issues were related to family and psychological aspects regarding obesity, with effective qualitative changes in both groups. In the group attendance six teenagers dropped out the activities and two out of the five remaining ones lost weight. In the individual treatment three teenagers resigned and weight reduction was verified in six teenagers out of the nine remaining ones. One concluded that the intervention built up through the integration of the issue of the stage of the counseling process is efficient to help teenagers understand their life history and the factors which determine the feeding behavior, to become aware of the possibilities of perpetuation to the changes of feeding habits, exerting on their own the role of subjects in the program of health education, so as to seek broader life quality.

**KEY WORDS:** nutrition education, health education, obesity – prevention and control, counseling – methods, adolescent – nutrition, nutrition programs.



*REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS*

---

9



ABERASTURY, A; KNOBEL, M. **Adolescência normal**: um enfoque psicanalítico. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981, 92p.

AGUIRRE, P. Aspectos socioantropológicos de la obesidad en la pobreza. In: ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD – **La obesidad en la pobreza**: um nuevo reto para la salud pública. Washington (OPS), 2000, 132 p.

ALVES, R. **Conversas com quem gosta de ensinar**. São Paulo: Cortez, 1984, 87p.

ALVES, R. A barbie. In: **Teologia do cotidiano**: meditações sobre o momento e a eternidade. São Paulo: Olho d'Água, 1994.

ALVES, R. A águia que (quase) virou galinha. In: **Estórias de bichos**. 7<sup>a</sup>. edição. São Paulo: Edições Loyola, 1992.

ALVES, R. A pipoca. **Correio Popular**, Campinas, 29 agosto 1999, Caderno C, p. 6.

ALVES, R. A cozinha. **Correio Popular**, Campinas, 19 março 2000, Caderno C, p. 6.

ALVES, R. **Livro sem fim**. Ed. Loyola: São Paulo, 2002, 181 p.

ALVES, R. **Transparências da eternidade**. Campinas: Verus, 2002, 152 p.

AMADOR, M.A. La obesidad en la adolescencia. In: ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD – **La obesidad en la pobreza**: um nuevo reto para la salud pública. Washington (OPS), 2000, 132 p.

AMORIM, S.T.S.P.; MOREIRA, H.; CARRARO, T.E. A formação de pediatras e nutricionistas: a dimensão humana. **Rev Nutr**, 14 (2): 111-118, 2001.

ARNAIZ, M.G. Las imágenes culturales de la publicidad alimentaria. In: **Paradojas de la alimentación contemporánea**. Barcelona: Icaria, 1996, 309 p.

ASSIS, M.A.A.; NAHAS, M.V. - Aspectos motivacionais em programas de mudança de comportamento alimentar. **Rev Nutr**, 12: 33-41, 1999.

ATKIN, L.M.; DAVIES, P.S.W. Diet composition and body composition preschool children. **Am J Clin Nutr**, 72: 15-21, 2000.

BAKX, J.C.; STAFLEU, A.; van STAVEREN, W.A.; van den HOOGEN, H.J.M.; van WEEL, C. Long-term effect of nutritional counseling: a study in family medicine. **Am J Clin Nutr**, 65 (Suppl): 1946S-50S, 1997.

BALLESTERO-ALVAREZ, M.E. **Mutatis Mutandis**: dinâmicas de grupo para o desenvolvimento humano. Campinas: Papyrus, 1999.

BARKER, M.; ROBINSON, S.; WILMAN, C.; BARKER, D.J.P. Behavior, body composition and diet in adolescent girls. **Appetite**, 35: 161 – 170, 2000.

BERG-SMITH, S.M.; STEVENS, V.J.; BROWN, K.M.; VAN HORN, L.; GERNHOFER, N.; PETERS, E.; GREENBERG, R.; SNETSELAAR, L.; AHRENS, L.; SMITH, K. A brief motivational intervention to improve dietary adherence in adolescents. The Dietary Intervention Study in Children (DISC) Research Group **Health Educ Res**, 14: 399-410, 1999.

BLUNDELL J.E.; KING, N.A. - Exercise, appetite control, and energy balance. **Nutrition**, 16: 519-522, 2000.

BOOG, M.C.F. **Educação nutricional em Serviços Públicos de Saúde: busca de espaço para ação efetiva**. São Paulo, 1996 [Tese – Doutorado – Universidade de São Paulo].

BOOG, M.C.F. Educação Nutricional: passado, presente e futuro. **Revista de Nutrição**, 10: 5-19, 1997.

BOOG, M.C.F. Educação nutricional, orientação nutricional e o papel dos nutricionistas na mídia. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE NUTRIÇÃO, **Anais ...** Brasília, 1998 (vídeo).

BOOG, MCF. Educação nutricional em serviços públicos de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, 15 (*supl*): 139-147, 1999.

BOOG, MCF.; MAGRINI, V.F.P.L. Relato de experiência: reeducação alimentar por meio de abordagem interdisciplinar envolvendo as áreas de nutrição e saúde mental **Rev. Soc. Card Estado de São Paulo**, 9:1-7, 1999.

BOOG, MCF; TREVISAN, R.C.G.; ALBERTIN, R.C. Relato de experiência: programa educativo para diabéticos em módulo único. **Saúde em Revista**, 1(1): 25-32, 1999.

BRADLEY, R.H.; CORWIN, R.F. Socioeconomic status and child development. **Annu Rev Psychol**, 53: 371 – 99, 2002.

BRASIL. Ministério da Educação. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília, DF, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Adolescer: compreender, atuar, acolher**. Brasília: DF, 2001.

BUNDRED, P.; KITCHINER, D.; BUCHAN, I. Prevalence of overweight and obese children between 1989 and 1998: population based series of cross sectional studies. **BMJ**, Feb 10 (7282): 322 – 326, 2001.

CARVALHO, A.A. QUEIROZ, A.S.; FERRARI, A.A. A consulta do adolescente. **Pediatria Moderna**, 36: 717-718, 2000.

CAVALCANTI, M.L.F. A entrevista alimentar como método educativo na orientação dietoterápica de pacientes externos. **Rev. Paul. de Hosp.**, 24: 516-25, 1976.

**COMER ... o fruto ou o produto?** Produção de Odila Fonseca. Coordenação de Maria Cristina Faber Boog. Campinas: LACES, 2000. 1 fita de vídeo.

COMPORTAMENTO. In: **Dicionário de Ciências Sociais**. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas, 1986.

COMPORTAMENTO. In: **Dicionário Aurélio Eletrônico – Século XXI**. Versão 3.0 – Novembro, 1999. CD Rom.

CRESTON, A. **Sexualidade adolescente & construção do conhecimento**. Juiz de Fora: FEME, 2000, 120 p.

CRUZ, J.C. Antropologia de los hábitos alimentarios. In: RODRÍGUEZ, M.H. & GALLEGO, A.S. **Tratado de nutrición**. Madri: Diaz de Santos, 1999, 1502 p.

CUSATIS, D.C.; SHANNON, B.M. Influences on adolescent eating behavior. **J Adolesc Health**, 18: 27-34, 1996.

DAMIANI, D.; CARVALHO, D.P.; OLIVEIRA, R.G. Obesidade na infância – um grande desafio. **Pediatria Moderna**, 36: 489 – 523, 2000.

DANISH, S.J.; GINSBERG, M.R.; TERREL, A.; HAMMOND, M.I.; ADAMS, S.O. The anatomy of a dietetic counseling interview. **J Am Diet Assoc**, 75: 626-630, 1979.

DIAS, T.S.; RIBEIRO, R.P.P.; FERRIANI, M.G.C. O cotidiano alimentar no ambiente familiar de adolescentes que participam do programa multidisciplinar de assistência ao adolescente obeso. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 10, 2001, Curitiba. **Anais ...** Curitiba, CD Rom, 2001.

DIAS, M.D.F; ROBLES, R.A.M.; FERREIRA, T.H.S. Adolescência e família **Pediatria Moderna**, 36: 721-722, 2000.

DOAK, C.M.; ADAIR, L.S.; MONTEIRO, C.A.; POPKIN, B.M. Overweight and underweight coexist within households in Brazil, China and Russia. **Journal of Nutrition**, 130: 2965 – 2971, 2000.

DUCHESNE, M. Abordagem cognitivo-comportamental. In: NUNES, M.A.N.; APOLINÁRIO, J.C.; ABUCHAIM, A.L.G.; COUTINHO, W. **Transtornos alimentares e obesidade**. Porto Alegre: ArtMed, 1998, 139-147p.

DUFOUR, D.L. Nutrition, activity and health in children. **Ann Rev Anthropol**, 26: 541 – 65, 1997.

DYNA, O. **Dinâmicas em fichas**. São Paulo: CCJ, 1996.

EDMUNDS, L.; WATERS, E.; ELLIOTT, J. Evidence based management of childhood obesity. **BMJ**, 323: 916-919, 2001.

EVANS, R.I.; HALL, Y. Social-psychologic perspective in motivating changes in eating behavior. **J Am Diet Assoc**, 72: 378-83, 1978.

FALUDI, A.A.; BERTOLAMI, M.C. Como diagnosticar e tratar as dislipidemias. **Rev Bras Med**, 55: 6-11, 1998.

FAST-FOOD. In: **Dicionário Aurélio Eletrônico** – Século XXI. Versão 3.0 – Novembro, 1999. CD Rom.

FERRIANI, M.G.C; DECHEN, S.; DIAS, T.S.; IOSSI, M.A. A percepção de saúde para adolescentes obesos. **Rev Bras Enferm**, 53 (4): 537 – 543, 2000.

FISBERG, M.; BANDEIRA, C.R.S.; BONILHA, E.A.; HALPERN, G.; HIRSCHBRUCH, M.D. Hábitos alimentares na adolescência. **Pediatria Moderna**, 36: 724-734, 2000.

FISCHLER, C. A “McDonaldização” dos costumes. In: FLANDRIN, J.L. & MONTANARI, M. **História da alimentação**. São Paulo: Estação Liberdade, 1998, 885 p.

FISCHLER, C. **Ei (h)omnívoro: el gusto, la cocina, y el cuerpo**. Barcelona: Anagrama, 1995, 421 p.

FISHER, J.O.; BIRCH, L.L.. Restricting access to palatable foods affects children’s behavioral response, food selection, and intake. **Am J Clin Nutr**, 69: 1264-1272, 1999.

FONSECA, V.M.; SICHIERI, R.; VEIGA, G.V. Fatores associados à obesidade em adolescentes. **Rev Saúde Pública**, 32(6): 541 – 9, 1998.

FRANCISCHI, R.P.P.; PEREIRA, L.O., FREITAS, C.S.; KLOPFER, M.; SANTOS, R.C.; VIEIRA, P.; LANCHÁ JUNIOR, A.H. Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. **Rev Nutr**, 13: 17-28, 2000.

FREIRE, P. **Política e educação**. 6<sup>a</sup> edição. São Paulo: Editora Cortez, 1993.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1999.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 16<sup>a</sup> edição. São Paulo: Editora Paz e Terra, 2000a.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia da indignação: cartas pedagógicas e outros escritos.** São Paulo: Editora UNESP, 2000b.

FUNDAÇÃO ATHOS BULCÃO. Coordenação de Joaquim Vaz de Mesquita. Tem como um dos objetivos reunir e preservar documentação, promover e divulgar pesquisas e estudos sobre a trajetória e a obra de Athos Bulcão e de outros artistas. Disponível em: [http://fundathos.org.br/radcal/radcal\\_07/paulo\\_freire.htm](http://fundathos.org.br/radcal/radcal_07/paulo_freire.htm). Acesso em: 05 abril 2003.

GAMA, C.M. **Consumo alimentar e estado nutricional de adolescentes matriculados em escolas da rede particular e estadual do bairro de Vila Mariana, São Paulo.** São Paulo, 1999 [Tese – Doutorado – Universidade Federal de São Paulo].

GAMBARDELLA, A.M.D.; FRUTUOSO, M.FP.; FRANCHI, C. Prática alimentar de adolescentes. **Rev Nutr**, 12: 55-63, 1999.

GARCIA, R.W.D. Representações sociais da alimentação e saúde e suas repercussões no comportamento alimentar. **Rev Saúde Coletiva**, 7(2): 51-68, 1997.

GARCIA, R.W.D. **A comida, a dieta, o gosto: mudanças na cultura alimentar urbana.** São Paulo, 1999. [Tese – Doutorado – Universidade de São Paulo].

GARCIA, R.W.D. Aspectos psicossociais dos hábitos alimentares da população brasileira. In: **Alimentação equilibrada para a população brasileira: pirâmide alimentar.** Florianópolis: Instituto Danone, 1998.

GIKOVATE, F. **Deixar de ser gordo.** São Paulo: MG Editores Associados, 1986.

GILBOY, M.B.R. Multiple factors affect dietitians counseling practices for high blood cholesterol. **J Am Diet Assoc**, 94: 1278-1283, 1994.

GRAZINI, J. T. **Analogia entre comerciais de alimentos e hábito alimentar de adolescentes**. São Paulo, 1996 [Tese de Doutorado – Universidade Federal de São Paulo].

HACKEY, H; NYE, S. **Aconselhamento: estratégias e objetivos**. São Paulo: EPU, 1977, p. 5-30.

HANLEY, A.J.G.; HARRIS, S.B.; GITTELSON, J; WOLEVER, T.M.S; SAKSVIG, B.; ZINMAN, B. Overweight among children and adolescents in a Native Canadian community: prevalence and associated factors. **Am J Clin Nutr**, 71: 693-700, 2000.

HAUCHECORNE, C.M.; BARR, S.I.; SORK, T.J. Evaluation of nutrition counseling in clinical settings: do we make a difference? **J Am Diet Assoc**, 94(4): 437-40, 1994.

HEREDOGRAMA. In: **Dicionário Aurélio Eletrônico – Século XXI**. Versão 3.0 – Novembro, 1999. CD Rom:

HERSCOVICI, C.R. **A escravidão das dietas: um guia para reconhecer e enfrentar os problemas alimentares**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997, 181 p.

HETHERINGTON, M.M.; STONER, S.A.; ANDERSEN, A.E.; ROLLS, B.J. Effects of acute food deprivation on eating behavior in eating. **Disorders Int J Eat Disord**, 28: 272-283, 2000.

HOFFMAN, D.J; SAWAYA, A.L.; COWARD, W.A.; WRIGHT, A.; MARTINS, P.A.; NASCIMENTO, C. Energy expenditure of stunted and nonstunted boys and girls living in the shantytowns of São Paulo, Brazil. **Am J Clin Nutr**, 72: 1025-1031, 2000.

HOLLI, B.B.; CALABRESE, R.J. **Communication and education skills**: for dietetics professionals. Philadelphia: Williams & Wilkins, 1998, 243p.

HOLLI, B.B.; CALABRESE, R.J. **Communication and education skills**: the dietitian's guide. Philadelphia, Lea & Febiger, 1986, 211p.

HUON, G. & LIM, J. The emergence of dieting among female adolescents: age, body mass index, and seasonal effects. **Int J Eat Disord.**, 28: 221-225, 2000.

ISSELMANN, M.C.; DEUBNER, L.S.; HARTMAN, M. A nutrition counseling workshop: integrating counseling psychology into nutrition practice. **J Am Diet Assoc**, 93 (3):324-326, 1993.

KHAN, L.K.; BOWMAN, B.A. Obesity: major global public health problem. **Ann Rev Nutr**, 19: 13 – 17, 1999.

KEARNEY, J.M.; McELHONE, S. Perceived barriers in trying to eat healthier - results of a pan-EU consumer attitudinal survey. **Br J Nutr**, 81 (suppl 2): S133-137, 1999.

KUSHNER, R.F.; FOSTER, G.D. Obesity and quality of life. **Nutrition**, 16: 947-952, 2000.

LATTIMORE, P.J.; BUTTERWORTH, M. A test of structural model of initiation of dieting among adolescent girls. **J Psych Res**, 46: 295-299, 1999.

LIMA, R.T; BARROS, J.C.; MELO, M.R.A.; SOUSA, M.G. Educação em saúde e nutrição em João Pessoa, Paraíba. **Rev Nutr**, 13: 29-36, 2000.

LING, L. Guideline for diet counseling. **J Am Diet Assoc**, 66: 571-5, 1975.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D.A. **A Pesquisa em Educação**. São Paulo: EPU, 1986.

LYTLE, L.A.; SEIFERT, S.; GRENSTEIN, J.; McGOVERN, P. How do children's eating patterns and food choices change over time? Results from a cohort study. **Am J Health Promot**, 14: 222-228, 2000.

MAHAN, L.K. **KRAUSE**: Alimentação, nutrição e dietoterapia. 8ª edição. São Paulo: Roca, 1994.

MARTINS, C. Aconselhamento dietético. In: RIELLA, MC & MARTINS, C. **Nutrição e o rim**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2001, 416 p.

McARTHUR, L; HOLBERT, D.; PENA, M. Obesity knowledge of adolescents from six Latin American cities: a multivariable analysis. **Nutrition Research**, 21: 1323-1333, 2001.

McVEAGH, P. Eating and nutritional problems in children. **Aust Fam Physician**, 29: 735-740, 2000.

MIDDLEMAN, A.B.; VAZQUEZ, I.; DURANT, R.H. Eating patterns, physical activity, and attempts to change weight among adolescents. **J Adolesc Health**, 22: 37-42, 1998.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Abrasco, 1996.

MINTZ, S.W.; DU BOIS, C. The anthropology of food and eating. **Ann Rev Anthropol**, 31: 99-119, 2002.

MIZUKAMI, M.G.N. **Ensino**: as abordagens do processo. São Paulo: EPU, 1986, 119 p.

MONTEIRO, C.A. La transición epidemiológica en el Brasil. In: ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD – **La obesidad en la pobreza: un nuevo reto para la salud pública.** Washington (OPS), 2000, 132 p.

MOREIRAS, G.V. Importancia de la dieta en relación con la salud. In: RODRÍGUEZ, M.H.; GALLEGO, A.S. **Tratado de nutrición.** Madrid: Diaz de Santos, 1999, 1502 p.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro.** 3ª. edição. São Paulo: Cortez, 2001a, 118 p.

\_\_\_\_\_ **O método.** Porto Alegre: Sulina, 2001b, 320 p.

MOTTA, DG ; BOOG, MCF. **Educação nutricional.** São Paulo: Ibrasa, 1984.

\_\_\_\_\_ **Educação nutricional.** 2ª edição. São Paulo: Ibrasa, 1988.

MOTTA, D.G. Subsídios para educação em diabetes: representações de mulheres sobre sua doença e tratamento. **Saúde em Revista**, 3 (5/6): 7 – 14, 2001.

MÜLLER, R.C.L. **A história familiar e a obesidade na adolescência: um estudo clínico-qualitativo com adolescentes obesos.** Campinas, 1999. [Tese – Doutorado – Universidade Estadual de Campinas].

MUST, A.; DALLAL, G.E.; DIETZ, W.H. Reference data for obesity: 85 th and 95 th percentiles of body mass index (wt/ht<sup>2</sup>) -a correction. **Am J Clin Nutr**, 54: 773, 1991.

NEUMARK-SZTAINER, D.; ROCK, C.L.; THORNQUIST, M.D.; CHESKIN, L.J.; NEUHOUSER, M.L.; BARNETT, M.J. Weight-control behaviors among adults and adolescents: associations with dietary intake. **Prev Med**, 30: 381-391, 2000.

NEUMARK-SZTAINER, D.; STORY, M.; PERRY, C.; CASEY, M.A. Factors influencing food choices of adolescents: findings from focus-group discussions with adolescents. **J Am Diet Assoc**, 99: 929 – 934,937, 1999.

NOBREGA, F.J.; CAMPOS, A.L.R. **Distúrbios nutricionais e fraco vínculo mãe/filho**. Rio de Janeiro: Revinter, 1996, 70 p.

OLIVARES, S.; ALBALA, C.; GARCIA, F.; JOFRE, I. Television publicity and food preferences of school age children of the metropolitan region. **Rev Med Child**, 127: 791-9, 1999.

ONIS, M.; BLÖSSNER, M. Prevalence and trends of overweight among preschool children in developing countries. **Am J Clin Nutr**, 72: 1032-1039, 2000.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Problemas de la salud de la adolescencia**. Ginebra: OMS, 1965, 30p (Serie de Informes Tecnicos no. 609)

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD /ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Salud del adolescente**. Prioridades y estrategias nacionales y regionales. Brasil: OPS/OMS, 1990.

ORKOW, B.M.; ROSS, J.L. Weight reduction through nutrition education and personal counseling. **J Nutr Educ**, 7(2): 65-7, 1975.

ORNELLAS, L.H. **Alimentação através dos tempos**. 2ª edição. Rio de Janeiro: UFSC, 2000, 307 p.

ORTIGOZA, S.A.G. O *fast-food* e a mundialização. **Cadernos de Debate**, 5: 21-45, 1997.

PABLO, A.G. Alimento, cultura material y ciencia. In: RODRÍGUEZ, M.H.; GALLEGGO, A.S. **Tratado de nutrición**. Madri: Diaz de Santos, 1999, 1502 p.

PALUMBO, C. Using new technology for nutrition counseling. **J Am Diet Assoc**, 99 (11): 1363-1364, 1999.

PATEL, K.A.; SCHLUNDT, D.G. Impact of moods and social context on eating behavior. **Appetite**, 36: 111-118, 2001.

PATTERSON, L.E.; EISENBERG, S. **O Processo de aconselhamento**. São Paulo: Martins Fontes, 1988, 229 p.

PEÑA, E.; BACALLAO, J. La obesidad en la pobreza: problema emergente en las Américas. In: ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD – **La obesidad en la pobreza**: un nuevo reto para la salud pública. Washington (OPS), 2000, 132 p.

PESSINI, L. O cuidado em saúde. **O mundo da saúde**, 24 (4): 235-236, 2000.

PLATA-SALAMÁN, C.R. Ingestive behavior and obesity. **Nutrition**, 16: 797-799, 2000.

PIZZINATTO, V.T. **Obesidade infantil**: processo psicossomático evolutivo. São Paulo: Sarvier, 1992, 153 p.

POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

POLLITT, E; CUETO; S.; JACOBY, R. Fasting and cognition in well-and undernourished schoolchildren: a review of three experimental studies. **Am J Clin Nutr**, 67: (suppl): 779S – 84S, 1998.

REDONDO, M.R; ORTEGA, R.M; LOPEZ SOBALER, A.M; QUINTAS, M.E.; ANDRÉS, P. Consumo de alimentos, energía y nutrientes en desabono de un colecti-

vo de ancianos: problemática más frecuente y diferencias en función del índice de masa corporal. **Arch Latinoam Nutr**, 46 (3): 275-81, 1996.

REES, J.M. Nutrição na adolescência. In: MAHAN, L.K.. **KRAUSE**: Alimentação, nutrição e dietoterapia. 8ª edição. São Paulo: Roca,1994.

ROCANDIO, A.M; ANSOTEGUI, L.; ARROYO, M. Relación entre el desayuno y la obesidad en escolares. **Rev Clin Esp**, 200 (8): 420-3, 2000.

RODRIGUES, J.H. **Gramsci, Foucault e Rubem Alves**. Disponível em: < <http://www.geocities.com/gramsci>>. Acesso em: 12 jun. 2002.

ROSAL, M.R.; EBBELING, C.B.; LOFGREN, I.; OCKENE, J.K.; OCKENE, I.R.; HERBERT, J.R. Facilitating dietary change: the patient-centered counseling model. **J Am Diet Assoc**, 101: 332-338,341, 2001.

SAITO, M.I. O adolescente como protagonista e agente de transformação: o projeto de vida em questão. **Pediatria Moderna**, 37 (5): 41-44, 2001.

SANTONCINI, C.U.; VELAZQUEZ, J.V.; ICAZA, M.E.M.M.; BAUTISTA, C.F.; MOLINAR, E.N.A.; ROSARIO, S.A.H. High-risk eating behavior in Mexican adolescents. Data of the student population in the Federal District. **Rev Invest Clin**, 52 : 140-147, 2000.

SAWAYA, A.L.; FERRARI, A.A.; UGNEBO, C.H; SOLYMOS, G.M.B.; VIEIRA, M.F.A.; SOUZA, M.H.N. **Desnutrição urbana no Brasil**: um período de transição. São Paulo: Cortez, 1997, 231 p.

SCHILLER, M.R.; MILLER, M.; MOORE, C; DAVIS, E; DUNN, A.; MULLIGAN, K. et al. Patients report positive nutrition counseling outcomes. **J Am Diet Assoc**, 98: 977-982, 1998.

SERDULA, M.K.; COLLINS, M.E.; WILLIAMSON, D.F.; ANDA, R.F.; PAMUK, E.; BYERS, T.E. Weight control practices of U.S. adolescents and adults. **Ann Intern Med**, 119 (7 pt 2): 667 – 671, 1993.

SICHIERI, R. **Epidemiologia da obesidade**. Rio de Janeiro: UERJ, 1998, 140 p.

SOARES, F.P.T.P. **Abordagem de nutrição no curso de graduação de médicos residentes de cirurgia**: subsídios para o ensino. Campinas, 2001. [Dissertação – Mestrado – Universidade Estadual de Campinas].

SOTHERN, M.S.; DESPINASSE, B.; BROWN, R.; SUSKIND, R.M.; UDALL, J.N.; BLECKER, U. Lipid profiles of obese children and adolescents before and after significant weight loss: differences according to sex. **South Med J**, 93: 278-282, 2000.

STETTLER, N.; TERSHAKOVEC, A.M.; ZEMEL, B.S.; LEONARD, M.B.; BOSTON, R.C.; KATZ, S.H. Early risk factors for increased adiposity: a cohort study of African American subjects followed from birth to young adulthood. **Am J Clin Nutr**, 72: 378-383, 2000.

STRASBURGER, V.C. Nutrição. In: Strasburger, V.C. **Os adolescentes e a mídia**: impacto psicológico. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999. p.93-6.

SULLIVAN, B.J.; SCHILLER, R.; HORVATH, M.C. Nutrition education and counseling: knowledge and skill levels expected by dietetic internship directors. **J Am Diet Assoc**, 90: 1418-1422, 1990.

TONIAL, S.R. **Desnutrição e obesidade**: faces contraditórias na miséria e na abundância. Recife: IMIP, 2001, 180 p.

TRIVIÑOS, ANS. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987, 175 p.

VERA NORIEGA, J.A.; DOMÍNGUEZ IBÁÑEZ, S.E.; PEÑA RAMOS, M.O.; MONTIEL CARBAJAL, M.M. Evaluación de los efectos de un programa de desayunos escolares en atención y memoria. **Arch Latinoam Nutr.** 50 (1): 35-41, 2000.

VICKERY, C.E.; HODGES, P.A.M. Counseling strategies for dietary management: expanded possibilities for effecting behavior change. **J Am Diet Assoc**, 86 (7): 924-928, 1986.

VIRGOLIM, A.M.R; FLEITH, D.S.; NEVES-PEREIRA, M.S. **Toc, toc... plim, plim!:** lidando com as emoções, brincando com o movimento através da criatividade. São Paulo: Papirus, 1999, 192 p.

VOLICH, R.M. O cuidar e o sonhar: por uma outra visão da ação terapêutica e do ato educativo. **O mundo da saúde**, 24 (4): 237-245, 2000.

WANG, Y; GE, K.; POPKIN, B.M. Tracking of body mass index from childhood to adolescence: a 6-y follow-up study in China. **Am J Clin Nutr**, 72: 1018-1024, 2000.

WEIL, P.; TOMPAKOW, R. **O corpo fala.** Petrópolis: Vozes, 1996.

WEISBURGER, J.H. Eat to live, no live to eat. **Nutrition**, 16: 767-773, 2000.

WERTHEIN, E.H.; PAXTON, S.J.; SCHUTZ, H.K.; MUIR S.L. Why do adolescent girls watch their weight? An interview study examining sociocultural pressures to be thin. **J Psychosom Res**, 42: 345-355, 1997.

WOROBAY, J. Eating attitudes and temperament attributes of normal and overweight college students. **Eating behaviors**, 3: 85 – 92, 2002.





**Percentis de IMC (kg/m<sup>2</sup>) para sexo e idade: estatísticas do NCHS**

(MUST et al., 1991)

IDADE	5°	15°	50°	85°	95°
(anos)			Masc		
6	12.86	13.43	14.58	16.64	18.02
7	13.24	13.85	15.07	17.37	19.18
8	13.63	14.28	16.62	18.11	20.33
9	14.03	14.71	16.17	18.85	21.47
10	14.42	15.15	16.72	19.60	22.60
11	14.83	15.59	17.28	20.35	23.73
12	15.24	16.06	17.87	21.12	24.89
13	15.73	16.62	18.53	21.93	25.93
14	16.18	17.20	19.22	22.77	26.93
15	16.59	17.76	19.92	23.63	27.76
16	17.01	18.32	20.63	24.45	28.53
17	17.31	18.68	21.12	25.28	29.32
18	17.54	18.89	21.45	25.92	30.02
19	17.80	19.20	21.86	26.36	30.66
20-24	18.66	20.21	23.07	26.87	31.26
25-29	19.11	20.98	24.19	28.08	31.72
30-34	19.52	21.51	24.90	28.75	31.99
35-39	19.55	21.71	25.25	29.18	32.23
40-44	19.52	21.75	25.49	29.37	32.41
45-49	19.45	21.72	25.55	29.39	32.40
50-54	19.35	21.66	25.54	29.31	32.27
55-59	19.25	21.58	25.51	29.24	32.18
60-64	19.15	21.49	25.47	29.17	32.08
65-69	19.05	21.39	25.41	29.08	31.98
70-74	18.94	21.29	25.33	28.99	31.87

5°	15°	50°	85°	95°
		Fem		
12.83	13.37	14.31	16.17	17.49
13.17	13.79	14.98	17.17	18.93
13.51	14.22	15.66	18.18	20.36
13.87	14.66	16.33	19.19	21.78
14.23	15.09	17.00	20.19	23.20
14.60	15.53	17.67	21.18	24.59
14.98	15.98	18.35	22.17	25.95
15.36	16.43	18.95	23.08	27.07
15.67	16.79	19.32	23.88	27.97
16.01	17.16	19.69	24.29	28.51
16.37	17.54	20.09	24.74	29.10
16.59	17.81	20.36	25.23	29.72
16.71	17.99	20.57	25.56	30.22
16.87	18.20	20.80	25.85	30.72
17.38	18.64	21.46	26.14	31.20
17.84	19.09	22.10	27.68	33.16
18.23	19.54	22.69	28.87	34.58
18.51	19.91	23.25	29.54	35.35
18.65	20.20	23.74	30.11	35.85
18.71	20.45	24.17	30.56	36.02
18.79	20.66	24.54	30.79	35.95
18.88	20.86	24.92	31.00	35.88
18.96	21.06	25.29	31.21	35.80
19.03	21.25	25.66	31.40	35.70
19.09	21.44	26.01	31.58	35.58





## 6. AUTO-INVENTÁRIO



\* Todos nós temos nossos “pontos fortes”, ou seja, coisas que fazemos bem e que nos fazem sentir orgulho de nós mesmos. Pense a respeito dos seus pontos fortes e preencha o que se pede abaixo:

1. *Minhas habilidades e talentos:* \_\_\_\_\_



---

---

---

---

---

2. *Minhas áreas de conhecimento e experiência:* \_\_\_\_\_



---

---

---

---

---

3. *Meus traços de personalidade e qualidades positivas:* \_\_\_\_\_



---

---

---

---

---

---

4. *Minhas realizações mais importantes:* \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. *As pessoas mais importantes da minha vida:* \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Comentários:* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 20. PRESENTEANDO ALGUÉM



\* Imagine que amanhã é aniversário de uma pessoa de quem você gosta muito. Você tem muitas opções para presentear-la, e gostaria de escolher algo que fosse de alguma forma parecida com ele/ela. Pense em cada uma das opções abaixo e diga o porquê de sua resposta.

\* Se você comprasse para ele ou ela:

- *Um animal. que animal seria esse?* \_\_\_\_\_  
*Por quê?* \_\_\_\_\_
- *Uma flor. que flor seria?* \_\_\_\_\_  
*Por quê?* \_\_\_\_\_
- *Um livro. de que tipo seria?* \_\_\_\_\_  
*Por quê?* \_\_\_\_\_
- *Um pacote turístico. que lugares estariam incluídos?* \_\_\_\_\_  
*Por quê?* \_\_\_\_\_
- • *Uma bebida. qual seria?* \_\_\_\_\_  
*Por quê?* \_\_\_\_\_
- *Um disco. que disco seria?* \_\_\_\_\_  
*Por quê?* \_\_\_\_\_
- *Um jogo. que jogo seria?* \_\_\_\_\_  
*Por quê?* \_\_\_\_\_
- • *Uma cesta de frutas. que frutas seriam escolhidas?* \_\_\_\_\_  
*Por quê?* \_\_\_\_\_
- *Um sabonete perfumado. que perfume teria?* \_\_\_\_\_  
*Por quê?* \_\_\_\_\_
- *Uma camiseta com dizeres. e o que estaria escrito?* \_\_\_\_\_  
*Por quê?* \_\_\_\_\_
- *Uma miniatura. de que seria?* \_\_\_\_\_  
*Por quê?* \_\_\_\_\_

### A Barbie

Rubem Alves

Fiquei comovido quando li que foram encontradas bonecas em túmulos de crianças no Egito, na Grécia e em Roma. Pude imaginar o que os pais deveriam estar sentindo ao colocar aqueles brinquedos junto ao corpo da menina morta. Eles o fizeram para que ela não partisse sozinha, para que ela não tivesse medo...

De fato, uma criança abraçada a uma boneca é uma criança sem medo, uma criança feliz. Os meninos, proibidos de ter bonecas, se abraçam aos seus ursinhos de pelúcia. E nós, adultos, proibidos de ter bonecas e ursinhos de pelúcia, nos abraçamos ao travesseiro... Os objetivos são diferentes, mas o seu sentido é o mesmo: o desejo de aconchego e de ternura.

Por isso eu acho que o senhor e a senhora fizeram muito bem ao dar uma boneca de presente para a sua filhinha.

Com uma exceção, é claro: se a boneca não for a Barbie. Porque a Barbie não é uma boneca. Falta a ela o poder que têm as outras bonecas, bebezinhos, de afugentar o medo e provocar sentimentos maternos de ternura. Não posso imaginar uma menina dormindo abraçada à sua Barbie. Nenhum pai colocaria a Barbie no túmulo da filha morta.

A Barbie não é boneca. É uma bruxa.

Posso bem imaginar o espanto nos seus olhos. Eu imagino também os seus pensamentos: O Rubem perdeu o juízo. A Barbie é uma boneca de plástico, não mexe, não pensa, não fala. E agora ele diz que ela é uma bruxa...

Que as bonecas, ao contrário, das aparências, têm uma vida própria, eu aprendi no 2º ano primário. Minha professora me deu um livro sobre bonecas e bonecos: enquanto a gente estava acordado, elas ficavam deitadinhas, olhinhos fechados, fingindo

que dormiam. Mas bastava que os vivos dormissem para que elas acordassem e se pusessem a falar coisas.

As bonecas foram os primeiros brinquedos inventados pelos homens.

E foram também os primeiros instrumentos de magia negra. Um alfinete, aplicado no lugar certo de uma boneca – assim afirmam os entendidos – tem o poder de matar a pessoa que se parece com ela.

Pois eu digo que a Barbie é uma bruxa. Bruxa enfeitiça. Enfeitiçada, a pessoa deixa de ter pensamentos próprios. Só pensa o que a bruxa manda. A pessoa enfeitiçada fica possuída pelos pensamentos da feiticeira e só pensa e faz aquilo que ela manda.

Se falo é porque vi, com esses olhos que a terra há de comer. Basta que as crianças comecem a brincar com a Barbie para que fiquem diferentes. O pai manda, a mãe manda, a criança faz birra e não obedece. Não é assim com a Barbie. Basta que a Barbie mande para que elas obedçam.

De novo você vai me contestar dizendo que a Barbie não fala e não tem vontade. Por isso não pode nem dar ordens e nem ser obedecida.

Errado. O fantástico é que ela, sem falar e sem ter vontade, tenha mais poder sobre a alma das crianças que os pais. Quem me revelou isso foi o futurólogo Alvin Toffer, no seu livro O Choque do Futuro, que li em 1971. O capítulo A Sociedade do Joga - Fora começa com a Barbie. Nascida em 1959, em 1970 mais de 12 milhões já tinham sido vendidas. Um negócio na China. E por quê? Porque a Barbie, diferente das bonecas antigas, bebês que se contentam com uma chupeta e um chocalho, tem uma voracidade insaciável. A Barbie é uma boneca que nunca esta contente: ela sempre pede mais. E essa é a grande lição que ela ensina as crianças: compra por favor!

Para se comprar há as roupas da Barbie, a banheira da Barbie, o secador de cabelo, o jogo de beleza, o guarda-roupa, a cama, a cozinha, o jogo de sala de estar, o carro, o jipe, a piscina, o chalé de praia, o cavalo e os maridos, que podem ser escolhidos e alternados entre o loiro e o moreno etc. etc.

A Barbie está sempre incompleta. Portanto, com ela vem sempre uma pitada de infelicidade. Aliás, essa é a regra fundamental da sociedade consumista: é preciso que as pessoas se sintam infelizes com o que têm, para que trabalhem e comprem o que não

têm. A Barbie tem esse poder: quem a tem está sempre infeliz porque há sempre algo que não se tem, ainda. E os engenheiros da inveja, a serviço das fábricas, se encarregam de estar sempre produzindo esse novo objeto que ainda não foi comprado. Mas é inútil comprar. Porque logo um outro será produzido. É a cenoura na frente do burro... Ela nunca será comida.

Quem dá uma Barbie para uma criança põe a criança numa arapuca sem saída. Porque, ao ter uma Barbie, ela ingressa no Clube das Meninas que têm Barbie. E as conversas, nesse clube, são assim: eu tenho o chalé de praia da Barbie. Você não tem. Ao que a outra retruca: não tenho o chalé, mas tenho o marido loiro da Barbie que você não tem.

Essa é a primeira lição que a inofensiva boneca de plástico ensina. Ensina a horrível fala do eu tenho, você não tem. A maldição das comparações. A maldição da inveja. Você deve conhecer alguns adultos que fazem esse jogo. Haverá coisa mais chata, mais burra, mais mesquinha? Ao dar uma Barbie de presente é preciso que você saiba que a menina aprenderá inevitavelmente essa fala.

Isso feito, essa segunda fala entra inevitavelmente em cena, impulsionada pelas ilusões da inveja. A menininha pensa: Estou infeliz porque não tenho. Se tiver, serei feliz. O jeito de se ter é comprar.

Papai...

Que é, minha filha?

Compra o chalé de praia da Barbie? Eu quero tanto...

Filha na arapuca. Pai na arapuca.

Mas há uma saída. E, para ela, procuro sócios. Vamos começar a produzir o próximo e definitivo complemento para bruxas de plástico: urnas funerárias para a Barbie. Por vezes o feitiço só se quebra com o assassinato da feitiçaria – por bonitinha que seja...

**A Águia que (quase) virou galinha**

Rubem Alves

“O tempo está chegando quando o homem não mais lançará a flecha do seu desejo para além de si mesmo e a corda do seu arco se esquecerá de como vibrar... O tempo está chegando, quando o homem não mais dará a luz de uma estrela. O tempo do mais desprezível dos homens”

‘O tempo está chegando, quando  
toda as águias se transformaram  
em galinhas.’

A idéia dessa estória não é minha. Meu é só o jeito de contar...

Sobre uma águia que foi criada num galinheiro.

E foi aprendendo sobre o jeito galináceo de ser, de pensar, de ciscar a terra, de comer milho, de dormir em poleiros...

E na medida em que aprendia, ia esquecendo as poucas lembranças que lhe restavam do passado. É sempre assim: todo aprendizado exige um esquecimento... E ela desaprendeu

O cume das montanhas,  
Os vôos nas alturas,  
O frio das alturas  
A vista se perdendo no horizonte,  
O delicioso sentimento de dignidade e liberdade...

Como não havia ninguém que lhe falasse destas coisas e todas as galinhas cacarejassem os mesmos catecismos, ela acabou por acreditar que ela não passava de uma galinha com perturbação hormonal, tudo grande demais, aquele bico curvo, sinal

certo de acromegalia, e desejava muito que o seu cocô tivesse o mesmo cheiro certo do cocô das galinhas...

Um dia apareceu por lá um homem que vivera nas montanhas e vira os vôos orgulhosos das águias.

‘Que é que você faz aqui?’, ele perguntou.

‘Esse é meu lugar’, ela respondeu. ‘Todo mundo sabe que galinhas vivem em galinheiros, comem milho, ciscam o chão, botam ovos e finalmente viram canja: nada se perde, utilidade total...’

‘Mas você não é galinha’ ele disse. ‘É uma águia.’

‘De jeito nenhum. Águia voa alto. Eu nem sequer voar sei. Pra dizer a verdade, nem quero. A altura me dá vertigens. É mais seguro ir andando, passo a passo...’

E não houve argumento que mudasse a cabeça da águia esquecida. Até que o homem, não agüentando mais ver aquela coisa triste, uma águia transformada em galinha, agarrou a águia à força, e a levou até o alto de uma montanha.

A pobre águia começou a cacarejar de terror, mas o homem não teve compaixão; jogou-a no vazio do abismo. Foi então que o pavor, misturado a memórias que ainda moravam em seu corpo, fez as asas baterem, a principio em pânico, mas pouco a pouco com tranqüila dignidade, até se abrirem confiantes, reconhecendo aquele espaço imenso que lhe fora roubado. E ela finalmente compreendeu que o seu nome não era galinha, mas águia...

### A cozinha

Rubem Alves

Qual é o lugar mais importante da sua casa? Eu acho que essa é uma boa pergunta para início de uma sessão de psicanálise. Porque quando a gente revela qual é o lugar mais importante da casa, a gente revela também o lugar preferido da alma. Nas Minas Gerais, onde nasci, o lugar mais importante era a cozinha. Não era o mais chique e nem o mais arrumado. Lugar chique e arrumado era a sala de visitas, com bibelôs, retratos ovais nas paredes, espelhos e tapetes no chão. Na sala de visitas as crianças se comportavam bem, era só sorrisos e todos usavam máscaras. Na cozinha era diferente: a gente era a gente mesmo, fogo, fome e alegria. "Seria tão bom, como já foi...", diz a Adélia. A alma mineira vive de saudade.

Tenho saudade do que já foi, as velhas cozinhas de Minas, com seus fogões de lenha, cascas de laranja secas, penduradas, para acender o fogo, bule de café sobre a chapa, lenha crepitando no fogo, o cheiro bom da fumaça, rostos vermelhos. Minha alma tem saudades dessas cozinhas antigas...

Fogo de fogão de lenha é diferente de todos os demais fogos. Veja o fogo de uma vela acesa sobre uma mesa. É fogo fácil. Basta encostar um fósforo aceso no pavio da vela para que ela se acenda. Não é preciso nem arte nem ciência. Até uma criança sabe. Só precisa um cuidado: deixar fechadas as janelas para que um vento súbito não apague a chama. O fogo do fogão é outra coisa. Bachelard notou a diferença: "A vela queima só. Não precisa de auxílio. A chama solitária tem uma personalidade onírica diferente da do fogo na lareira. O homem, diante de um fogo prolixo pode ajudar a lenha a queimar, coloca uma acha suplementar no tempo devido. O homem que sabe se aquecer mantém uma atitude de Prometeu. Daí seu orgulho de atizador perfeito". Fogo de lareira é igual ao fogo do fogão de lenha. Antigamente não havia lareiras em nossas casas. O que havia era o fogo do fogão de lenha que era, a um tempo, fogo de lareira e fogo de cozinhar.

As pessoas da cidade, que só conhecem a chama dos fogões a gás, ignoram a arte que está por detrás de um fogão de lenha aceso. Se os paus grossos, os paus finos e os gravetos não forem colocados de forma certa, o fogo não pega. Isso exige ciência. E depois de aceso o fogo é preciso estar atento. É preciso colocar a acha suplementar, do tamanho certo, no lugar certo. Quem acende o fogo do fogão de lenha tem de ser também um atiçador.

O fogão de lenha nos faz voltar "às residências de outrora, as residências abandonadas, mas que são, em nossos devaneios, fielmente habitadas" (Bachelard). Exouperèry, no tempo em que os pilotos só podiam se orientar pelos fogos dos céus e os fogos da terra, conta de sua emoção solitária no céu escuro, ao vislumbrar, no meio da escuridão da terra, pequenas luzes: em algum lugar o fogo estava aceso e pessoas se aqueciam ao seu redor.

Já se disse que o homem surgiu quando a primeira canção foi cantada. Mas eu imagino que a primeira canção foi cantada ao redor do fogo, todos juntos se aquecendo do frio e se protegendo contra as feras. Antes da canção, o fogo. Um fogo aceso é um sacramento de comunhão solitária. Solitária porque a chama que crepita no fogão desperta sonhos que são só nossos. Mas os sonhos solitários se tornam comunhão quando se aquece e come.

Nas casas de Minas a cozinha ficava no fim da casa. Ficava no fim não por ser menos importante, mas para ser protegida da presença de intrusos. Cozinha era intimidade. E também para ficar mais próxima do outro lugar de sonhos, a horta-jardim. Pois os jardins ficavam atrás. Lá estavam os manacás, o jasmim do imperador, as jabuticabeiras, laranjeiras e hortaliças. Era fácil sair da cozinha para colher chuchus, quiabo, abobrinhas, salsa, cebolinha, tomatinhos vermelhos, hortelã e, nas noites frias, folhas de laranjeira para fazer chá.

Ah! Como a arquitetura seria diferente se os arquitetos conhecessem também os mistérios da alma! Se Niemeyer tivesse feito terapia, Brasília seria outra. Brasília é arquitetura de arquitetos sem alma. Se eu fosse arquiteto minhas casas seriam planejadas em torno da cozinha. Das coisas boas que encontrei nos Estados Unidos nos tempos em que lá vivi estava o jeito de fazer as casas: a sala de estar, a sala de jantar, os livros, a escrivaninha, o aparelho de som, o jardim, todos integrados num enorme espaço integrado na cozinha. Todos podiam participar do ritual de cozinhar, enquanto ouviam música

e conversavam. O ato de cozinhar, assim, era parte da convivência de família e amigos, e não apenas o ato de comer. Eu acho que nosso costume de fazer cozinhas isoladas do resto da casa é uma reminiscência dos tempos em que elas eram lugar de cozinheiras negras escravas, enquanto as sinhás e sinhazinhas se dedicavam, em lugares mais limpos, a atividades próprias de dondocas como o ponto de cruz, o frivolité, o crivo, a pintura e a música. Se alguém me dissesse, arquiteto, que o seu desejo era uma cozinha funcional e prática, eu imediatamente compreenderia que nossos sonhos não combinavam, delicadamente me despediria e lhes passaria o cartão de visitas de um arquiteto sem memórias de cozinhas de Minas.

As cozinhas de fogão de lenha não resistiram ao fascínio do progresso. As donas de casa, em Minas, por medo de serem consideradas pobres, dotaram suas casas de modernas cozinhas funcionais, onde o limpíssimo e apagado fogão a gás tomou o lugar do velho fogão de lenha. As cozinhas, agora, são extensões da sala de visitas. Mas isto é só para enganar. A alma delas continua a morar nas cozinhas velhas, agora transferidas para o quintal, onde a vida é como sempre foi. Lá é tão bom, porque é como já foi.

Eu gostaria de ser muitas coisas que não tive tempo e competência para ser. A vida é curta e as artes são muitas. Gostaria de ser pianista, jardineiro, artista de ferro e vidro - talvez monge. E gostaria de ter sido um cozinheiro. Babette. Tita. Meu pai adorava cozinhar. Eu me lembro dele preparando os peixes, cuidadosamente puxando a linha que percorre o corpo dos papa-terras, curimbas, para que não ficassem com gosto de terra. E me lembro do seu rosto iluminado ao trazer para a mesa o peixe assado no forno.

No espaço em que agora está o meu restaurante DALI, muito antes de imaginar que algum dia eu seria dono de restaurante, eu reunia casais de amigos uma vez por mês para cozinhar. Não os convidava para jantar. Convidava para cozinhar. A festa começava cedo, lá pelas seis da tarde. E todos se punham a trabalhar, descascando cebola, cortando tomates, preparando as carnes. Dizia Guimarães Rosa: "a coisa não está nem na partida e nem na chegada, mas na travessia." Comer é a chegada. Passa rápido. Mas a travessia é longa. Era na travessia que estava o nosso maior prazer. A gente ia cozinhando, bebericando, beliscando petiscos, rindo, conversando. Ao final, lá pelas onze, a gente comia. Naqueles tempos o que já tinha sido voltava a ser. A gente era feliz.

Aquele tempo passou. Virei dono de restaurante, o que não é a mesma coisa. Mas bem que eu gostaria que fosse. Existe até um dia em que, no DALI, quem quer cozi-

nhar, pode. O cliente vai para a cozinha e ajudado pela equipe da casa, cozinha para os seus amigos. Estou pensando que eu mesmo, num dia qualquer, serei o cozinheiro. Não sei direito o que vou cozinhar, porque minha especialidade não são pratos finos. É a sopa. Vaca atolada, sopa de fubá, sopa de coentro... Você já ouviu falar em sopa de coentro? É sopa de portugueses pobres, deliciosa, com muito azeite e pão torrado. A sopa desce quente e, chegando no estômago, confirma.

Qualquer dia desses, se vocês chegarem no DALI, é possível que me vejam de avental e com chapéu de "chef", preparando sopa de coentro. E até lhes darei a receita... Mas não se enganem. Estarei apenas realizando o sonho ancestral, o sonho da Adélia: "Seria tão bom, como já foi..."

**A Pipoca**

Rubem Alves

A culinária me fascina. De vez em quando eu até me atrevo a cozinhar. Mas o fato é que sou mais competente com as palavras do que com as panelas. Por isso tenho mais escrito sobre comidas que cozinhado. Dedico-me a algo que poderia ter o nome de “culinária literária”. Já escrevi sobre as mais variadas entidades do mundo da cozinha: cebolas, *ora-pro-nobis*, picadinho de carne com tomate, feijão e arroz, bacalhoda, suflês, sopa, churrasco. Cheguei mesmo a dedicar metade de um livro poético-filosófico a uma meditação sobre o filme “A Festa de Babette” que é uma celebração da comida como ritual de feitiçaria. Sabedor das minhas limitações e competências, nunca escrevi como chef. Escrevi como filósofo, poeta, psicanalista e teólogo - porque a culinária estimula todas essas funções do pensamento.

As comidas, para mim, são entidades oníricas. Provocam a minha capacidade de sonhar. Nunca imaginei, entretanto, que chegaria um dia em que a pipoca iria me fazer sonhar. Pois foi precisamente isso que aconteceu. A pipoca, milho mirrado, grãos redondos e duros, me pareceu uma simples molecagem, brincadeira deliciosa, sem dimensões metafísicas ou psicanalíticas. Entretanto, dias atrás, conversando com uma paciente, ela mencionou a pipoca. E algo inesperado na minha mente aconteceu. Minhas idéias começaram a estourar como pipoca. Percebi, então, a relação metafórica entre a pipoca e o ato de pensar. Um bom pensamento nasce como uma pipoca que estoura, de forma inesperada e imprevisível. A pipoca se revelou a mim, então, como um extraordinário objeto poético. Poético porque, ao pensar nelas, as pipocas, meu pensamento se pôs a dar estouros e pulos como aqueles das pipocas dentro de uma panela.

Lembrei-me do sentido religioso da pipoca. A pipoca tem sentido religioso? Pois tem. Para os cristãos, religiosos são o pão e o vinho, que simbolizam o corpo e o sangue de Cristo, a mistura de “vida e alegria” (porque vida, só vida sem alegria não é vida...). Pão e vinho devem ser bebidos juntos. Vida e alegria devem existir juntas. Lem-

brei-me, então, de lição que aprendi com a Mãe Stella, sábia poderosa do Candomblé baiano: que a pipoca é a comida sagrada do Candomblé...

A pipoca é um milho mirrado, subdesenvolvido. Fosse eu agricultor ignorante, e se no meio dos meus milhos graúdos aparecessem aquelas espigas nanicas, eu ficaria bravo e trataria de me livrar delas. Pois o fato é que, sob o ponto de vista de tamanho, os milhos da pipoca não podem competir com os milhos normais. Não sei como isso aconteceu, mas o fato é que houve alguém que teve a idéia de derrubar as espigas e colocá-las numa panela sobre o fogo, esperando que assim os grãos amolecassem e pudessem ser comidos. Havendo fracassado a experiência com água, tentou a gordura. O que aconteceu ninguém jamais poderia ter imaginado. Repentinamente os grãos começaram a estourar, saltavam da panela com uma enorme barulheira. Mas o extraordinário era o que acontecia com eles: os grãos duros quebra-dentes se transformavam em flores brancas e macias que até as crianças podiam comer. O estouro das pipocas se transformou, então, de uma simples operação culinária, em uma festa, brincadeiras, molecagem, para os risos de todos, especialmente as crianças. É muito divertido ver o estouro das pipocas!

E o que é que isso tem a ver com o Candomblé? É que a transformação do milho duro em pipoca macia é símbolo da transformação porque devem passar os homens para que eles venham a ser o que devem ser. O milho da pipoca não é o que deve ser. Ele deve ser aquilo que acontece depois do estouro. O milho da pipoca somos nós: duros, quebra-dentes, impróprios para comer; pelo poder do fogo podemos, repentinamente, nos transformar em outras coisas, voltar a ser criança!

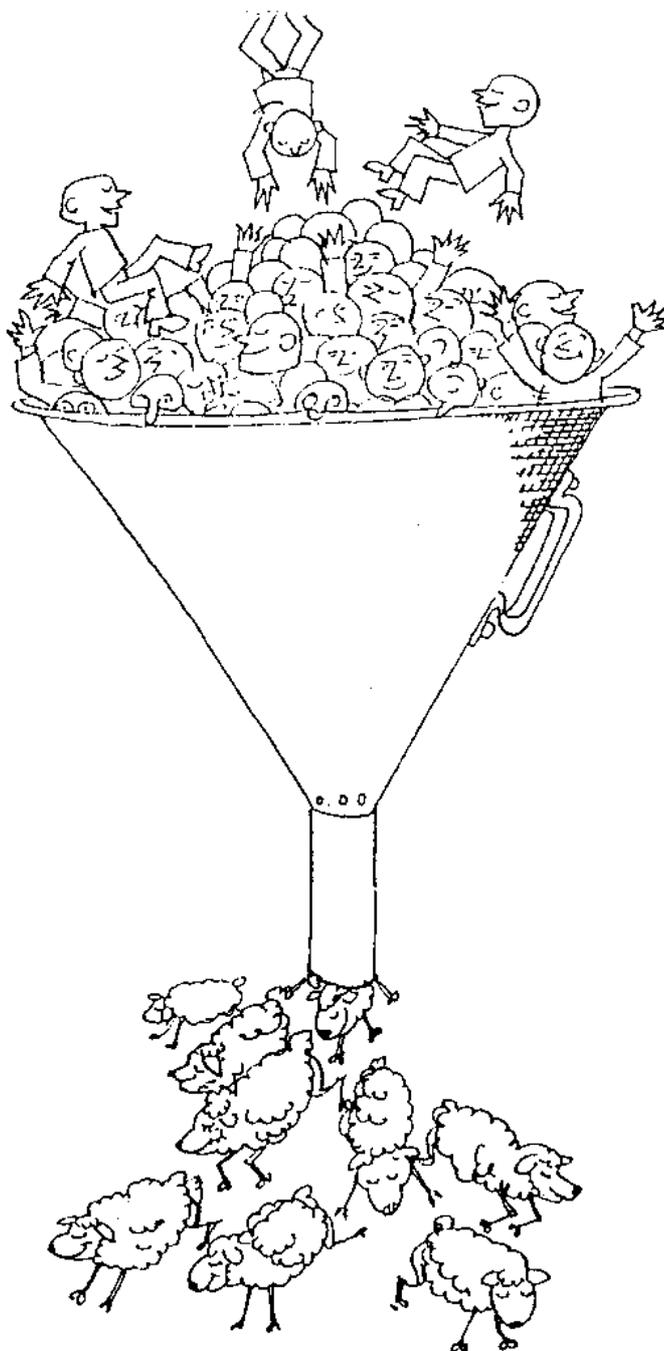
Mas a transformação só acontece pelo poder do fogo. Milho de pipoca que não passa pelo fogo continua a ser milho de pipoca, para sempre. Assim acontece com a gente. As grandes transformações acontecem quando passamos pelo fogo. Quem não passa pelo fogo fica do mesmo jeito, a vida inteira. São pessoas de uma mesmice e dureza assombrosa... Só que elas não percebem. Acham que o seu jeito de ser é o melhor jeito de ser. Mas, de repente, vem o fogo. O fogo é quando a vida nos lança numa situação que nunca imaginamos. Dor. Pode ser fogo de fora: perder um amor, perder um filho, ficar doente, perder um emprego, ficar pobre. Pode ser fogo de dentro. Pânico, medo, ansiedade, depressão, sofrimentos cujas causas ignoramos. Há sempre o recurso aos remédios. Apagar o fogo. Sem fogo o sofrimento diminui. E com isso a possibilidade da grande transformação.

Imagino que a pobre pipoca, fechada dentro da panela, lá dentro ficando cada vez mais quente, pense que sua hora chegou: vai morrer. De dentro de sua casca dura, fechada em si mesma, ela não pode imaginar destino diferente. Não pode imaginar a transformação que está sendo preparada. A pipoca não imagina aquilo de que ela é capaz. Aí, sem aviso prévio, pelo poder do fogo, a grande transformação acontece: pum!!! E ela aparece como uma outra coisa, completamente diferente, que ela mesma nunca havia sonhado. É a largada rastejante e feia que surge do casulo como borboleta voante.

Na simbologia cristã o milagre do milho de pipoca representado pela morte de Cristo: a ressurreição é o estouro do milho de pipoca. É preciso deixar de ser de um jeito para ser de outro. “Morre e transforma-te!”. Dizia Goethe.

Em Minas, todo mundo sabe o que é piruá. Falando sobre os piruás com os paulistas, descobri que eles ignoram o que seja, alguns, inclusive, acharam que era gozação minha, que piruá é palavra inexistente. Cheguei a ser forçado a me valer do Aurélio para confirmar o meu conhecimento da língua. Piruá é o milho de pipoca que se recusa a estourar. Meu amigo William, extraordinário professor pesquisador da Unicamp, especializou-se em milhos, e desvendou cientificamente o assombro do estouro da pipoca. Com certeza ele tem uma explicação científica para os piruás. Mas, no mundo da poesia, as explicações científicas não valem. Por exemplo: em Minas “piruá” é o nome que se dá às mulheres que não conseguiram casar. Minha prima, passada dos quarenta, lamentava: Fiquei “piruá”! Mas acho que o poder metafórico dos piruás é muito maior. Piruás são aquelas pessoas que, por mais que o fogo esquente, recusam a mudar. Elas acham que não pode existir coisa mais maravilhosa do que o jeito delas serem. Ignoram o dito de Jesus: ‘Quem preservar a vida perdê-la-á’. A sua presunção e o seu medo são a dura casca do milho que não estoura. O destino delas é triste. Vão ficar duras a vida inteira. Não vão se transformar na flor branca macia. Não vai dar alegria para ninguém. Terminado o estouro alegre da pipoca, no fundo da panela ficam os piruás que não servem para nada. Seu destino é o lixo.

Quanto às pipocas que estouraram, são adultos que voltaram e ser crianças e que sabem que a vida é uma grande brincadeira...



**CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO**

**Título:** Problematização do comportamento alimentar como estratégia de educação nutricional: uma experiência com adolescentes obesos

Responsáveis pela pesquisa: Prof. Dra. Maria Cristina Faber Boog  
Érika Marafon Rodrigues

Nome do adolescente: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

O comportamento e hábito alimentar inadequados de adolescentes podem desencadear obesidade. O estudo objetiva verificar a mudança de comportamento alimentar de adolescentes obesos e estratégias de enfrentamento pelos mesmos, com a problematização no contexto da educação nutricional. Os adolescentes serão consultados inicialmente por médicos e encaminhados à consulta com nutricionista, realizada quinzenalmente durante um período de oito meses.

Em qualquer momento da pesquisa é garantido ao paciente o direito para perguntas e esclarecimentos de dúvidas relacionados com a mesma. O paciente poderá abandonar a pesquisa a qualquer tempo, sem que este sofra prejuízo no atendimento, cuidado e tratamento pela equipe da especialidade do hospital. Os resultados do trabalho serão publicados, mas os participantes não serão identificados em caso algum, zelando pela privacidade.

O participante será informado sobre o nome e telefone dos membros da equipe para eventual intercorrência, assim como da secretaria da comissão de ética para recurso ou reclamação do paciente.

*Pesquisadoras: Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Cristina Faber Boog - fone: 19 - 37888836*  
Érika Marafon Rodrigues - fone: 19 - 34117142  
Comitê de Ética em Pesquisa: 19 - 37888936.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pai ou responsável  
Nome:

\_\_\_\_\_  
Prof.a Dra. Maria Cristina Faber Boog  
Responsável pela pesquisa



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA  
Caixa Postal 6111  
13083-970 Campinas-S.P.  
☎ 0 19 7888936  
fax 0 19 7888925  
✉ [cep@head.fcm.unicamp.br](mailto:cep@head.fcm.unicamp.br)

CEP, 10/07/01  
(Grupo III)

**PARECER PROJETO: N° 119/2001**

**I-IDENTIFICAÇÃO:**

**PROJETO: “MUDANÇA DE COMPORTAMENTO ALIMENTAR DE ADOLESCENTES OBESOS ATRAVÉS DA EDUCAÇÃO NUTRICIONAL APLICADA EM DIFERENTES CONDIÇÕES”**  
PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Erika Marafon Rodrigues  
INSTITUIÇÃO: Hospital das Clínicas/UNICAMP  
APRESENTAÇÃO AO CEP: 13/06/2001

**II - OBJETIVOS**

O projeto visa analisar a mudança de comportamento alimentar na prática da educação com adolescentes, em situações diferentes de atendimento: consultas individuais e grupos participativos associados às consultas.

**III - SUMÁRIO**

Trata-se de um estudo para avaliar o hábito alimentar e comportamental, assim como mudanças pondo-estaturais de adolescentes obesos sem endocrinopatias, com idade entre 11 e 15 anos através de duas abordagens educativas: aconselhamento dietético individual e aconselhamento dietético individual associado à participação em grupo

Serão estudados de 30 adolescentes, de ambos os sexos, com idade entre 11 e 15 anos, com diagnóstico de obesidade exógena, atendidos no Ambulatório Geral de Adolescência do Hospital das Clínicas da UNICAMP, no período de oito meses.

**IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES**

Quanto a análise da adequação da metodologia proposta, acreditamos serem pertinentes aos objetivos esperados

As condições propostas para a realização do trabalho parecem adequados.

Sob o aspecto ético do projeto, não observamos nada que pudesse afetar os princípios de respeito aos sujeitos do trabalho, uma vez que o termo de consentimento esta adequadamente amplo e esclarecedor. Não obstante a este, será mantido sigilo sobre a identificação dos participantes desta pesquisa, bem como esta garantida toda a assistência que qualquer voluntário possa vir a necessitar.

O presente projeto, em pode ser encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas com proposta de aprovação.

Aprovado sem pendências

**V - PARECER DO CEP**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e 251/97, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa supracitado.

**VI - DATA DA REUNIÃO**

Homologado na VII Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 10 de julho de 2001.

  
Prof. Dr. Sebastião Araújo  
PRESIDENTE do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA  
FCM / UNICAMP