

UNIVERSIDAD EVANGÉLICA DEL PARAGUAY
DIRECCIÓN DE POSTGRADOS



THIAGO SOUZA SANTOS

**INCIDÊNCIA DA OBESIDADE NA ADOLESCÊNCIA FEMININA:
POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO DA EDUCAÇÃO FÍSICA ESCOLAR.**

Asunción - Paraguay
2015

THIAGO SOUZA SANTOS

**INCIDÊNCIA DA OBESIDADE NA ADOLESCÊNCIA FEMININA:
POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO DA EDUCAÇÃO FÍSICA ESCOLAR.**

Dissertação apresentada ao Programa de Postgrado da Universidad Evangélica Del Paraguay - UEP, como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências da Educação.

Orientador: Dr. Carlos Ibañez Morino

**Asunción - Paraguay
2015**

MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
A COMISSÃO ABAIXO ASSINADA APROVA A DISSERTAÇÃO:

**INCIDÊNCIA DA OBESIDADE NA ADOLESCÊNCIA FEMININA:
POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO DA EDUCAÇÃO FÍSICA ESCOLAR.**

THIAGO SOUZA SANTOS

COMO REQUISITO PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE
MESTRE EM CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Dr. Carlos Ibañez Morino

ORIENTADOR

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. Dionisio S. Ortiz Mutti

UNIVERSIDAD EVANGÉLICA DEL PARAGUAY

Prof. Dr. Genaro Ruiz Dias Benitez

UNIVERSIDAD EVANGÉLICA DEL PARAGUAY

Prof. Dr. Esteban Missena Del Castillo

UNIVERSIDAD EVANGÉLICA DEL PARAGUAY

**Asunción - Paraguay
2015**

DEDICATÓRIA

A minha filha Lara

A minha esposa Mara

Maiores motivações para todo esforço e todo o trabalho.

AGRADECIMENTOS

A Deus,

O principio e a fortaleza.

Meu pai José e minha mãe Maria das Graças

Caminho, referência, mestres maiores

Colegas, professores

A parceria e a companhia

A Mauricio Santana

O apoio e o cuidado

Nossa maior fraqueza está em desistir. O caminho mais certo de vencer é tentar mais uma vez.

Thomas Edison

RESUMO

A obesidade é um conhecido fator de risco para a saúde pessoal tornando-se atualmente um fator de risco de saúde pública. Milhares de mortes relacionadas a ela são quantificadas no mundo inteiro. Portanto, mais que uma questão de aparência é uma questão de vida. Além de ser caracterizada enquanto enfermidade, ainda é motivadora de outras tantas doenças. Essa pesquisa estuda a gênese da obesidade dentro suas visões clínica e a influência dela no comportamento psicossocial das mulheres no período da adolescência, uma vez que 8% dos adolescentes sofrem de problemas de obesidade, e oito em cada dez adolescentes continuam obesos na fase adulta. Em geral ganham peso com facilidade devido a fatores tais como: hábitos alimentares errados, inclinação genética, estilo de vida sedentário, distúrbios psicológicos, problemas na convivência familiar entre outros. Observando a prevenção da obesidade enquanto ação educativa, vimos aqui evidenciar de que forma a educação física escolar pode interferir na vida do sujeito, adolescentes do sexo feminino, público em maior índice de obesidade entre gêneros e faixa etária. Enfatiza-se assim a atuação do educador físico, profissional responsável pela disseminação das ações que introduzam as ferramentas para a prevenção e cuidado. Consta de uma pesquisa bibliográfica composta por uma introdução onde é apresentado o tema e são referendados os objetivos do trabalho, um referencial teórico acerca da obesidade, um segundo capítulo onde se referencia a adolescência no contexto do gênero feminino e um terceiro capítulo onde se discute a importância da educação física escolar enquanto pressuposto para a prevenção da obesidade.

Palavras-chave: Obesidade, Adolescência, Gênero, Educação Física Escolar, Saúde.

ABSTRACT

The obesity is one known factor of risk for the personal health becoming currently a factor of risk of public health. Thousands of related deaths it are quantified in the entire world. Therefore more than an appearance question it is a life question. Beyond being characterized while disease, still is motivadora of others as many illnesses. This research studies genesis of the obesity inside its visões clinical and the influence of it in the psychosocial behavior of the women in the period of the adolescence, a time that 8% of the adolescents suffer from obesidade problems, and eight in each ten adolescents continue obesos in the adult phase. In general the factors gain weight with easiness due such as: missed alimentary habits, genetic inclination, sedentary style of life, psychological riots, problems in the family life among others. Observing the prevention of the obesidade while educative action, we saw here to evidence of that it forms the pertaining to school physical education can intervene with the life of the citizen, adolescents of the feminine, public sex in bigger index of obesity between sorts and etária band. The performance of the physical, professional educator is emphasized thus responsible for the dissemination of the actions that introduce the tools for the prevention and care. It consists of a composed bibliographical research for an introduction where the subject is presented and is authenticated the objectives of the work, a theoretical referencial concerning the obesity, as a chapter where if reference the adolescence in the context of the feminine sort and one third chapter where if the importance of the pertaining to school physical education while estimated for the prevention of the obesity argues.

Word-key: Obesity, Adolescence, Sort, Pertaining to school Physical Education, Health.

LISTA DE SIGLAS

COF Córtex Orbitofrontal

DANTs -Doenças e Agravos Não Transmissíveis

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMC (Índice de Massa Corporal)

IP- Instituto de Psicologia

LDB – Lei de Diretrizes e Bases

MS- Ministério da Saúde

OMS- Organização Mundial de Saúde

USP- Universidade de São Paulo

SBPC- Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica

UERJ- Universidade do Estado do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1. CAP 1 OBESIDADE E O CÉREBRO SOB O PONTO DE VISTA CLÍNICO.	17
1.1 CONCEITUANDO CLINICAMENTE A OBESIDADE	17
1.2 ORIGENS E CLASSIFICAÇÃO	19
1.3 OS RISCOS PARA A SAÚDE	23
1.4 DO DIAGNÓSTICO AOS TRATAMENTOS	25
1.5 UMA PATOLOGIA CEREBRAL E EMOCIONAL	28
2 CAP 2 ADOLESCÊNCIA:ALGO MAIS QUE UMA TRANSIÇÃO DO SER MENINA.	39
2.1 CONSTRUÇÃO HISTÓRICA CULTURAL E SOCIAL DO ADOLESCENTE	39
2.2 DESENVOLVIMENTO FÍSICO E CORPORAL , PSICOSSOCIAL E COGNITIVO.	41
2.3 A OBESIDADE ENTRE OS ADOLESCENTES: UM GRANDE PROBLEMA.	42
2.4 QUESTÕES DE GÊNERO: A IDENTIDADE DO SER MENINA	45
3 CAP 3 EDUCAÇÃO FÍSICA ESCOLAR:ONDE O MASCULINO E O FEMININO SE CRUZAM.	48
3.1 PROPOSIÇÕES DA EDUCAÇÃO FÍSICA ESCOLAR	48
3.2 DIFICULDADES COM O FEMININO: COMO OUVIR MELHOR A MENINA.	51
3.3 INCLUINDO A MENINA: A IMPORTÂNCIA DA MULHER NO DESPORTO	53
3.4 PARA ALÉM DAS METODOLOGIAS, AS POSSIBILIDADES DA EDUCAÇÃO FÍSICA ESCOLAR.	55
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
REFERÊNCIAS	60

INTRODUÇÃO

A busca pela qualidade de vida tem sido a tendência do último século. O sonho da longevidade que marcou gerações anteriores hoje dá espaço à busca pelo bem-estar. Assim, viver muito será certamente consequência de uma vida plena, saudável, em que o físico, o emocional, o mental, o espiritual estejam em perfeita harmonia.

Nesse ínterim um termo vem resumir tudo aquilo o que se entende por qualidade de vida: a auto-estima. Procurar equilibrar todos os setores da vida só tem sentido se isso gera o estar bem consigo e com a realidade que circunda. Hoje um verdadeiro arsenal de possibilidades e técnicas surgem para que esse “estar bem” se concretize. Boa alimentação, massagens, relaxamento, possibilidades de intervenção estética inimagináveis antigamente vêm auxiliar nessa busca pelo bem estar.

O psicanalista Jurandir Freire Costa, professor do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), diz que a cultura do corpo é fruto de duas constatações: da cultura das sensações, provocada pela mídia – representada por todos os ícones que deformam a percepção do “eu” e “do estar no mundo”; e da ciência, representada pela medicina moderna, que diz o que é bom e ruim para o corpo. “O corpo dos indivíduos, sobretudo o dos grupos privilegiados do ponto de vista social, econômico e cultural, tornou-se o objeto-alvo do ideal de felicidade sensorial”, destaca o professor.

Para o psicanalista, o corpo, na sociedade do século XXI, começou a tomar o lugar de outras instâncias na constituição da identidade. Ele afirma que a preocupação com o corpo sempre existiu, mas em graus diferentes. No entanto, nos dias atuais, o corpo tornou-se maestro da condução da vida das pessoas. *“O problema então é esse: o corpo a serviço de quê? De si próprio ou de algo que o transcende? Essa é a questão. Quando o corpo começa a ganhar uma autonomia que ele não devia nem podia ter, começam os problemas”*, destaca o professor em entrevista a Revista de História da Biblioteca Nacional.

Atualmente um conceito de que ter saúde é mais extenso, pois hoje se é colocado que a saúde não é meramente não se ter doença, e se ter saúde não é

apenas não estar doente, pois a saúde individual depende de fatores como econômico, de lazer, profissional, social dentre outros.

A discussão em torno da obesidade é ampla, por isso apresenta-se como um desafio à pesquisa proposta, a obesidade tem sido uma afronta à saúde pública do nosso país, já que o número de casos de pessoas com sobrepeso tem sido grande e manifesta um fator muito preocupante por poder torna-se uma enfermidade crônica. Hoje em dia existe uma preocupação exagerada com o corpo, decorrente dos padrões de beleza criados pela própria sociedade, de um lado, o modelo extremamente magro como ideal de beleza, do outro, o corpo obeso decorrente das conquistas da chamada “vida moderna”.

Para Wannmacher :

Não é apenas problema estético, mas importante fator de risco para doenças cardiovasculares, osteoartrite, refluxo gastresofágico, diabetes Mellitus, insuficiência cardíaca, alterações hormonais e sexuais, câncer e outras complicações. Sua prevalência tem aumentado no mundo com notório comprometimento de crianças e adolescentes. O controle da obesidade não modifica taxas de mortalidade, mas previne e controla algumas doenças crônicas. (WANNMACHER 2004, p. 01):

De acordo com Duarte (2005), o sobrepeso não tem conseqüências imediatas no desenvolvimento de doenças crônicas, porém contribui para variações nos riscos a saúde. “Três questões devem ser consideradas: idade de aparecimento, duração e flutuação de peso, isto é, oscilações de peso”.

A obesidade integra o grupo de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANTs), e que podem ser caracterizadas por doenças com história natural prolongada, múltiplos fatores de risco, interação de fatores etiológicos, especificamente de causas desconhecidas, ausência de participação ou participação polêmica de microorganismos entre os determinantes, longo período de latência, longo curso assintomático, curso clínico em geral lento, prolongado e permanente, manifestações clínicas com períodos de remissão e de exacerbação, lesões celulares irreversíveis e evolução para diferentes graus de incapacidade ou para a morte”. (Pinheiro 2004)

Ao se tratar deste tema Murate (2005) desenvolveu um conceito mais abrangente, no qual descreve que a obesidade é considerada uma síndrome multifatorial na qual a genética, o metabolismo e o ambiente interagem assumindo diferentes quadros clínicos nas diversas realidades socioeconômicas. A autora

acrescenta que essa doença tem sido classificada como uma desordem primária de alta ingestão calórica e redução do gasto calórico diário, conseqüência da vida contemporânea.

Segundo a pesquisa de orçamentos familiares (2003-2004), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), são 38,8 milhões de pessoas com 20 anos de idade ou mais que estão acima do peso, o que significa 40,6% da população total do país. Dentro deste grupo, 10,5 milhões são obesos. A pesquisa também revelou que o problema se agrava com a idade e que a faixa etária de 20 a 44 anos concentra o maior número de homens com excesso de peso. Já nas mulheres, a obesidade predomina nas faixas posteriores, indicando que os homens tendem a ganhar peso de forma mais rápida que as mulheres, e estas de forma mais lenta em um espaço de tempo maior. (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2004).

Além de ser um problema de ordem pública a obesidade alcança todas as classes sociais, compõe um estado nutricional insatisfatório, em conseqüência de um distúrbio no balanceamento dos nutrientes, entre outros fatores pelo desregramento alimentar. O excesso de peso causa problemas psicológicos, frustrações, infelicidades, além de uma gama de doenças lesivas.

A obesidade é um dos problemas causados por este novo estilo de vida e os adolescentes estão sendo cada vez mais afetados. Esta é a constatação de uma pesquisa realizada pela docente Tamara Ledere Goldberg, da Faculdade de Medicina da UNESP - Campus Botucatu (FMB). Ela é autora da pesquisa Prevalência de sobrepeso e obesos em ambulatório de adolescentes: emprego de dois indicadores nutricionais, realizada no Ambulatório de Adolescentes, ligado do Departamento de Pediatria da FMB, que trata de pessoas com idades entre 10 e 20 anos incompletos, com os mais variados problemas relacionados à saúde.

A obesidade é um doença crônica e multifatorial. Ela pode ser causada por aspectos sócio-econômicos, nutricionais, hereditários e comportamentais. Sem dúvida nenhuma, o crescimento da obesidade na adolescência está relacionado com o moderno modo de vida das pessoas. De um modo geral, as crianças, por exemplo, estão trocando a bicicleta pelo computador. As diversões são outras e as atividades, também. (GOLDEBERG,2011)

Além disso, não vemos regras para a alimentação dos adolescentes. Eles comem qualquer coisa em qualquer horário. Não há um controle nutricional. O jovem

hoje come o que quer e quando quer, faz a ingestão de alimentos que na verdade não os alimenta e depois sofrem com a cobrança do corpo ideal para uma auto aceitação e aceitação de outrem.

Assim a promoção da saúde é uma das preocupações do mundo atual principalmente no sentido preventivo nos setores de saúde e da educação, para buscar a melhoria da qualidade de vida da população, através da promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde dos cidadãos. No caso do ministério da Saúde, por exemplo, a intenção é proporcionar a gestão compartilhada entre usuários, movimentos sociais, trabalhadores do setor sanitário e de outros setores, produzindo autonomia e co-responsabilidade (BRASIL, 2006). Nesse sentido a saúde conta com a educação como grande aliada e isso têm-se mostrado freqüente no decorrer do últimos anos no processo de formação de enfermeiros, médicos, cuidadores, onde a ênfase no pedagógico vem aumentando paulatinamente.

Apesar de toda essa preocupação a saúde pública no Brasil atravessa uma fase grave, e contraditória, pois nunca houve na história do país houve tanto investimento e aplicação de programas tais com o volume de programas, projetos e descentralização da saúde implementados pelo Governo Federal, entre os quais Programa de Saúde na Família, Reforsus, Humaniza SUS, Bolsa Alimentação entre outros. São inúmeras as tentativas que primam pela elaboração, planejamento, mas que pecam na aplicabilidade e alcance, não conseguindo atingir a grande maioria da população que continua excluída desses serviços.

Além de todos os entraves burocráticos e toda a dificuldade técnica que esses programas encontram para a sua efetivação, uma questão é mais aparente e alimenta um circulo vicioso que colabora para a manutenção do atual estado de coisas: a desigualdade social. Por trás da chamada democratização e implementação dos serviços de saúde, existe uma tentativa de mascarar as desigualdades que dificultam o acesso da grande maioria da população agravando a cada dia o quadro da saúde pública no país.

Atualmente, cerca de quinze programas fazem parte do Programa de Saúde do Governo Federal, e, desde finais da década de 80 e inicio da década de 90, um sem fim de projetos tem sido lançados na tentativa de erradicar os problemas sociais do país. Por que apesar de tanta divulgação da importância do controle e da erradicação da obesidade, as pessoas continuam em processo de engorda? As pessoas (tanto os profissionais em geral, quanto a população) conhecem realmente

esses programas? Quais fatores impedem a aplicabilidade dos mesmos? Onde a menina adolescente se enquadra no perfil dos obesos? O que a escola através da Educação Física vem fazendo? Existe uma parceria no sentido da prevenção da obesidade? São essas questões relacionadas às observações empíricas e aos estudos bibliográficos nortearão esse trabalho. Diante desta realidade propomos a seguinte questão: “De que forma a Educação Física Escolar pode intervir para prevenção da obesidade e ainda mais na cura das adolescentes já em processo de obesidade?”

A pesquisa assim tem por objetivo discutir sob o ponto de vista médico clínico, a obesidade e suas formas de tratamento. Evidenciar a importância da educação em saúde para prevenção da obesidade. E em nível mais amplo, a necessidade desse estudo científico é de destacar as falhas do tratamento convencional, clínico, medicamentoso ou de intervenção cirúrgica quando na verdade o problema pode ser e precisa ser debelado na construção educacional, na saúde física, mental e emocional, sem perder de vista as questões de ordem prática. Busca-se também evidenciar as causas e consequências da obesidade se nas questões genéticas ou na desigualdade sócio-econômica que gera um perfil ansioso e doente nas pessoas por conta dos fatores como alimentação, vida sedentária entre outros. De que forma a educação física escolar pode e deve minorar o problema é justamente nesse contexto reside a relevância desse trabalho.

Assim, esta pesquisa evidencia numa abordagem integral e humanizada, que a prevenção da obesidade é um desafio aos profissionais em geral, aos professores de educação física. Acredita-se assim que poderá contribuir para a reflexão acerca dos hábitos saudáveis de vida, para a prevenção, a recuperação e a reabilitação de indivíduos que sofrem com a obesidade, o sobrepeso e com doenças decorrentes dessa condição. E sobretudo para a reflexão acerca da postura mental individual que gera saúde também gera doença no indivíduo. O início do terceiro milênio marca a era da evolução tecnológica no mundo. Os avanços científicos e tecnológicos em quase todas as áreas estão tornando a vida em sociedade cada vez mais facilitada. A comunicação é em tempo real. O advento da Internet eliminou fronteiras comerciais e culturais entre os continentes. Na mesma velocidade que observamos o desaparecimento de alguns empregos, vemos surgir novos postos de trabalho. A medicina evoluiu em muitas áreas, com novos medicamentos e novas formas de tratamento.

Mas, se por um lado, a modernidade traz vários benefícios ao homem, por outro, cria problemas de saúde e de comportamento. O estresse, por exemplo, é uma doença antiga, porém tornou-se uma epidemia séria apenas nos últimos anos. O sedentarismo também é algo que vem preocupando os profissionais da saúde, já que é cada vez mais freqüente ver pessoas acomodadas em suas casas com seus controles remotos, correios eletrônicos, jogos virtuais, máquinas automáticas etc. Isso sem falar no crescente aumento do índice de violência nas grandes cidades, o que obriga as pessoas a passarem mais tempo em lugares fechados.

CAPITULO I OBESIDADE E O CÉREBRO SOB O PONTO DE VISTA CLÍNICO.

Neste capítulo abordaremos os aspectos clínicos e estéticos relacionados a obesidade desde sua origem aos desdobramento na atualidade onde se configura um caso de saúde pública agravando-se notadamente em determinados países como o Brasil. Hoje a obesidade é um dos grandes problemas de saúde pública mundial; o acúmulo de gordura corporal é o principal fator de risco para doenças cardiovasculares e diabetes. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), só na Europa morrem todos os anos cerca de 250 mil pessoas em decorrência dos maus hábitos alimentares. No Brasil, 27 milhões de pessoas estão acima do peso e quase sete milhões são obesos.

1.1. CONCEITUANDO CLINICAMENTE A OBESIDADE

O excesso de gordura é um dos maiores problemas em muitos países principalmente os industrializados. A obesidade é uma questão de abrangência mundial pela Organização Mundial de Saúde pelo fato de atingir um elevado número de pessoas e predispõe o organismo a vários tipos de doenças e a morte prematura. Os indicadores de qualidade de vida colocam as pessoas obesas em desvantagens. (NAHÁS, 2003).

A administração do peso corporal imaginado como perfeito é um fator determinante ao estado considerado saudável, proporcionando um bem-estar e uma melhor qualidade de vida. Como padrão de controle para a prevenção da obesidade, é essencial manter uma dieta alimentar equilibrada e estar praticando exercícios físicos regularmente. Talvez seja devastadora a imagem negativa da obesidade na sociedade atual, favorecendo atitudes disseminadas de discriminação em relação ao obeso, apesar da sociedade está gradualmente exposta ao conceito de que a obesidade não é só uma questão de autocontrole.

A obesidade de causa nutricional é considerada como um distúrbio do metabolismo energético, quando ocorre armazenamento excessivo de energia sob forma de triglicérides do tecido adiposo. Isso se dá porque o organismo estoca energia por meio de regulação entre a ingestão alimentar (elevada) e o gasto

energético (baixo). Um pequeno desequilíbrio na balança energética gera um balanço positivo acarretando um pequeno aumento de peso. Entretanto, esse balanço positivo pode se tornar crônico levando o indivíduo a obesidade. (SEBOLD, apud., 2004).

O sobrepeso indica um aumento do que normalmente deveria ser o peso de um indivíduo com relação à sua altura, sendo uma classificação praticamente arbitrária e a obesidade que indica um desarranjo entre funções fisiológicas, bioquímicas, metabólicas, anatômicas do organismo, além do ambiente socioeconômico, cultural e educativo e o seu ambiente individual e familiar.

Quando as quantidades de energia (na forma de alimentos) que penetram no organismo são maiores do que as consumidas, ocorre aumento do peso corporal. Por conseguinte, a obesidade é causada por excesso de suprimento de energia em relação ao seu consumo. Para cada 9,3 calorias de energia em excesso que penetram no organismo, ocorre armazenamento de 1 grama de gordura. O excesso de aquisição de energia ocorre *apenas durante a fase de desenvolvimento da obesidade*. (GUYTON, apud. 2002)

O termo obesidade se refere à condição com gordura excessiva, que acompanha uma constelação de co-morbidades, incluindo apenas um ou todos os seguintes componentes da síndrome dos obesos: intolerância à glicose, resistência à insulina, dislipidemia, diabetes tipo2, hipertensão, concentração plasmática elevadas das leptina, tecido adiposo visceral aumentado o maior risco de doença cardíaca coronariana e de câncer. (BOUCHARD 2003).

A gordura corporal de forma geral se dá pelo equilíbrio energético, que é determinado pela ingestão de nutrientes e pelo gasto calórico. O excesso de ingestão de energia, em relação à quantidade gasta pelo organismo para suprir as necessidades metabólicas e realização das atividades cotidianas, podem levar ao ganho de peso. A gordura essencial, necessária para o funcionamento fisiológico normal, é guardada em pequenas quantidades na medula óssea, coração, pulmão, fígado, baços, rins, músculos e tecidos.

Existe muitíssima confusão acerca do significado preciso dos termos peso excessivo (overweight), gordura excessivo (overfat) e obesidade quando aplicados à composição corporal e aos riscos correlatos de saúde para uma gordura corporal excessiva. Em verdade, cada termo assume com frequência um significado

diferente, dependendo da situação e do contexto de sua utilização. Na maior parte da literatura médica, o termo peso excessivo (*overweight*) pretende descrever uma condição de gordura excessiva, até mesmo na ausência das mensurações concomitantes da gordura corporal. Dentro desse contexto, obesidade refere-se então aos indivíduos nos extremos do *continuum* de peso excessivo (*overweight*). Esse é exatamente o quadro de referência usado atualmente para delinear o *continuum* de gordura corporal por intermédio do IMC (Índice de Massa Corporal). (BOUCHARD, 2003)

Segundo Czepielewski, a forma mais amplamente recomendada para a avaliação do peso corporal em adultos é o IMC (Índice de Massa Corporal), recomendado inclusive pela Organização de Saúde. Esse índice é calculado dividindo-se o peso do paciente em quilogramas (kg) pela sua altura em metros elevada ao quadrado (quadrado de sua altura). O valor assim obtido estabelece o diagnóstico da obesidade e caracteriza também os riscos associados. (CZEPIELEWSKI, 2006),

O IMC apresenta limitações, tais como: é questionável em crianças e adolescentes por estarem em um período de mudanças corporais; não há índice de normalidades para indivíduos idosos; é o mesmo para indivíduos de diferentes raças; é o mesmo para indivíduos de diferentes estaturas. A organização Mundial de Saúde (OMS) propõe uma classificação para o sobrepeso que busca superar as limitações reconhecidas no IMC na determinação da caracterização da obesidade. Essas etiologias serão destacadas a seguir.

1.2 ORIGENS E CLASSIFICAÇÃO

A etiologia da Obesidade não é facilmente identificada e/ou caracterizada na grande maioria dos casos, apesar do crescente número de estudos relacionados a essa doença. Tal dificuldade deve-se ao fato de a obesidade se caracterizada como uma doença de multifatorial e, como tal, sua etiologia pode-se tornar controvertida, visto que existem contribuições comportamentais, do estilo de vida e aspectos fisiológicos no desenvolvimento e na manutenção desta. (SIEGFRIED, 2003).

A obesidade possui uma origem complexa e suas causas evidentemente diferem de uma pessoa da outra, reconhecer isto é de total importância para o acompanhamento, e o tratamento já estabelecido, bem como a prevenção de seu aparecimento.

Há inúmeras tentativas de explicar o mecanismo que leva o indivíduo a desenvolver a obesidade, pois fisiologicamente o organismo conta com mecanismos de saciedade de fome e satisfação alimentar, mas esse mecanismo aparentar estar alterado em indivíduos que desenvolvem a obesidade. Outra explicação pode ser relativa ao desenvolvimento da obesidade pela interação entre vários genes que exercem efeitos importantes em determinadas famílias. (SEBOLD apud., 2004).

Antes de ser uma doença, a obesidade seria apenas o resultado de uma seleção natural, pacientemente executada ao longo da evolução, capaz de dotar a espécie humana da admirável capacidade de sobreviver a longos períodos de escassez energética. Essa terá sido sem dúvida, uma vantagem evolutiva que nos permitiu chegar aos dias de hoje. Por isso, quando procuramos alterações genéticas que expliquem a existência da obesidade em um indivíduo, habitualmente não as encontramos. Elas usualmente não existem. As alterações genéticas isoladas são responsáveis apenas por uma minoria dos casos de obesidade. (TEIXEIRA NETO, 2003).

As diferenças individuais entre fatores específicos que predispõem os seres humanos ao aumento excessivo de peso incluem os padrões alimentares e o meio ambiente relacionado aos alimentos; o condicionamento dos alimentos, a imagem corporal e as variações relacionadas às taxas metabólicas de repouso; a termogênese de indução dietética, o nível de atividade espontânea ou “agitação” (termogênese da atividade que independe dos exercícios); temperatura corporal basal; suscetibilidade às infecções virais específicas, níveis de adenosina trifosfato celular, de lipoproteína lípase e de outras enzimas; e tecido adiposo marrom metabolicamente ativo. (BOUCHARD, 2003).

Como visto, a obesidade apresenta-se de forma bem complexa, para melhor entendimento está será descrita, a seguir, de acordo com sua característica e/ ou tipo. Assim, pode resultar de fatores endógenos ou exógenos. A obesidade de origem endógena representa 5% ou menos dos casos na atualidade, podendo ser de origem hereditária/ congênita, psicogênica, medicamentosa, neurológica e endócrina. Por outro lado, a obesidade exógena pode representar 95% ou mais dos

casos, e sua origem está relacionada a fatores ambientais, culturais, sociais e emocionais, mas, principalmente, devido à hipoatividade (sedentarismo, TV, *games*), e aos maus hábitos alimentares (inadequação entre qualidade, quantidade e consumo de fast-food). (DÂMASO, 2001).

A alimentação no mundo mudou muito nos últimos anos, de alimentos frescos, vegetarianos para alimentos processados, refinados, de origem animal, alimentos pré-preparados e congelados. Os horários das refeições estão sendo sacrificados, incentivando o consumo elevado de calorias e gorduras em excesso.

Muitos estudos evidenciaram que fatores genéticos desempenham papel importante na composição corporal. Mesmo que não devidamente comprovado, quando ambos, pai e mãe, são obesos, há 80% de chance dos filhos também se tornarem obesos, enquanto se os pais não apresentam sobrepeso, este índice cai para apenas 10%. (ANGELIS, 2003).

A interação significativa entre genética e o meio ambiente faz com quem seja difícil quantificar o papel de cada um desses elementos no surgimento da obesidade. O arcabouço genético do indivíduo não *causa* necessariamente a obesidade, mas reduz o *limiar* para seu surgimento (genes de suscetibilidade). Somente agora os pesquisadores começaram a identificar os genes-chave e as variações específicas da seqüência do DNA que se relacionam às causas moleculares do apetite e saciedade e que predispõem uma pessoa para a obesidade. (MCARDLE, 2003).

Os genes podem contribuir para a obesidade de diversas maneiras, incluindo (1) anormalidades genéticas dos centros de alimentação para ajustar o nível de armazenamento de energia em algum ponto elevado ou baixo, (2) fatores psíquicos hereditários anormais que estimulam o apetite ou fazem com que o indivíduo se alimente como mecanismo de “alívio”, e (3) anormalidades genéticas no consumo de energia e no armazenamento de gordura. (GUYTON, apud., 2002).

É comum a concepção errônea de que a obesidade é frequentemente uma desordem glandular resultante da deficiência particular de um determinado hormônio. Os casos de obesidade endócrina não são tão freqüentes como previamente descrito na prática clínica. A grande maioria dos pacientes obesos não possui desordens endócrinas, e isso sugere que a glândula tireóide, por exemplo, freqüentemente mencionada, nem sempre apresenta função anormal do indivíduo obeso. (SIEGFRIED, 2003).

A obesidade secundária a alterações endócrinas é a síndrome hipotálamica, síndrome de cushing, hipotireoidismo, ovários policísticos, pseudo hiparatireoidismo, hipogonadismo, déficit de hormônios de crescimento, aumento de insulina e tumores pancreáticos produtores de insulina. (SIEGFRIED,2003)

Estudos de pacientes obesos revelam que grande proporção de casos de obesidade resulta de fatores psicogênicos. Fator psicogênico comum, que contribui para o desenvolvimento da obesidade, é a idéia prevalente de que os hábitos alimentares sadios exigem três refeições por dia, e que cada uma delas deve ser substancial. Muitas crianças de pouca idade são induzidas a esse hábito por pais super solícitos, de modo que essas crianças continuam a praticá-lo durante toda a sua vida. Além disso, as pessoas, frequentemente, adquirem grandes aumentos de peso durante ou após situações estressantes, como morte de parente, doença grave, ou até mesmo, depressão mental. Aparentemente a alimentação pode constituir uma maneira de aliviar a tensão. (GUYTON, 2002).

A alimentação em excesso pode ser como um mecanismo para afastar sentimentos desconfortantes de agressividade ou depressão, sendo que a obesidade pode ser utilizada como mecanismo de defesa contra a interação social anormal, problemas emocionais, conflitos sexuais e exposição à possibilidade de inter-relações pessoais inadequadas. (CZEPIELEWSKI, 2006).

Além das causas orgânicas, as causas psicológicas também podem levar o indivíduo a desenvolver a obesidade. O estresse, a ansiedade, e a depressão são grandes causadores dessa disfunção, pois apresentam influência direta no comportamento alimentar. A obesidade não é considerada um transtorno psiquiátrico apesar de que a obesidade foi, por muito tempo, considerada como uma manifestação somática de um conflito psicológico subjacente. (SEGAL, 2002).

As queixas principais dos pacientes quando se referem aos aspectos psicossociais são as dificuldades para andar, dormir, caminhar, exercícios físicos em geral, diminuição da libido, vergonha do parceiro sexual, inibição social quanto ao vestuário (tamanho das roupas, comprar roupas) e ir a lugares públicos como shopping center, praia, clube, festas ou mesmo ir ao trabalho.

Os excessos na ingestão alimentar podem ser observados na grande maioria dos casos de pacientes obesos, podendo se manifestar de forma consciente ou até adquirir um caráter compulsivo, que pode atingir a fome incontrolável. Em

outros pacientes observa-se uma ansiedade deglutória semelhante à ansiedade do tabagismo ou dos alcoólicos. Por outro lado, a ingestão alimentar inadequada pode se manifestar pela ingestão de uma maior quantidade de alimentos ou então através de ingestão esporádica e repetitiva de pequenas quantidades, distribuídas no decurso do dia, em que assume um caráter inadvertido. (SIEGFRIED, 2003).

Se a obesidade representa verdadeiramente um distúrbio unitário, e a gula e o excesso de indulgências causassem isoladamente o acúmulo de gordura corporal, nesse caso um corte na ingestão de alimentos deveria proporcionar redução de peso e saúde aprimorada. (MCARDLE, 2002) Nas literaturas existe uma relação inversa entre atividade física e adiposidade, ou seja, quanto mais ativo for o indivíduo, menor será sua chance de desenvolver obesidade, sendo o contrário também verdadeiro. Há uma variedade fenotípica entre indivíduos obesos. Com base nessa observação foram descritos quatro tipos de obesidade.

Tipo I - Obesidade universal, massa corpórea ou porcentagem de gordura em excesso, distribuída por todo o corpo.

Tipo II - Obesidade tronco-abdominal subcutânea em excesso, ou padrão andróide ou em forma de maçã, mais comum no sexo masculino, mas também presente no sexo feminino, com deposição de gordura ao redor da cintura e do abdome superior. Esse tipo de depósito de gordura caracteriza-se pela rápida mobilização de ácidos graxos livres e está associado a um risco aumentado de hipertensão arterial, doenças cardiovasculares e diabetes mellitus não-insulino-dependente.

Tipo III - Obesidade visceral: é a de maior cardiovascular e metabólico.

Tipo IV – Gordura em forma de pêra com excesso ou padrão ginóide ou em forma de depósito de gordura ao redor das coxas e nádegas, cuja função seria a de reserva de energia para manter a gravidez e a lactação. O padrão de distribuição de gordura em crianças obesas também define se há maior ou menos risco para a hiperlipidemia, da mesma forma que em indivíduos adultos. (BUSSE, 2004).

1.3 OS RISCOS PARA A SAÚDE

Problemas crônicos associados com obesidade podem ser agrupados em: doenças cardiovasculares, condições associadas com resistência à insulina, alguns tipos de câncer e doença da vesícula. Indivíduos obesos apresentam pelo menos o dobro da chance de desenvolver diabetes, resistência à insulina, dislipidemia, apnéia, doença da vesícula, hipertensão, doença coronariana, osteoartrite e gota. Essas associações e o crescente aumento na prevalência de obesidade, bem como de outros fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como inatividade física, tabagismo, pressão e colesterol elevados são responsáveis por grande parcela dos gastos em saúde. (GIGANTE, 2006).

A presença da obesidade pode ocasionar diversas alterações metabólicas associadas com outras doenças, também crônico-degenerativa, que poderão levar o indivíduo a morte, pode acarretar ainda, problemas respiratórios como predisposição ao ronco, apnéia durante o sono, hipóxia crônica, diminuição da capacidade vital etc.

Em 1998, a obesidade juntou-se ao fumo de cigarros, à hipertensão, ao colesterol sérico elevado e à inatividade física na lista de fatores de risco primários para coronariopatia da Associação Americana de Cardiologia. Existem associações claras entre a obesidade e a hipertensão, diabetes tipo 2 e várias anormalidades lipídicas (dislipidemia), além do maior risco de doenças vascular cerebral, de alterações no metabolismo dos ácidos graxos e aterosclerose. Entretanto, nem todas as pessoas obesas se deparam com riscos para a saúde. (MCADLER, 2003).

A ocorrência de cálculos biliares está relacionada a dois fatores básicos: aumento do colesterol e aumento da taxa em quem o colesterol é excretado na bile. A formação de calculo biliar depende da precipitação do colesterol da bile saturada. Já os problemas pulmonares surgem em decorrência do acúmulo da quantidade de gordura na região peitoral e abdominal, limitando os movimentos respiratórios e diminuindo o volume pulmonar, resultando na exaustão da musculatura respiratória. A artrite na obesidade está relacionada como um problema de ordem mecânica, em consequência do excesso de peso sobre as articulações, e não havendo relação metabólica. (SEBOLD apud., 2004).

Em mulheres obesas observa-se maior frequência de ovários policísticos, bem como maior produção de hormônios masculinos (androgênios) pelos ovários, isso pode ocasionar o surgimento de pêlos e barba (hirsutismo), irregularidade menstrual, infertilidade e aumento dos ovários.

A obesidade predispõe, como já se sabe, a uma série de doenças, chamadas patologias modernas que aparecerão cada vez mais cedo acompanhadas de sintomas precoces como o cansaço, a sudorese excessiva, principalmente em pés, mãos e axilas, as dores nas pernas e coluna, que acarretará futuramente problemas ortopédicos, joelhos juntos, por exemplo, causado pelo excesso de peso e deficiências relacionadas ao condicionamento físico, não pelo fato de seu corpo volumoso dificultar os movimentos, mas porque os pulmões dos obesos se expandem precariamente, por terem um espaço restrito impedindo que realizem grandes esforços. (PARIZOTTO apud., 2002).

1.4 DO DIAGNÓSTICO AOS TRATAMENTOS

A obesidade deve ser encarada como uma enfermidade que necessita de intervenção. O ser cuidado e sua família precisam compreender que a perda de peso não é apenas uma questão estética, mas sim uma questão de saúde e qualidade de vida, em quem o objetivo é reduzir a morbidade e a mortalidade associadas à obesidade. A obesidade é uma doença de difícil manejo. Diversas estratégias de controle da obesidade têm falhado no sentido de reduzir o peso e mantê-lo em níveis aceitáveis, fazendo com que os profissionais de saúde questionem suas ações. Mesmo sendo uma condição complexa, a intervenção consiste em três medidas: não-farmacológica, farmacológica e cirúrgica. (SEBOLD, apud., 2002).

Com o passar dos anos, os métodos de controle da obesidade evoluíram. Inicialmente os clínicos atentavam inteiramente para a perda de peso, sem reconhecer a importância da atividade física e a modificação do estilo de vida. Permitindo assim, a perda de peso e o respectivo controle.

A redução da ingestão de alimentos é a primeira conduta e a mais usada. O principal instrumento é a dieta de baixas calorias, as dietas pobres em gorduras, e várias outras dietas que têm como objetivo reduzir a energia nutricional disponível para o corpo. Se a ingestão energética estiver abaixo das necessidades fisiológicas, a energia adicional virá basicamente dos depósitos de gordura, que são muito grandes. (GUEDES, 2006).

O exercício físico deve ser realizado junto com a dieta, para aumentar o gasto calórico “(...)” os exercícios devem ser: diversificados, com intensidade moderada, realizados de forma gradual, para promover a aproximação social, sendo desenvolvidos de preferência coletivamente, mas com o intuito de respeitar a individualidade de cada um, com o cuidado de não estimular muitas atividades competitivas, pois tanto a ansiedade como os esforços aumentam os fatores de risco. (PARIZOTTO, 2002).

A psicoterapia ajuda no manejo da obesidade por trabalhar a partir da estrutura operante do ser cuidado com o objetivo de organizar as possibilidades para a mudança de peso e comportamento, em princípio relacionados com o autocontrole de comportamentos alimentares e contexto situacional e individual.

Como esclarece Nonino-Borges, os fármacos utilizados no processo de perda de peso são distribuídos em três grupos: os que diminuem a fome ou modificam a sensação de saciedade, os que reduzem a digestão e a absorção de nutrientes e os que aumentam gasto energético, sendo que estes dois últimos não são aprovados no Brasil pelo Ministério da Saúde. (NONINO-BORGES apud., 2006).

Vários fármacos que reduzem a intensidade da fome têm sido utilizados no tratamento da obesidade. Os mais importantes desses fármacos são as anfetaminas (ou seus derivados), que inibem, diretamente, os centros de alimentação do cérebro. Um dos fármacos mais novos para o tratamento da obesidade é a sibutramina, simpaticomimético que reduz a ingestão de alimentos e aumenta o consumo de energia. O uso desses fármacos é perigoso, visto que eles hiperexcitam simultaneamente o sistema nervoso central, tornando o indivíduo nervoso e elevando a pressão arterial. (GUYTON apud., 2002).

O tratamento cirúrgico da obesidade é um recurso terapêutico extremo, que deve ser cogitado apenas em pacientes portadores de obesidade mórbida, com complicações de alta mortalidade. (TEIXEIRA NETO, 2003).Puglia enfatiza que um dos critérios da cirurgia gástrica como tratamento da obesidade são indivíduos com IMC entre 35 e 39,0Kg/m², portadores de doenças crônicas desencadeadas ou agravadas pela obesidade. (Puglia apud, SEBOLD, 2004).

A Gastroplastia, também chamada de cirurgia bariátrica é o tratamento mais utilizado ultimamente para a obesidade , pois se baseia na redução e reeducação nutricional, física e psicológica do paciente. Nutricional por que vai inferir em quantidades e qualidade do que é ingerido, física por que vai reduzir um órgão

com vistas à diminuição da capacidade de ingestão de alimentos, e psicológica por que há segundo os especialistas uma espécie de padrão de “gordura mental”, ou seja, o gordo também pensa como gordo, e a forma como pensa reflete no seu exterior. Livrar-se desse acúmulo, fora o trauma físico que esse tipo de cirurgia requer, deixa o indivíduo vulnerável e necessitado de acompanhamento.

Estudos estatísticos mundiais comprovaram que o tratamento clínico só funciona bem até certo peso . Pacientes muito obesos não tem boa resposta ao tratamento clínico. Ou perdem pouco peso ou reengordam com facilidade. Demonstrou-se que até o limite de IMC=40 Kg/m² o tratamento clínico é bem sucedido, mas acima desse valor o resultado é ruim. Por isso dizemos que o IMC=40 é o limite do tratamento clínico e pessoas com esse IMC (ou maior) são chamadas de Obesos Mórbidos.

Os obesos mórbidos são pessoas que não tinham tratamento e continuavam a engordar indefinidamente e até falecerem em decorrência das comorbidades. Nesse panorama surgiu em 1952 nos EUA uma proposta de tratamento cirúrgico e assim nasceu uma especialidade médica denominada Cirurgia Bariátrica. Essa especialidade defende que é possível é emagrecer com saúde e evitar a reengorda futura. Existem vários tipos de cirurgia que diferem conforme o seu mecanismo de ação:

- Dificultar a entrada de alimento no corpo
- Diminuir a fome em nível cerebral e causar saciedade gástrica
- Dificultar a absorção de gorduras e carboidratos (Dissabsorção)

A cirurgia bariátrica atual segue 3 padrões: Bypass Gástrico, Banda Gástrica Ajustável, Dissabsortivas. Todas muito utilizadas. A cirurgia bariátrica de uma forma ou outra destrói essa fonte , ou porque tira a fome (Bypass) ou dificulta a entrada da comida (Banda Gástrica). O paciente precisa estar preparado para “trocar a fonte de prazer” depois da cirurgia. Antes de operar o paciente precisa ser psicologicamente preparado para essa “busca de uma nova fonte de prazer “As expectativas do paciente precisam ser calibradas antes de operar para evitar grandes decepções no pós operatório. Por exemplo alguns pacientes acham que emagrecendo terão grande melhora no casamento, no emprego, etc .A família precisa estar envolvida no processo preparatório para a cirurgia bariátrica pois o

súbito emagrecimento poderá causar emoções como ciúmes, inveja, e também desenvolver sentimentos de inadequação pela necessidade premente de uma cirurgia reparadora etc.

Assim, a meta da Cirurgia Bariátrica é múltipla:

- Evitar complicações operatórias
- Conseguir emagrecer pelo menos 40% do peso inicial
- Manter esse novo peso por toda a vida
- Evitar efeitos colaterais da cirurgia

Zelar pela felicidade do paciente é considerada uma meta da cirurgia bariátrica. A busca da felicidade é a meta de todo ser humano e o adolescente, aqui nosso objeto de pesquisa, tem a felicidade retratada pela perfeição de um corpo de um rosto que atribuem para ele a aprovação dos outros. Mais do que esse fundo físico a obesidade tem suas causas em raízes emocionais. Veremos a seguir o que o cérebro diz sobre isso.

1.5 UMA PATOLOGIA CEREBRAL E EMOCIONAL

As pesquisas médicas com pacientes egressos de cirurgias plásticas e/ou bariátricas revelam que com as mesmas não se consegue retirar do corpo a origem do mal. Não se sabe exatamente onde mora a origem da obesidade. Os médicos afirmam que não retiram com esses procedimentos a origem do mal. Não existe um único culpado pela obesidade. É considerada assim uma patologia multidisciplinar envolvendo medicina, psicologia, nutrição, fisioterapia, educação física etc. De acordo com (SEBOLD, 2003) opera-se um estômago saudável e costura-se intestinos saudáveis. Assim as intervenções cirúrgicas são apenas um primeiro passo de uma longa caminhada em busca do emagrecimento. É necessário que paciente, cirurgião, nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, educador físico etc componham uma sociedade onde cada um fará sua parte. Nesse caso, o paciente precisa entender que ele precisa acompanhar a Equipe Multidisciplinar por toda a vida para emagrecer, manter-se magro, evitar doenças e ser feliz. A mortalidade

cirúrgica é rara. Ocorre principalmente nos grandes obesos mórbidos e nas grandes séries mundiais situa-se em 0,6%. Acreditamos que a mortalidade de “continuar obeso “ seja muito maior que a mortalidade cirúrgica. Segundo Leal (2010)

A cirurgia estética possui um impacto na saúde. Assim, faz-se necessária a substituição da visão biomédica por outra cuja compreensão da saúde seja a de um complexo processo de funcionamento sistêmico e integrado do somático e do psíquico, no qual ambos dialeticamente se influenciam. (LEAL,2010)

Assim, a cirurgia estética, é considerada um fenômeno coletivo, considerando-se os elevados números deste procedimento, ou seja, não é mais algo pontual, monopólio de alguma classe social, gênero ou idade. Observamos que, dada a sua expressividade, podemos considerá-la como uma prática coletiva cuja demanda se amplia a cada ano. Com o aumento de procedimentos, também crescem os riscos à saúde da coletividade, pois quanto mais cirurgias estéticas são realizadas, mais aumentam os problemas decorrentes de tais procedimentos. Na representação comum, são os fatores positivos, como sentimentos de aceitação e enquadramento, que são relacionados à cirurgia estética; mas casos de insatisfação com o resultado, complicações cirúrgicas que interferem na saúde e no bem-estar também ocorrem.

Depreende-se aqui que todos os procedimentos utilizados até então, no tratamento da obesidade consideram que há que ter um comando e controle psicológico do paciente para que o trabalho dê certo, assim sendo, temos como objetivo nesse trabalho, delimitar através de um estudo de caso descritivo de que forma a psicanálise e a constelação sistêmica podem atuar como opção à cirurgia , sempre tão invasiva e com vários relatos de insucesso. Uma vez que notadamente a gordura já é observada também como um problema mental e emocional, as alternativas ligadas à cura desses aspectos parecem mais pertinentes e com chances de sucesso.

Se examinarmos partir do referencial freudiano, como a compulsão alimentar (causa mais provável da obesidade)se articula com a teoria do desenvolvimento sexual infantil, encontraremos várias respostas para o início dessa patologia, por vezes desde a mais tenra infância. Sendo assim é importante também considerar como a psicanálise desde a infância pode contribuir para uma vida saudável e equilibrada.

Um estudo do Instituto de Psicologia (IP) da USP relacionou as teorias do médico e fundador da psicanálise Sigmund Freud com a obesidade. Em sua pesquisa de mestrado apresentada ao IP, a psicóloga Raquel Berg (2014) defende de que a origem e a evolução da doença têm profundas relações com questões do desenvolvimento psíquico. O seu trabalho ressalta a influência da sociedade e da família no desenvolvimento da obesidade .

De acordo com Berg (2014), os estudos psicanalíticos sobre a obesidade são escassos. Por isso, parte da pesquisa foi dedicada a um levantamento bibliográfico do trabalho de Freud e de seus comentadores sobre o tema. Em seus trabalhos, apesar de discutir a questão das patologias alimentares, o tema da obesidade não é contemplado. Freud discutiu a questão da anorexia e da bulimia em suas pacientes com histeria, que, segundo a teoria freudiana, é um conflito psíquico que resulta em sintomas corporais.

Berg considera que atualmente, a obesidade é encarada pela área médica como uma doença, ao contrário da bulimia e da anorexia, que são consideradas patologias psiquiátricas. Entretanto, a recorrência de sofrimento psíquico na obesidade e após uma cirurgia de redução de estômago, por exemplo, é um sinal de que a relação do obeso com seu corpo estão além da questão biológica. A grande dificuldade das pesquisas psicanalíticas é que nem sempre há uma relação direta de causa e efeito entre um problema somático e questões psíquicas. Isso, segundo a pesquisadora, favorece que causas psíquicas sejam freqüentemente desvinculadas de patologias como a obesidade.

Minha hipótese teórica trata a obesidade como uma psicopatologia, o que não significa que a parte do corpo esteja descartada. Eu considero que corpo e mente estão sempre juntos, e acho fundamental que haja pesquisas que analisem a influência genética e hormonal na constituição da obesidade. São trabalhos que podem se complementar no tratamento do obeso, mas nunca substituir um ao outro. (BERG,2014).

A sociedade prega hoje um ideal de corpo perfeito. Assim a grande maioria das pessoas não come mais por prazer, come o que a sociedade diz que é melhor. Nesse sentido, quando queremos comer um doce, sempre surge a dúvida se podemos comer ou não, como se fosse pecado comer algo calórico e com menos nutrientes do que uma fruta ou um legume. A questão do balanço alimentar é

praticamente uma neurose coletiva. Com isso, os gordinhos se tornam o principal alvo de críticas da mídia e da sociedade.

A raiz da questão aqui ou o grande problema é quando essa imposição da sociedade acaba com a liberdade das pessoas. A qualidade de vida deixa de ser um benefício e passa a ser uma obrigação. O ideal das pessoas é associado com o ideal da felicidade em ter um corpo magro e com um dieta saudável. Isso passa a ser quase uma norma social.

Berg (2014) destaca em seu estudo que um ponto curioso foi a constatação de que anorexia e bulimia são patologias aceitáveis pela sociedade, pois favorecem uma aparência que é cobrada socialmente. O obeso, ao contrário, sofre com o menosprezo social. “Ele é discriminado e, muitas vezes, vira motivo de chacota. As pessoas acham que o obeso é gordo porque quer. E por mais que ele não goste de estar nessa situação, a obesidade oculta – e escancara – seu sofrimento, pois o comer também é uma forma de lidar com suas angústias”, analisa. Surge aqui o confronto com o ego;

Quando ambos, pai e mãe, tem obesidade, o risco da criança desenvolver obesidade é de 80%. Quando apenas um tem a condição, este risco diminui para 40%. Quando pai e mãe não tem obesidade, o risco de ter filhos obesidade é de apenas 10%. Estudos feitos com gêmeos univitelinos, já mostraram que, mesmo que as crianças vivam separadas, há semelhança de peso. Com crianças adotivas ocorre o mesmo fenômeno: o peso é mais parecido com o dos pais biológicos do que com os pais adotivos, independentemente do estilo de vida e hábitos alimentares. Isso do ponto de vista da genética. Mas a obesidade tem seu percentual de formação no modo de vida que a pessoa leva.

As relações familiares interferem na constituição da obesidade. Segundo o estudo, a obesidade é desenvolvida em contextos familiares onde comer é uma forma de resolução de problemas e situações. Raquel Berg ainda contrapõe essa situação com a anorexia, na qual freqüentemente se observa um enrijecimento de regras e de busca de autocontrole por parte da paciente.

O peso da mãe define o futuro peso da criança. Engordar muito durante a gestação, por exemplo, favorece o desenvolvimento de tecido adiposo, de gordura, no primeiro ano de vida da criança. É ruim quando a mãe engravida muito acima do peso, mas quando ela engorda muito durante a gestação principalmente, ela deve passar algum hormônio, que faz com que o hipotálamo do bebê ordene: armazene energia! O que significa estocar gordura. Por outro lado, se a mãe é desnutrida, especialmente no primeiro trimestre da gestação, a criança que em geral nasce com baixo peso, talvez por aumento de insulina já dentro do útero entre outras causas, estimula uma alimentação mais farta durante a vida, com menos sensação de saciedade e maior risco de guardar gordura. Isso tudo a ciência já diz e comprova

Por vezes essas pessoas vêm há anos trazendo o peso como herança, sem conseguir com tratamento algum sua redução e ainda com tratamentos como os descritos na seção anterior que além de fortes, são invasivos, ainda assim não conseguem deter o peso. Isso por vezes também está relacionado a alguma lembrança que ficou lá na infância, na adolescência e que é deflagrada por uma doença que insiste em não ceder.

De acordo com Berg (2011)

Parece mesmo que a obesidade é uma "cruz" carregada por pessoas geneticamente predispostas, num ambiente que lhes proporciona acesso farto aos alimentos. E, provavelmente, num futuro próximo, os testes genéticos poderão predizer o risco de ficarmos obesos e mais do que isso ajudarão a definir a intensidade de atividade física necessária à perda de peso, a dieta que ajudará a alcançar as metas estabelecidas para cada um de nós ou ainda se é necessário o uso de medicamentos e qual o melhor mecanismo de ação que eles devem ter.

Além disso, nosso cérebro através de hormônios e proteínas, ajusta o metabolismo e dispara ímpetos de fome para que o peso corporal volte sempre para o maior peso já atingido, por isso talvez seja mais lógico afirmar que tal pessoa come muito porque tem tendência a engordar; e não, está acima do peso porque come demais, enquanto a outra come pouco por ser magra e, muito disso, já vem determinado ao nascimento.

Ou seja, o cérebro lembra, a ciência já diz, o campo, a alma lembram, está marcado no corpo e na alma a herança da obesidade. De acordo com Grimm (2007), resistência comum aos hábitos alimentares saudáveis são também as verdadeiras

ameaças ao emagrecimento. Nem sempre informação e força de vontade são suficientes para se livrar dos quilos a mais. Embora estejamos cansados de saber dos malefícios dos excessos seja de sal, de gordura e de açúcar e dos riscos da obesidade, para um número cada vez maior de pessoas é impossível resistir e controlar os apelos do estômago. Às vezes, a vontade de comer é mais forte que a melhor das intenções, as recomendações médicas e os ideais de beleza.

Os prazeres efêmeros, desafiam os bons propósitos, a auto-estima e até a saúde. Falar é fácil. Difícil é vencer as tentações, todos os dias e em toda parte. Para transformar isso se precisa ir além da vontade. É preciso em primeiro lugar entender que hábitos alimentares são resultado de forças orgânicas e psíquicas que estão, em grande parte, fora do alcance de nossas decisões conscientes.

O cérebro é responsável por isso e por grande parte das reações químicas que ocorrem no organismo e algumas delas têm por objetivo tornar a energia dos alimentos disponível para os diversos sistemas fisiológicos. Isso acontece após o processo de digestão dos alimentos, tendo como resultado a produção de ATP (trifosfato de adenosina) que é armazenado em todas as células e utilizado como combustível para que as reações químicas necessárias ocorram.

A energia gerada é necessária para ativar a atividade muscular, a secreção pelas glândulas, a manutenção de potenciais de membrana nas fibras nervosas e musculares, a síntese de substâncias intracelulares e a absorção dos alimentos pelo trato gastrointestinal. O trato digestivo fornece ao organismo um suprimento contínuo de água, eletrólitos, substâncias e nutrientes. Isso exige movimentação do alimento ao longo do trato digestivo, secreção de sucos digestivos e digestão do alimento, absorção dos produtos da digestão, de água e dos vários eletrólitos, circulação de sangue pelos órgãos gastrintestinais e o controle de todas essas funções é feito pelo sistema nervoso e hormonal.

De acordo com Guyton (1998) sem uma fonte contínua de energia as células deixam de funcionar e morrem. Sabe-se que o carboidrato é a melhor fonte energética e que um grama de carboidratos fornece 4 kcal, sendo o produto final de sua desintegração, a glicose, molécula simples que rapidamente fornece energia. Os carboidratos são essenciais para o bom funcionamento do sistema nervoso central, uma vez que a glicose é o principal combustível para o cérebro. É ela que irá manter a integridade funcional dos tecidos nervosos. Os sintomas de uma redução

moderada na glicose sangüínea (hipoglicemia) incluem sensações de fraqueza, fome e vertigens. Uma queda contínua e profunda pode causar dano cerebral irreversível. Assim como o resto do organismo, o cérebro necessita de uma alimentação balanceada, com cereais, frutas ricas em vitamina C (laranja), legumes, carnes magras, leite desnatado ou iogurte, e, principalmente, de carboidratos, como o pão. O cérebro tem 2% do peso de uma pessoa, mas consome diariamente 30% das calorias ingeridas. Além de ser energético, o carboidrato possui outras funções: são ativadores do metabolismo das gorduras e poupa a queima de proteínas com finalidade energética.

A identificação da leptina, um peptídeo secretado pelas células adiposas e que desempenha um papel-chave na regulação do apetite e do metabolismo energético, foi um dos grandes marcos na pesquisa da obesidade. Descoberta em 1994 pelo biólogo Jeffrey M. Friedman, da Universidade Rockefeller, a leptina interage com receptores situados no núcleo ventral medial - região do hipotálamo conhecida como centro da saciedade -, sinalizando quando já se comeu o suficiente. Em condições ideais, o aumento dos depósitos de gordura produz sinais que inibem a ingestão de alimentos. Nos obesos, porém, há uma disfunção nessa retroalimentação mediada pela leptina.

Fatores hereditários explicam boa parte dos casos de obesidade e de dependência química; mutações já identificadas envolvem vários genes. O que acontece na obesidade é o mesmo mecanismo do diabetes tipo II, em que níveis elevados de glicose estimulam a secreção excessiva de insulina, de forma que os receptores dessa ficam dessensibilizados - por essa razão esse tipo de diabetes é chamado resistente à insulina. De forma similar, o excesso de gordura faz com que níveis de leptina se tornem muito altos, e os receptores no hipotálâmicos deixam de responder. O resultado é a sensação de insatisfação e a vontade de comer mais.

Apontar a leptina como único fator responsável pelos quilos a mais, entretanto, é um equívoco: inúmeros determinantes físicos e psíquicos contribuem para esse quadro considerado, na maior parte das vezes, não um transtorno em si, mas um sintoma.

De acordo com Grimm (2007) Há muito tempo os cientistas já perceberam aspectos comuns entre o comportamento alimentar compulsivo e a dependência química. Um deles é o craving, descrito como um desejo intenso de ingerir algo muito específico, que pode ser chocolate, pizza, cerveja ou cocaína. Outro exemplo

é o evidente aumento da ingestão de alimentos, quase sempre acompanhado de ganho de peso, experimentado por qualquer pessoa que pára de fumar.

Para conhecer e compreender o papel da compulsão alimentar na obesidade é preciso buscar uma estrutura escondida nas profundezas do cérebro. Também conhecido como centro do prazer, o núcleo accumbens é um conjunto de neurônios comprovadamente envolvidos nos mecanismos de dependência. Importante na regulação da emoção e da motivação, ele é um local de convergência de fibras procedentes da amígdala, do hipocampo e dos lobos temporais, e emite projeções para regiões como córtex cingulado, lobos frontais e hipotálamo. Todas as substâncias que levam à dependência promovem a liberação de grandes quantidades do neurotransmissor dopamina nessa região, o que na prática se traduz como uma sensação de enorme prazer. A cocaína e a anfetamina, por exemplo, aumentam em até 15 vezes concentração de dopamina no núcleo accumbens e algo semelhante acontece com a morfina e a heroína. Mas o que isso tem a ver com a obesidade?

Continuando com a proposição de Grimm (2007) uma das projeções do núcleo accumbens exerce comando direto sobre o hipotálamo, que regula, entre tantas coisas, o comportamento alimentar. Animais de laboratório modificados geneticamente para não produzir dopamina dão mostras inequívocas dessa estreita relação: perdem a motivação, deixam de comer e acabam morrendo de inanição. À medida que seu cérebro recebe doses periódicas do neurotransmissor, voltam a se alimentar normalmente.

Em 2001, a psiquiatra Nora Volkow, hoje diretora do Instituto Nacional contra o Abuso de Drogas, em Bethesda, observou, por meio de tomografia de emissão de pósitrons (PETscan), uma correlação negativa entre índice de massa corporal (IMC) e concentração de receptores de dopamina no núcleo accumbens. Em outras palavras, quanto mais gordo o indivíduo menor a disponibilidade dos receptores dopaminérgicos. Os resultados sugerem que a compulsão alimentar seria uma forma de compensar a ausência de efeito do neurotransmissor. Teoricamente, a ingestão de comida deveria liberar mais dopamina, mas como aqueles receptores, por algum motivo desconhecido, estão escassos, a solução é comer mais ainda, dando origem a um círculo vicioso que também é a principal característica do abuso de drogas.

Assim, além do núcleo accumbens, a amígdala é outra estrutura essencial para a compreensão da compulsão alimentar. Já na década de 30, o neurocientista

alemão Heinrich Klüver e seu colega americano Paul Bucy lesionaram a amígdala de macacos e assim os transformaram em verdadeiras máquinas devoradoras: levavam à boca tudo o que fosse comestível, e muitas vezes também o que não era. Responsável pelas reações de medo, a amígdala é uma estrutura muito antiga do ponto de vista evolutivo e de importância central para o sistema límbico. Seu papel sobre o comportamento alimentar em humanos foi demonstrado em 2001 por Kevin LaBar, do Centro de Neurociência Cognitiva da Universidade Duke. O pesquisador apresentou objetos comestíveis e não-comestíveis a nove indivíduos cuja atividade cerebral foi monitorada por meio de tomografia helicoidal.

De acordo com essa pesquisa, os participantes eram saudáveis, embora famintos por um jejum de oito horas que precedeu o experimento. Mas o desconforto durou pouco. Depois da primeira bateria de testes, eles puderam se deliciar com uma farta refeição, antes de serem novamente submetidos ao tomógrafo. Assim LaBar comparou a atividade cerebral das mesmas pessoas em duas situações: com fome e, depois, devidamente saciadas. Os resultados da primeira etapa do teste mostraram que nos cérebros dos esfomeados a amígdala entrara em franca atividade sempre que algo comestível surgia em seu campo de visão. Esse efeito não se manteve na segunda etapa, após a refeição, o que mostra que a amígdala funciona como um alarme no organismo.

Quase simultaneamente aos experimentos de LaBar sobre os mecanismos da fome e da saciedade, o neurocientista Clinton Kilts conduzia, na Universidade Emory, em Atlanta, realizaram estudos semelhantes com dependentes de cocaína. Os cientistas lhes mostravam fotos perturbadoras, como as típicas fileiras de pó branco, por exemplo. Observada pelo PETscan, a amígdala reagia de forma exacerbada tão logo os indivíduos puseram os olhos sobre a imagem.

Seguindo Grimm (2007) outra estrutura nitidamente envolvida na dependência química é a porção superior da órbita ocular do córtex frontal, mais conhecido como córtex orbitofrontal (COF), o qual tem grande participação na regulação do humor e no comportamento baseado em recompensa. Pacientes que sofreram lesão no COF em decorrência de traumatismo ou doença degenerativa geralmente apresentam dificuldades para controlar seus impulsos, falam tudo o que lhes vem à cabeça e manifestam suas compulsões tanto no jogo como na alimentação.

A participação do COF nas sensações de prazer decorrentes da ingestão de alimentos foi relatada pela primeira vez pela bióloga Dana Small da Universidade do

Noroeste em Chicago. Enquanto nove pessoas se deleitavam à vontade com seus chocolates preferidos, a pesquisadora observada a atividade de seus cérebros pelo PETscan. Juntamente com várias outras partes do córtex, sobretudo as responsáveis pela assimilação sensorial, a porção medial do COF vibrava intensamente. Pouco tempo depois, Small repetiu o experimento, mas com uma modificação crucial. Dessa vez, os voluntários deveriam consumir quantidades cada vez maiores de chocolate, de forma que o prazer de outrora se transformasse em sofrimento. Os resultados mostraram que o COF médio, antes em franca atividade, foi inibido. Enquanto isso, uma região vizinha, o COF lateral, entrou em ação.

O que todos esses estudos revelam é que vários mecanismos cerebrais subjacentes ao comportamento alimentar são muito semelhantes, se não os mesmos, aos implicados na dependência, seja de drogas como álcool ou cocaína, seja de jogo. Obviamente, nem toda obesidade pode ser explicada pelo comportamento alimentar compulsivo; em muitos indivíduos, o componente genético é muito forte. Na maioria dos casos, porém, o controle da ingestão de alimentos promove excelentes resultados.

Em edição de maio de 2011 a Revista SuperInteressante traz a matéria: Obesidade causa danos ao cérebro, um estudo que revela que comer demais provoca inflamação cerebral - e pode deixar a pessoa neurologicamente incapaz de controlar seu apetite. Pesquisadores da Universidade de Nova York estudaram o cérebro de 63 pessoas - 44 delas tinham sobrepeso ou obesidade e as demais eram magras. A experiência constatou que, nos indivíduos obesos ou acima do peso, o cérebro apresentava duas alterações importantes: tinha níveis mais altos de fibrinogênio, uma proteína que causa inflamação, e menor córtex orbitofrontal - região cerebral que coordena a tomada de decisões. Os cientistas ainda não sabem explicar exatamente como esse processo se desenrola. Mas apostam no seguinte: obesidade gera fibrinogênio, que gera inflamação, que gera danos ao córtex. E tudo isso gera conseqüências permanentes - e terríveis. (Salvador Nogueira e Bruno Garattoni)

Mais uma, portanto, das dificuldades causadas pela obesidade, que pode e deve ter medidas de controle e erradicação, que passem por alternativas compatíveis à integridade do ser físico e espiritual e mais, que visem a promoção da saúde total.

Para Varela (2006), o obeso encontra no corpo uma forma de expressar aquilo que não pode ou não consegue expressar pela via da fantasia, do sonho ou da linguagem. O obeso sente, mas, não conseguindo significar a sensação como linguagem falada, ele significa no corpo. Assim, para essa autora, o obeso sofre por uma falha no processo de simbolização. Essa falha impede um deslocamento simbólico, que possibilitaria o recurso da fantasia.

De acordo com Alves e Languardia (2008) No centro da relação entre mãe e filho está, segundo Freud, o ato de alimentar. Durante a amamentação, o leite ocupa o lugar de objeto de necessidade, enquanto o seio ocupa o lugar de objeto de desejo. A criança que deseja o seio da mãe, fica à mercê do seu desejo e da disposição da mesma em lhe ofertar o seio. (Fato ocorrido na primeira infância, que irá se repetir ao longo da vida adulta, de forma mascarada, em uma constância infinita). Essa posição de submissão a outro terá efeitos na vida psíquica do sujeito. O alimentar, enquanto função orgânica confunde-se com a função erótica, através de um deslocamento do registro da necessidade para o desejo.

Assim, o prazer pelo comer, nos dá uma importante pista sobre a dimensão erótica e simbólica do corpo, dimensão esta que vai colocar o sujeito no lugar de desejante. Identifica-se alguns pacientes que parecem permanecer numa posição de submissão a um Outro, buscando, de forma incessante, serem saciados, preenchidos, confundindo a demanda de amor com a necessidade. Assim, a privação afetiva, jamais saciada, busca ser suprida pelo alimento. Se a pulsão nasce da necessidade, logo dela se desvencilha.

No entanto, nesses pacientes, a pulsão parece confundir-se com a necessidade, talvez por uma falha simbólica que dificultou o recurso da fantasia, que, segundo Freud, leva à obtenção de prazer e adia a necessidade. Assim, os obesos encontram no corpo um meio de expressar o que não podem, ou não conseguem expressar pela via da fantasia, do sonho e da linguagem.

CAPITULO 2 ADOLESCÊNCIA:ALGO MAIS QUE UMA TRANSIÇÃO DO SER MENINA

Este capítulo trata da adolescência em sua definição física, mental, emocional, sexual e, sobretudo cultural. Além das definições para o adolescente, trata de forma específica a adolescência no sexo feminino, que além de ser o grupo de maior incidência para a obesidade é o grupo onde ela é mais notada e cobrada pelos estereótipos socialmente definidos.

2.1 CONSTRUÇÃO HISTÓRICA CULTURAL E SOCIAL DO ADOLESCENTE.

A adolescência é uma fase caracterizada por mudanças, pelo conflito. O indivíduo que deixa de ser criança, mas não sabe bem o que está se tornando, pois ainda não é um adulto. É uma fase de experimentação. O termo adolescente vem do latim *adolescere*, significa alimentar, denotando essa necessidade de precisar descobrir o mundo. Outra origem para o termo significa "crescer com dor". Há muitos anos se sabe que é uma fase de diferenciação, em que o jovem abandona a mundo infantil e começa adentrar no mundo adulto. Nem o próprio adolescente sabe direito quem ele é. Fica perdido nessa transição do mundo infantil de brincadeiras, jogos, lazer, poucas responsabilidades e a transição para o mundo adulto.

Considerado o aspecto físico, as mudanças sofridas, mudanças essas ocorridas entre 12 e 18 anos, fase da puberdade, como aumento do tecido, gorduroso, muscular e ósseo, surgimento dos pelos pubianos, aumento de apetite e sono, angustiam os adolescentes. As mudanças psicoemocionais ocorrem paralelamente às mudanças físicas.

As proporções das coisas para um adolescente toma tamanhos exagerados; seus problemas são únicos e insolúveis e geralmente incompreendidos pelos adultos. Independente de qual seja a sua criação ou origem, tendem a ser mais "dramáticos" ou sensíveis aos estímulos externos. Qualquer direcionamento no sentido de disciplina, reclamações, limites são motivos para gritos, declaração de ódio, reclusão. A inconstância desses momentos também é marcante pois ao mesmo tempo, em poucos minutos, pode tornar-se alegre, carinhoso, brincalhão.

Logicamente essas alterações variam de indivíduo para indivíduo; cada adolescente vai apresentar suas características, alguns com mudanças bem significativas e drásticas, outros com mudanças mais lentas e discretas. E essas alterações individuais tem muito a ver com o entorno com o qual esse adolescente vive.

Os teóricos da adolescência há muito tem concordado que a transição da segunda infância para a idade adulta é acompanhada pelo desenvolvimento de uma nova qualidade de mente, caracterizada pela forma de pensar sistemática, lógica e hipotética. Piaget (1979) afirmava que as mudanças na maneira como os adolescentes pensam sobre si mesmos, sobre seus relacionamentos pessoais e sobre a natureza da sua sociedade têm como fonte comum o desenvolvimento de uma nova estrutura lógica que ele chamava de operações formais.

O pensamento operatório formal é o tipo de pensamento necessário para qualquer pessoa que tenha de resolver problemas sistematicamente. Assim, o adolescente constrói teorias e reflete sobre seu pensamento, o pensamento formal, que constitui uma reflexão da inteligência sobre si mesma, um sistema operatório de segunda potência, que opera com proposições. Segundo Piaget uma das consequências de se adquirir pensamento operatório formal é a capacidade de construir provas lógicas em que a conclusão segue a necessidade lógica. Essa habilidade constitui o raciocínio dedutivo.

Erickson (1998) defende que a energia ativadora do comportamento é de natureza psicossocial, integrando não apenas fatores pulsionais biológicos e inatos, como a libido, mas também fatores sociais, aprendidos em contextos histórico-culturais específicos. Desenvolvimento psicossocial aqui é sinônimo de desenvolvimento da personalidade e decorre ao longo de oito estágios que, no seu conjunto, constituem o ciclo da vida. Cada estágio corresponde à formação de um aspecto particular da personalidade.

Um dos conceitos fundamentais na teoria de Erickson (1998) é o de crise ou conflito que o indivíduo vive ao longo dos períodos por que vai passando, desde o nascimento até ao final da vida. Cada conflito tem de ser resolvido positiva ou negativamente pelo indivíduo. A resolução positiva traduz-se numa virtude, que é um ganho psicológico, emocional e social: uma qualidade, um valor, um sentimento, em suma, uma característica de personalidade que lhe confere equilíbrio mental e capacidade de um bom relacionamento social. Se a resolução da crise for negativa, o indivíduo sentir-se-á socialmente desajustado e tenderá a desenvolver sentimentos

de ansiedade e de fracasso. Contudo, numa fase posterior, a pessoa pode passar por vivências que lhe refaçam o equilíbrio e o compensem, reconstruindo-lhe o seu auto-conceito.

O conceito de crise é desenvolvido, sublinhando as incertezas e indagações do adolescente no sentido de descobrir quem é e de definir o que virá a ser no futuro. A resposta à inquietação do adolescente só é conseguida pela tomada de consciência de si, do seu ego e de que está apto a assumir a sua verdadeira identidade. A influência do ambiente, do entorno familiar, comunitário assim é fator primordial para a formação desse adolescente em desenvolvimento de suas faces positivas ou negativas.

2.2 DESENVOLVIMENTO FÍSICO E CORPORAL, PSICOSSOCIAL E COGNITIVO

Segundo Vygotsky (1994), desde o nascimento, os seres humanos são envolvidos em atividades e objetos que os permitem crescerem biologicamente, cognitivamente e socialmente; sendo que os objetos e as atividades não são aleatórias, as mesmas são permeadas pela cultura do grupo social a que pertencem esses seres.

Desde os primeiros dias do desenvolvimento da criança, suas atividades adquirem um significado próprio num sistema de comportamento social e, sendo dirigidas a objetos definidos, são refratadas através do prisma do ambiente da criança. [...] Essa estrutura humana complexa é o produto de um processo de desenvolvimento enraizado nas ligações entre a história individual e a história social. (Vygotsky, 1994, p. 40).

Através da interação do outro, o ser humano que vai se constituindo sujeito pode, desde pequeno, ir atribuindo sentido ao que está em seu entorno. Dessa forma, esse sujeito vai desenvolvendo internamente as suas funções mentais superiores, atribuindo um significado intrapsíquico, a partir dos significados construídos nas relações sociais interpessoais.

São bases para essa interação, segundo Vygotsky (1994), os signos e os instrumentos. Sendo essa interação, a apropriação desses instrumentos a partir do contato entre os sujeitos. O contato é a mediação propriamente dita. O ser humano

conseguiu evoluir como espécie graças à possibilidade de ter descoberto formas indiretas, mediadas, de significar o mundo ao seu redor, podendo, portanto, construir representações mentais de objetos, pessoas, situações, mesmo na ausência dos mesmos. Essa mediação pode ser feita de duas formas: através do uso dos signos e do uso dos instrumentos. Ambos auxiliam no desenvolvimento dos processos psicológicos superiores. Os instrumentos e os signos proporcionariam, para Vygotsky (1994), a mediação que impulsionaria o desenvolvimento.

Assim a interação com o outro e conseqüentemente a sua aprovação e aceitação que vão dar as bases do crescimento e desenvolvimento saudável dessa criança e do futuro adolescente. Quando o diálogo e a possibilidade de interação são danificados ao construção mental emocional e mesmo de aprendizagem desse individuo fica seriamente comprometida.

Depois da família, a escola constitui o lócus onde esse desenvolvimento se procede em todas os níveis e também passa a ser o local onde o individuo passa boa parte de seu tempo. Portanto é no espaço escola que muito daquilo que o adolescente traz de casa, se fundamenta trazendo –lhes aparatos para sua construção pessoal. Mas é também da escola que, quando não orientado ou negligenciado, esse adolescente se perde em um emaranhado de problemas e questionamentos, aqueles próprios e comuns à sua idade mas também aqueles que são motivados pelo ambiente externo e sua relação com o meio que por si só não é nada condescendente com seu momento de efervescência hormonal.

Literalmente nesse momento é necessário O ideal é que família e escola tracem as mesmas metas de forma simultânea, propiciando ao aluno uma segurança na aprendizagem de forma que venha criar cidadãos críticos capazes de enfrentar a complexidade de situações que surgem na sociedade.. Mas sobretudo que proporcionem ao mesmo a segurança para que se torne um ser humano seguro e com auto estima elevada para enfrentar os desafios que se interpõem.

2.3 A OBESIDADE ENTRE OS ADOLESCENTES: UM GRANDE PROBLEMA.

De acordo com dados da Sociedade Brasileira de Medicina e dados do IBGE apesar de mais de 40% da população brasileira estarem acima do peso, é na infância e na adolescência que o problema no Brasil alcança os números

alarmantes, segundo novos dados. Enquanto nos Estados Unidos o percentual nessa faixa cresceu 66% em 20 anos, no Brasil ele teve aumento de 239%, segundo dados dos Vigilantes do Peso e do IBGE

Hoje, 15% dos brasileiros entre 6 anos e 18 anos já estão com sobrepeso; 5% são obesos e estes índices continuam aumentando, principalmente nas camadas mais pobres. Segundo médicos, a situação no país é crítica. Tanto que a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia do Rio (SBEM-RJ) está relançando o Projeto Escola Saudável. Um de seus objetivos, com apoio de alunos, pais e professores, é reduzir o índice obesidade infanto-juvenil por meio de reeducação alimentar e estímulo à prática de atividade física.

Os números são alarmantes e o Ministério da Saúde diz que não há tempo a perder. Não existem muitas pesquisas atualmente relacionadas a esse tema, porém uma pesquisa com 1.857 alunos da primeira à quarta série do ensino fundamental de seis colégios públicos e 86 estudantes de uma escola particular, todos em Petrópolis, revelou que 22% no primeiro grupo estavam acima do peso (12,5% com sobrepeso e 9,7% obesos). Quando os médicos mediram o colesterol, 12,2% apresentaram taxas muito acima do limite para a faixa etária. Na particular, 32% das crianças estavam acima do peso e, deste total, 14% eram obesos.

Médicos encontraram resultados semelhantes no Colégio Estadual Júlia Kubitschek, no Rio. O estudo com 150 crianças da primeira à quarta série mostrou que 36% tinham excesso de peso; sendo 20% obesas e 12% com colesterol alto, diz Vivian Ellinger, presidente da SBEM-RJ.

O problema do aumento da obesidade em adolescentes não é uma característica brasileira apenas. Segundo dados da OMS, os Estados Unidos são os que mais sofrem com os problemas relacionados à obesidade. Pesquisas mostram que os Estados Unidos gastam cerca de US\$ 100 milhões ao ano para combater este problema, que ataca crianças, jovens e adultos. Em 1991, a população norte-americana de obesos era de 15%. O país tinha uma meta de reduzir este dado até o ano 2000, mas hoje os obesos atingem a marca de 30% em adolescentes e 40% em adultos.

No caso do Brasil, isso significa, para os cofres públicos, despesas de aproximadamente R\$ 1,5 bilhão anuais para tratar dos males decorrentes da gordura, segundo a Agência Brasil). A endocrinologista Mônica Barros Costa, professora da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora,

revela que crianças gordas estão mais presentes nas escolas particulares (29%) do que nas escolas públicas (16,9%). De acordo com ela, não foi verificada diferença entre meninos e meninas. Mas não nega que essa diferença exista.

Os jogos, o videogame, a televisão, o computador e o aumento do consumo de alimentos gordurosos e de baixo valor nutritivo, conhecidos como junk foods, são os grandes vilões, segundo os dicionários médicos, do "ambiente predisponente à obesidade". Como consequência, as crianças correm o risco de desenvolver males como hipertensão arterial, diabetes mellitus, doenças respiratórias, alterações ortopédicas e distúrbios psicológicos.

Em alguns casos a grande dificuldade é que o problema não preocupa os pais como queixa principal nas consultas e tampouco aos agentes de saúde que os encaminham ao ambulatório, o que demonstra um descuido geral. A obesidade como geradora de problemas como diabetes, colesterol não é evidenciada como geradora disso tudo.

De acordo com Neto (1996) As necessidades nutritivas dos jovens são elevadas, em virtude da rapidez do crescimento, particularmente no caso das proteínas, sais minerais e vitaminas. Ainda, salienta o autor, que são comuns nessa idade, mesmo em adolescentes de classe média e superior, os maus hábitos alimentares, a omissão de refeições ou a substituição destas por sanduíches ou refrigerantes. Tais aspectos alimentares aliados ao sedentarismo são considerados os grandes responsáveis pelo número crescente de adolescentes com sobrepeso e obesidade.

Os adolescentes com problemas de obesidade e sobrepeso, segundo especialistas poderão apresentar sérios problemas de saúde e de relacionamento. Essas pessoas poderão ter uma auto-estima muito baixa, problemas de adaptação com os amigos e amigas e, num médio e longo prazo, complicações orgânicas como cálculo na vesícula biliar, acidentes vasculares cerebrais e doenças coronarianas, entre outras. Assim, o acompanhamento rigoroso da família como a melhor forma de se combater a obesidade em adolescentes.

A família exerce um papel fundamental na formação das crianças. É preciso haver uma orientação por parte dos familiares para, inicialmente, controlar a gordura, o carboidrato e as calorias. Além disso, é preciso que haja estímulos para a realização de atividades físicas. Isso é vital. Há um ditado popular que afirma que em casa de obeso até o cachorro é obeso. Então, o cuidado começa em casa

sempre. Mas a escola não pode se eximir da tarefa de combater o problema dentro de suas possibilidades e lançando mão da interdisciplinaridade como aliada nesse empreitada. Isso é importante por que a sociedade subestima a obesidade. Só considera os extremos. a obesidade infantil pode crescer com o jovem. A hereditariedade para alguns cientista é importante a ser considerada mas não é fator preponderante. As cantinas escolares vendem junk foods, ninguém se preocupa em ter uma alimentação saudável. Mas o quadro pode ser revertido com o balanceamento das merendas nas escolas públicas e com mais fiscalização sobre o que é vendido nas cantinas. Isso é uma medida essencial, mas mais uma vez reafirma-se aqui a necessidade de um trabalho interdisciplinar com a escola e também com a comunidade incluindo aqui especialistas de áreas diversas da saúde principalmente.

2.4 QUESTÕES DE GÊNERO: A IDENTIDADE DO SER MENINA

Atualmente, as questões de gênero tem tomado um destaque interessante nos meios acadêmicos e sociais. Conforme aponta Nogueira (2008) Mead (1980) apud Muraro (2002) considera que a formação da personalidade de cada sexo é produto de uma sociedade que cuida para que cada geração masculina e feminina se adapte ao tipo que impõe. Esta posição é reafirmada por Norma Ferro, quando evidencia que:

O homem não nasce homem, da mesma maneira que a mulher não nasce mulher (...) vão sendo construídos dentro de certas coordenadas históricas. Nem estão inseridos no reino da natureza, nem previstos por ela. São produtos de um processo histórico. Seu destino esta inscrito pela sociedade em que nascem. Assim, o homem não é senão de suas relações com outros homens e de todos eles com a natureza num espaço e momento determinado. (FERRO APUD TOLEDO, 2003, p. 33).

Portanto, por gênero, entende-se a construção histórico-social dos sexos que por se tratar de uma construção as relações entre os homens e mulheres, sendo que os conceitos de masculino e feminino são diversos e estão em constante transformação na medida em que nos revelam situações conflituosas entre os sexos,

bem como servem para representar a realidade social e mostram a possibilidade de intervir nesta (TEIXEIRA, ASSUNÇÃO, 2000; LUZ JÚNIOR, 2003).

Os gêneros se constroem em múltiplas relações: na família, no convívio social, nas escolhas pessoais, nas prescrições que são apresentadas nesses envolvimento e através de uma série de instrumentos de disciplinamento e controle social - onde a imprensa se insere. Assim, a construção dos gêneros passa por um duplo projeto: as escolhas pessoais e a construção cultural,

"tornar-se um gênero" implica ao mesmo tempo em interpretar as prescrições, sanções e tabus de um determinado contexto e processá-las, aplicando-as em nossos corpos e vivendas: "Menos um ato radical de criação, o gênero é um projeto tácito para renovar a história cultural nas nossas próprias condições corpóreas.

Scott afirma ainda que gênero é uma "categoria social imposta a um corpo sexuado". Dessa forma, como "categoria útil de análise histórica" o gênero fala, e permite falar, dos processos que historicamente têm definindo espaços e preocupações distintas para homens e mulheres. Principalmente porque a opção por essa categoria alia-se à rejeição das explicações biológicas, ou naturalistas, que buscam/entendem para os homens força, agressividade, e para as mulheres passividade, suavidade, delicadeza como denominadores para uma "operação", onde impera a desigualdade. É importante perceber essas relações como questões históricas, e que portanto a construção dos gêneros masculino ou feminino está condicionada a ordenamentos do mundo social.

De acordo com Susan Bordo(1978)

Não essencialmente através da 'ideologia' mas por meio da organização e da regulamentação do tempo e do espaço e dos movimentos de nossas vidas cotidianas, nossos corpos são treinados, moldados e marcados pelo cunho das formas históricas predominante de individualidade, desejo, masculinidade e feminilidade.

Judith Butler (1997) faz uma análise fundamental para essa abordagem ao refletir sobre a famosa frase de Simone de Beauvoir, "Não se nasce, mas se torna uma mulher". A proposta de Butler é pensar a construção do gênero, pois "não se nasce, mas se torna um gênero". "Tornar-se um gênero é um processo impulsivo, embora cauteloso, de interpretar uma realidade plena de sanções, tabus e

prescrições.[...]. Escolher um gênero é interpretar normas de gênero recebidos de um modo que as reproduzem e organizem de novo". Logicamente isso vale também para o homem.

A criação e a "renovação" dos gêneros pode, portanto, ser vivida de diversas maneiras e através de diversas estratégias, entre elas as prescrições que delimitam quais os parâmetros de comportamento ou estética. Ao observar esses anúncios e sabendo de sua grande inserção em nossos cotidianos questiona-se até que ponto eles influenciam na construção dos padrões de beleza e também nas relações de gênero.

Em relação aos ditames do corpo e da beleza impostos atualmente a ambos os gêneros, mais contundente e feroz em relação às mulheres E o corpo e a beleza são produtos de nosso cotidiano e de nossas leituras. Ou seja, são construídos, moldados e nunca naturalmente dados. E como tal, estão sempre em constante mutação, negando permanências, assim como o sujeito que se nega a permanecer o mesmo por toda uma vida.

É importante refletir sobre esse aspecto, principalmente considerando a interação que tais padrões possibilitam como referenciais para as relações cotidianas e para a constituição do gênero. Ou seja, quando a suavidade e a delicadeza aparecem, em determinado período, como modelos que constituem a beleza feminina, o que se pode perceber é a delimitação daquilo que pode ser e é possível às mulheres. O mesmo ocorrendo com os valores instituídos sobre os corpos masculinos e no que diz respeito à juventude, à magreza. Os corpos femininos, assim como os masculinos, não são "massas" sobre os quais se investem padrões, modelos; eles podem ser determinados por essas relações, é verdade, porém, é importante lembrar que, mesmo quando "moldados", os corpos se movimentam, respondem aos padrões e outras relações que se constituem sobre eles. A beleza que se investe sobre os corpos de homens e mulheres é dinâmica e pode ser construída conforme leituras muito diversas.

CAPITULO 3 EDUCAÇÃO FÍSICA ESCOLAR: ONDE O MASCULINO E O FEMININO SE CRUZAM.

Este capítulo trata da Educação Física Escolar enquanto mediadora de conhecimento e promotora de mudança de atitudes e comportamentos entre adolescentes e jovens. Também enquanto instrumento integrador da interdisciplinaridade e como elemento favorável à implementação de projetos para a prevenção e combate à obesidade, com vistas à saúde integral do indivíduo adolescente com um olhar especial para o sujeito do gênero feminino.

3.1 PROPOSIÇÕES DA EDUCAÇÃO FÍSICA ESCOLAR

O potencial de aprendizagem de um sujeito pode ser medido pela apropriação das capacidades de captação, integração, elaboração e expressão das informações, bem como o desenvolvimento da reflexão, do raciocínio e da utilização de estratégias para resolução de problemas; o que permite sua inclusão à vida em sociedade. E, a maximização de seu desenvolvimento cognitivo. A arquitetura dos processos e elementos cognitivos depende da integração dos processos de atenção e vigilância, de atenção e memória, de retenção, processamento, planificação que somente podemos antever se ocorreu ou não perante o comportamento do indivíduo.

O desempenho do sujeito, modelado pelo seu processo de aprendizagem, envolve uma integridade neurobiológica e um contexto sociocultural promotor; ou seja, um processo equilibrado e influenciado pela hereditariedade e o meio de convivência. O sujeito em processo de desenvolvimento se constitui como produto das interações interiores e exteriores que realiza com os outros sujeitos. Dessa forma, aprender envolve um corpo integrado e um contexto social facilitador.

A mediação do sentimento de competência é o desenvolvimento da auto-estima. É o trabalho que o professor faz no sentido de melhorar a percepção que o aluno tem de si mesmo. O aluno precisa saber que o sucesso em uma tarefa demonstra em parte sua própria competência.

A mediação da consciência de modificabilidade humana é um dos critérios fundamentais, pois o mediado necessita compreender como funciona sua cognição e saber que é possível modificar uma trajetória com obstáculos. Auxiliar o mediado a perceber que é capaz de produzir e processar informações e tomar conhecimento de seu potencial e de suas dificuldades, passando a ter consciência do que deve ser modificado é uma tarefa fundamental para o desenvolvimento da autonomia no processo de aprendizagem do sujeito.

Ao pensar nas relações de aprendizagem estabelecidas na escola, o papel do professor é redimensionado pela qualidade das interações estabelecidas com os seus alunos.. A busca de caminhos alternativos, a nova rota aberta pela plasticidade e flexibilização, é estimulada e potencializada dependendo da quantidade e da qualidade dos estímulos externos e das interações sociais.

De acordo com Marco (1995), a Educação Física dentro da escola serve como instrumento para o desenvolvimento do cidadão, tais como o desenvolvimento das capacidades e habilidades motoras, trabalhadas dentro das diversas maneiras metodológicas de ensino adotadas e também serve como sendo um espaço educativo privilegiado para promover as relações interpessoais, a auto-estima e a autoconfiança valorizando-se aquilo que cada individuo é capaz de fazer em função de suas possibilidades e limitações pessoais.

Sendo assim , percebe-se aqui que o foco da Educação Física Escolar é o acolhimento principalmente considerando as situações de aprendizagem, intrínsecas às relações e as interações. A qualidade dessas interações depende do direcionamento no sentido principalmente do resgate desse individuo em sua condição de reconhecimento de suas capacidades.

A Educação Física para ser conhecida como um componente curricular tão importante quanto os outros, deve apresentar objetivos claros e com um corpo de conhecimentos específicos e organizados, cuja aprendizagem possa colaborar para que os objetivos da educação escolar sejam alcançados. Como afirmam Elisabete dos Santos Freire e José Guilmar Mariz de Oliveira, (2004, Apud, Freire, 1999).

A Educação Física precisa assumir na escola, a responsabilidade de formar cidadãos capazes de se posicionar criticamente diante de novas formas de cultura corporal de movimento. Formando o cidadão que vai produzir reproduzir e transformar essa cultura corporal. Betti e Zulliani (2002) dizem que é tarefa da Educação Física preparar o aluno para ser um praticante lúdico e ativo, que

incorpore o esporte e os demais componentes da cultura corporal em sua vida, para deles tirar o melhor proveito possível.

Esta busca pela qualidade é o ponto de partida que estruturar uma ação pedagógica planejada, dando condições ao indivíduo de entender, interagir e transformar o seu contexto social. A estrutura do ensino no Brasil, apesar de tantos entraves, busca pautar-se pela perspectiva democrática, comprometendo-se com a educação necessária para a formação de cidadãos independentes e participativos.

As escolas tendem a se deter somente a cabeça da criança, esquecendo que somos um conjunto de cabeça e corpo e por isso a educação necessita ser de corpo inteiro. Para FREIRE (2007, p.10): “Que a educação seja uma prática corporal, uma prática de corpo inteiro; que se dirija tanto ao indivíduo quanto à sociedade, de modo que João aprenda a ser João, e Maria aprenda a ser Maria, porém ambos disponíveis para o outro, para a sociedade”.

Dentro das três dimensões citadas, podem-se subdividir os conhecimentos a serem aprendidos: a aprendizagem de habilidades motoras como arremessar, saltar, correr, etc. Jogos, danças, lutas e ginástica, antecipação, localização, lateralidade, etc. Conhecimento de si mesmo e das alterações que acontecem no corpo antes, durante e após a atividade física. Aprendizagem de regras e valores e de percepção de sensações afetivas durante a realização dos movimentos.

Conforme afirma Barbosa (2001).

É necessário que o professor faça uma explanação do que é a Educação Física, pois até mesmo por serem crianças, elas têm a idéia de que é somente jogar bola. Devemos explicar todo o processo de como é uma aula de Educação Física, ressaltando o lado educacional tanto do corpo como do intelecto, explicar os processos de higiene, convivência em grupo (socialização), preconceitos (racial, religioso, social, sexual), mas sempre de uma forma alegre, que se adéque à sua linguagem. (Barbosa 2001, p.19).

Por isso é necessário que o professor leve em consideração todos os fatores envolvidos, procurando um novo formato na elaboração das aulas, para mostrar o verdadeiro valor da Educação Física no ambiente escolar. Nesse caso específico conforme aqui é tratado não é tratar meninos e meninas distintamente, mas olhar as especificidades e considerar principalmente as diferenças culturais, sexuais e sociais

impostas à mulher desde à sua puberdade principalmente e trazer essas diferenças para o campo do debate, e sobretudo do acolhimento.

3.2 DIFICULDADES COM O FEMININO: COMO OUVIR MELHOR A MENINA.

No que se refere às questões do gênero nas aulas de educação física, isso fica evidenciado na prática rotineira de se formar turmas exclusivas “de meninas” e “de meninos”, revelando assim a visão sexista discriminatória entre os sexos dominante na sociedade e conseqüentemente na escola que em seu caráter normativo e seu papel de transmissora de conhecimento também está contaminada pelo sexismo, constituído em um código secreto e silencioso que molda e discrimina o comportamento de meninas e meninos, homens e mulheres. Este é um problema certamente. Mas aqui nos deparamos com uma outra questão que merece toda a tenção pelas estatísticas já demonstradas anteriormente.

Em termos estatísticos, está provado que as mulheres engordam mais. Mas a questão não tem nada a ver com o gênero, e sim com massa muscular. Isso porque os homens, geralmente dotados de um volume maior de ossos e músculos, apresentam um metabolismo mais acelerado do que o das mulheres. Ou seja a questão aqui não reside no sexo mas na constituição corporal de cada um.

Entretanto o sobrepeso e a obesidade têm uma conotação mais forte no cotidiano da mulher que seguindo os ditames estéticos precisa ser bela e magra. Essa situação de cobrança no dia-a-dia das escolas traduz-se em cobranças que geram bullying e por vezes a violência principalmente entre as próprias adolescentes que possuem também por questões hormonais e ligadas ao seu desenvolvimento de gênero uma agressividade difícil por vezes de controlar frente ao desafio do outro. Nelas, o hormônio feminino estrogênio trabalha para promover o aumento do peso, ou impedir a sua perda, e isso torna mais difícil para a mulher emagrecer. Somado a ele e prejudicando a menina surge a leptina, que como vimos no capítulo anterior induz o sujeito à fome e que por sua vez com os fatores externos fica mais evidenciada.

Na mulher ainda dois momentos são mais agravantes: a puberdade feminina e a fase inicial da gravidez, períodos em que os níveis de estrogênio são mais

elevados, são entendidas pelo corpo como estados em que convém armazenar eficazmente as gorduras, de forma a assegurar o desenvolvimento do feto e um eventual aleitamento. Durante a puberdade, existe uma diferença entre meninos e meninas quanto aos níveis de leptina. Nas meninas, os níveis de leptina aumentam progressivamente de acordo com a idade, com o ganho de peso e gordura corporal, enquanto que, nos meninos, isso acontece até os 10 anos, ocorrendo uma diminuição progressiva após essa idade.

Questões que por vezes são negligenciadas ou não ouvidas por pais e professores por vezes levam a situações que são exteriorizadas de diversas formas não saudáveis e perigosas. Não raros são os relatos de brigas públicas, mortes, suicídios, por conta as vezes dessa adolescente não ter sido ouvida em suas necessidades, fraquezas, angústias.

Esse é também um grande desafio à escola e ao professor de Educação Física que está ali no trato com aquele que para a menina é seu inimigo, aquele que ela não ama e que ela tenta esconder de diversas formas: seu próprio corpo. Nesse contexto entende-se que a Educação Física exerce um papel importante dentro da escola, pois é deste modo que a capacidade da adolescente de se movimentar e interagir consigo mesma e com o meio ambiente em que vive se transforma.

Assim, e deste modo a educação Física desempenha um papel formidável na extensão dos limites do crescimento e do seu desenvolvimento, sendo este um processo demorado e sucessivo. Além da maturação, as experiências e as características individuais agem no processo do desenvolvimento da adolescente preparando-a para no seu autoconhecimento e no gerenciamento de emoções.

O trabalho da Educação Física deve prever a formação de base indispensável no desenvolvimento motor, afetivo e psicológico, dando oportunidade para que, por meio de jogos, do esporte, da dança, da ginástica, da luta e de atividades lúdicas, conscientize-se sobre seu corpo deste modo, ajuda em vários fatores auxiliando no problema de aprendizado, isso requer desenvolver projetos pedagógicos que foquem na interdisciplinaridade como foi dito aqui anteriormente.

Aqui para além das divisões nas turmas é preciso propostas de trabalhos que integrem e não dividam e aprofundem as diferenças e divergências entre meninos e meninas. Eis aqui mais um desafio que apenas o diálogo interdisciplinar pode promover.

3.3 INCLUINDO A MENINA: A IMPORTÂNCIA DA MULHER NO DESPORTO.

Os Parâmetros Curriculares Nacionais - PCN's (BRASIL, 1997) quando se refere à educação física como a área do conhecimento que introduz e integra os alunos na cultura corporal do movimento, com as finalidades de lazer, expressão de sentimentos, afetos e emoção, manutenção e melhoria da saúde. Aponta para a perspectiva metodológica de ensino e aprendizagem que busca o desenvolvimento da autonomia, cooperação, participação social e da afirmação de valores e princípios e valores democráticos.

Estes princípios democráticos visam à recuperação de qualquer tipo de discriminação e exclusão social. Sobre isso afirma que:

No que tange a questão de gênero, as aulas mistas de educação física podem dar oportunidade para que meninos e meninas convivam, observem-se, descubram e possam aprender a ser tolerantes, a não discriminar e a compreender as diferenças, de forma a não reproduzir estereotipadamente relações sociais autoritárias. (BRASIL, 1997, p. 3).

Ainda segundo os PCNs, sobre o papel da escola e do professor de educação física, dizem que a escola configura-se como um espaço diferenciado aonde as diferentes competências com os quais as crianças chegam à escola deverão ser ressignificadas e ao professor é atribuída a função de oportunizar uma variedade de atividades em que diferentes competências sejam exercidas e as diferenças individuais sejam valorizadas. Destaca sobre esta questão a diferença entre as competências de meninos e meninas que por razão cultural, ao ingressar na escola as experiências dos meninos são maiores no manuseio de bolas e em atividades que demandam força e velocidade e as meninas em atividades expressivas e nas que exigem equilíbrio, coordenação e ritmo.

Assim, as intervenções didáticas podem propiciar experiências de respeito a diferenças e de intercâmbio onde sejam oportunizadas vivências às meninas que, tradicionalmente, fora da escola são oportunizadas aos meninos e vice-versa, para que estes possam se enriquecer mutuamente ao invés de entrarem em conflitos pautados em estereótipos e preconceito.

Goellner (2011) afirma que a história das mulheres no universo cultural do esporte brasileiro é marcada por rupturas, persistências, transgressões, avanços e recuos. Desde meados do século XIX, elas se fazem presentes nas arenas esportivas como espectadoras e praticantes. No entanto, é a partir das primeiras décadas do século XX que essa participação se ampliou e consolidou.

Historicamente a sociedade patriarcal e machista vetava essa participação acusando o esporte de tirar a graciosidade e fragilidade típica da natureza feminina. Mas os transgressores à essa idéia não são recentes. Já em 1930 Rangel Sobrinho, um brasileiro destacava:

Nunca será demasiado encarar a importância do esporte para a mulher. Quanto mais nos aprofundarmos nos estudos tendentes a efetivar a eugenia da raça, nas pesquisas destinadas a solucionar os problemas relativos à saúde humana, a dar ao homem e à mulher o máximo de sua eficiência física para a vida, mais nos compenetrarmos da importância capital da Educação Física feminina. É mister que nos convençamos da verdade irrefutável desse dogma – a mulher precisa de esporte! Precisamos identificar a mulher com a prática racional dos exercícios físicos, educá-la para uma compreensão elevada dessa forma salutar de atividade que, tanto contribui para a conservação de sua saúde e de sua beleza, para a manutenção de sua mocidade e de sua eficiência (RANGEL SOBRINHO, 1930, p. 21

Numa escola que pensa em inclusão e num mundo em que essa se torna a palavra de ordem frente a uma sociedade retaliadora, a participação feminina nas práticas desportivas deve ser fomentada pela escola para além das questões de estética mas por questões mesmo de sobressalência da mulher em atividades outrora só disponíveis aos homens. Percebe-se aí na fala do autor desde o século passado que a prioridade era a saúde e em nenhum momento o termo estética é mencionado.

Porém a questão estética vai se consolidando a partir do ideal de mulher que se formata a partir daí. E esse ideal de estética tal qual temos hoje e que permeia o mental das adolescentes, mulheres principalmente mais uma vez corre o risco de sobrepor-se à questão primordial que é a saúde, uma vez que os caminhos que se propõem para chegar a esse corpo ideal não são os ditados pelo modo de vida saudável, mas pelo mais fácil.

Para Goellner (2011) mesmo diante de toda a presença feminina nos desportos, o machismo predomina assim como em todas as esferas sociais.

Isso não significa afirmar que homens e mulheres tenham as mesmas oportunidades no campo esportivo ou que preconceitos quanto à participação feminina inexistam. Não é raro, ainda hoje, encontrar nas escolas de primeiro e segundo graus disparidades relevantes no que se refere ao acesso de meninas e meninos nas atividades esportivas realizadas nas aulas de educação física. Essa mesma situação pode ser observada nos espaços de lazer, na gestão esportiva, no investimento de clubes, enfim, em diversas instâncias nas quais o esporte se desenvolve. (GOELLNER,2011.p.30).

Continua a autora afirmando que ainda assim é extremamente relevante enfatizar: entre rupturas e conformismos, as mulheres há muito estão presentes no esporte brasileiro ainda que, muitas vezes, o discurso oficial as tenha deixado nas zonas de sombra.

O trabalho da escola aqui toma uma dimensão também política pois além do resgate da mulher, precisa propiciar o aparecimento desse trabalho, que ele saia das sombras e se destaque nos cenários nacionais e mundiais.

3.4 PARA ALÉM DAS METODOLOGIAS, AS POSSIBILIDADES DA EDUCAÇÃO FÍSICA ESCOLAR.

Betti e Zulliani (2002) afirmam que a Educação Física precisa assumir na escola, a responsabilidade de formar cidadãos capazes de se posicionar criticamente diante de novas formas de cultura corporal de movimento. Formando o cidadão que vai produzir reproduzir e transformar essa cultura corporal. Assim é tarefa da Educação Física preparar o aluno para ser um praticante lúdico e ativo, que incorpore o esporte e os demais componentes da cultura corporal em sua vida, para deles tirar o melhor proveito possível.

Deste modo o ensino da Educação Física na escola deve contemplar as três dimensões: o saber fazer, o saber sobre e o saber ser, e dessa forma ter sua própria autonomia para saber como, quando e porque realizar atividades que promovam e

incentivem o desenvolvimento das habilidades sejam elas motoras, cognitivas, sociais.

Desde que a obrigatoriedade da Educação Física disposta na lei 5692/71 passou a ser substituída em sua visão de forma mais amena na lei 9394/96 considerando-a como componente curricular integrado à proposta pedagógica da escola, as práticas referentes a ela tem se modificado paulatinamente. Mas esse processo é lento e a Educação Física ainda é imposta como algo obrigatório e que portanto tira o prazer do aluno em sua relação de proximidade e contato com o veículo chamado corpo.

Ressalta-se aqui a dinamização do trabalho dos professores no sentido de tornar a Educação Física Escolar interessante para os alunos, fazendo com que ela tenha objetivo e finalidades definidas e contribua para a formação dos jovens, atuando de forma interdisciplinar nas escolas. Contudo está se deixando de levar em conta o contexto histórico do processo, os anos de existência da disciplina e o despreparo dos professores para atuar da forma definida

A ênfase na atividade física desvinculada de conteúdos significativos e reflexivos à essas práticas são certamente os fatores que ocasionam o desinteresse e rejeição da maioria dos alunos à aula. Somada a isso a ênfase também dada a formação de equipes desportivas pode ser fator de exclusão dos demais alunos que não possuem “aptidão” para tal.

Uma lista sem fim de problemas relacionados a Educação Física se dispõe, no entanto as soluções em nível de mudança de paradigmas deve se partir no âmbito da políticas públicas sim, mas podem partir do micro , em pequenas mudanças de prática pessoal. O primeiro ato concreto para a promoção de Educação Física com o desporto, chegando mudanças seria traçar um diagnóstico, reconhecer mesmo, os diversos momentos históricos e as práticas dinamizadas e revolucionar o processo a preciso sair da paralisia, encarar a questão, promover observações: Fóruns, Seminários e Congressos com os professores, analisando profundamente os problemas com atualizações e reciclagens para uma meio educativo privilegiado, porque abrange o ser retomada de posição.

A atividade física é hoje considerada como um meio educativo privilegiado, porque abrange o ser na sua totalidade. O caráter de unidade da educação, por meio das atividades físicas, é reconhecido universalmente. Ela objetiva o equilíbrio e a saúde do corpo, a

aptidão física para a ação e o desenvolvimento dos valores morais. Sob a denominação comum de educação física e desportiva o consenso mundial reúne todas as atividades físicas dosadas e programadas, que embora pareçam idênticas na sua base, têm finalidade e meios diferenciados e específicos. O meio específico da educação física é a atividade física sistemática, concebida para exercitar, treinar e aperfeiçoar. De acordo com a intenção principal que anima a atividade físicas, ela se desdobra em exercícios educativos propriamente ditos, os jogos e os desportos. Face à informalidade de que se reveste sua prática, os jogos e os desportos têm Ontem e hoje um poder maior de mobilização que os exercícios educativos, sendo recomendável, portanto para melhor eficácia da educação física a integração das formas. (GOELLNER,2011 p. 33)

Apesar da ênfase dada em palavras para o conteúdo da atividade física, leia-se aqui como preponderante o termo exercícios educativos. A escola é que constrói seu projeto pedagógico e define a carga horária de cada uma. Portanto, é o professor de Educação Física que deve justificar permanência da sua disciplina no currículo e apresentar sua finalidade, argumentando e convencendo a comunidade da quantidade de sessões a ser oferecer uma nova postura para a Educação Física Escolar, na escola.

Essa é uma ruptura de paradigmas e como foi dito anteriormente parte do micro mas como o apoio da lei.

Assim, entendemos que a Educação Física Escolar deve priorizar a formação dos jovens, o preparo para o trabalho e a cidadania, a sensibilização e entendimento de implementar uma vida ativa como fator de bem-estar de todos os alunos para que desenvolvam suas potencialidades, de forma democrática e não seletiva.

A Educação Física Escolar deve dar oportunidades à qualidade de vida, a compreensão do que é o corpo, , como este se movimenta, como se relaciona e do seu aprimoramento como seres humanos. E como se expressa na sociedade. É imprescindível para que a Educação Física esteja em consonância com a educação escolar, promover conteúdos agradáveis, interessantes, voltados para o atendimento das finalidades da formação,

Com dito no subtítulo, para além das metodologias formais, é preciso que haja inventividade, criatividade, empenho e participação da comunidade escolar. Não há outro caminho. O empenho é a chave para que o trabalho aconteça e sem ele metodologias vazias não funcionam.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A recuperação da auto-estima e do bem estar social e outro ponto fundamental para o viver bem. A obesidade no Brasil é um problema que chama a atenção da sociedade e ganha a cada dia mais destaque na mídia. O número de obesos cresce rapidamente em quase todo o ocidente, aumentando, conseqüentemente, os casos de infarto do miocárdio, hipertensão, diabetes, arteriosclerose e outras patologias associadas. Cada dia mais se dá importância à qualidade de vida e a influência dos meios de comunicação para a cultura do corpo fazem com que todos queiram não só viver mais, mas viver bem! E é nesse contexto que opções de emagrecimento alternativas aos tratamentos invasivos e cirúrgicos se fazem cada dia mais necessário.

De acordo com Damiani (2000) um fato interessante que tem se repetido nas últimas décadas é que, a cada descoberta de algum fator envolvido na obesidade, alardeia-se a solução final do problema e isto tem mobilizado uma verdadeira multidão de pacientes obesos que saem à procura da "solução mágica" para o seu problema.

Poucos estão realmente interessados em mudanças de hábitos mas a grande maioria quer "a fórmula", hoje sofisticada por programas de computador que combinam os mesmos produtos de formas variadas para alardear seus efeitos únicos. Pela quantidade de medicamentos destinados à perda de peso (anoréticos, sacietógenos, termogênicos, anti-depressivos, disabsortivos, etc) que se vende no mundo, deveríamos esperar que a raça humana, a esta altura do campeonato, fosse não somente magra, mas já desnutrida! Se o problema é complexo, não deve suscitar esmorecimento e a procura constante e séria de soluções deve ser a tarefa primeira de todos os envolvidos na sua terapêutica.

Não existem soluções mágicas para esse problema. Existe apenas amor-próprio, empenho, disciplina e apoio. É um caminho de auto avaliação de quem sou e de quem quero ser e tornar-se a si.

Se tornar si mesmo não significa tornar-se perfeito, mas pleno, completo, com "as dores e delicias de ser quem se é." Aceitando-se e se corrigindo. O obeso precisa antes de tudo aceitar sua condição com amorosidade para partir para a correção daquilo que o incomoda, e que não é clinicamente e esteticamente

saudável. A humildade é primordial nesse processo. Ela nos faz lembrar que o importante não é não errar, mas procurar não cometer o mesmo erro. É sempre buscar erros novos, para uma ampliação de consciência. Não esquecendo que a mudança é sempre provisória.

O processo de individuação é constante, não tem fim e seu objetivo máximo é nos tornar mais humanos. A individuação aqui segundo Jung (2001) é inevitável e seu resultado é incerto. É mais fácil idealizá-la do que realizá-la. Porém, mesmo sentindo-se pequeno para empreender essa árdua tarefa, é preciso lembrar que cada indivíduo possui recursos suficientes para tanto e que seu esforço gerará frutos para uma transformação pessoal que certamente impactará no coletivo.

O trabalho da Educação Física deve prever a formação de base indispensável no desenvolvimento motor, afetivo e psicológico, dando oportunidade para que, por meio de jogos, do esporte, da dança, da ginástica, da luta e de atividades lúdicas, conscientize-se sobre seu corpo deste modo, ajuda em vários fatores auxiliando no problema de aprendizado, mas vale lembrar que em primeiro lugar precisa-se do fator “político” verbas para poder desenvolver projetos pedagógicos eficientes.

Com a observância dos adolescentes obesos e uma aumentada resistência a insulina, evidenciada por uma relação insulina/glicose francamente alterada e a volta a padrões normais após perda de peso (curiosamente, mesmo antes de se atingir o peso ideal, a resistência a insulina já se reduz), o que mostra que deve-se investir vigorosamente nesses pacientes, na tentativa de lhes propiciar um futuro mais saudável.

O alerta que o trabalho de Carneiro (2000) deixa é que a tomada de consciência por todos que lidam com crianças e adolescentes obesos é essencial. Não se pode achar que o problema vá se resolver na vida adulta, como fantasiosamente muitos familiares (e alguns profissionais de saúde) acreditam. Mas sobretudo é preciso que a obesidade³ deixe de ser vista apenas do ponto de vista estético e passe a ser considerada pelo ponto de vista clínico. Antes de tudo o essencial é a mudança de comportamento e isso só o engajamento da escola estimulada por profissionais comprometidos pode e deve conseguir.

Segundo Arthur Schopenhauer, em geral, nove décimos da nossa felicidade baseiam-se exclusivamente na saúde. Com ela, tudo se transforma em fonte de prazer.

REFERENCIAS

ANDRADE, M. M. **Introdução a Metodologia do Trabalho Científico**: elaboração de trabalhos de graduação. 6. Edição. São Paulo: Atlas, 2003.

ANGELIS, Rebeca C. de. **Riscos e Prevenção da Obesidade: Fundamentos Fisiológicos e Nutricionais para Tratamento**. 1 ed. São Paulo: Atheneu 2003.

BARBOSA, C. L. de A. **Educação Física Escolar: as representações sociais**. Rio de Janeiro: Shape, 2001.

BETTI, M.; ZULIANI, L. R. **Educação Física escolar: uma proposta de diretrizes pedagógicas**. *REMEFE: Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte*, São Paulo: Mackenzie, V.1. n. 1, p. 73-82, jan./dez. 2002.

BORDO, Susan. **O corpo e a reprodução da feminilidade: uma apropriação feminista de Foucault**. In: JAGGAF1, Aliso M. & BORDO, Susan R. *Gênero, corpo e conhecimento*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997,

BOUCHARD, C. **Atividade física e obesidade**. Barueri: Manole; 2003.

BUSS, Paulo Marchiori e colaboradores. **Promoção da saúde e a saúde pública: contribuição para o debate entre as Escolas de Saúde Pública da América Latina**. Rio de Janeiro, julho, 1998

BUSSE, Salvador de Rossis. **Anorexia, Bulimia e Obesidade**. 1 ed. Barueri: Manole 2004.

BUTLER, Judith. *Variações sobre sexo e gênero*. Beauvoir, Wittig e Foucault. In: *Feminismo como crítica da modernidade*. Editora Rosa dos Tempos, 1978.

BRAGA, Eduardo Villas Boas. *Cirurgia Plástica: definições para o indefinido: a beleza*. <http://clinica-de-estetica.net.br/definicoes-para-o-indefinido-a-beleza/>
Disponível em 09 de maio de 2016.

BRASIL, **Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros Curriculares Nacionais: Educação Física**. Brasília: MEC/SEF, 1997.

BRASIL. **Educação e Saúde**. Organizado por Carla Macedo Martins e Anakeila de Barros Stauffer. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 687, de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde. 30 de março de 2006. Disponível em: <http://64.233.169.132/shearh?q=cache:fasy23iN4EQJ:tdr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislaçãoportaria_687_30_03_06.pdf+portaria+687,&hl=pt-BR&ct=clnk&cl=1> Consulta em: 15 out 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégia e Participação Departamento de Apoio a Gestão Participativa. Caderno de Educação Popular e Saúde. Ministério as Saúde. Brasília, 2007b.

CARNEIRO JRI, Kushnir MC, Clemente ELS, Brandão MG, Gomes MB. **Obesidade na adolescência: fator de risco para complicações clínico-metabólicas**. Arq Bras Endocrinol Metab. 2000.

CZEPIELEWSKI, Mauro A. **Obesidade**. Artigo publicado em: 01/11/2001; revisado em: 30/11/2006. <http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?303> Disponível em 24 de maio de 2016.

DAMIANI, Durval. **Obesidade na Infância e Adolescência - Um Extraordinário Desafio!** Arq Bras Endocrinol Metab. 2000.

DÂMASO, Ana. **Nutrição e Exercícios na prevenção de doenças**. 1 ed. Rio de Janeiro: Medsi 2001.

DUARTE, A. C. et al. **Síndrome Metabólica: semiologia, bioquímica e prescrição nutricional**. Rio de Janeiro: Axcel Books do Brasil 2005.

DUNCAN, B(1991).**As desigualdades sociais na distribuição dos recursos**. Barbosa R, M; Villela,W V(1996).A trajetória feminina d a Aids.In: fatores de risco para doenças não-transmissíveis.

FERREIRA, S; SGANZERLLA, S. **Conquistando o Consumidor**. São Paulo: Gente, 2000.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia**. São Paulo: Paz e terra, 25º edição, 2010.

FREUD, Sigmund. Fragmento de um caso de histeria. In:____ **Três ensaios sobre a teoria da sexualidade e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago. 1901-1905. p. 170-224.(Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 7).

GAZZINELLI, MF; GAZZINELLI, A; REIS, D.C; PENNA, C.M.M; **Educação em Saúde: Conhecimentos sociais e experiências da doença**. Caderno de Saúde Pública, 2005.

GIGANTE, Denise P; MOURA, Eryl C. de; SARDINHA, Luciana M. V; **Prevalência de excesso de peso e obesidade e fatores associados**. Revista de Saúde Pública, 2006. Disponível em: http://scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102009000900011&lng=e&nrm=iso

GOELLNER, Silvana Vilodre . **Corpo, gênero e sexualidade: um debate contemporâneo na educação**. Petrópolis: Vozes, 2011.

GUEDES, Érika Paniago; MOREIRA, Rodrigo Oliveira; BENCHIMOL, Alexandre Koglin. **Endocrinologia**. 1 ed. Rio de Janeiro: Rubio 2006.

GUYTON, Arthur C; HALL, Jonh E. **Tratado de Fisiologia Médica**. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan 2002.

GRIMM P . H. K. Biesalski e **NUTRIÇÃO TEXTO E ATLAS - 2007**

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos familiares 2003-2004. Disponível em:<<http://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 29 março 2016.

JUNG, Carl Gustav. **Obra completa de C.G. Jung Tipos Psicológicos**. Volume VI 1ª edição (2011). Vozes. Petrópolis. RJ.

LEAL, Virginia Costa Lima Verde; CATRIB, Ana Maria Fontenelle; AMORIM, Rosendo Freitas de e MONTAGNER, Miguel Ângelo. **O corpo, a cirurgia estética e a Saúde Coletiva: um estudo de caso**. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2010, vol.15, n.1, pp. 77-86. ISSN1413-8123. doi:10.1590/S1413-81232010000100013.

LUZ JÚNIOR, Agripino Alves. **Educação Física e Gênero: olhares em cena**. São Luís:Imprensa Universitária/UFMA/CORSUP, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção Básica à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Obesidade. Cadernos de Atenção Básica, n. 12 Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2006.

MURARO, Rose Marie. **Feminino e masculino: uma nova consciência para o encontro das diferenças**. Rio de Janeiro: Sextante, 2002.

MURATE EH. **Atenção dietética e atividade física no tratamento de pessoas obesas e/ou sobrepeso**. Disponível em: <http://www.proec.ufpr.br/enec2005/download/pdf/SA%DADE/pdf%20saude/47%20.%20aten%c7%c3%20diet%c9tica%20E%20atividade%20f%cdsica%20no%tratament o%20 de%20pessoas%20obesas%20rev.pdf9>. Acesso em: 28 de outubro de 2010

MCARDLE, William D; KATCH, Frank I; KATCH, Victor L. **Fundamentos de Fisiologia do Exercício**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan 2002.

MCARDLE, William D; KATCH, Frank I; KATCH, Victor L. **Fisiologia do Exercício: Energia, Nutrição e Desempenho Humano**. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan 2003.

NAHÁS, Marcus Vinicius. **Atividade física, saúde e qualidade de vida. Conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 3 ed. Londrina: Midiograf 2003.

NETTO, S. P. **Desenvolvimento físico**. In:_____. Psicologia da adolescência. 14. ed. São Paulo: COMEPE, 1996.

NOGUEIRA Maria do Socorro, RODRIGUES, Ana Maria da Silva. **Meninos, meninas ou todo mundo junto? A questão do gênero nas aulas de educação física nas escolas da região sudeste da rede pública municipal de Teresina**. ANAIS do III Encontro de Educação Física e Áreas Afins Núcleo de Estudo e Pesquisa em Educação Física (NEPEF) / Departamento de Educação Física / UFPI ISSN 1983-8999 23, 24 e 25 de Outubro de 2008.

NONINO, Borges C. B; BORGES R. M; SANTOS, J. E. **Tratamento Clínico da Obesidade**. *Medicina*. Ribeirão Preto v. 39, n.2, p. 246-52 abr./jun. 2006.

NORTHRUP, Christiane. **Goddesses Never Age: The Secret Prescription for Radiance, Vitality and Well-Being.** - See more at: <http://www.drnorthrup.com/newsletter/#sthash.ZWOCysja.dpuf>. Acessado em 23 de março 2016.

OLIVEIRA, Nucia Alexandra Silva de. **Corpo e beleza-pautas nos discursos da contemporaneidade.** <https://periodicos.ufsc.br/index.php/esbocos/article/viewFile/570/9842>. Disponível em 23 de maio de 2016.

PARIZOTTO, D et al. **Obesidade e sua influência na qualidade de vida.** Revista pró-saúde 2002.

PINHEIRO, A.R.O.; FREITAS, S.F.T.; CORSO, A.C.T.; **Uma abordagem epidemiológica da obesidade.** Revista de Nutrição, Campinas, v. 17, n.4, p. 523-533 out/dez., 2004.

RANGEL SOBRINHO, O. **Educação Physica Feminina.** Rio de Janeiro: Typografica do Patronato, 1930.

SEBOLD, L.F.; RADÜNS,V.; ROCHA, P.K.; apud. **Obesidade e Cuidado.** In: MARTINI, G.J. e KALINOWSKI, C.E.; Programa de Atualização em Enfermagem: Saúde do Adulto: PROENF: Porto Alegre: Artmed/Panamericana, 2007.

SEGAL A.; CARDEAL, M. V.; CORDÁS, T. A.; **Aspectos psicossociais e psiquiátricos da obesidade.** Revista Psiquiatria Clínica. v. 29, n.2, p. 81-89, 2002

SIEGFRIED, Alena; DÂMASO, Ana. **Obesidade.** Rio de Janeiro: Medsi 2003.

SCOTT, Joan. **Gênero: uma categoria de análise histórica.** In: Educação e realidade.Porto Alegre, 1990.

SCHALL V.T; STUCHINER, M. **Educação em saúde: novas perspectivas.** *Cad. Saúde Pública* 1999; 2: 4-5

TEIXEIRA NETO, Faustino. **Nutrição Clínica.** 1 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan 2003.

TEIXEIRA, A. L.; ASSUNÇÃO, M. M. S. de. **As Relações de Gênero no Ensino Fundamental: Temas Transversais e Prática Docente.** Revista Presença Pedagógica, V.6, N.33, p. 19-27, maio/jun., 2000

TOLEDO, Cecília. **Mulheres: o Gênero nos une, a classe nos divide**. 2. ed. São Paulo: Instituto José Luís e Rosa Sunderman, 2003.

VARELA, Ana Paula. **Você tem fome de quê?** V 26. Brasília/DF. 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvs-sisi.org.br/scielo.php?scrip=sci_arttext&pid>. Acessado em: 24/01/2016.

VIEIRA Benedito. SOARES George. <http://www.bgcirurgioplastica.com.br/artigo11-gastroplastia.htm> Disponível em 10 de maio de 2016.

WANNMACHER L. **Obesidade: evidências e fantasias. Uso Racional de medicamentos**. v.1,n.3, p.1, Brasília, DF; 2004.