

Ana Maria dos Reis Toledo

Sexualidade em Adolescentes Obesos

São José do Rio Preto
2006

Ana Maria dos Reis Toledo

Sexualidade em Adolescentes Obesos

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto para obtenção do Título de Mestre no Curso de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Eixo Temático: Medicina Interna.

Orientador: Prof. Dr. Raphael Del'Roio Liberatore Júnior

São José do Rio Preto
2006

Toledo, Ana Maria dos Reis

Sexualidade em adolescentes obesos / Ana Maria dos Reis
Toledo
São José do Rio Preto, 2006
67 p.

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de São José
do Rio Preto – FAMERP
Eixo Temático: Medicina Interna

Orientador: Prof. Dr. Raphael Del’Roio Liberatore Júnior

1. Sexualidade; 2. Adolescência; 3. Obesidade.

SUMÁRIO

Dedicatória	i
Agradecimentos	ii
Epígrafe	iv
Lista de Tabelas	v
Lista de Abreviaturas e Símbolos.....	vi
Resumo.....	vii
Abstract.....	ix
1. Introdução	01
1.1. Objetivos	14
1.1.1. Objetivo Geral.....	14
1.1.2. Objetivos Específicos	14
2. Casuística e Método	15
3. Resultados	19
4. Discussão.....	31
5. Conclusões	43
6. Referências Bibliográficas.....	46
7. Apêndices	56
8. Anexos.....	64

- ✓ Dedico esta obra aos meus pais: Tereza e José Geraldo (*in memoriam*) que sempre me ensinaram os verdadeiros valores da vida: amor, caráter, honestidade, perseverança, dignidade e respeito ao próximo. Por me proporcionarem esta oportunidade, através do modelo e da dedicação de toda uma vida em nome da educação.

- ✓ Ao meu marido, Gerson, por entender este período da minha vida, apoiando esta etapa de crescimento profissional e pessoal.

- ✓ Ao meu filho, João Lucas, que na inocência dos seus cinco anos, soube entender e respeitar este momento, com extrema sensibilidade e carinho.

- ✓ À Tereza (TÊ), meu anjo da guarda, que sem a sua colaboração, carinho e dedicação, este trabalho não poderia ter se concretizado.

Agradecimentos

- ✓ Ao meu orientador Prof. Dr. Raphael Del’Roio Liberatore Júnior, que me acolheu desde o início dessa caminhada, pelo incentivo e orientação que me proporcionou a concretização deste trabalho.

- ✓ Aos grandes Mestres que tive o privilégio de ter na vida, durante a minha formação profissional, em especial à Dr^a. Maria Ignez Saito e Dr^a. Anita S. Colli, por aprimorarem em mim a paixão pela Medicina do adolescente.

- ✓ Ao professor Eduardo Boskovitz, pela sua amizade e por ter me apresentado para esta faculdade.

- ✓ Ao professor Cordeiro, que sem a sua valiosa colaboração, este trabalho não poderia ter se concretizado.

- ✓ Ao Prof. Dr. Reinaldo Azoubel, pelo exemplo de sabedoria e serenidade.

- ✓ A todos os professores da pós-graduação da FAMERP que muito contribuíram para o meu aprendizado.

- ✓ À Dra. Maria Cristina O. S. Miyazaki e à Dra. Yara Monachesi, por suas dicas imprescindíveis para o aprimoramento desta tese.

- ✓ À Profa. Adília pela atenção e revisão deste estudo.
- ✓ Aos colegas do curso de pós-graduação, pelo tempo feliz que passamos juntos.
- ✓ Aos funcionários da secretaria da pós-graduação, em especial ao José Antônio e à Rose, que souberam me aconselhar e acolher nos momentos difíceis.
- ✓ À Ana (do Comitê de Ética), à Leia (do setor de auxílio pedagógico), à Rosângela e à Zélia (da biblioteca), pela colaboração, paciência e cordialidade.
- ✓ A todos os adolescentes e instituições de ensino que possibilitaram que este trabalho se concretizasse.
- ✓ A todos os amigos e amigas que de alguma forma fizeram parte de mais esse capítulo da minha vida. Obrigada pelo apoio e carinho.
- ✓ Agradeço à minha família constituída, de origem e agregada, pelo carinho colaboração e compreensão.
- ✓ E a Deus, pela oportunidade de estar aqui e por me mostrar todos os dias, que tenho motivos de sobra para estar viva.

***Nada na vida é por acaso.
Tudo na vida acontece por uma razão positiva
Se protegemos os canyons dos vendavais
Nunca veremos a beleza de seus relevos***

Lista de Tabelas

Tabela 1.	Distribuição dos adolescentes, segundo média e desvio padrão de idade, sexo e IMC.....	20
Tabela 2.	Distribuição dos adolescentes, segundo opção religiosa nos três grupos.....	21
Tabela 3.	Média e desvio padrão de idade (em anos) para beijar na boca, “ficar”, namorar, masturbar e primeira relação sexual nos três grupos.....	22
Tabela 4.	Distribuição dos grupos de adolescentes, segundo as variáveis: sentir-se atraente, dificuldade/facilidade de ter paqueras, dificuldade/ facilidade de ter namorado.....	23
Tabela 5.	Distribuição dos grupos de adolescentes, segundo as variáveis de beijar na boca, “ficar”, namorar, masturbar e transar.....	24
Tabela 6.	Distribuição dos adolescentes por sexo, em relação à masturbação nos três grupos.....	26
Tabela 7.	Relação dos grupos quanto a ter parceiro e desejo sexual.....	27
Tabela 8.	Distribuição da percepção e interferência da obesidade por grupo.....	28
Tabela 9.	Interferência da obesidade nas diversas variáveis da sexualidade para grupo dois e grupo três.....	29

Lista de Abreviaturas e Símbolos

- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IMC - Índice de Massa Corporal
- OMS - Organização Mundial de Saúde
- OPS - Organização Panamericana de Saúde
- POF - Pesquisa de Orçamentos Familiares

A obesidade na adolescência acarreta sérias conseqüências por ser um período crítico, no qual as transformações corporais se iniciam, assumindo dimensões significativas e influenciando todo o processo psicossocial da formação da identidade do adolescente. Durante a adolescência, o excesso de peso pode acarretar diminuição da auto-estima, comprometimento da imagem corporal, interferindo nos relacionamentos sociais, que em última análise se refletem em uma diminuição da qualidade de vida. Dados da literatura sugerem que a sexualidade em indivíduos obesos esteja comprometida, e o desenvolvimento das relações com o sexo oposto esteja prejudicado. O objetivo do nosso estudo foi avaliar o exercício da sexualidade em um grupo de adolescentes obesos. Participaram do estudo 244 escolares entre 15-19 anos de idade. Para a avaliação do excesso de peso utilizou-se o índice de massa corporal (Peso/Estatura^2) e para a avaliação da sexualidade, um questionário desenvolvido para esta finalidade. Os resultados do nosso trabalho mostraram que os adolescentes obesos apresentam um comprometimento na vivência das etapas da sexualidade analisadas (beijar, “ficar”, namorar, transar), como também se sentem pouco atraentes, com dificuldade para ter paquera e namorado, quando comparados aos seus pares de peso normal. Os resultados confirmam que o excesso de peso interfere no exercício da sexualidade e nos apontam a necessidade de um novo olhar na elaboração de novas propostas, tanto no que se refere à abordagem dos problemas vivenciados por estes

adolescentes, como também na elaboração de instrumentos que reforcem a adesão ao tratamento da obesidade.

Palavras-Chave: 1. Sexualidade; 2. Adolescência; 3. Obesidade.

Obesity in adolescence accounts for serious consequences since it is a critical period. Body changes occur with significant dimensions with some influence in the whole psychosocial process related to the adolescent's identity development. During adolescence, overweight can result decrease of self-esteem, impairment of body image with consequences in the social relationship eventually diminishing the quality of life. Literature data have pointed out that sexuality in overweighed individuals can be harmful, and the development of relationship with the opposite sex impaired. The objective of this study was to evaluate the sexuality practice in a group of overweighed adolescents. A total of 244 school-aged students between 15-19 years participated in the study The Index of Body Mass (Weight/ Height^2) was used to evaluate overweight, and a questionnaire was developed to evaluate sexuality. The results of our work showed that the overweighed adolescents presented an impairment of the experiences in their sexuality analyzed stages (to kiss, "to stay together", to date, to have sex), as well as they felt themselves little attractive with some difficulty to have new love interest when compared to their normal weight pairs. The results have strengthened that overweight can interfere in sexuality practice; moreover, they pointed out the need of working up a new approach on the problems that these adolescents have been living as well as the development of an instrument to have their adhesion to the treatment of obesity.

Keywords: 1. Sexuality; 2. Adolescence; 3. Obesity.

1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

A adolescência representa o período de crescimento e desenvolvimento biológico, psicológico e social que os seres humanos experimentam na vida, de maneira dinâmica e em curto espaço de tempo.⁽¹⁾

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a adolescência como o período da vida a partir do qual surgem as características sexuais secundárias, desenvolvem-se processos psicológicos e padrões de identificação que evoluem da fase infantil para a adulta, entre eles a transição de um estado de dependência para outro de relativa autonomia.⁽²⁾

O critério etário utilizado pela OMS compreende a segunda década de vida, período que vai de 10 aos 20 anos incompletos, distinguindo adolescência inicial (10 a 14 anos) e adolescência final (15 a 19 anos). As estatísticas em saúde pública frequentemente são apresentadas separadamente para o período inicial e final, levando em conta importantes diferenças biológicas e psicossociais entre estes grupos etários e cumprem uma função pragmática necessária para planejamento e execução de ações de saúde, e de fato engloba a maioria dos indivíduos com características de adolescente.⁽²⁾

A conceituação de adolescência é ampla e muitas vezes se confunde com a da infância, pois esta também é marcada por mudanças físicas, emocionais, mentais e sociais. Na adolescência, o que muda é a qualidade das experiências: são as transformações da puberdade que levam à formação de uma nova imagem corporal, ao impulso sexual com possibilidade do exercício da sexualidade e ao desenvolvimento do sentido de individualidade. Vários

fatores acontecem juntos e em curto espaço de tempo. Suas características fazem a adolescência um momento de risco para o desenvolvimento ou agravamento da obesidade, tanto relacionado ao risco biológico, quanto ao psicossocial.⁽³⁾

Aberastury⁽⁴⁾ descreve a adolescência como sendo um dos momentos importantes do processo de desenvolvimento. Para esta autora, este processo atravessa três momentos fundamentais: o primeiro é o nascimento, o segundo surge no final do primeiro ano de vida com a eclosão da genitalidade, dentição, linguagem e marcha e o terceiro a adolescência. Este último relaciona-se com as manifestações da puberdade e as angústias relacionadas a estas vivências. É o momento em que há o desprendimento do seio familiar, buscando a própria identidade e o seu lugar no mundo dos adultos. É um período caracterizado por alterações do humor, contradições, instabilidade emocional, comportamentos anti-sociais e atitudes ambivalentes entre dependência e independência.

Segundo Aberastury & knobel,⁽⁵⁾ a experiência da adolescência em busca de uma identidade adulta estaria marcada por três perdas: a perda do corpo infantil, a perda dos pais da infância e a perda da identidade infantil. No processo de elaboração destas perdas, o adolescente lança mão de inúmeros mecanismos de defesa que se refletem em características emocionais e comportamentais que constituem a chamada síndrome normal da adolescência. Assim, elaboraram dez itens que caracterizam o processo da adolescência: busca de si mesmo e da identidade, separação progressiva dos pais, tendência grupal, necessidade de intelectualizar e fantasiar, crises religiosas, deslocalização temporal, contradição sucessiva de conduta, atitude

social reivindicatória, constantes flutuações tanto do humor quanto de conduta e evolução sexual.

As transformações corporais que se desencadeiam nesta fase da vida são vividas geralmente com ansiedade pelos adolescentes. O desenvolvimento da sexualidade nesta faixa etária compreende desde o auto-erotismo (masturbação), passando pelos jogos sexuais de caráter lúdico que levam à aprendizagem (com caráter exploratório de si mesmo e do outro), iniciação sexual até a sexualidade genital adulta, sofrendo influências de fatores biológicos, psicológicos e sociais.^(4,5)

A evolução da sexualidade nesta faixa etária compreende algumas etapas, não necessariamente nesta ordem: masturbação, a paquera, “ficar”, “rolo”, namoro e intercurso sexual.⁽⁶⁾ O “ficar” é um tipo de relacionamento relativamente novo, que surgiu no final da década de 80. Segundo Tiba⁽⁷⁾ pode ser definido como um namoro corporal sem compromisso social, no qual duas pessoas ficam em um determinado momento e local, sem obrigatoriedade de permanecerem juntos no dia ou instante seguinte. Inclui beijos, abraços e toques. Normalmente não acontece o intercurso sexual, e sua ocorrência é mais freqüente em adolescentes que já tiveram experiência sexual progressa.

O adolescente passa por uma mudança da sua imagem corporal, em consequência das transformações físicas ocorridas a partir do início da puberdade. O conceito de imagem corporal é importante para se entender como se processaria a relação do adolescente obeso com seu corpo. Assim, a aquisição da consciência da imagem corporal é o resultado de múltiplas informações. A experiência de ver o corpo mudar rapidamente e a falta de

controle sobre este processo gera com freqüência sentimento de impotência e passividade, que podem despertar medo e ansiedade, que muitas vezes são deslocados para o nível somático. O ato de comer em demasia pode estar relacionado com estas vivências da puberdade.⁽³⁾

O processo de individualização do adolescente tem relação com o conhecimento e adaptação ao próprio corpo; a identidade pessoal não é conseguida sem elaboração de uma imagem corporal. As amizades são importantes neste processo de individualização, pois permitem aos adolescentes trocarem idéias, sentimentos, viver experiências diferentes, enfim viverem períodos afastados de seus pais.⁽³⁾

A aceitação pelo grupo é muito importante e influencia o comportamento dos adolescentes tornando-se uma aspiração inquietante para todos. A rejeição e o modelo ou comportamento diferente daquele ditado pelo grupo, é muito temida, podendo ocasionar conseqüências psicológicas danosas, como baixa auto-estima, depressão e isolamento social. Há uma expressão explícita do grupo para o padrão de beleza, linguagem, modo de se vestir, atitudes e comportamento de forma geral, sendo também influenciada pela mídia, particularmente em relação aos tipos de beleza física. Além da influência da mídia, dos modismos, das dietas da moda, os jovens são também influenciados pelo grupo de amigos, cujo papel é importante na aquisição e manutenção de hábitos alimentares inadequados como comer alimentos de rápido preparo.^(8,9)

O grupo é impiedoso em suas comparações, gozações, uniformidade e rejeições. Todos ganham apelido e diferenças físicas ou particularidades de

qualquer espécie ficam em evidência, podendo trazer repercussões psicossociais.⁽¹⁰⁾

De acordo com Ojeda & Karin *apud* OPS,⁽²⁾ a adolescência implica em uma série de mudanças morfológicas, funcionais e psicológicas, conduzindo a um completo dimorfismo sexual, aquisição da capacidade reprodutiva e o aparecimento de novos modelos de comportamento.

A revolução sexual a partir da década de 60 trouxe mudanças no papel social e sexual da mulher que associada ao advento de métodos anticoncepcionais eficazes, ocasionaram um processo de liberação e mudança no comportamento sexual dos jovens.⁽¹⁰⁾ Segundo dados publicados pela Unesco em 2004, no Brasil, a média de idade da primeira relação sexual é de 14 anos para o sexo masculino e 15 anos para o sexo feminino.⁽¹¹⁾

A vulnerabilidade do jovem e os riscos aos quais está exposto, exigem o conhecimento e a compreensão das peculiaridades desta fase de vida dentro do contexto familiar e sociocultural. A promoção dos fatores protetores e o controle dos fatores de risco contribuirão para o bem estar global do indivíduo em todas as áreas da saúde.⁽¹²⁾

A obesidade é um problema comum entre adolescentes e uma das doenças mais frustrantes e difíceis de tratar. Configura um distúrbio metabólico complexo, crônico e multifatorial e envolve fatores genéticos, fatores endócrinos, fatores psicológicos e fatores ambientais e é caracterizada pelo excesso de acúmulo de gordura corporal.⁽¹³⁾

A obesidade exógena ou nutricional, responsável por aproximadamente 95 % dos casos de obesidade, é resultante do aumento do tecido adiposo

provocado pelo desequilíbrio entre a ingestão alimentar excessiva e gasto energético reduzido. Os 5% restantes, seriam os chamados obesos endógenos decorrentes de causas hormonais, síndromes genéticas e tumores.⁽¹³⁾

Vários critérios para o diagnóstico de obesidade podem ser considerados, mas o índice de massa corporal ou índice de Quetelet ($IMC = \text{Peso}/\text{Altura}^2$) é o método mais preconizado de aferição nesta faixa etária. Isto devido à facilidade de obtenção das medidas, ampla utilização na grande maioria dos trabalhos científicos e por ser o instrumento de corte utilizado pela OMS. Na infância e adolescência, obesidade e sobrepeso são definidos como valores de IMC iguais ou acima dos percentis 95 e 85, segundo gráfico padrão, respectivamente, para idade e sexo.⁽¹⁴⁾ O IMC tem também uma correlação significativa com a gordura total e subcutânea, com a pressão arterial e com os lipídios e lipoproteínas sanguíneas.⁽¹⁵⁾

A obesidade na infância e na adolescência ganhou importância nos últimos anos a medida que se percebeu que a sua persistência na vida adulta está relacionada com vários fatores, entre eles, a idade que a criança se torna obesa, a severidade da obesidade e a presença de pelo menos um dos pais obeso.⁽¹⁶⁾ Crianças abaixo de três anos de idade, não apresentam maior risco de obesidade na vida adulta, a não ser que um dos pais seja obeso.⁽¹⁷⁾ Acima de três anos de idade, a chance de persistência da obesidade na vida adulta aumenta com a idade da criança e é maior em crianças de todas as idades com obesidade severa. Após os seis anos de idade, a probabilidade que a obesidade persista na vida adulta excede 50% e, entre adolescentes obesos, 70-80% permanecerão obesos na vida adulta.^(18,19)

A prevalência mundial da obesidade infantil vem apresentando um rápido aumento nas últimas décadas, sendo caracterizada como uma verdadeira epidemia mundial.⁽¹⁶⁾

O aparecimento de co-morbidades relacionadas à obesidade, que até alguns anos atrás eram de prevalência predominantemente em adultos, no entanto, hoje já podem ser observadas mais frequentemente na faixa etária mais jovem, podendo se manifestar ainda na adolescência.⁽²⁰⁾ No aspecto orgânico, destacam-se: hipertensão arterial, dislipidemia, intolerância à glicose, alterações trombogênicas, hiperuricemia, diabetes tipo 2, síndrome plurimetabólica, síndrome do ovário policístico.^(21,22) No aspecto psicossocial a obesidade pode favorecer o comprometimento da auto-estima, isolamento social, auto-agressão, suicídio, promiscuidade, abuso de álcool e drogas, anorexia, bulimia e enurese.⁽²³⁾ Outras alterações que podem também comprometer a auto-estima do adolescente obeso com repercussões psicossociais são a Lipomastia, Ginecomastia, Coxim gorduroso (Pênis embutido).

A alta prevalência de sobrepeso e obesidade constitui, atualmente, um dos mais importantes problemas de saúde pública.⁽²⁴⁾ Aproximadamente 250 milhões de pessoas no mundo são obesas e estima-se que de duas a três vezes este número esteja acima do peso.⁽²¹⁾

A prevalência de sobrepeso dobrou em crianças de 6-11 anos de idade e triplicou entre adolescentes americanos de 12-17 anos nas duas últimas décadas. Aproximadamente 14-15% dos adolescentes americanos aos 15 anos de idade são obesos e 28-31% estão em sobrepeso.⁽²¹⁾

Também no Brasil, nas últimas décadas, observou-se aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade na população, inclusive entre adolescentes, configurando um processo de transição nutricional, com uma redução da prevalência de desnutrição infantil e aumento da prevalência de obesidade.⁽²⁶⁾ Estudos recentes com escolares brasileiros reforçam estes dados.^(26,27) Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) - Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2002-2003 na faixa etária de 10 – 19 anos de idade, 16,7 % ou seja 5,929 milhões de adolescentes sofrem com excesso de peso. A obesidade, face mais grave do excesso de peso atinge 2,3% destes jovens.⁽²⁸⁾

Muller,⁽³⁾ em seu estudo sobre a história familiar e a obesidade na adolescência, evidencia que embora o componente genético estivesse presente, havia relevante interação de fatores ambientais. Entre os psicossociais ressaltou: a existência de conflitos individuais e inter-pessoais não resolvidos na esfera familiar, a existência de dificuldades na relação mãe-bebê, desde o período da gravidez, que pode ter contribuído para um padrão de interação relacionado com o hábito alimentar adquirido na infância e mantido até a adolescência. Ainda, problemas com a figura paterna (que em muitos casos, apresentava conflito de ordem afetiva e era visto na família como figura fraca e submissa ou agressiva), dificuldades na relação parental e dificuldade de algumas mães com a sua própria sexualidade afetando o relacionamento conjugal.

Em um mundo no qual se define o normal como um conceito estatístico, os extremos são encarados com segregação, preocupação e uma curiosidade

mórbida. Uma característica importante nos pacientes obesos é a depreciação da própria imagem física e de uma maneira oposta ao narcisismo, descrito por Freud, sentem-se inseguros em relação aos outros, imaginando que estes os vêem com hostilidade e desprezo. Tais sentimentos estão intimamente associados à autoconsciência e ao funcionamento social prejudicado que estes adolescentes possuem.⁽²⁹⁾

Ao entrar na adolescência, a dificuldade de lidar com os impulsos sexuais emergentes, o medo de ser atraente e não saber o que fazer com isso encontra também refúgio na obesidade. Para alguns, as dificuldades sexuais são causas da obesidade, enquanto para outros, consequência. O obeso pode manter-se infantilizado e poupar-se de desenvolver outros papéis, como escolher outro objeto de amor que não seja a figura materna. Também a identidade sexual não é bem estabelecida. O alimento representaria uma tentativa de gratificação simultânea da sexualidade e da auto-estima, funcionando como um substituto do amor e do prazer sexual. Em algumas situações a obesidade funciona como barreira, dificultando a descoberta do prazer genital.⁽²⁹⁾

Segundo Santos *apud* Ferriani,⁽³⁰⁾ uma característica importante em obesos é a depreciação da própria imagem física. O adolescente apresenta constante preocupação com seu peso, visando um ideal de beleza imposto por um corpo magro. A não aceitação de seu corpo leva-lhe a sentir-se marginalizado pela sociedade. Dessa maneira, adolescentes que se deparam com a obesidade têm muitos problemas em relação à aceitação de sua auto-imagem e à valorização de seu próprio corpo.

O adolescente obeso, principalmente aquele com história de obesidade desde a infância, pode apresentar uma percepção distorcida da imagem corporal, sentindo-se grotesco, desajeitado e feio. A pouca aceitação pelo grupo reforça a baixa auto-estima levando-o a um maior afastamento social. Quando a criança obesa atinge a adolescência, o estigma da obesidade já contribuiu para uma auto-imagem negativa, comportamento passivo e isolamento social que se agravam ainda mais neste momento reforçados pela pouca aceitação de si mesmo e de seus pares.

As mensagens culturais são reforçadas pelas figuras caricatas, nas quais a obesidade é mostrada pela mídia. Poucas celebridades obesas são usadas como modelo de beleza e invariavelmente são retratadas humoristicamente. ^(31,32)

Adolescentes com sobrepeso freqüentemente referem o peso como um fator agravante na interação social, sofrendo discriminações e situações de vitimização que interferem em seus relacionamentos sociais e afetivos. Adolescentes obesos sentem-se infelizes com sua gordura, pois recebem apelidos pejorativos dos colegas e se sentem rejeitados, o que ocasiona influências negativas nos relacionamentos sociais. ^(30,33,34)

Nos adolescentes obesos, algumas preocupações específicas com o excesso de peso e a vivência de um corpo que se torna disforme, a própria evolução da puberdade com o aparecimento das características sexuais secundárias, e a descoberta da sexualidade, podem ocasionar diminuição da auto-estima e comprometimento nos relacionamentos sociais. Fatores que em última análise refletir-se iam na diminuição da qualidade de vida.

Recentemente, pesquisadores documentaram o impacto de valores elevados de IMC na qualidade de vida de adolescentes americanos. Procedimento realizado por meio de instrumento (PEDS 4.0 QL) que avalia vários quesitos, como bem estar físico, funcional, psicológico e bem estar social. Utilizando-se este instrumento, um estudo realizado com crianças e adolescentes entre 5-18 anos de idade com obesidade severa (média de IMC: 34,7) evidenciou conseqüências adversas da obesidade.⁽³⁵⁾

Imagem corporal empobrecida, isolamento social, baixa auto-estima e depressão, não são raros. Em um acompanhamento de sete anos de adolescentes e adultos jovens (16-24 anos) foi observado que meninas obesas têm escolaridade inferior, menor número de casamentos, menor renda salarial e alto índice de pobreza familiar.⁽³⁶⁾

Segundo Muller,⁽³⁾ adolescentes obesos evidenciaram sentimentos de solidão, ansiedade, depressão e frustração que, segundo os pais já existiam na infância e foram fortalecidos na adolescência. Apresentaram-se inseguros, dependentes, com problemas de auto-estima e na esfera da sexualidade, sendo percebido, em alguns deles, o uso que faziam do alimento como substituto de afeto ou conforto emocional. As entrevistas mostraram que os adolescentes tinham conhecimento sobre o que os fazia engordar e até noções sobre tratamento, mas isto não tinha sido suficiente para o emagrecimento.

Dados da literatura sugerem que a sexualidade nos indivíduos obesos esteja reprimida e o desenvolvimento das relações com o sexo oposto esteja também prejudicado.⁽³⁷⁾ Trabalhos que utilizam testes da figura humana em

adolescentes, mostram para adolescentes obesos um primitivismo e falta de detalhes para a idade.

A importância de se estudar a obesidade nesta faixa etária decorre da grande dificuldade em relação ao tratamento, tanto no que diz respeito à perda de peso, como à adesão ao tratamento. A porcentagem de fracasso terapêutico varia segundo diferentes estudos de 30-80%, com persistência na vida adulta. Menos de 5% dos adolescentes que perderam peso conseguem manter esta perda após cinco anos de tratamento.⁽³⁸⁾

Pelas próprias características da Síndrome Normal da Adolescência, o jovem apresenta dificuldade de vivenciar passado e futuro.^(4,5) A abordagem dos problemas da obesidade nesta faixa etária, com ênfase na prevenção de agravos futuros para a saúde, não se mostram satisfatórios. Em contrapartida, os adolescentes apresentam-se mais sensibilizados para questões que interferem com a sua vida presente e que repercutem na sua auto-estima e na sua qualidade de vida.

Considerando-se a importância da epidemia da obesidade no contexto mundial e suas implicações na vida adulta, entendendo a adolescência como um momento oportuno para intervenção e o fato de termos uma literatura escassa a respeito da sexualidade em adolescentes obesos, procurou-se neste estudo conhecer mais profundamente aspectos peculiares destes jovens. Seu propósito foi obter subsídios que possam servir para a elaboração de novas propostas, tanto no que se refere à abordagem dos problemas vivenciados por estes adolescentes, como também na elaboração de instrumentos que reforcem a adesão ao tratamento da obesidade.

1.1. Objetivos

1.1.1. Objetivo Geral

Avaliar o exercício da sexualidade em um grupo de adolescentes obesos entre 15 e 19 anos de idade.

1.1.2. Objetivos Específicos

Avaliar respostas de um questionário desenvolvido especificamente para este fim e assim dividido: dados pessoais, vivência da sexualidade (beijar, “ficar”, masturbar, paquerar, namorar e transar) e interferência da obesidade na sexualidade, sob o ponto de vista dos adolescentes.

2. CASUÍSTICA E MÉTODO

2. CASUÍSTICA E MÉTODO

Este estudo foi realizado entre outubro e dezembro de 2005. A população-alvo foi adolescentes, de ambos os sexos, com idades entre 15 e 19 anos, matriculados entre a 1^o e 3^o séries do ensino médio, provenientes de três escolas públicas e duas escolas particulares de São José do Rio Preto-SP.

A amostra estudada foi obtida através da seleção de adolescentes considerados obesos, realizada pelos professores de Educação Física. O grupo controle de adolescentes normais para peso foi obtido sorteando-se o número equivalente de adolescentes em cada classe.

Inicialmente, todos os adolescentes pré-selecionados (432 alunos) foram orientados a respeito dos critérios para participação e esclarecidos sobre o projeto. Como a participação era voluntária, era necessário, portanto, o consentimento do próprio adolescente e para os menores de 18 anos de idade também o consentimento do responsável. Desta forma, o número de adolescentes que efetivamente participaram da pesquisa foi de 244 alunos, ou seja, 56,5% dos alunos pré-selecionados.

Para a realização deste estudo, os adolescentes foram submetidos à aplicação de questionário específico e realizada a aferição de peso e estatura.

O instrumento utilizado foi um questionário, desenvolvido especificamente para este fim, contendo três partes. A primeira com 6 questões referentes aos dados pessoais, a segunda parte com 25 questões específicas de sexualidade na adolescência e a terceira parte com 8 questões relacionando obesidade e

sexualidade a serem respondidas pelos adolescentes que se considerassem gordos. (Apêndice 1)

O instrumento foi previamente esclarecido, aplicado pelo mesmo examinador e respondido pelos adolescentes. O questionário e os procedimentos básicos do exame físico foram testados previamente por um estudo piloto feito com 32 adolescentes não incluídos na amostra.

O termo de consentimento foi assinado previamente pelos adolescentes e pelo responsável para os adolescentes menores de 18 anos de idade (Apêndice 2). Os adolescentes foram informados a respeito do sigilo das respostas e depositaram o questionário em uma urna lacrada.

Os adolescentes foram submetidos à avaliação de peso e estatura, encontrando-se com roupas leves e desprovidos de sapatos. Foram utilizados balança digital para aferição de peso e antropômetro vertical para aferição da estatura.

A partir dos resultados de peso e estatura, foram calculados os valores de IMC ($\text{Peso}/\text{Altura}^2$). Os adolescentes foram então classificados em 3 grupos, segundo gráfico de IMC do CDC 2000 (Anexo 1): Grupo 1 = Normais, quando apresentavam IMC abaixo do percentil 85. Grupo 2 = Sobrepeso, quando apresentavam IMC entre o percentil 85 e o percentil 95. Grupo 3 = Obeso, quando apresentavam IMC igual ou acima do percentil 95, respectivamente, para idade e sexo.⁽¹⁰⁾

O protocolo de pesquisa nº. 5187/2005 foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FAMERP (Anexo 2).

Para organização dos dados, os resultados do questionário e os valores do IMC foram armazenados em planilha do Microsoft Office Excel 2003 e para análise estatística dos dados foi utilizado o programa MINITAB versão 12.22.

Os testes estatísticos utilizados foram: para as variáveis quantitativas a análise de variância (3 grupos) e teste T (2 grupos) e para as variáveis qualitativas, a análise do tipo qui quadrado, teste exato de Fisher e teste exato de 1 proporção. Foram considerados significativos os valores de $p < 0,05$.

3. RESULTADOS

3. RESULTADOS

Com a finalidade de facilitar a interpretação dos resultados, agrupamos os dados em tabelas:

Tabela 1. Distribuição dos adolescentes, segundo média e desvio padrão de idade, sexo e IMC.

	N (%)	IDADE (anos) (DP)	SEXO		IMC (P/E ²)
			FEM	MAS	
GRUPO 1 Normal	101 (41%)	16,8 ± 0,9	63 (62%)	38 (38%)	21 ± 2,1
GRUPO 2 Sobrepeso	70 (29%)	16,9 ± 1,2	47 (67%)	23 (33%)	26,2 ± 1,2
GRUPO 3 Obeso	73 (30%)	16,9 ± 1,2	41 (56%)	32 (44%)	32,4 ± 3,2
TOTAL	244 (100%)	16,5 ± 1,1	151 (62%)	93 (38%)	25,9 ± 5,3
VALOR p	p = 0,007	p = 0,774	p = 0,398		

FEM=Feminino; MASC=Masculino; DP=Desvio Padrão; P=Peso; E=Estatura; IMC=Índice de Massa Corpórea.

Entre os 244 adolescentes, os valores de IMC variaram de 15,9 a 45,3 e segundo classificação por IMC, 101 (41,4%) eram normais, 73 (29,9%) eram obesos e 70 (28,7%) estavam em sobrepeso. Houve uma distribuição não uniforme ($p = 0,007$), sendo o grupo Normal mais freqüente que os outros dois que não se diferenciaram na freqüência. Da casuística total, 151 (61,9%) eram

do sexo feminino e 93 (38,1%) do sexo masculino. As idades variaram de 15 a 19,9 anos, com média de 16,5 anos.

Ainda em relação à casuística, 98% dos adolescentes referiram não estarem casados e 70,4% dos adolescentes referiram estudar no período diurno.

Tabela 2. Distribuição dos adolescentes, segundo opção religiosa nos 3 grupos.

	CATÓLICA	ESPÍRITA	EVANGÉLICA	NÃO TENHO
GRUPO 1 Normal	69 (68%)	10 (10%)	14 (14%)	8 (8%)
GRUPO 2 Sobrepeso	43 (61%)	6 (9%)	16 (23%)	5 (7%)
GRUPO 3 Obeso	51 (71%)	2 (3%)	17 (23%)	2 (3%)
TOTAL n = 243	163 (67%)	18 (7%)	47 (19%)	15 (7%)

Em relação à opção religiosa, 67% dos adolescentes declararam-se católicos. Não houve evidência de diferença significativa entre os 3 grupos.

Tabela 3. Média e desvio padrão de idade (em anos) para beijar na boca, “ficar”, namorar, masturbar e primeira relação sexual nos 3 grupos.

	Id. Beijar na boca	Id. “Ficar”	Id. Namoro	Id. Masturbação	Id. 1ª Relação sexual
GRUPO 1 Normal	11,9 + 1,9	12,2 + 1,8	14,3 + 1,3	12,9 + 1,6	14,9 + 1,6
GRUPO 2 Sobrepeso	12,1 + 1,6	12,4 + 1,8	14,2 + 1,6	12,6 + 2,3	14,6 + 1,1
GRUPO 3 Obeso	12,6 + 1,9	12,9 + 1,6	14,6 + 1,3	13,1 + 2,3	15,2 + 1,2
VALOR p	$p = 0,079$	$p = 0,049$	$p = 0,48$	$p = 0,62$	$p = 0,3$

Id.=Idade

Com relação às variáveis apresentadas na Tabela acima, os obesos vivenciaram todas as etapas em idade superior ao grupo de sobrepeso e de normais, mas não houve diferença significativa entre os grupos.

Tabela 4. Distribuição dos grupos de adolescentes, segundo as variáveis: sentir-se atraente, dificuldade/facilidade de ter paqueras, dificuldade/ facilidade de ter namorado.

		GRUPO 1 Normal	GRUPO 2 Sobrepeso	GRUPO 3 Obeso	VALOR <i>p</i>
SENTIR-SE	MA/A	87 (87%)	42 (62%)	34 (47%)	<i>p</i> = 0,000
ATRAENTE	PA/NA	13 (13%)	26 (38%)	38 (53%)	
TER PAQUERAS	DIF/++DIF	2 (2%)	18 (26%)	26 (36%)	<i>p</i> = 0,000
	FAC	74 (74%)	40 (58%)	39 (53%)	
	++ FAC	24 (24%)	11 (16%)	8 (11%)	
TER NAMORADO	DIF/++DIF	14 (14%)	24 (35%)	46 (65%)	<i>p</i> = 0,0005
	FAC	69 (70%)	40 (59%)	20 (28%)	
	++ FAC	16 (16%)	4 (6 %)	5 (7 %)	

MA= Muito atraente; A= Atraente; PA = Pouco atraente; NA= Nada atraente; DIF= Dificuldade; ++DIF= Muita dificuldade; FAC = Facilidade; ++FAC = Muita facilidade.

Em relação a sentir-se atraente comparando-se os grupos, houve um aumento da dificuldade de sentir-se atraente com aumento do peso ($p = 0,000$). A análise de dependência múltipla por sexo, não evidenciou interferência de sexo na variável ($p = 0,29$).

Em relação à dificuldade ou facilidade para ter paquera, comparando-se os grupos, houve associação forte entre valores de IMC e dificuldade e facilidade para ter paquera, aumentando a dificuldade de ter paquera com o aumento de peso $p = (0,000)$. A análise de dependência múltipla por sexo, não evidenciou interferência de sexo na variável ($p = 0,5$).

Em relação à facilidade para ter namorado, comparando os grupos, houve associação negativa entre valores de IMC e facilidade de ter namorado ($p=0,0005$). A análise de dependência múltipla por sexo, evidenciou interferência de sexo na variável ($p=0,0087$), ou seja, adolescentes do sexo masculino, obesos e em sobrepeso, referiram ter mais dificuldade para namorar quando comparados com as adolescentes do sexo feminino.

Tabela 5. Distribuição dos grupos de adolescentes, segundo as variáveis de beijar na boca, “ficar”, namorar, masturbar e transar.

	BEIJAR NA BOCA		FICAR		NAMORAR		MASTURBAR		TRANSAR	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
GRUPO 1 Normal	101 (100%)	0	98 (97%)	3 (3%)	83 (82%)	18 (18%)	57 (56%)	38 (54%)	55 (54%)	46 (46%)
GRUPO 2 Sobrepeso	67 (97%)	2 (3%)	65 (93%)	5 (7%)	48 (69%)	22 (31%)	35 (51%)	34 (49%)	33 (47%)	37 (53%)
GRUPO 3 Obeso	67 (92%)	6 (8%)	62 (85%)	11 (15%)	40 (56%)	31 (44%)	38 (53%)	34 (47%)	24 (33%)	49 (67%)
TOTAL N 100%	235 (97%)	8 (3%)	225 (92%)	19 (8%)	171 (71%)	71 (29%)	130 (54%)	112 (46%)	112 (46%)	132 (54%)
VALOR p	p = 0,011		p = 0,013		p = 0,001		p = 0,750		p = 0,018	

Ainda em relação a estes dados foi observado:

- A. Em relação ao beijar na boca, houve associação negativa entre obesidade e ter beijado: dos que não beijaram a maioria eram obesos ($p = 0,011$).
- B. Em relação ao ficar, houve associação negativa entre obesidade e ficar ($p = 0,013$). Do grupo de obesos 15% não haviam ficado, representando 58% do total dos que ainda não haviam ficado.
- C. Em relação ao namoro, houve associação negativa entre obesidade e namoro ($p = 0,001$). A análise de dependência múltipla por sexo, evidenciou interferência de sexo na variável, ou seja, houve evidência de que para os adolescentes do sexo masculino, o excesso de peso interferia mais em relação ao namoro do que para as meninas ($p = 0,004$).
- D. Em relação à masturbação, não houve evidência de associação entre obesidade e masturbação ($p = 0,75$).
- E. Em relação à vida sexual, houve associação negativa entre obesidade e relação sexual: A maioria dos adolescentes que não haviam transado eram os obesos ($p = 0,018$).

Tabela 6. Distribuição dos adolescentes por sexo, em relação à masturbação nos 3 grupos.

	MASTURBAÇÃO		FREQÜÊNCIA DA MASTURBAÇÃO						
	SEXO F	SEXO M	1 ou+1dia		Semanal		1 ou-1mês		
			SEXO F	SEXO M	SEXO F	SEXO M	SEXO F	SEXO M	
GRUPO 1 Normal	SIM	21 (33%)	36 (95%)	1 (4%)	11 (31%)	5 (20%)	12 (34%)	19 (76%)	12 (34%)
	NÃO	42 (67%)	2 (5%)						
GRUPO 2 Sobrepeso	SIM	12 (26%)	23 (100%)	0	8 (35%)	3 (23%)	10 (43%)	10 (77%)	5 (22%)
	NÃO	34 (74%)	0						
GRUPO 3 Obeso	SIM	9 (21%)	29 (91%)	0	10 (35%)	1 (11%)	7 (24%)	8 (89%)	12 (41%)
	NÃO	31 (79%)	3 (9%)						
*TOTAL	SIM	42 (28%)	88 (95%)	1 (2%)	29 (33,3%)	9 (19%)	29 (33,3%)	37 (79%)	29 (33,3%)
	NÃO	107 (72%)	5 (5%)						
VALOR p	p = 0,75			p = 0,65					

M = Masculino; F= Feminino; T= Teste; *p = 0,000

Em relação à masturbação, não houve diferença significativa entre os grupos no aspecto referente a terem se masturbado ou não, e também em relação à frequência da masturbação. O que se verificou foi interferência de sexo na variável * ($p = 0,000$), evidenciando que a maioria das adolescentes referiu ainda não ter se masturbado, como também a frequência da masturbação foi menor no sexo feminino nos 3 grupos: Normais ($p = 0.002$), Sobrepeso ($p = 0.002$), e Obesos ($p = 0.02$).

Ainda em relação à masturbação, não houve evidência de diferenças significativas entre os grupos em relação à idade ($p = 0,62$), aprovação ($p = 0,062$), informação ($p = 0,05$) e motivo de não se masturbar ($p = 0,079$).

Tabela 7. Relação dos grupos quanto a ter parceiro e desejo sexual.

	RELAÇÃO SEXUAL		RELAÇÃO SEXUAL	
	PARCEIRO NO MOMENTO		DESEJO	
	SIM	NÃO	INTENSO	A/V
GRUPO 1 Normal	39 (68%)	18 (32%)	21 (40%)	32 (60%)
GRUPO 2 Sobrepeso	21 (68%)	10 (32%)	14 (45%)	17 (55%)
GRUPO 3 Obeso	8 (32%)	17 (68%)	3 (12,5%)	21 (87,5%)
TOTAL	68 (60%)	45 (40%)	38 (35%)	70 (65%)
VALOR p	$p = 0,005$		$p = 0,027$	

A = Ausente; V = Variável.

Entre os adolescentes que já iniciaram vida sexual, o grupo de obesos evidenciou estar transando menos, ou seja, não ter parceiro sexual no momento ($p = 0,005$).

Em relação ao desejo sexual, para aqueles adolescentes que já haviam experimentado a vida sexual, houve evidência de associação negativa entre obesidade e desejo ($p = 0,027$).

Ainda em relação à vida sexual dos adolescentes nos 3 grupos, não houve diferença significativa em relação à idade de início ($p = 0,3$), escolha do parceiro ($p = 0,5$), número de pessoas ($p = 0,08$) e frequência ($p = 0,08$).

Tabela 8. Distribuição da percepção e interferência da obesidade por grupo.

	VOCÊ SE ACHA GORDO		SE VOCÊ SE ACHA GORDO VOCÊ SE INCOMODA		
	SIM	NÃO	MUITO	POUCO	NÃO INCOMODA
GRUPO 1 Normal	9 (9%)	90 (91%)			
GRUPO 2 Sobrepeso	48 (70%)	21 (30%)	20(33%)	21(35%)	19(32%)
GRUPO 3 Obeso	62 (86%)	10 (14%)	22(32%)	40(59%)	6(9%)
TOTAL	119 (49,6%)	121 (50,4%)	42(33%)	61(48%%)	25(19%)
VALOR p	$p = 0,000$		$p = 0.0014$		

Tabela 9. Interferência da obesidade nas diversas variáveis da sexualidade para grupo 2 e grupo 3.

EM RELAÇÃO À:		INTERFERE MUITO	INTERFERE POUCO	NÃO INTERFERE	VALOR p
MASTURBAÇÃO	GRUPO 2	3 (6%)	7 (13%)	44 (81%)	p= 0.34
	GRUPO 3	4 (7%)	14 (23%)	43 (70%)	
PAQUERAR	GRUPO 2	8 (14%)	19 (34%)	29 (52%)	p= 0.018
	GRUPO 3	18 (28%)	29 (44%)	18 (28%)	
BEIJAR	GRUPO 2	3 (5%)	18 (32%)	36 (63%)	p= 0.33
	GRUPO 3	7 (11%)	25 (38%)	34 (51%)	
FICAR	GRUPO 2	8 (14%)	15 (27%)	33 (59%)	p= 0.23
	GRUPO 3	15 (23%)	22 (33%)	29 (44%)	
NAMORAR	GRUPO 2	9 (16%)	13 (23%)	35 (61%)	p= 0.15
	GRUPO 3	16 (24%)	21 (32%)	29 (44%)	
TRANSAR	GRUPO 2	7 (13%)	11 (21%)	35 (66%)	p = 0.02
	GRUPO 3	20 (34%)	13 (22%)	26 (44%)	

Grupo 2: Sobrepeso; Grupo 3: Obeso.

Em relação às questões a serem respondidas por aqueles adolescentes que se considerassem gordos e como eles acreditavam que a obesidade pudesse interferir nas etapas da sexualidade, tivemos os seguintes resultados:

Em relação à masturbação, não houve diferença significativa entre os grupos.

Em relação à paquera, houve evidência de diferença entre os grupos, sendo que os adolescentes obesos relataram acreditar que o peso interfira mais na paquera quando comparados ao grupo de adolescentes em sobrepeso (valor – p = 0,018).

Em relação ao beijo, não houve diferença significativa entre os grupos ($p=0,33$).

Em relação ao ficar, não houve diferença significativa entre os grupos ($p=0,23$).

Em relação ao namoro, não houve diferença significativa entre os grupos ($p=0,14$).

Em relação ao transar, houve evidência de diferença significativa entre os grupos, demonstrando que os adolescentes obesos relataram acreditar que o peso interfira mais no transar quando comparados ao grupo em sobrepeso ($p = 0,019$). Houve também evidência de interferência de sexo na variável, ou seja, o sexo feminino relatou acreditar que o peso interfira mais no transar, quando comparado com o sexo masculino ($p = 0,003$).

4. DISCUSSÃO

4. DISCUSSÃO

A obesidade é um problema comum entre adolescentes e uma das doenças mais frustrantes e difíceis de tratar. A prevalência mundial da obesidade em todas as faixas etárias vem apresentando um rápido aumento nas últimas décadas, sendo caracterizada como uma verdadeira epidemia.^(16,23)

Durante a adolescência, a experiência de ver o corpo mudar rapidamente e a falta de controle sobre este processo gera, com freqüência, sentimentos de impotência e passividade. Uma característica importante em obesos é a depreciação da própria imagem física. O adolescente apresenta constante preocupação com seu peso, visando um ideal de beleza imposto por um corpo magro. A não aceitação de seu corpo o leva a sentir-se marginalizado pela sociedade.⁽³⁷⁾

Mais recentemente, pesquisadores documentaram o impacto de valores elevados de IMC na qualidade de vida de crianças e adolescentes, evidenciando conseqüências adversas da obesidade.⁽³⁵⁾

A escolha do tema para a realização da presente pesquisa baseou-se no fato de que embora a literatura demonstre dados consistentes em relação à interferência do excesso de peso em crianças e adolescentes obesos no que diz respeito à insatisfação com o próprio corpo, distorções da imagem corporal e comprometimento da auto-estima,⁽³⁹⁻⁴²⁾ a relação entre obesidade e dificuldades entre os pares na adolescência ainda é pouco conhecida. Autores relatam que adolescentes obesos gastam menos tempo com amigos do que os seus pares com peso normal⁽⁴³⁾ e, especialmente as meninas relatam acreditar

que seus amigos gostariam mais delas se fossem mais magras. Sugerem também que a obesidade coloque o adolescente a um maior risco para ser verbalmente agredido pelos seus pares.^(33, 44-46)

Na revisão da literatura, para elaboração deste estudo, encontramos que desde 1950, pesquisas demonstram que homens mais altos, mais do que mulheres altas, são preferidos para relacionamentos afetivos.⁽⁴⁵⁾ Pesquisas que consideram a altura como determinante para facilidade ou dificuldade para ter namorado, apontam que pessoas mais altas, mas não tão altas, tendem a ser consideradas mais atraentes do que indivíduos mais baixos.^(45,46)

Em contrapartida, a literatura internacional é escassa, com poucos estudos e poucas evidências sobre a interferência do peso nos relacionamentos românticos e na vida sexual.

Em nosso estudo, os resultados sugerem uma interferência do peso com a sexualidade de adolescentes obesos. Acreditamos, portanto, que os achados do presente estudo corroboram alguns resultados de pesquisadores que investigaram o assunto.

Em nosso estudo, a amostra de adolescentes era predominantemente do sexo feminino (61,9 %) em relação ao sexo masculino (38,1%). Considerando que a participação era voluntária, entendemos que as meninas se encontraram mais sensibilizadas para o tema em questão. Este dado assemelha-se ao estudo realizado por Conti *et al.*⁽⁴⁷⁾ sobre excesso de peso e insatisfação corporal em adolescentes, onde da amostra previamente selecionada, também houve uma participação maior do sexo feminino em relação ao sexo masculino, mostrando que os meninos apresentaram menos interesse que as meninas para o assunto.

Na nossa amostra, a maioria dos adolescentes com sobrepeso e obesidade referiu se incomodar com o excesso de peso, sendo que somente 9% dos obesos referiram não se incomodar com o peso quando comparados com o grupo em sobrepeso 32%.

Dados da literatura evidenciam que a relação entre excesso de peso com comprometimento da auto-estima e insatisfação corporal expressa-se de forma mais evidente e acentuada para o sexo feminino, quando comparada ao sexo masculino,^(41,48) mesmo entre adolescentes magras.⁽⁴¹⁾ Estes resultados poderiam ser justificados pelo fato de que na cultura ocidental, ser magra, para o sexo feminino, simboliza competência, sucesso, controle e atrativos sexuais, enquanto excesso de peso e obesidade representa preguiça, indulgência pessoal, falta de autocontrole e força de vontade.⁽⁴⁷⁾

Na nossa casuística, encontramos que 9% dos adolescentes com peso normal se consideravam gordos. Destes, 78% eram do sexo feminino e 22% do sexo masculino. Este dado foi relatado também em estudo realizado com 901 escolares brasileiros entre 8- 11 anos de idade de ambos os sexos, mostrando que a percepção de ser gordo, mesmo com peso adequado, atingia 13% das crianças antes da adolescência, em especial, meninas de 11 anos de idade, com valores maiores de IMC, menor auto-estima e que acreditavam que seus pais gostariam que elas fossem mais magras.⁽⁴¹⁾

Independente do gênero, os adolescentes preocupam-se com o peso corporal e aparência. Estudos sugerem que essa preocupação pode estar relacionada à sintomas depressivos,⁽⁴⁹⁾ aos transtornos alimentares^(40,50) e com práticas sexuais de risco.⁽⁵¹⁾

A insatisfação corporal pode ser reforçada pela pressão da mídia.⁽⁴⁸⁾ O efeito negativo das campanhas publicitárias realizadas por meio de revistas de moda, relatado em estudo com adolescentes de 10 a 14 anos de idade, comparando-se os próprios atrativos físicos com os dos modelos dos anúncios, demonstrou que os jovens apresentaram-se mais vulneráveis ao desenvolvimento e reforço da insatisfação corporal.⁽⁵²⁾

Conseqüências do estigma e estereotipo entre pares, são particularmente importantes durante a infância e adolescência, devido ao fato de que a formação da adaptação nos relacionamentos sociais é especialmente importante durante os períodos de desenvolvimento.⁽⁵³⁾ Alguns estudos sugerem que crianças obesas apresentam maiores dificuldades sociais do que os seus pares com peso normal.⁽³⁵⁾ Instrumentos que utilizam a silhueta corporal, confirmam que as crianças referem preferir como amigos, os pares com peso normal quando comparados com os pares obesos.⁽⁵⁴⁾

Pessoas obesas, especialmente as mulheres, são fortemente estigmatizadas.⁽⁵⁵⁻⁵⁷⁾ A estigmatização social poderia explicar porque indivíduos obesos e pequenos apresentam mais dificuldade em estabelecer e manter relacionamentos românticos do que seus pares esbeltos.^(58,59)

Em nosso estudo, os adolescentes com sobrepeso e obesidade consideravam-se significativamente menos atraentes, quando comparados aos seus pares com peso normal. Este resultado foi também relatado em estudo realizado com 192 estudantes universitárias com idade entre 18 e 21 anos, onde se verificou associação de maiores valores de IMC com menor atratividade.⁽⁵⁹⁾

Os adolescentes com sobrepeso e obesidade estudados por nós, na variável que avaliou facilidade de ter paquera, referiram apresentar mais dificuldade, quando comparados com seus pares de peso normal, não havendo diferença entre os sexos. Para o grupo de adolescentes com sobrepeso e obesidade, com relação à percepção pessoal da interferência do peso na etapa específica da paquera, evidenciou que os adolescentes obesos referiram acreditar que o peso interfira mais na paquera.

No nosso estudo, quando avaliados no que se referia à facilidade de ter namorado, os adolescentes com sobrepeso e obesidade, referiram maior dificuldade para se ter namorado. Estes resultados assemelham-se aos dados da literatura.^(45,46,58-61) Embora a dificuldade para ter namorado tenha se manifestado em ambos os sexos; no nosso estudo, foi mais significativa para o sexo masculino. Esta constatação diverge dos resultados apresentados na literatura, relatados por Pearce⁽⁵³⁾ e Cawley *apud* Cawley⁽⁴⁵⁾ nas quais não se evidenciou diferenças significativas de namoro para os adolescentes do sexo masculino obesos e com sobrepeso. Ainda em relação ao namoro, no nosso estudo, os adolescentes obesos eram os que menos haviam tido namorados. Para o grupo de adolescentes em sobrepeso e obesidade que foram abordados à respeito da percepção pessoal da interferência do peso na etapa específica do namoro, não houve diferença na percepção entre os grupos.

Dados da literatura apontam que adolescentes são mais relutantes em namorar indivíduos mais gordos e, demonstram que meninas com peso abaixo do normal apresentam-se mais valorizadas para o namoro quando comparadas com seus pares com peso superior.⁽⁶⁰⁾

Halpern *et al.*⁽⁵⁸⁾ em estudo realizado com 200 adolescentes negras e brancas, com média de idade de 13,8 anos, com o propósito de avaliar a implicação da gordura corporal para o namoro e para a atividade sexual entre adolescentes do sexo feminino, demonstraram que mais gordura corporal, mesmo entre aquelas adolescentes não obesas, diminuiu acentuadamente a probabilidade de namorar e, níveis de gordura corporal abaixo da normalidade conferiam uma maior vantagem em relação ao namoro.

Cawley *apud* Cawley⁽⁴⁵⁾ em estudo realizado com adolescentes americanos constatou que garotas mais gordas, mas não os garotos, apresentavam mais dificuldade para ter namorado.

Em contrapartida, há menos estudos na literatura e poucas evidências sobre a relação entre o peso e sua interferência na relação sexual.

O resultado do nosso estudo, no que se refere à vida sexual dos adolescentes, sugere uma interferência significativa do peso com a vida sexual, tanto em relação ao fato de já terem transado, a terem parceiro sexual no momento, como também desejo sexual. Os adolescentes obesos eram os que menos haviam tido relação sexual; tinham menos parceiros sexuais no momento, como também referiram apresentar menos desejo sexual quando comparados com os adolescentes com sobrepeso e peso normal. Para o grupo de adolescentes com sobrepeso e obesidade que foram abordados a respeito da interferência do peso na etapa específica da relação sexual, os adolescentes obesos relataram acreditar que o peso interfira mais na vida sexual, quando comparados com o grupo com sobrepeso. Esta percepção foi mais significativa para o sexo feminino. Estes dados se assemelham e

reforçam resultados escassos da literatura referentes à interferência do peso com a vida sexual dos adolescentes.^(45,55,58,59,61)

Wiederman *et al.*⁽⁵⁹⁾ em estudo realizado com 192 mulheres jovens de 18-21 anos, com a finalidade de avaliar a relação entre tamanho do corpo, imagem corporal, atratividade física e repercussões na vida sexual, encontraram que as jovens com maiores valores de IMC apresentavam menor nível de relacionamentos afetivos estáveis, como também relação sexual.

Halpern *et al.*⁽⁶¹⁾ em seu trabalho com 5400 adolescentes hispânicas do sexo feminino de 12-17 anos, com a finalidade de examinar a relação entre valores de IMC (Índice de Massa Corporal) com relacionamentos românticos com e sem envolvimento sexual, constataram que valores de IMC mais elevados estavam significativamente relacionados a menores envolvimento românticos. Com relação a interferência de valores maiores de IMC e relacionamentos com atividade sexual, também apontaram uma interferência, sendo mais significativa para as adolescentes mais velhas.

Cawley *et al.*⁽⁴⁵⁾ em seu estudo sobre a interferência do peso no namoro e nas relações sexuais, partem do pressuposto que namorar uma pessoa de aparência atrativa aumentaria a reputação para homens e mulheres, e que em contrapartida namorar alguém que não fosse atraente, diminuiria a reputação. Consideram também que a reputação seria menos afetada pela aparência do parceiro sexual do que pela aparência do parceiro para namoro, pois é mais difícil ser observado no que diz respeito ao parceiro sexual quando comparado com o namorado(a) que é mais facilmente observado publicamente.

Baseados nestas suposições, os autores propuseram algumas hipóteses, utilizaram duas amostras de adolescentes e encontraram os seguintes resultados:

1. Confirmam a hipótese de que a probabilidade para o namoro diminui com o aumento do peso;
2. Somente umas das amostras estudadas confirma a hipótese de que adolescentes obesos de ambos os sexos apresentaram menos probabilidade para ter vida sexual quando comparados aos seus pares com peso normal;
3. Confirmam também que adolescentes mais altos têm mais facilidade para namoro;
4. Não confirmam a hipótese que adolescentes mais altos apresentariam mais facilidade para iniciar vida sexual;
5. Somente umas das amostras estudadas confirma a hipótese de que adolescentes do sexo feminino obesos apresentariam menos probabilidade de namoro do que para ter relação sexual quando comparadas aos seus pares com peso normal.

Chen *et al.*⁽⁵⁵⁾ em seu estudo realizado com 449 estudantes com média de idade de 19,2 anos com a finalidade de avaliar a associação do estigma da obesidade e a preferência de parceiros sexuais, reforçam as pesquisas referentes a estigmatização relacionadas à obesidade. Os parceiros sexuais menos preferidos foram os obesos e os parálíticos. No seu estudo houve uma diferença entre os sexos no estigma da obesidade, embora homens e mulheres preferiram como parceiros os não obesos, para os homens, isto era mais

importante. Este dado evidencia que os homens dão mais importância do que as mulheres para o peso, como critério de escolha de parceiros.

Halpern *et al.*⁽⁵⁸⁾ em seu estudo, sugere uma implicação indireta do peso sobre a vida sexual, já que as garotas mais magras vivenciavam maiores oportunidades de relacionamentos, facilitando maiores níveis de intimidade sexual sem coito e também para atividade sexual com coito.

Nosso resultado diverge de um estudo com adolescentes americanos realizado por Cawley *apud* Cawley,⁽⁴⁵⁾ no qual não se constatou interferência significativa do peso com a relação sexual.

Os resultados do nosso trabalho demonstraram que para todas as etapas da vivência da sexualidade que dependem do próprio adolescente e também dos parceiros, houve interferência significativa do peso (ter beijado na boca, ter “ficado”, ter namorado, ter tido relação sexual). Ainda com relação às etapas da sexualidade por nós avaliadas, os obesos vivenciaram todas as etapas em idade superior aos grupos com sobrepeso e peso normal, embora não tenhamos encontrado diferença significativa entre os grupos.

Embora nossos resultados tenham demonstrado a interferência do peso nas relações afetivas e sexuais dos adolescentes, sob o ponto de vista dos próprios adolescentes, a percepção de que o peso interfira nas diversas etapas da sexualidade, mostrou resultado significativo somente nas variáveis de paquerar e transar, sendo que as meninas obesas referiram acreditar que o peso possa interferir mais que os meninos.

Embora na literatura não tenhamos encontrado referências específicas sobre algumas destas etapas, estes resultados reforçam alguns estudos que

demonstram que os adolescentes com excesso de peso apresentam maior dificuldade em estabelecer envolvimento afetivos e namoros, quando comparados com seus pares de peso normal.^(45, 58-61)

Em contrapartida, a análise a respeito da variável já ter vivenciado a masturbação, não mostrou diferença significativa entre os grupos. Este resultado poderia ser explicado pelo fato de que a masturbação depende exclusivamente do próprio adolescente, não havendo necessidade da aceitação e participação do parceiro. O que evidenciamos em relação a esta variável, foi uma diferença significativa entre os sexos (sexo feminino 28% e sexo masculino 95%) tanto na amostra total, como também entre os grupos.

A média de idade da primeira relação sexual para a amostra estudada foi de 15,2 anos para o sexo feminino e 14,4 anos para o sexo masculino, não havendo diferença significativa entre os grupos estudados. Estes dados assemelham-se à idade da primeira relação sexual em adolescentes brasileiros publicados pela UNESCO.⁽¹¹⁾

Os resultados do nosso trabalho confirmam que o exercício da sexualidade envolve uma dinâmica na qual o sujeito precisa ser aceito por alguém e aceitar alguém em uma situação de intimidade. Portanto a sexualidade não é um fato isolado, mas moldado e expresso concretamente nas relações que o indivíduo estabelece, desde a mais tenra idade, consigo mesmo e com os outros.

Os resultados nos apontam a necessidade de que educadores, familiares, profissionais da área da saúde, enfim, a sociedade de forma geral possam refletir sobre o tema abordado. Portanto, possa ser utilizado com a

finalidade de se obter subsídios, isto é, que possam servir para a elaboração de novas propostas, tanto no que se refere à abordagem dos problemas vivenciados por estes adolescentes, como também na elaboração de instrumentos que reforcem a adesão ao tratamento da obesidade.

5. CONCLUSÕES

5. CONCLUSÕES

Os resultados do nosso estudo, com a finalidade de avaliar os aspectos específicos da sexualidade em adolescentes obesos, através da utilização de questionário desenvolvido para este fim, mostraram:

1. Adolescentes do sexo feminino mostraram-se mais sensibilizadas para a questão da obesidade, já que previamente todos os adolescentes foram sensibilizados para a pesquisa e que a participação era voluntária. Houve uma participação maior do sexo feminino (61,9%) em relação ao sexo masculino (38,1%);
2. Para todas as etapas da sexualidade por nós pré-determinadas e avaliadas, exceto a masturbação (ter beijado na boca, ter “ficado”, ter namorado, ter tido relação sexual), os resultados mostraram interferência do peso;
3. Em relação à idade da vivência das etapas da sexualidade por nós pré-determinadas e avaliadas (beijo na boca, “ficar”, namorar, relação sexual e masturbação), os adolescentes obesos vivenciaram todas as etapas com idade superior quando comparados aos seus pares com sobrepeso e obesidade, embora não tenha havido diferença significativa entre as idades;
4. Os adolescentes obesos referiram sentirem-se menos atraentes, quando comparados aos seus pares com sobrepeso e peso normal;

5. Os adolescentes obesos referiram apresentar mais dificuldade em ter paqueras, quando comparados aos seus pares com sobrepeso e peso normal;
6. Os adolescentes obesos referiram apresentar mais dificuldade em ter namorado, quando comparados aos seus pares com sobrepeso e peso normal. Os resultados demonstram que esta dificuldade é mais significativa para o sexo masculino;
7. Para aqueles adolescentes, que já haviam iniciado a vida sexual, os adolescentes obesos foram os que apresentaram menor desejo sexual e também menos parceiros no momento.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tiba I. Puberdade e adolescência: desenvolvimento biopsicossocial. 4ª ed. São Paulo: Agora; 1985.
2. Friedman HL, Ferguson JB. Enfoques de la OMS sobre la salud de los adolescentes In: Maddaleno M, Munist MM, Serrano CV, Silber TJ, Suárez Ojeda EN, Yunes J, organizadores. La salud del adolescente y del joven. Washington: OPAS; 1995. p. 296-313.
3. Muller RCL. A história familiar e a obesidade na adolescência: um estudo clínico- qualitativo com adolescentes obesos [tese]. Campinas: UNICAMP; 1999.
4. Aberastury A. Adolescência. In: Aberastury A, Knobel M. Adolescência. 5ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1988. p. 15-32.
5. Knobel M. A Síndrome da adolescência normal. In: Aberastury A, Knobel M. Adolescência normal. 10ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992. p. 24-62.
6. Reato LFN. Desenvolvimento da sexualidade na adolescência. In: Françoso LA, Gejer D, Reato LFN. Sexualidade e saúde reprodutiva na adolescência. São Paulo: Atheneu; 2001. p. 1-10.

7. Tiba I. Sexo e adolescência. 10ª ed. São Paulo: Ática; 1997.
8. Saito MI, Infante DP, Oh Y, Forte MJP. Visão multiprofissional do adolescente obeso. *Pediatria (São Paulo)* 1985;7(4):210-14.
9. Saito MI. Obesidade na adolescência. In Marcondes E organizador. *Pediatria em consultório*. 3ª ed. São Paulo: Sarvier; 1996. p. 601-7.
10. Chipkevitch E. Puberdade & adolescência: aspectos biológicos, clínicos e psicossociais. São Paulo: Roca; 1994.
11. Abramovay M, Castro GM, Silva BL. Juventude e sexualidade. Brasília: UNESCO; 2004.
12. Santana MSM, Crespim J. A consulta clínica. In: Coates V, Françoso LA, Beznos GW. *Medicina do adolescente*. São Paulo: Sarvier; 1993. p. 9-12.
13. Fisberg M. Obesidade na infância e adolescência. In: Fisberg M. *Obesidade na infância e adolescência*. São Paulo: Fundo Editorial BYK; 1995. p. 9-13.
14. Ogden CL, Kuczmarski RJ, Flegal KM, Mei Z, Guo S, Wei R *et al*. Centers for Disease Control and Prevention 2000 growth charts for the United States: improvements to the 1977 National Center for Health Statistics version. *Pediatrics* 2002;109(1):45–60.

15. Faulhaber MC. Obesidade. In Coutinho MFG, Barros RR. Adolescência: uma abordagem prática. São Paulo: Atheneu; 2001. p. 209-30.
16. Segal DG, Sanchez JC. Childhood obesity in the year 2001. *Endocrinologist* 2001;11(4):296-306.
17. Whitaker RC, Wright JA, Pepe MS, Seidel KD, Dietz WH. Predicting obesity in young adulthood and parental obesity. *N Engl J Med* 1997;337(13): 869-73.
18. Epstein LH, Wing RR, Valoski A. Childhood obesity. *Pediatr Clin North Am* 1985;32(2):363-79.
19. Malina RM. Ethnic variation in the prevalence of obesity in North American children and youth. *Crit Rev Food Sci Nutr* 1993; 33(4-5):389-96.
20. Styne DM. Childhood and adolescent obesity. Prevalence and significance. *Pediatr Clin North Am* 2001;48(4):823-54.
21. Speiser PW, Rudolf MCJ, Anhalt H, Camacho-Hubner C, Chiarelli F, Eliakin A, *et al.* Childhood obesity. *J Clin Endocrinol Metab* 2005;90(3):1871-87.
22. Oliveira CL, Mello MT, Cintra IP, Fisberg M. Obesidade e síndrome metabólica na infância e adolescência. *Rev Nutr* 2004;17(2):237-45.

23. Kiess W, Reich A, Muller G, Galler A, Kapellen T, Raile K, *et al.* Obesity in childhood and adolescence: clinical diagnosis and management . *J Pediatr Endocrinol Metab* 2001;14(Supl 6):1431-40.
24. World Health Organization - WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of WHO Consultation on Obesity. Geneva; 1998. (Programme of Nutrition Family and Reproductive Health).
25. Wang Y, Monteiro C, Popkin BM. Trends of obesity and underweight in older children and adolescents in the United States, Brazil, China, and Russia. *Am J Clin Nutr* . 2002;75(6):971-7.
26. Balaban G, Silva GAP. Prevalência de sobrepeso em crianças e adolescentes de uma escola da rede privada de Recife. *J Pediatría (Rio de J)* 2001; 77(2):96-100.
27. Leão SCS, Araújo LMB, Moraes LTLP, Assis AM. Prevalência de obesidade em escolares de Salvador, Bahia. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2003;47(2):151-7.
28. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisas de orçamento familiar. Rio de Janeiro: IBGE; 2002-2003.

29. Campos ALR. Aspectos psicológicos da obesidade. In: Fisberg M, editor. *Obesidade na infância e adolescência*. São Paulo: Fundo Editorial BYK; 1995. p.71-9.
30. Ferriani CGM, Dias ST, Silva ZK, Martins SC. Auto-imagem corporal de adolescentes atendidos em um programa multidisciplinar de assistência ao adolescente obeso. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2005;5(1):27-33.
31. Dietz Jr WH, Gortmaker SL. Do we fatten our children at television set? Obesity and television viewing in children and adolescents. *Pediatrics* 1985;75(5):807-12.
32. Greenberg BS, Eastin M, Hofshire I, Lachlan K, Brownell KD. The portrayal of overweight and obese persons in commercial television. *Am J Public Health* 2003;93:1342-8.
33. Dechen S, Cano MAT, Ferriani MGC, Ribeiro RPP. A obesidade na adolescência e seus reflexos na auto-imagem corporal. *Rev Bras Sex Hum* 2001;12:120-31.
34. Allon N. Self-perceptions of the stigma of overweight in relationship to weight-losing patterns. *Am J Clin Nutr* 1979;32(2):470-80.
35. Schwimmer JB, Burwinkle TM, Varni JW. Health-Related Quality of Life of Severely Obese Children and Adolescents. *JAMA* 2003;289(14):1813-19.

36. Gortmaker SL, Must A, Perrin JM, Sobol AM, Dietz WH. Social and economic consequences of overweight in adolescence and young adulthood. *N Engl J Med* 1993;329(14):1008-12.
37. Battistoni, MMM. *Obesidade na adolescência: revisão teórica e casos. Visão psicossomática [tese]*. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1996.
38. Hammar SL. Obesity: the search goes on. *J Adolesc Health* 1997;20(6):411.
39. Vilela JEM, Lamounier JA, Dellaretti Filho MA, Barros Neto JR, Horta GM. Transtornos alimentares em escolares. *J Pediatr(Rio de J)* 2004;80(1):49-54.
40. Flannery-Schroeder EC, Chrisler JC. Body esteem, eating attitudes, and gender-role orientation in three age groups of children. *Curr Psychol*. 1996;15:235-48
41. Pinheiro AP, Giugliane ERJ. Quem são as crianças que se sentem gordas apesar de terem o peso adequado? *J Pediatr (Rio de J)* 2006;82(3):232-5.
42. Fowler BA. The relationship of body image perception and weight status to recent change in weight status of adolescent female. *Adolescence* 1989;24(95):557-68.

43. Falkner NH, Neumark-Sztainer D, Story M, Jeffery RW, Beuhring T, Resnick MD. Social, educational, and psychological correlates of weight status in adolescents. *Obes Res* 2001;9(1):32-42.
44. Oliver KK, Thelen MH. Children's perceptions of peer influence on eating concerns. *Behav Ther* 1996;27:25-39.
45. Cawley J, Joyner K, Sobal J. Size Matters: the influence of adolescents' weight and height on dating and sex. *Rationality Society* 2006;18(1):67-94.
46. Pierce CA. Body height and romantic attraction: a meta-analytic test of the male taller norm. *Soc Behav Pers* 1996;24(2):143-50.
47. Conti MA, Frutuoso MFP, Gambardella AMD. Excesso de peso e insatisfação corporal em adolescentes. *Rev Nutr* 2005;18(4):491-7.
48. Clay D, Vignoles VL, Dittmar H. Body image and self-esteem among adolescent girls: testing the influence of sociocultural factors. *J Res Adolesc* 2005;15(4):451-77.
49. Erickson SJ, Robinson TN, Haydel KF, Killen JD. Are overweight children unhappy? Body mass index, depressive symptoms, and overweight concerns in elementary school children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000;154(9):931-5.

50. Brook U, Tepper I. High school students' attitudes and knowledge of food consumption and body image: implications for school based education. *Patient Educ Couns* 1997;30(3):283-8.
51. Eisenberg ME, Neumark-Sztainer D, Lust KD. Weight-related issues and high-risk sexual behaviors among college students. *J Am Coll Health* 2005;54(2):95-101.
52. Martin MC, Gentry JW. Stuck in the model trap: the effects of beautiful models in ad on female pre-adolescents and adolescents. *J Advertising* 1997;26(2):19-33.
53. Pearce MJ, Boergers J, Prinstein MJ. Adolescent obesity, overt and relational peer victimization, and relationships. *Obes Res* 2002;10(5):386-93.
54. Goldfield A, Chrisler JC. Body stereotyping and stigmatization of obese persons by first graders. *Percept Mot Skills* 1995;81(3 Pt 1):909-10.
55. Chen EY, Brown M. Obesity stigma in sexual relationships. *Obes Res* 2005;13(8):1393-7.
56. Latner JD, Stunkard AJ, Wilson GT. Stigmatized students: age, sex, and ethnicity effects in stigmatization of obesity. *Obes Res* 2005;13(7):1226-31.

57. Sitton S, Blanchard S. Men's preference in romantic partners: obesity vs addiction. *Psychol Rep* 1995;77(3 Pt 2):1185-6.
58. Halpern CT, Udry JR, Campbell B, Suchindran C. Effects of body fat on weight concerns, dating, and sexual activity: a longitudinal analysis of black and white adolescents girls. *Dev Psychol* 1999;35(3):721-36.
59. Wiederman MW, Hurst SR. Body size, physical attractiveness, and body image among young adult women: relationships to sexual experience and sexual esteem. *J Sex Res* 1998;35(3):272-81.
60. Sobal J, Nicolopoulos V, Lee J. Attitudes about overweight and dating among secondary school students. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1995; 19(6):376-81.
61. Halpern CT, King RB, Oslak SG, Udry JR. Body mass index, dieting, romance, and sexual activity in adolescent girls: relationships over time. *J Res Adolesc* 2005;15(4):535-59. *Res Adolesc* 2005;15(4):535-59.

7. APÊNDICES

7. APÊNDICES

Apêndice 1. Questionário: Sexualidade em Adolescentes.

QUESTIONÁRIO Nº _____

PESO _____ ESTATURA _____ IMC _____

ENTREVISTADOR: _____

DATA DA ENTREVISTA ____ / ____ / ____

ESCOLA: _____

Este questionário é sigiloso.

Nenhuma informação aqui contida será divulgada individualmente

Os dados deste questionário serão transformados em estatística global.

QUESTIONÁRIO:

IMC : _____

I) IDADE (anos e meses): _____

II) SEXO: 1- () Masculino 2- () Feminino.

III) SÉRIE ESCOLAR: _____ **IV) PERÍODO** 3-() Diurno 4 -() Noturno

V) RELIGIÃO:

5-() Não tenho religião

8- () Espírita

6-() Católica

9- () Outras : Qual ? _____

7-() Evangélica /Protestante

VI) ESTADO CIVIL ATUAL :

10-() Solteiro

11-() Casado / Companheiro

12-() Outro : Qual? _____

VII) COMO VOCÊ SE CONSIDERA SEXUALMENTE? (Capacidade de despertar desejo)

13-() Eu me considero muito atraente

14-() Eu me considero atraente

15 -() Eu me considero pouco atraente

16-() Eu me considero nada atraente

VIII) VOCÊ TEM FACILIDADE OU DIFICULDADE PARA TER PAQUERAS?

17-() Eu tenho muita facilidade para ter paqueras

18-() Eu tenho facilidade para ter paqueras

19-() Eu tenho dificuldade para ter paqueras

20-() Eu tenho muita dificuldade para ter paqueras

IX) VOCÊ JÁ DEU O SEU PRIMEIRO BEIJO NA BOCA ?

21-() Sim

22-() Não

X) SE VOCÊ JÁ BEIJOU NA BOCA, QUE IDADE TINHA A PRIMEIRA VEZ?

XI) VOCÊ JÁ FICOU ALGUMA VEZ ?

23-() Sim

24-() Não

XII) SE VOCÊ JÁ FICOU, COM QUE IDADE FICOU A PRIMEIRA VEZ ?

XIII) SE VOCÊ JÁ FICOU , COM QUANTAS PESSOAS VOCÊ JÁ FICOU ?

- 25-() Uma pessoa (1)
- 26-() Duas pessoas (2)
- 27-() Três pessoas (3)
- 28-() Quatro pessoas (4)
- 29-() Cinco pessoas (5)
- 30-() Mais que cinco pessoas Quantas ? _____

XIV) COM RELAÇÃO A NAMORADO (A),O QUE VOCÊ ACHA ?

- 31-() Tenho muita facilidade em ter namorado(a)
- 32-() Tenho facilidade em ter namorado(a)
- 33-() Tenho dificuldade em ter namorado (a)
- 34-() Tenho muita dificuldade em ter namorado(a)

XV) VOCÊ JÁ NAMOROU COM ALGUÉM ?

- 35-() Sim
- 36-() Não

XVI) SE VOCÊ JÁ NAMOROU, QUE IDADE VOCÊ TINHA QUANDO TEVE O PRIMEIRO(A)

NAMORADO(A) ? _____

XVII)SE VOCÊ JÁ NAMOROU, QUANTOS NAMORADOS(AS) JÁ TEVE?

- 37-() Um namorado (a) (1)
- 38-() Dois namorados(as) (2)
- 39-() Três namorados (as) (3)
- 40-() Quatro namorados (as) (4)
- 41-() Cinco namorados (as) (5)
- 42-() Mais que cinco namorados (as) Quantos (as) ? _____

XVIII) O QUE VOCÊ PENSA À RESPEITO DA MASTURBAÇÃO (BATER PUNHETA OU SIRIRICA) ?

- 43-() Aprovo totalmente
- 44-() Aprovo parcialmente
- 45-() Desaprovo

XIX) EM RELAÇÃO A MASTURBAÇÃO, COMO VOCÊ SE CONSIDERA ?

- 46-() Muito bem informado
- 47-() Bem informado
- 48-() Pouco informado
- 49-() Sem nenhuma informação

XX) VOCÊ JÁ SE MASTURBOU?

- 50-() Sim
- 51-() Não

XXI) SE VOCÊ JÁ SE MASTURBOU, COM QUE IDADE FOI A PRIMEIRA VEZ?

XXII) SE VOCÊ SE MASTURBA, QUAL É A FREQUÊNCIA?

- 52- () Muito raramente (menos de 1 vez por mês)
- 53- () Às vezes (uma vez por mês)
- 54- () Toda semana
- 55- () Uma vez por dia
- 56- () Mais que uma vez por dia

XXIII) CASO VOCÊ NÃO SE MASTURBE, QUAL O MOTIVO ?

- 57- () Falta de necessidade
- 58- () Falta de interesse
- 59- () Religião
- 60- () Medo
- 61- () Vergonha
- 62- () Culpa

XXIV) VOCÊ JÁ TEVE A PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL(JÁ TRANSOU) ?

- 63- () Sim
- 64- () Não

XXV) SE VOCÊ JÁ TEVE SUA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL, COM QUE IDADE FOI ?

XXVI) SE VOCÊ JÁ TEVE SUA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL COM QUEM FOI?

- 65- () Com namorado (a)
- 66- () Com amigo (a)
- 67- () Com ficante
- 68- () Outro(a) Especificar :: _____

XXVII) SE VOCÊ JÁ TEVE RELAÇÃO SEXUAL, COM QUANTAS PESSOAS VOCÊ JÁ TRANSOU?

- 69- () Uma pessoa (1)
- 70- () Duas pessoas (2)
- 71- () Três pessoas (3)
- 72- () Quatro pessoas (4)
- 73- () Cinco pessoas (5)
- 74- () Mais que cinco pessoas .Quantas ? _____

XXVIII) SE VOCÊ JÁ TEM RELAÇÃO SEXUAL, COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ TRANSA ?

- 75-() Só transei uma vez
- 76-() Menos de 1 vez por mês
- 77-() Uma vez por mês
- 78-() Toda semana
- 79-() Uma vez por dia
- 80-() Mais que uma vez por dia

XXIX) SE VOCÊ JÁ TEM VIDA SEXUAL, NO MOMENTO VOCÊ TEM PARCEIRO/A (OS/AS) COM QUEM VOCÊ TRANSA ?

- 81-() Sim
- 82-() Não

XXX) SE VOCÊ TEM VIDA SEXUAL, COMO É O SEU DESEJO SEXUAL (TESÃO) ?

- 83-() Ausente
- 84-() Variável
- 85-() Intenso

XXXI) VOCÊ SE ACHA GORDO(A) ?

- 86-() Sim
- 87-() Não

XXXII) SE VOCÊ SE ACHA GORDO(A), VOCÊ SE INCOMODA COM ISTO ?

- 88-() Eu me incomodo muito
- 89-() Eu me incomodo pouco
- 90-() Eu não me incomodo

SE VOCÊ SE CONSIDERA GORDO (A), VOCÊ ACHA QUE FATO DE ESTAR GORDO(A) INTERFERE COM A SUA SEXUALIDADE (MASTURBAÇÃO, PAQUERAR, BEIJAR, FICAR, NAMORAR, TRANSAR) ?

EM RELAÇÃO À :	INTERFERE POUCO	INTERFERE MUITO	NÃO INTERFERE
XXXIII) MASTURBAÇÃO	91-()	92-()	93-()
XXXIV) PAQUERAR	94-()	95-()	96-()
XXXV) BEIJAR	97-()	98-()	99-()
XXXVI) FICAR	100-()	101-()	102-()
XXXVII) NAMORAR	103-()	104-()	105-()
XXXVIII) TRANSAR	106-()	107-()	108-()

XXXIX) SE VOCÊ ACHA QUE O FATO DE ESTAR GORDO(A) INTERFERE COM A SUA SEXUALIDADE, DIGA O QUE VOCÊ SENTE E QUAIS AS DIFICULDADES QUE MAIS TE INCOMODAM:

Apêndice 2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Pesquisa:

Sexualidade em adolescentes obesos

Estamos estudando adolescentes obesos entre 15 e 19 anos de idade, especificamente com respeito ao desenvolvimento da sexualidade, com a finalidade de reconhecer características próprias destes jovens.

Serão perguntas formuladas especialmente para este projeto de pesquisa da pós-graduação em ciências da saúde, que está sendo por mim desenvolvida. Este estudo não oferecerá qualquer risco, pois todas as informações serão utilizadas somente na área médica, sendo utilizada a escola somente para a entrevista e seu nome não será necessário. Sua contribuição poderá beneficiar outros adolescentes obesos, identificando quais as características da sexualidade destes jovens e a elaboração de novas propostas de tratamento da obesidade. Em caso de dúvida, é seu direito ter acesso a qualquer tipo de esclarecimento. Caso você não se sinta confortável ou se recuse a participar da pesquisa, terá o direito e total liberdade de abandoná-la a qualquer momento.

É necessário, que o responsável pelo adolescente, menor de 18 anos de idade, também assine o consentimento.

Eu, _____

Rg. _____ responsável por _____

_____, fui informado dos objetivos da pesquisa: sexualidade em adolescentes obesos. Declaro que recebi informações a respeito dos procedimentos e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim desejar. A médica responsável Ana Maria dos Reis Toledo, certificou-me que todas as informações fornecidas serão confidenciais. Terei também liberdade para retirar meu consentimento a qualquer momento. Caso tenha mais alguma dúvida, poderei entrar em contato com a pesquisadora pelo telefone: (17) 3201 5700, ramal 1266, no ambulatório de pediatria da faculdade de medicina de São José do Rio Preto.

São José do Rio Preto, _____ de _____ de _____.

Assinatura do paciente: _____

Assinatura do responsável: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Anexo 2. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.



FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

Autarquia Estadual - Lei n° 8899 de 27/09/94
(Reconhecida pelo Decreto Federal n° 74.179 de 14/06/74)

Parecer n.º 218/2005

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O Protocolo n.º **5187/2005** sob a responsabilidade de Ana Maria dos Reis Toledo, com o título "Sexualidade em adolescentes obesos", está de acordo com a Resolução CNS 196/96 e foi aprovado por esse CEP. Recomendamos anexar grupo controle com adolescentes da mesma faixa etária, sem problemas com a obesidade, para evitar constrangimento por parte dos jovens obesos.

Lembramos ao senhor(a) pesquisador(a) que, no cumprimento da Resolução 251/97, o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deverá receber relatórios semestrais sobre o andamento do Estudo, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos, para conhecimento deste Comitê. Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do Estudo.

São José do Rio Preto, 22 de setembro de 2005.


Prof. Dr. José Paulo Cipullo
Vice- Coordenador do CEP/FAMERP