

CAROLINA DE ALVARENGA SALES

**INFLUÊNCIA DOS PADRÕES INTERACIONAIS DA  
FAMÍLIA NA OBESIDADE DO ADOLESCENTE: um  
estudo qualitativo com o Modelo Familiar FIRO**

Dissertação apresentada como exigência  
parcial para obtenção do grau de Mestre em  
Psicologia Clínica à Comissão Julgadora da  
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

2006

Apoio CNPq

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

CAROLINA DE ALVARENGA SALES

**INFLUÊNCIA DOS PADRÕES INTERACIONAIS DA  
FAMÍLIA NA OBESIDADE DO ADOLESCENTE: um  
estudo qualitativo com o Modelo Familiar FIRO**

Dissertação apresentada como exigência parcial  
para obtenção do grau de Mestre em Psicologia  
Clínica à Comissão Julgadora da Pontifícia  
Universidade Católica de São Paulo, sob a  
orientação da Profa. Dra. Rosa Maria Stefanini  
de Macedo.

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

2006

Apoio CNPq

**Comissão Examinadora**

---

---

---

## AGRADECIMENTO

O período em que desenvolvi esse trabalho foi, por diversos motivos, o mais intenso dos meus 27 anos e quem conviveu comigo sabe bem disso. Foram muitas as pessoas que me ajudaram a percorrer esse caminho e a cada uma delas ofereço meu sincero agradecimento e meu carinho. Sou imensamente grata a todos vocês!

Agradeço a Deus, na pessoa do Espírito Santo, a quem sempre recorri pedindo persistência para concluir essa jornada e clareza de pensamento para fazer um bom trabalho.

Aos meus pais, Geni e Osny, que me apoiaram e incentivaram em todos os momentos. Obrigada por tudo que compartilhamos e pela compreensão para o que não compartilhamos quando eu precisava estudar. Obrigada por serem as pessoas mais maravilhosas da minha vida. Amo vocês!

Aos meus irmãos, Fabiano e Thiago, por tantas vezes me cederem o computador, mas principalmente pelas orações e pela força. Também amo vocês!

À Rosa, minha orientadora, meu especial agradecimento. Poderia falar da minha grande admiração pelo seu trabalho, seu vigor, sua forma enérgica de desempenhar tudo que assume. Poderia agradecer por orientar essa dissertação, confiar no meu trabalho, ensinar-me e incentivar-me sempre. Mas eu sei que sabe de tudo isso, então quero fazer um agradecimento que vai muito além, porque fostes uma orientadora muito além. Abriu as portas da sua casa e me colocou junto à sua família, sem ao menos conhecer “aquela moça chorona e assustada”. Colocou-me a par de sua rotina, me confiou uma série de tarefas e até senhas e acesso a e-mail, me ensinou línguas tentando despertar em mim o desejo de ser poliglota, ou ao menos de falar inglês, me falou de artes, de culturas, de autores, de

livros, de valores e de muitas outras coisas que eu desconhecia. Não tenho dúvida que sem o seu incentivo não teria chegado aqui. Muito obrigada porque desde o início me deu oportunidades, me mostrou caminhos, me fez olhar para frente e seguir adiante. Obrigada porque apostou em mim e no meu trabalho. Obrigada porque com nosso convívio não cheguei aqui simplesmente, cheguei aqui transformada!

Ao CNPq, pelo financiamento dessa pesquisa por meio da bolsa de estudo. Sem esse auxílio não poderia ter concluído esse projeto de trabalho e da minha vida.

Às famílias, participantes dessa pesquisa, que dividiram comigo suas experiências e seus sentimentos e que me permitiram conhecer e compreender o universo das interações familiares quando se tem um adolescente obeso. Sou muito grata!

Ao Ambulatório de Obesidade do Departamento de Pediatria da UNIFESP, especialmente às Dras. Arlete, Anne, Satiko e Mônica, muito obrigada por permitirem que a pesquisa fosse realizada nessa instituição.

Às nutricionistas Flávia, Annete que incansavelmente me auxiliaram a entrar em contato com as famílias.

Ao Espaço Leve, principalmente à Catarina Wolff, por disponibilizar o espaço para realização da pesquisa e sempre me incentivar a desenvolver um bom trabalho. Agradeço também à maravilhosa equipe de profissionais que lá trabalham e sempre me apoiaram: Aninha, Anne, Betinho, Cati, Cleozinha, Cris, Dani, Denis, Dê, Eliete e Flups. Obrigada pela força!

À Ana Lúcia, pela transcrição das fitas e à Paty por ter traduzido o resumo. Valeu queridas!

À Cristiana, por ter me apresentado à Dra. Rosa e por ter me apoiado para entrar nessa empreitada. Nunca vou me esquecer. Muito obrigada!

À família da Rosa que sempre me acolheu muito bem. Muito obrigada a todos os Macedo!

À Lourdes, minha querida Lulu, meu anjo da guarda que sempre me ajudou nos apuros na casa da Rosa e sempre dividiu comigo as alegrias. Sabe que vai morar eternamente no meu coração, não sabe?

Ao Mendes pelas caronas, à Íris, por sempre “dar um jeitinho”. Á Vera da PUC, por ser solícita sempre que precisei da sua ajuda. Muito obrigada!

À Ceneide, por confiar no meu trabalho e me receber em sua casa e à sua família. Muito obrigada!

A todos os meus amigos e amigas que me acolheram em suas casas quando mais precisei: Renata e Marluce, Bruna, Milena, Silvia e Juninho, Luciani e Sonia, Stella e Vinícius, Daniel. Não sei o que seria de mim sem vocês!

A todos os meus amigos e amigas que me acompanharam nessa jornada e me incentivaram para que eu chegasse até aqui. Muito Obrigada!

## SUMÁRIO

RESUMO _____	10
ABSTRACT _____	11
I – INTRODUÇÃO _____	12
II – REVISÃO BIBLIOGRÁFICA _____	15
Capítulo 1 – Obesidade: Aspectos contemporâneos _____	16
1.1. Obesidades: algumas considerações _____	17
1.2. Prevalência _____	20
1.3. Definição _____	24
1.4. A Complexidade da Etiologia _____	25
1.5. Classificação Clínica _____	33
1.6. Critério de Avaliação _____	37
1.7. Riscos da obesidade _____	38
1.8. Prevenção e Tratamento da obesidade: um desafio _____	41
Capítulo 2 – Obesidade na Adolescência _____	52
2.1. Obesidade no Adolescente _____	53
2.2. Adolescência _____	57
2.3. Ciclo Vital Familiar: Família Adolescente _____	61
Capítulo 3 – Família e Obesidade _____	66
3.1. Família como Sistema _____	67
3.2. A obesidade na abordagem familiar sistêmica _____	68
3.3. Modelo Familiar FIRO _____	71
3.4. Modelo Familiar FIRO na abordagem da obesidade _____	77
III – MÉTODO _____	85
1. Participantes _____	87
2. Instrumentos _____	87
3. Procedimento _____	96
4. Análise de dados _____	96
5. Considerações Éticas _____	98



IV – RESULTADOS E DISCUSSÃO	95
1. Genograma e Caracterização das famílias	100
1.1. Família Almeida	101
1.2. Família Braga	104
1.3. Família Carvalho	107
2. Análise das categorias	108
2.1. Inclusão	108
2.1.1. Estrutura	109
2.1.2. Conexão	125
2.1.3. Significado Compartilhado	143
2.2. Controle	174
2.2.1. Dominador	175
2.2.2. Reativo	189
2.2.3. Cooperativo	200
2.3 Intimidade	201
2.3.1 Mutualidade	202
3. Análise das interações de cada família	206
3.1. Família Almeida	206
3.1.1 Análise das interações	206
3.1.2 Síntese das interações	209
3.2. Família Braga	211
3.2.1 Análise das interações	211
3.2.2 Síntese das interações	215
3.3. Família Carvalho	217
3.3.1 Análise das interações	217
3.3.2 Síntese das interações	221
4. Comparação entre as famílias	222
V – CONCLUSÃO	228
1. Respondendo os objetivos	229

1.1. Categorização geral _____	230
1.2. Influência dos padrões interacionais familiares na obesidade do adolescente _____	240
2. Algumas considerações do Modelo Familiar FIRO e a obesidade __	244
VI – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS _____	247

## RESUMO

A obesidade tornou-se mundialmente um problema de saúde pública que tem afetado milhões de pessoas em todas as faixas etárias, inclusive os adolescentes. Esta pesquisa propôs-se a conhecer os padrões interações definidos pelo Modelo Familiar FIRO (*Fundamental Interpersonal Relations Orientation*) em famílias que têm um adolescente obeso e compreender de que maneira os padrões interações familiares influenciam no problema de obesidade. Este estudo caracterizou-se como uma pesquisa qualitativa realizada com famílias paulistanas de adolescentes obesos iniciando tratamento para obesidade. Para a coleta de informações foram utilizados a entrevista semi-estruturada e o Genograma. Foi realizado entre um e dois encontros com cada família no local onde o tratamento é oferecido. Na análise das conversações constatou-se a dificuldade das famílias na *inclusão* da obesidade, do membro obeso e/ ou da mudança de hábito (tratamento) nas seguintes situações: alianças que fortalecem os membros obesos ou configuram uma situação propícia para a obtenção de alimento; ausência, negligência ou falta de um modelo para cuidar da obesidade do filho; dificuldade dos membros em comprometer-se com o senso de pertencimento; resistência em reconhecer a obesidade como parte da identidade do grupo familiar; visão preconceituosa que percebem na sociedade em relação à obesidade. O *controle* nas relações mostra-se diretamente ligado ao controle alimentar, o uso de regras rígidas, ameaça e punição dos pais sobre o comportamento alimentar dos filhos, suscita uma reação de rebeldia, desobediência e mesmo descontrole alimentar no intuito paradoxal de retomar o controle sobre seu comportamento. Finalmente, a *intimidade* é superficial, havendo clara restrição dos adolescentes em compartilhar os sentimentos e vulnerabilidades; isso se deve à obesidade ou à fase de desenvolvimento em que se encontram. Palavras-chave: Família, Sistema Familiar, Obesidade, Adolescente, Pesquisa Qualitativa.

## **ABSTRACT**

Obesity has become a worldwide health problem and has affected millions of people of all ages, including adolescents. This research has considered to know the standards interactions defined by the Familiar Model FIRO (Fundamental Interpersonal Relations Orientation) in families who have an obese adolescent and to understand how standards familiar interactions has an influence in the obesity problem. This study is characterized as a qualitative research carried through with São Paulo's families of obese adolescents initiating an obesity treatment. For the collection of information the half-structured interview and the Genogram had been used. It was carried through between one or two meetings with each family in the place where the treatment is offered. In the analysis of the conversations it was evidenced the difficulty of the families in the *inclusion* of obesity, of the obese member and/or of the habit change (treatment) in the following situations: alliances that fortify the obese member or configure a propitious situation for the food attainment; absence, negligence or lack of a model to take care of son's obesity; difficulty of the members in committing themselves to a sense of belonging; resistance in recognizing the obesity as part of the identity of the familiar group; prejudiced vision that they perceive in the society in relation to the obesity. The *control* in the relations is directly related to the alimentary control, the use of rigid rules, threat or punishment from parents on the alimentary behavior of the children, excites a reaction of revolt, disobedience and even an alimentary uncontrol in a paradoxical intention to retake control on their behavior. Finally, the *intimacy* is superficial, having a clear restriction of the adolescents in sharing the feelings and vulnerabilities; and this is due to obesity or to the phase of development where they find themselves. Key-words: Family, Familiar System, Obesity, Adolescent, Qualitative Research

# ***I – INTRODUÇÃO***

No mundo todo se vive um momento muito delicado em relação à obesidade. Ela tornou-se uma enfermidade epidêmica com proporções cada vez maiores nas sociedades contemporâneas, afetando todos os níveis sociais, raças e idades. Devido à sua alta frequência e repercussões na saúde, tornou-se um grave problema de saúde pública e tem chamado a atenção dos profissionais dessa área.

As crianças e adolescentes não estão livres dessa epidemia, aliás os índices de obesidade infanto-juvenil têm aumentado assustadoramente. Esse quadro que já é delicado em qualquer fase do ciclo vital, pelos agravantes à saúde, na adolescência torna-se ainda mais peculiar. Nesta fase o corpo está em transformações e ao mesmo tempo é o foco de atenção entre os pares.

Colocar o adolescente como o vilão por seu excesso de peso em nada contribui para amenizar o problema. Ao contrário, é importante considerar a rede de fatores que está favorecendo a obesidade e compreender o funcionamento do sistema familiar do adolescente, tendo em vista a importância da família como contexto do desenvolvimento individual e social e como matriz da identidade pessoal. Conhecer a história do indivíduo demanda conhecer a história de sua família, bem como suas interações, os papéis desempenhados pelos membros da família, a estrutura, os recursos e a forma como lidam com a obesidade. Essa compreensão global é que vai permitir entender de que forma se deu a construção desse sintoma na história do indivíduo.

Apoiada nessas idéias essa pesquisa teve por objetivo: conhecer os padrões interacionais definidos pelo Modelo Familiar FIRO (*Fundamental Interpersonal Relations Orientation*) em famílias que têm um adolescente obeso e compreender de que maneira esses padrões interacionais familiares influenciam no problema da obesidade.

A pesquisa foi realizada pelo método qualitativo utilizando-se como instrumentos a entrevista semi-estruturada e o genograma. Participaram do estudo três famílias paulistanas cujo filho adolescente estavam iniciando tratamento de obesidade, sendo duas em um ambulatório do Departamento de Pediatria da UNIFESP e uma em uma clínica particular em São Paulo. Nesses locais foram realizados de um a dois encontros com cada família.

Ao investigar o funcionamento do sistema familiar de um adolescente obeso espera-se desenvolver formas de apoio e orientação não apenas ao adolescente obeso, mas também ao sistema familiar do qual faz parte.

Este trabalho foi estruturalmente organizado de forma a apresentar, inicialmente, um resumo do corpo teórico que fundamentou a presente pesquisa, e em seguida, o método, os resultados e discussão, a conclusão, as referências bibliográficas e os anexos. Assim os capítulos teóricos abordam a Obesidade, a Obesidade no Adolescente, o Ciclo Vital Familiar e a Obesidade e Família. O capítulo do método apresenta o problema, os objetivos, o delineamento, os participantes, os instrumentos e o procedimento para coleta e análise de dados e as considerações éticas. O capítulo dos resultados e discussão traz os resultados obtidos e a discussão a partir dos objetivos propostos e da teoria que fundamenta a pesquisa. O último capítulo apresenta conclusões finais do trabalho.

## ***II – REVISÃO BIBLIOGRÁFICA***



***Capítulo 1***  
***Obesidade: aspectos contemporâneos***

## **1.1. Obesidade: algumas considerações**

Nas últimas décadas tem ocorrido uma profunda mudança na sociedade e nos padrões de comportamentos. A modernização e a urbanização e as transição nutricional em todo o mundo norteadas pela globalização do mercado alimentício, têm conduzido à epidemia da obesidade. O aumento do poder aquisitivo e a concentração populacional nos centros urbanos favoreceram o aumento do consumo de alimentos pobres em nutrientes e com alto teor de gordura saturada e açúcar (WHO, 2003).

A transição nutricional que aconteceu nos últimos 50 anos mostra em suas três etapas a transformação do consumo de alimentos e suas conseqüências, a saber: 1) etapa pré-transicional (década de 60), em que o indivíduo se alimentava basicamente de cereais, tubérculos, vegetais e frutas e predominava o déficit nutricional; 2) etapa de transição (década de 80) na qual houve um aumento no consumo de açúcares, gorduras e alimentos processados, coexistindo tanto as deficiências nutricionais como a obesidade; 3) etapa pós-transicional (depois de 1990), em que o indivíduo aumentou ainda mais o consumo de gordura e açúcar, associado ao baixo consumo de fibras, predominando a obesidade e as dislipidemias (EYZAGUIRRE, SILVA e GARCÍA, 2003).

Concomitante a essa mudança ocorreram muitas outras no contexto social, cultural, nos hábitos e estilos de vida e no consumo que contribuíram com o aumento da obesidade nas sociedades atuais.

Uma dessas modificações, bastante significativa, foi a do papel da mulher/ mãe responsável por preparar a alimentação dos filhos e da família que se ausentou do lar para entrar no mercado de trabalho. Deixou de existir a mulher fonte de amor que manifestava seu afeto, sua capacidade de ser útil à sociedade, sua valorização enquanto ser e sua necessidade de aprovação familiar por meio do alimento. Conseqüentemente, a instituição

familiar tornou-se instável em função das mudanças no papel social do homem e da mulher (GOMES, 1996).

A tecnologia moderna com a mecanização possibilitou a invenção dos aparelhos eletrodomésticos utilizados na cozinha que facilitaram a vida de quem preparava as refeições. Isso repercutiu nos hábitos alimentares e na vida social e principalmente familiar. O tempo antes despendido no preparo do alimento e consumo à mesa foi adaptado ao ritmo acelerado do homem moderno (GOMES, 1996). A comida caseira foi substituída pelos alimentos industrializados ou pelo *fast-food*: mais prático, mais fácil, mais calórico, mais gorduroso, menos saudável.

Outro fator que tem contribuído com a epidemia da obesidade é o aumento das porções dos alimentos servidos em bares, restaurantes, supermercados (OLIVEIRA e FISBERG, 2005). É fácil observar a diferença do tamanho da pipoca: antes comia-se um saquinho, hoje, um “baldinho” e com o refrigerante é a mesma coisa. Também é assim com os hambúrgueres, batatas fritas, massas, chocolate, doces etc. Como se não bastasse isso, o acesso aos alimentos está muito mais fácil, especialmente aos ricos em gorduras e açúcares.

O sedentarismo, sem dúvida, é outro vilão dessa situação. As comodidades tecnológicas substituíram o esforço físico, diminuindo o gasto calórico inclusive nas atividades cotidianas (WHO, 2003; FERREIRA, MIRANDA E CAPOTA et al, 1996). As facilidades que vão desde o controle remoto, o vidro elétrico, a escada rolante, telefone sem fio até as telas (computador, televisão, videogame) que paralisam, especialmente as crianças e adolescentes, por horas seguidas quase como um efeito hipnotizante, tornaram-se um dos principais fatores para o crescimento explosivo dessa enfermidade. (COUTINHO, 1998; COUTINHO, 1999).

Em meio a esse cenário a mídia veicula um verdadeiro bombardeio de informações sobre boa alimentação, hábitos saudáveis, técnicas de

condicionamento físico, dietas milagrosas, clínicas de emagrecimento, spas e até um culto exacerbado à beleza do corpo esbelto e extremamente magro. Todavia, mesmo com a informação e o conhecimento de como se deve proceder em relação à alimentação o que se constata é que tudo isso não tem sido suficiente para modificar o curso crescente da obesidade em qualquer das faixas etárias. O que se observa de fato é que o ser humano continua engordando, não importa o quão atual seja a técnica de emagrecimento que utilize na obtenção do peso desejado, volta a engordar na fase de manutenção (GOMES, 1996).

Não se pode negar, porém, que, se por um lado há uma super exposição à restrição, há, de outro, uma exortação ao consumismo. A cultura contemporânea preserva diversas divisões e contradições: o excesso e a negação, a dependência e o autocontrole, a auto-indulgência e a autonegação. Essas divisões psicoculturais aparecem, por exemplo, na exortação a comer e consumir abundantemente que se contrapõe a fazer dietas e temer a obesidade, de modo que o indivíduo nessa sociedade vivencia uma batalha repleta de avanços e retrocessos, oscilando sempre entre dois pólos possíveis, com dificuldade de assumir posições (MCDANIEL, HEPWORTH E DOHERTY, 1994).

A obesidade sendo uma doença epidêmica não transmissível precisa ser considerada no seu contexto, ou seriam contextos? Seu crescimento desenfreado especialmente entre crianças e adolescentes e, mais ainda, a dificuldade em cessar esse crescimento é, no mínimo, um alerta à complexidade dessa enfermidade; razão pela qual se faz necessário considerar a interação dos múltiplos aspectos biológicos, psicológicos e sociais no portador de obesidade.

## **1.2. Prevalência**

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2005) a prevalência da obesidade praticamente triplicou nas últimas duas décadas, chegando a atingir hoje aproximadamente 300 milhões de pessoas em todo o mundo. Na população infanto-juvenil acima de cinco anos de idade a estimativa é de 22 milhões em todo o mundo; isso significa que uma em cada dez crianças apresenta sobrepeso ou obesidade.

Nos Estados Unidos o número de crianças com sobrepeso dobrou e o número de adolescentes triplicou da década de 80 para cá. Conforme os dados do National Health and Nutrition Examination Survey – NHAMES (NHAMES, 2002; NHAMES, 2004) entre 1963 e 2002 a prevalência de sobrepeso entre os adolescentes de 12 a 19 anos passou de 5% para 16%. Estima-se que 20,6% das crianças americanas entre 2 e 5 anos, 30,3% entre 6 e 11 anos e 30,4% dos adolescentes e adultos jovens americanos entre 12 e 19 anos de idade apresentam sobrepeso ou risco de início de sobrepeso (OGDEN, FLEGAL, CARROLL e JOHNSON, 2002).

Na Tailândia houve um aumento da obesidade infantil de 12,2% para 15,6% em dois anos (WHO, 2004), na Austrália mais de 20% das crianças apresentam sobrepeso ou obesidade (MCLENNAN, 2004) e no Chile, um em cada quatro crianças ou adolescentes são obesos e um em cada três apresentam risco de se enquadrar nessa categoria (BUROWS, 2000).

No Brasil em 1974-75 observou-se que 3,9% e 7,5% dos adolescentes do sexo masculino e feminino respectivamente estavam acima do peso (IBGE, 2006) e hoje 40,6% da população brasileira adulta apresenta excesso de peso, da qual 27% é considerada obesa (IBGE, 2004). Os dados de prevalência de obesidade e sobrepeso da população infanto-juvenil brasileira em nível nacional são escassos, havendo muito mais estudos regionais como, por exemplo, os que são apresentados a seguir:

Em 1996 Monteiro e Conde (1996) na cidade de São Paulo detectaram entre crianças de zero a cinco anos de idade 3,8% com sobrepeso, sendo que a maioria dessas pertencia a famílias de alta renda. Comparando esse índice com os encontrados em 1974/75 e em 1984/85 os autores constataram que o risco de obesidade manteve-se reduzido e restrito às crianças das famílias mais abastadas ao longo dessas décadas.

Baseado em dados coletados pelo IBGE em 1997 Abrantes, Lamounier e Colosismo (2002) averiguaram que a prevalência de sobrepeso entre os adolescentes do Nordeste foi de 1,7% e do Sudeste de 4,2%, e a prevalência de obesidade foi de 6,6% e 8,4%, nessas regiões respectivamente.

Em 1999 no Rio de Janeiro Anjos, Castro, Engstrom e Azevedo (2003) detectaram 5% obesidade entre as crianças menores de 10 anos.

Oliveira, Cerqueira e Oliveira (2003) realizaram em 2001 na cidade de Feira de Santana, na Bahia, um levantamento entre crianças de 05 a 09 anos de idade, de escolas públicas e privadas e concluíram que 9,3% apresentavam sobrepeso e 4,4% obesidade e que os índices de ambos indicadores eram mais elevados entre as crianças das escolas privadas.

Em Salvador, Leão, Araújo e Moraes (2003) encontraram uma prevalência de obesidade de 8% crianças de escolas públicas e de 30% entre crianças de escolas privadas na faixa etária entre 5 e 10 anos.

Balaban e Silva (2003) investigaram a prevalência de sobrepeso e obesidade entre crianças e adolescentes e identificaram que entre as de alta renda 34,3% apresentavam sobrepeso e 15,1% obesidade e

entre as de baixa renda 8,7% apresentava sobrepeso e 4,4% estavam obesas.

Há dois anos uma pesquisa realizada na cidade de Santos (OLIVEIRA e FISBERG, 2005) constatou que 33,71% de um total de 10.821 crianças entre 7 e 10 anos, provenientes de escolas públicas e particulares estavam com seu peso acima do normal. Dentre essas, 17,97% apresentaram obesidade e 15,74% sobrepeso.

Apenas recentemente, em junho do ano passado, o IBGE (2006) divulgou os dados antropométricos das crianças e adolescentes brasileiros mensurados na Pesquisa do Orçamento Familiar (POF) realizada entre 2002 e 2003 em nível nacional. Os resultados mostraram que os distúrbios nutricionais originários do consumo alimentar excessivo e da atividade física insuficiente predominam amplamente sobre os originários da alimentação escassa e do gasto energético excessivo, ou seja, o nível de sobrepeso e a obesidade hoje atingem mais crianças e adolescentes que a desnutrição. Isso confirmou a análise da amostra de adultos publicada já em 2004.

A prevalência de sobrepeso entre os adolescentes foi de 12,3%, um pouco maior entre as meninas (14,4%) do que entre os meninos (10,4%). O índice de obesidade foi de 2,3%, maior entre as meninas (2,9%) do que entre os meninos (1,8%). Em ambos os sexos e categorias a frequência máxima foi entre 10-11 anos diminuindo no final da adolescência, como pode ser observado na tabela abaixo.

<b>Indicadores antropométricos para adolescentes entre 10 e 19 anos de idade, por sexo, segundo grupos de idade – Brasil (2002-2003)</b>			
Grupos de idade	Indicadores antropométricos para adolescentes entre 10 e 19 anos de idade, por sexo		
	Total	Maculino	Feminino

	Sobrepeso		
Total	12,3	10,4	14,4
10 a 11 anos	17,7	16,9	18,5
12 a 14 anos	14,3	10,4	18,4
15 a 17 anos	9,4	7,1	11,9
18 a 19 anos	8,3	9,2	7,4
	Obesidade		
Total	2,3	1,8	2,9
10 a 11 anos	3,7	2,4	5,0
12 a 14 anos	2,4	1,7	3,2
15 a 17 anos	1,8	1,5	2,2
18 a 19 anos	1,6	1,8	1,4

Adaptada de IBGE, Pesquisa de Orçamentos Familiares (2006)

Na pesquisa também foi constatado que o sobrepeso e a obesidade entre os adolescentes do sexo masculino foi mais prevalente nas regiões Sudeste (13% e 1,9% respectivamente), Sul (13,6% e 3,1%) e Centro-Oeste (10,6% e 2,4%) do que nas regiões Norte (8% e 1,1%) e Nordeste (6,3% e 1,1%). Dentro de cada região o problema de peso entre os meninos sempre foi mais freqüente na zona urbana do que na rural, sendo a prevalência mais elevada no Sul urbano (23,6%) e a menor no Nordeste rural (6,8%).

No sexo feminino as diferenças foram mais discretas, mas apareceram entre as mesmas regiões. No Sudeste o índice de sobrepeso foi de 17% e de obesidade 3,8%, no Sul as freqüências foram 15,6% e 2,9%, respectivamente, no Centro-Oeste de 14,2% e 2,4%, no Norte a prevalência foi de 13,5% e 2,2% e no Nordeste de 10,8% e 2,1%.

O sobrepeso e a obesidade estão associados à renda familiar: quanto maior a renda *per capita*, maior a freqüência do problema. Entre os meninos o índice de sobrepeso foi de 4,1% na menor classe de renda (até 0,25 salário mínimo *per capita*) até 16,8% na maior classe de renda (5 ou



mais salários mínimos *per capita*) e de obesidade foi 0,4% até 4,1% respectivamente. Já entre as meninas a associação entre sobrepeso foi de 8,4% na menor classe até 17,0% na maior classe de renda e de obesidade foi de 1,4 até 3,1% respectivamente, sendo que em ambas categorias as diferenças nas três últimas classes foram menos significativas (IBGE, 2006).

### **1.3. Definição**

A obesidade pode ser descrita como o acúmulo excessivo do tecido adiposo, regionalizado ou em todo corpo, devido ao aumento da energia absorvida em comparação com a energia despendida, quando causada por problemas nutricionais (FISBERG, 1993; MULLER, 2001; RIQUELME, COVARRUBIAS, MONJE e VALENZUELA, 2002; TORRIENTE, MOLINA, DÍAZ, FERNÁNDEZ e ARGÜELLES, 2002).

O risco de doenças ou de morte também pode ser considerado no conceito de obesidade, como ocorre na definição dada pelo Center for Control and Prevention of Department of Health and Human Services, EUA (2006b). Segundo tal conceito, tanto sobrepeso como obesidade são padrões de peso que estão acima do que é considerado saudável para se manter com boa saúde.

Na criança a obesidade é caracterizada como o ganho de peso acompanhado por aumento da estatura e aceleração da idade óssea. Como consequência a puberdade pode ocorrer mais cedo, cessando o crescimento precocemente e ocasionando uma estatura diminuída. Depois o ganho de peso continua, enquanto a estatura e a idade óssea se mantêm (HAMMER, 1992).

A obesidade, porém, é quase sempre definida por seus critérios de avaliação e/ou sua etiologia, como acontece, por exemplo, no *Clinical Guideline of the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight*

*and Obesity in Adults*, publicado pelo National Institute of Health, EUA (1998) e em tantas outras publicações (MCLENNMAM, 2004). Isso não

dietéticos, sociais, culturais, econômicos, ambientais, comportamentais, psicológicos (BETTARELLO E FRÁGUAS JR., 1988; KAUFMAN, 1993; COUTINHO, 1998, CENTERS FOR CONTROL AND PREVENTION OF DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2006a) e familiares e individuais que incluem os padrões de alimentação e peso e a disponibilidade para fazer atividade física, comer e enfrentar o estresse (DOHERTY e HARKAWAY, 1990). Aspectos da biologia e do ambiente se sobressaem dependendo da perspectiva que se adota, porém, não há como negar que a etiologia resulta da interação entre genes, ambiente e estilo de vida.

Os fatores neuroendócrinos têm sido muito estudados nos últimos 10 anos, e estão relacionados à regulação da saciedade e ao balanço do gasto energético. Se houver falha no sistema de percepção do apetite/saciedade, poderá haver falha no estoque energético ocasionando obesidade. Os modelos neurais que regulam o peso implicam basicamente três categorias: Ácido-gama-amino-butírico, Monoaminas e Neuropeptídeos (DAMIANI, DAMIANI e OLIVEIRA, 2002).

O componente genético da obesidade é observado nos estudos com gêmeos criados em ambientes separados. Um desses estudos, realizado na Dinamarca por Stunkard, Sorensen, Teasdale, Chakraborty, Schull, e Schulsinger (1986) constatou que o peso das crianças estava muito mais relacionado ao peso dos pais biológicos do que ao dos pais adotivos, sugerindo a relevante influência da genética na adiposidade. Embora outros estudos também realizados com gêmeos apontem a contribuição do ambiente como fator determinante em detrimento à genética.

Ainda um outro estudo que confirma a interferência da herança genética na obesidade foi realizado por Damiani, Damiani e Oliveira (2002). Nesse constatou-se que o risco de se tornar obeso quando nenhum

dos genitores apresenta obesidade é de 9%, cresce para 50% quando um dos pais é obeso e para 80% quando os dois o são.

Do ponto de vista biológico, atualmente pressupõe-se que cada indivíduo tem um peso corporal geneticamente programado por meio de um *set point*. Alterações entre gasto energético e ingestão alimentar tendem a manter o indivíduo no seu *set point* de peso. Quando o peso é modificado, o *set point* também muda. No entanto, nas pessoas obesas, o *set point* é diferente, provavelmente devido à resistência à leptina (hormônio que indica o aumento de tecido adiposo e conseqüentemente reduz a ingestão alimentar). Diversas crianças não produzem leptina; em geral nascem com peso normal, contudo, devido à sua voracidade, em pouco tempo, tornam-se obesas. A maioria dos obesos, todavia, apresenta excesso e não falta de leptina, sugerindo que o mecanismo seja mais uma resistência à ação deste hormônio do que à sua falta. Até agora foram identificados sete genes causadores da obesidade humana e, pelo menos, 20 que influenciam o acúmulo lipídico em roedores. Os dois primeiros genes a serem implicados foram o gene *agouti* e o gene da leptina.

Os problemas metabólicos ou endócrinos estão presentes apenas quando há retardo de idade óssea e/ ou de estatura. Os mais freqüentes são os distúrbios da tireóide, como o hipotireoidismo, ou de outras glândulas, a síndrome de Cushing e as deficiências gonadais, especialmente a síndrome dos ovários policísticos (DAMIANI, DAMIANI e OLIVEIRA, 2002).

Já foi constatado, porém, que apenas 5% dos casos podem ser atribuídos a disfunções endócrinas ou doenças hereditárias e que os 95% restante associam-se aos fatores exógenos ou ambientais (GANLEY, 1986).

O desequilíbrio entre o quanto se come e o quanto se gasta é um desses fatores exógenos fundamentais na etiologia da obesidade. É uma questão matemática: se consumir mais calorias que despender, engorda, se

consumir e despende igualmente mantém o peso, e se consumir menos e despende mais, emagrece (CENTERS FOR CONTROL AND PREVENTION OF DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2006a). Essa lógica matemática, porém, não é tão simples quanto parece, pois há que se considerar o funcionamento metabólico individual, a herança genética, os alimentos que se tem à disposição, o estímulo e a motivação para fazer atividade física, sem falar no estado emocional que favorece ou não o consumo de alimentos mais ricos em gordura e açúcar, por exemplo. E aqui já se ressalta a interação entre os fatores.

Os aspectos socioeconômicos, ao contrário do que foi constatado na Pesquisa do Orçamento Familiar realizada no Brasil, segundo dados estrangeiros parecem ter uma relação inversa com a obesidade: quanto mais baixo o nível socioeconômico, maior o índice de obesidade (GOLAN, 2002; DANIELZIK, CZERWINSKI-MAST, LANGNÄSE, DILBA e MÜLLER, 2004). A mesma inversão ocorre em relação à educação e ao trabalho dos pais, pois quanto menor o nível educacional e estímulo cognitivo que oferecem às crianças e a quanto mais deficiente é sua formação profissional, maior é a possibilidade de terem filhos obesos (STRAUSS e KNIGHT, 1999; BRADDON, WADSWORTH, DAVIS et al, 1988). Observa-se nesses grupos socioeconomicamente desfavorecidos um descuido nos comportamentos ligados à saúde, pouco estímulo intelectual e elevado consumo de alimentos não saudáveis. Tudo isso influencia o desequilíbrio energético e contribui com o aumento da obesidade em quem já tem predisposição para a doença.

O número de obesos na família (GOLAN, 2002), o sobrepeso ou obesidade da mãe, do pai e dos irmãos, o elevado peso no nascimento e a ausência do aleitamento materno nos primeiros meses de vida também estão associados ao desenvolvimento da obesidade infantil (DANIELZIK,

CZERWINSKI-MAST, LANGNÄSE, DILBA e MÜLLER, 2004; TOSCHKE, BEYERLEIN e VON KRIES, 2005). Além disso, o estado civil dos pais, o tamanho da família, a forma de educar os filhos, as relações interfamiliares envolvendo a compreensão e o diálogo, o tipo de alimentação e o padrão de atividade física estão entre alguns dos fatores do ambiente familiar presentes na etiologia da obesidade (GOLAN, 2002).

Em pesquisas com crianças em tratamento para a perda de peso, constatou-se que filhos de pais separados ou divorciados apresentavam resultados menos satisfatórios que os de pais casados (DIETZ, 1983) e que em famílias com maior número de crianças, aquela que estava em tratamento, tinha menor redução de peso (EPSTEIN, KOESKE, WING et al, 1986). Esses dados, porém, referem-se aos resultados de tratamento, isto é, quando a obesidade já está instalada; fica, então, a dúvida se são aspectos etiológicos ou fatores agravantes da doença.

Lissau e Sorensen (1994), por outro lado, afirmam que a omissão ou negligência dos pais nos cuidados com a criança aumenta consideravelmente o risco de obesidade na vida adulta quando comparada com relações harmoniosas entre pais e filhos. Em concordância com essa posição estão as observações feitas por Christoffel e Forsyth (1989) que encontraram uma ou mais das seguintes características nas famílias de crianças com obesidade severa: desagregação familiar, separação física entre mãe e filho, transferência dos cuidados com a criança para outra pessoa, depressão materna, negação de anormalidade de crescimento, hostilidade para com os profissionais da saúde e acompanhamento médico inadequado.

O peso dos pais, apesar de já ter sido citado como um forte determinante genético, também pode aparecer como um fator ambiental etiológico ou agravante da obesidade. Filhos de pais magros apresentaram melhores resultados no tratamento para perda de peso que filhos que

tenham um ou os dois pais obesos em pesquisa realizada por Dietz (1983). Segundo o autor, isso parece se relacionar com a resistência dos pais às mudanças em suas vidas e no meio doméstico.

O ambiente doméstico contribui diretamente para o equilíbrio ou desequilíbrio energético da criança, pois *“afeta a composição da dieta pela disponibilidade de alimentos, influencia na preferência de certos alimentos, ajuda a formar os hábitos alimentares na infância, estabelece o aprendizado de um hábito social e altera outros padrões de comportamento.”* (GOLAN, 2002, p. 33).

Desta forma, é responsabilidade dos pais controlar os horários das refeições e os tipos de alimentos oferecidos, disponibilizando alimentos saudáveis. Cabe à criança a liberdade de escolher o que e o quanto vai comer dentre os alimentos oferecidos. Quando as crianças são pequenas é mais fácil controlar o acesso à comida, contudo, mesmo quando elas se tornam mais autônomas, o ambiente familiar continua sendo a referência na alimentação e na prática da atividade física.

O comportamento dos pais é tão influente nos hábitos alimentares das crianças que pode se sobressair aos sinais internos de fome e saciedade. Um controle alimentar muito rígido, por exemplo, pode favorecer uma reação contrária da criança, que passa a consumir mais alimentos, especialmente aqueles ricos em gordura e como consequência desregula sua capacidade interna de perceber os sinais de fome e saciedade (BIRCH, 1998). Na grande maioria das vezes a criança tem pouca oportunidade de colocar em prática seu autocontrole já que seus pais pressupõem que a criança não é capaz de estabelecer quando, quanto e que alimento deve comer (BIRCH e FISHER, 1998).

Outra influência importante da atitude dos pais está relacionada à preferência alimentar da criança. Sabe-se que as preferências se formam pela repetição da experiência com o alimento e que o condicionamento

associativo afeta a aceitação dos alimentos. Assim, alimentos oferecidos em um contexto positivo favorecem a preferência, enquanto aqueles oferecidos em contexto negativo passam a ser preteridos. Birch e Fisher (1998) observaram que quando estimulada a comer em troca de recompensa a criança tende a sentir aversão pelo alimento e, ao contrário, quando um alimento lhe oferecido como recompensa em um contexto social positivo passam a ser preferido.

Na família a criança aprende não somente os hábitos alimentares, como também comportamentos ligados à atividade e ao lazer (GOLAN, 2002). Uma família sedentária contribui com o desenvolvimento do sedentarismo da criança, que é um fator de risco para a obesidade infantil. Toda essa análise do ambiente familiar sugere que os hábitos alimentares e de atividade física são fortemente influenciados pela família e que, portanto, a etiologia do desequilíbrio energético e, conseqüentemente, da obesidade também têm raízes na família.

Dentre as diversas linhas psicológicas há muitas tentativas para esclarecer a origem da obesidade, cada uma apoiada em seus pressupostos, obviamente. Benedetti (2003) ao fazer uma observação mais detalhada sobre essas tentativas constatou que a maioria das abordagens psicológicas explica a hiperfagia (comer em excesso) e não exatamente a obesidade. Nesse caminho há basicamente duas linhas explicativas: uma que enfoca o excesso alimentar como um produto do hábito e outra que o coloca como forma de defesa psicológica. Na primeira, a idéia central é que a aprendizagem na família e em sociedade direciona os hábitos alimentares; assim, esses são frutos de uma série de fatores constituintes e herdados, transmitidos de uma geração para a outra dentro de uma família. A segunda perspectiva é marcada por diversas justificativas diferentes, todas elas ligadas às emoções: o motivo pelo excesso alimentar pode ser o desejo de



aliviar a tensão, alcançar gratificação, suprir uma carência afetiva, e geralmente está atrelado à relação mãe-bebê nos primeiros anos de vida.

Um estudo realizado no Ambulatório de Obesidade Infantil da EPM (ANDRADE, CAMPOS, MORAES, ESCRIVÃO, OLIVEIRA, VÍTOLO, LOPEZ e FISBERG, 1995) com 134 casos atendidos constatou sete aspectos psicogênicos na obesidade infanto-juvenil: 1) rejeição materna gerando na criança sentimento de carência e insegurança afetivas; 2) pais com depressão e sentimento de culpa; 3) angustias circunstanciais da criança quando em situações adversas; 4) mães simbióticas e pais superprotetores; 5) pais alcoólatras e cujos membros familiares fazem uso de álcool, droga ou comida como forma de resposta à frustração; 6) criança emocionalmente imatura, com comprometimento psíquico; 7) problemas orgânicos, como deficiência mental, problemas neurológicos ou congênitos.

Para Doherty e Harkaway (1990) a confusão em definir a etiologia da obesidade dificulta a intervenção, portanto, mais importante que determinar a causa, que é presumidamente multifatorial, é relevante focalizar o que mantém a obesidade no sistema familiar. Nessa mesma linha, Ganley (1986) sugere a necessidade de compreender a obesidade no contexto das relações e sob uma perspectiva sistêmica.

O modelo cartesiano dicotomiza corpo e mente como entidades separadas e independentes e direciona a leitura que a maioria dos profissionais da área da saúde faz do processo do adoecer (MCDANIEL, HEPWORTH E DOHERTY, 1994). Permanecer nessa epistemologia, porém, limita e conduz às relações lineares de causa e efeito afastando a compreensão de significado e sentido das manifestações psicossomáticas (OSÓRIO, 2004).

Caminhar da dissociação corpo-mente para uma abordagem que integre esses aspectos remete inevitavelmente a uma visão sistêmica que

prioriza uma compreensão holística dos fenômenos e aborda as relações de sentido que o indivíduo mantém não apenas com a dimensão familiar, mas com todas as redes sócio-culturais com as quais se relaciona. Dentro dessa ótica, noções de multideterminismo e retroalimentação são indispensáveis para entender a obesidade.

### **1.5. Classificação Clínica**

Existem diversas classificações para a obesidade dependendo do que se pretende categorizar. Em geral essas classificações são médicas e servem para orientar o prognóstico e a conduta. Por exemplo, o CID-10 – Código Internacional de Doenças (OMS, 1999) classifica a obesidade em cinco categorias: devida a excesso de calorias, induzida por drogas, extrema com hipoventilação alveolar, outra e não especificada.

Outra classificação comum é a divisão entre obesidade exógena e endógena, ou primária e secundária, ou extrínseca e intrínseca. O primeiro termo das duplas refere-se à ingestão alimentar excessiva e/ ou diminuição do gasto energético e o segundo à pré-existência de alguma doença que levaria ao excesso de peso (MORLA-BAÉZ, 1996; MARTINELLI JUNIOR e SALES, 2000). A fisiopatogenia é a base dessa classificação que diferencia se o aumento do tecido adiposo se deve ao excesso alimentar ou a outro fator (ALMEIDA, BAPTISTA, ALMEIDA e FERRAZ, 2004).

A importância em estabelecer uma classificação deve-se ao fato de que a obesidade não pode ser tratada como uma doença única, pois apesar de se manifestar pelo acúmulo de tecido adiposo, sua fisiopatogenia pode diferir consideravelmente de um caso para outro. Conseqüentemente o tratamento precisa ser individualizado e o agrupamento dos tipos de obesidade pode facilitar a indicação da conduta mais adequada, além de contribuir para que se conclua o prognóstico.

Considerando essas questões Almeida, Baptista, Almeida e Ferraz (2004) desenvolveram uma classificação da obesidade infanto-juvenil que tem como ponto de partida a presença ou ausência de resistência periférica à insulina (RPI). Os casos em que se observa RPI são chamados de Obesidade Metabólica, e os que não apresentam RPI são divididos em: Obesidade Alimentar (Somática e Psicossomática), Obesidade Induzida (Neurológica, Endocrinológica e Farmacológica) e Obesidade Síndrômica.

1. Obesidade Metabólica: obesidade importante mantida não pela ingestão alimentar, mas pelo distúrbio metabólico de base (RPI). Em geral há história pessoal de obesidade, dificuldade em emagrecer e antecedente familiar de doença cardiovascular e metabólica. Respondem insatisfatoriamente à dietoterapia, por isso, em alguns casos, recomenda-se farmacoterapia para diminuir a resistência à insulina. A atividade física é fundamental porque reduz a RPI com a maior atividade da massa magra.
2. Obesidade Alimentar Somática: o elevado consumo de calorias em relação ao gasto energético sustenta o excesso de tecido adiposo. Há história de consumo alimentar excessivo, sedentarismo e os maus hábitos alimentares são evidentes. Respondem satisfatoriamente à dietoterapia, reduzindo os valores de IMC, quando ocorre boa aderência. O tratamento associa dieta hipocalórica, redução alimentar e aumento da atividade física. Em casos mais graves, em pacientes acima de 16 anos pode ser necessária a indicação de medicamento. O tratamento psicológico é sempre indicado para otimizar os resultados, especialmente quando há distúrbio de comportamento.
3. Obesidade Alimentar Psicossomática: a excessiva ingestão alimentar que conserva a obesidade está relacionada a questões emocionais. O cerne desses aspectos emocionais decorre das primeiras experiências da criança com quem a alimenta. As características da mãe e do bebê

e as condições ambientais que dão contexto à interação entre eles são fundamentais no desenvolvimento emocional da criança. O descuido, excesso de atenção, culpa, medo ou ansiedade da mãe pode dificultar a identificação do motivo do desconforto do filho e leva-la a usar o alimento indiscriminadamente. O bebê, ainda imaturo emocionalmente, experimenta um estado de confusão que dificulta diferenciar fome e outras necessidades biológicas ou afetivas. Posteriormente, isto pode levar a hábitos alimentares inadequados e favorecer o desenvolvimento da obesidade. O uso da mamadeira também pode contribuir com ganho de peso, nos casos em que, por questões emocionais, as mães insistem para que o filho tome todo o leite preparado. Com essa atitude reforçam uma superalimentação e o aumento no peso da criança. Na investigação clínica desses casos é importante conhecer a história de vida da criança especialmente no que se refere à gestação, parto, desenvolvimento neuropsicomotor, relacionamento familiar e social, questões alimentares e vínculo estabelecido entre a criança, a mãe e a família. Em geral a resposta à dietoterapia é insatisfatória, pois a comida é sempre fonte de alívio da tensão emocional. Além do tratamento clássico, já indicado na Obesidade Alimentar Somática, a psicoterapia individual é fundamental e a terapia familiar é indicada para fortalecer os vínculos da criança com a família. A farmacoterapia pode ser indicada em alguns casos.

4. Obesidade Induzida Neurológica: uma lesão do núcleo ventromedial do hipotálamo, resultante de uma doença neurológica adquirida (hemorragia intracraniana neonatal, trauma, neoplasia, cirurgia, radioterapia) gera perda da regulação fisiológica do sistema fome-saciedade, conseqüentemente há hiperfagia, queda na taxa metabólica, descontrole autonômico e deficiência de hormônio de

crescimento; a compulsão alimentar é freqüente. A resposta à dietoterapia é bastante insatisfatória devido à dificuldade em obter-se melhora no quadro neurológico. O tratamento é o clássico, associado a abordagem específica do distúrbio neurológico. O

entre outras. Ou pode ser uma complicação comum, como, por exemplo, na síndrome de Down.

Apesar de ser uma classificação médica e apresentar vantagens e desvantagens dentro dessa ciência, é importante ressaltar que é uma classificação já bem mais abrangente que as anteriores e que leva em consideração tanto os aspectos biológicos como psicológicos.

### **1.6. Critérios de avaliação**

O diagnóstico do estado nutricional de crianças e adolescentes pode ser avaliado por meio da antropometria. Esse método, ainda que se limite às medidas de peso e altura, permite estimar a prevalência e a gravidade das alterações nutricionais, além de ser de fácil realização (WHO, 1995).

Com valores de peso e altura calcula-se o índice Peso/Estatura (P/E) que é a relação entre o peso encontrado e o peso ideal para a altura e o Índice de Massa Corporal (IMC) que consiste na divisão do peso em quilo pela altura em metros ao quadrado. Os resultados desses cálculos são comparados com uma classificação de referência.

A classificação mais utilizada para o índice de P/E e que é adotada pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 1995) é a curva do National Center for Health Statistic (NCHS, 1977), na qual são consideradas obesas as crianças com índices superiores a 2,0 escores Z acima da mediana da população de referência.

O IMC pode ser colocado num gráfico em que se encontra uma distribuição de percentil. Must, Dallal e Dietz (1991) estabeleceram percentis de acordo com o sexo, idade e raça a partir dos seis anos e consideram obesas as crianças com percentil acima de 95 e com sobrepeso quando o percentil encontra-se entre 85 e 95.

Outra base de comparação para o IMC são as curvas estimadas por Cole, Bellizzi, Flegal e Dietz (2000) que ajusta os percentis 85 e 95 aos

IMCs 25 kg/m<sup>2</sup> e 30 kg/m<sup>2</sup> respectivamente aos 18 anos para que os cortes de obesidade e sobrepeso sejam os mesmos para adultos e adolescentes.

Como se vê não há um único critério para avaliar os índices de sobrepeso e obesidade infantis, isso traz como consequência diferentes níveis clínicos e populacionais num mesmo país, por exemplo. Segundo Sotelo, Colugnati e Tadei (2004), é necessário unificar os critérios de avaliação para que se possa unificar também a assistência e o planejamento em saúde e nutrição. É importante que a identificação da obesidade e seus riscos fiquem claros quando se avalia uma criança com excesso de peso.

### **1.7. Riscos da obesidade**

As crianças e adolescentes com sobrepeso ou obesos tem muito mais probabilidade de serem adultos obesos (FREEDMAN, 2002; FIELD, COOK & GILLMAN, 2005; MULLER, 2001; FREEDMAN, KHAN, MEI, DIETZ, SRINIVASAN e BERENSON, 2002). A criança que é obesa aos sete anos de idade tem 40% de chance de se tornar um adulto obeso e se for um adolescente obeso essa probabilidade salta para 80% (MULLER, 2001). Além disso, a obesidade desenvolvida na infância e que persiste na adolescência pode aumentar a morbidade e a mortalidade na vida adulta, daí a necessidade de se tratar o mais precocemente possível (CENTERS FOR CONTROL AND PREVENTION OF DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICE, 2006).

As comorbidades associadas ao excesso de peso são numerosas já na infância e estão relacionadas a mudanças fisiológicas, metabólicas e estruturais (PARÍZKOVÁ e HILLS, 2000). É cada vez mais freqüente nos consultórios pediátricos encontrar crianças e adolescentes com problemas de saúde, até pouco tempo considerados de adulto. Os mais freqüentes são hipertensão, diabetes mellitus e dislipidemia (alterações nas taxas de colesterol e triglicérides), doenças cardiovasculares, problemas hepáticos,

síndrome metabólica, problemas no desenvolvimento sexual, doenças respiratórias (apnéia do sono), alterações na pele, problemas ortopédicos e cáries dentárias (KAUFMAN, 1999; PARÍZKOVÁ e HILLS, 2000; WHO, 2005a; CENTERS FOR CONTROL AND PREVENTION OF DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICE, 2006).

As condições associadas à obesidade são tão vastas que podem ser separadas em categorias, como apresentado na tabela a seguir (JUNG, 1997; NIH, 1998; MELLO, LUFT e MEYER, 2004):

<b>Complicações da obesidade</b>	
<b>Articulares</b>	Maior propensão a artroses, osteoartrite Epifisiólise da cabeça femural Genu valgum, coxa vara
<b>Cardiovasculares</b>	Hipertensão arterial sistêmica Doença coronariana Acidente Vascular Cerebral Veias varicosais Trombose venosa profunda Hipertrofia cardíaca
<b>Cirúrgicas</b>	Aumento do risco cirúrgico
<b>Crescimento</b>	Idade óssea avançada, aumento da altura Menarca precoce
<b>Cutâneas</b>	Mícose Dermatite Piodermatite Linfoedemas Celulites Acantose
<b>Endócrinas</b>	Redução no GH e IGF1 Redução na resposta à prolactina Aumento do cortisol livre na urina Hiperandrogenismo Irregularidades Menstruais Síndrome do Ovário Polocístico
<b>Gastrointestinais</b>	Hérnia de hiato Cálculo na vesícula biliar e litíase biliar



	Cirrose, esteatose hepática e esteatohepatite Hemorróida Câncer colorectal
<b>Na gravidez</b>	Complicações Obstétricas Operação por cesariana Macrogenitossomia Defeitos no tubo neural
<b>Metabólicas</b>	Hiperlipidemia (hipertrigliceridemia e hipercolesterolemia) Resistência à insulina Diabetes Mellitus
<b>Mortalidade</b>	Aumento do risco de mortalidade
<b>Neoplasias</b>	Maior frequência de câncer de endométrio, mama, vesícula biliar, cólon/ reto, próstata
<b>Neurológicas</b>	Bloqueio Nervoso
<b>Ortopédica</b>	Osteoartrites Gota
<b>Na região Peitoral</b>	Câncer de mama Ginecomastia
<b>Renal</b>	Proteinúria
<b>Respiratórias</b>	Falta de ar, hipóxia Microectasias Apnéia do sono Síndrome de hipoventilação Infecções Asma
<b>Uterinas</b>	Câncer endometrial Câncer cervical
<b>Urológico</b>	Câncer de próstata Incontinência urinária

Esse quadro mostra que as conseqüências da obesidade para a saúde de seu portador são muitas e variam desde o risco aumentado de morte prematura até graves doenças não letais, porém, debilitantes, que interferem diretamente na qualidade de vida do indivíduo (PEREIRA, FRANCISCHI e LANCHI JR., 2003). Vale ressaltar, ainda, que boa parte dessas complicações aumenta na vida adulta.

Além dos riscos à saúde física, a obesidade também acarreta sérias conseqüências sociais e psicológicas, especialmente na adolescência. Nesta fase há maior vulnerabilidade à discriminação social, o que pode implicar em dificuldades emocionais, como baixa auto-estima, distorção da imagem corporal (WHO, 2005), favorecendo inclusive o desenvolvimento de transtornos alimentares como Compulsão Alimentar Periódica e Bulimia Nervosa (NIH, 1998).

Na vida adulta a estigmatização pode se estender às oportunidades de trabalho e de remuneração, e mesmo de casamento (NIH, 1998). Isso afeta o futuro socioeconômico do indivíduo e seu status marital (WHO, 2005).

### **1.8. Prevenção e Tratamento da obesidade: um desafio**

Para a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2003) manejar efetivamente o peso de indivíduos ou grupos com risco de obesidade necessita estabelecer estratégias a longo prazo. Essas estratégias incluem prevenção, controle das comorbidades e programas de perda e manutenção de peso por meio de uma abordagem integrada, multiprofissional e adequada à população. Segundo tal órgão, políticas públicas devem estimular a prática regular de atividade física e promover uma dieta saudável tornando acessível comidas com baixo teor de gordura e ricas em fibras, incentivando o consumo de vegetais, frutas e grãos e desestimulando a ingestão de gorduras e açúcares. Assim como, deve ter à disposição uma equipe de profissionais capacitados a cuidar dessa demanda.

A prevenção da obesidade envolve a promoção de informações corretas sobre alimentação e saúde, a proteção de informações incorretas e contraditórias e o apoio para tornar viável a prática das orientações recebidas (MELLO, LULFT e MEYER, 2004). Isso significa que ações consistentes de prevenção versam em mudança tanto de caráter educativo e informativo, como de caráter político. No âmbito público as estratégias

incluem planejamento comunitário para estimular a prática da atividade física, solicitação aos restaurantes e redes de *fast-foods* que reduzam o tamanho das porções e quantidade de gordura nos alimentos, restrição ao acesso às guloseimas na escola (FOWLER-BROWN e KAHWATI, 2004), medidas legislativas e tributárias, treinamento e reciclagem de profissionais da saúde, medidas de apoio à produção e comercialização de alimentos saudáveis e até mesmo medidas ligadas ao planejamento urbano (MELLO, LULFT e MEYER, 2004).

Para ser eficaz, a prevenção na infância deve ser precoce e focar os alvos primordial, primário e secundário. Primordial é prevenir que as crianças se tornem “de risco” para sobrepeso; primário é evitar que as crianças “de ricos” adquiram sobrepeso; e secundário impedir o crescimento da obesidade e diminuir as comorbidades entre aqueles que apresentam sobrepeso ou obesidade.

A escola tem um papel fundamental na prevenção da obesidade, pois pode promover ou desestimular hábitos alimentares saudáveis e a prática de atividade física. Essa instituição tem condições de colocar no dia-a-dia das crianças e dos adolescentes informações e vivências que despertem o interesse, o entendimento e até a mudança dos hábitos deles próprios e dos adultos com os quais convivem. A educação nutricional deve ser incorporada à grade curricular e considerada no momento da preparação da merenda escolar. Ponderar as necessidades nutricionais das crianças em quantidade e em qualidade também é uma forma de contribuir com a formação de um agente multiplicador de hábitos saudáveis (MELLO, LULFT e MEYER, 2004).

Apesar da prevenção ser o melhor caminho, depois de instalado o problema, faz necessária uma intervenção mais incisiva. O tratamento tem como objetivo reduzir o grau de adiposidade do indivíduo com sobrepeso

ou obesidade e geralmente ocorre no *setting* clínico (FOWLER-BROWN e KAHWATI, 2004).

A abordagem com crianças e adolescentes em geral combina planejamento alimentar, promoção de exercícios físicos e acompanhamento psicológico (EYZAGUIRRE, SILVA e GARCIA, 2003; FOWLER-BROWN e KAHWATI, 2004; BURROWS, 2005). O uso de medicamento em crianças não é recomendado, pois até o momento nenhuma droga disponível mostrou-se eficaz e isenta de efeitos colaterais para ser utilizada nessa faixa etária (DAMIANI, DAMIANI e OLIVEIRA, 2005).

O objetivo inicial do tratamento com crianças é impedir que o peso continue aumentando e somente se é possível e adequado para o caso é que o objetivo passa a ser a redução de 10% do IMC ou do índice P/E, o que é suficiente para melhorar as alterações metabólicas, como pressão arterial e perfil lipídico (EYZAGUIRRE, SILVA e GARCIA, 2003).

A perda ou a manutenção de peso deve acompanhar uma orientação preocupada com o crescimento e desenvolvimento normais e ingestão de macro e de micronutrientes em quantidade adequada à idade e ao sexo (MELLO, LULFT e MEYER, 2004). A restrição calórica precisa ser embutida numa alimentação saudável que visa o equilíbrio energético e a prevenção dos transtornos metabólicos. É essencial considerar o tipo e a combinação dos alimentos e a frequência e os horários de consumo, pois isso determina diferenças no balanço energético e no manejo metabólico dos nutrientes (BURROWS, 2005).

É importante também conhecer previamente os hábitos e preferências alimentares da criança ou do adolescente, quais alimentos costuma ter em casa, quais recusa e quais aceita, quem prepara o alimento e de que forma, como e com quem são feitas as refeições, se há exposição à televisão no momento da refeição, ingestão de líquido, qual velocidade da mastigação. A correção de alguns erros e a diminuição da ingestão de alimentos

hipercalóricos já contribui com a redução do peso (MELLO, LULFT e MEYER, 2004).

Osorio, Weisstaub e Castillo (2002) elegem, ainda, a cultura alimentar da família, as condições sociais e econômicas e o que é exposto nos meios de comunicação e publicidade como aspectos fundamentais a serem considerados na elaboração de estratégias de educação alimentar.

A atividade física precisa ser estimulada especialmente na forma de recreação, respeitando as possibilidades e a rotina diária dos jovens. Não se deve forçar a criança ou o adolescente a fazer exercício contra a vontade nem a participar de programas intensos de ginástica. É importante criar condições para diminuir o sedentarismo, como, por exemplo, reduzir as horas em frente à televisão, ao computador e ao vídeo-game e encorajar brincadeiras que gastem energia, como pedalar, caminhar e, se as condições permitirem, encorajar a ida a pé para a escola (BURROWS, 2005).

Os aspectos psicológicos também devem ser considerados no tratamento da obesidade. Uma das abordagens mais utilizadas nesse tipo de tratamento é a cognitivo-comportamental que “*consiste na análise funcional do comportamento, para identificar*” e modificar “*eventos associados ao ato de comer, à prática de atividade física ou pensamentos relacionados à alimentação*” (DAMIANI, DAMIANI e OLIVEIRA, 2005, p. 71).

Quando se pensa na obesidade infanto-juvenil, porém, há que se considerar as implicações da família no tratamento. Segundo Hecker, Martin e Martin (1986) devido aos efeitos da dinâmica familiar na obesidade infantil, um tratamento efetivo deve incluir a compreensão de aspectos da família de origem e da família constituída para que, expondo-se as áreas de conflito, possam ser feitas mudanças nas posições e nos padrões familiares.

O estado-da-arte dos programas de obesidade infantil está na família. A intervenção de base familiar está sustentada na premissa de que o apoio dos pais, o funcionamento familiar e o ambiente em casa são importantes determinantes nos resultados do tratamento. Tais intervenções enfatizam a necessidade de fazer mudanças em casa e no ambiente familiar (GOLAN E CROW, 2004).

A participação ou não da família é decisiva nos resultados porque são os pais que podem controlar o ambiente em casa, promover comportamentos saudáveis nos filhos (por exemplo, consumir alimentos nutritivos, evitar comidas ricas em gordura e açúcar e incentivar a prática de atividade física) e encorajá-los na mudança de hábitos. Apenas a aceitação deles ao tratamento já é um fator que favorece a perda de peso da criança (STEIN, EPSTEIN, RAYNOR, KILANOWSKI E PALUCH, 2005).

No entanto, se por um lado todos concordam que o comportamento parental é um dos principais componentes nos programas de tratamento da obesidade infantil e que os pais devem se envolver, por outro lado, não há consenso em como isso deve ser feito. A sugestão é que as estratégias enfatizem o controle parental sobre a qualidade e os padrões do ambiente alimentar, mas que não se tenha um controle restritivo sobre ingestão alimentar da criança, pois isso seria contra-produtivo no desenvolvimento da habilidade de se auto-regular da criança (BIRCH E FISHER, 1998).

Nos tratamentos comportamentais de base familiar os pais colaboram modelando e reforçando comportamentos e atitudes das crianças e sendo eles próprios modelos para os filhos (EPSTEIN, MYERS, RAYNOR e SAELENS, 1998 e WRONTNAIK, EPSTEIN, PALUCH e ROEMMICH, 2005). Com as crianças trabalha-se no sentido de tornarem-se mais capazes de planejar, escolher e consumir alimentos mais saudáveis,

e de perceberem a importância de sua participação na perda e manutenção de seu peso (WRONTNAIK, EPSTEIN, PALUCH e ROEMMICH, 2005).

O efeito da aderência dos pais ao tratamento é mais significativo para a criança do que a perda de peso deles (pais). Quando pais e filhos adquirem e mantêm juntos novos hábitos alimentares, há um reforço recíproco favorecendo a aderência das duas partes: os hábitos saudáveis dos pais servem como base para os hábitos saudáveis das crianças e vice-versa (WRONTNAIK, EPSTEIN, PALUCH e ROEMMICH, 2005).

Moria Golan, uma pesquisadora israelense, concorda que os comportamentos alimentares estabelecidos pela família interferem e são interferidos pelos membros. Entretanto, sua proposta de trabalho dirige-se exclusivamente aos pais e não às crianças, uma vez que os pais ou adultos cuidadores ocupam um papel importantíssimo no desenvolvimento dos hábitos alimentares das crianças. Segundo ela, eles proporcionam um ambiente emocional em que a obesidade pode ou não ser desencorajada. Então, se os pais modificarem suas atitudes e o ambiente familiar, as crianças também se modificarão. O foco da proposta está na modificação dos fatores “obesogênicos”, e não em uma dieta restritiva. Enfatizando o funcionamento construtivo da autoridade dos pais, aumenta sua habilidade para criar um ambiente saudável em casa e apoiar a autonomia e autoestima da criança. (GOLAN, 2002; GOLAN e CROW, 2004; GOLAN, FAINARU e WEIZMAN, 1998 e GOLAN, WEIZMAN, APTER e FAINARU, 1998).

Os grupos realizados somente com pais têm o objetivo de desenvolver neles a responsabilidade por reduzir a exposição da família a estímulos alimentares, especialmente a guloseimas, doces e bolos, criar oportunidades para aumentar a prática de atividade física, observar e respeitar a fome da criança, não incentivando ingestão quando satisfeitas,

reorganizar o estilo de alimentar-se, evitando comer em frente à televisão, quando se está ocupado ou ansioso e comer entre as refeições.

Em seus estudos a autora anteriormente citada e seus colaboradores constataram que essa abordagem é mais efetiva que os tratamentos convencionais em que a criança é o alvo da intervenção. Tanto a aderência como a redução e manutenção de peso um ano (GOLAN, FAINARU e WEIZMAN, 1998 e GOLAN, WEIZMAN, APTER e FAINARU, 1998) e sete anos (GOLAN e CROW, 2004) após o término do programa de intervenção mostraram-se superiores.

Esse resultado, segundo os autores, se explica por diversos fatores, a saber: 1) menor nível de resistência à mudança por parte das crianças, já que a decisão não é delas; 2) a criança deixa de ser tratada como “o paciente”, uma vez que toda a família está envolvida; 3) a criança sente-se apoiada, mesmo quando se frustra por não ter perdido peso.

A maior dificuldade encontrada nesse tipo de tratamento foi a resistência de alguns pais para implementar as mudanças sugeridas. Um dos progenitores não se responsabilizava o bastante, não criando oportunidade para a prática de atividade física ou expondo a criança a estímulos alimentares não saudáveis. Isso reflete um fenômeno comum de disputa de poder entre os pais (GOLAN, WEIZMAN, APTER e FAINARU, 1998).

Outros estudos apontaram outros empecilhos para a participação efetiva dos pais no tratamento de obesidade do filho. Um deles, apresentado por Diaz (2000) constatou que somente 36% das mães das crianças obesas participantes da pesquisa percebiam seu filho como obeso, apesar de 98,4% delas conhecer as conseqüências negativas da obesidade à saúde.

Oliveira, Cerqueira e Oliveira (2003), ao contrário de Diaz, observaram em seus estudos que os pais reconheciam o excesso de peso do



filho, contudo, isso não os alertava para uma real necessidade de tratamento. Isso pode estar relacionado com o desconhecimento da gravidade da obesidade associada à antiga idéia de que saúde e felicidade infantil são proporcionais ao peso. Outras hipóteses sugeridas pelos autores para a indisponibilidade dos pais ao tratamento foram: descuido no relacionamento familiar devido à inserção de ambos os pais no mercado de trabalho e conseqüente redução do tempo disponível em casa; medo e negação da patologia; pouco estímulo do pediatra à manutenção do peso da criança; falta de recurso dos serviços de saúde para atender essa demanda.

Uma outra pesquisa, que confirma esses dados apresentados, sobre a prontidão dos pais para fazer mudanças relacionadas à obesidade do filho (RHEE, DE LAGO, ARSCOTT-MILLS, MEHTA e DAVIS, 2005) mostrou que se os pais não consideram seu filho obeso não seguem o tratamento e que os fatores que mais favorecem a prontidão dos progenitores são: criança com a obesidade já instalada, crianças mais velhas ou já adolescentes, a percepção dos pais de que o peso do seu filho é um problema de saúde, o comentário do médico a respeito do excesso de peso da criança como problema de saúde. A prontidão para mudança foi menor entre pais obesos que se percebiam como tal. A hipótese levantada pelos autores a esse respeito foi uma possível frustração anterior dos pais com relação à dieta, perda e manutenção de peso. Eu, porém, ainda levanto uma outra hipótese: a manutenção de uma lealdade ou cumplicidade familiar perpetuada na obesidade.

Uma intervenção que atua especialmente sobre possíveis confusões na hierarquia familiar, falhas na imposição de limites e coalizões rígidas ou patológicas, talvez possa ser útil na identificação dessas lealdades, cumplicidades, mitos etc que favorecem a manutenção da obesidade no meio familiar. Assim, Flodmark, Ohlsson, Rydén e Sveger (1993) experimentaram fazer terapia familiar estrutural breve para prevenir a

progressão da obesidade severa em grupos de crianças em tratamento. Inicialmente a condição de obesidade era definida pela família; em seguida a hierarquia da família era ajustada a intervenções focadas na estrutura familiar. Isso era feito por meio da linguagem e de discussões a respeito de como construir soluções. Essa técnica favoreceu as mudanças na família, provavelmente porque sentiam-se menos culpados, pois as falhas não eram discutidas. Durante o tratamento terapêutico que durava entre 14 e 18 semanas os terapeutas tentavam reforçar os recursos da família e criar um clima emocional ótimo para ajudar a criança obesa. O terapeuta sustentava o sistema de crenças da família em diferentes direções com o cuidado de promover respeito mútuo e uma atmosfera de confiança. Tanto ao final do tratamento como um ano após o término, o grupo que recebeu atendimento de terapia familiar teve menor aumento no IMC que o grupo que recebeu tratamento convencional, o que mostrou a efetividade da utilização dessa técnica no tratamento da obesidade severa.

Outro aspecto discutido no tratamento da obesidade infantil é se deve ser realizado em grupo ou individualmente. Ambas estratégias podem favorecer a mudança de hábitos alimentares e físicos e apresentar um resultado similar. Entretanto, na segunda opção há uma otimização da equipe de saúde que, inclusive, pode atender um demanda maior (MAZZA, ARIAS, O'DONNELL, DU MORTIER, ALVAREZ, BLASI, QUATTRONE e PISSACO, 1994; MELLO, LULFT e MEYER, 2004b).

Um protocolo de tratamento da obesidade infanto-juvenil consistente deve relevar todas essas considerações no sentido de alcançar mudanças efetivas no estilo de vida capazes de restabelecer saúde em relação ao metabolismo e ao peso. Para tanto uma equipe multiprofissional incluindo médico, nutricionista, psicólogo e educador físico deve estar preparada para orientar e apoiar a criança ou adolescente e a família. Eyzaguirre, Silva e Garcia (2003) encontraram resultados significativamente superiores em

pacientes obesos que receberam tratamento multiprofissional integrado quando comparados aos que receberam tratamento convencional.

O processo de mudança de hábito é difícil e a equipe não pode assumir uma posição de quem critica, condena ou priva. Ao contrário, deve mostrar possibilidades de soluções realistas e construir junto soluções possíveis (BURROWS, 2005; CEZAR, 2000), especialmente porque se trata de uma doença crônica que requer controle por toda a vida (EYZAGUIRRE, SILVA e GARCIA, 2003).

Apesar de todo esse arsenal a respeito da prevenção e do tratamento da obesidade, até agora a ciência não obteve resultados suficientemente satisfatórios, inclusive observa-se um alto grau de abandono nos tratamentos (MORAGA, REBOLLO, BÓRQUEZ, CÁCERES e CASTILLO, 2003). Algumas técnicas e métodos até apresentam bons resultados, entretanto, ainda bastante aquém do desejável, especialmente no que se refere à manutenção do peso (KAHTALIAN, 1992; MELLO, LULFT e MEYER, 2004).

Dois importantes estudos (FOWLER-BROWN e KAHWATI, 2004; WHITLOCK, WILLIAMS, GOLD, SMITH e SHIPMAN, 2005) fizeram um levantamento dos resultados obtidos em diversos programas de prevenção ou tratamento da obesidade e constataram que os benefícios não têm sido clinicamente significantes ou não têm sido devidamente avaliados. Em alguns casos não há grupo controle, em outros o estudo é realizado com voluntários motivados a participar da pesquisa. E mesmo quando bons resultados são apresentados, ressalta-se o desafio que é o tratamento da obesidade com crianças e adolescentes.

Na opinião de Lyznicki, Young, Riggs e Davis (2001) diversas barreiras dificultam a avaliação e o tratamento da obesidade, entre elas estão:

Seguros de saúde e convênios médicos não cobrem programas de tratamento da obesidade;

Paciente não recebe um bom aconselhamento na perda e manutenção de peso;

Obesidade não é reconhecida como condição crônica de difícil tratamento, que requer cuidado contínuo e a longo prazo e que apresenta alto grau de recidiva;

Dados são insuficientes no que se refere à efetividade e ao sucesso dos tratamentos médicos para obesidade e perda de peso;

Segurança e eficácia de agentes farmacoterapêuticos para a obesidade não foram testadas a longo prazo;

Paciente nem sempre está interessado e pronto para o tratamento;

Percepção negativa do obeso como aquele que não tem disciplina nem auto-controle;

Treinamento inadequado ou falta de treinamento médico no manejo da obesidade.

Essas e muitas outras barreiras contribuem com a realidade apontada pelas pesquisas, comprovada na prática e bastante frustrante para os profissionais que trabalham com obesidade. Muitas vezes esses profissionais se questionam: Onde estamos errando? Que caminho seguir? Para onde ir? O que esperar? Teremos nós que exaurir todas as possibilidades? Ou será que temos que rever nossas expectativas e acreditar que o critério de resultado talvez não seja a perda e a manutenção de um peso ideal, mas uma qualidade de vida melhor em que se possa ter condições clínicas controladas, uma auto-estima equilibrada e um convívio social profícuo? Acredito que mais importante que enfatizar o peso, é enfatizar e promover melhores condições de saúde.

***Capítulo 2***  
***Obesidade na Adolescência***

## **2.1. A Obesidade no adolescente**

A adolescência é marcada por diversas modificações morfológicas e fisiológicas complexas nas quais a questão nutricional ocupa uma posição importante (MULLER, 2001). É nesse período também que ocorrem as mais rápidas transformações corporais, como, por exemplo, aumento no tamanho, mudanças nas proporções do corpo, nas características sexuais primárias e secundárias e na aparência facial. Isso exige uma adaptação à imagem corporal e por esse motivo é considerada a fase em que a auto-consciência da aparência e da forma do corpo tornam-se mais importantes (PARÍZKOVÁ e HILLS, 2000).

O crescimento físico e desenvolvimento rápidos, associados às alterações psicológicas, crescente autonomia e independência, definição da própria identidade, influência dos amigos, exigências da escola e do trabalho, mudança das preferências alimentares, contrariedade aos padrões familiares fazem desse um grupo de risco nutricional. Outros comportamentos como o sedentarismo ou excesso de atividade física, hábitos alimentares inadequados, prática de dieta restritiva também colocam em risco a saúde do adolescente. Entretanto, o senso de invencibilidade e indestrutibilidade próprio dessa fase praticamente anula a preocupação com a prevenção ou o cuidado (FISBERG, BANDEIRA, BONILHA, HALPERN e HIRSCHBRUCH, 2000).

O início da adolescência juntamente com o último trimestre de vida uterina e o primeiro ano de vida são os momentos mais críticos no estabelecimento da obesidade, uma vez que neles ocorrem não apenas o aumento de gordura, como o crescimento do número das células adiposas (MULLER, 2001).

Associado a isso, os hábitos alimentares dos adolescentes nem sempre são saudáveis. Eles costumam pular refeições, especialmente o café da manhã e freqüentemente substituem o almoço ou o jantar por lanche,

principalmente quando esse é um hábito familiar. O consumo exagerado de guloseimas, refrigerante, doces, salgadinhos também é muito comum entre eles. Essas refeições práticas e rápidas geralmente são pobres em vitaminas, sais minerais e fibras e ricas em gorduras e carboidratos. Se além de tudo isso o lazer predileto for assistir televisão, jogar *vídeo-game* e “teclar” no computador está armado um campo propício para a obesidade se instalar (FISBERG, BANDEIRA, BONILHA, HALPERN e HIRSCHBRUCH, 2000).

As alterações físicas da obesidade no corpo grande e disforme do adolescente se evidenciam nas estrias abdominais e na parte interna da coxa, na dermatite de atrito, no abdome avantajado e na ginecomastia nos meninos. Isso tudo muitas vezes é motivo de chacota pelos colegas (MULLER, 2001).

Nos casos em que a obesidade teve início na infância e o corpo da criança foi depreciado pelos pais e amigos, ao atingir a adolescência, o estigma que já a acompanhava vai favorecer a auto-estima negativa, o comportamento passivo e o isolamento social. É comum, por exemplo, a recusa em freqüentar piscina, praia e em usar roupas curtas e o uso de camiseta e calças largas na tentativa de esconder o corpo.

Os comentários desabonadores, a censura, e a desvalorização e a reprovação dos outros adolescentes, dos pais, dos adultos, a pouca aceitação do grupo interferem diretamente na construção dos conceitos e representações do adolescente obeso a respeito de si mesmo. Assim, não é raro encontrar entre eles indivíduos com distúrbio da imagem corporal, com auto-estima prejudicada e pouca aceitação de si mesmo (MULLER, 2001).

A imagem corporal, que é justamente esse resultado da representação que se tem do próprio corpo, é uma construção subjetiva e está diretamente ligada à percepção que se tem do próprio corpo e aos pensamentos e

sentimentos relacionados a ele. Desta forma, distorção da imagem corporal é o produto do déficit de percepção, seja em relação ao tamanho ou à aparência física. Já a insatisfação resulta das idéias e emoções desfavoráveis em relação a esse corpo, como, por exemplo, a não aceitação da aparência ou o desejo de ter um corpo magro (PARÍZKOVÁ e HILLS, 2000).

O excesso de peso gera grande insatisfação corporal nos adolescentes, como bem mostrou um estudo realizado por Conti, Frutuoso e Gambardella (2005), que constatou uma associação significativa entre insatisfação com as áreas do estômago e da cintura e com peso corporal nos menino que apresentavam excesso de peso. Já entre as meninas as insatisfações se estendiam para o cabelo, nádegas, quadril, coxas, pernas, estômago, ombros/ costas, tônus muscular, peso e aparência geral.

O afastamento das atividades sociais torna-se uma solução segura para o jovem que ilusoriamente se protege dos desafios reais da obesidade e da adolescência. Com isso ele não só não se protege como, ao contrário, está muito exposto à depressão e à ansiedade e aos problemas no desenvolvimento da sexualidade, que dificultam os envolvimento amorosos nesta fase e mesmo no futuro (MULLER, 2001).

O contexto sócio-cultural é conivente com esse quadro na medida em que valoriza o corpo magro e esbelto e o mercantiliza para todas as idades e níveis socioeconômicos, especialmente em relação à mulher. A pessoa magra é mais atraente e bem sucedida enquanto a obesa é motivo para humor e inadequação e assim sente-se menos atraente (KAUFMAN, 1999). A pressão da mídia e a influência social são apontadas como os possíveis agentes motivadores da insatisfação corporal do adolescente (CONTI, FRUTUOSO e GAMBARDELLA, 2005).

Na adolescência esse apelo estético é muito forte porque estão numa idade mais suscetível às opiniões dos pares. Por outro lado, são



constantemente bombardeados pelas campanhas publicitárias incentivando o consumo de alimentos ricos em açúcar e gordura. Essa duas mensagens: “seja magro e coma muitas coisas gostosas em qualquer quantidade”, são incompatíveis para a maioria das pessoas. Portanto, facilmente levam a distúrbios da imagem corporal e a atitudes negativas em relação aos alimentos (DAMIANI, DAMIANI e OLIVEIRA, 2005).

Insatisfeitos, muitos jovens, especialmente meninas, fazem dieta sem orientação adequada, podendo desencadear carências nutricionais e apresentar o chamado “efeito sanfona”, no qual recuperam o peso rapidamente após uma dieta restritiva (DAMIANI, DAMIANI e OLIVEIRA, 2005).

Uma pesquisa realizada por Fonseca, Sichieri e Veiga (1998) com adolescentes entre 15 e 17 anos de idade revelou que entre os que apresentaram sobrepeso, 9% dos meninos e 62,4% das meninas faziam dieta. Menos dentre as garotas com IMC normal 24,3% também faziam restrição alimentar para emagrecer, o que praticamente não ocorreu entre os garotos com peso normal.

O padrão estético de magreza parece predominar entre as meninas que muitas vezes revelam um medo mórbido de engordar. Com hábitos e consumo alimentar inadequados elas são facilmente conduzidas a transtornos alimentares como bulimia e anorexia nervosa (FONSECA, SICHIERI e VEIGA, 1998; KAUFMAN, 1999).

A intersecção de todas essas transformações corporais, psicológicas e sociais dessa fase com as implicações físicas, sociais e emocionais comuns à obesidade, associada às interações familiares são cruciais na maneira como o indivíduo vai experienciar sua adolescência.

## **2.2. Adolescência**

Há bastante divergência na literatura sobre a idade exata em que inicia e termina a adolescência. O critério aqui utilizado será o da Organização Mundial da Saúde que considera que esta fase do desenvolvimento se estende dos 10 aos 19 anos.

Para Luís Carlos Osório (1992) até algum tempo atrás a adolescência era considerada apenas uma mudança biológica, no entanto, essa perspectiva se modificou, passando a ser compreendida como um processo maturativo biopsicossocial do indivíduo. Passou a ser entendida como o momento crucial do desenvolvimento do ser humano, em que há não só a aquisição da imagem corporal definitiva, mas também a estruturação final da personalidade. Deixou de ser vista apenas como a passagem do ser criança para o ser adulto e começou a ser considerada também uma crise de identidade, de valores, de humor.

A puberdade se refere às modificações biológicas, enquanto a adolescência, às transformações psicossociais, porém não podem ser estudadas separadamente. A primeira tem início com o crescimento dos pêlos nas axilas e região pubiana, com a menarca na menina e com a primeira ejaculação no menino e vai até o fim do crescimento esquelético. A adolescência pode coincidir, preceder ou antecipar a puberdade. Não tem uma cronologia universal como a mudança biológica, varia conforme a sociedade e a cultura. O estabelecimento da identidade pessoal é o seu maior objetivo e para alcançá-lo passa por algumas características, a saber: perda do corpo infantil e aquisição do corpo adulto, elaboração dos lutos infantis, tomada de autonomia e estabelecimento dos próprios valores, identificação com os iguais, oposição à geração anterior, estabelecimento da identidade sexual e profissional (OSÓRIO, 1992).

Como o tempo na adolescência é determinado pela realidade sócio-cultural, de acordo com a atualidade pode se dizer que ela chegou ao fim

quando: 1) a identidade sexual está estabelecida e as relações afetivas estáveis podem acontecer; 2) a independência econômica é alcançada; 3) o próprio sistema de valores é adquirido; 4) a reciprocidade com a geração precedente se faz presente.

A tarefa básica da adolescência, do ponto de vista psicológico, é a aquisição do sentimento de identidade, por isso a crise evolutiva do processo adolescente é principalmente uma crise de identidade. Crise pode ser considerada o ponto de partida do desenvolvimento, que se dá com o acúmulo de experiências e que leva à transformação; é essencial a todo ser humano. A adolescência é uma crise normativa, marcada por um processo de organização ou estruturação do indivíduo. Identidade, por sua vez, é a consciência que o sujeito tem de ser único e diferente dos outros e de ser o mesmo a cada momento da evolução da vida. Está relacionado com a representação que o indivíduo tem do próprio corpo, com a capacidade de sentir-se a mesma pessoa mesmo com as mudanças internas e externas e com as inter-relações com os pais e com os demais. Pode-se dizer que o sentimento de identidade é o resultado da interação do que o indivíduo pensa dele mesmo, do que os outros pensam dele e do que ele pensa que os outros pensam dele.

Um estruturador dessa identidade adolescente é a identidade sexual que se dá a partir da representação mental da imagem corporal (resultado das experiências passadas e presentes, reais ou fantasmas). Para chegar à imagem corporal definitiva, o adolescente passa por um conflito entre a imagem fantasiada e a real de seu corpo em transformação. Essa é a origem da ansiedade dessa fase, ao mesmo tempo em que está com a preocupação voltada à aparência, deseja conquistar alguém do sexo oposto (OSÓRIO, 1992).

Entretanto, não é apenas em relação à identidade sexual que a constituição da imagem corporal é importante. Como um fenômeno

biopsicossocial, ela envolve tanto a visão física de si mesmo, como a fisiológica, sociológica e psicológica, assim nessa etapa de mudanças complexas, exige uma autoconsciência particularmente intensificada (BERNSTEIN, 1990). Isso inclui aumento da introspecção, importância em determinar traços físicos de acordo com o grupo de iguais e tendência em comparar-se com determinados padrões culturais (THORNTON e RYCKMAN, 1991).

Mas a aquisição do sentimento de identidade é ainda mais ampla e compreende também o processo de separação/ individuação iniciado no nascimento e que tem na adolescência sua reedição devido às modificações biológicas. O indivíduo está saindo da dependência infantil para entrar no processo de individuação que levará à sua própria identidade. A discriminação “eu-não-eu” gradativamente vai se desenvolvendo, mas certo grau de dependência permanece indefinidamente. A ameaça da perda desse vínculo explica a razão do caráter possessivo das amizades e da supervalorização do objeto amado nessa etapa. E o impulso à diferenciação e individuação gradativas explica o conflito de gerações, pois é por meio do mecanismo de oposição aos pais que o adolescente define a si mesmo e a seus objetivos. Esses impulsos antagônicos de separação e fusão geram angústia confusional que podem ser observados nas manifestações clínicas, na adição a drogas, na mentira comum nessa fase e no prolongamento da definição sexual (OSÓRIO, 1992).

A adolescência se caracteriza por perdas e aquisições: perda da bissexualidade infantil e aquisição da sexualidade adulta, perda do pressuposto de dependência infantil e aquisição da autonomia adulta, perda da linguagem infantil para adquirir uma linguagem adulta.

O adolescente tem sua linguagem particular que expressa sua identidade lingüística, ou seja, tem seu próprio esquema semântico. A gíria constitui a expressão verbal do processo de diferenciação, e por meio dela

podem os adolescentes reconhecerem-se como pertencentes a um grupo de iguais, protegidos da invasão dos pais ou adultos a seus pensamentos e emoções. Os adolescentes expressam por meio da gíria seus conflitos, de outra forma não saberiam verbalizar.

A tendência a buscar grupos de iguais nessa fase é bastante comum. Os líderes substituem temporariamente o lugar das figuras parentais idealizadas, e a convivência com diferentes formas de pensar, sentir e agir dos companheiros faz com que a diferença entre o eu e o outro seja vivenciada, favorecendo a resolução da crise de identidade.

O adolescente não busca simplesmente uma identidade porque ele já tem e é ela que lhe permite desenvolver-se. O que acontece é o resultado de fatores intrapsíquicos e sócio-culturais que têm por consequência um processo de transformação no qual há, por exemplo, oscilações do sentimento de identidade devido à dicotomia criança-adulto, ciclotimia e labilidade emocional, desabrochar da sexualidade, com a substituição do objeto de amor, uma individualidade em busca da afirmação pessoal.

*“Para estabelecer autonomia, os adolescentes precisam tornar-se responsáveis por suas próprias decisões e ao mesmo tempo sentir a segurança da orientação dos pais. Para conseguirem maior independência e garantir seu desenvolvimento, os adolescentes precisam aumentar a flexibilidade das fronteiras familiares e modular a autoridade paterna”. (CANGELLI, 1998, p. 56)*

A adolescência coloca a família diante da chance de reconhecer seus limites e perceber que proporcionar crescimento individual, autonomia e diferenciação a seus membros poderá favorecer o desenvolvimento e o alcance de uma maturidade mais satisfatória.

A habilidade para lidar com perdas e novas aquisições, portanto, não é necessária apenas aos adolescentes; os pais também perdem o filho

infantil, deixam de ser pais de crianças e passam a ser pais de adolescentes. Agora só poderão ser adolescentes na lembrança, pois o filho adolescente é a maior prova de que a adolescência deles passou.

Por tratar-se de uma fase de transformação para toda a família com implicação direta nos padrões relacionais é importante compreender dentro da perspectiva do Ciclo Vital Familiar como essa etapa é vivenciada.

### **2.3. Ciclo Vital Familiar: Família adolescente**

O ciclo de vida individual acontece dentro do ciclo de vida familiar e, portanto, as crises e transformações vividas pela família não só influenciam diretamente no desenvolvimento do indivíduo como são influenciadas diretamente pela relação entre os indivíduos. Embora o ciclo vital individual e o ciclo vital familiar tenham suas bases em fatores biológicos, não podem deixar de serem compreendidos sob a ótica da estrutura social.

Falicov (1991) sugere três critérios para se compreender o ciclo vital: 1) as mudanças no tamanho da família, que dizem respeito às entradas e saídas dos membros, levando-se em consideração as mudanças nas constituições familiares de hoje; 2) as mudanças na composição por idade, a idade do filho maior determina em que etapa do ciclo vital a família se encontra; 3) as mudanças na posição profissional da pessoa ou das pessoas que sustentam a família.

Uma pesquisa realizada com a família paulista (CERVENY e BERTHOUD, 1997) definiu quatro etapas do ciclo de vida desta, a saber:

1ª) *Fase de aquisição* que inclui a escolha do parceiro, a formação de um novo casal, a chegada dos primeiros filhos e a vida com os pequenos.

2ª) *Fase adolescente* determinada pela entrada dos filhos na adolescência e marcada por muitos questionamentos.

3ª) *Fase madura* em que o casal se encontra tendo que dividir a atenção entre duas gerações: seus pais que precisam de apoio e cuidados médicos,

emocionais e, às vezes, financeiro, e seus filhos que estão saindo de casa, em uma fase adulta, não dependendo mais dos cuidados familiares como em outras fases da vida.

4ª) *Fase última* é aquela em que se reestruturam os papéis no núcleo familiar. O casal volta a estar só, há a perda física de alguns membros e a inserção de outros novos membros, como os netos.

Essas fases não são rigidamente determinadas, podendo haver uma sobreposição ou um avanço de uma sobre outra. No entanto, para transpor uma etapa seja no ciclo vital da família, seja no ciclo vital do ser humano, é impossível não haver desenvolvimento, movimento, crescimento e ordenação. Isso, porém, não significa uma crise e sim uma passagem repleta de mudanças que exige equilíbrio entre estabilidade e flexibilidade.

Será dado especial enfoque às transformações ocorridas no sistema familiar na Fase Adolescente, por se tratar, esta pesquisa, de um estudo sobre os padrões relacionais com um membro obeso nesse período do Ciclo Vital Familiar.

Essa é a etapa do Ciclo Vital Familiar em que a família como um todo “adolesce”. Os filhos experimentam a adolescência como um período de transição para a vida adulta, de transformações físicas, hormonais, emocionais e sociais, de alterações na identidade, na maneira de se comportar e nas relações.

Os pais, por sua vez, passam por uma “*Segunda Adolescência*” (CERVENY e BERTHOUD, 1997, p. 78) na qual revêm sua própria adolescência, fazem balanços conjugais e individuais, reavaliam a carreira, revisam sua satisfação pessoal à luz do idealismo militante de seus filhos adolescentes. As mulheres, que até agora se dedicaram quase exclusivamente aos cuidados dos filhos, sentem-se energizadas para desenvolver suas próprias vidas: carreira, amizade fora da família e outras atividades. Os homens, por outro lado, estão envolvidos com a

maximização de suas carreiras. Além desses questionamentos e mudanças, que podem gerar estresse e tensão entre o casal ou entre pais e filhos, existem ainda os avós que estão tendo de enfrentar aposentadoria, doença e morte e que, não raras vezes, exigem cuidados especiais.

Há, portanto, também para os pais uma fase de transição. As crises relatadas por eles nesse período refletem sua preocupação com a aparência, com o receio e o temor da velhice e das perdas, o que mostra que essa fase é tão complexa para eles como para seus filhos. (CERVENY e BERTHOUD, 1997)

*“As adaptações na estrutura familiar necessárias para manejar as tarefas da adolescência são tão básicas que a própria família se transforma de uma unidade que protege e nutre os filhos pequenos em uma unidade que é um centro de preparação para a entrada do adolescente no mundo das responsabilidades e dos compromissos adultos. Essa metamorfose familiar envolve profundas mudanças de relacionamento entre as gerações, e, embora possa ser assimilada inicialmente pela maturidade física do adolescente, ela muitas vezes é paralela e coincide com as mudanças nos pais conforme eles entram na meia-idade e com as transformações maiores enfrentadas pelos avós na velhice.” (PRETO, 2001, p. 223)*

Conforme a mesma autora, as Famílias Adolescentes vivem transformações em sua estrutura e organização que em um primeiro momento geram rompimento e confusão. Isso porque as exigências de ajustes são tão grandes que acabam por envolver pelo menos três gerações de membros dessas famílias. Na busca por vencer a situação de desequilíbrio, os papéis são revistos e não raramente conflitos não resolvidos entre o casal podem ser questionados, e até os irmãos podem buscar uma redefinição de lugares e valores dentro do grupo familiar.



Na adolescência, o relacionamento entre pais e filhos fica complicado, surge o sentimento de vazio nos pais e de rebelião nos filhos, gerando insegurança para ambos.

Os pais da infância que eram perfeitos, idealizados, são percebidos de maneira real, com seus erros, suas fraquezas, seus problemas e para o jovem fica difícil aceitá-los. Começam as discordâncias de idéias, de visão de mundo, de valores. O desejo de independência e autonomia se defronta com a necessidade de proteção. E toda essa ambigüidade confunde e angustia o adolescente.

Os pais também se sentem confusos, pois ao mesmo tempo em que são criticados pelos filhos, são exigidos como provedores de segurança e proteção. Além de se sentirem inseguros, uma vez que percebem não ter o mesmo controle sobre os filhos, que estão adquirindo sua independência, há o vazio causado pela “perda da criança”.

*“As origens dessa transformação familiar são as tarefas desenvolvimentais do adolescente, que começam com o rápido crescimento físico e maturação sexual durante a puberdade.”* (PRETO, 2001, p. 225). Como resultado dessa maturação sexual, são acelerados os movimentos que buscam solidificar uma identidade e estabelecer a autonomia em relação a família.

Ao tentar estabelecer a auto-identidade, os adolescentes muitas vezes discordam dos pais em relação a idéias, crenças e valores. Além disso, a maneira diferente pela qual cada geração interpreta os estereótipos e o duplo padrão em relação aos papéis sexuais que existem nesta sociedade, refletem grande parte do conflito entre pais e filhos. Os pais de adolescentes vêm-se obrigados a revisar suas regras, papéis, padrão de relacionamento e atitudes em relação a papéis sexuais, têm que se ajustar às normas cada vez mais liberadas. As diferenças tendem a criar os conflitos

de gerações que se tornam mais nítidos quanto mais tradicionais são os valores dos pais.

*“Os adolescentes precisam aventurar-se fora de casa para se tornarem mais autoconfiantes e independentes. As alianças fora de casa aumentam e a influência dos iguais se torna mais forte. Embora precisando de atendimento e aceitação para desenvolverem identidade separadas, eles também precisam de permissão e encorajamento para se tornarem responsáveis por si mesmos. Autonomia não significa desconectar-se emocionalmente dos pais, mas significa na verdade que um indivíduo não é mais tão dependente dos pais em termos psicológicos, e que tem mais controle sobre a tomada de decisões em sua vida” (PRETO, 2001, p. 229)*

Esta autonomia será conseguida mais facilmente por aqueles cujas famílias os encorajarem a participar das tomadas de decisão apesar de caber aos pais a palavra final. Estabelece-se assim um senso de independência aliado a um vínculo de proximidade e afeto com os pais.

Para que os adolescentes dominem as tarefas desenvolvimentais, a família deve ser forte, flexível e capaz de suportar o crescimento. A capacidade

*Capítulo 3*  
*Família e Obesidade*

### **3.1. Família como sistema**

A estrutura familiar, segundo Minuchin (1990), resulta de exigências funcionais que organizam as formas de interação entre os membros. A família funciona como um sistema por meio de padrões transacionais que ao se repetirem estabelecem como, quando e com quem se relacionar, e assim reforçam o sistema.

Mas essa estrutura familiar deve ser capaz de mudar, quando as circunstâncias mudam. A existência da família como sistema depende de uma extensão suficiente de padrões, de acessibilidade de padrões transacionais e da flexibilidade para mobilizá-los quando necessário.

No cotidiano da vida familiar, cada elemento deste grupo influencia os demais e é influenciado por eles. Como diz Cerveny (2001), as relações do grupo familiar são sistemas interpessoais, que podem ser entendidos como circuito de retroalimentação, dado que o comportamento de cada um dos membros é interdependente do comportamento dos outros.

Cada pessoa exerce diferentes papéis na relação com cada uma das outras e as mudanças de comportamento podem ser proibidas ou estimuladas pelas expectativas dos membros da família (MACEDO, 1994). Assim, qualquer evento que afete um membro da família afetará também todos os outros e a forma como a experiência vai ser vivida individualmente está intimamente relacionada à experiência coletiva.

A família faz a ligação entre o individual e a coletividade, está inserida num contexto sócio-econômico e cultural e reflete as mudanças desse contexto na formação do indivíduo e na sua relação com o outro (CERVENY e BERTHOUD, 1997).

Portanto, a compreensão da estrutura e da dinâmica familiar sob a perspectiva sistêmica abrange uma rede complexa de aspectos, tais como: individuais, sociais, relacionais, culturais que influenciam e são

influenciados por todos os sistemas com os quais interagem (MACEDO, 1994).

McGoldrick e Carter (1999) salientam que o desenvolvimento saudável requer o estabelecimento de um senso sólido de nós mesmos no contexto de nossas conexões com os outros. Essas conexões são um desafio para o desenvolvimento, pois dependem das interações com as diferenças. O ser humano é interdependente e suas competências resultam de uma complexa rede de contextos sociais, culturais e familiares. Assim, o self se constrói nas diferentes conexões que estabelece com a família de origem, a comunidade, a cultura de origem, a sociedade e o contexto atual no qual está enraizado.

### **3.2 A obesidade na abordagem familiar sistêmica**

Com base nessa perspectiva sistêmica apresentada, a obesidade não pode ser pensada fora dos padrões familiares que fundamentalmente a influenciam e são por ela influenciados. Portanto, o foco nessa abordagem está no papel que a obesidade ocupa nas relações e na maneira como os padrões que emergem das interações sociais influenciam a obesidade (GANLEY, 1986).

As primeiras contribuições da Teoria Familiar Sistêmica à obesidade vêm das pesquisas desenvolvidas a partir dos estudos de Minuchin, Rosman e Baker (1978) com famílias diabéticas e anoréxicas. Esses autores postulavam que certos tipos de organizações familiares favorecem síndromes psicossomáticas e, portanto, a doença está no indivíduo em contexto e nos processos de feedback entre o membro doente e a família, ou seja, a família desenvolve e mantém o sintoma.

Os tipos de família que encorajam os sintomas psicossomáticos são: a) emaranhadas ou aglutinadas em que as interações são extremamente próximas, os limites nos subsistemas são precários, a intrusão entre os

membros é freqüente e a autonomia individual é sempre postergada; b) superprotetoras nas quais há constante preocupação excessiva de um com o outro, c) rígidas que são resistentes a mudanças e tem dificuldade para se adaptar às transições e d) que evitam conflitos, consequência das três anteriores, é caracterizada por conflitos crônicos não solucionados por representarem ameaça ao equilíbrio familiar.

Estudos como os de Harkaway (1986) e Gangey (1986) com famílias obesas identificaram as mesmas características influenciando a obesidade de seus membros. Entretanto, posteriormente, o próprio Minuchin (1994) concluiu que as famílias com transtorno psicossomático têm essas características, mas nem todas as famílias que apresentam os quesitos descritos são psicossomáticas.

Outra possibilidade de pensar a obesidade do ponto de vista sistêmico é focando as relações intergeracionais e os padrões repetitivos. Conhecendo a história das gerações anteriores e os mitos e as crenças familiares é possível compreender como os modelos de funcionamento foram perpetuados e qual a influência na maneira como lidam atualmente com doença (CERVENY, 1996), neste caso, com obesidade.

Cervený (2001) coloca que *“toda família repete e há repetições que mantêm a família como um sistema, podendo, inclusive, prover esse sistema de uma identidade específica que o diferencia de outros.”* (p. 45). Entretanto, há também a repetição de padrões de interação que impede a mudança e o crescimento do sistema familiar ou então conserva a família num nível disfuncional.

São vastos os padrões de interação repetidos multigeracionalmente. Entre eles estão a comunicação, as regras familiares, os mitos, as seqüências, as triangulações, os padrões de afetividade e as hierarquias (CERVENY, 2001).

A comunicação vai além da palavra, está no silêncio, no não-dito, nos mitos, lealdades, segredos; mais que transmitir informação, ela define a relação. As regras familiares são parte da história familiar e envolvem todos os acordos familiares que se conservam por meio do uso, sejam eles explícitos ou implícitos.

Alguns fatos sucedidos numa geração são mantidos na família como parte da sua história e se prestam a preservar algumas características do grupo familiar de forma a diferenciá-lo e protegê-lo; esses são os mitos, que protegem a família e são por ela protegidos. As seqüências dizem respeito a uma classe de interações e pensamentos que se repetem de uma geração para outra. As triangulações são os subsistemas que se formam dentro do grupo familiar como forma de proteção a algum membro (aliança) ou contra alguém (coalizão).

Os padrões de afetividade se caracterizam pelo modelo afetivo proposto pelo sistema familiar que influencia as relações associadas à confiança, mutualidade, reciprocidade, competição, cooperação, apego, flexibilidade ou inflexibilidade, estabilidade ou instabilidade, valores crenças, diálogo, comunicação, agressividade. Finalmente, a hierarquia está relacionada à organização da família que passa diretamente pelas questões de poder (CERVENY, 2001).

Todos esses padrões de interação podem ser observados em gerações subseqüentes ou mesmo pulando uma geração. O “*sistema familiar seleciona do passado o padrão repetitivo que vai incluir na sua própria história*” (CERVENY, 2001, p. 45). Esses padrões podem ser repetidos exatamente como apareceram anteriormente ou camuflados, de forma que o sistema atual praticamente não o reconhece.

Em relação à obesidade esses padrões podem se repetir não somente na doença em si que caracteriza a família, mas também nos hábitos alimentares e de atividade física, na maneira como enfrentam o tratamento,

no controle que se estabelece sobre a alimentação e sobre o membro obeso, na exclusão ou incorporação da obesidade como parte do sistema, na lealdade em manter a obesidade familiar, nas alianças ou coalizações entre os membros obesos. Por tudo isso, pensar nas relações intergeracionais e nos padrões repetitivos pode ser muito útil para compreender a influência dos interacionais na obesidade. Neste trabalho, porém será lançada mão desse olhar e para privilegiar uma outra abordagem sistêmica, apresentada a seguir.

A Terapia Familiar Médica que tem como premissa: “*todos os problemas humanos são problemas do sistema biopsicossocial*” (MCDANIEL, HEPWORTH e DOHERTY, 1994, p. 24), pode ser considerada uma terceira forma para se discutir as questões referentes à obesidade. Nesta proposta não há como separar aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais na vida humana. Os corpos e mentes, sentimentos, padrões de interação e sistemas de crenças vêm com os pacientes e suas famílias. Esses múltiplos sistemas envolvidos na saúde e na doença, à luz da teoria sistêmica, são integrados para compor uma visão complexa desses fenômenos.

Apoiados nessas idéias Doherty e Colangelo (1984) propõem o Modelo Familiar FIRO muito útil para compreender as interações entre os membros de uma família. Esse Modelo foi aqui utilizado como base para analisar as interações do sistema familiar com um adolescente obeso.

### **3.3. Modelo Familiar FIRO**

O Modelo FIRO (*Fundamental Interpersonal Relations Orientation* – Modelo de Orientações Interpessoais Fundamentais) foi inicialmente desenvolvido por Schutz em 1958 em seu livro: *A Three Dimensional Theory of Interpersonal Behavior* (DOHERTY, COLANGELO e HOVANDER, 1991) e era aplicado à compreensão de dinâmicas de



personalidade e dinâmicas de grupo. Ele sugeria três dimensões fundamentais que predominam nas relações humanas – inclusão, controle e afeto – e que constituem uma seqüência desenvolvimental na formação de grupos interpessoais.

Num artigo publicado em 1984 Doherty e Colangelo (1984) estenderam esse modelo para a área da teoria familiar, especialmente às disfunções e ao tratamento. A proposta era considerar as transições da família ao longo do seu curso de vida e associar as prioridades terapêuticas às prioridades desenvolvimentais próprias da família. Posteriormente diversos artigos foram publicados focando a aplicação do Modelo Familiar FIRO à dinâmica familiar dos comportamentos de saúde e doença crônica.

O primeiro conceito dominante desse modelo refere-se às interações familiares, ou seja, aos processos interpessoais que ocorrem entre os membros da família. Essas interações familiares têm três categorias básicas, a saber: **inclusão, controle e intimidade** (DOHERTY, COLANGELO e HOVANDER, 1991), conforme pode ser observado no quadro abaixo.

Conceitos do Modelo Familiar FIRO			
Categorias	Subcategorias e termos descritivos		
<b>Inclusão:</b> conexão e organização	<i>Estrutura:</i> limites, organização do papel, aliança, afiliação	<i>Conexão:</i> apoio ao desenvolvimento, compromisso, senso de pertencimento, afiliação	<i>Significado compartilhado:</i> identidade, lealdade, rituais, valores, visão de mundo
<b>Controle:</b> influência e poder durante o conflito	<i>Dominador:</i> confrontação, coerção, manipulação,	<i>Reativo:</i> resistência, rebeldia, submissão, retraimento, desobediência	<i>Cooperativo:</i> negociação, compromisso, equilíbrio, dar e

	comportamento ditatorial, disciplina		receber, trabalhar os problemas
<b>Intimidade:</b> auto-revelação e intercâmbios pessoais	<i>Mutualidade:</i> dividir os sentimentos, relacionar-se com outros como personalidades únicas, interações sexuais emocionalmente íntimas, compartilhamento de vulnerabilidades		

Fonte: Adaptado de W. J. Doherty, N. Colangelo, D. Honvander. Priority setting in family change and clinical practice: The Family FIRO Model. **Family Process**, v. 30, p. 227-240, 1991. e de S. H. MCDANIEL, J. HEPWORTH e W. J. DOHERTY. **Terapia Familiar Médica: Um enfoque Biopsicossocial às Famílias com problemas de saúde.** Porto Alegre: Artes Médicas. 1994. p.95-98.

A **Inclusão** diz respeito às interações de afiliação, conexão e organização no sistema familiar e se divide em três subcategorias:

Es-4.33117(i)8.295585(.)-0.146571(9)-0se.295585(.)-0.146571(9)-02 Tê9406(i)-4.

A Inclusão familiar define, portanto, a composição central da família: quem está dentro e quem está fora do sistema e de seus subsistemas, como os papéis são distribuídos, como é a vinculação entre os membros e como se definem como família em relação ao mundo.

O **Controle** está relacionado à influência e ao poder com os quais os membros da família lidam com os conflitos manifestos ou encobertos e as discordâncias. Pode ser descrito em três tipos:

Dominador: quando faz uso da confrontação, coerção, manipulação, comportamento ditatorial, disciplina;

Reativo: ao usar resistência, rebeldia, submissão, retraimento e desobediência;

Cooperativo: ao basear-se na negociação, compromisso, equilíbrio, dar e receber, trabalhar os problemas.

As interações de controle ocorrem em situações em que os membros da família percebem suas necessidades como potencialmente concorrentes e quando se vêem diante de um impasse frente a um conflito explícito ou implícito. Os membros podem se influenciar um ao outro de forma dominante, reativa ou colaborativa, mas esses três tipos de interação de controle são facetas complementares do mesmo processo; por exemplo, enquanto um membro domina o outro reage. Além disso, as interações familiares podem se mover entre os três tipos durante uma mesma situação de conflito.

Para compreender as interações no processo de controle é importante saber: a) o conflito de objetivos entre as partes e b) a intenção em exercer influência sobre o outro. O controle dominante ou reativo não é inerente à problemática familiar; nas relações entre pais e filhos, por exemplo, a autoridade dos pais e a resistência das crianças é comum nas relações intergeracionais. A categoria colaborativa sugere a possibilidade de compartilhar mutuamente as interações de controle em que as partes

aspirem por um equilíbrio de influência mais que por um poder unilateral impositivo ou reativo.

A **intimidade** refere-se à auto-revelação e ao intercâmbio pessoal íntimo; está na diferença qualitativa entre estar com o outro e auto-revelar-se ao outro, que caracteriza um avanço nos estágios das relações. Tem a ver com o quanto se compartilha sentimentos, esperanças e vulnerabilidades e com a capacidade de relacionar-se com outros como personalidades únicas. Isto só é possível quando se tem alto nível de diferenciação pessoal, isto é, uma identidade individual muito bem definida e quando há reciprocidade entre as partes envolvidas.

Segundo Doherty, Colangelo e Hovander (1991) intimidade não deve ser sinônimo de interações sexuais. A intimidade requer um envolvimento emocionalmente íntimo, uma mútua auto-revelação, o que pode ocorrer numa relação sexual, porém é uma dimensão que vai além do ato sexual.

A maioria das interações familiares envolve uma complexa mistura das dinâmicas de inclusão, controle e intimidade, portanto, não são “puras”. Todavia, em cada interação predominam características de uma das dimensões. Desta forma, essas categorias servem como um mapa que mostra certos aspectos das interações familiares.

O Modelo Familiar FIRO tem dois postulados que se referem às mudanças familiares. O primeiro é que nas transições de ciclo de vida e nos eventos estressantes a família tem que criar novos padrões de inclusão, controle e intimidade para se adaptar. Isso pode implicar numa reorganização de papéis, alianças e limites, por exemplo, que terá conseqüência na disputa pelo controle e também na qualidade da intimidade familiar.

O segundo postulado é que inclusão, controle e intimidade constituem uma seqüência desenvolvimental no manejo das mudanças familiares que favorecem a adaptação. Para o manejo de uma importante

mudança familiar a inclusão deve vir antes do controle e este, antes da intimidade. Resolver os problemas de inclusão é condição *sine qua non* para o sucesso nas áreas do controle e intimidade, assim como, somente depois da solução da categoria de controle é que se pode formar novos padrões de intimidade.

Sérias dificuldades nas interações familiares estão ligadas a falhas na adaptação às mudanças, ou seja, ao não seguimento da seqüência desenvolvimental das três dimensões. Por exemplo, se a família não reorganiza satisfatoriamente os papéis, ou evita as mudanças no nível de conexão e coesão e/ ou perde o senso de coerência d

entretanto, na prática nem sempre é viável, pois pode haver desejo da família em começar pelo problema emergente. Adaptações do terapeuta ao modelo não são proibidas, porém a resolução de uma categoria continua sendo entendida como pré-requisito para a solução das seguintes. (DOHERTY, COLANGELO e HOVANDER, 1991 e DOHERTY e HARKWAY, 1990).

*ter desenvolvido em razão da estigmatização social.”* (MCDANIEL, HERPWORTH e DOHERTY, 1994, p.109 e 110).

A seguir, contudo, serão apresentadas técnicas de avaliação de padrões de inclusão, controle e intimidade observados por Doherty e Harkaway (1990) quando a família organiza-se em torno da obesidade de forma inadequada. Essas interações se evidenciam em problemas psicológicos do membro obeso, na incapacidade de ultrapassar as transições da vida tal como deixar a casa dos pais, na obsessão a alimentos e controle de peso, no conflito constante referente a alimentos e peso.

### **Obesidade e Padrões de inclusão**

A categoria de inclusão numa família com membro(s) obeso(s) está ligada a padrões de lealdade, alianças, preservação de um membro na família e conexão interpessoal. É relevante prestar atenção à maneira como questões relacionadas à obesidade, ao obeso ou ao tratamento são incorporadas na estrutura da família.

#### *Lealdade à família*

A obesidade pode ser o elo multigeracional que define a identidade da família. Ser obeso, nessas famílias significa ser leal aos membros, enquanto emagrecer pode ser percebido como uma afronta aos demais, um rompimento, uma traição. Permanecer obeso e falhar nos tratamentos podem ser formas de preservar essa lealdade.

#### *Conluíus na Família*

Quando um dos pais é magro e o outro obeso o peso da criança pode selar uma aliança de fidelidade com o progenitor com excesso de peso. Mesmo não sendo uma escolha consciente da criança, a obesidade pode indicar conluíus na família, pois favorece maior proximidade entre a dupla

que compartilha questões referentes ao sobrepeso, tais como: comer, fazer dieta ou atividades físicas, sentir-se estigmatizado socialmente. Juntos também podem se precaver contra tentativas de ajuda ou intervenção de outros membros, ou podem ficar mais próximos de um dos lados da família extensa. Nesta situação, perder peso ameaça a aliança e dá margem a sentimentos de abandono e traição ao membro que permanecer obeso. É importante observar se o membro parental magro critica a criança obesa pelos mesmos comportamentos em que o progenitor obeso engaja-se (MCDANIEL, HEPWORTH e DOHERTY, 1994).

#### *Proteção às fronteiras familiares e adiamento do ingresso no mundo adulto*

O adolescente obeso pode sentir-se rejeitado socialmente, devido à estigmatização da obesidade, a família, então, torna-se o porto seguro que oferece apoio emocional. Ficar em casa, assistindo televisão e comendo é mais garantido que aventurar-se em atividades com os amigos, namorar ou fazer descobertas sexuais. Sem engajamentos amorosos, a possibilidade de deixar a casa dos pais diminui. Para algumas famílias essa situação é até mesmo encorajada, pois desta forma protegem os limites familiares e não têm que se adaptar à saída de um membro. O membro obeso pode permanecer solteiro e morando na casa dos pais para se manter leal à família de origem.

#### *Proteção ao casamento*

A obesidade pode preservar o casamento mantendo distante a ameaça de um caso extraconjugal. Por exemplo, uma esposa obesa pode sentir-se indesejada por outro homem e acreditar que a relação com seu marido é a única possível, em função disso reduz sua rede social e sua exposição fora de casa. O marido, por sua vez, sente-se seguro em relação



ao seu casamento. É freqüente casais admitirem que a obesidade protege o casamento e que se o cônjuge emagrecesse o outro ficaria preocupado com a estabilidade da relação.

#### *União do casal*

A obesidade pode ser compartilhada pelo casal como forma de assegurar a relação. Os cônjuges guardam semelhanças físicas e compartilham sentimentos, atividades e a imagem perante o mundo. Se um dos dois começa emagrecer deixa de dividir as questões referentes à obesidade e se distancia do outro. Isso pode gerar ciúmes e sentimento de traição que pressiona o cônjuge a engordar novamente para eliminar a ameaça.

Miriam Burd (2004) em seu trabalho com família de obesos no Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro utilizando Modelo Familiar FIRO acrescenta duas dimensão dentro do padrão de inclusão, são elas:

#### *Pais/Famílias que identificam obesidade com saúde e magreza com doença*

Apoiando-se nessa crença os pais atrapalham o tratamento do filho, opondo-se ao seu emagrecimento. Pode haver inclusive um preconceito familiar em relação aos não-obesos. Nesses casos é preciso rever a imagem corporal da família, em geral obesa, para que os membros possam se beneficiar do emagrecimento terapêutico.

#### *Oposição dos filhos obesos ao membro parental magro*

A imagem inconsciente da figura materna obesa associando cuidado e obesidade pode levar alguns a se oporem à mãe magra, pois sem o corpo gordo correm o risco de sentirem-se órfãos. Em outras situações as filhas rivalizam e competem com a mãe magra e atraente, por isso são contra sua

magreza. Finalmente, a rivalidade entre irmãos também pode interferir no tratamento da obesidade.

### **Obesidade e Padrões de Controle**

Culturalmente a obesidade é considerada um problema de controle: se o indivíduo conseguiu perder peso é porque teve autocontrole, se não obteve redução de peso é porque falhou no autocontrole. Mesmo não havendo evidências de que pessoas obesas ingiram mais alimentos que pessoas não obesas, há uma tendência em acreditar nessa premissa e rotular o obeso como incapaz de controlar seu apetite (MCDANIEL, HEPWORTH e DOHERTY, 1994). Isso abre caminho para outros membros da família tentarem controlar o peso do obeso; esse controle, porém pode servir como metáfora ao controle do relacionamento. Doherty e Harkaway (1990) observaram as seguintes seqüências de interações de controle:

#### *Manutenção do controle por sua perda*

Pode haver um contrato velado de complementaridade entre o casal no qual um apresenta um sintoma, no caso obesidade e é tido como inferior, o outro não tem sintoma algum e é visto como superior. O membro não-obeso tenta ajudar o parceiro – por meio de suborno (“Se você emagrecer lhe darei uma viagem”), reforço (“Muito bem, você é ótimo!”), ameaça (“Eu lhe abandonarei, caso não emagreça”). O obeso, por sua vez, pode até solicitar esse auxílio (“Não me deixe repetir o prato.”). Esse contrato funciona até o obeso começar a sentir-se coagido pelo par e passar a resistir e rebelar-se em busca de autonomia. A perda de peso é entendida como um esforço do não-obeso e o único caminho para retomar a autonomia e o controle é deixando de ser ajudado pelo companheiro. A disputa pelo poder gera uma situação paradoxal: para obter novamente o controle sobre seu comportamento, o membro obeso deixa de controlar seu

peso e alimentação. Forma-se uma hierarquia incongruente na qual o parceiro desiste, desgostoso enquanto o obeso sai vitorioso na luta pelo poder, porém mais uma vez derrotado na luta com o peso.

#### *Uma rebeldia que não funciona*

Essa hierarquia incongruente pode ocorrer também entre pais e filhos. Quanto mais os pais tentam controlar, mais a criança ou adolescente se rebela, recusando perder peso ou mudar os hábitos alimentares. Essa autonomia do filho, todavia, é meramente ilusória, é uma pseudo-rebelião, pois paradoxalmente o conserva ligado aos pais devido à luta pelo controle sobre seu comportamento.

#### *A criança obesa com demasiado poder*

Quando a obesidade não está plenamente incluída na família, uma criança obesa pode ser vista como um problema. Em geral, nesses casos, os pais não conseguem ser efetivos juntos no controle do comportamento alimentar da criança. Há um extraordinário controle do filho evidenciado especialmente na obtenção de alimento. Um dos pais cede aos caprichos da criança enquanto o outro lamenta, mas não tem poder suficiente para cessar o processo. “*Os pais estão muito divididos para resistirem efetivamente, mas não estão investidos na obesidade da criança.*” (MCDANIEL, HEPWORTH e DOHERTY, 1994, p. 112).

### **Obesidade e padrões de intimidade**

A sexualidade está particularmente vinculada à obesidade no que se refere ao peso e à imagem corporal. Apesar de relacionada à inclusão (fidelidade, por exemplo) e controle (como o casal manejar suas diferenças, por exemplo), aqui diz respeito a experiências emocionalmente íntimas e a vulnerabilidades que algumas vezes acompanham as relações sexuais.

### *Manejo de proximidade ou distanciamento sexual*

Se a magreza é definida como padrão atrativo nas relações sexuais, o excesso ou a perda de peso pode servir para aproximar ou distanciar os parceiros. Engordar pode ser uma pseudo-solução de um dos parceiros às dificuldades de intimidade emocional, enquanto para a outra parte é cômodo ter um motivo para evitar a proximidade sexual e se expor às vulnerabilidades emocionais. O movimento de emagrecer do obeso pode representar um desejo de se aproximar do parceiro; esse pode interpretar positivamente ou ficar apreensivo à intimidade e boicotar a tentativa do par de perder peso.

Doherty e Harkaway (1990) advertem que é preciso ter cautela ao associar problemas de obesidade com a dimensão intimidade, pois as categorias de inclusão (por exemplo, lealdade) e controle (por exemplo, disputa de poder) geralmente explicam melhor a evitação de proximidade.

Burd (2004) aponta ainda outras possibilidades do uso da obesidade pelas mulheres para distanciar-se emocional e sexualmente do marido: como um escudo contra a genitalidade, evitando tentações eróticas; como uma representação da gravidez, evitando a sexualidade; como um substituto da satisfação sexual, comendo ao invés de ter prazer sexual; como compensação ao sentimento de abandono quando se perde o objeto amoroso. A obesidade pode ainda ocultar tendências homossexuais ou ser sinônimo de potência, virilidade e saúde.

### **Outros significados psíquicos para a obesidade nas famílias**

Segundo Burd (2004), além dos padrões interacionais sugeridos pelo Modelo Familiar FIRO, a obesidade pode ter outros significados nas famílias, tais como:

Mecanismo de defesa: a) grande volume corporal identificado pelo indivíduo submisso como sinal de força, comum também em

adolescentes que querem sentir-se adultos; b) presença do corpo imponente protege o sujeito com debilidade interna das agressões externas; c) “válvula de escape” à pressão familiar ou de algum outro ambiente; d) forma de agüentar as responsabilidades e exigências que lhe são cobradas, freqüente em adolescente que sofre muita pressão pela família referente aos estudos.

Camuflagem: o excesso de peso pode ser útil para encobrir agressividade, conflitos latentes e até mesmo transtornos de personalidade. Por isso é muito importante avaliar a necessidade de um acompanhamento psicoterapêutico no tratamento da obesidade.

Auto-castigo: a adiposidade usada como forma de punição ao sentimento de culpa.

Identificação: a partir do desejo inconsciente de ocupar o lugar do outro ou ser igual ao outro manter o corpo obeso semelhante.

Agressividade: parecida com a pseudo-rebelião descrita por Doherty e Harkaway (1990) e McDaniel, Hepworth e Doherty (1994), é uma tentativa de agredir os outros, negando-se emagrecer e frustrando as expectativas da família, em contrapartida, se pune mantendo-se obeso.

O indivíduo obeso ocupa uma posição psicossomática que pode ter qualquer um desses significados acima apresentados. Emagrecer implica deixar essa posição, derrubar a couraça que o defende e protege e que recursivamente defende e protege os membros da família. Por isso os sentimentos desencadeados precisam ser cuidados para não fracassar a tentativa de emagrecer.

## ***III – MÉTODO***

Diante do alarmante crescimento dos índices de obesidade desde a infância e do entendimento da família como contexto do desenvolvimento individual e social, como a matriz da identidade pessoal e, portanto, ambiente no qual as relações e interações influenciam, entre muitos outros aspectos, os hábitos alimentares, o problema desta pesquisa foi definido da seguinte forma: Como os padrões interacionais familiares influenciam na obesidade quando se tem um adolescente obeso?

Como já foi dito na introdução, os objetivos que nortearam esse trabalho foram: conhecer os padrões interacionais definidos pelo Modelo Familiar FIRO em famílias que têm um adolescente obeso e compreender de que maneira esses padrões interacionais familiares influenciam no problema de obesidade.

A abordagem qualitativa foi utilizada nesta pesquisa que teve como delineamento o estudo de caso.

Pensar qualitativamente é deixar de lado a necessidade dos números e generalizações e, em seu lugar, fazer uso das palavras e suas representações, buscar a consistência, a aplicabilidade e a transferibilidade dos resultados obtidos. A preocupação é com o conteúdo e o contexto, com as subjetividades do pesquisador e do pesquisado (BERTHOUD, 2002).

Desta forma, esta abordagem foi aqui utilizada por tratar-se de uma pesquisa que investigou o conteúdo, contexto e processo das relações familiares quando se tem um adolescente obeso. Além disso, tem como critério não a generalização, mas a transferibilidade, ou seja, a aplicação dos resultados constatados aos casos semelhantes.

*“O estudo de caso é caracterizado pelo estudo profundo e exaustivo de um ou de poucos objetos, de maneira que permita o seu amplo e detalhado conhecimento [...]. A maior utilidade do estudo de caso é verificada nas pesquisas exploratórias.” (GIL, 1991, p. 58 e*

59) que “[...] têm como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito...” (idem, p. 45)

Como o foco desta pesquisa foi o estudo de um fenômeno – os padrões interacionais em famílias de adolescentes obesos - ainda pouco investigado, e como se buscou trabalhar exaustivamente os dados coletados visando alcançar um conhecimento mais aprofundado sobre o assunto, este foi o delineamento adotado.

### **1. Participantes:**

Participaram desta pesquisa três famílias paulistanas de adolescentes obesos de nível sócio-econômico médio-baixo. Essas foram convidadas dentre aquelas que estavam iniciando tratamento nas seguintes instituições: Ambulatório de Obesidade do Departamento de Pediatria da UNIFESP (Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo) e Clínica particular especializada na prevenção e tratamento da obesidade infanto-juvenil localizada em São Paulo. Os participantes da Clínica eram bolsistas e estavam isentos de qualquer ônus.

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, em que o objetivo não é número de casos e sim conteúdo, foi estipulado que o número de famílias poderia variar em função do critério de saturação. Segundo Glaser & Strauss (1967), esse critério é definido como o momento em que novos dados já não trazem novas compreensões sobre o objeto de estudo. Como a análise na pesquisa qualitativa é feita concomitante à coleta de informações é possível aplicar esse critério.

### **2. Instrumentos:**



Os instrumentos utilizados para coletar as informações foram: a Entrevista semi-estruturada e o Genograma.

#### Entrevista

A entrevista permite a obtenção de dados em profundidade, referentes ao comportamento humano nos mais diversos aspectos da vida social (GIL, 1994). No contexto familiar ela oferec

## Genograma

O Genograma é um método de avaliação inter e transgeracional em forma de mapa gráfico que mostra como diferentes membros de uma família estão biológica e legalmente relacionados uns com os outros, de uma geração para a outra (BURD e BAPTISTA, 2004).

Por meio do desenho da árvore familiar registra-se dados sobre os membros da família e seus relacionamentos entre si e com as gerações anteriores, possibilitando conhecer as estruturas vinculares e funcionais do sistema familiar (BURD e BAPTISTA, 2004 e CERVENY, 2001). Ele pressupõe três níveis, como segue: 1) traçado da estrutura familiar, 2) registro informativo da família, 3) representação das relações familiares (MCGOLDRICK e GERSON, 1987).

Esse instrumento foi desenvolvido por Bowen (1978) para investigar a transmissão multi e intergeracional por meio da imagem gráfica da estrutura familiar ao longo de diversas gerações. Nele constam nomes, idades e ocupação dos membros de pelo menos três gerações, além de datas de nascimento, casamento, separação, morte entre outras informações relevantes na investigação. As pessoas, as relações e grande parte das informações são feitas por símbolos. A padronização desses símbolos foi oficializada em 1985 por McGoldrick e Gerson (1987) e é a que aqui foi utilizada.

Cervený (2001) sugere que seja feito em cartolina ou outro papel encorpado numa posição que fique visível para toda a família e que se utilize pincéis atômicos para os desenhos.

Os homens são representados por um quadrado e as mulheres por um círculo, a pessoa identificada como paciente é representada por quadrados duplos ou círculos duplos. A idade é indicada dentro da figura e o nome ou inicial e a ocupação ao lado da mesma. Se o membro for falecido coloca-se

um “X” dentro da figura e abaixo o nome, a idade que teria hoje, o ano em que faleceu e o motivo da morte.

Para representar as relações conjugais o marido fica à esquerda e a esposa à direita e faz-se uma linha de conexão entre os dois, que consiste em um curto traço vertical saindo de cada figura e um traço horizontal unindo os dois verticais. No traço da união coloca-se o número de anos que o casal está junto ou uma barra (/) se estiver separado e duas barras (//) se estiver divorciado acrescido do número de anos de separação. Havendo um segundo casamento prolonga-se para baixo a linha vertical do cônjuge recasado e faz-se uma linha horizontal para conectá-lo ao novo parceiro, dessa linha saem os traços que representarão os filhos dessa relação.

Da linha do casamento saem linhas verticais ligando as figuras que representam os filhos daquela união. Seguindo-se os mesmos critérios de sexo, idade e nome descritos acima, os filhos são dispostos do mais velho à esquerda ao mais novo à direita. Filho adotado é conectado por linhas pontilhadas, filhos gêmeos por linhas divergentes e gêmeos idênticos, além das linhas divergentes, são ligados entre si por uma barra. Gravidez é descrita por um triângulo, aborto espontâneo por um pequeno círculo preenchido e provocado, por um “X” sem figura. Membro institucionalizado (convento, prisão, hospital, por exemplo) é anotado por uma linha inclinada com um pequeno triângulo na ponta.

Segundo Cerveny (2001) o desenho do genograma deve começar pela família nuclear e após completar a figura desse primeiro grupo familiar deve-se deter e explorar as relações aí, investigando-se os fatos significativos, as alianças, doenças, semelhanças físicas, aspectos emocionais. Nesse momento, questões circulares, perguntando sobre como um percebe o outro, podem ser úteis.

É também o momento oportuno para conhecer as regras e os limites estabelecidos pela família e se são respeitados, assim como de que maneira

agem em determinadas situações, qual é o lema da família, as principais características do grupo familiar e questões relevantes a cada grupo familiar.

A passagem para a investigação da família de origem dos cônjuges também é fonte de dados para o genograma e a escolha de qual será a primeira família pode ser feita pela própria família em questão. Segundo Burd e Baptista (2004) é importante incluir no mínimo três gerações entre pais, avós, tios, irmãos, primos, cônjuges, filhos, agregados e apoio externo da família (pessoas que desempenham um papel importante no funcionamento familiar, como, por exemplo, babás, empregados, vizinhos, médicos, professores).

Feito o diagrama da família é necessário identificar os padrões de interação, tais como: aliança inter ou intrageracional, proximidade/intimidade, rompimento, dependência/ fusão, conflito, abuso físico ou sexual que também são representados por símbolos, como será demonstrado abaixo. Dentro desses padrões há ainda papéis a serem identificados, como, por exemplo, de submisso, fracassado, dominador, problemático, sintomático, vitimado, culpado.

A reação diante das adversidades e das mudanças é um dado interessante para conhecer a capacidade adaptativa ou não da família. Outro fator importantíssimo para se observar são as repetições que ocorrem ao longo das gerações e que são facilmente identificadas no genograma, por exemplo, a obesidade.

### **Símbolos do Genograma**

Homem

48

João  
Empresário

Mulher

42

Maira  
Arquiteta

## Morte



Fabício  
Teria hoje 26 anos.  
Morreu em 1982 de  
acidente de avião



Teresa  
Teria hoje 50 anos.  
Morreu em 1982 de  
acidente de avião

## Paciente identificado ou sintomático

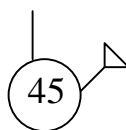
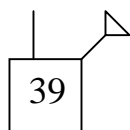


Leonardo  
Cursando ensino médio  
Obeso

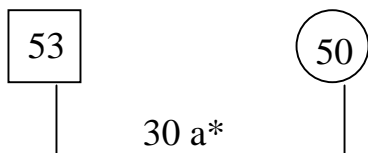


Joana  
Cursando ensino médio  
Sobrepeso

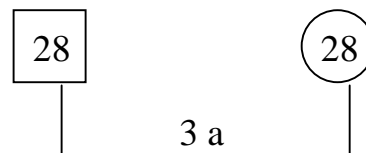
## Membro familiar institucionalizado



## Casamento

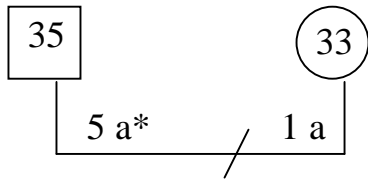


## União não-oficial

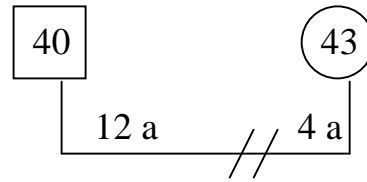


\* Tempo de casamento em anos

### Separação

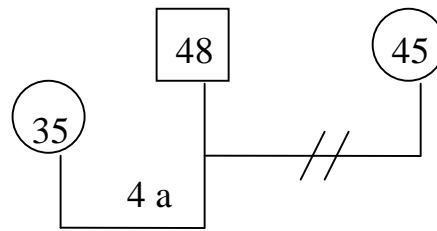
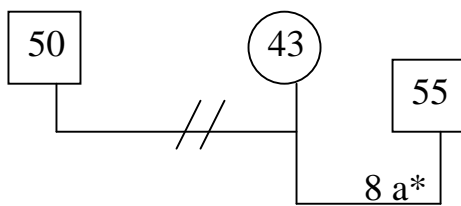


### Divórcio



\* Tempo de casamento/ Tempo de separação em anos

### Re-casamento

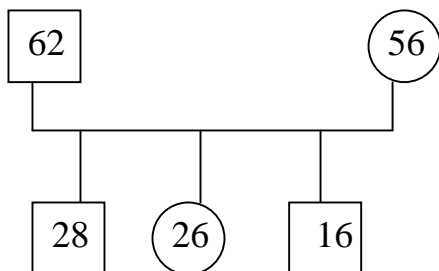


\* Tempo de re-casamento em anos

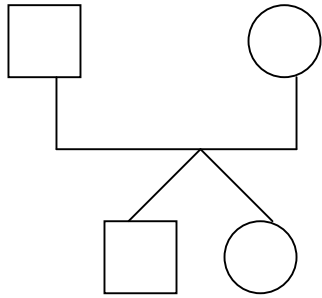
### Casal de homossexuais



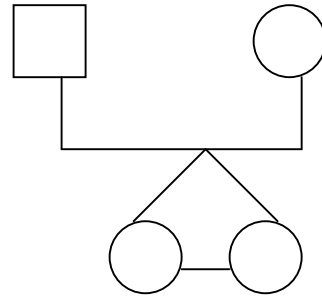
### Filhos



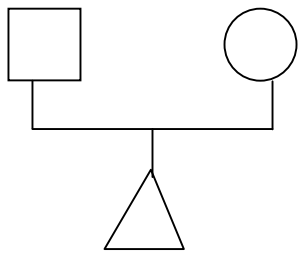
Gêmeos



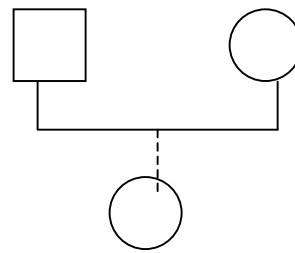
Gêmeos idênticos



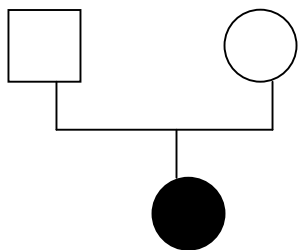
Gravidez



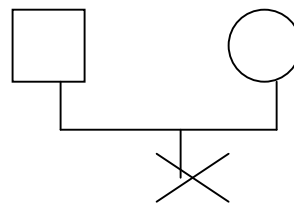
Adotado



Aborto espontâneo

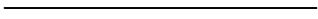


Aborto provocado

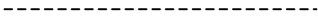


## Símbolos dos padrões de interação familiar

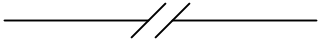
Fronteira rígida



Fronteira funcional



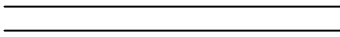
Rompimento



Conflito



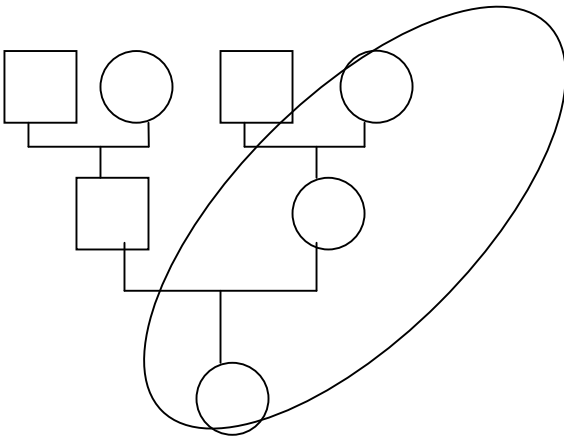
Relação forte e íntima



Abuso físico



Aliança intergeracional



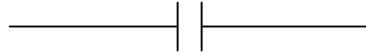
Fronteira difusa



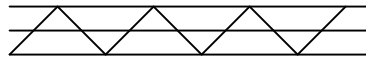
Coalizão



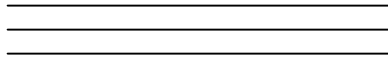
Separação



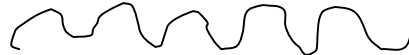
Relação fusionada e conflitiva



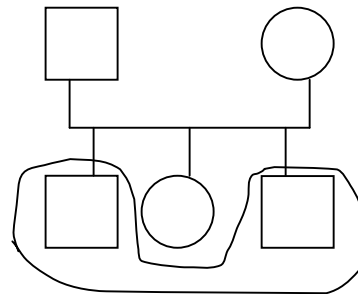
Relação forte e fusionada



Abuso sexual



Aliança intrageracional





### **3. Procedimento:**

Foi feito contato prévio com as famílias de adolescentes obesos que estavam iniciando tratamento nos locais onde foi realizada a pesquisa para que fossem convidadas a participar.

A proposta inicial era que fosse realizado entre um e três encontros de aproximadamente uma hora cada um. Entretanto, tendo-se em vista a pouca disponibilidade das famílias, optou-se preferencialmente por um encontro com duração de aproximadamente duas horas. Caso esse tempo não permitisse a obtenção de dados suficientes para a compreensão satisfatória dos objetivos da pesquisa poderia ser solicitado mais um encontro. Foram realizadas duas entrevistas com duas famílias e uma entrevista com uma família.

Os encontros foram realizados nos locais de realização da pesquisa, foram gravado em fita cassete com a permissão da família e foram posteriormente transcritos. Antes de iniciar as entrevistas foram apresentados os objetivos da pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (vide anexo III) para que a família assinasse caso estivesse de acordo.

O conteúdo da entrevista teve como base as três dimensões do Modelo Familiar FIRO. Um roteiro (vide anexo II) foi elaborado em forma de perguntas, todavia, como já foi dito, serve apenas para facilitar o entendimento do leitor sobre aquilo que foi investigado, pois foi realizada entrevista clínica por meio de conversação, tendo-se as questões apresentadas apenas como referência.

### **4. Análise de Dados**

O conteúdo das conversações e dos dados do Genograma foram analisados conforme os objetivos propostos e as categorias do Modelo Familiar FIRO, anteriormente descritas.

Após a transcrição das entrevistas (vide anexo IV), foi feita a leitura dessas e a pesquisadora escreveu suas impressões sobre a condução das entrevistas, a construção do genograma, o entrosamento entre os familiares e demais observação a respeito. Foram assim esquematizados os chamados “memos” (vide anexo V), que segundo Berthoud (2000, p. 137)

*“são redigidos pelo pesquisador a qualquer momento para registrar idéias, dúvidas, insights, hipóteses, descobertas, enfim, para documentar seu processo de pensamento durante todos os passos da pesquisa (coleta e análise de dados), e são utilizados posteriormente para a redação da proposta teórica”.*

<b>Intimidade:</b> auto-revelação e intercâmbios pessoais	<b>Mutualidade:</b> dividir os sentimentos, relacionar-se com outros como personalidades únicas, interações sexuais emocionalmente íntimas, compartilhamento de vulnerabilidades
---	--

Fonte: Adaptado de W. J. Doherty, N. Colangelo, D. Honvander. Priority setting in family change and clinical practice: The Family FIRO Model. **Family Process**, v. 30, p. 227-240, 1991. e de S. H. MCDANIEL, J. HEPWORTH e W. J. DOHERTY. **Terapia Familiar Médica: Um enfoque Biopsicossocial às Famílias com problemas de saúde.** Porto Alegre: Artes Médicas. 1994. p.95-98.

A próxima etapa foi agrupar o conteúdo das conversações nessas categorias e subcategorias. Para melhor visualização e para facilitar o processo de análise e discussão, foram montadas tabelas com esses dados (vide anexo VI). A interpretação e a discussão dos dados em confrontação com a teoria foi o próximo passo.

## 5. Considerações Éticas

Ressalta-se que uma postura ética na presente pesquisa implicou em uma relação de respeito e confiança não manipulativa e não coercitiva, a solicitação do consentimento informado para a família, a garantia de privacidade e sigilo e a proteção contra possíveis danos aos participantes. O relatório em sua forma final também está disponível aos participantes e instituições que tenham colaborado com a realização da pesquisa, podendo o participante desistir de sua colaboração quando lhe aprouver.

## ***IV - RESULTADOS E DISCUSSÃO***

Percorrida a trajetória de análise e agrupamento do conteúdo das conversações nas dimensões definidas pelo Modelo Familiar FIRO, foi possível ter uma visão sumarizada das interações de cada família participante, como será descrito a seguir. Posteriormente as categorias Inclusão, Controle e Intimidade foram minuciosamente analisadas com o conteúdo das conversações e confrontadas com o referencial teórico. Finalmente foi feita uma análise das interações de cada família com adolescente obeso e uma comparação entre as três.

## **1. Genograma e caracterização das famílias**

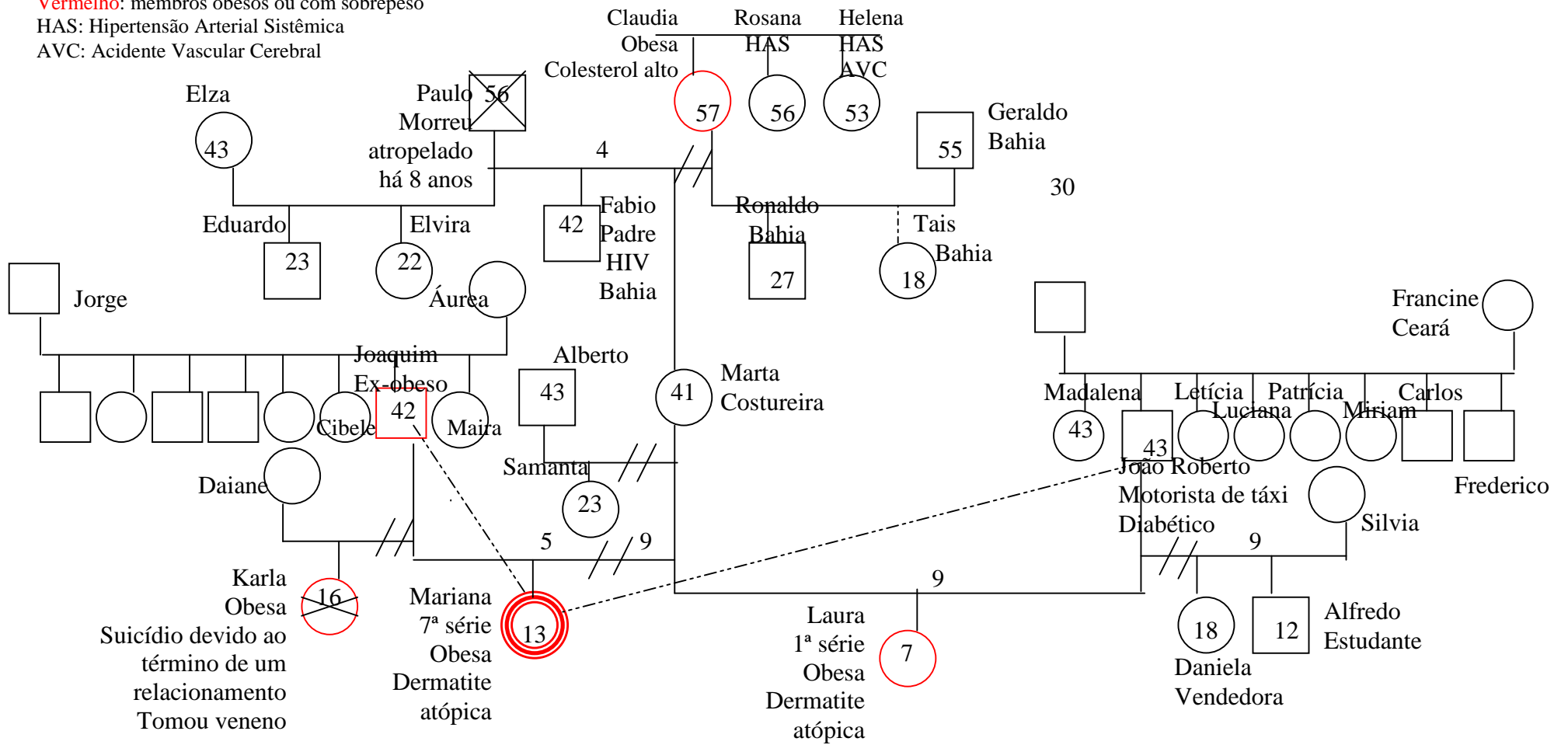
## Genograma Família Almeida

### Legenda:

**Vermelho:** membros obesos ou com sobrepeso

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica

AVC: Acidente Vascular Cerebral



### **1.1. Família Almeida**

A entrevista com a Família Almeida foi realizada no Ambulatório de Obesidade do Departamento de Pediatria da UNIFESP em duas etapas e em ambas participaram a mãe (Marta), a filha adolescente (Mariana) e a filha menor (Laura).

Na constituição atual dessa família está o marido atual da mãe e pai da filha menor, a mãe, a filha adolescente de um casamento anterior e a filha da união atual. Esse é o terceiro ajuntamento da mãe; no primeiro teve uma filha (Samanta) que hoje tem 23 anos que não reside com eles. O marido atual da mãe foi casado anteriormente e nessa relação teve dois filhos (Daniela e Alfredo).

O pai da adolescente também teve uma relação antes de se juntar com a sua mãe. Dessa primeira união teve uma filha que foi criada durante um período por Marta (mãe da adolescente), e que mais tarde cometeu suicídio devido ao término de um relacionamento afetivo.

A avó materna da adolescente teve dois relacionamentos conjugais: no primeiro nasceram Fabio e Marta e no segundo nasceu Ronaldo e Thais foi adotada. O avô materno, já falecido, também teve duas uniões: na primeira nasceram Eduardo e Elvira e a segunda foi com a avó materna da adolescente.

Tanto a família do pai de Mariana (adolescente) como a do pai de Laura (menor) não mantém muito contato com a família constituída. Somente a família da mãe das meninas conserva proximidade.

Mariana não vê o pai há sete anos e com o padrasto tem uma relação distante. Na primeira entrevista a Mariana não via a família paterna há muitos anos, porém no período entre as entrevistas foi até a casa dos avôs paternos e re-encontrou a família.

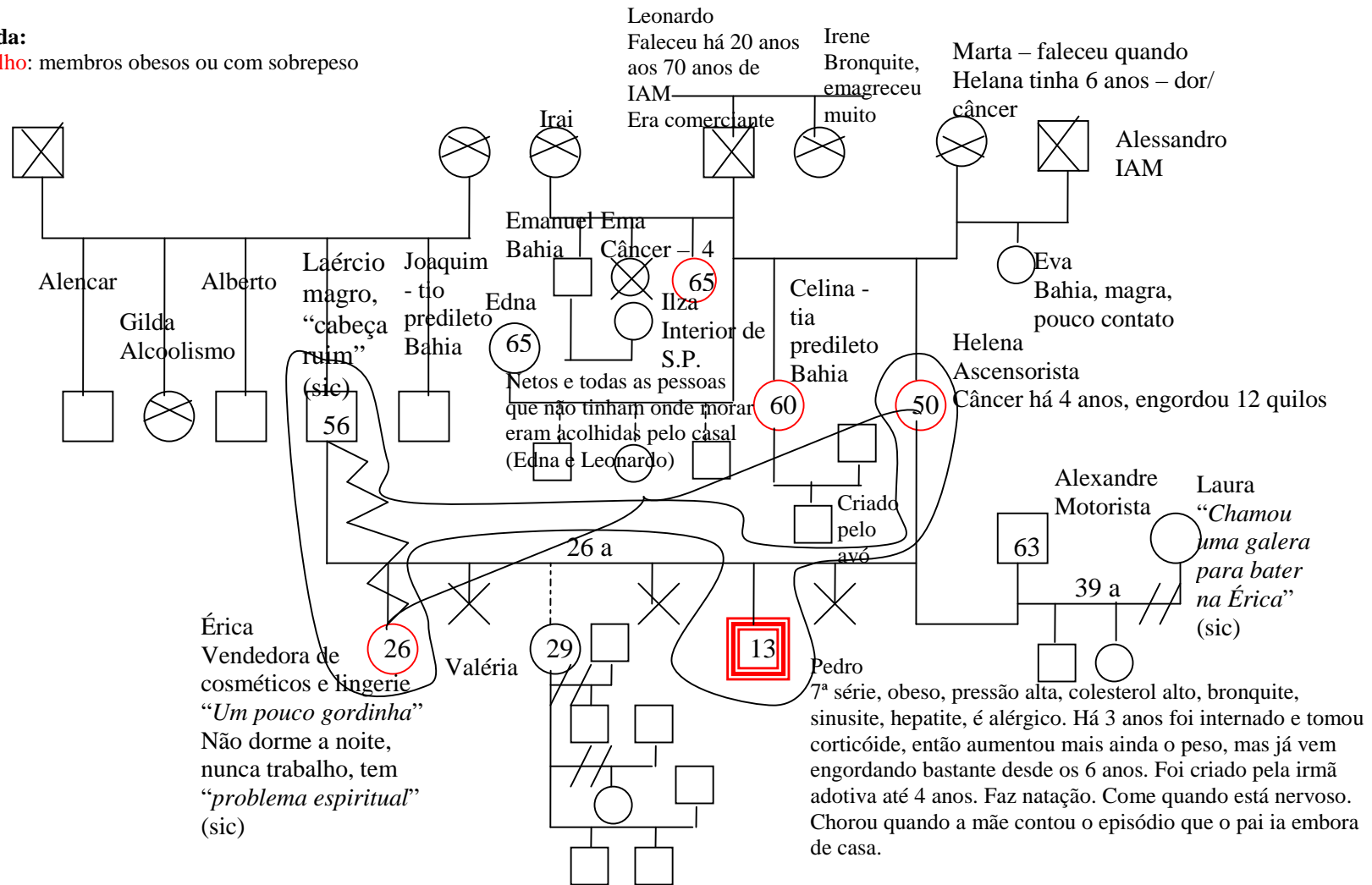
Os membros obesos dessa família são: Laura (filha menor), Mariana (filha adolescente), Karla (irmã paterna de Mariana) já falecida, Claudia, a avó materna. Joaquim (pai de Mariana) já foi obeso.



## Genograma Família Braga

### Legenda:

**Vermelho:** membros obesos ou com sobrepeso



## **1.2. Família Braga**

Com a Família Braga foi realizada apenas uma entrevista no Ambulatório de Obesidade do Departamento de Pediatria da UNIFESP, na qual estiveram presentes a mãe e o filho adolescente.

Residem na mesma casa Helena (mãe), Laércio (pai), Érica (filha do casal) e Pedro (filho adolescente). O casal criou Valéria, uma moça trazida da Bahia por Helena, que é considerada filha adotiva. Essa está na terceira união e tem um filho da primeira, uma filha da segunda e dois filhos nessa relação atual. A relação dela com esse marido é conturbada, especialmente pelo fato de ele ser usuário de drogas.

Helena (mãe do adolescente) cometeu três abortos. Atualmente mantém relação extraconjugal com um homem que já teve um casamento anterior, no qual teve dois filhos.

A relação entre Helena e Laércio está bastante comprometida, pois a esposa não deseja manter essa relação, e até já preserva um outro relacionamento, como já foi dito. O marido (Laércio), por sua vez, quer conservar a relação com a esposa e deseja que ela rompa o caso. O conflito entre marido e mulher afeta diretamente os filhos e como resultado a filha vive um constante conflito com o pai e o filho está sempre intermediando o casal (pai e mãe).

Há segredos em relação à paternidade de Pedro (adolescente), assim como no que se refere aos avôs paternos e motivo de seus falecimentos e ao fato do marido da filha adotiva ser usuário de drogas. A mãe preserva esses segredos do conhecimento do filho.

O avô materno, já falecido, teve três uniões; na primeira teve um filho e duas filhas, na segunda nasceu Helena e sua irmã Celina e na terceira cuidou de muitas pessoas que considerava filhos adotivos. A avó materna, também falecida, casou-se duas vezes, tendo uma filha na primeira união e na segunda a mãe e a tia do adolescente.

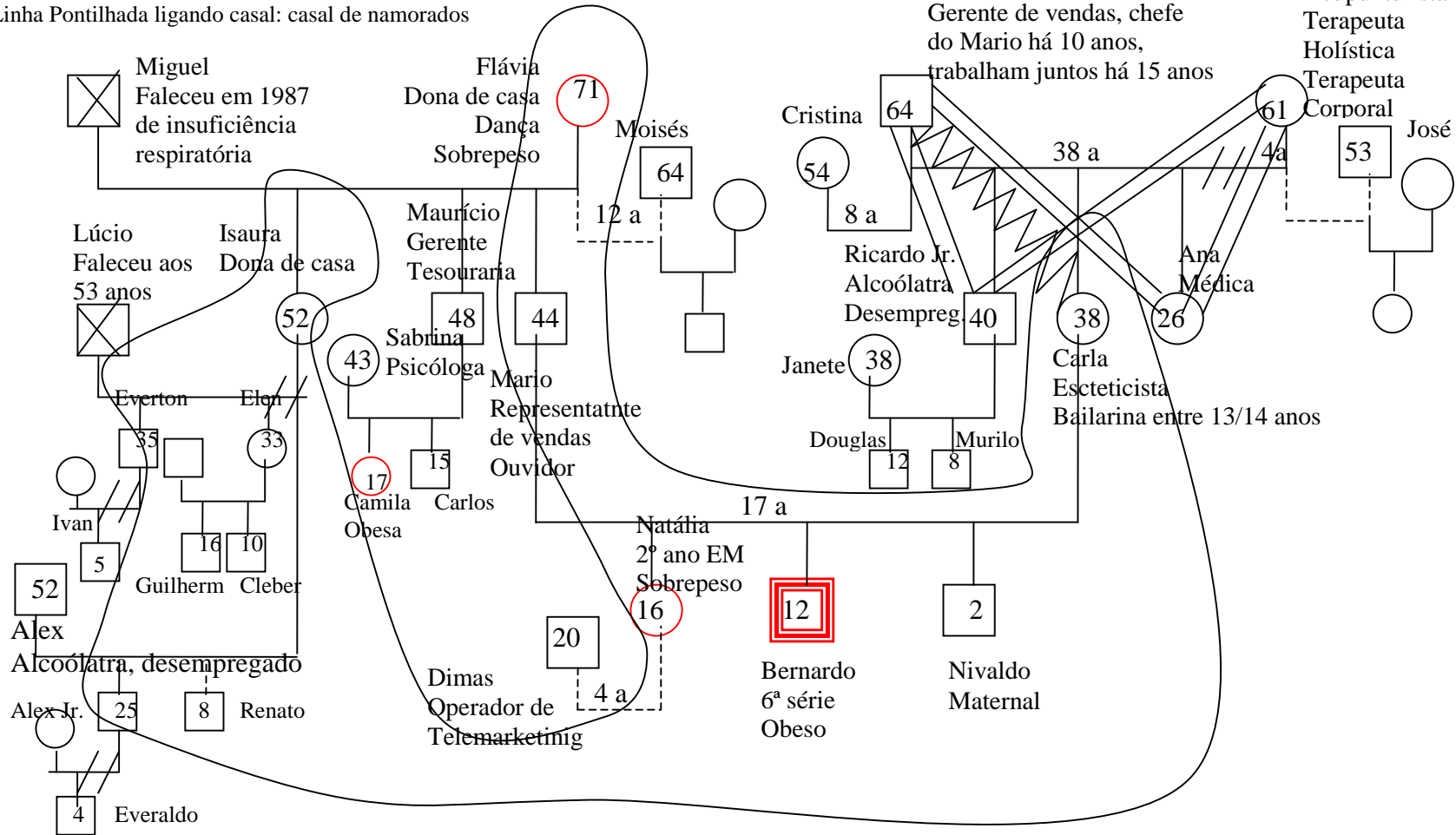
Não há muita proximidade da família nuclear com a extensa, apenas uma tia materna (Celina, irmã de pai e mãe da mãe do adolescente) e um tio paterno (Joaquim) convivem mais com a família do adolescente.

A mãe, a tia Celina, a tia Ilza e a irmã são as pessoas que também apresentam obesidade ou sobrepeso além de Pedro. “*Alguns parentes*” (sic) de Pedro que não aparecem no genograma, por fazer parte do segredo da mãe em relação à paternidade do menino, também são obesos.

## Genograma Família Carvalho

### Legenda:

**Vermelho:** membros obesos ou com sobrepeso  
 Linha Pontilhada ligando casal: casal de namorados



### **1.3. Família Carvalho**

A família Carvalho foi duas vezes entrevistada, na primeira participaram a mãe, o pai e o adolescente e na segunda, o pai, a irmã e o adolescente. Os dois encontros foram realizados numa Clínica particular especializada na prevenção e tratamento da obesidade infanto-juvenil localizada em São Paulo.

O casal Mario e Carla tem três filhos: Natália, Bernardo e Nivaldo. A convivência com a família extensa ocorre tanto com a paterna, como com a materna. A família paterna está mais presente porque reside no mesmo espaço. A avó, uma tia com filhos e netos compartilham o mesmo terreno em que está a casa de Bernardo. O avô paterno já é falecido e a avó tem um namorado, que é casado.

Os avôs maternos estão separados e cada um tem um outro relacionamento, o avô casado e a avó namorando. A relação da mãe do adolescente com seu pai (avô paterno) é conflitiva, especialmente porque a atenção dele sempre esteve voltada para os outros dois filhos (tios do adolescente). Com a avó, apesar da maior proximidade também com os outros filhos, a mãe do adolescente se relaciona melhor.

Nesta família são obesos ou apresentam sobrepeso o adolescente, sua irmã, uma prima paterna e a avó paterna.

## **2. Análise das categorias**

### **2.1. Inclusão**

A primeira dimensão **Inclusão** refere-se à organização e à conexão no sistema familiar. Permite caracterizar quem faz o quê, que posição cada um ocupa naquela família (Estrutura), quem se relaciona com quem e de que forma (Conexão) e quem é aquela família enquanto grupo (Significado compartilhado).

É relevante identificar quem e o que está incluído ou excluído e de que forma essa interação ocorre. Doherty e Harkaway (1990) chamam a atenção para a maneira como as questões ligadas à obesidade, ao obeso e ao tratamento são incorporadas na estrutura de famílias que têm essa problemática.

Ao desenhar o genograma com as famílias, identificando os membros, conversando sobre como se organizam, como estão envolvidos uns com os outros, como se apóiam, como se sentem pertencentes ao grupo familiar, como os membros obesos estão ou não incluídos e quais os hábitos, valores, atividades que compartilham, foi possível avaliar a estrutura, a conexão e significado compartilhado.

**2.1.1. Estrutura:** expressa a organização da família constituída pelos padrões de interação que se tornam rotina entre os membros (DOHERTY, COLANGELO e HOVANDER, 1991). Inclui limites, configuração de papéis e posição nas relações familiares, alianças, vínculo geracional.

Limites: fronteiras mais rígidas entre a família de origem e a atual e difusas entre os membros da família atual aparecem nas famílias Almeida e Braga; limites mais flexíveis são característicos apenas na família Carvalho, como pode ser evidenciado nas seguintes falas:

Fronteiras rígidas entre a família de origem e a atual e difusas entre os membros da família atual

*Família Almeida*

Mãe falando em relação á família do marido atual:

*Marta (mãe): (...) a vó liga de vez em quando... mas eles estão lá e nós cá.*

Mãe referindo-se aos programas sociais entre ela e o marido:

*Marta (mãe): A gente saia mais, agora é muito difícil. Eu não quero deixar elas, então eu procuro não sair para não deixar elas.*

*Marta (mãe): Não, faz mais de ano que a gente não faz isso, desde que a gente voltou sempre to procurando que elas participem, que elas estejam junto comigo, que o apoio delas sou eu.*

### Família Braga

Mãe comentando sobre seu contato com a família extensa:

*Helena (mãe): (...) Elas eu já não sei porque eu vou muito pouco na casa da minha irmã, a gente conversa por telefone...*

Diálogo entre mãe e pesquisadora referente aos programas sociais do casal:

*P: E com o Laércio (marido) você não sai faz muito tempo então, ou vocês costumam sair só vocês dois...?*

*Helena: Não.*

*P: Mas com o Alexandre (“amigo”) você sai?*

*Helena: Saio com ele e com os meus filhos.*

Esse tipo de configuração familiar se encaixa na descrição de Minuchin, Rosman e Baker (1978) a respeito das famílias que encorajam os sintomas psicossomáticos. Essas famílias podem apresentar fronteiras difusas e serem emaranhadas ou aglutinadas uma vez que os limites nos subsistemas são precários, a intrusão entre os membros é freqüente e a autonomia individual é postergada, como se observa nas famílias aqui estudadas em que pai e mãe não têm preservado o espaço de marido e esposa.

As famílias podem ainda, segundo os autores, ser rígidas e evitar conflitos, que não são solucionados por representarem ameaça ao equilíbrio familiar, como ocorre com as famílias de origem acima descritas.

### Fronteiras flexíveis

### Família Carvalho

Pai explicando quem mora no mesmo terreno.

*Mario (pai): Porque são quatro casas, uma é da minha mãe, outra é a nossa, depois a Elen (sobrinha) (...) e aqui mora a minha irmã (...).*

Filha relatando que mesmo morando no mesmo espaço, a avó respeita o funcionamento da família nuclear.

*Natália (filha): Mas ela (avó paterna) não interfere em nada na minha vida, não fala nada, é ela na casa dela e a gente na nossa, mas a gente se vê.*

O uso da obesidade como uma proteção às fronteiras familiares e adiamento do ingresso no mundo adulto, descrito por McDaniel, Hepworth e Doherty (1994) como um recurso utilizado pelo adolescente obeso que sente-se socialmente marginalizado e que encontra na família um refugio, pareceu ser uma preocupação em duas das famílias participantes.

### Família Braga

*Helena (mãe): (...) E eu falo que ele (filho) é bonito, mas que precisa ficar mais bonito, emagrecer, já já ele vai ver as coleguinhas dele namorando né...*

### Família Carvalho

*Mario (pai): (...) hoje ele (filho) não pensa em namorada, mas no futuro vai precisar, vai querer e... não quero que os outros tirem sarro dele...*

A idade desses adolescentes ainda não coloca em evidência a saída da casa dos pais, porém todos demonstraram não apreciar programas fora do lar. Para McDaniel, Hepworth e Doherty (1994) a preferência por ficar em casa, assistindo televisão e comendo é mais garantida que aventurar-se



em atividades com os amigos, namorar ou fazer descobertas sexuais e sem os engajamentos amorosos, a possibilidade de deixar a casa dos pais no futuro diminui.

Família Almeida

*P: E você sai, costuma sair com as amigas, ir ao shopping, fazer alguma coisa com as amigas?*

*Mariana (filha adolescente): Não...*

Família Braga

*Helena (mãe): Ele (filho) não sai, só fica em casa, vai para escola com o pai, volta com o pai, vai para nataçãõ e volta, às vezes os colegas dele vão até em casa com ele...*

Família Carvalho

*Carla (mãe): (...) o Bernardo (filho) sai um pouco mais para rua. A gente mora numa rua sem saída e nem para rua ele ia, ta certo que não tinha ninguém da idade dele, é tudo mais velho ou mais novo.*

Para estabelecer autonomia, independência e garantir o desenvolvimento, Cangelli (1998) defende que o adolescente precisa tornar-se responsável por suas próprias decisões e sentir-se seguro com a orientação dos pais. O jovem precisa modular a autoridade paterna e aumentar a flexibilidade das fronteiras familiares. Se o fato desses jovens permanecerem mais em casa, como mostrado nas falas acima, estiver ligado à segurança pelo fato de ser obeso, a flexibilidade dessas fronteiras pode ser dificultada e, por conseqüência, adiar o estabelecimento da autonomia do adolescente.

Configuração de papéis e posição nas relações familiares: a figura parental que se responsabiliza pelo tratamento de obesidade do filho

diante da instituição de saúde é também aquela que ostenta o papel de líder na divisão das tarefas, seja na relação conjugal, seja na parental; em contra-partida, seu complemento é submisso ou permissivo. Nas famílias Almeida e Braga esse papel de comando é desempenhado pela mãe e na Carvalho, pelo pai. Entre os filhos encontra-se o que tem poder, o que é excluído, o que media os conflitos paternos, o que provoca.

É importante observar que cada um dos papéis descritos tem algum ou alguns outros que o complementam, por exemplo, a mãe só é dominante porque há um pai submisso. Macedo (1994) diz a esse respeito que cada pessoa exerce diferentes papéis na relação com cada uma das outras e as mudanças de comportamento podem ser proibidas ou estimuladas pelas expectativas dos membros da família.

### Mãe dominante e pai submisso

#### Família Almeida

Mãe descrevendo a relação entre ela, o marido atual e a filha deles:

*Marta (mãe): Ele (marido atual) se mostra ser quieto, não é agressivo, não é de bater boca (...), não tem atitude para coisas, tudo sou eu, tudo sou eu. (...) Ele sai com ela (Laura, filha do terceiro casamento) faz as vontades, e se dão bem, para ele tudo é amém, ele aceita tudo que ela diz, o que ela quer ele faz... já eu não. (...) (Ela) Fala: “Você não tem atitude pai!”, e eu falo para ela: Ó o respeito. E para ele: “Você não sabe corrigir a menina e dar uma bronca?”*

Mãe descrevendo o marido atual, pai da filha deles:

*Marta (mãe): (...) mas se ele (marido) tá aqui se eu empurrar ele vai e se eu puxar ele volta e fica, não tem atitude para as coisas, tudo sou eu, tudo sou eu. Se precisar pagar uma conta e eu não falar vai lá pagar, ele fica me esperando para ir (...) eu comprei uma*

*Kombi, ele me ajuda em casa porque eu tenho uma oficina de costura...*

### Mãe dominante e pai excluído

#### Família Braga

Mãe contando de sua vida, seu desenvolvimento pessoal, suas conquistas e no final expondo a postura do marido em relação a ela:

*Helena (mãe): (...) Eu trabalhava e comecei a viver minha vida. Eu ia (...) buscar roupa, vendia (...), fazia academia e ainda dava atenção para ele (filho), (...) eu trabalhava no elevador (...), e hoje em dia (...) eu já me aposentei. (...) eu comprei uma casa pequena, hoje ela tem 7 cômodos, porque sempre fui muito lutadora. (...) E o Laércio (marido) me ajuda agora em casa, porque agora ta querendo ser recém-casado, então lava louça, lava quintal.*

Mãe relatando a relação que mantém com o marido:

*Helena (mãe): (...) Eu, ele (marido) fala, fala e tem hora que deixo falando sozinho eu não tive tanto estudo, mas eu trabalhei 13 anos ali com pessoas, é diferente, né, com advogadas todos os dias. (...) Hoje eu não me misturo...*

Diálogo entre a mãe e a pesquisadora sobre a convivência do casal:

*Helena (mãe): Não, onde nós estamos ele (marido) fica, ele fica conversando com a gente o tempo inteiro, ele não para.*

*P: E aí vocês conversam? Respondem?*

*Helena (mãe): Sim conversamos. Tem horas que eu respondo e tem horas que fico quieta que ele só fala o que não dá nem para ouvir sabe.*

*P: Às vezes vocês acabam (...) deixando ele um pouco de lado?*

*Helena (mãe): É que só fala coisas que...*

### Pai dominante e mãe submissa

### Família Carvalho

Pai relatando uma das formas como põe ordem na casa:

*Mario (pai): (...) eu lavo louça, não deixo a empregada lavar, porque aí sobra tempo para ela passar roupa. Chega uma hora que eu tenho que falar para ela parar de fazer o que está fazendo, passando pano para poder passar roupa (...).*

Diálogo entre o pai e a pesquisadora sobre quem assume as tarefas domésticas em casa.

*P: E quem cuida de serviços de açougue, supermercado, feira?*

*Mario (pai): Tudo eu, feira a gente não faz, mas mercado eu vou duas ou três vezes por semana, açougue e todas as compras em casa sou eu que faço.*

*P: E quando as crianças ficam doentes quem leva ao médico, você ou a Carla (mãe)?*

*Mario (pai): Normalmente nós dois, até como eu tenho essa facilidade de horário (...) então sou sempre eu com ela...*

Pai referindo-se à falta de imposição da mãe frente aos filhos:

*Mario (pai): Ela (mãe) não se impõe como mãe de colocar autoridade, ela lida muito de igual para igual, aí ela xinga eles, eles xingam ela...*

### Filha maior fica com a sobra e a filha menor é sempre soberana

#### Família Almeida

Mãe comentando a atitude do marido atual em relação à filha menor, da qual ele é pai e à filha adolescente, da qual ele é padrasto, e como isso reflete no comportamento das meninas.

*Marta (mãe): Ele (marido atual) sempre foi de comprar só para ela (Laura, filha do casamento atual), (...) às vezes ele compra muitas balas, pirulitos, para as duas (Mariana, filha do segundo casamento da mãe e Laura), mas ela (Laura) acha que é só dela, aí que eu entro*

*no meio, ou é para as duas ou não é de ninguém é meu, aí ela (Laura) acaba concordando e eu acabo dividindo.*

### Filho faz o papel de mediador de conflitos

#### Família Braga

Diálogo entre a mãe, o filho e a pesquisadora sobre o conflito entre o marido e a esposa e a maneira como usam o filho na disputa colocando-o até mesmo para dormir com uma das partes do casal e tirando-o de seu próprio quarto:

*Pedro (filho): E eu não posso dormir na minha cama.*

*Helena (mãe): E ele tem um quarto...*

*P: E o que você acha disso, você fica no meio dessa história?*

*Helena (mãe): Desse fogo cruzado.*

### Filho é rotulado como provocador dos tumultos familiares

#### Família Carvalho

Pai relatando o comportamento do filho adolescente em relação aos outros membros da família, especialmente em relação ao irmão menor:

*Mario (pai): Ele gosta de estressar todo mundo naquela casa, ele fica apurrinhando o Nivaldo (filho mais novo) até ele chorar.*

*Bernardo (filho adolescente): Hum...*

*Mario (pai): Ele tira a chupeta do Nivaldo (filho mais novo) e fica irritando até o Nivaldo chorar, aí a gente briga e pede para parar aí ele pega outra coisa que o Nivaldo vai querer... ele gosta de irritar as pessoas.*

Em relação às famílias extensas, em duas das famílias participantes há uma posição de destaque aos membros que estão bem do ponto de vista financeiro e profissional e uma depreciação dos que estão em dificuldade.

#### Família Braga

Mãe referindo-se ao status dos irmãos e sobrinhos.

*Helena (mãe): (...) A Ilza (irmã de Helena por parte de pai) da minha família ela tem uma família bem formada. Ela ficou viúva, arrumou um outro marido, (...) os meninos todos estudados, a minha sobrinha já tem faculdade, o sobrinho é gerente do Bamenrindus, todos estão muito ótimos. (...) Já ele (Emanuel, irmão de Helena por parte de pai) mora na roça, mas os meus sobrinhos lá também todos trabalhando como professores, trabalham na prefeitura.*

#### Família Carvalho

Diálogo entre pai, filho e mãe sobre a boa posição sócio-econômica do tio do adolescente:

*Mario (pai): O Maurício (irmão do pai) é gerente de financeira, de tesouraria.*

*Bernardo (filho adolescente): Foi o único que se deu bem na família (risos)*

*Carla (mãe): Foi o único que estudou...*

Respostas do pai a respeito da profissão de outros dois tios do adolescente:

*Mario (pai): E o Ricardo (irmão da mãe) faz o que? Bebe! (risos)*

*P: O Alex (cunhado do pai) faz o que?*

*Mario (pai): Bebe pra caramba. (risos)*

Alianças: os conluios foram nitidamente identificados tanto em torno da alimentação como em outros aspectos das relações triangulares.

Pai e filha contra o tratamento: o pai magro, apesar de diabético, sela sua aliança com a filha agradando-a com todas as guloseimas e comidas

que forem da vontade dela. Com isso não contribui com o tratamento, porém preserva o amor da menina por ele e os passeios que compartilham.

*Família Almeida*

Mãe contando as atitudes do pai (marido atual) em relação à alimentação da filha menor e a confirmação dessa no diálogo com a mãe:

*Marta (mãe): (...) Assim, por mais que eu controle, eu falo para ela (filha menor) não comer um salgadinho, ele (pai) sai na rua e dá para ela o salgadinho, doce, se deixar, é à vontade, ela acorda de manhã já com o saquinho de bala do lado. Tem vez que ele compra que eu nem vejo (...).*

*P: E porque você acha que ele faz isso?*

*Marta (mãe): Acho que ele pensa: ela quer, é criança tem que fazer os gostos...*

*P: O que você acha Laura (filha menor)?*

*Marta (mãe): Ela acha que ele quer agradar (...).*

*Marta (mãe): Ele faz carreto, então quando ele sai com ela de manhã e volta de tarde você já sabe que ela ultrapassou.*

*Marta (mãe): Salgadinho ela diminuiu bastante, a não ser que está comendo escondido com o pai e eu não estou sabendo (...).*

*Laura (filha menor): Ele já comprou dois salgadinhos para mim, aquela batatinha pequena e aquele outro.*

*Marta (mãe): Ontem mesmo você passou o dia com ele.*

*Laura (filha menor): Aí ele comprou só um sorvete.*

Para Golan, Weizman, Apter e Fainaru, (1998) o fato de um dos progenitores não se responsabilizar o bastante no tratamento do filho, não

criando oportunidade para a prática de atividade física ou expondo-o a estímulos alimentares não saudáveis é a maior dificuldade encontrada nos tratamentos. E, em geral, reflete um fenômeno comum de disputa de poder entre os pais. Esse descompromisso com a saúde da filha funciona exatamente desta forma, como pode ser observado nas falas acima.

Mãe e filho contra o pai: conflitos relacionais unem mãe e filho contra o pai. Vale ressaltar, neste caso, que ao observar o genograma nota-se que a aliança é formada por obesos (mãe e filho) contra não obeso (pai). A obesidade pode servir aqui como mais um elo unindo os aliados e isso pode influenciar sua manutenção.

*Família Braga*

Mãe narrando a intimidade que mantém com o filho e o quanto ele a protege do marido.

*Helena (mãe): (...) Ele (marido) falou que ia fechar a janela, que já estava fechada, e aí Pedro (filho) falou: “Você não foi fechar vitrô nada que você estava sentado na cama da minha mãe!”, que vidro que nada... ele me protege sabe muito. (...) que os únicos que ficam a vontade em casa é eu e ele (Pedro, filho), não sei se é errado ou certo, mas nós não temos segredos, nós ficamos a vontade, nós toma até banho juntos, eu peço para ele passar os óleos, e a gente é muito amigo assim. (...) É que eu acho que como ele tem esse pai com a mente um pouco pequena, ele tem que se abrir comigo né?!*

Esse trecho de conversação juntamente com outros encontrados nos itens Apoio Negligente e Atividade Compartilhada (abaixo descritos) confirmam o que diz McDaniel, Hepworth e Doherty (1994) a respeito de Conluio na Família de obesos. De acordo com eles, quando um dos pais é magro e o outro obeso o peso do filho pode selar uma aliança de fidelidade com o progenitor com excesso de peso. Mesmo não sendo uma escolha consciente do filho, a obesidade pode indicar conluio na família, pois



favorece maior proximidade entre a dupla que compartilha questões referentes ao sobrepeso, tais como: comer, fazer dieta ou atividades físicas, sentir-se estigmatizado socialmente. Juntos também podem se precaver contra tentativas de ajuda ou intervenção de outros membros. Nesta situação, perder peso ameaça a aliança e dá margem a sentimentos de abandono e traição ao membro que permanecer obeso. Na família Braga mãe e filho são obesos e bastante próximos em tudo que fazem tanto em relação à comida quanto a outros aspectos, como o lazer, por exemplo.

Mãe, filho e filha contra o pai: repete-se o mesmo mecanismo da aliança anterior entre membros obesos e não-obeso, porém exacerbado pelo conflito conjugal dos pais no qual os filhos estão presentes.

*Família Braga*

Diálogo entre a mãe, o filho e a pesquisadora a respeito da convivência familiar:

*Helena (mãe): Não, eu ando com ele (Pedro, filho) e a Érica (filha), mas com ele (Laércio, marido) não.*

*Helena (mãe): Não, onde nós estamos ele (marido) fica, ele fica conversando com a gente o tempo inteiro, ele não para.*

*P: E aí vocês conversam? Respondem?*

*Helena (mãe): (...) Tem horas que eu respondo e tem horas fico quieta que ele só fala o que não dá nem para ouvir sabe.*

*Pedro (filho): Inclusive tem horas que eu fico trancado no meu quarto quando começa propaganda.*

*Helena (mãe): Ele (filho) tem um piriquitinho que ele leva para lá e faz companhia.*

*P: E comem vocês quatro ou o Laércio (marido) não come com vocês?*

*Helena (mãe): Também, ele come...*

*Pedro (filho): Ele come onde a gente tiver, só para encher o saco.*

*Helena (mãe): Onde a gente está ele está atrás, sabe...*

Preto (2001), ao descrever a Família Adolescente, enfatiza que na busca por vencer uma situação de desequilíbrio, os papéis são revistos e não raramente conflitos não resolvidos entre o casal podem ser questionados, e até os irmãos podem buscar uma redefinição de lugares e valores dentro do grupo familiar. Essa pode ser uma justificativa para os conflitos conjugais presentes na família Braga que se agravaram com a entrada do filho na adolescência.

Mãe e filho contra a filha: aliança formada especialmente em relação à alimentação e que exclui um dos membros (filha) da aliança anterior.

Família Braga

Diálogo entre a mãe e a pesquisadora sobre o quanto beneficia mais o filho que a filha.

*P: Você acaba protegendo um pouco mais o Pedro?*

*Helena (mãe): Um pouco não, às vezes protejo muito, porque eu trago uma bolacha para ela (Érica, filha) normal e para ele (Pedro, filho) o que ele quer...*

*P: E acaba protegendo o Pedro (filho) e ela (Érica, filha) cobra?*

*Helena (mãe): Cobra e cobra feio.*

Alianças na família extensa: alianças entre avôs e tios excluindo um dos pais do adolescente.

Família Carvalho

Pai contando sobre a relação de sua esposa, mãe do adolescente, com os pais dela, avós do adolescente.

*Mario (pai): (...) A Carla (mãe) sempre foi muito mais revoltada, até porque eu acho que os dois (pai da Carla e Carla) têm o mesmo gênio, mas com a Ana (irmã de Carla) não, é a mais nova sempre foi o xodozinho, (...). O filhinho do coração antes da Ana era o Ricardo (irmão de Carla), e depois que a Ana nasceu passou a ser o*

*Ricardo e a Ana dividido, então ela nunca teve nada, ela sempre foi a revoltada de casa. (...) com a mãe ela tem muito mais ligação que com o pai, mas mesmo assim também é muito mais o Ricardo e a Ana do que a Carla...*

Vínculo geracional: em todas as famílias participantes da pesquisa foram percebidos vínculos intergeracionais frágeis, talvez favorecidos também pelos conluios já expostos, como pode ser observado no tom de ironia da fala da mãe da família Carvalho nas seguintes conversações:

*Família Carvalho*

Diálogos entre a mãe e a pesquisadora na montagem do genograma:

*P: (Você e seus dois irmãos) São todos filhos do mesmo pai e da mesma mãe?*

*Carla (mãe): Dizem que sim (risos), vai saber... os meus eu garanto, agora o resto...*

*P: (Seu pai está) Vivo também?*

*Carla (mãe): Isso, acho, até hoje de manhã tava (risos).*

*P: (Seu pai) Tem filhos com ela (esposa atual)?*

*Carla (mãe): Não, acho que não (risos), fora os outros que deve ter perdido por aí, porque a gente não sabe... (risos)*

Pai falando sobre a ligação de sua esposa, mãe do adolescente, com o pai dela, avô do adolescente.

*Mario (pai): A Carla (mãe) nunca se deu muito bem com o pai dela, (...) ela não liga, não liga de não ter essa ligação (...) com a mãe ela tem muito mais ligação que com o pai, mas mesmo assim também é muito mais o Ricardo (tio) e a Ana (tia) do que a Carla.*

Outro vínculo geracional frágil é entre a mãe e a filha adotiva em uma das famílias estudadas. O que chama a atenção é que a mãe em alguns momentos a inclui como filha e em outros não.

Família Braga

Mãe referindo-se à Valéria, filha adotiva.

*Helena (mãe): Não, eu tenho uma filha adotiva, mas que não tem nada a ver... assim, mas não está no meu nome, fui passear no norte e trouxe ela com nove anos e está comigo há uns 20 e poucos anos, e tem os filhos dela.*

Na relação do pai com essa filha adotiva e dela com seus filhos parece ter também um vínculo frágil, em que há distanciamento, falta de acolhimento, rigidez nas decisões, dificuldade nos diálogos, segredos.

Família Braga

Mãe contando sobre relação de Valéria, sua filha adotiva, com a família (pai, mãe, marido e filhos):

*P: A Valéria tem filhos né?*

*Helena (mãe): Quatro filhos e um nasceu na minha casa e o Laércio (pai) não quis, ela teve que dar. Ele já tinha avisado que se ela arr7(u)-0.295585(m)1.585(r)-1.22997(7(u)-0.2953.74(n)-55)-0.2955i85(v)3.74(i)-2.164*

*Helena (mãe): (...) ela (filha) diz que se arrependeu de sair daqui, mas eu vou acolher ela com 4 filhos? Não tem como. A menina ela pega de final de semana...*

A adoção e agregação de membros é um tipo de vínculo comum nesta família, como se constata na seguinte fala:

#### *Família Braga*

Mãe descrevendo como seu pai e a terceira esposa dele adotavam ou agregavam pessoas à família:

*Helena (mãe): Não, teve filho adotivo, porque meu pai era assim, se uma criança nascia (...) se o pai e mãe não queria, ele levava para casa... (risos), alguém dos parentes de São Paulo que não queria, ia para minha casa, então minha casa era cheia de gente diferente, de gente que não tinha... Veio um senhor aqui para São Paulo e o genro não aceitou, então a filha queria mandar de volta para Bahia, aí chega lá o cara vai para minha casa. Então uma criança nasceu e a mulher era parálitica, e ela quando meu pai estava passando disse umas palavras feias... (...). Aí acabou de nascer a criança com a parteira, passou uns panos lá e levou para minha casa e essa que eu tô falando que a Edna (terceira esposa do pai de Helena) criou.*

Mesmo com parentes da mesma geração, ou seja, com os irmãos de outras relações dos seus pais o vínculo é desprovido de um contato mais afetivo:

#### *Família Almeida*

Diálogos entre a mãe e a pesquisadora sobre o convívio de Mariana e Laura, as filhas que moram com a mãe, com filhos de outros casamentos da mãe e do pai de cada uma.

*P: E a Samanta (filha do primeiro casamento da mãe) vê vocês com frequência?*

*Marta (mãe): Agora que ela tá de férias ela vem todo dia lá pra minha casa.*

*P: Por parte de pai ela (Mariana, filha do segundo casamento da mãe, adolescente obesa) tem só uma irmã?*

*Marta (mãe): Isso, que já é falecida.*

*Marta (mãe): 16 anos.*

*Marta (mãe): Ela se suicidou, tomou veneno ficou um tempo, mas aí...*

*P: E as meninas (Mariana e Laura, filha do terceiro casamento da mãe) têm convivência com eles (filhos do primeiro casamento do pai da Laura)?*

*Marta (mãe): Tem quando vêm, antes eles vinham em casa, depois não vieram mais, só quando eles vão para o Bom Retiro...*

Minuchin (1990) afirma que a família funciona como um sistema por meio de padrões transacionais que ao se repetirem estabelecem como, quando e com quem se relacionar, e assim reforçam o sistema. A estrutura familiar resulta das exigências funcionais que organizam as formas de interação entre os membros. Essa descrição é muito semelhante à dessa subcategoria denominada Estrutura (DOHERTY, COLANGELO e HOVANDER, 1991), na qual são considerados os padrões de limite, configuração de papéis e posição nas relações, alianças e vínculos como padrões transacionais que se repetem e assim organizam a interação familiar.

**2.1.2. Conexão:** enfoca as interações vinculares e o envolvimento emocional entre os membros da família no que se refere ao apoio ao

desenvolvimento, compromisso, senso de pertencimento e afiliação (DOHERTY, COLANGELO e HOVANDER, 1991). Nesse trabalho o termo compromisso foi substituído por envolvimento emocional por ser mais amplo e abranger aqui não apenas o compromisso, mas também disponibilidade emocional a partir das histórias construídas em cada família.

Apoio ao desenvolvimento: a obesidade e a saúde em geral são motivos de grande preocupação entre esses pais, porém a forma de cuidar varia bastante desde os mais zelosos até os negligentes.

Zelo: mãe preocupa-se e toma todos os cuidados necessários.

Família Almeida

Mãe referindo-se aos cuidados que tem com a dermatite atópica de suas filhas:

*Marta (mãe): (...) eu tenho que ter um cuidado grande, elas (Mariana e Laura, filhas do segundo e terceiro casamento respectivamente) não podem tomar banho muito quente de jeito nenhum, só morninho e coisa rápida, elas não podem se esfregar de qualquer jeito.*

Apoio negligente: mãe não cuidou do filho quando pequeno e agora mostra-se um pouco negligente, segundo os que convivem com ela. O pai demonstra um pseudo cuidado, pois também não consegue ser efetivo na sua intenção.

Família Braga

Mãe relatando que deixou os cuidados com o filho nas mãos da filha adotiva:

*Helena (mãe): E não fui eu que cuidei dele (filho), era minha filha adotiva, porque eu trabalhava das 14h às 20h e na parte da*

*manhã eu fazia academia e chegava em casa tomava banho e ia trabalhar, e a noite eu trabalhava...*

Um estudo desenvolvido por Christoffel e Forsyth (1989) com famílias de crianças com obesidade severa constatou entre outras características a transferência dos cuidados com a criança para outra pessoa. Isso se verifica na família Braga em que a mãe deixou o filho nos seus primeiros quatro anos de vida aos cuidados da filha adotiva. Hoje o garoto apresenta obesidade severa.

#### *Família Braga*

Diálogo entre a pesquisadora e a mãe a respeito da discordância entre os pais na alimentação do filho:

*P: E você e o Laércio (pai) concordam um pouco na alimentação?*

*Helena (mãe): Ele reclama tanto porque ele diz que eu deixo ele comer demais, ele (filho) reclama muito.*

A mãe relatando o conselho do amigo em relação aos cuidados que ela despense com filho:

*Helena (mãe): Esse meu amigo que tá aí me chama de mãe assassina (risos).*

*P: Porque acaba cedendo? E como ele justifica isso?*

*Helena (mãe): Isso, porque ele quer as coisas e eu dou, deixo passar do limite, né. Ele fala: “Se tá vendo que tá matando seu filho?”*

Esse tipo de comportamento da mãe percebido também nos itens Conluio de mãe e filho contra pai e Apoio negligente estão de acordo com a hipótese levantada por Dietz (1983) em seus estudos. O autor percebeu que filhos de pais magros apresentaram melhores resultados no tratamento para perda de peso que filhos que tinham um ou os dois pais obesos. Então



relacionou o fato à resistência dos pais obesos às mudanças em suas vidas e no meio doméstico.

Ausência de apoio: somente em uma das famílias não há apoio do pai da adolescente, e não somente em relação à obesidade e à saúde, como também ao desenvolvimento como um todo devido ao fato de não ter assumido os cuidados com a menina desde a separação do casal.

Família Almeida

Mãe contando sobre a falta de participação do pai (ex-marido) nos cuidados com a filha deles:

*Marta (mãe): (...) Mesmo sabendo de todos os problemas dela (Mariana, filha do segundo casamento) de pele nunca (o pai) mandou um nada em conta, nem um remédio, as fases piores eu já passei com ela, agora...*

Receio de estar na direção errada: Os pais estão se

*Carla (mãe): Eu falo para ele (Bernardo, filho) que é saúde, chamo atenção, às vezes ele sobe a escada correndo e chega lá em cima esbaforido, e eu falo “Está vendo Bernardo!”, e a gente com isso sempre acaba chamando a atenção para o lado da gordura, do porque ele está gordo, e eu não sei se nesse ponto a gente tá errado de pegar muito no pé.*

*Carla (mãe): (...) A gente está do lado dele (filho), sempre esteve, e falando, ele nunca foi largado, (...) a gente fala e muito, às vezes a gente até pensa que é por falarmos demais, porque a gente pega tanto no pé e ele tem a rebeldia dele que ele quer fazer o contrário. A gente fica na dúvida se não era melhor não falar nada. Qual é o melhor: falar ou não falar?*

*Mario (pai): Ele (filho), no futuro, vai poder me acusar de qualquer coisa menos de que eu não tentei fazer de tudo para que ele não ser gordo...*

Na adolescência, o relacionamento entre pais e filhos fica complicado, como bem coloca Osório (1992). Os pais deixam de ser idealizados e tornam-se os mais reais dos humanos, especialmente nas falhas; são criticados, mas devem estar sempre prontos para dispor de afeto e segurança. Os filhos desejam autonomia e independência, contudo ainda precisam de proteção. Essas ambigüidades geram angu

histórias familiares são construídas, entre outros elementos, pelo envolvimento emocional mútuo entre os membros. Observando a dinâmica das famílias estudadas, pode-se compreender como se conectam emocionalmente.

Aproximação X esquiva: aquele membro que resolve tudo imediatamente, conversando a respeito do que lhe incomoda com quem está lhe causando o incômodo, relaciona-se com pessoas que agem de forma oposta, que se esquivam, não dialogam, não decidem, não resolvem.

Família Almeida

Mãe falando de sua relação com o marido atual:

*Marta (mãe): Não, às vezes somos de brigar, eu sou muito nervosa, muito agitada, mas o que eu tenho que falar eu falo agora e quero resolver agora não sei virar cada um para um lado e acabou, ele (marido) é sossegado.*

Mãe contando sobre a fase em que separou-se do marido atual:

*Marta (mãe): (...) eu disse: então você (marido) tem que ir viver com quem presta para você e conviver com quem você acha que te dá valor. Aí ele foi embora de casa, mas sempre vinha ver ela (Laura, filha), me ajudava...*

Mãe descrevendo a relação entre a filha do segundo casamento e o padrasto (marido atual da mãe):

*Marta (mãe): (...) Ele (marido atual, padrasto de Mariana) não é muito de conversar e a Mariana (filha do segundo casamento da mãe) com esse jeitão quieto dela também não (...) Então, às vezes se ele pergunta alguma coisa ela responde, ela a mesma coisa, mas eles não têm muito diálogo, de sentar, conversar ou brincar, nunca tiveram é uma coisa dele e dela, não... (...) Não, não... não tem assunto, ele também não, se tem que comprar alguma coisa, ele diz*

*“Manda tua menina ir lá comprar para mim...” aí eu peço e ela vai,  
mas eles não tem, diálogo.*

F

*pegou minhas roupas e foi lavar, mas foi reclamando, eu disse para ela que não precisava e que não tinha nada para dar para ela, (...) e eu fui tirar a roupa da mão dela e ele falou para eu não gritar com a mãe dele e me mandou calar a boca (...) e deu uma vassourada em mim que eu levei 4 pontos. (...) ele fala que antigamente eu não era assim com ele, só que nessa época eu não trabalhava, não conhecia a vida, não era independente, depois comecei a trabalhar, aí me conheci, e minha vida mudou mesmo.*

Mãe falando de um outro relacionamento que mantém além do casamento:

*Helena (mãe): (...) Sei que daí para cá agora, ele (Pedro, filho adolescente) sabe, eu tenho uma pessoa, (...) que tudo que eu preciso ele faz, e agora esse meu marido que já tem 4 anos que estamos separados só que no mesmo quarto. (...) Só que agora ele (marido) descobriu que eu tenho um... (...) ele já sabia...*

*Helena (mãe): (...) eu com ele (Alexandre, pessoa com a qual Helena se relaciona) nos compramos um terreno (...) agora que ele está construindo, não sei se ele espera que eu vá morar lá... Mas eu acho assim que na minha casa tem um espaço maior para os meus filhos, e outro homem nunca agüenta filho de outra pessoa assim...*

**Reserva X exposição:** a repetição de um modelo mais reservado com distanciamento afetivo e dificuldade para expor os sentimentos e falar de si se contrapõe à facilidade para explorar as dificuldades familiares, mesmo que se resumam às questões financeiras.

#### *Família Carvalho*

Mãe observando a dificuldade dos filhos e do marido e do sogro em expor sentimentos e problemas:

*Carla (mãe): (...) tanto quanto a Natália (filha) quanto com o Bernardo (filho adolescente), eles não têm coragem nem de falar parabéns, nem para mim nem para ele (pai). (...) o Mario (pai) é muito fechado quando ele tem um problema, ele se trava, ele só vai*

*falar do problema quando ele conseguiu resolver, aí ele pega e fala, mas enquanto ele não resolve, se fecha e fica tentando resolver o problema dele sozinho. Diferente de mim, que eu acho que eu sou ao contrário, eu chego do serviço todo dia e bláblábláblá então estou sempre botando para fora. Os dois são assim, são muito fechados, você não consegue tirar nada deles...*

*Carla (mãe): Acho que seu pai (pai de Mario, avô do adolescente) era assim também fechado?! Apesar que a mãe dele (mãe de Mario, avó do adolescente) fala que ele conversava mais, porque eu não tive muito contato. O Mario (pai) não conversa com ninguém a mãe dele mesmo fala, ele tem as coisas, ele não fala.*

Pai reconhecendo sua dificuldade em compartilhar problemas:

*Mario (pai): É que eu prefiro escutar mais do que falar. Eu falo o estritamente necessário (...) Me incomoda às vezes, e acho que até nisso que a Carla (mãe) está falando, mas eu consigo absorver isso, só que no fundo, no fundo isso vai me chateando e tem hora que eu não agüento...*

Mãe sugerindo que o marido poderia dividir mais os sentimentos ou dificuldades:

*Carla (mãe): Ele (Mario, pai) poderia talvez conversando comigo, talvez não ficasse toda a carga em cima dele né?! E ele não faz isso, ele guarda para ele, enquanto eu já distribuo com todo mundo, já sou diferente.*

Mãe ressaltando que os problemas familiares se restringem a questões financeiras:

*Carla (mãe): É que fora dinheiro a gente não tem problema, graças a Deus.*

Agitação no dia-a-dia: os diferentes humores, o estresse e os interesses divergentes favorecem os atritos e deixam a casa agitada especialmente devido aos hábitos adolescentes.

Família Carvalho

Filha e pai relatando como é o convívio familiar:

*P: E como é a relação entre vocês na sua família, você, seu pai e seus irmãos?*

*Natália (filha): Tirando o mau humor direto de todo mundo até que flui bem (...) É que eu sou muito estressada, minha mãe é estressada, e quando estão as duas mal-humoradas aí fica ela na sala e eu no meu quarto. (...) Ela já era antes, ela é estressada, mas acho que ela chega cansada do trabalho e ela não tem paciência para nada, às vezes são 8h da noite e o Nivaldo (irmão menor) não quer dormir ele quer dormir as 10h (...). E aí ela não tem paciência para ficar com ele, e ele quer brincar, correr, fazer um monte de coisas, e ela não tá com saco, e aí começa estressar todo mundo, porque ela começa a gritar e dar os chiliques dela e irrita todo mundo.*

*Mario (pai): (...) o estresse que eles falam... nós temos milhões de preocupações, aí chega em casa o Bernardo (filho adolescente) está no computador, aí a Natália (filha) também quer, aí eles começam a discutir e eu sou obrigado a tirá-lo e ficar controlando o tempo de cada um... (...) Mas chega uma hora que eu quero escutar um programa alguma coisa, eles estão gritando, aí eu tenho que intervir, eu quero ver um jogo ou assistir o jornal, não posso... coisas assim. Eles querem estar no computador, ligar a televisão e ouvir música, né, e aí eu não posso fazer mais nada na minha casa.(...) Eu quero assistir um futebol eu não posso porque eles querem outro canal, aí peço para desligar o som e também não pode porque alguém está ouvindo, aí tem que estressar porque chega uma hora que tem que mandar por no canal que eu quero, mando desligar o som...*

Discriminação devido à sua obesidade: a retaliação à obesidade do adolescente suscita, em geral, ressentimento não

apenas no membro obeso, mas em todos os que se sentem de fato ligados a ele.

Família Braga

Mãe narrando a viagem que o filho fez com o pai à casa da tia:

*Helena (mãe): (...) No ano passado ele (Pedro, filho adolescente) foi para Bahia com o pai, (...) na casa da minha irmã (...). Aí dizem que no outro dia eles estavam lá deitados assim e o meu cunhado perguntou para minha irmã porque que ele (Pedro) comia tanto, e ela disse que ele tinha vontade e ela dava mais, e as comidas de lá são deliciosas. Aí meu cunhado disse que queria alguém para ajudar e não para dar prejuízo e o pai dele tava ouvindo tudo aí ele pegou alugou um carro na mesma hora e foi para casa de uns parentes que eu tenho na roça.*

Outras pessoas da rede social: é comum a afinidade à outras pessoas que não os membros familiares.

Família Almeida

Diálogo entre a pesquisadora, a mãe e a filha sobre a convivência com os padrinhos:

*P: Quem são os padrinhos da Mariana e da Laura?*

*Marta (mãe): Da Laura (filha menor) é a minha filha mais velha (Samanta) e um amigo nosso (...), e da Mariana (filha adolescente) o padrinho (...) e a madrinha (...) são cunhados...*

*P: E como é a sua convivência com seus padrinhos Mariana?*

*Mariana (filha adolescente): De vez em quando eles vão na minha casa e eu na deles...*

*P: E você os vê com frequência ou não?*

*Mariana (filha): Não.*

*Marta (mãe): Só padrinho, quando não vem, liga, passa uns 15 dias, ta tudo bem? (...) então... sempre quando tem uma festa, ou combina um almoço, aí junta todo mundo, em aniversário ele vem, se tá doente eu aviso ele liga... é assim... não está sempre um na casa do outro, mas ta sempre em contato.*



*P: E a madrinha?*

*Mariana (filha): Ela liga de vez em quando...*

*P: Ela é mais distante?*

*Marta (mãe): É mais distante, mas ela liga em aniversário, (...) ela ta lá sempre na minha mãe e a gente se encontra... só não se vê sempre.*

### Família Braga

Mãe referindo-se ao apoio que tinha da madrinha de seu filho:

*Mãe: (...) Eu disse que iria com a cabeça raspada e tudo, chegou a menina que é madrinha dele (Pedro, filho) que tinha 20 anos, porque a minha filha não tinha cabeça de conversar com os médicos, o pai dele, que é meu ex-marido, também não, esse que era meu amigo não podia ir... você está entendendo, ia dizer o que: “Eu tenho um caso com ela...”, não tinha como, eu tinha um marido. Aí eu sei que a madrinha dele foi lá conversar com o médico (...) ela arrumou uma pano para colocar na cabeça.*

Mãe relatando o distanciamento atual entre ela e a madrinha de seu filho:

*P: E a madrinha que você falou é uma amiga sua?*

*Mãe: Isso, só que essa minha amiga tinha 20 anos quando ela se casou e aí depois de 3 anos se separou, e aí ela encontrou outra pessoa e ela está com essa pessoa e essa pessoa tem dinheiro e eu achei que ela mudou, sabe...*

Senso de pertencimento: a ligação, a proximidade e o compromisso entre os membros fortalece o senso de pertencimento. Nesta pesquisa verificou-se certo distanciamento com a família extensa em todas as famílias investigadas. Os motivos variam bastante, entretanto, um certo descompromisso em relação ao pertencimento a uma rede familiar mais ampla mostra-se presente.

Ligação entre os membros: a confiança, a proximidade, a frequência no contato e até mesmo a esperança de uma futura relação unem os membros. Mesmo que um membro mantenha-se centrado em si pode prezar o convívio familiar.

Família Almeida

Diálogo entre a mãe, as filhas e a pesquisadora sobre quem consideravam família:

*P: (...) quem vocês consideram a família, como é que é?*

*Marta (mãe): Minha família são minhas filhas... (risos)*

*P: E vocês o que acham?*

*Mariana (filha adolescente): Minha mãe e ela.*

*P: E você Laura?*

*Laura (filha menor): Minha mãe e ela.*

*Mariana (filha adolescente): Minha avó e meu avô...*

*Marta (mãe): Meus pais, minha mãe, no caso, porque o meu pai já é falecido, é a família que mais a gente tá próximo são eles e os meus tios, irmãos (...), mas só os da parte da minha mãe...*

Mãe contando do recente reencontro com a família do ex-marido, pai de sua segunda filha, a adolescente:

*Marta (mãe) (2ª entrevista): Só agora que eu tenho conhecido, tenho amigas lá no bairro onde nós moramos, aí esses dias eu passei lá, aí estava o avô a avó, já estão até caducando de tão velhinhos, mas lembraram dela, principalmente o avô, e pediu que eu levasse mais ela. (...) vamos ver daqui para frente ela (Mariana, filha) com a família do pai né, como já está uma mocinha, vamos ver. (...) Não sei para ela, na cabeça dela, de ter amizade, conhecer mais. Tanto ela freqüentar a casa deles como deles freqüentarem mais a nossa casa... eu tenho essa expectativa que seja melhor e bom para ela, ela não é de conversar, mas...*

Família Braga

Mãe referindo-se ao contato com a sua irmã por intermédio do sobrinho:

*Helena (mãe): Não, a gente tem, é que o filho dela (Celina, irmã de Helena por parte de pai e mãe) que meu pai criou, e fala com a mãe dele todos os sábado até aos domingos mora aqui em São Paulo, esse, e ele me liga muito e ele me dá as notícias, ela também me liga. Não tem nem 15 dias que ela me ligou, a gente sempre se fala pelo telefone.*

#### Família Carvalho

Pai relatando sobre sua mãe, avó do adolescente, no que se refere à preocupação que ela tem com os filhos, mas também aos cuidados que reserva para si mesma:

*Mario (pai): Minha mãe tem um princípio assim... ela tem a vida dela, e ela não quer arrumar dor de cabeça para ela, minha irmã está se separando e ela está pensando: A Isaura está se separando, vai vir para cá, onde ela vai ficar? Ela não quer a Isaura morando com ela, porque hoje ela namora, ela vai para o baile, se ela não quiser fazer comida não faz, se quiser ela faz um balde de sopa e come durante 15 dias... ela faz da vidinha dela o que ela quer. (...) O meu pai era muito esse negócio de família, Natal não tinha desculpa, ele falava: “Natal eu quero todos os meus filhos aqui, todos, não quero saber se é casado ou não, traz a mulher e os filhos... mas meus filhos eu quero comigo e Ano Novo vocês podem ir...”, e era assim até meia noite, depois que cumprimentou a gente podia fazer o que quisesse, mas a passagem tinha que ser com ele. E esse tipo de coisa eu gosto de fazer, então eu sempre tento fazer isso, então Natal vai ser onde? (...) Eu que fazia essa ligação....*

Falta de confiança: a base de uma vinculação é a confiança, sem ela o senso de pertencimento, em geral, é falho.

#### Família Almeida

Mãe falando da confiança que as filhas depositam nela e não no seu marido atual:

*Marta (mãe): Elas (filhas) não confiam, tudo delas elas perguntam. Se o pai dela (Laura, filha menor) vai fazer alguma coisa, ela fala: você avisou a minha mãe, você sabe se ela quer, como ela quer. Aí se ele fala alguma coisa ela responde: Você só dá mancada.*

#### Família Braga

Diálogo entre a mãe e a pesquisadora sobre a família de uma das irmãs paternas da mãe:

*Helena (mãe): Elas (familiares por parte de pai) eu já não sei porque eu vou muito pouco na casa da minha irmã (por parte de pai), a gente conversa por telefone, sabe para ser sincera eles são diferente da gente.*

*P: É! Diferente como?*

*Helena (mãe): Eu não sei, eu sou muito transparente e eles não. Uma época eles moravam numa casa. (...) Meu sobrinho (...) disse que não pagava e que tinham comprado a casa (...) Aí chega lá na minha irmã e todo mundo conversando com o pessoal que havia chegado da Bahia... e aí ela falava que pagava aluguel (...) já não gostei, achei estranho porque somos irmãs... Eu fiquei com esse problema de saúde eu nunca pedi nada para ela nem para ninguém, porque foi difícil, marido acidentado, sem salário, eu com o INSS em greve, não foi fácil para mim.*

Separação dos pais: o distanciamento e/ ou ausência de contato quando há uma separação conjugal pode tornar frágil o senso de pertencimento.

#### Família Almeida

Mãe referindo-se à família do ex-marido na primeira entrevista, antes de acontecer o encontro entre as famílias:

*Marta (mãe) (1ª entrevista): Ela (Mariana, filha do segundo casamento) não lembra porque ela não tem contato, eles (família do*

*ex-marido) não procuram, faz sete anos que o pai (ex-marido) não vê ela (...). Eles nunca foram de procurar, então eu também vivo na minha.*

### Família Carvalho

Pai contando o motivo pelo qual deixou de ir com frequência à casa dos sogros:

*Mario (pai): (...) depois quando meu sogro... uma vez ele brigou com a minha sogra dizendo que ela não dava mais atenção para ele porque ela só ficava cuidando das crianças, dos seus netos e não liga para mim e como isso chegou no meu ouvido, eu cortei, aí falei: “Se vocês estão brigando por causa da minha família nós não vamos mais!” Então paramos de bater o cartão toda sexta-feira, de vez em quando nós vamos, mas sem aquele compromisso de toda sexta-feira, isso foi quando eles começaram a brigar tanto que depois tiveram que se separar.*

Mãe falando sobre o fato de irem menos à casa de seus pais:

*Carla (mãe): A gente tem menos contato, tinha mais até ele ter uns 5 anos...*

Diálogo entre a filha, o filho e o pai sobre a separação dos avós e as repercussões na família:

*Natália (filha): Com a minha avó (materna) eu me dou bem assim... eu ia direto para casa dela, agora não estou indo tanto, mas me dou bem, e meu avô praticamente não vejo.(...) Vejo em festa dele, aniversário dele, ou em aniversário de alguém da família dele.*

*Bernardo (filho): No nosso.*

*Natália (filha): Não, no nosso é muito difícil, mesmo porque se um (avó) vai o outro (avó) não vai.*

*Mario (pai): Aí de 4 anos para cá quando eles (avós) se separam, ele(avó) se isolou um pouco do resto da família entre aspas. Comigo ele sempre pergunta para mim das crianças, a gente conversa todo dia, então tudo que acontece com a gente ele sabe. Às vezes a*

*Carla (mãe) liga para mim e o meu sogro atende, que é ramal, às vezes eu não estou na minha mesa, começa a tocar e ele puxa a ligação e a Carla fala: Eu liguei hoje para você, eu não queria falar com meu pai, mas foi ele que atendeu. Então eles conversam alguma coisa, e ele fala: Ah, estou sabendo que o Bernardo (filho) está doente, já melhorou? Porque eu comento com ele. E com ela a mesma coisa, se eu sei que ele está com alguma coisa, que está fazendo exame, eu comento com ela, então eles estão sempre sabendo um do outro, mas através de mim.*

Reprovação do comportamento dos membros: se a reprovação distanciar os membros também pode prejudicar o estabelecimento e fortalecimento dos vínculos.

*Família Almeida*

Mãe comentando sobre suas cunhadas atuais:

*Marta (mãe): (...) e da parte do pai dela (Laura, filha menor) eles (família) não são de freqüentar lá em casa e nós também não, até pelo envolvimento com quem as irmãs dele convive eu procuro evitar...*

*P: Como assim?*

*Mãe: Vive no meio de bandidagem e droga, então a gente evita...*

Afiliação: entre as famílias estudadas foram encontrados diferentes modelos de afiliação: desde difuso em que não há presença do pai ao emaranhado no qual a mãe é extremamente atuante na vida do filho. Tanto um modelo como outro provavelmente influenciam na obesidade do adolescente.

Carência de pai: pai completamente ausente e sem interesse de aproximação. Quando foi presente mostrou-se negligente e pouco afetivo.

### Família Almeida

Diálogo entre a pesquisadora, a mãe e a filha adolescente sobre a relação dessa última com seu pai:

*P: Há quanto tempo mesmo que você não vê seu pai?*

*Marta (mãe): Nós estamos em novembro... 7 anos e 4 ou 5 meses, por aí.*

*P: Mariana (filha) como é que é para você esse afastamento?*

*Mariana (filha): Eu não tenho vontade de ver ele...*

*Marta (mãe): (...) É que nem eu falo para ela quando ela diz que não tem pai, você tem um pai, e eu digo que ela tem, mas agora o porquê ele não te procura eu não sei, o motivo, minha resposta é porque ele não quer, também ele pode ter as razões dele, não sei... (...) logo que a gente se separou ele ainda vinha porque ela era pequena, tinha quatro anos, ele ainda vinha, aí depois que ele deixou de vim. (...) eu não sei do comportamento dele... assim muito estúpido, muito agressivo, muito de ameaça, então eu não gosto. (...) e um dia (...) ele veio buscar ela e levou para lá na casa dele, ela e a Karla (irmã de Mariana por parte de pai), (...) ele colocou sabão em pó, cândida, essas coisas no feijão e disse que as duas iriam comer que ele ia morrer e matar as duas. (...) eu achei estranho porque ela ia todo final de semana com ele ia no sábado e voltava no domingo, aí depois ela não quis ir mais e quando ele ia buscar, ela entrava debaixo da cama chorando e não queria ir mais...e a força eu não deixava levar e aí entramos no fórum, na justiça para ele dar pensão e aí deu todo aquele rolo e nunca mais ele veio pegar.*

Excesso de mãe: mãe confunde-se com o filho e age como se soubesse todos os desejos e vontades dele.

### Família Braga

Perguntas da pesquisadora para o filho que a mãe respondia:

*P: Pedro (filho) por que acontecem as brigas?*

*Helena (mãe): Ele não vai responder... é porque...*

*P: E como era para você quando isso acontecia?*

*Helena (mãe): Era normal...*

*Pedro (filho): Era vergonhoso.*

*P: Você acha que vai ficar sem jeito Pedro ou não?*

*Pedro (filho): Aham...*

*Helena (mãe): Com certeza, a mãe fica deduzindo os pensamentos.*

McGoldrick e Carter (1999) discutem sobre Conexão de forma ainda mais ampla que Doherty, Colangelo e Hovander (1991) o fazem nessa subcategoria. Elas salientam que o desenvolvimento saudável requer o estabelecimento de um senso sólido de nós mesmos no contexto de nossas conexões com os outros. Essas conexões são um desafio para o desenvolvimento, pois dependem das interações com as diferenças. O ser humano é interdependente e suas competências resultam de uma complexa rede de contextos sociais, culturais e familiares. Assim, o self se constrói nas diferentes conexões que estabelece com a família de origem, a comunidade, a cultura de origem, a sociedade e o contexto atual no qual está enraizado.

**2.1.3. Significado compartilhado:** denota as interações que constituem a identidade da família enquanto grupo, tais como os valores familiares, o sistema de crenças, a lealdade, os rituais e a visão de mundo (DOHERTY, COLANGELO e HOVANDER, 1991). Os elementos analisados nesta subcategoria no presente trabalho foram: identidade, valores familiares, crenças religiosas, lealdade, atividades compartilhadas, visão da rede social sobre a obesidade.



Identidade: diversos aspectos foram analisados na constituição da identidade dessas famílias enquanto grupo tendo como base a obesidade, a saúde, os hábitos familiares.

Obesidade do adolescente: diferentes explicações justificam a obesidade dos adolescentes nas famílias: separação entre pais, mudança de casa, re-casamento, conflitos familiares, doença de um dos pais, excesso de medicamento, negligência dos pais e avós que forçavam a criança a comer considerando que saudável era ser gordinho.

Essa numerosa lista de justificativas confirmam o que dizem os autores sobre a dificuldade em definir a etiologia da obesidade. Considerada um transtorno multideterminado por fatores neuroendócrinos, genéticos, metabólicos, dietéticos, sociais, culturais, econômicos, ambientais, comportamentais, psicológicos (BETTARELLO E FRÁGUAS JR., 1988; KAUFMAN, 1993; COUTINHO, 1998, CENTERS FOR CONTROL AND PREVENTION OF DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2006a) e familiares e individuais que incluem os padrões de alimentação e peso e a disponibilidade para fazer atividade física, comer e enfrentar o estresse (DOHERTY e HARKAWAY, 1990).

Para o CENTER FOR CONTROL AND PREVENTION OF DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (2006a) os fatores exógenos fundamentais na etiologia da obesidade vão além do desequilíbrio entre o quanto se come e o quanto se gasta de energia. É importante considerar o funcionamento metabólico individual, a herança genética, os alimentos que se tem à disposição, o estímulo e a motivação para fazer atividade física, sem falar no estado emocional que favorece ou não o consumo de alimentos mais ricos em gordura e açúcar, por exemplo. Vários desses fatores podem ser observados na falas abaixo:



### Família Almeida

Mãe relacionando as mudanças pelas quais passaram ao início da obesidade da filha adolescente:

*Marta (mãe): Mudou de casa, aí veio a separação do pai, tudo nesta faixa de idade, é que os pais delas cada um é um, e o dela (Mariana, filha do segundo casamento) eu já estou separada há nove anos, eu vivo hoje com o pai dela (Laura, filha do terceiro casamento).*

Conforme aponta Golan (2002) o estado civil dos pais, as relações interfamiliares entre outros fatores do ambiente familiar, estão presentes na etiologia da obesidade. Nessa mesma linha Dietz (1983) constatou que filhos de pais separados ou divorciados apresentavam resultados menos satisfatórios que os de pais casados. De acordo com a fala acima é possível identificar a relação que a mãe faz da sua separação conjugal com a obesidade da filha. Entretanto, a menina parece responder bem ao tratamento. Mas, como já foi dito anteriormente isso pode se dar devido à sua insegurança emocional em relação ao ambiente familiar.

### Família Braga

Mãe relacionando a obesidade do filho a diversos fatores:

*Helena (mãe): (...) porque ele (Pedro, filho) tomava muito remédio (...), porque ele teve hepatite e teve que tomar mais remédios. (...) já no 6º ano ele era bem gordinho.*

*Helena (mãe): Minha cirurgia (...) e depois a gente percebeu... a gente sente assim que o Pedrinho (filho) começou a engordar mais e mais. (...) E depois de mim o pai dele foi atropelado...*

Para Macedo (1994) qualquer evento que afete um membro da família afetará também todos os outros e a forma como a experiência vai

ser vivida individualmente está intimamente relacionada à experiência coletiva. Isso explica a fala acima.

#### Família Braga

*Helena (mãe): (...) na minha casa a gente tá vivendo um atrito e o Pedro (filho) fica muito nervoso e quando ele fica nervoso a gente percebe que ele sai procurando coisas para comer, sabe... ele procura uma coisa e procura outra.*

Benedetti (2003) ao investigar as abordagens psicológicas que explicam a hiperfagia (comer em excesso) encontrou uma perspectiva marcada por diversas justificativas diferentes, todas elas ligadas às emoções: o motivo pelo excesso alimentar pode ser o desejo de aliviar a tensão, alcançar gratificação, suprir uma carência afetiva, e geralmente está atrelado à relação mãe-bebê nos primeiros anos de vida. Segundo a família Braga os conflitos familiares têm sido constantes e o único recurso utilizado pelo filho para aliviar sua tensão, segundo ele mesmo, é comer.

#### Família Carvalho

Mãe e pai refletindo sobre possíveis erros que podem ter contribuído com a obesidade do filho:

*Carla (mãe): (...) teve umas coisas que hoje nós analisamos e alguma coisa deve ter atrapalhado no desenvolvimento dele (Bernardo, filho), (...) e estou sempre questionando por conta dele, e perguntamos onde foi que nós erramos? Deve ter sido alguma coisa lá trás que desencadeou tudo isso. Porque até os 5 anos ele comia normal, quer dizer com 5 para 6 ele já acabava de jantar em casa, subia na minha sogra e se ela tivesse tomando uma sopa ele tomava junto, a comida da vovó... aquela coisa. E ela achava bonito.*

*Mario (pai): É aquela coisa: bonito é a criança ser gorda.*

*Carla (mãe): Porque as pessoas acham bonito quando a criança come bem e ele sempre comeu bem... minha sogra chegou a incentivar*

*bastante (...) a comida (...). Mas hoje eu já digo que não, porque com Bernardo eu não tinha experiência agora eu tenho, e eu socava comida mesmo...*

Burd (2004) nas categorias que acrescenta às descritas no Modelo Familiar FIRO coloca a que os *Pais/Famílias que identificam obesidade com saúde e magreza com doença*. Nessa os pais opõem-se ao emagrecimento do filho e atrapalham seu tratamento, pode haver inclusive preconceito familiar em relação aos não-obesos. Parece que durante a infância do filho a postura da família Carvalho foi essa, hoje, porém, culpam-se por isso.

Confrontando as conversações acima com a classificação clínica definida por Almeida, Baptista, Almeida e Ferraz (2004) o que mais se aproxima das três famílias é a Obesidade Alimentar Psicossomática, cuja excessiva ingestão alimentar que conserva a obesidade está relacionada a questões emocionais. Entretanto, os autores dão a esse item da classificação uma justificativa linear, na qual a origem desses aspectos emocionais advêm das primeiras experiências da criança com quem a alimenta. O descuido, excesso de atenção, culpa, medo ou ansiedade da mãe pode dificultar a identificação do motivo do desconforto do filho e levá-la a usar o alimento indiscriminadamente. O bebê, ainda imaturo emocionalmente, experimenta um estado de confusão que dificulta diferenciar fome e outras necessidades biológicas ou afetivas. Posteriormente, isto pode levar a hábitos alimentares inadequados e favorecer o desenvolvimento da obesidade. Como pode ser observado nos relatos acima, há associação entre questões emocionais e excesso alimentar.

Obesidade familiar: em todas as famílias existem outros membros obesos, porém em nenhuma delas a obesidade apareceu como elo de

ligação ou peça fundamental que define a identidade familiar ou que está a serviço das lealdades. Portanto, não foi observado neste estudo o que McDaniel, Hepworth e Doherty (1994) denominaram *Lealdade à família* em que a obesidade é o elo multigeracional que define a identidade familiar. Ser obeso, nessas famílias significa ser leal aos membros, enquanto emagrecer pode ser percebido como uma afronta aos demais, um rompimento, uma traição. Permanecer obeso e falhar nos tratamentos podem ser formas de preservar essa lealdade.

Cervený (1996) ressalta a importância de conhecer a história das gerações anteriores e os mitos e as crenças familiares para compreender como os modelos de funcionamento foram perpetuados e qual a influência na maneira como lidam atualmente com doença. A seguir os discursos mostram em quem a obesidade se faz presente nas famílias estudadas.

#### *Família Almeida*

Mãe elencando os membros que têm ou já tiveram sobrepeso ou obesidade:

*Marta (mãe): O pai da Mariana (filha adolescente) teve um tempo que engordou e emagreceu, ficou doente e emagreceu, a irmã dela por parte de pai que já é falecida também era gordinha que nem ela.*

*Marta (mãe): Minha mãe é bem gordinha.*

#### *Família Braga*

Mãe apontando as pessoas portadoras de sobrepeso ou obesidade na família:

*Helena (mãe): (...) E eu engordei 12kg, eu tinha 65kg, fazia academia, não parecia... e tinha 40 e poucos anos, 65kg, então eu parecia uma menina...*

*Helena (mãe): Ela (Érica, filha) tá um pouco gordinha... mas ela tem 1,70m e ela não é gorda, tá só um pouquinho barriguda, ela é forte, né! Mas pelo tamanho dela... ela é forte, né.*

Diálogo entre a mãe, o filho e a pesquisadora sobre os obesos ou sobrepeso da família:

*Helena (mãe): Agora ele (Pedro, filho) tem uns parentes que é bem gordo.*

*Observação: Helena disse isso e disfarçando de Pedro sinalizou que estava se referindo ao pai biológico de filho.*

*Pedro (filho): Quem?*

*P: Tem uns parentes gordos aqui?*

*Helena (mãe): São altos, fortes e gordos.*

*Helena (mãe): Tem minha tia, minhas primas são fortes, sabe, minha família todos eram gordinhos.*

*P: A tia Celina é um pouquinho?*

*Helena (mãe): Não muito, mais a tia Ilza que é!*

*Pedro (filho): É sim, a tia Celina também é gorda.*

#### *Família Carvalho*

Diálogo entre a mãe, o pai e a pesquisadora sobre os membros portadores de obesidade ou sobrepeso:

*Carla (mãe): Ela (Natália, filha de Carla, irmã do adolescente) está acima, mas não se percebe muito porque ela é grande, eu peso 64kg e a Natália está com 72kg, só que ela é mais alta do que eu (...).*

*P: E tem alguém na família que tem problema de obesidade?*

*Mario (pai): Não, tem a Camila (prima do adolescente), mas ela é só peituda.*

*Carla (mãe): Ela tem tendência a engordar assim como a Sabrina (mãe de Camila e tia do adolescente). A irmã da Sabrina que não tem nada a ver com a família, é obesa também, então da parte da Sabrina a Camila tem uma tendência ferrada a engordar, então está sempre se controlando, ela é que nem a Natália. (...) Agora por parte da minha sogra, ela não é obesa, ela é gordinha, deve estar pesando*

*uns 68kg, mas tem 70 anos é até normal, barriguda, aquela coisa toda, mas a parte da mãe dele é tudo fortinho, mas não obesos.*

*Mario (pai): É tudo lá a mistura do interior de Portugal com Italiano, são fortes que comem bastante, mas não é que são gordos de obesidade, são fortes.*

*Carla (mãe): São parrudos, eu sou larga de ombro, não sou alta nada, mas na minha família são todos assim, e tanto eu quanto ele (Mario, pai) na adolescência éramos magrelos mesmo, e eles, o Bernardo (filho adolescente) e a Natália (filha), não, eles tem estatura larga igual a família dele (Mario). Deve ter puxado os irmãos da mãe dele.*

Para identificar a obesidade em uma pessoa Doherty e Harkaway (1990) colocam que é necessário considerar critérios objetivos e subjetivos. O primeiro critério refere-se à mensuração e o segundo à percepção do próprio peso. Nesse último a pessoa pode estar bastante acima do peso ideal e não se sentir incomodada ou, ao contrário, pode estar com um leve sobrepeso e sentir-se severamente obesa e socialmente deficiente. Nas conversações acima o critério utilizado foi o subjetivo, tanto que em alguns momentos há discussão se o membro que estão apontando pode ou não ser considerado obeso.

Segundo Damiani, Damiani e Oliveira (2002) o risco de se tornar obeso quando nenhum dos genitores apresenta obesidade é de 9%, cresce

adolescente) apresentam sobrepeso, além do parente secreto que provavelmente seja o pai biológico do menino. Finalmente na Carvalho a irmã e alguns familiares paternos estão com sobrepeso.

Doenças do adolescente: além da obesidade, outras doenças aparecem entre os adolescentes entrevistados. Algumas parecem não ter relação com a obesidade, outras, porém já estão associadas.

Família Almeida

Mãe contando sobre o problema de saúde das filhas:

*Marta (mãe): Ela (Mariana, filha adolescente) tem uma dermatite atópica, essa alergia as duas (Mariana e Laura, filha menor) têm.*

Família Braga

Mãe relatando os problemas de saúde apresentados pelo filho:

*Helena (mãe): (...) só que eu não sei como ele (Pedro, filho) começou a ter crise de bronquite.*

*Helena (mãe): É que aí ele (Pedro, filho) foi internado com sinusite, e outras coisas, depois ele teve hepatite, ele tem que usar remédio no nariz, porque é alérgico a tudo, tudo, tudo, tudo, ele fez exames e é alérgico até com o próprio ar, ele usa remédio. (...) Então ele tomou muita corticóide, muito, muito, cada vez que ele ficava internado (...). Assim que eu coloquei ele na natação, nunca mais... foi um remédio mesmo, foi a cura.*

*Helena (mãe): Ele (Pedro, filho) já está com colesterol, às vezes pressão, não sempre.*

Família Carvalho

Diálogo entre a pesquisadora, a mãe e o pai sobre a possibilidade do filho desenvolver diabetes:

*P: O Bernardo (filho) vocês disseram que ele tem uma tendência à diabetes?*



*Carla (mãe): Foi um aumento da insulina.*

*Mario (pai): Não chegou a dar diabete, mas temos que ficar de*

*Marta (mãe): Tem, minha mãe tem.*

### Família Braga

Mãe relatando os problemas de saúde comuns na família:

*Helena (mãe): Meu pai já faleceu faz 20 anos e já tinha 70 (...)*

*Ele teve infarto.*

*Helena (mãe): Lá no norte a gente não entende, mas dizem que ela (mãe de Helena) sentiu uma dor que subia e descia... e no estômago, eu acho que foi câncer...*

*Helena (mãe): Uma tia minha, faleceu com bronquite...*

*Helena (mãe): (...) Eu tive “meloma” [sic], é um câncer nos ossos, foi um carocinho que apareceu (...).*

*Helena (mãe): Não, o pai dele (pai de Pedro) tem pressão alta, mas eu não. (Observação: Helena sinalizou que o pai que tem pressão alta não é o pai biológico.)*

*Helena (mãe): (...) eu tenho uma outra irmã dela, legítima que faleceu com câncer...*

### Família Carvalho

Comentários sobre os problemas de saúde presentes entre os membros da família:

*Carla (mãe): O Junior (irmão de Carla, tio do adolescente). Hoje ele é um alcoólatra.*

*Bernardo (filho): (Alex, cunhado de Mario) É o outro que bebe.*

*Mario (pai): É alcoólatra, o mesmo problema do Ricardo (Junior).*

*Mario (pai): Meu pai é falecido. (...) Quase 20 anos, em maio do ano que vem faz 20 anos. (...) Insuficiência respiratória.*

Hábitos familiares: hábitos alimentares inadequados e o incentivo ao sedentarismo, mesmo que indireto, favorecem a obesidade. Esses dados concordam com o que diz Golan (2000) a respeito dos fatores ambientais presentes na obesidade. Para ela, entre outros motivos, o tipo de

alimentação e o padrão de atividade física favorecem o desenvolvimento e manutenção da obesidade. Desta forma, é responsabilidade dos pais controlar os horários das refeições e os tipos de alimentos oferecidos, disponibilizando alimentos saudáveis. Cabe às crianças a liberdade de escolher o que e o quanto vai comer dentre os alimentos oferecidos. Quando as crianças são pequenas é mais fácil controlar o acesso à comida, contudo, mesmo quando elas se tornam mais autônomas, o ambiente familiar continua sendo a referência na alimentação e na prática da atividade física.

Negligência de quem prepara ou compra a comida, que mesmo sabendo o que é saudável põe à disposição alimentos mais calóricos, mais gordurosos, com menos nutriente;

*Família Almeida*

Mãe contando dos hábitos alimentares nos fins de semana:

*Marta (mãe): Vai pra avó no fim de semana (...) churrasco, né, então tem uma maionese, uma farofa, salada, carne, assim, mas não tem nada de diferente do que tenha em casa para elas (Mariana, filha adolescente e Laura, filha menor) comerem. Refrigerante em casa eu não compro, porque se tiver refrigerante ninguém come, né, primeiro o refrigerante, então é difícil, é mais de fim de semana. Massa, refrigerante e doce é só fim de semana, quando eu faço uma sobremesa, senão eu prefiro evitar.*

Diálogo entre a pesquisadora e a mãe sobre os hábitos alimentares:

*P: Mesmo tendo uma massa de vez em quando ou uma fritura às vezes... acabam sempre seguindo (...) ou (...) todo mundo come?*

*Marta (mãe): Isso. Sim todo mundo come.*

*P: E aí como é que é... porque com o diabetes tem que moderar um pouco na massa, então quando faz a massa como que ele faz?*

*Marta (mãe): Ele (marido atual) não gosta muito de lasanha, a massa que ele mais gosta é macarrão, aí ele põe um pouco de macarrão, um pouco de arroz... ele não come só o macarrão.*

Diálogo entre a mãe e a filha sobre o controle e as preferências alimentares:

*Marta (mãe): É, mas é assim uma bala, um chiclete, é coisa assim, não é coisa assim que nem estava com o salgadinho todo dia. Ela (Laura, filha menor) chegava da escola: pai dá R\$ 1,00, ia lá e comprava um salgadinho. Então eu estou tentando segurar tudo...*

*Laura (filha menor): Eu gosto de salgadinho, pirulito, e aqueles coraçõezinhos de abóbora.*

Diálogo entre a pesquisadora e a mãe para esclarecer o que ela considerava “sobremesas normais”, conforme havia dito na primeira entrevista:

*P: Quando você me falou das reuniões de família você disse (...) que tem “sobremesas normais”, que tipo de sobremesas que são essas?*

*Marta (mãe): Aqueles doces bons, né (risos). Salada de fruta é muito difícil, seria o mais natural, né. É pudim de leite moça, pavê, essas coisas bem... o mais natural seria salada de fruta, mas é muito difícil, sempre são outros doces diferentes que cada um traz um prato, torta...*

*P: E aí cada um come uma porção...?*

*Marta (mãe): A gente acaba experimentando um pouquinho de cada.*

### *Família Braga*

Mãe relatando que ninguém resiste aos doces tentadores que a filha leva para casa:

*Helena (mãe): Ela (Érica, filha) traz pudim, chocolate, bolo...*

*P: Quer emagrecer, mas acaba trazendo alguma coisa...*

*Helena (mãe): Ah traz e aí acaba que todo mundo come, e eu como menos, mas eles comem às vezes até mais de um.*

*P: E aí como é que fica, quer emagrecer, mas traz comida para casa?*

*Helena (mãe): Não sempre ela traz, mas ela traz, e todo mundo come. Você vê ele engordou 2kg, quando ele veio aqui ele tava com 107kg e hoje ele tá com 109kg (...). Apesar que a semana passada teve churrasco porque estavam enchendo uma laje e a gente foi e comeu bem, né, Pedro?! Porque churrasco eu também não me contenho.*

### Preferência por comidas rápidas e guloseimas no dia-a-dia;

#### Família Braga

Mãe relatando os hábitos alimentares do filho e da família:

*Helena (mãe): Não, massa às vezes no final de semana, ela (Érica, filha) gosta muito de pizza e esfiha, e tem uma pizzaria na minha rua, aí ela compra. Agora churrasco, eu gosto muito e ele também, às vezes eu faço em casa numa panela e fica sequinho, panela própria para assar, mas quando eu saio com ele a gente come, quando a gente está na rua...*

Diálogo entre mãe e filho sobre as preferências alimentares do adolescente:

*Helena (mãe): E bolacha é só recheada, água e sal nem morto que ele come.*

*Pedro (filho): Não gosto de água e sal!*

*Pedro (filho): De chocolate, as tortinhas, mas agora estou comendo outra, como é o nome mãe?*

*Helena (mãe): Agora ele tá comendo waffer.*

*Pedro (filho): Não é waffer. (...) Club Social.*

*Helena (mãe): Doce é porque eu dou dinheiro para ele, porque eu fico com dó e eu sempre dou R\$ 1,00 para ele e lá ele come. Fale o que você come quando vai para academia, seja verdadeiro.*

*Pedro (filho): Esfiha, esfiha não, coxinha.*

### Família Carvalho

Diálogo entre o pai, o filho e mãe sobre os hábitos alimentares da família:

*Mario (pai): O que eles (família) têm comido faz muito tempo, muito a noite, é pão, sanduíche, quando não dá tempo de fazer janta, e tal... aí passa na padaria, compra uns pãezinhos, peito de peru, queijo; e no final de semana normalmente come pizza.*

*Bernardo (filho): Não, normalmente é esfiha.*

*Mario (pai): Esfiha, não, é umas 3 vezes no mês, né?!*

*Carla (mãe): Mas o campeão na hora da janta é o pãozinho, que é na hora que não dá tempo de fazer mais nada, come o pãozinho.*

Diálogo entre a mãe e o pai referindo-se aos hábitos alimentares da filha:

*Carla (mãe): (...) O problema da Natália(filha) é que ela come muita porcaria em horário errado, em vez de almoçar ela prefere comer um miojo, que é hiper calórico, então ela deixa de comer comida mais saudável para comer o miojo, ou um pão, que sempre tem comida mais saudável... para comer a porcaria.*

Pai contando sobre os hábitos alimentares dos filhos.

*Mario (pai): E ela também tem namorado e ele mora sozinho então ele chega com uma lasanha congelada e ela deixa de comer comida em casa para comer a lasanha, como ele mora sozinho ele passa no mercado compra e janta os dois, eles adoram fazer pipoca, e aí como ele (Bernardo, o filho adolescente) como já jantou às 6h da tarde e não come a lasanha faz uma baciada de pipoca com manteiga...*

Filha contando sobre seus hábitos alimentares:

*Natália (filha): Eu como muito pão, eu prefiro pão do que qualquer comida... pão, salgado, essas coisas, miojo, também se tiver eu troco, não é aquela alimentação saudável, não gosto de salada e nem de fruta, só coisas que engordam.*

Fisberg, Bandeira, Bonilha, Halpern e Hirschbruch (2000) constataram em seus estudos esses hábitos alimentares nem sempre saudáveis dos adolescentes, conforme esses expostos nas conversações acima. Segundo os autores os jovens costumam pular refeições, especialmente o café da manhã e frequentemente substituem o almoço ou o jantar por lanche, principalmente quando esse é um hábito familiar. O consumo exagerado de guloseimas, refrigerante, doces, salgadinhos também é muito comum entre eles. Essas refeições práticas e rápidas geralmente são pobres em vitaminas, sais minerais e fibras e ricas em gorduras e carboidratos.

Outro fator que talvez ajude na compreensão dos hábitos alimentares desses adolescentes seja a fase da transição nutricional em que o mundo se encontra hoje. A etapa pós-transicional, descrita por Eyzaguirre, Silva e García (2003), teve início na década de 1990 e é marcada pelo aumento no consumo de gordura e açúcar, associado ao baixo consumo de fibras, predominando a obesidade e as dislipidemias.

#### Exagero no consumo;

##### Família Braga

Mãe relatando os hábitos alimentares do filho e da família:

*Helena (mãe): Ah, é cenoura também, eu faço muita farofinha de cenoura, ele (Pedro, filho) mesmo rala, refogo um alho e uma cebolinha com pouca gordura e joga a cenoura só que ponho aquele pouquinho de farinha, coisinha mínima, ele adora, e a cenoura fica quase crua sabe... isso aí ele gosta, come até pela manhã... porque ele*

*é meio descontrolado... Mas comida ele come muito, o pratinho de Pedro são umas 7 colheres de arroz, umas 4, 5... 6 colheres de feijão.*

*Helena (mãe): A minha filha comia muito, mas agora parou, só que ela come toda hora, ela começou comer muito pouco e emagreceu bem, (...). O pai dele também come pouco, eu que sou um pouco mais exagerada, mas nem perto do Pedro.*

*Helena (mãe): Quantos pão?*

*Pedro (filho): Um ou dois, depende de como eu acordo.*

*Helena (mãe): Ele não come um pão só.*

*Pedro (filho): Um ou dois, depende.*

*Pedro (filho): Se tiver só pão puro eu não como não, aí umas 10h eu como umas 3 laranjas e 12h eu almoço e aí só umas 17h15 na escola, às vezes eles dão bolacha com café, pão alguma coisa assim... depois eu janto e como mais umas laranjas de noite.*

*Helena (mãe): E o jantar de noite também é aquele prato, ele come bem, não é Pedro?! Às vezes ele enche o prato e não tem mais espaço.*

## Ingestão rápida

### Família Carvalho

Diálogo entre a mãe e o pai referindo-se aos hábitos alimentares da filha:

*Carla (mãe): Não muito, ela (Natália, filha) é de comer rápido, e se ela acha que está muito gorda, ela fica sem jantar... não tem assim... ela consegue se controlar.*

## Sedentarismo

### Família Braga

Mãe relatando os hábitos do filho em relação à televisão e vídeo game:



*Helena (mãe): Eu tenho que estar brigando, porque tem TV no quarto dele (Pedro, filho), no meu quarto, na sala, e minha filha também tem a TV dela.*

*Helena (mãe): Tem no quarto dele, no meu e na sala.*

*Helena (mãe): E a minha filha tem no quarto dela também, né!*

*Helena (mãe): (...) fica muito na tv e no vídeo game sabe... (...) eu sou errada nisso aí, porque ele era para estudar mais, não sei... gordo do jeito que ele está, ele teve bronquite muito forte e ficou muito internado...*

*Helena (mãe): Ele viajou e eu (...) reformei tudo. Aí eu comprei um guarda-roupa, uma cama, ele tem lá a televisão dele, o vídeo-game, trancou a porta e oh! Agora eu estou brigando com ele porque ele fica em cima da televisão...*

Discussão entre mãe e filho sobre os hábitos de atividade física:

*Helena (mãe): (...) comprei um esteira para o Pedro (filho) só que ele não faz.*

*Pedro (filho): Você também não faz!*

*Helena (mãe): Mas você que tem que fazer, você tá mais gordo do que a mãe!*

O que as conversações acima evidenciam está de acordo com o que dizem vários autores sobre o sedentarismo. Para Fisberg, Bandeira, Bonilha, Halpern e Hirschbruch (2000) a preferência dos jovens por lazeres como assistir televisão, jogar *vídeo-game* e “teclar” no computador, especialmente se associado a uma alimentação rica em carboidrato e gordura, é um importante fator para a obesidade.

A WHO (2003) e Ferreira, Miranda e Capota et al (1996) justificam o aumento do sedentário com as comodidades tecnológicas que substituíram o esforço físico, diminuindo o gasto calórico inclusive nas atividades cotidianas.

Nessa mesma linha Coutinho (1998 e 1999) aponta as facilidades contemporâneas que vão desde o controle remoto, o vidro elétrico, a escada rolante, telefone sem fio até as telas (computador, televisão, videogame) que paralisam, especialmente as crianças e adolescentes, por horas seguidas quase como um efeito hipnotizante.

Golan (2002) chama atenção para a relevância da família na aprendizagem dos hábitos da criança, tanto os hábitos alimentares, como também os comportamentos ligados à atividade e ao lazer. Uma família sedentária contribui com o desenvolvimento do sedentarismo da criança. Como se pode observar no diálogo entre a mãe o filho, ela o cobra por algo (caminhar na esteira) que não pratica; ao mesmo tempo oferece-lhe todas as condições de permanecer sedentário, reformando seu quarto e colocando espalhando diversos televisores pela casa.

### Restrições e regras

Pai falando dos hábitos alimentares comuns na família:

*Mario (pai): A gente evita de ter esse tipo de coisa em casa. De manhã a gente nunca comeu pão, agora de final de semana eu vou buscar, mas só para o café. Normalmente é o só o leite com Nescau ou café, a gente evita de fazer muito dessas coisas para não engordar ainda mais. Isso inclui compra de mercado e do dia-a-dia.*

*P: E comem mais ou menos sempre no mesmo horário?*

*Mario (pai): Sim, sempre entre 12h30 e 13h, e o jantar entre 18h30 e 19h30.*

Como bem diz Golan (2000) e aqui pode ser constatado, a análise do ambiente familiar sugere que os hábitos alimentares e de atividade física são fortemente influenciados pela família e que, portanto, a etiologia do

desequilíbrio energético e, conseqüentemente, da obesidade também tem raízes na família.

Exclusão da obesidade: nas conversações foi possível averiguar a dificuldade de incluir a obesidade como parte da identidade familiar. A forma agressiva como se utiliza o tema para desqualificar o membro obeso, a estranheza no comportamento por parte dos outros membros, a negação da morbidade da obesidade, o desejo de encontrar um culpado, como se isso fosse solucionar o problema e a pseudo-ajuda oferecida na qual somente o obeso precisa mudar porque é ele o problema são os sinais dessa não integração da obesidade.

#### Família Braga

Diálogo entre a mãe e a pesquisadora sobre como se discute sobre a obesidade do adolescente dentro da família:

*P: E vocês conversam lá em casa sobre o Pedro (filho) estar acima do peso?*

*Helena (mãe): Ah sim, a irmã dele (Érica) pega no pé dele feio.*

*P: Mas vocês conversam brigando ou numa boa?*

*Helena (mãe): Eu converso numa boa, só que a irmã dele fica falando certas coisas... tipo: "Pedro, você tá muito gordo vai ter que usar sutiã, olha como você está...", aí eu já não gosto, porque não é desse jeito que a gente apóia alguém né.*

#### Família Carvalho

Pais referindo-se à estranheza que sentem ao observar o filho comer tanto:

*Mario (pai): (...) aquele desespero, para que isso? Parece que (Bernardo, o filho adolescente) nunca comeu na vida.*

*Carla (mãe): E nenhum de nós tem isso.*

Pai expondo sua percepção do porte físico dos filhos:

*Mario (pai): Eles (filhos) são todos grandes, o Bernardo (filho) se você ver ele não tem aquela gordura mórbida, ele é todo grande, ele tem ombros largos e perna grossa e a Natália (filha) é a mesma coisa, o Bernardo tem 1,70m e poucos.*

Diálogo entre os pais sobre as tentativas de justificar a obesidade com uma doença de base:

*Carla (mãe): Já fez várias vezes exames, agora nós vamos fazer o que a doutora pediu, mas ele (Bernardo, filho adolescente) tava sendo acompanhado pelo pediatra e aparentemente não tinha nada, nenhum distúrbio.*

*Mario (pai): A propensão a ter diabete.*

*Carla (mãe): Mas isso porque ele está gordo e não que fosse a causa dele ter fome, ou dele engordar sem comer.*

*Pai: Ele disse que poderia ser alguma coisa na tireóide.*

*Carla (mãe): Porque parece que quando tem algo errado com a tireóide engorde sem alimentação... não sei... e não era o caso.*

O desejo desses pais em encontrar um culpado (uma doença, por exemplo) para a obesidade do filho como se isso fosse solucionar o problema talvez se justifique por isentá-lo de ter colaborado de alguma forma com o desenvolvimento, como se o problema estivesse fora da família.

Claro que é imprescindível que se faça uma avaliação médica para descartar problemas metabólicos ou endócrinos cujos mais frequentes, segundo Damiani, Damiani e Oliveira (2002) são os distúrbios da tireóide, como o hipotireoidismo, ou de outras glândulas, a síndrome de Cushing e as deficiências gonadais, especialmente a síndrome dos ovários policísticos. Porém, Ganley (1986) já constatado que apenas 5% dos casos podem ser atribuídos a disfunções endócrinas ou doenças hereditárias e que os 95% restante associam-se aos fatores exógenos ou ambientais.

Mãe ressaltando que a mudança tem que ser exclusivamente com o portador do problema, no caso, o filho obeso:

*Carla (mãe): E agora, que nem na terça-feira, ele (Bernardo, filho adolescente) falou com a nutricionista, e aí chegou em casa dizendo que todo mundo tem que mudar o jeito de comer e tal... e eu disse que quem tinha que mudar era ele, porque a gente come normal em casa, ele é o único que é compulsivo.(...) E eu disse que não vai mudar nada, o que tem que mudar é o seu jeito de comer, fruta nós temos em casa direto.*

Esse discurso da mãe aparece com frequência na prática clínica e nos relatos científicos e é justamente no caminho oposto que estão as intervenções atuais. Hoje grande parte dos tratamentos para obesidade infanto-juvenil se estende à família, quando não é dirigido exclusivamente a ela, como, por exemplo, a proposta de Moria Golan (GOLAN e CROW, 2004). Ela defende que a intervenção de base familiar está sustentada na premissa de que o apoio dos pais, o funcionamento familiar e o ambiente em casa são importantes determinantes nos resultados do tratamento. Tais intervenções enfatizam a necessidade de fazer mudanças em casa e no ambiente familiar.

Golan e Crow (2004) concordam que os comportamentos alimentares estabelecidos pela família interferem e são interferidos pelos membros, mesmo assim dirigem seu trabalho exclusivamente aos pais e não às crianças, por serem eles importantíssimos no desenvolvimento dos hábitos alimentares das crianças. Eles proporcionam um ambiente emocional em que a obesidade pode ou não ser desencorajada. Então, se os pais modificarem suas atitudes e o ambiente familiar, as crianças também se modificarão. O foco da proposta está na modificação dos fatores “obesogênicos”, e não em uma dieta restritiva. Enfatizando o funcionamento construtivo da autoridade dos pais, aumenta sua habilidade

para criar um ambiente saudável em casa e apoiar a autonomia e autoestima da criança. (GOLAN, 2002; GOLAN e CROW, 2004; GOLAN, FAINARU e WEIZMAN, 1998 e GOLAN, WEIZMAN, APTER e FAINARU, 1998). Os resultados são favoráveis porque há menos resistência à mudança por parte do filho, já que a decisão não é dele; ele deixa de ser tratado como “o paciente”, uma vez que toda a família está envolvida; e sente-se apoiada, mesmo quando se frustra por não ter perdido peso.

Sob a mesma perspectiva Stein, Epstein, Raynor, Kilanowski e Paluch (2005) apontam a participação ou não da família como fator decisivo nos resultados do tratamento porque são os pais que podem controlar o ambiente em casa, promover comportamentos saudáveis nos filhos (por exemplo, consumir alimentos nutritivos, evitar comidas ricas em gordura e açúcar e incentivar a prática de atividade física) e encorajá-los na mudança de hábitos. Apenas a aceitação deles ao tratamento já é um fator que favorece a perda de peso da criança.

Outros autores que também compartilham esse pensamento são Wrontnaik, Epstein, Paluch e Roemmich (2005). Segundo eles o efeito da aderência dos pais ao tratamento é mais significativo para a criança do que a perda de peso deles (pais). Quando pais e filhos adquirem e mantêm juntos novos hábitos alimentares, há um reforço recíproco favorecendo a aderência das duas partes: os hábitos saudáveis dos pais servem como base para os hábitos saudáveis das crianças e vice-versa.

Devido aos efeitos da dinâmica familiar na obesidade infantil, Hecker, Martin e Martin (1986) afirmam que tratamento efetivo deve incluir a compreensão de aspectos da família de origem e da família constituída para que as mudanças sejam efetivas nas posições e nos padrões familiares.

Uma outra pesquisa realizada por Rhee, De Lago, Arscott-Mills, Mehta e Davis (2005) sobre a prontidão dos pais para fazer mudanças relacionadas à obesidade do filho mostrou que se os pais não consideram seu filho obeso não seguem o tratamento. Os fatores que mais favorecem a prontidão dos progenitores são: criança com a obesidade já instalada, crianças mais velhas ou já adolescentes, a percepção dos pais de que o peso do seu filho é um problema de saúde, o comentário do médico a respeito do excesso de peso da criança como problema de saúde.

Finalmente Minuchin, Rosman e Baker (1978) postulavam que certos tipos de organizações familiares favorecem síndromes psicossomáticas e, portanto, a doença está no indivíduo em contexto e nos processos de feedback entre o membro doente e a família, ou seja, na família se desenvolve e se mantém o sintoma.

A posição de todos esses autores no sentido de trabalhar com uma família comprometida com o tratamento é, sem dúvida o grande desafio para os profissionais que trabalham com obesidade. No entanto, os discursos acima exemplificam bem uma realidade oposta a essa, na qual o adolescente obeso é excluído dentro da família, sendo inclusive apontado como o único responsável pelo seu peso e, portanto, o único que precisa mudar. E a família fica, assim, livre de qualquer responsabilidade.

Valores familiares: respeito às individualidades, às decisões do filho e aos pais, mais entendimento entre pais e filhos, educação e família são os valores mais importantes na opinião dos pais entrevistados.

#### Família Almeida

Mãe descrevendo os valores que considera importante que as filhas tenham:

*Marta (mãe): (...) cada um respeita seu modo de ser, acreditar no que cada um acha que é (...) O que eu passo muito para elas*

*(Mariana e Laura, filhas do segundo e terceiro casamento respectivamente) é que para eu ser respeitada eu tenho que respeitar o próximo também. Então a gente nunca pode exigir nada de alguém se a gente não foi capaz de fazer o mesmo pela pessoa, se dar o respeito para ser respeitado, e não meça direito, idade, ou o que quer que seja... eu penso assim, aprendi assim e passo assim. (...) Minha avó falava que “A gente colhe o que a gente planta!” (...). Filho nenhum segue aquilo que os pais querem, eu não segui, elas não vão seguir, os delas também não e assim vai... a gente tenta, eu falo para Mariana que eu estou mostrando o que eu acho que é certo. (...) Ah, eu me sinto... é difícil, porque hoje eu falo para ela não fazer tal coisa... não sei é difícil, me sinto culpada talvez porque deixou de fazer isso porque eu disse, deixou de viver tal coisa porque eu disse não faça porque eu acho que não é certo. Eu tenho medo de errar em relação às minhas filhas...*

#### *Família Braga*

Mãe ressaltando as diferenças na relação que ela tinha com seu pai e na relação que seus filhos têm hoje com o pai:

*Helena (mãe): (...) eu acho que o valor que a gente precisa é só de... “menas” [sic] brigas, porque dificuldade todo mundo passa. Podia ter o feijão, o óleo, e não ter a carne... é normal se a gente não*



### Família Carvalho

Pai expondo as prioridades em relação aos filhos e à família:

*Mario (pai): Mas assim, (...) eu sempre vou na escola, eu que sempre levei eles na escola, eu que sempre cuido das lições deles (filhos). (...) minha mãe sempre acompanhou a gente nos estudos, sempre cobrou, então eu mantenho isso com eles. (...) Eu acho que com relação à educação, à escola é prioridade, primeiro vem a escola, depois vem o resto, se não quer ir para escola (...)*

*Mario (pai): (...) E eu o que eu trago de herança, porque meu pai sempre trabalhou em casa, ele era relojoeiro e minha mãe dona de casa, então eles sempre foram muito presentes na vida da gente. (...) Então eu tento seguir isso, eu gosto de ficar na minha casa, eu se eu tenho tempo livre eu não sou de bater perna por aí, (...) eu não tenho o que fazer fico em casa, assistindo tv, fazendo algo no micro...*

Crenças religiosas: todas as famílias afirmam ter crenças religiosas, porém apenas uma pratica a religião.

### Família Almeida

Mãe falando da crença e prática religiosa da família:

*Marta (mãe): Nós somos católicos, não vou todo o fim de semana (...), ela (Laura, filha menor) faz comunhão, se eu não vou para igreja ela quer ir, ela vai, (...) apesar que todos freqüentam a igreja, por exemplo, é tudo dentro do catolicismo, tanto que meu irmão mais velho que eu é padre.*

### Família Braga

Mãe comentando sobre sua crença religiosa:

*Helena (mãe): Não, são católicos, mas eu não vou na igreja, nem na missa, em nada.*

### Família Carvalho

Pai relatando a prática religiosa familiar:

*Mario (pai): Nós somos umbandistas, eu e a Carla (mãe) participamos ativamente e as crianças vão de vez em quando, mas todos nós seguimos.*

Lealdade: em uma das famílias pesquisadas a interação entre mãe e filho é marcada pela obesidade de ambos, pela aliança que formam, pelos programas que compartilham em torno da obesidade, como sair para comer, por exemplo. Entretanto, essa relação é envolta em segredos conhecidos pela mãe e desconhecidos para o filho. É possível que esses segredos mantenham as lealdades familiares, assim como a obesidade.

#### Família Braga

No desenho do genograma não foi dito o nome nem o motivo da morte dos avós paternos.

*Ao dizer: Agora ele (filho) tem uns parentes que é bem gordo.*

A mãe disfarçando do filho sinalizou que estava se referindo ao pai biológico de filho.

A mãe aproveitou outros momentos de distração do filho para sinalizar à pesquisadora que: *o assunto dos avôs é desconhecido para o filho e não deveria ser conversado, o pai biológico não é o apontado no genograma, o marido da filha é usuário de droga, ela, a mãe, teve um romance com o amigo advogado.*

A mãe, no entanto, não se reconhece como detentora de segredos, ao contrário, considera-se “transparente”, assim como sua irmã. O que conta sobre a irmã, porém já revela que também ela mantém segredos.

Mãe referindo-se a relação entre ela e as irmãs:

*Helena (mãe): Eu não sei, eu sou muito transparente e eles (Ilza, irmã por parte de pai) não.*

*P: Então é uma família que também esconde um pouco as coisas às vezes, que não ajuda muito?*

*Helena (mãe): É...*

*P: E a Celina (irmã por parte de pai e mãe) é de guardar segredo também ou...?*

*Helena (mãe): Não, ela é igual a mim, mais aberta. Ela veio para cá... olha só, ela ficou grávida lá na Bahia de um rapaz que era casado na igreja e veio com 17 anos para São Paulo sozinha fugida com medo do meu pai saber.(...) ela voltou lá o ano passado, depois de 40 anos.*

Atividades compartilhadas: as festas e outras atividades que envolvem comida estão sempre presentes nessas famílias, mas também freqüentam juntos consultas médicas, reuniões escolares e passeios a parques. Esse último nem sempre é do agrado do jovem obeso.

#### Família Almeida

Mãe relacionando os programas que faz com as filhas:

*Marta (mãe): Aniversário... todo mês tem um, (...) noivado, formatura de alguém, essas coisas, festas de fim de ano, ou nas festas juninas, às vezes de final de semana resolve todo mundo se juntar e almoçar em algum lugar. (...) Ao médico, em reuniões de escola (...) Fim de semana, se eu saio vai todo mundo comigo, se eu vou para minha mãe, ou para algum colega, ou almoçar fora, a gente está sempre junto.*

#### Família Braga

Mãe relatando programas que faz com o filho:

*Helena (mãe): Às vezes a gente vai para o médico aí ele (Pedro, filho) gosta, aí almoçamos na rua e ele come um montão, que nós almoçamos em self-service, né.*

Diálogo entre mãe e filho sobre programas de lazer que fazem juntos:

*Pedro (filho): Antigamente quando não estava construindo a casa desse amigo a gente saia bastante.*

*Helena (mãe): (...) que como ele (Alexandre, amigo da mãe) tem um fusquinha nós íamos para todo lugar, para Aparecida, Ibirapuera, cachoeira (...) almoçava lá nos passeios, pagava. Só que agora como estamos construindo paramos de sair...*

#### *Família Carvalho*

Diálogo entre o pai, a mãe e a pesquisadora sobre as atividades de lazer que a família costuma fazer:

*Mario (pai): Nós vamos às vezes para o Parque do Ibirapuera...*

*Carla (mãe): A gente gosta, o Bernardo (filho adolescente) não.*

*Mario (pai): É que nós vamos para fazer exercício, caminhar, andar de bicicleta e ele reclama, ele não gosta. Ele quer ir para fazer 5 minutinhos e depois não quer fazer mais. A gente tem feito passeios assim (...) Esse final de semana do feriado nós fomos para o Zoo Parque (...), fomos ao Zoológico faz pouco tempo, a gente tá sempre fazendo alguma coisa.*

*P: O Bernardo não gosta de ir, mas quando ele vai como é?*

*Carla (mãe): Ele curte.*

*Mario (pai): Ele curte, aproveita, mas não vai para andar...*

*Carla (mãe): Ele corre até, pula, quando a gente sai assim ele até se movimenta mais.*

*Mario (pai): Se nós falamos que ele vai em tal lugar para, por exemplo, andar de bicicleta, ele já fala que não vai...*

*Carla (mãe): Agora o que tem bicho ele gosta muito.*

Apenas na família Carvalho há um incentivo à prática de exercícios físicos, enquanto na Almeida e na Braga o lazer está sempre associado à comida: festa ou almoço. BURROWS (2005) sugere que a atividade física seja estimulada especialmente na forma de recreação, respeitando as possibilidades e a rotina diária dos jovens. Não se deve forçar a criança ou o adolescente a fazer exercício contra a vontade nem a participar de programas intensos de ginástica. É importante criar condições para diminuir o sedentarismo, como, por exemplo, reduzir as horas em frente à televisão, ao computador e ao vídeo-game e encorajar brincadeiras que gastem energia, como pedalar, caminhar e, se as condições permitirem, encorajar a ida a pé para a escola.

Visão da rede social sobre obesidade: os adolescentes afirmam não ser alvo de preconceito ou crítica devido à obesidade. Os pais, por outro lado, receiam que o filho seja estigmatizado devido à obesidade e consideram que a rede social vê o obeso com preconceito.

#### Família Almeida

Diálogo entre a pesquisadora, a mãe e filha adolescente sobre críticas a respeito da obesidade:

*P: E com os colegas na escola (...) como é?*

*Marta (mãe): Alguém critica?*

*P: Alguém fala alguma coisa para você... tirou sarro ou não?*

*Mariana (filha adolescente): Não...*

#### Família Braga

Diálogo entre a pesquisadora, o filho e a mãe sobre o fato do adolescente já ter vivido algum preconceito em relação à obesidade:

*P: E Pedro (adolescente) você tem algum problema por conta da obesidade na escola, alguém chama sua atenção por isso?*

*Pedro (filho): Não.*

*P: E você acha que acontece isso mesmo de preconceito com gordinho Pedro, como é que é?*

*Pedro (filho): É mais ou menos.*

*P: Você já sentiu alguma vez algum preconceito em relação a você?*

*Pedro (filho): Não.*

*Helena (mãe): Mas outro dia o seu pai brigou com um menino porque ele te chamou de gordo.*

*Pedro (filho): Ah, mas eu nem conheço o moleque.*

*Helena (mãe): É, mas o pai achou ruim.*

#### *Família Carvalho*

Pai relatando sua preocupação com a possibilidade do filho ser alvo de preconceito no futuro:

*Mario (pai): Como já fazem hoje: Ô gordo, gordo pra lá, gordo pra cá. Não quero ver todo mundo tirando sarro. Tem o gordinho lá da padaria que todo mundo só sai com ele porque o moleque tem dinheiro, anda de carro para cima e para baixo, mas quando pode o pessoal já... As meninas... hoje ele (Bernardo, filho adolescente) não se preocupa com esse negócio de namoro, mas a tendência daqui para frente é começar a querer namorar, e as meninas talvez se tiverem que optar entre ele e um outro talvez optem pelo outro, porque ele vai ser o gordinho, e eu tento explicar isso para ele, hoje ele não pensa em namorada, mas no futuro vai precisar, vai querer e... não quero que os outros tirem sarro dele, e ele não consegue ver isso.*

De acordo com Cervený e Berthoud (1997) a família faz a ligação entre o individual e a coletividade, está inserida num contexto sócio-econômico e cultural e reflete as mudanças desse contexto na formação do indivíduo e na sua relação com o outro. Portanto, a visão familiar acima

exposta sobre a obesidade e a forma como lidam com a obesidade do adolescente influencia na leitura que faz da obesidade e de si mesmo.

Para Muller (2001) nos casos em que a obesidade teve início na infância e o corpo da criança foi depreciado pelos pais e amigos, ao atingir a adolescência, o estigma que já a acompanhava vai favorecer a auto-estima negativa, o comportamento passivo e o isolamento social, além de interferir diretamente na construção dos conceitos e representações do adolescente obeso a respeito de si mesmo. As alterações físicas da obesidade no corpo grande e disforme do adolescente são, muitas vezes, motivo de chacota pelos colegas.

Esse fato, todavia, não foi confirmado pelos adolescentes entrevistados, ao contrário disseram que isso nunca lhes aconteceu, parecia ser uma preocupação maior dos pais do que deles. Durante toda a entrevista, contudo, os três adolescentes mostrara-se tímidos, retraídos e pouco expuseram-se. Então pode-se levantar a hipótese de não terem se sentido suficientemente a vontade para falar de um assunto tão íntimo. Essa hipótese se baseia no fato de dois desses adolescentes serem grandes obesos na fase adolescente.

## **2.2. Controle**

A segunda dimensão, intitulada **Controle**, caracteriza-se pelo uso da influência e do poder pelos membros da família durante as discor(o)-4.5577d [(c)-0.6

comportamento ditatorial e disciplina (Dominador), pela resistência, rebeldia, submissão, retraimento e desobediência (Reativo), ou basear-se na negociação, compromisso, equilíbrio, dar e receber e trabalhar os problemas (Cooperativo). Seja dominante, reativa ou colaborativa, esses três tipos de interação de controle são facetas complementares, pois quando um domina o outro reage. Não obstante, não são estáticas, movem-se entre os três tipos durante uma mesma situação.

Segundo McDaniel, Hepworth e Doherty (1994) o controle do peso e da alimentação do obeso pode servir como metáfora ao controle do relacionamento. Isso porque culturalmente a obesidade é considerada um problema de autocontrole e os obesos rotulados como incapazes de controlar seu apetite, mesmo sem evidências de que pessoas obesas ingiram mais alimentos que pessoas não obesas.

Entrevistando as famílias de adolescentes obesos ficou evidente que as questões relacionadas à obesidade, ao membro obeso, ao controle alimentar, aos hábitos alimentares, à alimentação em geral passam pelas interações de controle. E as interações são muito mais dominantes e reativas do que colaborativas.

**2.2.1. Dominador:** refere-se às interações em que os membros fazem uso da confrontação, coerção, manipulação, comportamento ditatorial e disciplina para solucionar os conflitos.

Controle alimentar dominador: as regras (não comer em frente à televisão, fazer o tratamento) e os limites (armário trancado, restrição a diversos alimentos) são rigidamente impostos, há presença de ameaça (doença, carie), reforço positivo (parabenisar) e de punição (retirar o prato, deixar só, penalizar outro membro).



É importante ressaltar que Golan (2002) aponta as relações interfamiliares envolvendo falta de compreensão e diálogo como um dos fatores do ambiente familiar presente na etiologia da obesidade. Sendo assim, esses comportamentos acima citados e abaixo exemplificados pelas falas, possivelmente estejam influenciando a obesidade, seja no surgimento, seja na manutenção.

#### Família Almeida

Mãe expondo as condições que coloca às filhas no que se refere a comer em frente à televisão:

*Marta (mãe): (...) nem que seja uma bolacha, que não seja diante da televisão, eu não deixo, é lá e acabou, se elas (Mariana e Laura, filhas do segundo e terceiro casamento, respectivamente) dizem que vão, então eu mando deixar a comida na mesa, depois que come pode ir...*

Mãe relatando as restrições que coloca na alimentação das filhas:

*Marta (mãe): (...) salgadinho eu cortei bastante, principalmente dessa mocinha aqui (Laura, filha menor) (...), porque se deixar é um pacote atrás do outro. (...) Pão de queijo comia direto também, eu estou tirando como eu posso.*

*Marta (mãe): (...) Então eu estou tentando segurar tudo... (...) É, e falando para elas (Mariana e Laura, filhas), que nem hoje lá embaixo, ela (Laura, filha menor) perguntou porque que o menininho tá furando o dedo lá no quadro, aí eu disse tá vendo porque eu falo e a bala eu pego e eu que dou. Aí pede chiclete, eu dou de vez em quando por causa dos dentes.*

Mãe referindo-se às situações em que oferece algum reforço à atitude das filhas:

*Marta (mãe): Isso sim, quando elas comem direitinho, tá bom, eu sempre pergunto o tanto que tá bom, ela (Mariana, filha*

*adolescente) se serve já ela (Laura, filha menor) não, em casa, né, porque lá no CJ elas se servem. Aí eu falo: “Parabéns... é assim mesmo!” Mas quando elas querem embaçar, que elas dizem que querem assistir televisão, aí eu falo que vou guardar o prato, aí ela volta e pede desculpa e fala que vai comer, aí senta, come. Mas ela (Laura) quer companhia e diz que não quer ficar sozinha na mesa e eu digo que eu já jantei e que ela não quis comer comigo ou quando todo mundo jantou, então digo que ela vai sentar sozinha, não sei eu acho que seja certo... às vezes eu sento do lado dela e espero ela jantar, ou se não vou para o quarto de propósito, e aí quando eu falo depois para irmos jantar ela é a primeira da fila...*



Doherty e Harkaway (1990) ao descreverem o Modelo FIRO aplicado à obesidade, definiram uma categoria denominada “*Manutenção do controle por sua perda*”. A descrição refere-se a um contrato velado de complementariedade entre o casal em que o obeso é visto como inferior e o eutrófico como superior. No presente trabalho, porém, vale ressaltar os mecanismos utilizados nesse tipo de interação, pois eles são comuns também entre pais e filhos. São eles: suborno, reforço (“*Parabéns... é assim mesmo!*”), ameaça (*o menininho tá furando o dedo*) e um falso pedido de ajuda. Tanto o reforço como a ameaça podem ser observados na família Almeida e na Carvalho.

#### *Família Carvalho*

Diálogo entre a pesquisadora e o pai sobre como ele lida com a questão do filho comer em frente à televisão:

*P: Mas o Bernardo (filho), por exemplo, gosta de ficar bastante no computador, na televisão, mas na hora de comer como é?*

*Mario (pai): A gente faz ele sair.*

Pais contando que mantiveram trancado o armário em que guardam os alimentos da casa a fim de evitar os ataques do filho:

*Carla (mãe): É que o Bernardo (filho) gosta do armário que é fechado com cadeado.*

*Mario (pai): Bom, eu pus um cadeado porque eu não conseguia mais... (...) então evita dele comer e de dar essa despesa porque tava gastando muito dinheiro. (...) E como a gente compra certas coisas por causa do Nivaldo (filho menor), a hora que ele quer comer uma bolacha não tem, e aí vai no mercado comprar e se bobear eles comem o pacote inteiro e o Nivaldo não vê nem o cheiro, e aí vai comprar mais bolacha, mais Nescau, então teve um dia que eu briguei com o Bernardo e coloquei um cadeado, e fica uma chave comigo e outra com ela. No começo eu tinha que colocar uma colher de Nescau em cada copo, trancar no armário de volta e explicar aquele era o café da manhã e que só iam ter de novo no outro dia, e aí eles só completavam com leite e tomavam. Mas depois acabou que tinha horas que não tinha ninguém em casa e tinha que fazer mamadeira para o Nivaldo, e acabou que liberamos o armário, mas o cadeado está lá.*

Pais comentando o que deixam de consumir em função da obesidade do filho:

*Mario (pai): Eu já não compro refrigerante em casa por causa disso, porque eu sei que se comprar ele toma tudo. Quando compra e deixa a metade para tomar na janta, chega umas quatro da tarde já acabou.*

*P: Vocês deixaram de comprar muitas coisas por causa disso?*

*Mario (pai): Vixi... sempre!*

*Carla (mãe): Sempre! Por exemplo, frios para deixar na geladeira, só quando nós casamos, depois... quando esse aqui (Bernardo, filho) começou a desembestar a comer...*

*Mario (pai): (...) Nescau, às vezes eu deixo acabar, eu penalizo o Nivaldo (filho menor) fazendo mamadeira de café para ele, porque eu acho que eles têm que passar vontade, porque não é possível acabar com uma lata de Nescau em um dia e meio a dois dias, eu vou no mercado eu compro 15 a 20 daquelas embalagens de plástico.*

Pai contando a maneira como impôs o tratamento ao filho:

*Mario (pai): (...) E avisei que ele (Bernardo, filho) gostando ou não ele iria fazer, e expliquei para ele que o tempo que íamos ficar nesse tratamento só dependia dele, se ele seguisse a risca o que for ensinado e comer direitinho, ele fica seis meses, agora se ele não se esforçasse ficaria, um ano, dois anos, sei lá, para mim não tem problema eu vou continuar te trazendo, te buscando... Tenta colocar isso na cabeça dele, que tudo depende dele. Eu explico que só vai melhorar para ele se ele parar de comer, que ele vai agüentar brincar, correr, tenta fazer ele entender. Eu já cansei de falar para ele, eu não faço isso porque eu quero, eu quero o seu bem, eu quero que você seja um cara legal, não quero que você seja um gordo que as pessoas fiquem falando: Oh lá o gordinho!*

Esse último discurso do pai revela que ele desconsidera se o filho está interessado e pronto para o tratamento e nem a sua própria percepção negativa do filho obeso como aquele que não tem disciplina nem autocontrole. Lyznicki, Young, Riggs e Davis (2001) colocam que há diversas barreiras que dificultam a avaliação e o tratamento da obesidade, e entre elas estão as que foram citadas acima.

Para Birch (2002) o comportamento dos pais é tão influente nos hábitos alimentares dos filhos que pode se sobressair aos sinais internos de fome e saciedade. Um controle alimentar muito rígido, por exemplo, pode favorecer uma reação contrária da criança, que passa a comer mais ainda e como consequência desregula sua capacidade interna de perceber os sinais de fome e saciedade. Observando os discursos acima percebe-se que as regras nas famílias Braga e Carvalho são rigidamente impostas. Mais adiante é relatada reação dos filhos adolescentes a essa imposição, que também está de acordo com o que diz a autora citada.

Birch e Fisher (1998) acrescentam que na grande maioria das vezes o filho tem pouca oportunidade de colocar em prática seu autocontrole já que seus pais pressupõem que o filho não é capaz de estabelecer quando, quanto e que alimento deve comer. De fato alguns limites mostrados na falas acima, como o do armário trancado, por exemplo, não contribui para que o adolescente regule a capacidade interna de perceber os sinais de fome e saciedade.

A imposição que os pais colocam para restringir a alimentação do filho gera rebeldia nesse e favorece uma nova imposição dos pais que mais uma vez leva os filhos a reagir de forma reticente. Forma-se, então um ciclo que se retroalimenta e sustenta esses comportamentos.

Imposição de limites: pais impõem sua autoridade, definem o que pode e o que não pode, o que deve ser feito e por quem, monitoram as atividades dos filhos dentro e fora de casa e punem se houver desobediência. Essa função é cumprida mesmo com a sensação de ser preterido.

#### Família Almeida

Mãe expondo, em diversos momentos, o controle que exerce sobre as filhas; elas só fazem atividades que a mãe tenha acesso:

*Marta (mãe): (...) elas não me respondem (...) Eu não dou mole não. Se eu falo não também, às vezes quer ir à rua dar uma volta com a amiguinha, eu falo não, é não. (...) só com a Laura (filha menor) que eu tenho que ser mais dura às vezes quando me enfrenta, senão...*

*Marta (mãe): É que algumas gostam muito de ficar na rua e eu não deixo. A maioria são da escola, quando se juntam em casa ou na casa de alguém é para fazer trabalho, aí eu deixo ir, eu ligo sei onde está, falo com a mãe. Mas não é de descer, ficar brincando na rua, jogando uma bolinha só se eu estou lá olhando da janela...*

*Marta (mãe): Se eu deixar ela quer ir né, (...), mas eu falo para ela que para mim não rola, não tem condições, então não.*

### Família Carvalho

Pai relatando que inicialmente tenta conversar e quando não é ouvido usa de sua autoridade:

*Mario (pai): Eu sou assim, eu sempre explico, então você vai fazer tal coisa, então é para fazer tal coisa (...) porque as três coisas não dá. Aí eles (filhos) sempre tão fazendo ou uma coisa ou outra, e aí eu corto, eu tentei explicar se eles não querem entender... e aí eu me imponho dizendo o que cada um vai fazer e se reclamarem vão para o quarto sem fazer nada, nem tv, nem computador, nem som... é sempre assim, dali para frente eu uso a minha autoridade.*

Pai falando que quando não aprova o pedido de um dos filhos, não tem acordo:

*Mario (pai): Eu (Natália, filha) quero ir no jogo com ele (namorado), pai. Não vai. Primeiro que já é uma loucura ir em estádio, menina ainda, e com namoradinho estressado... (...) deixar ir de ônibus... eu imponho minha autoridade e acabou, não adianta bater pé, chorar, ficar de bico...*

Pai contando como age e como se sente ao impor as regras:

*Mario (pai): (...) aí eu chego e falo: “Você (Natália, filha) vai passar roupa agora e ponto.” (...) Que nem o Bernardo (filho): Vai lavar a louça! Mas por quê? Porque eu estou mandando você lavar a louça, eu já lavei na hora do almoço, eu já mandei você lavar ontem, você lavou.*

*Mario (pai): (...) Aí eu entro como carrasco... então em casa tudo que é de ruim é o pai que faz, então eu fico mesmo de carrasco, as coisas boas é a mãe, e eu brigava muito com a Carla (mãe) por causa disso.*

Preto (2001) coloca que a fase da Família Adolescente, na qual essas famílias se encontram, é um período em que os pais vêm-se obrigados a

revisar suas regras, papéis, padrões de relacionamento e atitudes em relação a papéis sexuais, têm que se ajustar às normas cada vez mais liberadas. As diferenças tendem a criar os conflitos de gerações que se tornam mais nítidos quanto mais tradicionais são os valores dos pais. Os discursos acima mostram exatamente esse processo em que os pais estão revisando as regras que ficaram obsoletas e que agora devem atender às exigências da adolescência.

Para que os adolescentes dominem as tarefas desenvolvimentais, Preto (2001) afirma que a família deve ser forte, flexível e capaz de suportar o crescimento e de reorganizar-se e mudar normas e limites. Os jovens precisam da permissão e encorajamento para transitar fora de casa entre os iguais, e aceitação para desenvolver identidade separada. Só aí se tornarão mais autoconfiantes, independentes e responsáveis por si mesmo.

Esta autonomia será conseguida mais facilmente por aqueles cujas famílias os encorajarem a participar das tomadas de decisão apesar de caber aos pais a palavra final. Estabelece-se assim um senso de independência aliado a um vínculo de proximidade e afeto com os pais.

Nas famílias Almeida e Carvalho há um tipo de imposição de limite mais tradicional, sem muito diálogo e com regras e normas mais impostas que negociadas. Também há menos incentivo aos adolescentes para aventurar-se fora de casa; o lar é mais seguro. A preocupação dos pais com a violência atual é baseada em dados de realidade, todavia, essa falta de encorajamento parece mais resistência da família que ainda cuida muito mais como criança que como adolescente. Talvez isso se deva, nesse estudo, à idade dos adolescentes, que ainda estão no começo dessa fase ou pode ser uma característica dessas famílias manter os filhos mais próximos.

Conflitos familiares a favor da obesidade: a confrontação envolvendo direta ou indiretamente o membro obeso pode colaborar com o descontrole

alimentar. Talvez seja justamente a disputa pelo controle nas relações que contribua para esse descontrole.

Família Braga

Diversos trechos de diálogos entre a mãe e o filho sobre o conflito entre o pai e a filha:

*Helena (mãe): (...) a gente tá vivendo um atrito e o Pedro (filho) fica muito nervoso e quando ele fica nervoso a gente percebe que ele sai procurando coisas para comer...*

*Pedro (filho): Só tem briga lá em casa, dá raiva.*

*Helena (mãe): Agora minha filha não tá podendo nem olhar para o pai, sabe, que nem gato e rato, só de olhar já...*

*Pedro (filho): Mas minha irmã só briga com o meu pai quando ela (Helena, mãe) tá perto, quando sai de perto ela fica pianinho, bem quietinha.*

*Helena (mãe): Briga feio.*

*Helena (mãe): Mas a briga é do pai com a filha, não é eu não. (...) E o pai dela com ela tá terrível, é o pai dela, pai mesmo dela, mas os dois não se dá bem. E ela é igual ele, só (...) Eu explico isso para ela, mas parece que a natureza dela já... qualquer negócio eles estão brigando (...).*

*Helena (mãe): (...) qualquer negócio eles estão brigando, só que o Pedro (filho) não entra no meio, parece que não está dando bola, mas a gente percebe que ele... Outro dia ele comeu tão rápido, e eu falei Pedro você comeu tão rápido! E ele me disse que queria sair dali porque os dois estavam brigando. Eu fico falando com ele, ele ta comendo e eu fico falando que é um garfo de comida, você mastiga para por outro, e tudo isso faz mal.*

Manipulação de um dos pais pelo filho: de forma camuflada, sedutora ou geradora de culpa no progenitor, o filho alcança seu objetivo final: obtenção do alimento. Em geral é um dos pais que cede aos caprichos da



prole, enquanto o outro lamenta, mas vê-se impotente para romper o processo.

#### Família Braga

Diálogo entre a pesquisadora e a mãe sobre a discordância entre os pais na alimentação do filho:

*P: E você e o Laércio (pai) concordam um pouco na alimentação?*

*Helena (mãe): Ele (Laércio, pai) reclama tanto porque ele diz que eu deixo ele (Pedro, filho) comer demais, ele reclama muito.*

Diálogo entre a pesquisadora e a mãe a respeito dos comportamentos do filho no sentido de obter o que deseja – mais comida:

*P: E o Pedro (filho) sempre dá um jeitinho de conseguir a alimentação que ele quer, por exemplo, nesse dia que ele chorou ele acabou conseguindo a comida?*

*Helena (mãe): Ele (Pedro, filho) conseguiu, que eu acabei deixando ele comer, o pai dele não, é mais rígido .*

*Helena (mãe): Ele (Pedro, filho) chora que nem artista, ele chora muito fácil.*

#### Família Carvalho

Mãe relatando os comportamentos do filho que contribuem para que ela ceda em relação à comida:

*Carla (mãe): (...) às vezes ele (Bernardo, filho) fala: “Ah, você não quer que eu engorde e faz tal coisa que é gostosa”. (...) e eu tento no máximo de fazer o certo, talvez eu erre também, não sei...(…) às vezes a gente faz alguma coisa que não é tão boa assim, é mais calórico tudo e que ele joga na minha cara, que é por isso que ele engorda, e não é assim...*

*Carla (mãe): Na hora eu não ligo muito, mas no fundo, no fundo eu acabo ficando entristecida porque eu vejo a situação dele, (...) eu sei o quanto é difícil você não poder comer, que é um prazer*

*que nós temos (...), e eu sei que ele sofre, e o Mario (pai) às vezes fala até que eu agrado, mas tento sempre falar que não vai comer e pronto... mas...(...) fazendo uma coisa gostosa, deixando ele comer uma segunda vez, sei lá... tipo batata-frita, às vezes eu faço vista grossa, quando sobra na mesa ele vem direto em cima, porque ele tem essa coisa de poder ver sobrar.*

“A criança com demasiado poder” é a denominação dada por McDaniel, Hepworth e Doherty (1994) para o que acaba de ser descrito. Os autores ainda acrescentam que nessas famílias o membro obeso é visto como um problema, o que significa que a obesidade não está plenamente incluída. Isso favorece a não efetividade dos pais no controle alimentar do filho. Há um extraordinário controle do filho evidenciado especialmente na obtenção de alimento. Um dos pais cede aos caprichos da criança enquanto o outro lamenta, mas não tem poder suficiente para cessar o processo. “Os pais estão muito divididos para resistirem efetivamente, mas não estão investidos na obesidade da criança.” (MCDANIEL, HEPWORTH e DOHERTY, 1994, p. 112). Nas famílias Braga e Carvalho que, como foi mostrado anteriormente, não incluem a obesidade na sua identidade, essa não efetividade no tratamento é falha.

Golan, Weizman, Apter e Fainaru (1998) descrevem nos resultados de seus trabalhos com os pais de crianças obesas que a maior dificuldade encontrada foi a resistência de alguns pais para implementar as mudanças sugeridas. Um dos progenitores não se responsabilizava o bastante, não criando oportunidade para a prática de atividade física ou expondo a criança a estímulos alimentares não saudáveis. Isso reflete um fenômeno comum de disputa de poder entre os pais. Nas famílias Braga e Carvalho o jogo de sedução ou de implementação de sentimento de culpa na mãe faz com que elas cedam mais facilmente que os pais. Isso só ocorre porque em

algum momento o filho percebeu uma lacuna entre os pais na qual ele poderia se apoiar para obter o desejado.

Apoiada exatamente nesse descompasso dos pais que Golan (2002) realiza grupos exclusivamente com pais. O objetivo do seu trabalho é desenvolver nos pais a responsabilidade por reduzir a exposição da família a estímulos alimentares, especialmente a guloseimas, doces e bolos, criar oportunidades para aumentar a prática de atividade física, observar e respeitar a fome da criança, não incentivando ingestão quando satisfeitas, reorganizar o estilo de alimentar-se, evitando comer em frente à televisão, quando se está ocupado ou ansioso e comer entre as refeições.

Disputa entre irmãos: bastante comum, especialmente, tratando-se de famílias adolescentes, geralmente ocorre por ciúme, disputa de atenção, de amor ou de um objeto de desejo como, por exemplo, o computador. Em alguns casos é possível observar que um dos filhos sente-se mais empoderado que o outro e/ ou mais protegido pelo progenitor.

Família Almeida

Filha menor chamado a atenção da filha maior durante a entrevista:

*Laura (filha menor): Tira a blusa da boca Mariana (filha adolescente), olha como você está!*

Falas a respeito das desavenças e disputas entre as duas irmãs:

*Marta (mãe): Se dão bem, mas se der mole estão sempre brigando...*

*P: Como que é, vocês brigam (...)?*

*Mariana (filha adolescente): Ela (Laura, filha menor) mexe nas minhas coisas...*

*Laura (filha menor): Ela (Mariana, filha adolescente) também mexe nas minhas...*

*Marta (mãe): A Laura (filha menor) é muito de não dividir as coisas, se ela tem dois pirulitos ela dá um para Mariana (filha adolescente) hoje, mas se ela ganha dois amanhã ela não dá porque já deu ontem, entendeu?*

*Marta (mãe): Elas (filhas) me perguntam muito de quem eu gosto mais, uma acha que gosto mais da outra, a Mariana (filha adolescente) fala que eu gosto mais da Laura (filha menor) do que dela. Eu explico que não tem isso...*

### Família Braga

Mãe contando do ciúme da filha em relação ao filho – o que desencadeia e qual a reação de cada um dos filhos:

*Helena (mãe): (...) a minha filha tem um ciúme dele (Pedro, filho), os dois briga tanto por causa disso, se comprar um danome para ele tem que comprar para ela também, bolacha para ele e para ela. Inclusive eu pago natação para ele e o convênio dela, porque tudo ela quer, parece uma criança, e quando eles brigam ela fala que ele veio de enxerido, sabe essas coisas, porque quando você chegou eu já estava, com 26 anos... (risos)*

*Bernardo (filho): Não xingo...só xingo de zica, mas nada, ela (Érica, filha) não gosta.*

*Bernardo (filho): Falo para ela: “Sai, Deus é mais, vai morrer para lá zica!” (risos)*

*Helena (mãe): Ela (Érica, filha) fala assim que eu escondo as coisas para ele, e às vezes eu compro coisas diferentes para ele, compro Toddy, leite de caixinha, porque ele não toma o outro, então é por isso que acontece briga.*

### Família Carvalho

Diálogo entre o filho, a mãe e o pai a respeito das brigas entre os filhos:

*Bernardo (filho): Nunca, hoje eu só eu ralei o joelho dela (Natália, filha) no chão.*

*Carla (mãe): É assim, tapas de amor...*

*Mario (pai): Eles brigam sempre por causa do computador.*

*Bernardo (filho): Esses dias eu puxei a perna dela e ela (Natália, filha) caiu de cara no chão no meio da rua...*

*Bernardo (filho): Eu não gosto, eu sou obrigado a brigar com ela.*

*Mario (pai): É quem briga é ela né? Você só se defende.*

Confrontação entre o casal envolvendo os filhos: no conflito conjugal seguido ou não da separação: uma das partes faz uso de coerção, manipulação e/ ou ameaça envolvendo os filhos na disputa pelo poder.

#### Família Almeida

Mãe contando como foi a relação entre ela e o ex-marido logo depois da separação:

*Marta (mãe): (...) eu evitava de ir lá para o bairro por causa do pai (Joaquim, segundo marido, pai de Mariana), porque de repente arrumava confusão, quer bater boca comigo, tipo, eu vou arrumar briga porque tem alguém para separar. É assim o estilo do pai dela, então eu sempre evitei para não ter constrangimento, eu fui levar ela lá uma vez e fui na casa da mãe dele e ele quis brigar, porque ia tirar a menina de mim, aí eu comecei a evitar, não fui mais (...)*

*Marta (mãe): Para os olhos dos outros ele (Joaquim, segundo marido, pai de Mariana) tratava bem, normal, não sei porque ele fazia isso. Acho que era o tipo de pessoa que quer atingir a mãe e não sabe como, faz chantagem e a parte que eu mais sofri foi assim, por essas ameaças dele e dentro da lei eu acabava sendo obrigada a deixar ele levar, mas aí depois da audiência eu conversei com juiz e ele falou que ele tinha que respeitar quando ela não quisesse ir com ele, minha mãe entrou no meio também e deu muito apoio...*

#### Família Braga

Mãe relatando as atitudes do pai em relação ao filho conseqüentes à situação conjugal:

*Helena (mãe): (...) porque ele (Laércio, pai) fica: “Tua mãe não me quer mais, Tua mãe arrumou outro...”, só que isso na cabeça dele (Pedro, filho), “Você vai ter um padrasto” (...) É que o prejudicado nisso tudo tá sendo ele (Pedro, filho).*

*Helena (mãe): (...) Outro dia menina, ele (Laércio, pai) pegou a mala para ir embora, de gracinha. Ele (...) perguntou se ele (Pedro, filho) queria ir junto. Se ele (pai) não tem para onde ir, ele não tava indo para lugar nenhum. Aí ele (filho) começou a chorar (...) Pedro entrou no banheiro e ficou sentado no vaso. Quando eu cheguei ele tava até sufocado de tanto chorar (...) E quando passou quis conquistar ele (filho) e o Pedro falou para ele: “Olha pai, eu não gostei, porque você não ia embora, então por que fez tudo aquilo?” Aí o pai comprou o Playstation para ele por R\$ 600,00.*

**2.2.2. Reativo:** quando a resistência, rebeldia, submissão, retraimento e desobediência são utilizadas como recursos nas disputas entre os membros.

Controle alimentar reativo: ao controle dominador há uma resposta reativa no sentido de burlar as regras e obter o alimento ou o comportamento desejado.

*Família Almeida*

Diálogo entre a mãe e a filha menor mostrando as tentativas dessa última de burlar as normas estipuladas pela mãe:

*Marta (mãe): A Laura (filha menor) está indo bem, mas o problema da Laura é diante da TV*

*Laura (filha): É... eu só fico na TV*

*Marta (mãe): Com salgadinho, refrigerante, mas está dentro dos controles...*

*Laura (filha): Eu gosto de levar salgadinho e refrigerante para escola, mas nunca ela (mãe) deixa eu levar... (risos)*

*Laura (filha): Hoje eu comi melão na cama... (...) Aí eu comi assistindo TV.*

Descontrole alimentar X descontrole emocional: o controle alimentar, como já foi dito, é visto culturalmente como uma questão de autocontrole. Assim, o indivíduo que não controla seus hábitos alimentares tem um problema de autocontrole. O autocontrole, contudo, é complexo e envolve aspectos emocionais como a ansiedade, a depressão, a compulsão. Culpar o obeso pela falha no autocontrole é fácil, justificar a falha no autocontrole pelos problemas emocionais também é fácil, complicado é romper com esse ciclo que se retro-alimenta. No desejo de controlar suas emoções, na busca pelo alívio, o obeso tem um descontrole alimentar. A ilusão de ter solucionado o problema dura pouco, pois paradoxalmente lhe proporciona mais desconforto e mais descontrole emocional. A falta de controle sobre esse ciclo faz surgir o desejo de soluções mágicas, de um controle externo, como o medicamento, por exemplo, que também não põe fim ao problema.

*Família Braga*

Diversos trechos em que a mãe e o filho relatam o descontrole alimentar do filho e o relacionam a questões emocionais:

*Helena (mãe): (...) ele (filho) é meio descontrolado... comida ele come muito, o pratinho de Pedro (filho) são umas 7 colheres de arroz, umas 4, 5... 6 colheres de feijão.*

*Helena (mãe): (...) quando ele (Pedro, filho) fica nervoso a gente percebe que ele sai procurando coisas para comer, sabe... ele procura uma coisa e procura outra.*

*Helena (mãe): (...) só na comida que eu falo, falo ele (Pedro, filho) fica nervoso... ele vê comida ele chora, ele fica compulsivo, desesperado... com a comida*

*Pedro (filho): Quando eu estou comendo eu alívio mais a raiva.*

*Helena (mãe): Isso é que eu não sei, porque ele (Pedro, filho) não consegue controlar, e antes o pai dele controlava e ele colocava aquele tanto e o Pedro ficava emburrado... (...) controlava... mas agora não mais.*

*P: E como é para você esse controle na comida Pedro?*

*Pedro (filho): Naquela época eu não ligava muito não, mas agora...*

*Helena (mãe): Ele até reclama que eu deixava o pai colocar a comida. (...) Fica nervoso... lembra você até chorou essa semana.(...) ele ficou emburrado porque ele queria tudo.(...) Ele queria mais, quando eu olho ele tá quieto e a comida lá...*

*Pedro (filho): Sem ajuda de remédio pode ser que eu não consiga não.*

*Helena (mãe): Ele (Pedro, filho) já tomou remédio já, (...) e até diminuiu a ansiedade, mas tirar o apetite assim não, só diminuiu um pouco, porque ele é ansioso, ele vê comida e fica assim, (...) é tipo uma doença, tá em casa não come pouco, porque eu falo, bastante comida a gente faz lá em casa, e mesmo assim ele naquela ansiedade tá entendendo... Como se só tivesse aquele pouco ou ele fosse ficar sem, ele fica assim super ansioso. (...) É uma ansiedade que ele tem.*

*Helena (mãe): E porque ele (Pedro, filho) janta, passa um pouco eu já estou vendo ele comer de novo...*

Damiani, Damiani e Oliveira (2005) enfatizam que os medicamentos para combater a obesidade não são recomendados para crianças, pois até o momento nenhuma droga disponível mostrou-se eficaz e isenta de efeitos colaterais para ser utilizada nessa faixa etária. Mesmo para adolescentes existem ainda poucos estudos a respeito e, portanto, as recomendações são restritas. Esses dados afastam ainda mais o desejo por uma solução mágica que resolva o problema sem que seja necessário fazer esforço, mudar hábitos.

Pseudo-rebelião: quanto maior controle dos pais, maior a rebeldia do filho denunciada no descontrole alimentar, no retraimento, resistência e desobediência. A falsa autonomia do filho sobre sua alimentação é uma



pseudo-rebelião, uma vez que paradoxalmente o mantém junto aos pais devido à luta pelo controle sobre seu comportamento.

Essa pseudo-rebelião é descrita por Doherty e Harkaway (1990) como “*Uma rebeldia que não funciona*” na qual há uma hierarquia incongruente entre pais e filhos. O filho obeso sente-se coagido pelos pais e passa a resistir e rebelar-se em busca de autonomia. A perda de peso é entendida como um esforço dos pais e o único caminho para retomar a autonomia e o controle é deixando de ser ajudado por eles. A disputa pelo poder gera uma situação paradoxal: para obter novamente o controle sobre seu comportamento, o membro obeso deixa de controlar seu peso e alimentação e sai vitorioso na luta pelo poder, porém derrotado na luta com o peso.

#### Família Carvalho

Pai relatando em diferentes trechos as desavenças com o filho em função da obesidade:

*Mario (pai): (...) Então a gente fica desesperado, sabe. Eu fico atrás dele (Bernardo, filho adolescente) o tempo inteiro, eu sou o carrasco dele, por isso que ele faz essas coisas para mim, comigo. (...) o Bernardo tem esse problema comigo que ele não consegue se abrir comigo, e talvez seja porque de cara, eu ser a pessoa que mais cobre dele para parar de comer e aí como ele tem esse problema eu acho que ele come ainda mais, tudo que eu falo para ele, ele poda na hora, se eu estou brigando com a Natália (filha) ele já intromete e começa a me podar e dizer que eu estou errado...(...) ele se mete já querendo me agredir e dizer que estou errado...*

*Mario (pai): É saber... No dia do cadeado, ficamos lá maior tempão, pedi para que ele (Bernardo, filho) me falasse onde eu estava errando, vamos tentar. Se eu estou o errado eu quero acertar, vamos ver o que se pode fazer, aí eu falo: “Bernardo e se a gente fizer isso... ou aquilo...?” e ele não fala, “O que você acha?” e a resposta é*

*“Tanto faz...”, então a gente não sabe a atitude que tem que tomar e chega uma hora que tem que tomar alguma atitude...*

*Mario (pai): Aí nós obrigamos ele (Bernardo, filho), aí nós somos os culpados, nessa coisa da nataçãõ já faz cinco ou seis anos que eu estou pedindo que ele faça algum esporte, aí eu pergunto: “O que você que fazer: vôlei, basquete, futebol, nataçãõ, capoeira,?” e a resposta é sempre não. Quando eu pergunto o que ele quer fazer ele diz que não quer fazer nada, e mesmo eu dizendo que alguma coisa ele tem que fazer ele frisa que não quer, aí sugeri andar mais de bicicleta que eu iria junto, também a resposta foi não, e aí chegou na nataçãõ eu falei que ele iria fazer...*

Pai e mãe referindo-se à rebeldia e ao retraimento do filho:

*Mario (pai): (...) a gente tenta arrancar dele (Bernardo, filho), o que a gente tem que fazer para que ele fale, que faça tal coisa ou não faça tal coisa, e ele não se abre (...). Aí depois ele reclama para minha mãe que eu falo tal coisa e faço tal coisa... só que para nós ele não fala nada...*

*Carla (mãe): O Bernardo (filho) é rebelde sem causa mesmo.*

Pai e mãe relatando o descontrole alimentar do filho em diversas situações, mas sempre como uma disputa:

*Mario (pai): Não pode ver sobrar e ele (Bernardo, filho) tem que comer mais que a gente, então ele pega a batata-frita e fica vendo e falando se alguém pega mais que ele, às vezes ele nem acabou a dele e já está pegando mais para não comer menos que ninguém, ele não pode ficar sem comer ou comer menos que a mãe dele, ou eu...*

*Carla (mãe): Ele (Bernardo, filho) tem esse desespero, ontem foi aniversário do Mario (pai) e eu comprei uma cesta de chocolate, e quando ele viu entrar a cesta ele entrou em desespero e queria tudo, metade, (...) e ele comeu um e ficou lá... parece que o olho é mais gordo que...*

*Mario (pai): Isso é gulodice, e isso acontece com tudo, quando vai fritar o bife ele (Bernardo, filho) já fica vendo qual o maior*

*porque aquele tem que ser dele, e aí eu já pego o maior ele já fica bem bravo e se eu não pegar ele pega, e às vezes eu acabo comendo mais do que eu quero para ele não ter que comer.*

*Carla (mãe): Ele tem esse desespero, ele fica do meu lado quando eu estou cozinhando, (...) para quando eu terminar de fazer ele ser o primeiro a pegar e comer, não espera todos sentarem na mesa.*

*Carla (mãe): Nós tomamos um litro, por exemplo, na hora do almoço se sobra meia garrafa a noite não tem mais nada. Ele (Bernardo, filho) toma tudo sozinho.*

Pai contando o receio do filho de ficar sem comida e a forma como mobiliza a família em função disso:

*Mario (pai): Ele (Bernardo, filho) acha que se ele ficar sem almoçar ou jantar ele vai morrer, se nós não estamos em casa por volta das 18h ou 19h ele já liga perguntando o que vamos jantar.*

*Mario (pai): Quando toca o celular nós já sabemos que é o Bernardo(filho) perguntando o que vamos comer...*

*Mario (pai): Às vezes ele (Bernardo, filho) liga e fala: “O que nós vamos comer, não tem comida pronta?!” Aí eu explico que quando chegar vamos ver e fazer, sei lá vamos pedir uma pizza, comprar um pão sei lá, e quando nós chegamos é aquele desespero, para que isso? Parece que nunca comeu na vida.*

Comparação entre a alimentação dos pais e do filho:

*Carla (mãe): Enquanto o Mario (pai) está falando o Bernardo (filho) está dizendo: “Ele fala de mim, mas não fala dele...”, porque o Bernardo acha que é assim, que nós também comemos, lógico que nós comemos, eu como uma bolachinha, mas moderadamente, e o pai também, e é isso que ele não entende, é só ele olhar o porte físico do pai, o meu e o dele que ele vai ver a diferença, é isso que ele tem que entender...*

*Mario (pai): Enquanto ele (Bernardo, filho) não ver o fim ele não para...*

*Carla (mãe): (...) Só que ele (Bernardo, filho) é compulsivo, ele não quer parar de comer enquanto não terminar, e a gente fala e ele finge que não entende, e ele sempre fala que a gente também come, claro que a gente come, todo mundo come, senão não teria bolacha no mercado, só que é moderadamente.*

Pai e mãe relatando outras situações de descontrole alimentar do filho:

*Mario (pai): Ele (Bernardo, filho) vai pega mais uma, depois pega mais duas... quando nós vamos ver cadê a bolacha e aí foram os outros que comeram e ele diz que só comeu uma.*

*Carla (mãe): Que nem quando você perguntou o que nós comemos em casa, eu vivo procurando fazer dieta, faço academia todos os dias, sempre tentando. Eu converso com ele (Bernardo, filho): Vamos fazer? Vamos! Então já chegou época de eu fazer o prato dele, punha lá 4 colheres de arroz, 3 de feijão, bife grelhado, salada, básico, para o tamanho dele pouquíssimo, só que eu saia para trabalhar, isso era na hora do almoço, e aí ele se perdia no menu dele durante o dia, aí nós ficamos sabendo que ele come na escola, a gente não dá dinheiro para eles comerem na escola, para nenhum dos dois porque eles comiam demais na lanchonete então resolvemos cortar. Ele vai e come com os amigos, aqueles magrinhos que não querem saber de comer nada, ele vai e come o lanche.*

*Mario (pai): Tinha uma época que eu falava para eles (Bernardo e Natália, filhos) irem no bar comerem o que quiserem e eu ia lá e pagava, aí eu pagava R\$ 200 a R\$ 300 de lanche por mês. Aí falei... pó, mas não é possível! Conversei com o rapaz da lanchonete e o Bernardo quando ele chegava às 7h da manhã, ele comia uma coxinha e tomava um refrigerante, aí às 10h no lanche ele comia um x-salada, um refrigerante e mais dois chocolates, aí quando saia pegava mais não sei que lá, não sei que lá...*

Pai e mãe contando que o filho come escondido:

*Carla (mãe): Se a gente está em casa ele (Bernardo, filho) não come nada, pelo menos quando a gente está em casa, se ele ficar no computador ele não come o dia inteiro, quem vê pensa que esse menino engorda de vento. Só que durante a semana não deve ser isto que ele faz, então na nossa frente ele faz uma coisa, agora quando a gente não está em casa não deve ser isso que ele faz porque ele engorda. Ele faz a natação de segunda e quarta, não segunda e sexta, a Natália conta que ele chega e almoça, a natação dele é 14h45, ele almoça 12h30, 13h, quando é 14h30 ele come antes de ir para a natação, quando ele volta ele come de novo.*

*Mario (pai): Umas 16h e pouco ele (Bernardo, filho) come de novo.*

*Carla (mãe): E ele (Bernardo, filho) come o que, se tiver coisa para beliscar ele belisca senão ele come comida, ele começa a fuçar nas panelas. Agora que a Natália (filha) prestou atenção e viu, porque a gente pergunta para ele, ele sempre diz que não comeu nada. “Bernardo, você comeu o que sobrou do almoço? Não, não fui eu não.” Tanto é que depois que ele foi para a natação ele engordou mais 8 kg, ele estava com 82 kg e agora está com 90 kg. E todo mundo falava que ele estava emagrecendo e eu via que ele estava engordando, e isso me dá desespero, porque eu penso “Não é possível!” Nem a natação emagreceu ele. Foi quando a Natália falou que ele comia antes de ir e depois que voltava da natação.*

Para Golan (2002) o ambiente doméstico contribui diretamente para o equilíbrio ou desequilíbrio energético, especialmente na infância. É ele que oferece e disponibiliza os alimentos para seus membros, interferindo nas preferências, na formação dos hábitos alimentares, na composição da dieta, no estabelecimento de um hábito social e na alteração de outros padrões de comportamento. Isso se evidencia nos discursos acima: quanto mais alimento se disponibiliza, maior é o consumo; se há uma pressão para não comer, come-se escondido.

Reação à imposição de limites: os filhos reagem de diversas formas à imposição de limites, alguns são resistentes e tentam desobedecer, outros fazem uso da submissão e a sedução para burlar os limites e outros ainda conformam-se com a autoridade dos pais mesmo a contra-gosto.

Doherty, Colangelo e Hovander (1991) ressaltam que da mesma forma que a imposição dos limites por parte dos pais, a reação dos filhos a eles não é necessariamente uma problemática familiar. Nas relações intergeracionais é comum a autoridade dos pais e a resistência dos filhos. Isso mostra que tanto a imposição de limites descrita anteriormente como a reação ao limite descrita a seguir fazem parte da interação entre pai e filho.

#### Família Almeida

Mãe comentando as situações em que a filha menor a enfrenta:

*Marta (mãe): A Laura (filha menor) se eu der mole, ela quer me enfrentar, ela acha que tem que ser do jeito que ela quer, aí depois ela cai na real que não é assim.*

*Marta (mãe): (...) mas a Laura (filha menor) se eu der mole ela me enfrenta. (...) Ela sempre tem resposta.*

*Marta (mãe): (...) A Laura (filha menor) me exige muito, se comprei um tênis para Mariana (filha adolescente) tem que comprar para ela também mesmo ela tendo dois, três no armário, mas eu explico e não compro e assim vai.*

#### Família Braga

Diálogo entre a mãe e o filho sobre a maneira como o filho reage às solicitações da mãe:

*Helena (mãe): Ele (Pedro, filho) vai chegando dando risada e me abraça dizendo que me ama e aí ele já me deixa nervosa né. Pedro faz isso, não vou fazer não, mas faz, é só para me irritar. Tem horas que ele faz as coisas só para me irritar, mas vai fazer, assim dando*

*risada desse jeito quieto, né (risos), e eu falo que a hora que eu pegar ele vou acabar te batendo.*

*Pedro (filho): Nada, eu respeito.*

*Helena (mãe): Fica quieto, emburrado.*

*Pedro (filho): Fico emburrado só isso.*

*Helena (mãe): Essa é a risadinha é que ele me agarra e beija, beija e fala eu te amo... Eu falo que não me ama não, porque me faz ficar nervosa, mas aqui ele tá quieto demais, porque ele me abraça e me aperta toda a hora, o dia inteiro que ele tá em casa e cobra, heim!*

#### *Família Carvalho*

Filha relatando seu sentimento a respeito dos limites colocados pelo pai:

*Natália (filha): É certo, mas ninguém gosta, pelo menos eu acho, nenhum filho gosta de autoridade. Que nem quando eu quero sair e não posso, tem lugares que eu acho que eu posso sair, porque não, todo mundo da minha idade sai, porque eu não vou poder sair...*

*Natália (filha): Aceito, ué, eu não vou escondida.*

Osório (1992) explicita que o impulso à diferenciação e individuação gradativas explicam o conflito de gerações. É por meio do mecanismo de oposição aos pais que o adolescente define a si mesmo e a seus objetivos. Esses impulsos antagônicos de separação e fusão geram angústia confusional que podem ser observados nas manifestações clínicas, na adição a drogas, na mentira comum nessa fase e no prolongamento da definição sexual.

Talvez a obesidade também seja uma forma de expressão dessa angústia, uma vez que o mecanismo é o mesmo, muda apenas o sintoma. Seja qual for a reação do adolescente (desobediência, sedução ou conformismo), a mola propulsora é a oposição aos pais e desejo de se diferenciar, como pode ser observado nas falas acima.

Falha na imposição de limite: pais com dificuldade para impor limite, abrem espaço para que haja a inversão da hierarquia e empoderam o filho.

Família Carvalho

Diálogo entre o pai e a filha a respeito da dificuldade da mãe em impor limite aos filhos:

*Mario (pai): Para esse tipo de coisa ela (Carla, mãe) não consegue se impor com os dois.*

*Natália (filha): Se a gente pede alguma coisa para ela (mãe), ela deixa, mas depois manda a gente para o meu pai e ele fala não.*

*Mario (pai): Ela (Carla, mãe) não se impõe como mãe de colocar autoridade, ela lida muito de igual para igual, aí ela xinga eles, eles xingam ela e eu fico louco da vida, e depois ela vem me falar que o Bernardo (filho) falou isso, que a Natália (filha) aquilo... e eu pergunto se ela não fez nada e ela responde: “Eu não, vou fazer o que?” Ela sempre faz isso, principalmente com esse daqui (Bernardo, filho) que é mais bocudo, ela briga e ele fala que não e ela diz “Então tá bom...”, e eu brigo com ela por causa disso...*

*Natália (filha): Se eu peço para ela (mãe) para tirar o Bernardo (filho) da frente do computador, ela não manda...*

*Mario (pai): Ela (mãe) não usa a autoridade dela, se eu estou em casa ela fala: Mario, vai tirar o seu filho. E eu falo: Mas por que você não tirou? Ela responde: Eu já falei e ele não quer sair. Para tudo é assim, com eles é assim desde pequenos... Esse aqui não queria tomar banho quando era pequeno, aí ela falava e ele não obedecia, ela esperava eu chegar para que eu falasse. Eu dizia por que você não mandou ele tomar banho? Eu mandei e ele não foi. Então por que não o pegou pela orelha? E um dia eu falei e se eu não tivesse em casa como seria, e ela disse: Ele fica sem tomar banho, o problema é dele. Aí eu entro como carrasco...*

*Mario (pai): Que nem agora nós estávamos sem empregada e era para Natália (filha) passar roupa e ela não queria, e aí ficava aquele monte de roupa, daí ela ia lá passar. Aí eu perguntava: Por que você está passando a roupa? Ah, porque a Natália falou que não*



*vai passar a roupa. Pó, mas você não está cansada? To, mas o quê que eu vou fazer? Só para não ter que impor a autoridade dela...*

**2.2.3. Cooperativo:** a influência e o poder durante os conflitos são dissolvidos pela negociação, compromisso, equilíbrio, dar e receber e trabalhar os problemas.

Controle alimentar cooperativo: há um consenso implícito ou explícito entre as partes no qual os limites são reconhecidos e respeitados.

*Família Almeida*

Diálogo entre mãe e filha mostrando momentos de cooperação e concordância entre elas em relação à alimentação:

*Marta (mãe): Não, eu só falo para ela (Mariana, filha adolescente) “Manera heim! Oh minha parte eu estou fazendo, que é te levar lá, então você já tem consciência...”. (...) se fizer bem para mim vai ser melhor ainda para ela, então converso muito com ela.*

*Mariana (filha adolescente): Tô conseguindo manter...*

*Carla (mãe): Ela (Mariana, filha) mesma se controla.*

*Mariana (filha): Sou eu...*

*Marta (mãe): Eu procuro deixar e quando eu acho que ela (Mariana, filha) passou demais, aí eu falo “Mariana, Olha o regime!” aí ela fala “Ah mãe tá bom, é só hoje!” (risos), mas é muito difícil ela repetir, muito, muito difícil, ela não exagera não.*

Birch e Fisher (1998) sugerem que as estratégias para o tratamento da obesidade em crianças e adolescentes enfatizem o controle parental sobre a qualidade e os padrões do ambiente alimentar. Porém, que não se tenha um controle restritivo sobre ingestão alimentar do filho, pois isso seria contra-produtivo no desenvolvimento da habilidade de se auto-regular.

Essa posição mais ponderada dos pais e a cooperação como resposta foi evidente apenas na família Almeida, o que confirma que a obesidade e o controle alimentar servem muitas vezes como metáfora à disputa de controle na família.

Nesse sentido Doherty, Colangelo e Hovander (1991) colocam que para compreender as interações no processo de controle é importante saber qual o conflito de objetivos entre as partes e qual a intenção em exercer influência sobre o outro. O controle dominante ou reativo não é inerente à problemática familiar. Nas relações entre pais e filhos, por exemplo, a autoridade dos pais e a resistência das crianças e adolescentes é comum nas relações intergeracionais. A categoria colaborativa sugere a possibilidade de compartilhar mutuamente as interações de controle em que as partes aspirem por um equilíbrio de influência mais que por um poder unilateral impositivo ou reativo.

### **2.3. Intimidade**

**Intimidade**, a terceira dimensão do Modelo Familiar FIRO, assinala um avanço nos estágios das relações, pois diz respeito à auto-revelação e ao intercâmbio pessoal íntimo, o que é mais que simplesmente estar com o outro. Só acontece entre pessoas com identidade individual muito bem definida e quando há reciprocidade entre as partes envolvidas.

Envolve a capacidade de dividir os sentimentos, compartilhar esperança e vulnerabilidade, relacionar-se com os outros como personalidades únicas e ter interações sexuais emocionalmente íntimas (Mutualidade). Vale ressaltar, portanto, que não se limita às interações sexuais; é uma dimensão que requer um envolvimento emocionalmente íntimo, uma mútua auto-revelação, o que pode ocorrer numa relação sexual, porém é a intimidade extrapola o ato sexual (DOHERTY, COLANGELO e HOVANDER, 1991).

No que se refere à obesidade, segundo os autores citados, é interessante observar questões relacionadas à sexualidade, como, por exemplo, se e de que forma o peso e a imagem corporal influenciam as experiências emocionalmente íntimas e a vulnerabilidade que algumas vezes acompanham as relações sexuais.

A intimidade, neste trabalho, enfocou as interações familiares em torno do membro obeso, com o objetivo de verificar o quanto e de forma compartilham sentimentos, esperanças e vulnerabilidades. É importante lembrar, entretanto, a fase de desenvolvimento em que se encontram, a adolescência. Nesta, a identidade individual muito bem definida, como foi escrito acima, necessária para estabelecer uma relação mútua e íntima, ainda não está completamente estabelecida.

**2.3.1. Mutualidade:** caracteriza-se pela divisão de sentimentos, compartilhamento de esperança e vulnerabilidade, relacionamento com os outros como personalidades únicas e interações sexuais emocionalmente íntimas (DOHERTY, COLANGELO e HOVANDER, 1991).

Dividir sentimentos e vulnerabilidades: todos têm dificuldade para compartilhar sentimentos, vulnerabilidades e esperança, o que faz os pais se queixarem bastante. Os filhos, por sua vez, não se colocam em relação ao assunto, o que pode confirmar a queixa dos pais ou levantar a hipótese de que nessa interação não haja espaço para essa intimidade. Isso pode ser próprio da fase do desenvolvimento em que se encontram, mas também pode ser agravado pela obesidade.

Osório (1992) aponta que o maior objetivo da adolescência é estabelecer a identidade pessoal e para alcançá-la o jovem passa por algumas transformações, tais como: perda do corpo infantil e aquisição do corpo adulto, elaboração dos lutos infantis, tomada de autonomia e

estabelecimento dos próprios valores, identificação com os iguais, oposição à geração anterior, estabelecimento da identidade sexual e profissional. Portanto, a restrição em dividir sentimentos e vulnerabilidades com os pais é coerente com o que é esperado para essa faixa etária. Diferenciar-se dos pais, como já foi dito anteriormente, faz parte do processo de apropriação da identidade.

#### Família Almeida

Mãe falando do comportamento reservado da filha:

*Marta (mãe): (...) ela (Mariana, filha adolescente) nunca comentou, nunca falou nada, é muito de guardar para ela, por mais que você pergunte, ela não é de falar.*

#### Família Braga

Mãe contando sobre sua preocupação com o comportamento do filho:

*Helena (mãe): (...) Ele (Pedro, filho) não fala, eu queria que ele conversasse, eu falei até com a médica dele para arrumar uma psicóloga para ele, mas ele é desse jeito que você tá vendo, ele não fala.*

#### Família Carvalho

Mãe falando do retraimento dos filhos:

*Carla (mãe): Eu ainda ontem tava comentando com eles dois, que tanto quanto a Natália (filha) quanto (com o Bernardo, filho), eles não têm coragem nem de falar parabéns, nem para mim nem para ele. Os dois são assim, são muito fechados, você não consegue tirar nada deles.*

Relacionar-se com os outros como personalidades únicas: a dúvida de um dos adolescentes em relação à veracidade das amizades devido à sua obesidade chamou a atenção. O corpo

obeso torna-se uma barreira para relacionar-se integralmente com o outro.

Família Braga

Diálogo entre a pesquisadora, o filho e a mãe sobre a dúvida do filho em relação às amizades que se aproximam dele:

*P: Como assim não tem amigos de verdade?*

*Pedro (filho) A maioria é por causa das coisas que eu tenho, só tem 6 pessoas apenas que são de verdade.*

*Pedro (filho): Porque eles são mais interessados no que eu tenho, não na minha amizade.*

*Helena (perguntar) Mãe: Porque vão atrás dos cds dele, que ele tem uns que os outros não tem, que os pais não dão.*

A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2005) alerta que além dos riscos à saúde física, a obesidade também acarreta sérias conseqüências sociais e psicológicas, especialmente na adolescência. Nesta fase há maior vulnerabilidade à discriminação social, o que pode implicar em dificuldades emocionais, como baixa auto-estima, distorção da imagem corporal. A incerteza do adolescente explicitada na conversação acima, retrata exatamente essas seqüelas sociais e psicológicas da obesidade nesta fase.

Muller (2001) acrescenta a esse respeito que o afastamento das atividades sociais torna-se uma solução segura para o jovem que ilusoriamente se protege dos desafios reais da obesidade e da adolescência. Com isso ele não só não se protege como, ao contrário, está muito exposto à depressão e à ansiedade e aos problemas no desenvolvimento da sexualidade, que dificultam os envoltimentos amorosos nesta fase e mesmo no futuro.

Interações sexuais emocionalmente íntimas: mesmo não se tratando de relações sexuais, esse item foi escrito por tratar-se de interações de sexualidade. O peso e a imagem corporal são quesitos decisivos no momento das escolhas amorosas e os obesos são rejeitados, no olhar deles próprios.

Um estudo que confirma essa auto-rejeição foi realizado por Conti, Frutuoso e Gambardella (2005) mostrando que o excesso de peso gera grande insatisfação corporal nos adolescentes. Nesse foi constatada uma associação significativa entre insatisfação com as áreas do estômago e da cintura e com peso corporal nos menino que apresentavam excesso de peso. Já entre as meninas as insatisfações se estendiam para o cabelo, nádegas, quadril, coxas, pernas, estômago, ombros/ costas, tônus muscular, peso e aparência geral.

#### Família Braga

Diálogo entre a pesquisadora, o filho e a mãe sobre as possíveis dificuldades afetivas devido à obesidade:

*P: E você acha que isso pode dificultar na hora de chegar em alguma garota ou você acha que não?*

*Pedro (filho): Com certeza.*

*Helena (mãe): A não ser que seja gordinha igual ele (Pedro, filho), agora se uma bonitinha, magrinha ele já vai ficar sem jeito né, porque ele vai pensar: “Será que ela me quer..?”*

*P: Você acha que vai ficar sem jeito Pedro ou não?*

*Pedro (filho): Aham...*

Osório (1992) ressalta que um estruturador dessa identidade adolescente é a identidade sexual que se dá a partir da representação mental da imagem corporal (resultado das experiências passadas e presentes, reais ou fantasmas). Para chegar à imagem corporal definitiva, o adolescente

passa por um conflito entre a imagem fantasiada e a real de seu corpo em transformação. Essa é a origem da ansiedade dessa fase, ao mesmo tempo em que está com a preocupação voltada à aparência, deseja conquistar alguém do sexo oposto. Esse contexto pesa muito sobre o adolescente, especialmente se ele for obeso e provavelmente vai interferir na constituição da sua identidade.

### **3. Análise das interações de cada família**

Será apresentado um resumo das interações e em seguida a análise das categorias de cada uma das famílias participantes.

#### **3.1. Família Almeida**

##### **3.1.1. Análise das interações**

###### **1. Inclusão**

###### *1.1. Estrutura*

###### Limites

Fronteiras rígidas entre as famílias de origem e atual e difusa entre os membros da família atual

Configuração de papéis e posição nas relações familiares

Mãe dominante e pai submisso

Filha maior fica com a sobra e a filha menor é sempre soberana

###### Alianças

Pai e filha contra o tratamento

Vínculo Geracional: vínculo frágil desprovido de um contato mais afetivo.

###### *1.2. Conexão*

Apoio ao desenvolvimento

Zelo

Ausência de apoio

Envolvimento emocional

Aproximação X esquivada

Outras pessoas da rede social

Senso de pertencimento

Ligação entre os membros

Falta de confiança

Separação dos pais

Reprovação do comportamento dos membros

Afiliação

Carência de pai

### *1.3. Significado compartilhado*

Identidade

Obesidade do adolescente: a obesidade da adolescente é justificada pela separação entre pais, mudança de casa, re-casamento da mãe.

Obesidade familiar: irmã menor, irmã por parte de pai, falecida, a avó materna e o pai já foi obeso.

Doenças do adolescente: dermatite atópica

Doenças familiares: AIDS, hipertensão, acidente vascular cerebral e aumento de colesterol.

Hábitos familiares: Negligência de quem prepara ou compra a comida

Valores Familiares: respeito às individualidades, às decisões do filho e aos pais

Crenças religiosas: católica não praticante.



Atividades Compartilhadas: as festas e outras atividades que envolvem comida, consultas médicas, reuniões escolares.

Visão da rede social sobre obesidade: a adolescente afirma não ser alvo de preconceito ou crítica devido à obesidade.

## **2. Controle**

### *2.1. Dominador*

Controle alimentar dominador: as regras (não comer em frente à televisão, fazer o tratamento) são rigidamente impostas, há presença de ameaça (doença, carie), reforço positivo (parabenisar) e de punição (retirar o prato, deixar só).

Imposição de limites: mãe impõe sua autoridade, define o que pode e o que não pode, o que deve ser feito e por quem, monitora as atividades das filhas dentro e fora de casa e pune se houver desobediência.

Disputa entre irmãos: ocorre por ciúme, disputa de atenção, de amor ou de um objeto de desejo. A filha menor sente-se mais empoderado que a adolescente e protegido pelo pai.

Confrontação entre o casal envolvendo os filhos: o pai fez uso de coerção, manipulação e/ ou ameaça envolvendo a filha na disputa pelo poder logo após a separação conjugal.

### *2.2. Reativo*

Controle alimentar reativo: a filha menor reage ao controle dominador da mãe com a intenção de burlar as regras e obter o alimento desejado.

Reação à imposição de limites: a filha menor reage à imposição de limites com resistência e desobediência.

### *2.3 Cooperativo*

Controle alimentar cooperativo: há um consenso implícito ou explícito entre a mãe e a filha adolescente no qual os limites são reconhecidos e respeitados.

### **3. Intimidade**

#### *3.1 Mutualidade*

Dividir os sentimentos e vulnerabilidades: a adolescente tem dificuldade para compartilhar sentimentos, vulnerabilidades e esperança, o que faz a mãe se queixar. A filha, por sua vez, não se coloca em relação ao assunto, o que pode confirmar a queixa da mãe ou levantar a hipótese de que nessa interação não haja espaço para essa intimidade. Isso pode ser próprio da fase do desenvolvimento em que se encontra a menina, mas também pode ser agravado pela obesidade.

#### **3.1.2. Síntese das interações**

A Família Almeida caracteriza-se por fronteiras rígidas entre a família de origem e a família atual. As duas separações conjugais anteriores da mãe e a reprovação dela em relação ao comportamento das cunhadas atuais contribuem para uma relação desprovida de afeto e mesmo de contato com as famílias extensas.

Na família atual (mãe, duas filhas e o marido) a mãe é a figura dominante, o apoio dela é o mais importante para as filhas. Ela preza pelos cuidados das meninas de uma forma tal que pode interferir na vida do casal, não havendo um espaço preservado para os dois.

Diante dessa configuração o pai forma com a filha menor uma aliança, especialmente no que se refere à alimentação. Aliás, em relação à alimentação os pais divergem bastante: o pai cede facilmente aos caprichos da filha enquanto a mãe tenta seguir à risca as orientações. Por esse motivo

as represálias da esposa a ele são freqüentes e até mesmo a filha o faz quando ele não corresponde ao que ela espera (dele).

Essa filha mostra-se bastante impositiva diante do pai, da mãe e da irmã adolescente, além disso, tem pouca adesão ao tratamento de obesidade. Parece ter uma segurança emocional que se justifica pela sensação de ter o amor incondicional dos pais o que lhe permite sentir-se amada mesmo se não corresponder à expectativa da mãe em relação a emagrecer.

A filha adolescente, por outro lado, afastada do pai há sete anos e presenciando diariamente o padrasto bajular a irmã provavelmente não tem a mesma segurança emocional, o que a faz sentir-se muito mais comprometida ao tratamento, parece ter muito mais obrigação de agradar para sentir-se aceita.

As retaliações da mãe ao padrasto favorecem ainda mais a aliança da filha adolescente com a mãe. Por meio do contra-padrão a adolescente repete o que o padrasto faz, porém de forma positiva diante da mãe: enquanto ele cobre a filha menor de doces e é cobrado por isso, a filha adolescente segue as orientações nutricionais e é elogiada pela mãe.

A negligência paterna é apontada pela mãe como a grande vilã da obesidade das filhas: no caso da adolescente o distanciamento do pai desde a separação, seu desinteresse e falta de cuidado com a menina contribui para que a filha coma mais; com a menor, ao contrário, o agrado e afeto do pai é expresso por meio das guloseimas.

A mãe, por sua vez, apresenta algumas contradições: é extremamente preocupada com a alimentação das filhas, entretanto, deixa a cargo do marido (negligente) o preparo das refeições; é enérgica para resolver os conflitos, porém envolve-se com um marido passivo; respeita a individualidade e as decisões das filhas, mas é autoritária. Será que de alguma forma esse perfil da figura de apoio e segurança para as filhas,

influencia a obesidade das meninas? Ou será que tudo se resume à negligência paterna, como aponta a mãe?

Claro que isso não exclui a importância da atenção e do cuidado materno tanto no que se refere à alimentação quanto aos outros aspectos da vida das meninas como saúde, socialização, escola, estigmatização em

### *1.1. Estrutura*

#### Limites

Fronteiras rígidas entre as famílias de origem e atual e difusa entre os membros da família atual

Configuração de papéis e posição nas relações familiares

Mãe dominante e pai excluído

Filho faz o papel de mediador de conflitos

#### Alianças

Mãe e filho contra o pai

Mãe, filho e filha contra o pai

Mãe e filho contra a filha

Vínculo Geracional: vínculo frágil em que há distanciamento, falta de acolhimento, rigidez nas decisões, dificuldade nos diálogos, segredos.

### *1.2. Conexão*

#### Apoio ao desenvolvimento

Apoio negligente

#### Envolvimento emocional

Presença de um terceiro nas relações

Discriminação devido à sua obesidade

Outras pessoas da rede social

#### Senso de pertencimento

Ligação entre os membros

Falta de confiança

#### Afiliação

Excesso de mãe

### *1.3. Significado compartilhado*

## Identidade

Obesidade do adolescente: os conflitos familiares, doença de um dos pais, excesso de medicamento são as explicações à obesidade do garoto.

Obesidade familiar: a mãe, duas tias maternas e “*Alguns parentes*” (sic) de Pedro que não aparecem no genograma, por fazer parte do segredo da mãe em relação à paternidade do menino.

Doenças do adolescente: bronquite, sinusite, hepatite, aumento de colesterol e hipertensão.

Doenças familiares: infarto, câncer, bronquite, hipertensão.

Hábitos familiares: a negligência de quem prepara ou compra a comida, a preferência por comidas rápidas e guloseimas no dia-a-dia, o exagero no consumo, o sedentarismo, são os hábitos que mais influenciam a manutenção da obesidade na família Braga.

Exclusão da obesidade: forma agressiva como se utiliza o tema para desqualificar o membro obeso, a negação da morbidade da obesidade.

Valores Familiares: mais entendimento entre pais e filhos

Crenças religiosas: católica não praticante

Lealdade: a interação entre mãe e filho é marcada pela obesidade de ambos, pela aliança que formam, pelos programas que compartilham em torno da obesidade. Entretanto, essa relação é envolta em segredos conhecidos pela mãe e desconhecidos para o filho. É possível que esses segredos mantenham as lealdades familiares, assim como a obesidade.

Atividades Compartilhadas: passeios, almoço fora de casa e consultas médicas.

Visão da rede social sobre obesidade: o adolescente afirma não ser alvo de preconceito ou crítica devido à obesidade, porém seu pai já o defendeu em uma situação em que alguém chamou o filho de gordo.

## **2. Controle**

### *2.1. Dominador*

Conflitos familiares a favor da obesidade: o envolvimento do adolescente na disputa pelo controle entre o pai e a mãe colabora com os episódios de descontrole alimentar.

Manipulação do filho a um dos pais: de forma camuflada e sedutora o filho manipula a mãe, que cede aos seus caprichos. Assim o garoto obtém o alimento que deseja, enquanto o pai lamenta, mas vê-se impotente para romper o processo.

Disputa entre irmãos: ocorre por ciúme, disputa de atenção, de amor ou de um objeto de desejo. O filho ainda tem uma vantagem, sente-se mais protegido pela mãe.

Confrontação entre o casal envolvendo os filhos: em meio ao conflito conjugal na disputa pelo poder os pais fazem uso de coerção, manipulação e/ ou ameaça envolvendo o filho adolescente.

### *2.2. Reativo*

Descontrole alimentar X descontrole emocional: No desejo de controlar suas emoções, o adolescente busca na comida o alívio para suas tensões. A ilusão de ter solucionado o problema dura pouco, pois paradoxalmente lhe proporciona mais desconforto e mais descontrole emocional. A falta de controle sobre esse ciclo faz surgir no garoto o desejo de soluções mágicas como o medicamento, por exemplo.

Reação à imposição de limites: o adolescente faz uso da submissão e da sedução para burlar os limites impostos.

### *2.3 Cooperativo: ausente*

## **3. Intimidade**

### *3.1 Mutualidade*

Dividir os sentimentos e vulnerabilidades: a dificuldade para compartilhar sentimentos, vulnerabilidades e esperança, chama a atenção da mãe. O filho, entretanto, não se coloca em relação ao assunto, o que pode confirmar a queixa da mãe ou levantar a hipótese de que nessa interação não haja espaço para essa intimidade. Isso pode ser próprio da fase do desenvolvimento em que se encontra, mas também pode ser agravado pela obesidade.

Relacionar-se com outros como personalidades únicas: o garoto dessa família duvida da veracidade dos sentimentos de seus amigos devido à sua obesidade.

Interações sexuais emocionalmente íntimas: a rejeição em relação ao seu próprio corpo obeso dificulta o estabelecimento de interações íntimas.

### **3.2.2. Síntese das interações**

Na Família Braga as fronteiras entre as famílias de origem e atual são rigidamente estabelecidas. Em relação à família paterna há segredos e nem se fala sobre o assunto, a família materna é parcialmente próxima.

Já entre os membros da família atual as fronteiras são difusas: há um conflito familiar de base, ligado à relação conjugal dos pais, que não se resolve e no qual todos se envolvem e se misturam.

A dificuldade da esposa e do marido em enfrentar seu problema de conexão conjugal parece interferir na organização dos papéis, nas alianças formadas e na identidade familiar. Ambos envolvem os filhos nessa situação e são eles que assumem as brigas ou os sintomas.



A esposa não deseja mais o marido, porém não se separa, já o marido, mesmo humilhado, mantém-se presente. A esposa coloca-se como superior ao marido, contudo, o que se observa é que ela não enfrenta o marido, mas esquiva-se dele e não é uma figura de autoridade perante os filhos.

O marido/ pai é desrespeitado por todos e também não impõe limite ou autoridade, sua tentativa de se unir ao filho para reconquistar a mãe parece frustrada. A filha briga com o pai no lugar da mãe e o filho adocece, ou melhor, engorda presenciando tudo isso. Tanto a mãe quanto o garoto reconhecem que essa situação tem influenciado a obesidade do adolescente, uma vez que ele come muito mais em momentos de discussões familiares.

A mãe que delegou os cuidados do filho pequeno à filha adotiva, hoje forma com ele uma aliança suficientemente forte para defendê-los de interferências do marido ou da filha. Nessa aliança há em alguns momentos quase que uma fusão entre mãe e filho e ela age como se soubesse todos os desejos e vontades dele. Em outros momentos há distanciamento, entretanto, a mãe acaba cedendo às vontades do filho que, por meio da sedução consegue dela tudo que deseja, principalmente nas questões ligadas à alimentação.

Nesse ponto o pai diverge chamando atenção da mãe para a obesidade do filho, porém em vão. A permissão do consumo exagerado e do abuso às comidas calóricas e gordurosas são comportamentos frequentes na mãe, que inclusive acompanha o filho nessas empreitadas.

Outras duas características presentes nessa família que chamam a atenção são: a presença constante de um terceiro nas relações que envolvem a mãe e os segredos que ela guarda. A mãe sempre coloca alguém para justificar suas atitudes em relação a uma outra pessoa, como, por exemplo, um novo relacionamento no que se refere ao marido, o filho na relação com o marido, os filhos na relação com o novo relacionamento.

Os segredos também são freqüentes: no que diz respeito ao falecimento dos sogros, ao genro que é usuário de drogas, à paternidade de seu filho, aos romances da mãe. A mãe, todavia, não se reconhece como detentora de tais segredos.

A dificuldade familiar em incluir a obesidade como parte da identidade familiar explícita na forma agressiva como a irmã desqualifica o irmão obeso também faz parte desse ambiente que o adolescente tem como referência. Será possível sentir-se seguro num ambiente vulnerável como esse? Talvez esse seja outro fator que influencia a obesidade do garoto.

Nesse contexto é compreensível que haja um descontrole emocional, especialmente considerando a fase de desenvolvimento enfocada. Assim, o adolescente ao tentar controlar-se emocionalmente acaba descontrolando-se na alimentação, o que gera num momento posterior mais desconforto emocional e mais descontrole. A falta de controle sobre esse ciclo faz surgir o desejo de soluções mágicas, de um controle externo, como o medicamento, por exemplo, que também não põe fim ao problema.

A obesidade incomoda de tal forma o adolescente dessa família que torna-se um obstáculo na hora de estabelecer relacionamentos afetivos, sejam eles de amizade ou amorosos. Mesmo tendo afirmado que não se sente discriminado pela obesidade, sente dúvida em relação à veracidade dos sentimentos de seus amigos e acredita que pode ser alvo de rejeição numa paquera.

### **3.3. Família Carvalho**

#### **3.3.1. Análise das categorias**

##### **1. Inclusão**

###### *1.1. Estrutura*

###### Limites

Fronteiras flexíveis

Configuração de papéis e posição nas relações familiares

Pai dominante e mãe submissa

Filho é rotulado como provocador dos tumultos familiares

Alianças

Alianças na família extensa

Vínculo Geracional: vínculo frágil favorecido pelas alianças na família extensa.

### *1.2. Conexão*

Apoio ao desenvolvimento

Receio de estar na direção errada

Envolvimento emocional

Reserva X exposição

Agitação no dia-a-dia

Senso de pertencimento

Ligação entre os membros

Afiliação

### *1.3. Significado compartilhado*

Identidade

Obesidade do adolescente: a negligência dos pais e avós que forçavam a criança a comer considerando que saudável era ser gordinho é o que justifica o desenvolvimento da obesidade do adolescente.

Obesidade familiar: irmã, uma prima paterna e a avó paterna.

Doenças do adolescente: tendência à diabete.

Doenças familiares: alcoolismo e insuficiência respiratória.

Hábitos familiares: preferência por comidas rápidas e guloseimas no dia-a-dia, ingestão rápida e restrições e regras em relação à alimentação.

Exclusão da obesidade: a estranheza dos pais ao comportamento alimentar do filho, a negação da morbidade da obesidade, o desejo de encontrar um culpado e a pseudo-ajuda oferecida na qual somente o obeso precisa mudar porque é ele o problema são os sinais dessa não integração da obesidade nessa família.

Valores Familiares: educação e família.

Crenças religiosas: umbandista praticante.

Atividades Compartilhadas: passeios a parques e zoológico, sempre associando a possibilidade de praticar exercício físico.

Visão da rede social sobre obesidade: o adolescente nega ser alvo de preconceito ou crítica devido à obesidade. Seus pais, por outro lado, receiam que o filho seja estigmatizado devido à obesidade e consideram que a rede social vê o obeso com preconceito.

## **2. Controle**

### *2.1. Dominador*

Controle alimentar dominador: os limites (armário trancado, restrição a diversos alimentos) são rigidamente impostos e há presença de punição.

Imposição de limites: o pai impõe sua autoridade, define o que pode e o que não pode, o que deve ser feito e por quem, monitora as atividades dos filhos dentro e fora de casa e pune se houver desobediência. Essa função é cumprida mesmo com a sensação de ser preterido.

Manipulação do filho a um dos pais: o filho se comporta de forma a gerar culpa na mãe, que não resiste e acaba cedendo. O pai lamenta esses episódios.

Disputa entre irmãos: ocorre por ciúme, disputa de atenção, de amor ou de um objeto de desejo como, por exemplo, o computador.

## *2.2. Reativo*

Pseudo-rebelião: o excessivo controle do pai contribui a aumentar a rebeldia do filho denunciada no descontrole alimentar, no retraimento, resistência e desobediência. A falsa autonomia do filho sobre sua alimentação é uma pseudo-rebelião, uma vez que paradoxalmente o mantém junto ao pai devido à luta pelo controle sobre seu comportamento.

Reação à imposição de limites: a filha adolescente (irmã de Bernardo) conforma-se com a autoridade do pai mesmo a discordando.

Falha na imposição de limite: a mãe tem dificuldade para impor limite, seja em relação à alimentação ou a qualquer outro assunto.

## *2.3 Cooperativo: ausente*

# **3. Intimidade**

## *3.1 Mutualidade*

Dividir os sentimentos e vulnerabilidades: o adolescente tem dificuldade para compartilhar sentimentos, vulnerabilidades e esperança, o que faz os pais se queixarem bastante. O filho, por sua vez, não opina sobre esse assunto, o que pode confirmar a queixa dos pais ou levantar a hipótese de que nessa interação não haja espaço para essa intimidade. Isso pode ser próprio da fase do desenvolvimento em que se encontra, mas também pode ser agravado pela obesidade.

### **3.3.2. Síntese das interações**

Na família Carvalho os limites pareceram mais flexíveis entre as famílias de origem e atual. Os membros transitam mais, têm mais contato uns com os outros, porém cada um tem seu espaço preservado. Mesmo dividindo o mesmo terreno com a família paterna, os membros parecerem conservar as fronteiras.

Na família materna, mesmo com certo distanciamento em função da separação dos avós e da relação conflitiva entre a mãe do adolescente e seu pai, as fronteiras também parecem ser flexíveis. Isso ocorre porque o pai do adolescente faz o elo entre sua esposa e o pai dela.

Aqui o pai é a figura dominante, é ele que assume as tarefas domésticas, os cuidados com as crianças, a imposição de limites, o tratamento do filho. A mãe mostra-se mais frágil, com dificuldade para impor, o que pode estar relacionado com a sua história de vida. Esse pai complementar, que preserva um espaço para si, parece desejar o mesmo para o filho obeso: tratamento.

Na prática, não obstante, a mãe, por sua característica frágil, cai facilmente no jogo do filho e cede aos seus desejos ou, como ela mesma diz faz “vista grossa”. O pai, ao contrário, é extremamente rígido e punitivo, o que parece também ter herdado da sua história, e age energicamente com o filho no que se refere à alimentação. Conseqüência ou não dessa atitude do pai, a relação entre ele e o filho é bastante estremecida.

Não se pode deixar de ressaltar que um distintivo comum desde o avô paterno, passando pelo pai e chegando aos filhos é um estilo mais reservado com distanciamento afetivo e dificuldade para expor os sentimentos e falar de si. Talvez por isso, talvez pela fase adolescente, talvez pelo estilo de relacionamento, o fato é que os dois filhos adolescentes apresentam dificuldade para se relacionar com seus pais, especialmente com o pai.

O mau-humor e o estresse são comuns a todos os membros e favorecem os atritos. A casa é agitada com interesses divergentes entre os adolescentes que desejam assistir TV, mexer no computador e ouvir música ao mesmo tempo, o pequeno que quer brincar e os pais que desejam descansar e colocar ordem na casa.

A obesidade não está incluída na identidade familiar; é colocada à parte como um problema exclusivo do adolescente, portanto é ele que tem que se tratar e modificar os hábitos, o ambiente nada tem a fazer. Contraditoriamente, esse ambiente em alguns momentos reconhece sua contribuição no desenvolvimento e na manutenção da obesidade do garoto.

Essas peculiaridades todas tornam o ambiente familiar extremamente controlador e a resposta do jovem é o descontrole alimentar, diferentemente de sua irmã que reage à imposição de limites com conformismo, mesmo que a contra-gosto.

Os pais mostram-se bastante preocupados em acertar, em fazer o melhor pelo filho e em diversos momentos questionam suas próprias atitudes. Temem os preconceitos que o filho possa sofrer e dificuldade que tem em compartilhar sentimentos com os outros.

#### **4. Comparação entre as famílias**

A comparação entre as interações das três famílias participantes em cada uma das categorias propostas pelo Modelo Familiar FIRO foi elaborada a partir das sínteses apresentadas no início desse capítulo e da análise das conversações.

#### **Inclusão**

Foram observados dois tipos de fronteiras: nas famílias Almeida e Braga os limites são rígidos entre a família de origem e a atual e difusos entre os membros da família atual. Na família Carvalho, ocorre o contrário

são flexíveis entre a família de origem e a atual, porém os membros da família atual mantêm certo distanciamento uns dos outros.

A separação dos pais da adolescente na família Almeida e a crise conjugal dos pais do adolescente da família Braga explicitada pela relação extraconjugal da mãe proporcionaram que esses adolescentes estabelecessem um vínculo afetivo mais sólido com um dos genitores, nos dois casos com as mães.

Assim nessas famílias a figura dominante é a da mãe, enquanto na Carvalho é a do pai. Cada figura dominante tem seu contra-ponto submisso ou excluído, por isso é interessante observar os modelos de pai e mãe. Na família Almeida há um pai completamente ausente e outro que faz todas as vontades da filha menor e é submisso. Na Braga o pai não tem poder algum e é excluído por toda a família. Na Carvalho, o pai é extremamente controlador e dominador, acompanhado por uma mãe submissa.



vontades do filho, enquanto o pai não tem voz ativa. Finalmente na Carvalho os pais de certa forma concordam, mesmo que a mãe acabe cedendo às chantagens emocionais do filho, entretanto, têm muita dúvida se estão mesmo colaborando.

Mesmo com essas diferenças, em todas as famílias há sempre um genitor que cede às vontades do filho obeso. Isso parece fazer parte da dinâmica de todas elas, assim como faz parte do obeso ter uma forma peculiar de manipular essa dinâmica. Provavelmente essa interação contribui para a manutenção da obesidade.

Quanto ao envolvimento emocional há em todas as famílias um impasse: a ala masculina é, segundo as mulheres, mais reservada e tem dificuldade para se expor, o que justifica um diálogo falho. Cada família, contudo, tem suas particularidades nessa justificativa: na família Almeida é porque o marido não tem iniciativa; na Braga sempre há mais alguém interferindo na relação; e na Carvalho a agitação da casa não colabora para que haja a tranqüilidade necessária. Seja qual for a explicação, o comprometimento do envolvimento emocional nas interações familiares interfere na falta de consenso inclusive sobre os cuidados com a alimentação citado acima, portanto, também influenciam na obesidade.

A obesidade tem justificativas diferentes em cada família, mas todas reconhecem a responsabilidade da família no desenvolvimento da doença atribuindo-a à separação conjugal (Almeida), a conflitos familiares (Braga), ou negligência dos pais (Carvalho), por exemplo. Contraditoriamente, todas depositam no adolescente a responsabilidade pela mudança de hábito e a missão de emagrecer.

Isso tem a ver com a dificuldade em incluir a obesidade na identidade familiar observada e também no receio em apontar os membros obesos e expor os motivos da obesidade desses, ligada a questões hereditárias, de idade avançada, de doença.

Os três adolescentes apresentam outras doenças além da obesidade, mas somente os meninos das famílias Braga e Carvalho apresentam comorbidades relacionadas à obesidade. Em relação à família extensa foram citadas diversas doenças, contudo nenhuma aparece como comorbidade da obesidade de algum membro.

No que se refere aos hábitos familiares todas as famílias relatam diversos comportamentos que contribuem com o desenvolvimento e manutenção da obesidade. Em alguns casos os membros até sabem o que seria o correto em outros, porém, não percebem a inadequação.

Na família Almeida, por exemplo, a mãe já orientada pela nutricionista não permite que as filhas comam em frente à televisão, todavia, as sobremesas são sempre os doces mais calóricos, mesmo sabendo que a salada de fruta seria indicada de vez em quando. A família Braga é marcada por um consumo exagerado do filho ao qual a mãe não põe limite nem deixa o pai colocar, além disso, facilmente o menino consegue o que deseja por meio de seu jogo de sedução. Finalmente na família Carvalho há uma preferência geral por comidas rápidas, de fácil preparo e calóricas.

As atividades compartilhadas comumente envolvem comida, já que as famílias participantes da pesquisa costumam frequentar festas, churrascos ou fazer passeio que inclui alimentação. Além desses, as famílias Almeida e Braga relatam compromissos como reuniões escolares e consultas médicas. Somente a família Carvalho faz passeios a parques e estimula atividade física.

Os segredos só foram notados na família Braga e parecem interferir na obesidade do adolescente, especialmente porque têm muito a ver com a sua história.

Os valores familiares estão relacionados ao contexto de cada família, porém nenhuma delas os relacionou à obesidade e sim ao futuro dos filhos,

seja respeitando sua individualidade (Almeida), favorecendo entendimentos (Braga) ou proporcionando educação (Carvalho).

Ao discutir o preconceito em torno da obesidade há uma preocupação unânime dos pais de que os filhos sofram alguma discriminação e isso intensifica o desejo de ajudá-los.

### **Controle**

Há uma variação na imposição de limite entre as três famílias participantes. Nas famílias Almeida e Carvalho o limite é muito presente, já na Braga, nem tanto, isso vale tanto para as regras em geral como para o controle alimentar.

Na família Almeida as regras são claramente definidas, e ameaça, reforço e punição se fazem presentes, a mãe impõe sua autoridade e controla os afazeres das filhas. A reação das meninas, porém, é diferente: a adolescente é colaborativa e age de acordo com a mãe e a menor a enfrenta e desafia. Como já foi dito anteriormente, possivelmente, essas atitudes são endossadas pela segurança emocional de cada uma. A mesma reação na relação ocorre no que se refere à alimentação.

A família Carvalho é semelhante à Almeida, entretanto, há um pouco mais de rigidez na imposição dos limites em relação à alimentação do filho adolescente. E a resposta dele é de bastante rebeldia, demonstrada na própria alimentação.

A família Braga apresenta mais dificuldade para impor limite, pois a mãe não o faz nem permite que pai o faça, tanto é assim que o filho come desenfreadamente. Quando há qualquer tentativa de imposição, todavia, o adolescente facilmente consegue burlar com um jogo de sedução.

Os conflitos e disputas também servem como uma brecha ao descontrole alimentar. Sejam conflitos familiares, conjugais ou disputa

entre irmãos, podem servir como um disparador ao descontrole emocional que leva a hiperfagia como ocorre nas famílias Braga e Carvalho.

### **Intimidade**

Os adolescentes das três famílias não apreciam fazer programas fora de casa, assim como apresentam dificuldade para exp

## ***V – CONCLUSÃO***

Os crescentes índices e a gravidade das conseqüências da obesidade colocam-na entre as doenças contemporâneas mais preocupantes em todo o mundo. Preocupa especialmente porque os resultados dos tratamentos até o momento são bastante desfavoráveis, com alta recidiva.

Uma das justificativas para esses resultados pouco promissores está no fato de ser essa uma doença multideterminada e extremamente definida pelos hábitos de vida. Portanto, independente da sua etiologia, os tratamentos estão intimamente atrelados à mudança de hábitos, o que requer esforço árduo e contínuo do indivíduo e do seu ambiente.

O que e como mudar não se define simplesmente identificando os hábitos inadequados e sugerindo outros no lugar. Os hábitos são aprendidos e reforçados pelo ambiente e modificá-lo significa mexer em todo o ambiente. Assim antes de propor qualquer transformação é necessário compreender a trama complexa que conserva os hábitos.

Para compreender essa trama em famílias com um adolescente obeso, esse trabalho se propôs responder a seguinte questão: Como os padrões interacionais familiares influenciam na obesidade quando se tem um adolescente obeso?

A fim de responder essa pergunta, tendo como base a perspectiva familiar sistêmica, foram propostos dois objetivos: conhecer os padrões interacionais definidos pelo Modelo Familiar FIRO em famílias que têm um adolescente obeso e compreender de que maneira esses padrões interacionais familiares influenciam no problema de obesidade.

## **1. Respondendo os objetivos**

O primeiro objetivo foi respondido a partir da confrontação das informações coletadas na entrevista e no genograma com os conceitos e categorias no Modelo Familiar FIRO. Foi descrita uma categorização geral desse Modelo para compreender as interações nas três famílias

participantes. Em seguida uma outra categorização foi feita de família por família.

## **1.1. Categorização geral**

**1.1.1. Inclusão:** todas as famílias apresentaram resistência a incorporar a obesidade, o obeso e/ ou o tratamento na estrutura familiar. Cada uma o faz de forma peculiar variando significativamente no que se refere à estrutura, à conexão e ao significado compartilhado. Porém, em todas as famílias participantes a inclusão da obesidade, do membro obeso e/ ou do tratamento foi falha.

*1.1.1.1. Estrutura:* a análise da organização das famílias participantes a partir dos limites, configuração de papéis e posição nas relações familiares, alianças e vínculo geracional permitiu detectar os padrões de interação que se tornam rotina entre os membros. Houve uma variação no tipo de fronteira de uma família para outra, porém em todas foi observada uma hierarquia entre os pais, na qual um dos progenitores domina o outro. Além disso, todos os adolescentes com obesidade ocupam nessas famílias uma posição medíocre em relação à dinâmica familiar. As alianças aparecem tanto na família constituída, como na extensa e, na maioria dos casos refletem diretamente a influencia sobre a obesidade. Os vínculos geracionais são fragilmente estabelecidos nas três famílias participantes.

Limites: foram detectados dois tipos de fronteiras:

Fronteiras rígidas entre as famílias de origem e atual e difusa entre os membros da família atual

Fronteiras flexíveis

Configuração de papéis e posição nas relações familiares: o domínio de um progenitor sobre o outro foi marcante nas três famílias estudadas. É esse progenitor que assume o tratamento do filho e a maior parte de responsabilidade nos cuidados com o filho. O adolescente obeso, por sua vez, ocupa uma posição desfavorável em qualquer das famílias participantes, como pode ser percebido nas classificações abaixo:

Mãe dominante e pai submisso

Mãe dominante e pai excluído

Pai dominante e mãe submissa

Filha maior fica com a sobra e a filha menor é sempre soberana

Filho faz o papel de mediador de conflitos

Filho é rotulado como provocador dos tumultos familiares

Alianças: as alianças observadas nas famílias constituídas (quatro itens abaixo) interferem na manutenção da obesidade, mesmo quando não são formadas explicitamente em função dessa doença. Servem como brecha para o filho obter o alimento que deseja, seja unindo-se ao progenitor que não adere ao tratamento, seja ligando-se ao progenitor dominante que compartilha a obesidade com o filho.

Pai e filha contra o tratamento: pai não adere ao tratamento e presenteia a filha com guloseimas, assim mantendo a união entre os dois.

Mãe e filho contra o pai: a aliança formada em função do conflito conjugal do casal, fortalece a ligação entre mãe e filho, ambos obesos que compartilham o prazer de comer em abundância.



Mãe, filho e filha contra o pai: semelhante à anterior, com a entrada de mais um membro que ora faz parte dessa aliança, ora é excluído, como mostrado a seguir.

Mãe e filho contra a filha: a forte aliança estabelecida entre mãe e filho defende-os inclusive da intrusão da filha. As situações relacionadas à comida são relevantes nessa aliança, a mãe dá ao filho o privilégio de obter as comidas preferidas, enquanto a filha não é atendida nos seus desejos.

Alianças na família extensa: essas alianças não foram diretamente relacionadas à obesidade, entretanto, influenciam os padrões de interação tanto na família extensa como na constituída, uma vez os membros transitam pelas duas e podem repetir alguns padrões.

Vínculo Geracional: a fragilidade do vínculo geracional foi marcante em todas as famílias participantes.

*1.1.1.2. Conexão:* por meio da análise do apoio ao desenvolvimento, envolvimento emocional, senso de pertencimento e afiliação foi possível conhecer as interações vinculares e o envolvimento emocional entre os membros. As conexões emocionais estão muito relacionadas à constituição de cada família, desta forma houve grande variação nos resultados de cada descritor.

Apoio ao desenvolvimento: foram encontrados quatro tipos de apoio dos pais no que se refere aos cuidados com a saúde e obesidade dos filhos, a saber:

Zelo: progenitor preocupa-se e efetivamente cuida da saúde e da obesidade do filho.

Apoio negligente: há preocupação dos pais nos cuidados ao filho, porém não conseguem ser efetivos.

Ausência de apoio: um dos progenitores se eximi completamente dos cuidados à prole, nem mesmo tomando conhecimento do desenvolvimento e da obesidade do filho.

Receio de estar na direção errada: os pais cuidam, especialmente em relação à obesidade, todavia, a incerteza e insegurança rondam suas atitudes.

Envolvimento emocional: foram observadas diversas formas de envolvimento emocional entre os membros das famílias estudadas, como segue:

Aproximação X esquiva: interação familiar complementar em que um membro se aproxima com a intenção de estabelecer um diálogo, enquanto o outro se esquiva.

Presença de um terceiro nas relações: há sempre uma terceira pessoa mediando a relação que deveria ser a dois.

Reserva X exposição: também funciona como uma relação complementar, em que a dificuldade de um dos membros em ser mais expansivo se contrapõe à facilidade para explorar e se expor de outro.

Agitação no dia-a-dia: os hábitos e preferências dos adolescentes interferem nas interações emocionais entre pais e filhos, especialmente pela divergência de interesses.

Discriminação devido à sua obesidade: a obesidade pode determinar o envolvimento afetivo dependendo de como é tratada pelos membros; o desprezo ou aceitação do membro obeso é um fator determinante nas relações de afeto.

Outras pessoas da rede social: em todas as famílias o envolvimento emocional se estende a outras pessoas que não são da família, mas que convivem diretamente com o núcleo familiar.

Senso de pertencimento: em todas as famílias foi percebido um certo descompromisso em relação ao pertencimento a uma rede familiar mais ampla.

Ligação entre os membros: a confiança, a proximidade, a frequência no contato unem os membros e contribui para o desenvolvimento do senso de pertencimento.

Falta de confiança: ao contrário do item anterior, a falta de confiança afasta um membro de outro e compromete o senso de pertencimento.

Separação dos pais: a separação conjugal seguida do afastamento de um dos progenitores enfraquece o senso de pertencimento do filho em relação a esse progenitor.

Reprovação do comportamento dos membros: a discordância em relação aos comportamentos apresentados por algum membro favorece o distanciamento e a falha no senso de pertencimento.

Afiliação: dois modelos de afiliação bastante divergentes entre si foram observados nas famílias. Ambos parecem influenciar a obesidade do adolescente, pois tanto a ausência ou a presença maciça do progenitor contribui com a vulnerabilidade do filho.

Carência de pai: pai completamente ausente e sem interesse de aproximação.

Excesso de mãe: mãe confunde-se com o filho e age como se soubesse todos os desejos e vontades dele.

*1.1.1.3. Significado compartilhado:* a identidade da família enquanto grupo foi analisada de acordo com a identidade, os valores familiares, as crenças religiosas, a lealdade, as atividades compartilhadas e a visão da rede social sobre a obesidade. A dificuldade em incluir a obesidade, o membro obeso e o tratamento foi nitidamente observada na análise dessa subcategoria.

Identidade: questões relacionadas à obesidade e aos membros obesos estão no cerne da identidade dessas famílias.

Obesidade do adolescente: separação entre pais, mudança de casa, re-casamento, conflitos familiares, doença de um dos pais, excesso de medicamento, negligência dos pais e avós que forçavam a criança a comer considerando que saudável era ser gordinho, são as justificativas associadas ao desenvolvimento da obesidade segundo os participantes.

Obesidade familiar: em todas as famílias existem outros membros obesos, porém em nenhuma delas a obesidade apareceu como elo de ligação ou peça fundamental que define a identidade familiar ou que está a serviço das lealdades.

Doenças do adolescente: os três adolescentes apresentam outras doenças além da obesidade, mas somente em dois casos aparecem como comorbidade da obesidade (aumento de colesterol, hipertensão, diabete)

Doenças familiares: foram observadas diversas doenças entre os membros da família, contudo nenhuma doença aparece como símbolo da identidade familiar.

Hábitos familiares: a negligência de quem prepara ou compra a comida, a preferência por comidas rápidas e guloseimas no dia-a-dia, o exagero no consumo, a ingestão rápida, o sedentarismo, o excesso de restrições e regras em relação à alimentação são os

hábitos que mais influenciam a manutenção da obesidade nessas famílias.

Exclusão da obesidade: a forma agressiva como se utiliza o tema para desqualificar o membro obeso, a estranheza no comportamento por parte dos outros membros, a negação da morbidade da obesidade, o desejo de encontrar um culpado, como se isso fosse solucionar o problema e a pseudo-ajuda oferecida na qual somente o obeso precisa mudar porque é ele o problema denotam a dificuldade da família em integrar a obesidade à identidade familiar.

Valores Familiares: respeito às individualidades, às decisões do filho e aos pais, mais entendimento entre pais e filhos, educação e família são os valores apontados pelos entrevistados.

Crenças religiosas: crenças religiosas estão presentes em todas as famílias, não obstante apenas uma pratica a religião.

Lealdade: há segredos não revelados que servem como elo de ligação entre os membros envolvidos no segredo, assim o detentor do segredo garante que não seja revelado, e conserva as lealdades familiares, assim como a obesidade.

Atividades Compartilhadas: as atividades mais freqüentes entre os membros dessas famílias são: as festas e outras atividades que envolvem comida, consultas médicas, reuniões escolares e passeios a parques.

Visão da rede social sobre obesidade: os adolescentes não percebem críticas sociais em relação a sua obesidade, ao contrário dos pais, que

temem que o filho seja estigmatizado devido à obesidade, uma vez que consideram que a rede social vê o obeso com preconceito.

**1.1.2. Controle:** o controle alimentar como metáfora ao controle de relacionamento foi nitidamente detectado nas famílias estudadas. A disputa é tão acentuada entre essas famílias que quase todas as interações de controle se caracterizam como dominador ou reativo.

1.1.2.1. *Dominador:* grande parte das interações entre os membros dessas famílias utilizam o controle dominador, a imposição de limites, a manipulação, a disputa e a confrontação para solucionar os conflitos.

Controle alimentar dominador: as regras e os limites são rigidamente impostos, há presença de ameaça, reforço positivo e de punição.

Imposição de limites: pais impõem sua autoridade, definem o que pode e o que não pode, o que deve ser feito e por quem, monitoram as atividades dos filhos dentro e fora de casa e punem se houver desobediência.

Conflitos familiares a favor da obesidade: a disputa pelo controle nos conflitos familiares colabora com o descontrole alimentar do membro obeso envolvido na confrontação, mesmo que indiretamente.

Manipulação do filho a um dos pais: o filho obtém o alimento desejado manipulando um dos progenitores de forma camuflada, sedutora ou geradora de culpa no progenitor.

Disputa entre irmãos: ciúme, disputa de atenção, de amor ou de um objeto de desejo são os propulsores da rivalidade entre os irmãos.

Confrontação entre o casal envolvendo os filhos: em meio a um conflito conjugal uma das partes utiliza a coerção, manipulação e/ ou ameaça envolvendo os filhos na disputa pelo poder.

*1.1.2.2. Reativo:* uma outra forma de resolver os conflitos é complementar à anterior e faz uso da reação, descontrole, rebeldia e falha na imposição de limites.

Controle alimentar reativo: aparece como resposta ao controle dominador no sentido de burlar as regras e obter o alimento ou o comportamento desejado.

Descontrole alimentar X descontrole emocional: com o intuito de controlar suas emoções e alcançar alívio, paradoxalmente o obeso tem um descontrole alimentar que num curto espaço de tempo vai lhe proporcionar mais desconforto e mais descontrole emocional.

Pseudo-rebelião: o descontrole alimentar, o retraimento, resistência e desobediência do filho são mais acentuados quanto maior for controle dos pais. Essa rebeldia soa como uma falsa autonomia do filho sobre sua alimentação, uma vez que paradoxalmente o mantém junto aos pais devido à luta pelo controle sobre seu comportamento.

Reação à imposição de limites: resistência, desobediência, conformismo e submissão e sedução para burlar os limites, são os

recursos utilizados pelos adolescentes entrevistados como reação à imposição de limites.

Falha na imposição de limite: pais com dificuldade para impor limite, abrem espaço para que haja a inversão da hierarquia e empoderam o filho.

*1.1.2.3 Cooperativo:* a interação cooperativa que faz uso da negociação, compromisso, equilíbrio, dar e receber e trabalhar os problemas na solução de conflitos pouco aparece na dinâmica dessas famílias.

Controle alimentar cooperativo: há cooperação entre os membros no que se refere à alimentação, as partes envolvidas são reconhecidas e respeitadas.

**1.1.3. Intimidade:** essa dimensão foi observada com algumas ressalvas, uma vez que solicita uma identidade individual muito bem definida, o que, em geral, ainda não foi alcançado na idade em que se encontram os adolescentes participantes dessa pesquisa.

*1.1.3.1 Mutualidade:* os jovens das famílias pesquisadas parecem ainda não ter alcançado essa dimensão. Duas hipóteses são apontadas como justificativa: a fase de desenvolvimento em que se encontram ou a obesidade como fator inibidor.

Dividir os sentimentos e vulnerabilidades: os adolescentes entrevistados apresentam dificuldade para compartilhar sentimentos, vulnerabilidades e esperança, o que faz os pais se queixarem bastante.



Relacionar-se com outros como personalidades únicas: a obesidade pode servir como uma barreira no estabelecimento de relações íntimas de amizade entre os adolescentes, a ponto de um dos adolescentes levantar dúvida em relação à veracidade das relações.

Interações sexuais emocionalmente íntimas: o adolescente obeso rejeita seu próprio corpo, isso pode dificultar as interações de sexualidade.

## **1.2. Influência dos padrões interacionais familiares na obesidade do adolescente**

O segundo objetivo específico: compreender de que maneira esses padrões interacionais familiares influenciam no problema de obesidade, foi respondido ao longo da apresentação acima, porém alguns pontos ainda serão ressaltados considerando as dimensões do Modelo Familiar FIRO.

### **1.2.1. Inclusão**

A forma como os membros se conectam e se organizam reflete claramente no desenvolvimento e/ ou manutenção da obesidade, como pode ser constatado em cada uma das subcategorias.

#### **1.2.1.1. Estrutura**

A hierarquia entre os progenitores na qual sempre há um dominante e o seu contraponto, define uma lacuna por meio da qual o adolescente obeso percebe rapidamente que pode obter vantagens. Como o casal diverge em alguns aspectos o filho obtém a comida desejada enquanto os pais não chegam a um consenso.

A posição desprivilegiada ocupada pelos adolescentes obesos também propicia ganhos secundários. O filho mediador da família Braga,

por exemplo, é bem querido pelo pai e pela mãe e pode obter seus desejos tanto com um como com outro. Por outro lado, permanecer nesse lugar provoca um imenso desgaste emocional que busca ser compensado na comida.

As alianças também podem estar a favor da obesidade, seja unindo e fortalecendo o elo entre os membros obesos, como ocorre na família Braga, seja contribuindo para burlar as regras de uma alimentação adequada e obter guloseimas como na família Almeida.

#### 1.2.1.2. Conexão

A forma como os genitores lidam com a obesidade, a saúde e o desenvolvimento do filho interfere na maneira como esse vai enfrentar a obesidade. A ausência de cuidado por parte de um dos pais, por exemplo, pode ter contribuído com o desencadeamento da obesidade, porém o zelo da mãe fortalece a adesão ao tratamento, como pode ser observado na família Almeida. Um apoio negligente sem um contraponto, por outro lado, favorece o agravamento da obesidade, como ocorre na família Braga.

A falta de um modelo de ação para apoiar o desenvolvimento do filho pode levar a atitudes rígidas demais ou muito permissivas que não beneficiam o tratamento da obesidade e nem mesmo o filho obeso. Ao contrário dificultam as relações entre os membros e ainda podem contribuir com a permanência da obesidade.

O envolvimento emocional entre os membros também passa por questões ligadas à obesidade. O desprezo ou aceitação do membro obeso, por exemplo, é um fator determinante nas relações de afeto.

A proximidade ou afastamento entre os membros que define o senso de pertencimento e entre pais e filhos que formata o tipo de afiliação reflete na vulnerabilidade do adolescente à obesidade. O descompromisso com o

senso de pertencimento e os modelos extremos de afiliação (muito ligado ou muito afastado) caracterizam as famílias estudadas.

#### 1.2.1.3. Significado Compartilhado

A identidade familiar mostra se a obesidade está ou não incluída nas interações familiares. A exclusão da obesidade, do membro obeso e/ ou do tratamento influenciam diretamente a manutenção da obesidade. A justificativa para a obesidade do adolescente, a presença ou ausência de outros obesos na família, os hábitos familiares em relação à alimentação e à prática de exercício físico revelam se e de que forma a família integra a doença.

Quanto maior a exclusão da obesidade mais difícil torna-se o tratamento. Numa família que inclui a obesidade na sua identidade as mudanças de hábitos são entendidas como responsabilidade de todos os membros e não apenas do obeso. Além disso, ele não é desqualificado nem tido como o diferente. Essas condições não foram observadas nas famílias participantes dessa pesquisa, que, ao contrário, evidenciaram bastante dificuldade em incluir a obesidade na sua identidade.

Os segredos familiares também podem estar a serviço da manutenção da obesidade, especialmente se envolve a história de vida do membro obeso, como ocorre na família Braga.

As atividades compartilhadas pela família e a visão da rede social sobre a obesidade estão muito ligadas à maneira como a família se relaciona com a obesidade. As atividades podem girar em torno de comida ou, ao contrário favorecer a prática de exercício físico. Uma visão negativa da rede social sobre a obesidade tanto pode servir para impulsionar a adesão ao tratamento, como pode contribuir para a instalação de um sentimento de inferioridade que paralisa o membro obeso.

### **1.2.2. Controle**

A disputa pelo controle nas famílias estudadas é tão marcante que quase não se observa a cooperação entre os membros. O controle dominador e o reativo definem grande parte das interações nessas famílias e provavelmente influenciam na obesidade dos membros.

Um controle alimentar rigidamente imposto abre caminho para uma reação de descontrole excessivo. Quanto maior é a imposição das restrições alimentares, mais o membro obeso se rebela comendo, pois é desta forma que fica no controle, não se submetendo ao controle alheio. Na fase adolescente essa disputa fica ainda mais acirrada, já que o jovem precisa se diferenciar dos pais para constituir a própria identidade. A rebelião, porém o deixa ainda mais ligado aos pais na luta pelo controle sobre seu comportamento.

Os conflitos familiares que envolvem o adolescente seja, como alvo principal, seja como mediador, em geral, também resultam no descontrole alimentar. Isso ocorre, porque o desgaste emocional é intenso e a comida serve como fonte de alívio, ao mesmo tempo em que representa uma tomada de controle da situação. Ambas soluções ilusórias e efêmeras.

Um recurso freqüentemente utilizado pelo filho adolescente nessas interações de controle é a manipulação a um dos pais no sentido de obter a comida desejada. Isso ocorre facilmente quanto maior for a divergência entre os pais.

O controle cooperativo sustenta menos a obesidade, uma vez que depende de um acordo entre as partes e um compromisso mútuo.

### **1.2.3. Intimidade**

A obesidade dificulta o estabelecimento de relações íntimas assim como a ausência dessas relações contribui com a obesidade. O corpo obeso pode servir como empecilho para construção de uma relação íntima, em

que se compartilha vulnerabilidades e sentimentos, se relaciona com o outro como personalidade única, podendo chegar à interações sexuais emocionalmente íntimas.

Por outro lado, a falta de intimidade, a dificuldade em compartilhar os sentimentos e se relacionar inteiramente com o outro contribui com a falta de cuidado com o próprio corpo e, portanto, com a manutenção da obesidade.

É importante lembrar a ressalva dos autores do Modelo Familiar FIRO sobre a complexa mistura das dinâmicas de inclusão, controle e intimidade na maioria das interações familiares. Assim, o que se tentou fazer aqui foi observar as características predominantes nas interações para identificar a dimensão e, a partir daí, compreender sua influência na obesidade do adolescente. Portanto, as categorias serviram como um mapa para facilitar a identificação do que e como nas interações familiares interfere na obesidade.

## **2. Algumas considerações do Modelo Familiar FIRO e a obesidade**

A exposição aqui apresentada demonstra que o Modelo Familiar FIRO é um instrumento importante que auxilia o profissional que trabalha com a problemática da obesidade, pois aponta os aspectos fundamentais do funcionamento familiar para orientar as famílias e ajudar no tratamento. Além disso, permite ao profissional compreender a estrutura e a dinâmica familiar, as conexões, as interações, os limites, a hierarquia, os papéis, as disputas que influenciam na instalação e manutenção da obesidade.

O Modelo Familiar FIRO ressalta três pontos importantes das interações familiares: inclusão, controle e intimidade. Isso possibilita ao profissional trabalhar em Terapia Familiar traçando um caminho de atuação.

Vale lembrar também os dois postulados do Modelo: 1º) a família tem que criar novos padrões de inclusão, controle e intimidade nas transições do ciclo de vida e nos eventos estressantes; 2º) inclusão, controle e intimidade constituem uma seqüência desenvolvimental no manejo das mudanças familiares que favorecem a adaptação.

Na fase adolescente em que as famílias estudadas estão inseridas ocorrem significativas transformações que exigem da família uma reorganização nos papéis, nas posições, nas alianças, que terá conseqüência na disputa pelo controle e na qualidade da intimidade familiar. As questões ligadas à inclusão devem ser solucionadas antes das de controle e este, antes das de intimidade, uma vez que a resolução nessa ordem é condição *sine qua non* para o sucesso nas três áreas. Portanto, só é possível definir outros padrões de controle depois da solução da categoria de inclusão, assim como só é possível formar novos padrões de intimidade após ter resolvido os problemas de controle.

Na análise realizada nesse trabalho foi observado que as famílias apresentam dificuldade nas três áreas. É importante ressaltar que quanto maior a dificuldade de inclusão da obesidade e das questões a ela relacionadas, maior é a disputa pelo controle e mais difícil é o estabelecimento da intimidade, como pode ser constatado claramente nas interações da família Carvalho.

O não seguimento da seqüência desenvolvimental das três dimensões acarreta sérias dificuldades nas interações familiares. Para que possa avançar satisfatoriamente no ciclo de vida a família precisa reavaliar seus padrões de estrutura, conexão e significado compartilhado. Somente depois disso, estará apta a experienciar dificuldades com conflitos improdutivos, engajando-se em negociações construtivas e colaborativas sobre suas diferentes necessidades e expectativas. Finalmente estará apta para

recuperar seus níveis de intimidade ou aumentar a qualidade de sua intimidade.

Portanto, antes que controlar a alimentação do adolescente de forma dominante ou autoritária é importante rever o significado que a obesidade, a alimentação, o sedentarismo, o(s) membro(s) obeso(s), as crenças em relação à obesidade, as justificativas para a obesidade ocupam nessa família. Colaborar com o adolescente significa estar longe de encontrar um(ns) culpado(s) para depositar nele a responsabilidade pela doença e assim isentar a família de qualquer encargo. Ao contrário, a integração da obesidade na organização, nas conexões e na identidade familiar pode desenvolver atitudes de cooperação e colaboração capazes de dissolver a disputa e efetivamente contribuir com o restabelecimento da saúde do membro obeso. Conseqüentemente, novos padrões de intimidade serão construídos no sentido de proporcionar mutualidade entre os membros aumentando a confiança e fortalecendo relações íntimas.

***VI – REFERÊNCIAS  
BIBLIOGRÁFICAS***



ABRANTES, M. M.; LAMOUNIER, J. A. e COLOSIMO, E. A. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes das regiões Sudeste e Nordeste. **Jornal de Pediatria**, v. 78, n. 4, p. 335-340, 2002.

ALMEIDA, C. A. N.; BAPSTISTA, M. E. C.; ALMEIDA, G. A. N. e FERRAZ, V. E. F. Obesidade infanto-juvenil: uma proposta de classificação clínica. **Pediatria**. v. 26, n. 4, p. 257-267, 2004.

ANDRADE, T. M.; CAMPOS, A. L. R.; MORAES, D. E. B., ESCRIVÃO, M. A. M. S.; OLIVEIRA, F. C.; VÍTOLO, M. R.; LOPEZ, F. A. e FISBERG, M. Estudo psicológico de crianças e adolescentes obesos. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 12, n. 3, p. 36-39, 1995.

ANJOS, L. A.; CASTRO, I. R. R.; ENGSTROM, E. M. e AZEVEDO, A. M. F. Crescimento e estado nutricional em amostra probabilística de escolares no Município do Rio de Janeiro. **Caderno de Saúde Pública**. v. 19, supl. 1, p. 171-179. 2003.

BALABAN, G.; SILVA, G. A. P. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes de uma escola da rede privada de Recife. **Jornal de Pediatria**. v. 77, n. 2, p. 96-100, 2003.

BENEDETTI, C. **De obeso a magro**: a trajetória psicológica. São Paulo: Vetor. 2003.

BERNSTEIN, N. R. Objective bodily damage: diffigurement and dignity. In CASH, T. F. e PRUZINSKY, T. **Body Images**: development, deviance, and change. Nova York: Gilford Press. 1990.

BERTHOUD, C. M. E., CERVENY, C. M. de O. et al. **Família e ciclo vital**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

BERTHOUD, C. M. E. “**Re-significando a parentalidade**” **Desafio para toda a vida**. Tese (Doutorado em Psicologia) São Paulo: PUC, 2000.

BETTARELLO, S.V. e FRÁGUAS Jr., R. Enfoque psicossomático do obeso. In: **I Congresso Brasileiro de Psiquiatria e Medicina Interna**. São Paulo, 1987. Anais. São Paulo: Astúrias, p. 113-116, 1988.

BIRCH, L. L. Development of food acceptance in the first years of life. **Proc. Nutr. Soc.**, v. 57, p. 617-624, 1998.

\_\_\_\_\_ e FISHER, J.O. Development of eating behaviours among children and adolescent. **Pediatrics**. v. 101, p. 539-549, 1998.

BOWEN, M. **Family therapy in clinical practice**. Nova York: Jason Aronson, 1978.

BRADDON, F. E.; WADSWORTH, M. E.; DAVIS, J. M. C. et al. Social and regional differences in food and alcohol consumption and their measurement in a national birth cohort. **Journal Epidemiological Community Health**, v. 46, p. 341-349, 1988.

BURD, M. Obesidade e Família. In: MELLO FILHO, J. e BURD, M. et. al. **Doença e Família**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

BURD, M. e BAPSTISTA, C. Anamnese da família: Genograma e Linha do tempo. In: MELLO FILHO, J. e BURD, M. et. al. **Doença e Família**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

BURROWS, R. A. Prevention y tratamiento de la obesidad desde la niñez: la estratégia para disminuir lãs enfermedades crônicas no transmisibles del adulto. **Revista Médica de Chile**, v. 128, n. 1, p. 105-110, 2005.

CANGELLI FILHO, R. **Adolescente e família: uma possibilidade de encontro através da terapia cognitiva breve**. Tese mestrado. Psicologia Clínica. São Paulo: PUC, 1998.

CENTERS FOR CONTROL AND PREVENTION OF DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **Overweight and Obesity: Contributing Factors**. 2006a. Disponível em <[http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/obesity/contributing\\_factors.htm](http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/obesity/contributing_factors.htm)> Acesso em 19/03/2006.

CENTERS FOR CONTROL AND PREVENTION OF DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **Overweight and Obesity: defining overweight and obesity**. 2006b. Disponível em <<http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/obesity/defining.htm>> Acesso em 19/03/2006.

CENTERS FOR CONTROL AND PREVENTION OF DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICE. **Overweight and Obesity: Health Consequences**. 2006c. Disponível em: <[nccdphp/dnpa/obesity/consequences.htm](http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/obesity/consequences.htm)> Acesso em 19/03/2006.

CERVENY, C. M. de O. **A Família como modelo**: desconstruindo a patologia. São Paulo: Livro Pleno. 2001.

\_\_\_\_\_. Família e Psicossomática. In: PAIVA, L. M. et. al. **Séculos XX e XI – O que permanece e o que se transforma**. São Paulo: Lemos. 1996. v. 6.

CEZAR, C. O tratamento da obesidade estruturado em terapêutica multiprofissional. **Pediatria Moderna**, v. 36, n. 3, p., 2000.

CHRISTOFFEL, K. K. e FORSYTH, B. W. Mirror image of environment deprivation: severe children obesity of psychosocial origin. **Child Abuse Negl**, v. 13, p. 249-256, 1989.

COLE, T. J.; BELLIZZI, M. C.; FLEGAL, K. M. e DIETZ, W. H. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. **Br. Medical Journal**, v. 310, p. 1-6, 2000.

CONTI, M. A.; FRUTUOSO, M. F. P. e GAMBARDELLA, A. M. D. Excesso de peso e insatisfação corporal em adolescentes. **Revista de Nutrição**, v. 18, n. 4, p. 491-497, 2005.

COUTINHO, W. Obesidade: conceitos e classificação. In: NUNES, M.A.A., APPOLINÁRIO, J.C., ABUCHAIM, A.L.G., COUTINHO, W. et al. **Transtornos alimentares e obesidade**. Porto Alegre: Artes Médicas. 1998, p. 203–206.

\_\_\_\_\_. **Estudo do Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica em pacientes que procuram tratamento médico para emagrecer.** 1999. Tese (Doutorado) – UNIFESP, São Paulo, 1999.

DAMIANI, D.; DAMIANI, D. e OLIVEIRA, R. G. Obesidade: fatores genéticos ou ambientais? **Pediatria Moderna**, v. 38, n. 3, p. 57-80, 2002.

DANIELZIK, S.; CZERWINSKI-MAST, M.; LANGNÄSE, K.; DILBA, B.; e MÜLLER, M. J. Parental overweight, socioeconomic

DOHERTY, W. J. e HARKAWAY, D. Obesity and family systems: The Family FIRO approach to assessment and treatment planning. **Journal of Marital and Family Therapy**, v. 16, p. 287-298, 1990.

EPSTEIN, L. H.; KOESKE, R.; WING, R. R.; et al. The affect of family variables on child weight change. **Health Psychol**, v. 5, p. 1-11, 1986.

EPSTEIN, L. H.; MYERS, M.; RAYNOR, H.; SAELENS, B. Treatment of pediatric obesity. **Pediatrics**. v. 101, p. 554-570, 1998.

EPSTEIN, L. H.; VALOSKI, A. M.; VARA, L. S. et al. Effects of decreasing sedentary behavior and increasing activity on weight change in obese children. **Health Psychol**, v. 96, p. 109-115, 1995.

EYZAGUIRRE, F.; SILVA, R.; e GARCÍA, H. Obesidad infantil y Del adolescente. **Pediatría al Dia**, v. 20, n. 2, p. 5-13, 2003.

FALICOV C. J. (ed.) Transiciones de la familia: continuidad y cambio en el ciclo de vida. Buenos Aires: Amorrortus. 1991.

FERREIRA, W.O. G.; MIRANDA, A. R.; CAPOTE, M. P. E. et al. La obesidad como problema de salud en la comunidad. **Revista Cubana Med Gen Integr**, v. 12, n. 4, p. 335-341, 1996.

FIELD, A.E., COOK, N.R. & GILLMAN, M. W. Weight status in childhood as a predictor of becoming overweight or hypertensive in Early Adulthood. **Obesity Research**, v. 13, p. 163-169, 2005.

FISBERG, M. Obesidade na infância e adolescência. **Pediatria Moderna**, v. 29, n. 2, p. 103-108, 1993.

\_\_\_\_\_; BANDEIRA, C. R. S.; BONILHA, E. A.; HALPERN, G. e HIRSCHBRUCH, M. D. Hábitos alimentares na adolescência. **Pediatria Moderna**, v.36, n.11, p., 2000.

FONSECA, V. M.; SICHIERI, R, e VEIGA, G. V. Fatores associados à obesidade em adolescentes. **Revista de Saúde Pública**, v. 32, n. 6, p. 541-549, 1998.

FOWLER-BROWN, A. e KAHWATI, L. C. Prevention and treatment of overweight in children and adolescent. **American Family Physician**, v. 69, n. 11, p. 2591-2598, 2004.

FREEDMAN, D. S., KHAN, L. K., MEI, Z., DIETZ, W. H., SRINIVASAN, S. R. & BERENSON, G. S. Relation of Childhood Height to Obesity Among Adults: The Bogalusa Heart Study. **Pediatrics**, v. 2, n. 109, p. 23-29, 2002.

FLODMARK. C. E.; OHLSSON, T.; RYDÉN, O. e SVEGER, T. Prevention of progression to severe obesity in a group of obese schoolchildren treated with family therapy. **Pediatrics**. v. 91, n. 5, p. 880-884, mai., 1993.

GANEY, R. M. Epistemology, Family Patterns, and Psychosomatic: the case of obesity. **Family Process**, v. 25, set., 437-451, 1986.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4. ed. São Paulo: Atlas. 1994.

GLASER, B. G. E STRAUSS, A. L. **The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research**. Hawthorne, N.Y. : Aldine de Gruyter. 1967.

GOLAN, M. Influência dos fatores ambientais domésticos no desenvolvimento e tratamento da obesidade infantil. **Anais Nestlé**. v. 62. p. 31-42, 2002.

GOLAN, M. e CROW, S. Targeting parents exclusively in the treatment of childhood obesity: long-term results. **Obesity Research**. V. 12, n. 2, p. 357-361, fev., 2004.

GOLAN, M.; FAINARU, M. e WEIZMAN, A. Role of behavior modification in the treatment of childhood obesity with the parents as the exclusive agents of change. **International Journal of Obesity**. v. 22, p. 1217-1224, 1998.

GOLAN, M.; WEIZMAN, A.; APTER, A. e FAINARU, M. Parents as the exclusive agents of change in the treatment of childhood obesity. **American Journal of Clinical Nutrition**. v. 67, p. 1130-1135, 1998.

GOMES, M. P. **O desenvolvimento da doença-obesidade-infantil na família: uma leitura fenomenológica-sistêmica**. 1996. Tese (Doutorado) – PUC-SP. São Paulo. 1996.



HAMMER, L. D. Obesidade. In: Green, M. e HAGGERTY, R. J. (ed.) **Pediatria Ambulatorial**. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 440-445. 1992.

HARKAWAY, J.E. Structural assessment of families with obese adolescent girls. **Journal of Marital and Family Therapy**. v. 12, n. 2, p. 199-201, 1986.

HECKER, L., MARTIN, D. e MARTIN, M. Family factor in childhood obesity. **The American Journal of Family Therapy**, v. 14, n. 3, p. 247-252, 1986.

IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA). **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002 – 2003**. Disponível em [http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visuali.php?id\\_noticia+278...](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visuali.php?id_noticia+278...) Acesso em 29 dez. 2004.

\_\_\_\_\_. **POF – Medidas Antropométricas de Crianças e Adolescentes 2002/ 2003**. Disponível em [http://www.ibge.gov.br/noticias\\_anteriores/23/06/2006](http://www.ibge.gov.br/noticias_anteriores/23/06/2006). Acesso em 17 jul. 2006.

JUNG, R. Obesity as a disease. **Br. Med. Bull**, v. 35, p. 307-321, 1997.

KAHTALIAN, A. Obesidade: um desafio. In: MELLO FILHO, J. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas. 1992, p. 273-278.

KAUFMAN, A. Obesidade Feminina e Sexualidade. In: CORDÁS, T.A.(Org.). **Fome de cão: quando o medo de ficar gordo vira doença: anorexia, bulimia, obesidade**. São Paulo: Maltese. 1993, p. 83-93.

\_\_\_\_\_. Obesidade infanto-juvenil. **Pediatria Moderna**, v. 35, n. 4, 1999.

LEÃO, L. S. C. S.; ARAUJO, L. M. B.; MORAES, L. T. L. P. Prevalência de obesidade em escolares de Salvador, Bahia. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia Metabólica**. v. 47, n. 2, p. 151-157, 2003.

LISSAU, I e SORENSEN, T. I. A. Parental neglect during childhood and increased risk of obesity in Young adulthood. **Lancet**, v. 343, p. 324-327, 1994.

LYZNICKI, J. M.; YOUNG, D. C.; RIGGS, J. A. R. e DAVIS, R. M. Obesity: assessment and management in primary care. **American Family Physician**, v. 63, n. 11, p. 2185-2196, 2001.

MACEDO, R. M. S. A Família do ponto de vista psicológico: lugar seguro para crescer? **Caderno de Pesquisa: A Família em destaque**. Fundação Carlos Chagas. São Paulo: Cortez, número 91, p. 62- 68, nov. 1994.

MARTINELLI JUNIOR, C. A. e SALES, D. S. Obesidade. In: RICCO, R. G.; DEL CIAMPO, L. A.; ALMEIDA, C. A. N. **Puericultura**: princípios e práticas. Atenção integral à saúde da criança. Rio de Janeiro: Atheneu, p. 99-106. 2000.

MAZZA, C. S.; ARIAS, G. G.; O'DONNELL, A. M.; DU MORTIER, A. ALVAREZ, A.; BLASI, S.; QUATTRONE, F. e PISSACO, A. Evaluacion de dos modalidades terapêuticas para el tratamiento de la obesidad infantil em um âmbito hospitalario. **Medicina Infantil**, v. 1, n. 3, p. 124-129, 1994.

MCDANIEL, S. H.; HEPWORTH, J. e DOHERTY, W. J. **Terapia Familiar Médica: Um enfoque Biopsicossocial às Famílias com problemas de saúde.** Porto Alegre: Artes Médicas. 1994.

MCGOLDRICK, M. CARTER, B. et al. **As mudanças no Ciclo de Vida Familiar: uma estrutura para terapia familiar.** Tradução: Mara Adriana Veríssimo Veronese. Porto Alegre: Artes Médicas. 1995.

MCGOLDRIK, M.; CARTER, B. Self in context: the individual life cycle in systemic perspective. In: \_\_\_\_\_ **The expanded family life cycle: individual, family, and social perspective.** ed. 3. Boston: Allyn and Bacon. 1999, cap. 2, p. 27-46.

MCGOLDRIK, M. e GERSON, R. **Genogramas en la evaluación familiar.** Buenos Aires: Celtia, 1987.

MCLENNAN, J. Obesity in children: Tackling a growing problem. **Australian Family Physician**, v. 33, n. 1-2, p. 33-36, 2004.

MELLO, E. D., LUFT, V. C. e MEYER, F. Obesidade infantil: como podemos ser eficazes? **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 3, p. 173-182, 2004.

MELLO, E. D., LUFT, V. C. e MEYER, F. Atendimento ambulatorial individualizado versus programa de educação em grupo: qual oferece mais mudança de hábitos alimentares e de atividade física em crianças obesas? **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 6, p. 468-474, 2004b.

MINUCHIN, S. **Famílias: funcionamento e tratamento.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

\_\_\_\_\_ e NICHOLS, M. P. **La recuperación de la familia**. Barcelona: Paidós, 1994.

\_\_\_\_\_, ROMAN, B. E BAKER, L. **Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context**. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1978.

MONTEIRO, C. A. e CONDE, W. L. Tendência secular da desnutrição e da obesidade na infância na cidade de São Paulo (1974-1996). **Revista de Saúde Pública**. v. 34, supl. 6, p. 52-61, 2000.

MORAGA, F. M.; REBOLLO, M. J. G.; BÓRQUEZ, P. V.; CÁCERES, J. D. e CASTILLO, C. D. Tratamiento de la obesidad infantil: factores pronósticos asociados a una respuesta favorable. **Revista Chilena de Pediatría**, v. 74, n. 4, p. 374-380, 2003.

MORLA-BAÉZ, E. Obesidade Infantil. **Pediatria Prática**, v. 32, n. 1, p. 26-30, 1996.

MULLER, R.C.L. Obesidade na Adolescência. **Pediatria Moderna**, v. 37, 2001. Edição especial.

MUST, A.; DALLAL G. E.; DIETZ, W. H. Reference data for obesity: 85th and 95th percentis of body mass index (wt/ht<sup>2</sup>) and triceps skinfold thinckness. *American Journal Clinical Nutricion*, v. 53, p. 839-846, 1991.

NCHS – NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTIC. **Growth curves for chikdren, birth 18 years**. Whashington DC: United States Department of Health Education and Welfare. 1977.

NHAMES – NATIONAL HEALTH AND NUTRITION EXAMINATION SURVEY. **Overweight among U.S. Children and Adolescent.** 2004. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/nchs/data/nhanes/databriefs/overwght.pdf>> Acesso em 19/03/2006.

\_\_\_\_\_. **Prevalence of overweight among children and adolescent: United States, 1999-2002.** 2002. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/nchs/products/pubs/pubd/hestats/overwght99.htm>> Acesso em 19/03/2006.

NIH – NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH. **Clinical Guideline of the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults.** 1998. Disponível em: <[http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/ob\\_gdlns.pdf](http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/ob_gdlns.pdf)> Acesso em 19/03/2006.

OGDEN, C.L., FLEGAL, K.M., CARROLL, M.D., JOHNSON, C.L. Prevalence and trends in overweight among U. S. children and adolescents, 1999-2000. **Jama**, v. 288, p. 1728-32, 2002.

OLIVEIRA, A. M. A.; CERQUEIRA, E. M. M. e OLIVEIRA, A. C. Prevalência de sobrepeso e obesidade infantil na cidade de Feira de Santana – BA: detecção na família x diagnóstico clínico. **Jornal de Pediatria**, v. 79, n. 4, p. 325-328, 2003.

OLIVEIRA, C. L. & FISBERG, M. **Obesidade na infância e na adolescência** – uma verdadeira epidemia. Material não publicado. 2005.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.** Tradução Centro colaborador da OMS para Classificação de Doenças em Português. São Paulo: Universidade de São Paulo. ed. 7. 1999.

OSÓRIO, L. C. **Adolescente Hoje.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

\_\_\_\_\_. A família como sistema. In: MELLO FILHO, J. e BURD, M. et. al. **Doença e Família.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

OSORIO, J. E.; WEISSTAUB, G. N. e CASTILLO, C. D. Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. **Revista Chilena de Nutrición**, v. 29, n. 3, 2002.

PARÍZKOVÁ, J. e HILLS, A. P. **Childhood obesity:** prevention and treatment. Boca Raton, Florida: CRC Press LLC, 2000.

PEREIRA, L. O.; FRANCISCHI, R. P. e LANCHETA JR., A. H. Obesidade: Hábitos Nutricionais, Sedentarismo e resistência à insulina. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia Metabólica**, v. 47, n. 2, p. 111-127, 2003.

PRETO, N. G. Transformação do sistema familiar na adolescência. In: MCGOLDRICK, M. CARTER, B. et al. **As mudanças no Ciclo de Vida Familiar: uma estrutura para terapia familiar.** Porto Alegre: Artes Médicas, ed. 2, 2001, p. 223-245.

RHEE, K. E.; DE LAGO, C. W.; ARSCOTT-MILLS, T.; MEHTA, S. D. e DAVIS, R. K. Factors associated with parental readiness to make changes for overweight children. **Pediatrics**, v. 116, p. 94-101, 2005.

SOTELO, Y. O. M.; COLUGNATI, F. A. B. e TADDEI, J. A. A. C. Prevalência de sobrepeso e obesidade entre escolares de rede pública Segundo três critérios de diagnóstico antrométrico. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 1, jan./fev., 2004.

STEIN, R.I.; EPSTEIN, L. H.; RAYNOR, H. A.; KILANOWSKI, C. K. e PALUCH, R. A. The influence of parenting change on pediatric weight control. **Obesity Research**, v. 13, n. 10, p. 1749-1755, out., 2005.

STRAUSS, R. S. e KNIGHT, J. Influence of the home environment on the obesity in children. **Pediatrics**, v. 103, n. e85, 1999.

STUNKARD, A. J.; SORENSEN, T. I.; TEASDALE, T. W.; CHAKRABORTY, R.; SCHULL, W. L. e SCHULSINGER, F. An adoption study of human obesity. **N. Engl. Journal Med**, v. 314, p. 193-198, 1986.

THORNTON, B e RYCKMAN, R. M. Relationship between physical attractiveness, physical, and self-esteem: a cross-sectional analysis among adolescents. **Journal Adolescent**, v. 14, n. 85, 1991.

TORRIENTE, G. M. Z.; MOLINA, D. C.; DÍAZ, Y.; FERNÁNDEZ, A. T.; e ARGÜELLES, X. H. Obesidad en la infancia: diagnóstico y tratamiento. **Revista Cubana Pediatr.**, v. 74, n. 3, p. 233-239, 2002.

TOSCHKE, A. M.; BEYERLEIN, A. e VON KRIES, R. Children at high risk for overweight: a classification and regression trees analysis approach. **Obesity Research**, v. 13, n. 7, p.1270-1274, 2005.

WHITLOCK, E. P.; WILLIAMS, S. B.; GOLD, R.; SMITH, P. R.; e SHIPMAN, S. A. Screening and interventions for childhood overweight: a summary of evidence for the US Preventive Services Task Force. **Pediatrics**, v. 119, n. 1, p. 125-144, 2005.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Nutrition in adolescence – Issues and Challenges for the Health Sector**. Geneva: WHO Press, 2005a.

\_\_\_\_\_. **Obesity and overweight**. 2003. Disponível em <[http://www.who.int/dietphysicalactivity/media/en/gsfes\\_obesity.pdf](http://www.who.int/dietphysicalactivity/media/en/gsfes_obesity.pdf)>. Acesso em 26 abr. 2005.

\_\_\_\_\_. **Obesity and overweight**. 2005b. Disponível em <<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/obesity>> Acesso em 10 dez. 2005.

\_\_\_\_\_. **Overview of CAH: Adolescent Health and Development**. 2006. Disponível em <[http://www.who.int/child-adolescent-health/OVERVIEW/AHD/adh\\_over.htm](http://www.who.int/child-adolescent-health/OVERVIEW/AHD/adh_over.htm)>. Acesso em 27 fev. 2006.

\_\_\_\_\_. **WHO Expert Commitees on Physical Status: the use and interpretation of anthropometry physical status**. Geneva: WHO Press. 1995.



WROTNAIK, B. H.; EPSTEIN, L. H.; PALUCH, P. A.; ROEMMICH, J. N. The relationship between parent and child self-reported adherence and weight loss. **Obesity Research**. v. 13, n. 6, p. 1089-1096, jun., 2005.

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)